

Erläuterungen

Allgemeiner Teil

Das Regierungsprogramm der derzeitigen Bundesregierung (2020-2024) sieht in dem Kapitel Gesundheit u.a. die Attraktivierung der im Gesundheitsbereich tätigen Berufsgruppen vor, weiters die Stärkung und Aufwertung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe wie auch unter Bezugnahme auf diese Zielsetzung die Erweiterung der Kompetenzen und Ermöglichung von effizienten wie auch qualitätsgesicherten Versorgungsabläufen.

Das Berufsrecht der MTD-Berufe, der gehobenen medizinisch-technischen Dienste, das sind der physiotherapeutische Dienst (Physiotherapeut:innen), der medizinisch-technische Laboratoriumsdienst (Biomedizinische Analytiker:innen), der radiologisch-technische Dienst (Radiologietechnolog:innen), der Diätdienst und ernährungsmedizinische Beratungsdienst (Diätop:innen), der ergotherapeutische Dienst (Ergotherapeut:innen), der logopädisch-phoniatrisch-audiologische Dienst (Logopäd:innen) und der orthoptische Dienst (Orthoptist:innen), stammt in der Stammfassung aus dem Jahr 1992 (BGBI. Nr. 460).

Seit 1992 erfolgten die MTD-Ausbildungen einheitlich als dreijährige postsekundäre Ausbildung an MTD-Akademien, die als Ausbildungen sui generis bezeichnet wurden, da sie trotz der grundsätzlichen Zugangsvoraussetzung Reifeprüfung im österreichischen Bildungs- und Hochschulbereich wie auch international schwer zuordenbar waren. Eine für die Berufsentwicklung entscheidende Ausbildungsreform erfolgte 2005 mit der Eröffnung der Möglichkeit, MTD-Ausbildungen als Fachhochschul-Bachelorausbildungen durchführen zu können. Zielsetzung war die gesamte Überführung der MTD-Ausbildungen in den Fachhochschulbereich und damit die Einordnung der MTD-Ausbildungen in den Hochschulsektor entsprechend der Bologna-Architektur. Dieser Prozess der Überführung konnte rasch abgeschlossen werden. Die den MTD-Fachhochschulausbildungen zugrundeliegende FH-MTD-Ausbildungsverordnung, BGBI. II Nr. 2/2006, enthält u.a. die im Rahmen der Ausbildung zu vermittelnden fachlich-methodischen Kompetenzen für jeden einzelnen MTD-Beruf, die auf Grundlage der im MTD-Gesetz festgelegten MTD-Berufsbilder entsprechend der beruflichen Praxis festgelegt worden sind. Die in dieser Verordnung festgelegten Kompetenzprofile sind die Grundlage für die Gestaltung der FH-Bachelorstudiengänge österreichweit und stellen eine einheitliche Handlungskompetenz der Absolventinnen und Absolventen sicher.

Mit der erfolgten berufs- und ausbildungsrechtlichen Weiterentwicklung der MTD-Berufe entstand in den letzten Jahren zunehmend insbesondere seitens der Angehörigen der MTD-Berufe und ihrer Vertretungen das Bestreben, das MTD-Gesetz in seiner Gesamtheit zu aktualisieren und einer Reform zu unterziehen.

Insbesondere sollen die im Gesundheitswesen etablierten MTD-Berufsgruppen hinsichtlich ihrer Berufsbilder und Einsatzbereiche den an sie in der Praxis gestellten Anforderungen entsprechend zeitgemäß gestaltet werden. Die nicht zuletzt durch die Ausbildungsreform stattgefundene weitere Professionalisierung der MTD-Berufe soll in den neuen Regelungen ihren Niederschlag finden und es sollten, auch im Sinne der Bologna-Architektur der FH-Ausbildungen, durch die Reform Höherqualifizierungsmöglichkeiten im tertiären Bereich eröffnet werden.

Eine wesentliche Zielsetzung der Reform ist somit ein dynamisch gestaltetes neues Berufsgesetz, das fachliche Weiterentwicklungen in den MTD-Berufen impliziert und ermöglicht. Dies betrifft vor allem die Gestaltung der Berufsbilder und Kompetenzbereiche, die den Rahmen der beruflichen Tätigkeit abbilden. Detaillierte und kasuistische Festlegungen in den Regelungen sollen vermieden werden, um die Notwendigkeit regelmäßiger Nachjustierungen hintanzuhalten. Bei der Gestaltung dieser Regelungen kommt selbstredend dem Patientenschutz und der Qualitätssicherung eine wichtige Bedeutung zu. Dies betrifft auch die Regelungen hinsichtlich der Höherqualifizierung.

Die MTD-Reform soll weiters auch der Stärkung des Teamgedankens und der interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit entsprechend Rechnung tragen. Die Zusammenarbeit auf Augenhöhe soll zwischen allen in den jeweiligen Fachbereichen tätigen Berufsgruppen im Gesundheitswesen gestärkt werden. Dies bedingt eine Modernisierung der Zusammenarbeits- bzw. Anordnungsregelungen für die MTD-Berufe, die sich ausschließlich an fachlichen Anforderungen orientiert, um in der Folge die oft kritisierten bürokratischen Hürden in der Versorgungslandschaft zu vermeiden.

Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) wurde im Jahr 2021 vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz beauftragt, bei der Modernisierung der Berufsbilder für die sieben Berufsgruppen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (Biomedizinische Analytik, Diätologie, Ergotherapie, Logopädie, Orthoptik, Physiotherapie, Radiologietechnologie) mitzuwirken. In

einem ersten Schritt erfolgten im Jahr 2021 eine Systematisierung und Harmonisierung der fachlichen Vorarbeiten des Gesundheitsressorts sowie Vorbereitungen für einen strukturierten Prozess mit Stakeholder:innen. Ergänzend führte die GÖG im Auftrag des BMSGPK eine breit angelegte öffentliche Konsultation zur Identifikation weiterer wesentlicher Anpassungserfordernisse der berufsrechtlichen Grundlagen der MTD-Berufe durch.

In der Folge fanden in der GÖG mit den wesentlichen Stakeholdern (MTD-Berufsvertretungen, Österreichische Ärztekammer, ärztliche Fachgesellschaften, Patient:innenvertretung, Vertreter:innen des Gesundheitsressorts, Dachverbandes der Sozialversicherungsträger) Arbeitsgruppen für alle sieben MTD-Berufe zum Berufsbild und Kompetenzbereich statt.

Die Ergebnisse dieser fachlichen Arbeiten bilden die Grundlage für den vorliegenden Entwurf eines neuen MTD-Gesetzes.

Schwerpunkte der Reform sind:

- Die im MTD-Gesetz festgelegten MTD-Berufsbilder werden aktualisiert und praxisadäquater gestaltet. Die Rahmenbedingungen für die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit (insbesondere mit Ärztinnen und Ärzten wie auch weiteren Gesundheitsberufen) werden versorgungswirksam verbessert.
- Der Bereich der Berufspflichten wird ebenfalls einer Aktualisierung, orientierend an bereits in anderen Berufsgesetzen von Gesundheitsberufen stattgefundenen Entwicklungen, unterzogen (z. B. Online-Behandlungen und -Beratungen, Berufshaftpflichtversicherung). Regelungen des bisherigen Berufsrechts, die sich bewährt haben, werden ins neue Berufsrecht überführt. Dies betrifft insbesondere die Abschnitte „Berufsberechtigung und Berufsausübung“ sowie „Berufspflichten der MTD-Berufe“.
- Der Einbindung der MTD-Ausbildungen in den FH-Bereich folgt in einem weiteren Schritt die Überführung der Spezialisierungen (Sonderausbildungen) in den tertiären Bereich entsprechend der Bologna-Studienarchitektur. Aus berufs- und ausbildungsrechtlicher Sicht sollen hiefür grundlegende rechtliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, die akademische Ausbildungsabschlüsse entsprechend den hochschulrechtlichen Möglichkeiten für den Bereich der Spezialisierungen vorsehen.
- Die Regelungen sollen die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit MTD-Leistungen verbessern und den Stellenwert der MTD-Berufe ihrer Qualifikation entsprechend im Gesundheitswesen aufwerten. Insgesamt soll die Neuerlassung des MTD-Gesetzes mehr Rechtssicherheit und Rechtsklarheit für die MTD-Berufsangehörigen schaffen.

Verhältnismäßigkeitsprüfung:

Durch die Reform des MTD-Berufsrechts werden neue bzw. aktualisierte Berufsreglementierungen normiert, die auf Grund des Verhältnismäßigkeitsprüfungs-Gesetzes, BGBl. I Nr. 67/2021, in Umsetzung der Richtlinie (EU) 2018/958, die Durchführung einer Verhältnismäßigkeitsprüfung erfordern. Diese ist im Anhang zu den Erläuterungen angefügt.

Kompetenzgrundlage:

In kompetenzrechtlicher Hinsicht stützt sich das vorliegende Bundesgesetz auf Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG („Gesundheitswesen“).

Besonderer Teil

Zu den §§ 1 und 3:

Die MTD-Berufe führen berufsspezifische Interventionen unmittelbar am Menschen oder mittelbar für den Menschen auf Basis des jeweiligen berufsspezifischen Prozesses in Diagnostik und Therapie als Teil des medizinischen Gesamtprozesses im kurativen, rehabilitativen und palliativen Bereich, in der Gesundheitsförderung und Prävention, in intra- und extramuralen Settings sowie in Forschung, Entwicklung und Lehre durch. Dies erfolgt insbesondere auf Grundlage originärer Wissenschaft und genuiner Forschung des jeweiligen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufs und relevanter Bezugswissenschaften sowie vorhandener nationaler und internationaler Standards und Leitlinien. Hierbei sind ethische Grundsätze und eine patienten- und klientenzentrierte Grundhaltung zu berücksichtigen. Ziel ist die Förderung, Erhaltung oder Wiederherstellung von Gesundheit, das Erkennen und Verhüten von Krankheiten sowie die Linderung von Leiden in Bezug auf Individuen und Personengruppen aller Altersstufen. Der Einsatz der Angehörigen der MTD-Berufe im

veterinärmedizinischen Bereich richtet sich nach den tierärzterechtlichen Bestimmungen des § 15 Tierärztegesetz (TÄG), BGBl. I Nr. 171/2021, idgF.

Die bisher unter dem Überbegriff „gehobene medizinisch-technische Dienste“ bezeichneten Gesundheitsberufe werden zukünftig unter dem neuen zeitgemäßen und inhaltlich treffenderen Überbegriff „gehobenen medizinisch-therapeutische-diagnostische Gesundheitsberufe“ zusammengefasst. Die Berufsbezeichnungen der sieben Berufsgruppen einschließlich der Regelungen über die Führung und den Schutz der Berufsbezeichnungen bleiben im Wesentlichen unverändert.

Zu § 2:

Ausdrücklich wird klargestellt, dass die in den Berufsbildern und Kompetenzbereichen umschriebenen Tätigkeiten der MTD-Berufe auf Grund eines Tätigkeitsvorbehalts nur Personen vorbehalten sind, die auf Grund dieses Bundesgesetzes dazu berechtigt sind (Abs. 2). Dies gilt allerdings nicht für die in §§ 25 und 26 angeführten allgemeinen Kompetenzen bzw. Kompetenzen bei Notfällen. Diese sind daher ausdrücklich in der Strafbestimmung des § 57 Abs. 1 Z 1 ausgenommen und daher nicht vom Tätigkeitsvorbehalt umfasst.

Vom Tätigkeitsvorbehalt dieses Bundesgesetzes ausgenommen sind weiters Personen, die Tätigkeiten auf Grundlage der in Abs. 3 geregelten Rechtsgrundlagen durchführen. So dürfen Personen mit einem Studium der Biowissenschaften verantwortliche Person einer Gewebebank gemäß § 9 Gewebesicherheitsgesetz (GSG), BGBl. I Nr. 49/2008, idgF., sein und jene mit einem Universitätsabschluss aus einem naturwissenschaftlichen Fach, das eine Ausbildung in Molekulargenetik oder Molekularbiologie einschließt, dürfen Laborleiter:in gemäß § 68a Gentechnikgesetz (GTG), BGBl. Nr. 510/1994, idgF., sein. Aufgrund einer Analogie aus den Regelungen über die Qualifikation als verantwortliche Person einer Gewebebank im GSG können Personen mit einem Studium einer Biowissenschaft nicht nur verantwortliche Person einer Gewebebank sein, sondern auch im Rahmen medizinisch unterstützter Fortpflanzung tätig werden. Aus den Regelungen über die Qualifikation von Laborleiter:innen im GTG ergibt sich aufgrund einer Analogie, dass Personen mit einem naturwissenschaftlichen Universitätsabschluss mit dem Schwerpunkt Molekulargenetik oder Molekularbiologie nicht nur die Leitung eines genetischen Labors ausüben, sondern auch genetische Analysen durchführen dürfen.

Zu Abs. 4: Um möglichen Auslegungsschwierigkeiten vorzubeugen, bestehen in einigen Gesundheitsberufsgesetzen Bestimmungen, die die jeweiligen Ausnahmen vom Tätigkeitsvorbehalt explizit regeln, indem festgelegt wird, welche Vorschriften „unberührt bleiben“ und somit vom ärztlichen Tätigkeitsvorbehalt nicht umfasst sind (vgl. Sandra Skiczuk, *Grundlage des Berufs- und Tätigkeitschutzes der österreichischen Gesundheitsberufe unter besonderer Berücksichtigung der Ärzte und Psychotherapeuten*, nww, 2006, S. 106).

Abs. 5 stellt wie bisher schon eine Pendantbestimmung zu § 2 Abs. 1 Z 11 GewO 1994 dar.

Zu den §§ 4 und 6:

Biomedizinische Analytiker:innen üben im Rahmen ihres Berufs alle Methoden der Labor- und Funktionsdiagnostik aus, die bei medizinischen Untersuchungen und Behandlungen erforderlich sind. Dies insbesondere in den Fachbereichen der Hämatologie, Hämostaseologie, Histologie, Fortpflanzungsmedizin, Immunhämatologie, Immunologie, klinischen Chemie, Mikrobiologie, Molekularbiologie, Zellkultur und Zytologie und unter den gemäß § 6 festgelegten Rahmenbedingungen.

Im Bereich der Funktionsdiagnostik war bisher für Biomedizinische Analytiker:innen ausdrücklich nur die Mitwirkung bei Untersuchungen auf dem Gebiet der Elektro-Neuro-Funktionsdiagnostik und der Kardio-Pulmonalen-Funktionsdiagnostik erwähnt. Die Hervorhebung dieser beiden Bereiche der Funktionsdiagnostik entspricht auf Grund der Weiterentwicklung in diesen Bereichen nicht mehr der beruflichen Praxis. Weitere Felder der Funktionsdiagnostik sind insbesondere die Elektrokardiographie (EKG), die Ergometrie und die Spirometrie.

Zum biomedizinisch-analytischen Prozess (§ 4 Abs. 2) ist insbesondere Folgendes auszuführen:

In Z 1 wird der Rahmen des biomedizinisch-analytischen Prozesses von der Präanalytik bis zur Postanalytik und Evaluierung für den Einsatz von Biomedizinischen Analytiker:innen vorgegeben. Der Prozess umfasst dabei unter anderem auch

- die Gewinnung des Untersuchungsmaterials, wie Blutabnahme aus allen Gefäßarten, Probengewinnung von Körperflüssigkeiten (ausgenommen jene, die durch besonders gefahrengeneigte invasive Verfahren gewonnen werden, z. B. Knochenmark, Ascites, Gelenksflüssigkeiten), Abstrichnahme, Abnahme von Sekreten und gegebenenfalls dessen Aufbereitung sowie das Legen von Verweilkanülen,

- die Probenlagerung und -beurteilung insbesondere im Sinne der Probenbeschaffenheit,
- die Festlegung von Zielen und Interventionen sowie die Planung und Vorbereitung von Untersuchungen entsprechend den fachlichen und aus Qualitätssicherungsgründen gebotenen Anforderungen (z. B. Organisation des Untersuchungsablaufs bzw. des Untersuchungsdesigns, Gerätevorbereitung, Planung der apparativen und personellen Ressourcen).

Bei der funktionsdiagnostischen Anamnese ist insbesondere die Patient:inneninformation durch Biomedizinische Analytiker:innen hervorzuheben. Im Rahmen der Funktionsdiagnostik obliegt den Biomedizinischen Analytiker:innen beispielsweise aufgrund der ärztlichen Verdachtsdiagnose die Festlegung von Stufenanalytik und weiterführender labor- und funktionsdiagnostischer Untersuchungen sowie die Auswahl der zu untersuchenden Laborparameter.

Im Rahmen der biomedizinisch-analytischen und funktionsdiagnostischen Befundung erfolgt die Auswertung und Beurteilung (biomedizinische Validierung) der Ergebnisse. Darunter fällt insbesondere die Plausibilitätskontrolle, die Prüfung des Ergebnisses durch Vergleich mit vorhandenen Vorwerten und Abgleich mit ärztlichen Verdachtsdiagnosen sowie die Interpretation der Analyseergebnisse und Ableitung von Handlungsempfehlungen (z. B. Monitoring in der Gerinnungsanalyse).

Unter Postanalytik und Evaluierung des Prozesses ist insbesondere die Befundübermittlung, das Datenmanagement, die Einmeldung in elektronische Datenbanken, die Archivierung von Probengefäßen und Präparaten, die fachgerechte Entsorgung des biologischen Materials und die Asservierung zu verstehen.

Unter Z 2 fallen auch Monitoringverfahren (z. B. Abwasserüberwachung und Antibiotikaresistenzen), die Gewebe- und Hämovigilanz, zytologische Screenings und histologische Voruntersuchungen.

Mit Z 3 wird die berufsrechtliche Ermächtigung für die Berufsangehörigen geschaffen, bestimmte berufsspezifische Arzneimittel und Medizinprodukte zu verabreichen bzw. anzuwenden.

Mit Z 4 wird die berufsrechtliche Ermächtigung für die Berufsangehörigen geschaffen, bestimmte berufsspezifische Arzneimittel und Medizinprodukte zu verordnen.

Z 3 und 4 setzen in Verbindung mit den Regelungen des § 5 die ärztliche oder zahnärztliche Anordnung voraus. Diese kann entfallen, sofern die in § 6 vorgesehene Verordnung erlassen wird. Bei der Ausarbeitung dieser zu erlassenden Verordnung ist die verbindliche Anhörung des MTD-Beirats, der MTD-Berufsverbände und der Österreichischen Ärztekammer vorgesehen. Vor Erlassung der Verordnung haben noch weitere Abklärungen insbesondere im Hinblick auf e-Health-Aspekte zu erfolgen.

Die berufsrechtlichen Ermächtigungen, die in den jeweiligen Settings im Gesundheitswesen unterschiedlich zum Tragen kommen können, sind unabhängig von allfälligen sozialversicherungsrechtlichen Implikationen zu sehen.

Zu §§ 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23 und 33:

Mit diesen Regelungen sollen dem Erfordernis einer zeitgemäßen interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit im Team der im Gesundheitswesen tätigen Berufe Rechnung getragen werden.

MTD-Berufsangehörige üben ihren Beruf nach Abschluss ihrer Bachelorausbildung nach konkreter ärztlicher oder zahnärztlicher Anordnung oder allgemeiner ärztlicher oder zahnärztlicher Zuweisung aus. Die Anordnung umfasst sowohl das „Ob“ als auch das „Wie“ der Durchführung und somit konkrete Maßnahmen, eine Zuweisung ist allgemeiner Natur, z. B. die Zuweisung „Logopädie“, „Physiotherapie“, „Ergotherapie“. Mit dieser Differenzierung wird der derzeitigen Praxis – „de-facto-Zuweisungen“ finden insbesondere bei den therapeutischen MTD-Berufen in großem Umfang statt – Rechnung getragen.

Es handelt sich hierbei um berufsrechtliche Begrifflichkeiten, allfällige sozialversicherungsrechtliche Fragestellungen bleiben unberührt und sind gegebenenfalls abzuklären.

Die medizinisch-wissenschaftlichen Erfordernisse sind der Maßstab für die Detailliertheit der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Anordnung. Im Zentrum muss dabei im Sinne der Qualitätssicherung das Wohl der Patient:innen stehen sowie die lege artis Berufsausübung sowohl von Ärzt:innen bzw. Zahnärzt:innen wie auch von MTD-Berufsangehörigen.

MTD-Berufsangehörige haben sich grundsätzlich an die Vorgabe der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Anordnung zu halten, allerdings erfordern unklare, widersprüchliche oder aus Sicht des/der MTD-Berufsangehörigen falsche Anordnungen eine Rückkoppelung mit dem/der anordnenden Ärzt:in bzw. Zahnärzt:in.

Die Zusammenarbeit auf Augenhöhe soll mit modernen Regelungen gefördert und der Teamgedanke in den Vordergrund gestellt werden. Damit soll auch ein wichtiger Beitrag zur Attraktivierung der Gesundheitsberufe in den unterschiedlichen Settings geleistet werden und selbständiges Handeln dort ermöglicht werden, wo es aus fachlicher Sicht vertretbar ist. Davon ist für Diätolog:innen, Ergotherapeut:innen, Logopäd:innen, Orthoptist:innen und Physiotherapeut:innen im Bereich der Gesundheitsförderung und der Primär- und Sekundärprävention in intra- und extramuralen Settings auszugehen.

Zu den Begrifflichkeiten „Gesundheitsförderung“, „Primärprävention“ und „Sekundärprävention“ wird insbesondere auf die Definitionen des Öffentlichen Gesundheitsportals Österreichs (<https://www.gesundheit.gv.at/index.html>) und der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz (<https://oepgk.at/>) verwiesen.

Um die Bedeutung der interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit im Sinne eines multiprofessionellen Versorgungsteams hervorzuheben, wird diese auch als ausdrückliche Berufspflicht gesetzlich verankert (§ 33).

Dem Kooperationsgedanken kommt auch bei einer eigenverantwortlichen Berufsausübung wesentliche Bedeutung zu. Diese Bestimmung ist im Kontext eines wechselseitigen Kooperations- und Konsultationsmodells der Gesundheitsberufe zu sehen. Dies bedeutet, dass auch Angehörige anderer Gesundheitsberufe erforderlichenfalls mit Angehörigen der MTD-Berufe zusammenarbeiten müssen.

Diesbezügliche Pflichten ergeben sich aus den entsprechenden Berufsgesetzen und deren Vorgaben für eine qualitätsgesicherte Berufsausübung.

Zu §§ 7 und 9:

Diätolog:innen üben im Rahmen ihres Berufs die ernährungsmedizinische Behandlung und Beratung zur Erhaltung, Förderung, Verbesserung und Wiederherstellung des Gesundheitszustandes einschließlich Ernährungs- und Verpflegungsmanagement unter den gemäß § 9 festgelegten Rahmenbedingungen aus.

Der diätologische Prozess (§ 7 Abs. 2) beschreibt das fachlich-methodische Handeln von Diätolog:innen und zielt darauf ab, den ernährungsbezogenen Gesundheitszustand von Personen wiederherzustellen, zu erhalten oder zu verbessern und ihre Gesundheitskompetenz zu stärken.

In Z 1 wird der Rahmen des diätologischen Prozesses vom Assessment bis zur Outcomes-Evaluation für den Einsatz von Diätolog:innen vorgegeben. Der Prozess umfasst dabei unter anderem auch

- die Gewinnung und Strukturierung ernährungsrelevanter Informationen zum Ernährungszustand mit geeigneten Erhebungs- bzw. Messinstrumenten einschließlich Blutentnahme aus der Kapillare,
- die Beurteilung dieser Daten anhand von Referenzwerten, Leitlinien und Behandlungsstandards: Körperfunktionen und Körperstrukturen, Ernährungs- und Lebensstilverhalten, Sozialverhalten, Umweltfaktoren, personenbezogene Faktoren,
- Festlegung des Interventionsziels sowie der Handlungs- und Maßnahmenziele auf Basis der diätologischen Diagnose und Durchführung der ernährungsmedizinischen Therapie (Festlegung, Planung, Berechnung, Auswahl und Zusammenstellung gesundheitsfördernder und klinisch-diätetischer Kostformen sowie die Entwicklung, Anleitung und Überwachung der Zubereitung spezieller Kostformen),
- das subkutane Injizieren von Insulin,
- Monitoring, Outcomes-Evaluation und Reflexion der ernährungsmedizinischen Therapie.

Unter Z 2 fallen Assessments und Screeningverfahren für bestimmte Krankheitsbilder oder bestimmte Personengruppen sowie deren diätologische Befundung.

Mit Z 3 wird die berufsrechtliche Ermächtigung für die Berufsangehörigen geschaffen, bestimmte berufsspezifische Arzneimittel und Medizinprodukte zu verabreichen bzw. anzuwenden.

Mit Z 4 wird die berufsrechtliche Ermächtigung für die Berufsangehörigen geschaffen, bestimmte berufsspezifische Arzneimittel und Medizinprodukte zu verordnen.

Z 3 und 4 setzen in Verbindung mit den Regelungen des § 8 die ärztliche oder zahnärztliche Anordnung voraus. Diese kann entfallen, sofern die in § 9 vorgesehene Verordnung erlassen wird. Bei der Ausarbeitung dieser zu erlassenden Verordnung ist die verbindliche Anhörung des MTD-Beirats, der MTD-Berufsverbände und der Österreichischen Ärztekammer vorgesehen. Vor Erlassung der Verordnung haben noch weitere Abklärungen insbesondere im Hinblick auf e-Health-Aspekte zu erfolgen.

Die berufsrechtlichen Ermächtigungen, die in den jeweiligen Settings im Gesundheitswesen unterschiedlich zum Tragen kommen können, sind unabhängig von allfälligen sozialversicherungsrechtlichen Implikationen zu sehen.

Zu §§ 10 und 12:

Ergotherapeut:innen üben im Rahmen ihres Berufs ergotherapeutische Maßnahmen zur Entwicklung, Erhaltung, Förderung, Verbesserung oder Wiedererlangung der individuellen Handlungsfähigkeit unter den gemäß § 12 festgelegten Rahmenbedingungen aus.

Der ergotherapeutische Prozess (§ 10 Abs. 2) beschreibt das fachlich-methodische Handeln von Ergotherapeut:innen und zielt auf die individuelle Handlungsfähigkeit ab.

In Z 1 wird der Rahmen des ergotherapeutischen Prozesses von der Anamnese bis zur Evaluierung und Reflexion für den Einsatz von Ergotherapeut:innen vorgegeben. Der Prozess umfasst dabei unter anderem auch

- das Erkennen von Handlungspotentialen sowie Einschränkungen der Handlungsfähigkeit,
- das Identifizieren von wesentlichen Faktoren, welche Gesundheit, Lebensqualität, gesundheitliche Chancengerechtigkeit, Barrieren und Ressourcen auf individueller, familiärer, institutioneller und gesellschaftlicher Ebene sowie auf Gemeindeebene beeinflussen,
- das Treffen von Aussagen über die Notwendigkeit von Hilfsmitteln, Umweltadaptierungen und sonstigen Unterstützungsbedarfen insbesondere auf Grundlage von/mittels Handlungsperformanzanalyse,
- die Analyse und das Erfassen von Handlungsinteressen, Ressourcen und Bedürfnissen: Erfassen von biomechanischen, motorischen, sensorisch-perzeptiven, kognitiven und psychosozialen Handlungskompetenzen und individueller Handlungsfähigkeit,
- die Verwendung geeigneter Assessments sowie standardisierter als auch nicht-standardisierter Instrumente und weiterer relevanter Befundungsinstrumente,
- die Festlegung der Therapieziele, der Erstellung eines Therapieplans und dessen Durchführung; diese umfasst auch die Beratung, Schulung und Aufklärung von Patient:innen und/oder deren Bezugspersonen.

Unter Z 2 fallen Assessments und Screeningverfahren für Patient:innen/Klient:innen und/oder Personengruppen sowie deren ergotherapeutische Befundung.

Mit Z 3 wird die berufsrechtliche Ermächtigung für die Berufsangehörigen geschaffen, bestimmte berufsspezifische Arzneimittel und Medizinprodukte zu verabreichen bzw. anzuwenden.

Mit Z 4 wird die berufsrechtliche Ermächtigung für die Berufsangehörigen geschaffen, bestimmte berufsspezifische Arzneimittel und Medizinprodukte zu verordnen.

Z 3 und 4 setzen in Verbindung mit den Regelungen des § 11 die ärztliche Anordnung voraus. Diese kann entfallen, sofern die in § 12 vorgesehene Verordnung erlassen wird. Bei der Ausarbeitung dieser zu erlassenden Verordnung ist die verbindliche Anhörung des MTD-Beirats, der MTD-Berufsverbände und der Österreichischen Ärztekammer vorgesehen. Vor Erlassung der Verordnung haben noch weitere Abklärungen insbesondere im Hinblick auf e-Health-Aspekte zu erfolgen.

Die berufsrechtlichen Ermächtigungen, die in den jeweiligen Settings im Gesundheitswesen unterschiedlich zum Tragen kommen können, sind unabhängig von allfälligen sozialversicherungsrechtlichen Implikationen zu sehen.

Die in Z 5 angeführten Tätigkeiten dienen wie auch bei Physiotherapeut:innen (§ 19) insbesondere dem individuellen Erhalt und der Verbesserung von Aktivität, Partizipation und Handlungsfähigkeit (z. B. individuelle Alltagshilfen, Orthesen und elektronikunterstützte Prothesen).

Zu §§ 13 und 15:

Logopäd:innen üben im Rahmen ihres Berufs logopädische und audiometrische Maßnahmen zur Erhaltung, Förderung, Verbesserung und Wiedererlangung der Nahrungsaufnahme, des Schluckens und der individuellen Kommunikationsfähigkeit unter den gemäß § 15 festgelegten Rahmenbedingungen aus. Dazu gehören die Behandlung von Sprach-, Sprech-, Stimm-, Schluck- und Hörstörungen sowie audiometrische Untersuchungen.

Der logopädische Prozess (§ 13 Abs. 2) beschreibt das fachlich-methodische Handeln von Logopäd:innen und zielt auf die individuelle Kommunikationsfähigkeit ab.

In Z 1 wird der Rahmen des logopädischen Prozesses von der Anamnese und Analyse bis zur Evaluierung und Reflexion für den Einsatz von Logopäd:innen vorgegeben. Der Prozess umfasst dabei unter anderem auch

- im Rahmen der logopädischen Befundung und Diagnostik den Einsatz und die Anwendung aller notwendigen Verfahren (z. B. apparative, instrumentelle und IT-gestützte Verfahren),
- Festlegung der Therapieziele, Erstellung eines Therapieplans und dessen Durchführung; diese umfasst auch die Beratung, Schulung und Aufklärung von Patient:innen und/oder deren Bezugspersonen.

Unter Z 2 fallen Assessments und Screeningverfahren für bestimmte Krankheitsbilder oder bestimmte Personengruppen sowie deren logopädische Befundung.

Mit Z 3 wird die berufsrechtliche Ermächtigung für die Berufsangehörigen geschaffen, bestimmte berufsspezifische Arzneimittel und Medizinprodukte zu verabreichen bzw. anzuwenden.

Mit Z 4 wird die berufsrechtliche Ermächtigung für die Berufsangehörigen geschaffen, bestimmte berufsspezifische Arzneimittel und Medizinprodukte zu verordnen.

Z 3 und 4 setzen in Verbindung mit den Regelungen des § 14 die ärztliche oder zahnärztliche Anordnung voraus. Diese kann entfallen, sofern die in § 15 vorgesehene Verordnung erlassen wird. Bei der Ausarbeitung dieser zu erlassenden Verordnung ist die verbindliche Anhörung des MTD-Beirats, der MTD-Berufsverbände und der Österreichischen Ärztekammer vorgesehen. Vor Erlassung der Verordnung haben noch weitere Abklärungen insbesondere im Hinblick auf e-Health-Aspekte zu erfolgen.

Die berufsrechtlichen Ermächtigungen, die in den jeweiligen Settings im Gesundheitswesen unterschiedlich zum Tragen kommen können, sind unabhängig von allfälligen sozialversicherungsrechtlichen Implikationen zu sehen.

Zu §§ 16 und 18:

Orthoptist:innen üben im Rahmen ihres Berufs die Untersuchung, Befunderhebung, Behandlung und Vermeidung von funktionellen Erkrankungen der Augen und des visuellen Systems sowie von Bewegungs- und Koordinationsstörungen der Augen unter den gemäß § 18 festgelegten Rahmenbedingungen aus.

In Z 1 wird der Rahmen des orthoptischen Prozesses von der Anamnese und Analyse bis zur Evaluierung und für den Einsatz von Orthoptist:innen vorgegeben. Der Prozess umfasst dabei unter anderem auch

- die orthoptische, neuroorthoptische, optometrische Diagnostik sowie die visuelle Wahrnehmungsdiagnostik,
- Festlegung der Therapieziele, Erstellung eines Therapieplans und dessen Durchführung; diese umfasst auch die Beratung, Schulung und Aufklärung von Patient:innen und/oder deren Bezugspersonen,
- die Durchführung von ophthalmologischen Untersuchungsmethoden (z. B. apparative bildgebende Verfahren und elektrophysiologische Untersuchungen), das Erkennen und Beschreiben von Artefakten und groben Auffälligkeiten, sowie der Notwendigkeit weiterer Untersuchungen einzuleiten,
- die Assistenz bei strabologisch operativen Eingriffen und die perioperative Beratung bei Augenmuskeloperationen inklusive Indikationsstellung.

Unter Z 2 fallen Assessments und Screeningverfahren für bestimmte Krankheitsbilder oder bestimmte Personengruppen sowie deren orthoptische Befundung.

Mit Z 3 wird die berufsrechtliche Ermächtigung für die Berufsangehörigen geschaffen, bestimmte berufsspezifische Arzneimittel und Medizinprodukte zu verabreichen bzw. anzuwenden.

Mit Z 4 wird die berufsrechtliche Ermächtigung für die Berufsangehörigen geschaffen, bestimmte berufsspezifische Arzneimittel und Medizinprodukte zu verordnen, dies ist insbesondere die Verordnung von Sehbehelfen (Brillen, Kontaktlinsen, Prismenfolien, Okklusionsfolien). Diese Verordnungsmöglichkeit steht bereits Optiker:innen offen und sollte ebenso für Orthoptist:innen berufsrechtlich ermöglicht werden.

Z 3 und 4 setzen in Verbindung mit den Regelungen des § 17 die ärztliche Anordnung voraus. Diese kann entfallen, sofern die in § 18 vorgesehene Verordnung erlassen wird. Bei der Ausarbeitung dieser zu erlassenden Verordnung ist die verbindliche Anhörung des MTD-Beirats, der MTD-Berufsverbände und

der Österreichischen Ärztekammer vorgesehen. Vor Erlassung der Verordnung haben noch weitere Abklärungen insbesondere im Hinblick auf e-Health-Aspekte zu erfolgen.

Die berufsrechtlichen Ermächtigungen, die in den jeweiligen Settings im Gesundheitswesen unterschiedlich zum Tragen kommen können, sind unabhängig von allfälligen sozialversicherungsrechtlichen Implikationen zu sehen.

Zu § 19 und 21:

Physiotherapeut:innen üben im Rahmen ihres Berufs alle physiotherapeutischen Maßnahmen unter besonderer Berücksichtigung funktioneller Zusammenhänge auf den Gebieten der Therapie, Rehabilitation und Prophylaxe, einschließlich Gesundheitserziehung, unter den gemäß § 21 festgelegten Rahmenbedingungen aus. Sie führen insbesondere mechanotherapeutische Maßnahmen, wie alle Arten von Bewegungstherapie, Perzeption, manuelle Therapie der Gelenke, Atemtherapie, alle Arten von Heilmassagen, Reflexzonentherapien, einschließlich intramuskuläre Triggerpunkttherapie, Lymphdrainagen, Ultraschalltherapie, weiters alle elektro-, thermo-, photo-, hydro- und balneotherapeutischen Maßnahmen sowie berufsspezifische Befundungsverfahren durch und wirken bei elektrodiagnostischen Untersuchungen mit.

Der physiotherapeutische Prozess (§ 19 Abs. 2) beschreibt das fachlich-methodische Handeln von Physiotherapeut:innen.

In Z 1 wird der Rahmen des physiotherapeutischen Prozesses von der Anamnese und Analyse bis zur Evaluierung und Reflexion für den Einsatz von Physiotherapeut:innen vorgegeben. Der Prozess umfasst dabei unter anderem auch

- die Erstellung der physiotherapeutischen Diagnose auf Basis der Kerndaten vom und über die Patient:innen einschließlich der ärztlichen Diagnose und aller für die Physiotherapie relevanten Befunde als Grundlage aller folgenden Schritte im physiotherapeutischen Prozess,
- die Anwendung diagnostischer Verfahren, einschließlich elektrodiagnostischer Verfahren, inklusive Leistungsdiagnostik, Ultraschalldiagnostik, gerätegestützter Bewegungsanalyse, Spirometrie, Spiroergometrie, Blutentnahme aus der Kapillare insbesondere zur Laktatmessung,
- Festlegung der Therapieziele, Erstellung eines Therapieplans und dessen Durchführung; diese umfasst auch die Beratung, Schulung und Aufklärung von Patient:innen und/oder deren Bezugspersonen.

Unter Z 2 fallen Assessments und Screeningverfahren für bestimmte Krankheitsbilder oder bestimmte Personengruppen sowie deren physiotherapeutische Befundung.

Mit Z 3 wird die berufsrechtliche Ermächtigung für die Berufsangehörigen geschaffen, bestimmte berufsspezifische Arzneimittel und Medizinprodukte zu verabreichen bzw. anzuwenden.

Mit Z 4 wird die berufsrechtliche Ermächtigung für die Berufsangehörigen geschaffen, bestimmte berufsspezifische Arzneimittel und Medizinprodukte zu verordnen.

Z 3 und 4 setzen in Verbindung mit den Regelungen des § 20 die ärztliche oder zahnärztliche Anordnung voraus. Diese kann entfallen, sofern die in § 21 vorgesehene Verordnung erlassen wird. Bei der Ausarbeitung dieser zu erlassenden Verordnung ist die verbindliche Anhörung des MTD-Beirats, der MTD-Berufsverbände und der Österreichischen Ärztekammer vorgesehen. Vor Erlassung der Verordnung haben noch weitere Abklärungen insbesondere im Hinblick auf e-Health-Aspekte zu erfolgen.

Die berufsrechtlichen Ermächtigungen, die in den jeweiligen Settings im Gesundheitswesen unterschiedlich zum Tragen kommen können, sind unabhängig von allfälligen sozialversicherungsrechtlichen Implikationen zu sehen.

Die in Z 5 angeführten Tätigkeiten dienen wie auch bei Ergotherapeut:innen (§ 10) insbesondere dem individuellen Erhalt und der Verbesserung von Aktivität, Partizipation und Handlungsfähigkeit (z. B. individuelle Alltagshilfen, Orthesen und elektronikunterstützte Prothesen).

Zu §§ 22 und 24:

Radiologietechnolog:innen üben im Rahmen ihres Berufs alle medizinisch-technischen Methoden bei der Anwendung von ionisierenden Strahlen, nicht ionisierender Strahlung und Schallwellen unter den gemäß § 24 festgelegten Rahmenbedingungen aus.

Der radiologietechnologische Prozess (§ 22 Abs. 2) beschreibt das fachlich-methodische Handeln von Radiologietechnolog:innen.

In Z 1 wird der Rahmen des radiologietechnologischen Prozesses von der Anamnese und Analyse bis zur Dokumentation, Auswertung und Analyse (Befundungsverfahren) für den Einsatz von Radiologietechnolog:innen vorgegeben. Der Prozess umfasst dabei unter anderem auch

- die Vorbereitung, Durchführung, klinische Analyse, Auswertung und Qualitätssicherung aller radiologietechnologischen Methoden und Verfahren im intra- und extramuralen Bereich,
- die Anwendung von ionisierender und nichtionisierender Strahlung in Diagnostik, Therapie und bildgestützten Verfahren, den Umgang mit großen Datenvolumina, deren Analyse und innovativer Visualisierung insbesondere in den Bereichen der Diagnostischen und Interventionellen Radiologie, Angiologie und Cardangiographie, Computertomographie, Ultraschall, Magnetresonanztomographie, Nuklearmedizin und molekularer Bildgebung, der Strahlentherapie einschließlich Bestrahlungsplanung,
- die Durchführung radiologietechnologischer Maßnahmen in der Strahlentherapie, die Auswahl und Herstellung von Lagerungshilfen, die Bildgebung zur Bestrahlungsplanung, die Erstellung von Bestrahlungsplänen einschließlich Organsegmentierung, Simulation und Durchführung der Strahlentherapie, Verifikationen und Qualitätskontrollen,
- die Durchführung radiologietechnologischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der Nuklearmedizin, Hybridverfahren und molekularer Bildgebung einschließlich dosimetrische Berechnungen, die Herstellung des gebrauchsfertigen Zustands von Radiopharmaka einschließlich der damit verbundenen Qualitätskontrollen und den Strahlenschutz,
- die Patientenbetreuung und -beratung während der diagnostischen Strahlentherapie und Nuklearmedizin, Untersuchung und therapeutischen Behandlung
- die Dosimetrie und Überwachung des Strahlenschutzes,
- die Erhebung, Erzeugung, Optimierung, Bearbeitung, Plausibilitätsprüfung der erhobenen Bild- und Untersuchungsdaten, deren Auswertung und Dokumentation, die Evaluation und Weiterleitung der maßgeblichen Daten.

Unter Z 2 fallen Assessments und Screeningverfahren für bestimmte Krankheitsbilder oder bestimmte Personengruppen sowie deren radiologietechnologische Befundung.

Mit Z 3 wird die berufsrechtliche Ermächtigung für die Berufsangehörigen geschaffen, bestimmte berufsspezifische Arzneimittel, einschließlich Kontrastmittel und Radiopharmaka, und Medizinprodukte zu verabreichen bzw. anzuwenden. Die Anwendung von Kontrastmitteln und Radiopharmazeutika umfasst alle Verabreichungsformen und beinhaltet alle diesbezüglichen vorbereitenden und ausführenden Schritte. Sowohl das Legen eines venösen Zugangs als auch die Verbindung der Kontrastmittelspritze mit dem venösen Zugang sowie das Spülen des Venflons vor und nach der Untersuchung sind umfasst.

Mit Z 4 wird die berufsrechtliche Ermächtigung für die Berufsangehörigen geschaffen, bestimmte berufsspezifische Arzneimittel und Medizinprodukte zu verordnen.

Z 3 und 4 setzen in Verbindung mit den Regelungen des § 23 die ärztliche oder zahnärztliche Anordnung voraus. Diese kann entfallen, sofern die in § 24 vorgesehene Verordnung erlassen wird. Bei der Ausarbeitung dieser zu erlassenden Verordnung ist die verbindliche Anhörung des MTD-Berats, der MTD-Berufsverbände und der Österreichischen Ärztekammer vorgesehen. Vor Erlassung der Verordnung haben noch weitere Abklärungen insbesondere im Hinblick auf e-Health-Aspekte zu erfolgen.

Die berufsrechtlichen Ermächtigungen, die in den jeweiligen Settings im Gesundheitswesen unterschiedlich zum Tragen kommen können, sind unabhängig von allfälligen sozialversicherungsrechtlichen Implikationen zu sehen.

Zu §§ 25 und 26:

Wie bereits zu § 2 des Entwurfs ausgeführt, erweitern die allgemeinen Kompetenzen die jeweiligen berufsspezifischen Berufsbilder und Kompetenzbereiche und sind nicht vom Tätigkeitsvorbehalt umfasst.

Zur Kompetenz bei Notfällen ist Folgendes festzuhalten: Die Regelung des § 26 ist dem GuKG nachgebildet. Diese soll nunmehr im Sinne des Patient:innenschutzes ausdrücklich auch für MTD-Berufe gesetzlich verankert werden. Notfall ist jede Situation, in der eine drohende physische und/oder psychische Gefährdung des Menschen eintritt, welche dieser nicht ohne entsprechend handelnde Akteur:innen überwinden kann. Notfälle müssen hierbei nicht zwingend eine unmittelbare vitale Gefährdung darstellen, die lebensrettende Sofortmaßnahmen erforderlich machen, können jedoch ohne das entsprechende Handeln zu lebensbedrohlichen Zuständen führen.

Abs. 2 enthält eine demonstrative Aufzählung der lebensrettenden Sofortmaßnahmen, weitere Tätigkeiten der lebensrettenden Sofortmaßnahmen mit ähnlichem Schwierigkeits- und Komplexitätsgrad können von § 26 erfasst sein.

Zu § 27:

In dieser Bestimmung werden die Voraussetzungen für die berufsmäßige Ausübung der einzelnen MTD-Berufe festgelegt.

Abs. 1 Z 1 normiert als Voraussetzung für die Berufsberechtigung die Handlungsfähigkeit in allen Belangen im Hinblick auf die Berufsausübung. § 24 Abs. 1 ABGB normiert als „Handlungsfähigkeit“ „die Fähigkeit einer Person, sich im jeweiligen rechtlichen Zusammenhang durch eigenes Handeln zu berechtigen und zu verpflichten. Soweit nichts anderes bestimmt ist, setzt sie Entscheidungsfähigkeit voraus; im jeweiligen Zusammenhang können noch weitere Erfordernisse vorgesehen sein.“

Das Abstellen der Handlungsfähigkeit auf die Erfordernisse der Berufsausübung des jeweiligen Berufs erlaubt eine Einzelfallbetrachtung, insbesondere inwieweit das Vorliegen einer Erwachsenenvertretung im konkreten Fall der Wahrnehmung der Berufspflichten des jeweiligen Gesundheitsberufs entgegensteht, wobei auf die Besonderheiten des jeweiligen Berufs, insbesondere im Hinblick auf den Grad der Autonomie der Berufsausübung und die Berechtigung zum Abschluss von Behandlungs- und Beratungsverträgen mit Patient:innen bzw. Klient:innen Bedacht zu nehmen sein wird.

Auf die ausdrückliche Normierung der „Volljährigkeit“ kann verzichtet werden, da diese bei akademischen Berufen auf Grund der geforderten Qualifikation ohnedies gegeben ist.

Unter gesundheitlicher Eignung im Sinne des Abs. 1 Z 2 ist grundsätzlich die physische Fähigkeit, den MTD-Beruf entsprechend den beruflichen Anforderungen fachgerecht auszuüben, sowie neben der entsprechenden Intelligenz und psychischen Stabilität auch die Fähigkeit, entsprechende Strategien zur persönlichen Bewältigung der psychischen Anforderungen des Berufs zu entwickeln und Sorge für die eigene Psychohygiene tragen zu können, zu verstehen. Die gesundheitliche Eignung für die Ausübung der MTD-Berufe ist insbesondere bei schweren körperlichen Gebrechen, die eine ordnungsgemäße Verrichtung der berufsspezifischen Tätigkeiten verhindern, sowie bei psychischen Störungen und bei Fehlen der Entscheidungsfähigkeit nicht gegeben. Die gesundheitliche Eignung ist im Rahmen der Eintragung in das Gesundheitsberuferegister durch ein ärztliches Zeugnis nachzuweisen.

Unter Zugrundelegung der Judikatur des VwGH (16.10.2002, 99/03/0147; 18.7.2002, 99/09/0107; 4.4.2001, 2001/09/0040; 27.9.2007, 2006/11/0230; 20.4.2010, 2010/11/0047; 24.7.2013, 2010/11/0075, 19.12.2018, Ra 2018/03/0122) ergeben sich – ausgehend davon, dass eine Person dann vertrauenswürdig ist, wenn sie nach ihrer gesamten Geisteshaltung und Sinnesart ein Persönlichkeitsbild vermittelt, das bei Berücksichtigung aller für das Gemeinschaftsleben belangreichen Richtungen ein in sie gesetztes Vertrauen zu rechtfertigen vermag – folgende wesentliche Merkmale der erforderlichen Vertrauenswürdigkeit (Abs. 1 Z 2): Die bzw. der Berufsangehörige muss auch für die Zukunft Gewähr für die Erfüllung der bestehenden besonderen Anforderungen an die Ausübung des Berufes bieten können. Für die Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit ist das Gesamtverhalten der bzw. des Berufsangehörigen daraufhin zu prüfen, ob es geeignet ist, Vertrauen in die Berufsausübung zu wecken, bzw. ob die bzw. der Betreffende bei der Erfüllung der Berufspflichten als verlässlich angesehen werden kann. Entscheidend ist, ob das bisherige Verhalten auf ein Persönlichkeitsbild schließen lässt, das mit jenen Interessen in Einklang steht, deren Wahrung der zuständigen Behörde obliegt. In diesem Kontext ist auch das Vertrauen der Allgemeinheit zu einer bzw. einem Berufsangehörigen zu berücksichtigen und der entscheidende Gesichtspunkt hierbei ist, dass sich die Behörde auf die Vertrauenswürdigkeit einer bzw. eines Berufsangehörigen bei der Berufsausübung verlassen können muss, weil eine lückenlose Kontrolle nicht möglich ist. Es darf nicht der leiseste Zweifel an der Gesetzestreue, Korrektheit, Sorgfalt, Charakterstärke einer bzw. eines Berufsangehörigen sowie an ihrem bzw. seinem Pflichtbewusstsein bestehen (vgl. VwGH Ra 2015/03/0094). Nicht vertrauenswürdig ist zudem üblicherweise, gegen wen bestimmte strafrechtliche Verurteilungen vorliegen oder wenn nach der Eigenart der strafbaren Handlung und nach der Persönlichkeit der bzw. des Verurteilten die Begehung der gleichen oder einer ähnlichen strafbaren Handlung bei der Berufsausübung zu befürchten ist. Bei der Prüfung der Vertrauenswürdigkeit kommt es darauf an, ob das Verhalten der bzw. des Verurteilten geeignet ist, das Vertrauen im Rahmen der Berufsausübung zu erschüttern bzw. in Frage zu stellen. Nach Auffassung des VwGH ist es unmaßgeblich, in welchen Bereichen die Ursachen für den Verlust der Vertrauenswürdigkeit liegen, weil es nur darauf ankommt, ob das erforderliche Maß an Vertrauenswürdigkeit der bzw. des Berufsangehörigen noch vorliegt oder nicht. Es muss kein unmittelbarer Zusammenhang zwischen einem Fehlverhalten und der beruflichen Tätigkeit der bzw. des Betreffenden bestehen, um den Wegfall der Vertrauenswürdigkeit anzunehmen zu können (vgl. VwGH 27.9.2007, 2006/11/0230 mit Verweis auf seine Erkenntnisse vom 5.11. 1986, 86/11/0066 und vom 28.9.1993, 93/11/0101 und vom 23.5.1984

VwSlg 11450/A, VwGH vom 28.2.2020, Ra 2020/03/0012, iZm VwGH 2.9.2019, Ra 2019/03/0105, sowie das Erkenntnis des VfGH vom 28.11.2006, B 1009/006).

Im Zusammenhang mit der Berufsberechtigung in einem MTD-Beruf wird in Z 3 klargestellt, dass hiefür ein Qualifikationsnachweis gemäß Abs. 3 Voraussetzung ist.

Z 4 legt als eine weitere Voraussetzung für die selbständige Berufsausübung der MTD-Berufe die für die Berufsausübung der MTD-Berufe erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache fest. Die Ausübung der MTD-Berufe ist an die sprachliche Kommunikation mit sämtlichen in Betracht kommenden Berufsangehörigen sowie mit den Patient:innen bzw. Klient:innen gebunden. Die Beherrschung der deutschen Sprache ist daher für die Berufsausübung unabdingbar. Die Europäische Union sieht eine ausreichende Beherrschung der Sprache des jeweiligen Gastlandes – je nach Art der betreffenden Tätigkeit – als Standespflicht an. Die Überprüfung der Sprachkenntnisse hat jedenfalls für jene Gesundheitsberufe, für die ein Berufsregister mit konstitutiver Wirkung eingerichtet ist, im Rahmen der Eintragung in das Register durch die Registrierungsbehörde zu erfolgen. Bei Versagung der Eintragung wegen nicht ausreichender Sprachkenntnisse stehen den Berufsangehörigen die verwaltungsrechtlichen Rechtsbehelfe offen. Z 5 normiert zudem die Eintragung in das Gesundheitsberuferegister als unabdingbare Voraussetzung für die Berufsberechtigung, eine Berufsausübung ist erst mit Eintragung in das Gesundheitsberuferegister zulässig.

Zu § 28:

§ 28 ist Grundlage für die Berufsausübung der MTD-Berufe. Die eigenverantwortliche Berufsausübung kann freiberuflich oder im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses erfolgen (Abs. 1).

Eine freiberufliche Berufsausübung ist insbesondere dadurch qualifiziert, dass diese auf eigene Rechnung und Gefahr sowie weisungsfrei erfolgt und der Behandlungs- bzw. Betreuungsvertrag zwischen den Patient:innen und den Berufsangehörigen abgeschlossen wird. Die Berufsausübung im Arbeitsverhältnis ist nicht auf bestimmte Einrichtungen eingeschränkt. Dies bedeutet, dass nicht nur Einrichtungen des Gesundheitswesens als Arbeitgeber in Frage kommen, sondern auch andere Institutionen, sofern die berufsrechtlichen Vorgaben erfüllt werden. Ebenso kann eine Berufsausübung in Anstellung bei freiberuflich tätigen Berufsangehörigen erfolgen.

Abs. 2 regelt die für alle freiberuflich tätigen Gesundheitsberufe typische Verpflichtung zur persönlichen und unmittelbaren Berufsausübung sowie die Möglichkeit der Heranziehung von Hilfspersonen. Zur Mithilfe können sich Angehörige der MTD-Berufe zu untergeordneten Unterstützungstätigkeiten Hilfspersonen bedienen, wenn diese nach deren genauen Anordnungen und unter deren ständigen Aufsicht handeln. Hilfspersonen können beispielsweise Studierende in Ausbildung zu einem MTD-Beruf sein.

In Abs. 3 wird erstmals normiert, dass Beratungen oder Behandlungen IT-gestützt in Form von Online-Beratungen oder Online-Behandlungen angeboten und durchgeführt werden können, sofern diese aus fachlicher Sicht geeignet sind und die lege artis Berufsausübung gewährleistet ist.

Vorrangiges Ziel muss bei jeder Form der Berufsausübung sein, das Wohl der Patient:innen zu wahren. Mit der gebotenen berufsspezifischen Sorgfalt und der daran anknüpfenden rechtlichen Beurteilung ist abzuwägen, ob der Behandlungsprozess oder auch nur Teilschritte entsprechend beherrscht werden und ob auch mit Verfahren der Online-Beratung oder Online-Behandlung die erforderlichen Entscheidungsgrundlagen erreicht werden.

Abs. 4 normiert, dass Berufsangehörige mit einem partiellen Zugang zu einem MTD-Beruf ihre Berufsausübung auf jenen Teilbereich des entsprechenden Berufs zu beschränken haben, zu dem sie im Herkunftsstaat qualifiziert sind sowie im Rahmen der Anerkennung in Österreich gemäß § 49 berechtigt wurden.

Nähere Ausführungen zum partiellen Zugang siehe § 49.

Zu § 29:

In Abs. 1 wird klargestellt, dass Personen, die einen Anpassungslehrgang absolvieren, zur unselbständigen Berufsausübung unter Anleitung und Aufsicht einer / eines Berufsangehörigen in Österreich befugt sind. Weiters regelt Abs. 2 unter welchen Voraussetzungen Studierende in Ausbildung zur Durchführung fachliche-methodischer Maßnahmen herangezogen werden dürfen. Dabei wird der jeweilige Kenntnisstand des Auszubildenden als Maßstab für die geforderte Anleitung und Aufsicht heranzuziehen sein.

Zu § 30:

Abs. 1 enthält die Begriffsdefinition des Berufssitzes.

Abs. 2 und 3 stellen klar, dass mindestens ein und höchstens zwei Berufssitze in Österreich bestimmt werden müssen bzw. dürfen. Dies entspricht den Regelungen anderer gesetzlich geregelter Gesundheitsberufe und soll eine kontinuierliche Betreuung der Patient:innen und Klient:innen gewährleisten.

Das in Abs. 4 normierte Absehen vom Erfordernis der Begründung eines Berufssitzes in Österreich für die vorübergehende Erbringung von Dienstleistungen ist durch das Recht auf freien Dienstleistungsverkehr im Sinne des AEUV geboten. Da allerdings das Recht auf freien Dienstleistungsverkehr nur subsidiär zum Niederlassungsrecht zur Anwendung kommt, ist dieses restriktiv zu interpretieren. Hinsichtlich der weiteren Erfordernisse für die vorübergehende Erbringung von Dienstleistungen ist hinsichtlich der EU/EWR-Staatsangehörigen auf die speziellen Regelungen der §§ 50ff zu verweisen, während ansonsten die allgemeinen Berufsausübungsregelungen zur Anwendung kommen.

Abs. 5 und 6 legen die näheren Vorgaben für den Berufssitz fest. Hierbei ist insbesondere darauf zu achten, dass dieser den hygienischen Anforderungen entspricht. Amtsärzt:innen haben die Berufssitze, wie bisher bereits, regelmäßig zu überprüfen, bei gravierenden Mängeln hat die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde eine Sperre des Berufssitzes bis zur Behebung der Mängel zu veranlassen.

Zu § 31:

Während die Berufsberechtigung durch Eintragung in das Gesundheitsberuferegister erworben wird, verbleibt die Zuständigkeit für die Entziehung der Berufsberechtigung bei der Bezirksverwaltungsbehörde (BVB), wenn eine der Voraussetzungen für die Berufsberechtigung (§ 27) nicht bzw. nicht mehr vorliegt (Abs. 1).

Die Berufsberechtigung ist durch die BVB zu entziehen bei Fehlen der Handlungsfähigkeit in allen Belangen im Hinblick auf die Berufsausübung, der gesundheitlichen Eignung, der Vertrauenswürdigkeit, der Sprachkenntnisse oder des Qualifikationsnachweises.

Abs. 2 bestimmt, dass über die Entziehung die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) zu benachrichtigen ist, diese hat in der Folge die Berufsangehörige / den Berufsangehörigen aus dem Gesundheitsberuferegister zu streichen.

Die Wiedererteilung der Berufsberechtigung gemäß Abs. 3 bedarf eines Antrags der betroffenen Person. Die Wiedererteilung der Berufsberechtigung ist von der BVB der GÖG als registerführender Behörde mitzuteilen.

Um sicherzustellen, dass die für die Entziehung der Berufsberechtigungen zuständigen Behörden zeitnah über den Beginn und den Abschluss von Strafverfahren gegen Berufsangehörige informiert werden, um die allenfalls erforderlichen berufsrechtlichen Schritte in die Wege leiten zu können, wird eine Informationspflicht der Staatsanwaltschaften und Gerichte an die für die Entziehung der Berufsberechtigung zuständigen Bezirksverwaltungsbehörden betreffend anhängige Ermittlungs- und Strafverfahren von Berufsangehörigen in Abs. 4 normiert. Bei der Verständigung vom Beginn eines Ermittlungsverfahrens wird auf den Beschuldigtenbegriff nach § 48 Abs. 1 Z 2 StPO abgestellt, womit sichergestellt ist, dass hier bereits ein konkreter Tatverdacht vorliegt.

In Abs. 5 wird eine Informationspflicht der Gerichte über eine Erwachsenenvertretung für eine Berufsangehörige / einen Berufsangehörigen vorgesehen, da auf Grund dieser Maßnahmen ebenfalls eine Entziehung der Berufsberechtigung im Hinblick auf das Vorliegen der gesundheitlichen Eignung bzw. der Handlungsfähigkeit in allen Belangen im Hinblick auf die Berufsausübung zu prüfen ist.

Zu § 32:

Die in Abs. 1 normierten allgemeinen Berufspflichten basieren auf der Berufsethik aller Gesundheitsberufe, die Tätigkeiten am und/oder für den Menschen ausüben und damit spezielle, über das durchschnittliche Maß hinausgehende Verantwortung für den Menschen übernehmen.

Weiters leitet sich aus dieser Regelung die Verpflichtung zur Berufsausübung *lege artis* aus. Dies bedeutet, dass die Berufsangehörigen ihren Beruf fachgerecht und evidenzbasiert auszuüben haben und auch bei der Methodenwahl zur Einhaltung dieses Grundsatzes verpflichtet sind.

Aus Abs. 2 ergibt sich die Verpflichtung aller Angehörigen der MTD-Berufe, sich durch entsprechende ständige Fort- und Weiterbildungen Kenntnisse über den jeweiligen Stand der berufsrelevanten Wissenschaften anzueignen. Diese Bestimmung ist in Verbindung mit der in § 38 verankerten Fortbildungsverpflichtung zu sehen.

Das Wissen und die Kenntnis über die Grenzen der eigenverantwortlichen Berufsausübung wird als Berufspflicht im Sinne der Qualitätssicherung und des Patient:innenschutzes ausdrücklich gesetzlich

verankert (Abs. 3). Insbesondere wird die Beziehungspflicht von Ärzt:innen bei Vorliegen bestimmter Gefahrenzustände und Risikofaktoren normiert.

Zu § 34:

In Abs. 1 ist die Pflicht der Angehörigen der MTD-Berufe zur Dokumentation der von ihnen gesetzten Maßnahmen normiert, diese gilt für alle Formen der Berufsausübung, sowohl im intra- als auch im extramuralen Bereich. Im Sinne der Qualitätssicherung hat die Dokumentation zeitnah zu erfolgen.

Dem in Abs. 2 aufgezählten Personenkreis ist auf dessen Verlangen Einsicht in die Dokumentation zu gewähren. Patient:innen haben nach der DSGVO das Recht, unentgeltlich eine erste Kopie der Dokumentation zu erhalten. Ein Entgelt bzw. Kostenersatz kann nur dann verlangt werden, wenn Patient:innen eine erste Kopie ihrer Daten bereits unentgeltlich erhalten haben und erneut eine Kopie verlangen (EuGH 26.10.2023, C-307/22).

Die Dauer der Aufbewahrungspflicht bei freiberuflichen Berufsangehörigen wird nach dem Vorbild anderer Gesundheitsberufe mit zehn Jahren festgelegt (Abs. 3). Auch nach Beendigung der Berufstätigkeit der freiberuflichen Berufsangehörigen ist die Aufbewahrung für die allenfalls noch verbleibende Dauer zu gewährleisten. Nach Ende der zehnjährigen Aufbewahrungspflicht ist die Dokumentation zu vernichten. Bei einer Weiterbetreuung durch einen anderen freiberuflichen Berufsangehörigen kann die/der Patient:in / die/der Klient:in oder ihre/seine Vertretung zustimmen, dass ihre/seine Dokumentation weitergeführt wird.

Abs. 4 regelt das rechtliche Schicksal der Dokumentation von verstorbenen freiberuflichen Berufsangehörigen. Die Erbin / Den Erben oder sonstige Rechtsnachfolger:innen der/des verstorbenen Berufsangehörigen trifft die Verpflichtung, die Dokumentation unter Wahrung des Datenschutzes zu vernichten.

Zu § 35:

Angehörige der MTD-Berufe haben den in Abs. 1 angeführten Personen über sämtliche von ihnen gesetzten Maßnahmen Auskunft zu erteilen.

Die im Abs. 2 normierte Auskunftspflicht gegenüber anderen Angehörigen von Gesundheitsberufen trägt zur funktionierenden interdisziplinären Zusammenarbeit im Gesundheitswesen bei. Die Auskunft ist dabei jedoch auf das für die Behandlung und Pflege des betroffenen Menschen erforderliche Ausmaß zu beschränken.

Über die abgeschlossene Berufshaftpflichtversicherung (§ 40) haben die Berufsangehörigen Informationen bereitzustellen und Auskunft zu erteilen (§ 35 Abs. 3).

Zu § 36:

Die Verpflichtung zur Verschwiegenheit trifft sämtliche Gesundheitsberufe und ist daher auch als Wesenselement der Angehörigen der MTD-Berufe zu sehen. Die Verschwiegenheitspflicht schützt jedes Geheimnis, das einer/einem Berufsangehörigen im Rahmen der Berufsausübung bekannt wird (Abs. 1), wobei eine Durchbrechung der Verschwiegenheitspflicht aufgrund wichtiger privater oder öffentlicher Interessen möglich ist (Abs. 2).

Als ausdrückliche Ausnahmetatbestände von der Verschwiegenheitspflicht werden die berufsrechtliche Anzeigepflicht (§ 37) sowie die Mitteilungspflicht an die Kinder- und Jugendwohlfahrt gemäß § 37 Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz 2013 (B-KJHG 2023) in Abs. 3 normiert.

Zu § 37:

Durch das Gewaltschutzgesetz 2019 wurde die Anzeigepflicht für alle Gesundheitsberufe umfassend normiert.

Einerseits löst erst ein „begründeter“ Verdacht die Anzeigepflicht aus und unterliegen nur bestimmte Straftatbestände dieser Regelung: Die der Anzeigepflicht unterliegenden Straftatbestände entsprechen dabei dem derzeitigen Geltungsbereich der gesundheitsberuflichen Anzeigepflicht, wobei im Sinne der Zielrichtung des Schutzes von insbesondere Frauen und Kindern auch der Straftatbestand der Vergewaltigung aufgenommen wird. Im Hinblick auf den erhöhten Schutzbedarf auch wehrloser Volljähriger soll von der Anzeigepflicht auch der einschlägige Straftatbestand des § 92 StGB erfasst werden, da es sich bei diesen Taten zumeist um Dauerdelikte handelt, die im Rahmen der Berufsausübung im Pflege- und Betreuungsbereich für die dort tätigen Gesundheitsberufe eine entsprechende Handlungsverpflichtung auslösen sollen. Wesentlich für Wahrnehmung oder Nichtwahrnehmung der Anzeigepflicht im Verhältnis zu den beruflichen Verpflichtungen nach den jeweiligen Berufsgesetzen sind in dieser Regelung normierten Ausnahmetatbestände:

Z 1 des Ausnahmetatbestands entspricht der derzeit in den einschlägigen Berufsregelungen normierten aus der konkreten beruflichen Tätigkeit resultierenden Befreiung von der Anzeigepflicht: Da Fundament jeder effektiven Beratungs- oder Betreuungstätigkeit die Möglichkeit zur Sicherung und Wahrung der Vertraulichkeit ist, ist es erforderlich, eine Ausnahme von der Anzeigepflicht für jene Fälle vorzusehen, in denen die Anzeige eine Tätigkeit beeinträchtigen würde, deren Wirksamkeit eines persönlichen Vertrauensverhältnisses bedarf. Für die Beurteilung des Bestehens bzw. der Erforderlichkeit eines besonderen Vertrauensverhältnisses wird für die betroffene Berufsangehörige / den betroffenen Berufsangehörigen auf ihren konkreten Tätigkeitsbereich abzustellen sein. Dabei ist im Einzelfall zu beurteilen, ob eine Tätigkeit vorliegt, die das Bestehen bzw. den Aufbau eines besonderen persönlichen Vertrauensverhältnisses dergestalt voraussetzt, dass andernfalls beispielsweise die Inanspruchnahme der Leistung unterbliebe bzw. das Behandlungs- oder Betreuungsverhältnis beendet würde. Letztlich wird nach Vornahme einer berufsspezifischen Interessenabwägung zu entscheiden sein, ob überwiegende Interessen für oder gegen eine Anzeige sprechen. Die Erforderlichkeit einer Anzeige wird im Einzelfall in erster Linie anhand fachlicher und weniger anhand juristischer Kriterien zu messen sein.

In Z 2 des Ausnahmetatbestands wird der Tatsache Rechnung getragen, dass die Anzeigepflicht nicht nur für freiberuflich tätige Berufsangehörige, sondern grundsätzlich auch für angestellte Berufsangehörige gelten soll. Da es für die Strafverfolgung nicht zielführend, sondern eher behindernd wäre, wenn regelmäßig mehrfache Anzeigen über dieselbe Straftat bei den Sicherheitsbehörden eingehen, soll bei Berufsausübung im Arbeitsverhältnis die Möglichkeit bestehen, dass die Verdachtslage der/des Berufsangehörigen zunächst im Dienstweg gemeldet wird und die formelle Anzeige dann durch die/den Dienstgeber:in an die Sicherheitsbehörde erfolgt. Eine verpflichtende Inanspruchnahme dieses Ausnahmetatbestands besteht allerdings nicht, insbesondere in jenen Fällen, in denen ein rasches Handeln durch die Berufsangehörige / den Berufsangehörigen geboten ist und/oder eine Bereitschaft der Dienstgeberin / des Dienstgebers zur Anzeige nicht zu erwarten sind.

Eine weitere in § 54 Abs. 5 ÄrzteG 1998 normierte Ausnahmeregelung zur Wahrung des Kindeswohls wird in den anderen Berufsgesetzen nachgebildet: Beim Verdacht, dass Kinder oder Jugendliche misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht werden oder worden sind, kann die Anzeige unterbleiben, wenn sich der Verdacht gegen einen Angehörigen (§ 72 StGB) richtet, sofern dies das Wohl des Kindes oder der/ des Jugendlichen erfordert und eine Mitteilung an die Kinder- und Jugendhilfeträger und gegebenenfalls eine Einbeziehung einer Kinderschutzeinrichtung an einer Krankenanstalt erfolgt. Im Fall des Todes ist hingegen ausnahmslos Anzeige zu erstatten. Auch bei Inanspruchnahme dieser Ausnahmeregelung zur Wahrung des Kindeswohls ist aber jedenfalls dann Anzeige zu erstatten, wenn die ursprünglich bejahte Abstandnahme von der Anzeige zum Schutz des Wohls nicht mehr gegeben ist. Dies schließt eine gewisse Pflicht der Berufsangehörigen zur Beobachtung des weiteren Schicksals des Kindes oder der/des Jugendlichen ein. Eine weitere Gefährdung des Wohls ist etwa dann nicht (mehr) anzunehmen, wenn ein Kind oder eine Jugendliche / ein Jugendlicher bei Missbrauchsverdacht von jenem Umfeld ferngehalten werden kann, in dem sich die vermuteten Missbrauchshandlungen ereignen. Die berufsrechtliche Anzeigepflicht ebenso wie die Mitteilungspflicht an die Kinder- und Jugendwohlfahrt gemäß § 37 Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz 2013 (B-KJHG 2013) werden ausdrücklich als Ausnahmetatbestände von der berufsrechtlichen Verschwiegenheitspflicht normiert.

Zu § 38:

Wie für alle Gesundheitsberufe gesetzlich verankert, gilt selbstredend auch die Fortbildungsverpflichtung für MTD-Berufe weiterhin als Berufspflicht, um die Berufsangehörigen zu einer Berufsausübung lege artis zu verpflichten. Die Einhaltung dieser Berufspflicht fällt in erster Linie in die Eigenverantwortung der Berufsangehörigen bei der Ausübung ihres Berufes. Bei der Verletzung der Berufspflichten kommen zivil- und strafrechtlich erhöhte Sorgfaltspflichten und Haftungsregelungen zum Tragen (vgl. § 6 StGB und § 1299 ABGB). Darüber hinaus kann eine Nichteinhaltung der Fortbildungsverpflichtung durch die Berufsangehörigen auch dienstrechte Konsequenzen haben.

Im Entwurf werden entsprechend der geltenden Rechtslage keine näheren Vorschriften über die Art und Form der Fortbildungen festlegt. Somit steht es den Berufsangehörigen grundsätzlich auch frei, welche fachspezifischen Veranstaltungen, Seminare oder Kongresse, die die erforderlichen Bildungsziele für ihre berufliche Tätigkeit gewährleisten, sie im Rahmen ihrer Fortbildungsverpflichtung besuchen. Zum Nachweis, dass die Fortbildungspflicht erfüllt wurde, kann unter anderem das MTD-CPD Zertifikat dienen.

Zu § 39:

Abs. 1 normiert eine Werbeschränkung und bedeutet, dass nicht generell jegliche Werbung verboten ist, sondern nur jene, die gegen gültige Wertvorstellungen verstößt und mit dem Berufsstand sowie dem

Berufsansehen der MTD-Berufe unvereinbar ist, insbesondere das Gebot der Sachlichkeit bei der Verbreitung von einschlägigen Informationen soll gewahrt bleiben.

Das in Abs. 2 erstmals geregelte Provisionsverbot soll insbesondere eine freie und nur sachlich beeinflusste Wahl der behandelnden Person unterstützen. Unzulässig ist aufgrund von Abs. 2 z. B. die Zusammenarbeit zwischen einer/einem Berufsangehörigen und einer Ärztin / einem Arzt, der zufolge die/der Berufsangehörige für Patient:innen, die an die Ärztin / den Arzt erfolgreich weiterüberwiesen werden, eine Vergütung erhält.

In Umsetzung des Artikel 4 Abs. 2 lit. b der Richtlinie 2011/24/EU sieht Abs. 3 die Verpflichtung der Angehörigen der MTD-Berufe zur Bereitstellung von ausreichenden Informationen an Patient:innen vor, um eine sachkundige Entscheidung über die Behandlung und Betreuung zu ermöglichen. Diese Informationspflicht erstreckt sich insbesondere auf den geplanten Behandlungsablauf, die Kosten der Behandlung sowie den beruflichen Versicherungsschutz.

Hinsichtlich der Behandlungskosten wird in Abs. 4 darüber hinaus eine Verpflichtung zur objektiven, nicht diskriminierenden Berechnung und zur klaren Rechnungslegung normiert.

Zu §§ 40 und 59 Abs. 4:

Die erstmalige Normierung der Pflicht zum Abschluss und Aufrechterhaltung einer Haftpflichtversicherung in § 40 trifft jene Angehörige der MTD-Berufe, die ihren Beruf freiberuflich ausüben. Der verpflichtende Abschluss einer Haftpflichtversicherung setzt die Vorgaben der Patientenmobilitätsrichtlinie 2011/24/EU um: *Für Behandlungen im Hoheitsgebiet des betreffenden Mitgliedstaats bestehen Systeme der Berufshaftpflichtversicherung, eine Garantie oder eine ähnliche Regelung, die im Hinblick auf ihren Zweck gleichwertig oder im Wesentlichen vergleichbar und nach Art und Umfang dem Risiko angemessen ist* (Art. 4 Abs. 2 lit. d).

Die Berufshaftpflichtversicherung ist vor Aufnahme der Berufsausübung zur Deckung der daraus entstehenden Schadenersatzansprüche bei einem zum Geschäftsbetrieb in Österreich berechtigten Versicherer abzuschließen und während der Dauer der Berufsausübung aufrechtzuerhalten. Die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde kann von den Berufsangehörigen die Vorlage des Versicherungsvertrags verlangen (§ 40 Abs. 3).

Zum Zeitpunkt dieses Gesetzes freiberuflich tätige Berufsangehörige haben bis längstens Ende 2024 eine Berufshaftpflichtversicherung abzuschließen (§ 59 Abs. 4).

Zu § 41:

§ 41 regelt die in den Bestimmungen des MTD-Gesetzes vorgesehenen Datenverarbeitungen, nämlich das Erheben, das Erfassen, die Organisation, das Ordnen, die Speicherung, die Anpassung oder Veränderung, das Auslesen, das Abfragen, die Verwendung, die Offenlegung durch Übermittlung, die Verbreitung, den Abgleich oder die Verknüpfung, die Einschränkung, das Löschen oder die Vernichtung von personenbezogenen Daten mit oder ohne Hilfe automatisierter Verfahren (vgl. Art. 4 Z 2 DSGVO). Auch wenn die Verpflichtung zur Einhaltung der DSGVO und des DSG sich bereits aus deren unmittelbaren Anwendbarkeit ergibt, sind Spezifizierungen für diese Datenflüsse im Hinblick auf die Normierung der Beschränkung von Rechten und Pflichten nach der DSGVO sowie die Weiterverarbeitung zu wissenschaftlichen und historischen Forschungszwecken oder statistischen Zwecken erforderlich.

Abs. 1 enthält jene Datenverarbeitungen, die durch die Berufsangehörigen zur Erfüllung ihrer Berufspflichten im Rahmen der Berufsausübung durchzuführen sind. Die Führung einer Dokumentation (§ 34) sowie die Rechte zur Einsicht in diese und die Aufbewahrungspflicht dienen der qualitätsgesicherten Berufsausübung, dem Patientenschutz sowie der Beweissicherung zur Wahrnehmung von Rechtsansprüchen. Hinsichtlich der Aufbewahrungsdauer der Dokumentation besteht für freiberuflich tätige Berufsangehörige jedenfalls die Verpflichtung, diese zehn Jahre nach Beendigung des Behandlungs-/Betreuungsverhältnisses aufzubewahren. Gemäß Art. 17 Abs. 3 lit. e DSGVO besteht auch nach dieser Frist, insbesondere im Hinblick auf die zivilrechtliche Verjährungsfrist, die Möglichkeit, von der Löschung zum Zweck der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen abzusehen. Die Aufbewahrung der Dokumentation im Rahmen eines Dienstverhältnisses richtet sich nach den organisationsrechtlichen Regelungen für die jeweilige Einrichtung (z. B. Krankenanstaltenrecht). Bei den weiteren angeführten Datenverarbeitungen des Abs. 1 handelt es sich um die Auskünfte an Patienten:innen oder Klient:innen und deren Vertreter:innen sowie an Angehörige anderer Gesundheitsberufe (§ 35) und die Mitteilung über die Versicherte / den Versicherten zum Zweck der Honorarabrechnung, die als Durchbrechung der Verschwiegenheitspflicht normiert ist (§ 36 Abs. 2 Z 3).

Abs. 2 enthält jene Datenverarbeitungen, die die Übermittlung personenbezogener Daten zwischen Behörden und Gerichten vorsehen. Die Informationen zwischen den Behörden der EU-Mitgliedstaaten über gefälschte Berufsqualifikationen (§ 44 Abs. 10) und Entziehung und Wiedererteilung von

Berufsberechtigungen (§ 31 Abs. 3), die Einholung und Erteilung von Auskünften im Zusammenhang mit EWR-Berufsanerkennungen (§ 44 Abs. 11) und die Durchführung von Verfahren über den Europäischen Berufsausweis (EPC) (§§ 48 und 51) sind im Unionsrecht auf Grund der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Durchführungsverordnung (EU) 2015/983 zum Europäischen Berufsausweis und zum Vorwarnmechanismus vorgesehen und erfolgen im Wege des Binnenmarktinformationssystems (IMI). Für die Führung des Verzeichnisses über Personen, die vorübergehend grenzüberschreitende Dienstleistungen in Österreich erbringen, im Rahmen des Gesundheitsberuferegisters sind die entsprechenden Daten auf Grund der Meldung bei der Landeshauptfrau / beim Landeshauptmann (§ 50) an die Gesundheit Österreich GmbH zu übermitteln. Weiters erfolgt eine Übermittlung personenbezogener Daten über eine Erwachsenenvertretung für Berufsangehörige durch die Gerichte an die für die Entziehung der Berufsberechtigung zuständigen Behörden (vgl. § 31 Abs. 5). Die datenschutzrechtlichen Ermächtigungen der Gerichte und Staatsanwaltschaften in Strafsachen erfolgen auf Basis der Strafprozessordnung 1975 (StPO), BGBl. Nr. 631/1975, sodass diese nicht von den Datenschutzregelungen der Materiengesetze zu erfassen sind.

In Abs. 3 werden für die in Abs. 1 und 2 angeführten Datenverarbeitungen entsprechend Art. 23 DSGVO folgende Rechte und Pflichten insbesondere zur Sicherstellung des Schutzes der öffentlichen Gesundheit und zur Verhütung, Aufdeckung, Ermittlung und Verfolgung von Verstößen gegen die berufsständischen Regeln reglementierter Berufe ausgeschlossen:

- Art. 13 und 14: Informationspflichten der/des Verantwortlichen bei der Erhebung von personenbezogenen Daten,
- Art. 18: Recht der/des Betroffenen auf Einschränkung der Verarbeitung,
- Art. 21: Widerspruchsrecht der/des Betroffenen.

So wäre beispielsweise im Falle eines Rechts auf Einschränkung und auf Widerspruch die Besorgung der Aufgaben nach diesem Bundesgesetz von vornherein wesentlich beeinträchtigt und eine geordnete Durchführung der gesetzlich geregelten Aufgaben nicht mehr möglich. Die Ausübung der genannten Rechte und Pflichten würde zudem einen beträchtlichen und unverhältnismäßigen Aufwand verursachen. Das Recht auf Löschung ist bereits durch Art. 17 Abs. 3 lit. b DSGVO ausgeschlossen, da die Datenverarbeitung zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung nach dem nationalen Recht erfolgt. Die Rechte der Betroffenen auf Auskunft (Art. 15) und auf Berichtigung (Art. 16) bleiben aufrecht.

Abs. 4 regelt die Weiterverarbeitung der angeführten Daten zu wissenschaftlichen oder historischen Forschungszwecken oder statistischen Zwecken. Im Sinne des Art. 89 DSGVO sind die Daten so zu übermitteln, dass sie für die Empfängerin / den Empfänger pseudonymisierte personenbezogene Daten sind und die Empfängerin / der Empfänger die Identität der/des Betroffenen mit rechtlich zulässigen Mitteln nicht bestimmen kann, sofern der Personenbezug für die Durchführung einer statistischen Erhebung nicht unerlässlich ist. Soweit der Personenbezug für die Verwirklichung des Zwecks unerlässlich ist, können einzelne Rechte der/des Betroffenen unter den Voraussetzungen des Art. 89 Abs. 2 DSGVO ausgeschlossen werden.

Zu § 42:

Diese Bestimmungen enthalten die Verordnungsermächtigung der/des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesministers betreffend das zu vermittelnde Qualifikationsprofil für die sieben MTD-Berufsausbildungen sowie die Mindestanforderungen an die Fachhochschulausbildung einschließlich der Anforderungen an die Leitung der FH-Studiengänge. Weiters enthält § 42 die Anforderungen an die Akkreditierung, die Verlängerung sowie den Widerruf von Studiengängen durch die Agentur für Qualitätssicherung und Akkreditierung (AQ Austria) und die damit verbundene Beziehungsverpflichtung von Sachverständigen und das Einvernehmen erforderlich ist mit der/dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesministers. Darüber hinaus ist wie bisher die Verpflichtung der AQ Austria zur jährlichen Berichtspflicht geregelt.

Zu § 43:

Die bisherigen Regelungen über Sonderausbildungen für MTD-Berufe werden durch Regelungen über Spezialisierungen zur Höherqualifizierung innerhalb der Berufsbilder und der Kompetenzbereiche abgelöst. Spezialisierungen zur Höherqualifizierung führen demnach zu einer Vertiefung im jeweiligen Berufsbild, allerdings nicht zu einer Erweiterung des Berufsbildes. Die ärztliche oder zahnärztliche Anordnung oder Zuweisung bleiben unberührt. Diese sollen auf Grund der abgeschlossenen Überführung der MTD-Ausbildungen in den tertiären Bildungsbereich ebenfalls im Sinne des Bologna-Architektur nur mehr dem tertiären Bereich zugeordnet sein. In Abs. 1 wird ein Mindestumfang von 60 ECTS für Spezialisierungen für berufsspezifische Fachbereiche und/oder Spezialisierungen für Lehre und Management festgelegt.

Mit der in Abs. 2 vorgesehenen Verordnung sollen Vorgaben insbesondere hinsichtlich der Anforderungen für die Durchführung der Spezialisierungsausbildungen festgelegt werden.

Diese neuen Regelungen sollen den bereits bestehenden Entwicklungen im tertiären Bereich Rechnung tragen und eine Weiterentwicklung der MTD-Berufe in bestimmten Fachbereichen innerhalb ihrer Berufsbilder und Kompetenzbereiche eröffnen.

Die Frage des Erfordernisses einer (externen) Qualitätssicherung aus gesundheitsrechtlicher Sicht für diese zukünftigen Spezialisierungsausbildungen bleibt offen und wird vor Umsetzung der ersten Spezialisierungsausbildungen unter Einbindung des Wissenschaftsressorts noch eingehend zu prüfen und allenfalls gesetzlich zu regeln sein.

Ziel von Spezialisierungen ist primär eine verbesserte Versorgung von Patient:innen und Klient:innen mit MTD-Leistungen im Gesundheitswesen. Darüber hinaus trägt diese Maßnahme auch zur Attraktivierung von Gesundheitsberufen bei, die nach wie vor zu einem sehr hohen Prozentsatz von Frauen ausgeübt werden.

Zu § 44:

§ 44 normiert den Anwendungsbereich der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen im Hinblick auf die Anerkennung von Qualifikationsnachweisen in den MTD-Berufen:

In den Anwendungsbereich der Richtlinie 2005/36/EG fallen neben von einem EWR-Vertragsstaat oder der Schweizerischen Eidgenossenschaft ausgestellte Ausbildungsnachweise in den MTD-Berufen (Abs. 1) auch Ausbildungsnachweise, die im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland vor dem 1. Jänner 2021 ausgestellt worden sind (Abs. 2) sowie die gemäß Artikel 3 Abs. 3 der Richtlinie gleichgestellte Drittlanddiplome (Abs. 3). In einem Drittland erworbene und in einem Mitgliedstaat anerkannte Ausbildungsnachweise sind im Anwendungsbereich der Richtlinie 2005/36/EG anzuerkennen, sofern eine dreijährige Berufspraxis im entsprechenden MTD-Beruf im Erstanerkennungsstaat bescheinigt wird.

Der Abs. 4 regelt das Anerkennungsverfahren nach den Bestimmungen der Richtlinie 2005/36/EG, das wie bisher durch die/den für das Gesundheitswesen zuständige/n Bundesminister:in durchzuführen ist:

Da die MTD-Berufe keine EU-rechtlich harmonisierten Berufe sind, unterliegen diese dem allgemeinen Anerkennungssystem (Titel III Kapitel I der Richtlinie 2005/36/EG) und damit einer inhaltlichen Prüfung.

In Abs. 4 wird wie bisher normiert, dass bei wesentlichen Ausbildungsunterschieden die Möglichkeit der Vorschreibung eines Anpassungslehrgangs (§ 45) oder einer Eignungsprüfung (§ 46) möglich ist, wobei gemäß Artikel 14 Abs. 2 der Richtlinie 2005/36/EG die Wahl der Ausgleichsmaßnahme grundsätzlich der/dem Antragsteller:in zukommt. Bei der Prüfung, ob wesentliche Ausbildungsunterschiede vorliegen, ist auch darauf Bedacht zu nehmen, dass die Antragsteller:innen befähigt sein sollen, die Kompetenzen der Berufsbilder auszuüben.

Abweichend vom Grundsatz, dass die/der Antragsteller:in grundsätzlich die Wahlmöglichkeit zwischen Anpassungslehrgang und Eignungsprüfung hat, kann der Aufnahmemitgliedstaat entweder einen Anpassungslehrgang oder eine Eignungsprüfung vorschreiben, wenn die/der Inhaber:in einer Berufsqualifikation gemäß Artikel 11 lit. a oder lit. b die Anerkennung seiner Berufsqualifikation beantragt. Beantragt eine/ein Inhaber:in einer Berufsqualifikation gemäß Artikel 11 lit. a die Anerkennung seiner Berufsqualifikation, so kann der Aufnahmemitgliedstaat sowohl einen Anpassungslehrgang als auch eine Eignungsprüfung vorschreiben.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass gemäß Artikel 4 Abs. 2 der Richtlinie 2005/36/EG für eine Anerkennung im Rahmen der Richtlinie der Beruf, den die/der Antragsteller:in im Aufnahmestaat ausüben möchte, derselbe wie derjenige ist, für den sie/er in ihrem/seinem Herkunftsstaat qualifiziert ist, wenn die Tätigkeiten, die er umfasst, vergleichbar sind. Dieser Maßstab „dieselben Berufs“, der „vergleichbare Tätigkeiten umfasst“, ist bei der Anerkennung heranzuziehen. Dem entsprechend wäre bei einem sehr großen Niveauunterschied zunächst zu prüfen, ob es sich tatsächlich um denselben Beruf handelt und damit eine Anerkennung im Rahmen der Richtlinie in Betracht kommt. Entsprechende Klarstellungen betreffend das Erfordernis der Gleichwertigkeit sind in Abs. 1 zu finden.

Die gemäß Abs. 5 vorzulegenden Unterlagen entsprechen den Vorgaben des Anhangs VII der Richtlinie 2005/36/EG, wobei für die Sicherstellung der Zustellbarkeit von behördlichen Schriftstücken der Nachweis eines Wohnsitzes oder einer/eines Zustellbevollmächtigten in Österreich normiert ist.

Unbeschadet der durch die Mitgliedstaaten im Wege des Vorwarnmechanismus an alle anderen Mitgliedstaaten gemäß Artikel 56a Abs. 1 der Richtlinie 2005/36/EG im Wege des IMI zu übermittelnden Meldungen wird die Vorlage der entsprechenden Bescheinigung gemäß Abs. 5 Z 3 seitens der/des

Antragsteller:in im Rahmen des konkreten Anerkennungsverfahrens aus Gründen der Patient:innensicherheit und der Qualitätssicherung weiterhin verlangt.

Die in Abs. 6 normierten Fristen für die Empfangsbestätigung (ein Monat) sowie für die Erledigung (vier Monate) sind durch Artikel 51 Abs. 1 und 2 der Richtlinie 2005/36/EG vorgegeben und daher gemäß Artikel 11 Abs. 2 B-VG als lex specialis zum AVG im Materiengesetz zu regeln.

Im Rahmen der EWR-Anerkennungsverfahren hat sich gezeigt, dass eine Vielzahl von Antragsteller:innen nach einem Verbesserungsauftrag gemäß § 13 Abs. 3 AVG bzw. trotz mehrfacher Verbesserungsaufträgen die erforderlichen Unterlagen nicht innerhalb offener Frist vollständig vorlegt bzw. auf Grund der Verlegung des Wohnsitzes außerhalb Österreichs für die Behörde nicht mehr erreichbar ist. Diese Verfahren können ohne Zutun der Parteien nicht abgeschlossen werden.

Diesem Umstand wird durch den neu geschaffenen Abs. 7 als lex specialis zum AVG im Materiengesetz Rechnung getragen: Im Sinne der Verwaltungsökonomie und der Rechtsklarheit wird für jene Fälle, in denen dem Mangelbehebungsauftrag nicht fristgerecht entsprochen wird, eine Zurückziehung des verfahrenseinleitenden Antrags normiert. Eine neuerliche Antragstellung zu einem späteren Zeitpunkt ist jederzeit wieder möglich, da hierbei nicht inhaltlich über den Antrag abgesprochen wird.

In Abs. 8 steht abweichend von den allgemeinen Verwaltungsvorschriften für jene Antragsteller:innen, denen auf Grund wesentlicher Unterschiede der von ihnen absolvierten Ausbildung Ausgleichsmaßnahmen vorgeschrieben werden müssten, die zusätzliche Möglichkeit offen, ein Aussetzen des Verfahrens bis zum Nachholen der fehlenden Ausbildungsinhalte zu beantragen. Diese Verfahrensbestimmung soll sowohl einer erweiterten Wahlmöglichkeit der Parteien als auch der Verwaltungsökonomie dienen.

Da die Praxis gezeigt hat, dass Fortsetzungsanträge in der Regel innerhalb eines Jahres ab dem Aussetzungszeitpunkt gestellt werden, wird die Frist für das formlose Einstellen des Verfahrens von zwei auf ein Jahr verkürzt. Bei einer Verfahrensaussetzung von länger als sechs Monaten wird nunmehr neu geregelt, dass ein aktualisierter Nachweis gemäß Abs. 5 Z 3 vorzulegen ist.

In Fällen, in denen Ausgleichsmaßnahmen vorgeschrieben wurden, liegt erst dann ein anerkannter Qualifikationsnachweis vor, wenn die erfolgreiche Absolvierung der Ausgleichsmaßnahme/n in den Anerkennungsbereich eingetragen wurde (Abs. 9).

In Umsetzung von Artikel 56a Abs. 3 der Richtlinie 2005/36/EG regelt Abs. 10, dass die zuständigen Behörden eines betroffenen Mitgliedstaats die zuständigen Behörden aller übrigen Mitgliedstaaten über die Identität von Berufsangehörigen, die die Anerkennung einer Qualifikation gemäß dieser Richtlinie beantragt haben und bei denen später gerichtlich festgestellt wurde, dass sie dabei gefälschte Berufsqualifikationsnachweise verwendet haben, spätestens drei Tage nach Annahme der Gerichtsentscheidung mittels einer Warnung über das IMI zu informieren haben.

Die Anerkennungsbehörde wird bei Verdacht von gefälschten Berufsqualifikationsnachweisen zur Prüfung dieser Vorfrage eine entsprechende Sachverhaltsdarstellung an die Staatsanwaltschaft melden und wird das Anerkennungsverfahren bis zur rechtskräftigen Entscheidung der Strafgerichte gemäß § 38 AVG aussetzen.

Hinsichtlich des gemäß Artikel 56a Abs. 6 der Richtlinie 2005/36/EG vorzusehenden Rechts der/des Betroffenen zur Überprüfung und gegebenenfalls Berichtigung der Warnung wird die bereits für den Vorwarnmechanismus im Zusammenhang mit Dienstleistungen normierte entsprechende Regelung des § 21 Abs. 4 DLG übernommen.

Die Durchführungsverordnung (EU) 2015/983 enthält folgende Vorschriften über den Vorwarnmechanismus: Aufgaben der zuständigen Behörden beim Umgang mit ein- und ausgehenden Warnungen, Funktionen des IMI in Bezug auf die Rücknahme, Änderung oder Löschung von Warnungen, Zugriff zu den Warnungen, wobei im Sinne des Datenschutzes sicherzustellen ist, dass nur den von der Warnung unmittelbar betroffenen Behörden Zugang zum Vorwarnmechanismus gewährt wird.

Artikel 56 der Richtlinie 2005/36/EG sieht für die Verwaltungszusammenarbeit neben der allgemeinen Verpflichtung zur Zusammenarbeit mit sowie der Amtshilfe für die Behörden der anderen Mitgliedstaaten für die gegenseitige Erteilung und Einholung von Auskünften betreffend Berufsangehörige, die im Rahmen der Richtlinie in einem anderen Mitgliedstaat ihre Berufsqualifikation anerkennen lassen bzw. vorübergehend Dienstleistungen erbringen wollen, verpflichtend die Anwendung des elektronischen Binnenmarktinformationssystems IMI vor (Abs. 11).

Der neu geschaffene Abs. 12 bietet die Möglichkeit für Berufsangehörige, deren Anerkennung im Beruf der/des Radiologietechnolog:in unter der Bedingung der Absolvierung von Ausgleichsmaßnahmen

erfolgt, innerhalb von zwei Jahren ab Erlassung des Anerkennungsbescheids – bei Vorliegen aller Voraussetzungen für die Berufsberechtigung gemäß MABG – in der Röntgenassistenz tätig zu werden.

Dies dient der Erleichterung der Anerkennungsverfahren, zumal es sich gezeigt hat, dass Radiologietechnolog:innen aus dem Ausland fachlich für die Ausübung des niederschwelligeren Berufs der Röntgenassistenz befähigt sind. Mit der Schaffung der vorliegenden Regelung müssen diese Personen keine formale Anerkennung für den niederschwelligeren Beruf durchführen, sondern sind vielmehr befristet für zwei Jahre ex lege auf Grund des Anerkennungsbescheides als Radiologietechnolog:in berechtigt, die Röntgenassistenz auszuüben.

Der neu geschaffene Abs. 13 bietet die Möglichkeit für Berufsangehörige, deren Anerkennung im Beruf der/des Biomedizinischen Analytiker:in unter der Bedingung der Absolvierung von Ausgleichsmaßnahmen erfolgt, innerhalb von zwei Jahren ab Erlassung des Anerkennungsbescheids – bei Vorliegen aller Voraussetzungen für die Berufsberechtigung gemäß MABG – in der Laborassistenz tätig zu werden.

Dies dient der Erleichterung der Anerkennungsverfahren, zumal es sich gezeigt hat, dass Biomedizinische Analytiker:innen aus dem Ausland fachlich für die Ausübung des niederschwelligeren Berufs der Laborassistenz befähigt sind. Mit der Schaffung der vorliegenden Regelung müssen diese Personen keine formale Anerkennung für den niederschwelligeren Beruf durchführen, sondern sind vielmehr befristet für zwei Jahre ex lege auf Grund des Anerkennungsbescheides als Biomedizinische Analytiker:innen berechtigt, die Laborassistenz auszuüben.

Zu §§ 45, 46, 47:

Die Bestimmungen über Anpassungslehrgänge bzw. Eignungsprüfungen sowie deren Beurteilung bzw. Bestätigung über die erfolgreiche Absolvierung bleiben unverändert.

Eine Bereinigung erfolgte lediglich in § 45 im Hinblick auf das Zustandekommen eines Anpassungslehrganges, zumal insbesondere die Zustimmungserteilung für diese durch die Fachhochschulen, grundsätzlich im FHG geregelt ist und als operative Abwicklung den Fachhochschulen überlassen werden kann.

Der/Dem Zulassungswerber:in steht grundsätzlich die Wahlmöglichkeit zwischen Anpassungslehrgang und Eignungsprüfung zu. Zu den Ausnahmen siehe § 44 Abs. 4.

Sofern fachlich erforderlich kann im Rahmen des konkreten Anerkennungsverfahrens die Absolvierung eines Anpassungslehrgangs an eine Zusatzausbildung gekoppelt werden. Im Zuge der Zusatzausbildung besteht – entgegen der Rechtsnatur der Eignungsprüfung – Teilnahmeverpflichtung am jeweiligen Unterricht des vorgegebenen Fachbereichs.

Auf § 29 Abs. 1 wird hingewiesen.

Zu § 48:

Die Anerkennung von Qualifikationsnachweisen als Physiotherapeut:in aus einem anderen Mitgliedstaat im Wege des Europäischen Berufsausweises (EPC) erfolgt durch die/den für das Gesundheitswesen zuständige/n Bundesminister:in als Aufnahmestaat gemäß § 44.

Klargestellt wird, dass der EPC nicht ein Ausweis im herkömmlichen Wortsinn ist, sondern ein im Wege eines elektronischen Workflows im IMI abgewickeltes Anerkennungsverfahren. Für Physiotherapeut:innen besteht daher die Möglichkeit, die Anerkennung ihrer Berufsqualifikation in Österreich entweder im Wege des EPC oder im Wege des herkömmlichen Anerkennungsverfahrens nach der Richtlinie 2005/36/EG zu beantragen.

Aufgaben des Herkunftstaates im Zusammenhang mit dem EPC (Prüfung der Echtheit, Richtigkeit und Vollständigkeit der vorzulegenden Dokumente) sind von der Registrierungsbehörde wahrzunehmen (§ 21 GBRG).

Zu § 49:

§ 49 dient der Umsetzung des Artikels 4f der Richtlinie 2005/36/EG und regelt den partiellen Zugang zu jenen MTD-Berufen, für die einerseits die Trennbarkeit eines Teilbereichs vom Gesamtätigkeitsbereich objektiv in Betracht kommt und andererseits die österreichische Ausbildung einen derart großen Umfang aufweist, dass für Berufsangehörige, deren Berufsbild und Ausbildung nur einen Teilbereich abdeckt, die Kompensationsmaßnahmen für den Erwerb der Berechtigung für den gesamten Tätigkeitsbereich im Wege von Ausgleichsmaßnahmen unverhältnismäßig wären.

Festzuhalten ist, dass insbesondere die Voraussetzung der Trennbarkeit von Teilbereichen für die einzelnen MTD-Berufe differenziert zu betrachten und für den jeweiligen Einzelfall gesondert zu prüfen ist.

Klargestellt wird, dass die konkrete Entscheidung über den partiellen Zugang zu einem MTD-Beruf nicht amtsweigig, sondern ausschließlich auf entsprechenden Antrag des/der Berufsangehörigen sowie Basis einer Einzelfallprüfung über das Vorliegen sämtlicher gesetzlich vorgegebener Voraussetzungen, erforderlichenfalls unter Einholung eines Sachverständigungsgutachtens, erfolgt.

Die in Abs. 1 Z 1 bis 5 festgelegten kumulativ vorzuliegenden Voraussetzungen setzen die Bestimmungen der Richtlinie 2005/36/EG zum partiellen Zugang wie folgt um:

Z 1 entspricht der Vorgabe des Artikels 4f Abs. 1 lit. a (uneingeschränkter Berufszugang im Herkunftsstaat).

Z 2 enthält die Umsetzung des Artikels 4 der Richtlinie, wonach die Anerkennung der Berufsqualifikationen nach der Richtlinie den begünstigten Personen ermöglichen soll, im Aufnahmemitgliedstaat denselben Beruf wie den, für den sie in ihrem Herkunftsmitgliedstaat qualifiziert sind, aufzunehmen und unter denselben Voraussetzungen wie Inländer auszuüben. Als „derselbe“ Beruf gilt jener Beruf, in dem die Berufsqualifikation im Herkunftsstaat erworben wurde, wenn die Tätigkeiten, die er umfasst, vergleichbar sind. Dies bedeutet, dass ein partieller Zugang in Fällen ausgeschlossen ist, in denen ohnedies eine Anerkennung in dem der erworbenen Berufsqualifikation vergleichbaren Beruf möglich ist. Diese ausdrückliche Klarstellung steht auch im Einklang mit der in Rz 31 EuGH-Urteils C-940/20 dargelegten Begründung: „*Ohne die Möglichkeit eines partiellen Zugangs zu den in Rn. 28 des vorliegenden Urteils aufgeführten Gesundheitsberufen, d. h. den unter Titel III Kapitel III der geänderten Richtlinie 2005/36 fallenden Berufen, wären viele Angehörige von Gesundheitsberufen, die in einem Mitgliedstaat im Rahmen eines dieser Berufe zur Ausübung bestimmter, im Aufnahmemitgliedstaat keinem bestehenden Beruf entsprechender Tätigkeiten qualifiziert sind, weiterhin mit Mobilitätshindernissen konfrontiert.*“ Diesen Ausführungen zufolge soll nämlich der partielle Zugang Mobilitätshindernissen für Berufsangehörige entgegenwirken, die andernfalls keine Möglichkeit eines Berufszugangs im Aufnahmemitgliedstaat hätten. Dies ist jedenfalls nicht der Fall, wenn eine Vollarbeitung in einem der erworbenen Berufsqualifikation vergleichbaren reglementierten Beruf im Aufnahmemitgliedstaat möglich ist.

Z 3 entspricht der Vorgabe des Artikels 4f Abs. 1 lit. b (zu groÙe Unterschiede für Vollarbeitung). Diese Voraussetzung unterstreicht den klaren Vorrang einer Vollarbeitung gegenüber einem partiellen Zugang, der nur für jene Fälle in Betracht kommt, bei denen die Unterschiede die Absolvierung eines vollständigen Ausbildungsprogramms erfordern würden. Die vorrangig zur Anwendung kommende Vollarbeitung umfasst sowohl die Anerkennung im Rahmen der Bestimmungen der Richtlinie (Titel III Kapitel III oder Art. 10) als auch im Rahmen des EU-Primärrechts im Sinne der jüngsten EuGH- und EFTA-Judikatur (vgl. EuGH C-166/20, EFTA E-3/20 und 4/20).

Z 4 entspricht der Vorgabe des Artikels 4f Abs. 1 lit. c (Trennbarkeit des Teilgebiets vom gesamten MTD-Beruf). Klargestellt wird, dass es sich bei einem „Teilgebiet“ eines MTD-Berufes nur dann handelt, wenn die erworbene Qualifikation für den betroffenen Bereich auf einem der Qualifikation des entsprechenden MTD-Berufes gleichwertigen Niveau liegt, das heißt einem Ausbildungsabschluss auf Hochschulniveau bzw. einem dem MTD-Beruf vergleichbaren entsprechenden fachlichen Standard, beruflichen Autonomie und Verantwortung. Diese Gleichwertigkeit liegt jedenfalls nicht bei unterstützenden bzw. assistierenden Berufsqualifikationen vor.

Z 5 entspricht der Vorgabe des Artikels 4f Abs. 2 (Ausschlussmöglichkeit aus Gründen des Allgemeininteresses). Dazu wird insbesondere auch auf den Erwägungsgrund 7 der Richtlinie 2013/55/EU verwiesen: „*Aus zwingenden Gründen des Allgemeininteresses im Sinne der Rechtsprechung des Gerichtshofs der Europäischen Union zu den Artikeln 49 und 56 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV), die sich möglicherweise noch weiter entwickeln wird, sollte jedoch ein Mitgliedstaat den partiellen Zugang verweigern können. Dies könnte insbesondere bei Gesundheitsberufen der Fall sein, sofern sie Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit oder die Patientensicherheit haben.*“

Entsprechend Artikel 4f Abs. 5 der Richtlinie 2005/36/EG hat gemäß Abs. 3 Z 1 die Berufsausübung von Berufsangehörigen, denen partieller Zugang gewährt wurde, unter der Berufsbezeichnung des Herkunftsstaates zu erfolgen; erforderlichenfalls, insbesondere wenn dies aus Gründen der Transparenz und des Patienten- und Konsumentenschutzes geboten ist, kann zusätzlich das Führen einer im Anerkennungsbescheid festgelegten deutschsprachigen Bezeichnung vorgeschrieben werden.

Weiters wird in Umsetzung des Artikel 4f Abs. 5 der Richtlinie 2005/36/EG gemäß Abs. 3 Z 2 die ausdrückliche Verpflichtung der/des betroffenen Berufsangehörigen zur Information gegenüber dem Dienstgeber und/oder den Patient:innen oder pflegebedürftigen Menschen über den konkreten Umfang der beruflichen Tätigkeit festgeschrieben.

Klargestellt wird, dass selbstverständlich die gesetzlichen Berufspflichten zur Anwendung kommen sowie die zivil- und strafrechtlichen Grundsätze der Einlassungs- und Übernahmsverantwortung gelten, was auch eine entsprechende Informationsverpflichtung gegenüber der/dem anordnenden Ärztin/Arzt miteinschließt.

Zur Durchsetzbarkeit der in Fällen des partiellen Berufszugangs für den Patientenschutz und die Transparenz des Berufsumfangs besonders wesentlichen Verpflichtungen betreffend das Führen der zulässigen Berufsbezeichnung sowie die Erteilung der den individuell erteilten Berufsumfang betreffenden Informationen ist ein Verstoß gegen diese Verpflichtungen unter Verwaltungsstrafe gestellt.

Zu § 50:

Im Rahmen der Richtlinie 2005/36/EG wird in Titel II (Artikel 5 bis 9) die Dienstleistungsfreiheit geregelt.

Abs. 1 normiert entsprechend Artikel 5 der Richtlinie 2005/36/EG die Zulässigkeit der Erbringung vorübergehender Dienstleistungen in den MTD-Berufen, wobei der vorübergehende und gelegentliche Charakter im Einzelfall insbesondere anhand der Dauer, der Häufigkeit, der regelmäßigen Wiederkehr und der Kontinuität der Dienstleistung zu beurteilen ist. Die rechtmäßige Niederlassung in einem anderen – als Österreich – EWR-Vertragsstaat oder der Schweizerischen Eidgenossenschaft muss als Voraussetzung gegeben sein.

Abs. 2 beinhaltet die Verpflichtung zur Meldung der Dienstleistung an die/den Landeshauptfrau/Landeshauptmann sowie zur Vorlage der erforderlichen Nachweise durch die/den Dienstleistungserbringer:in entsprechend den Regelungen des Artikel 7 Abs. 1 und 2 der Richtlinie 2005/36/EG.

Im Abs. 3 wird von der in Artikel 7 Abs. 1 und 2 der Richtlinie 2005/36/EG gebotenen Möglichkeit der Verpflichtung der Dienstleistungserbringer:innen zur jährlichen Erneuerung der Meldung bzw. zur neuerlichen Vorlage der Nachweise bei einer diesbezüglichen wesentlichen Änderung Gebrauch gemacht.

In Abs. 4 wird die in Artikel 7 Abs. 4 der Richtlinie 2005/36/EG vorgesehene Möglichkeit der Vorabprüfung der Qualifikation der/des Dienstleistungserbringer:in für Berufe, die die öffentliche Gesundheit und Sicherheit berühren, zur Verhinderung einer schwerwiegenden Beeinträchtigung der Gesundheit der Dienstleistungsempfänger:innen für die MTD-Berufe umgesetzt.

Die Abs. 5 und 6 enthalten die Bestimmungen über das entsprechende in Artikel 7 Abs. 4 der Richtlinie 2005/36/EG normierte Verfahren, wobei die Mitteilungen betreffend das Erfordernis sowie das Ergebnis der Nachprüfung der Qualifikation sowie betreffend die Ablegung der Eignungsprüfung keine Bescheide sind. Lediglich die Untersagung der Tätigkeit gemäß Abs. 6 letzter Satz hat mit Bescheid zu erfolgen,

Abs. 7 stellt klar, dass die vorübergehende Dienstleistung erst nach positiver Entscheidung bzw. bei Verschweigen der Behörde nach Ablauf der angeführten Fristen aufgenommen werden darf.

In Abs. 8 werden die berufsrechtlichen Rahmenbedingungen, unter denen die Dienstleistungserbringer:innen tätig werden, klargestellt:

Gemäß Artikel 5 Abs. 3 der Richtlinie 2005/36/EG unterliegen diese den innerstaatlichen, insbesondere im vorliegenden Gesetz normierten, Berufspflichten.

Da Personen gemäß § 50 von ihrem ausländischen Berufssitz oder Dienstort aus in Österreich vorübergehend freiberuflich tätig sind, erfolgt in § 30 Abs. 4 eine Klarstellung, dass in diesen Fällen keine Begründung eines Berufssitzes in Österreich erforderlich ist.

Gemäß Artikel 7 Abs. 4 letzter Satz der Richtlinie 2005/36/EG erfolgt die Dienstleistungserbringung unter der Berufsbezeichnung des Aufnahmestaats.

Abs. 9: Personen, die vorübergehend Dienstleistungen in den MTD-Berufen in Österreich erbringen, werden seitens der Gesundheit Österreich GmbH im Rahmen des Gesundheitsberuferegisters in einem gesonderten Verzeichnis geführt. Es ist daher erforderlich, dass die/der Landeshauptfrau/Landeshauptmann, die/der das Meldeverfahren gemäß § 50 durchführt, die entsprechenden Daten der Gesundheit Österreich GmbH übermittelt (§ 7 GBRG). Diese Meldungen werden über den Behördenportalverbund durchgeführt.

Auf § 20 Abs. 1 GBRG wird hingewiesen.

Zu § 51:

Die Aufgaben des Aufnahmestaates im Verfahren zur vorübergehenden Dienstleistungserbringung als Physiotherapeut:in im Wege des EPC kommen der/dem Landeshauptfrau/Landeshauptmann zu.

Aufgaben des Herkunftstaates im Zusammenhang mit dem EPC (Prüfung der Echtheit, Richtigkeit und Vollständigkeit der vorzulegenden Dokumente) sind von der Registrationsbehörde wahrzunehmen (§ 21 GBRG).

Zu § 52:

Der Qualifikationsnachweis im Sinne des § 52 ist der Nostrifikationsbescheid gemäß FHG, in dem die allfällig vorgeschriebene erfolgreiche Absolvierung der Ergänzungsmaßnahmen vermerkt wurde.

Vergleichbar zu den EWR-Anerkennungsverfahren soll es auch Nostrifikant:innen im Beruf der/des Radiologietechnolog:in bzw. Biomedizinischen Analytiker:in ermöglicht werden, befristet für zwei Jahre bei Vorliegen aller Berufsberechtigungs voraussetzungen gemäß MAB-G im niederschwelligeren Beruf der Röntgen- bzw. Laborassistenz tätig zu werden.

Näheres siehe § 44 Abs. 11, 12 und 13.

Zu § 53:

Es ist klarzustellen, dass es sich bei dieser Bestimmung um eine Tätigkeit zur Fortbildung und nicht zur Ausbildung handelt. Dies ist nur möglich, wenn im Ausland eine entsprechende qualitativ hochwertige Ausbildung vermittelt und mit Erfolg abgeschlossen wurde.

Die Tätigkeit zu Fortbildungszwecken ist keine Berufsausübung im Sinne des § 28 und daher erfolgt keine Eintragung im Gesundheitsberufregister.

Das Erfordernis der Gleichwertigkeit der absolvierten Ausbildung mit einer österreichischen Ausbildung in einem MTD-Beruf (Abs. 1) setzt jedenfalls zumindest die Nostrifzierbarkeit dieser Ausbildung nach dem FHG oder die für die EWR-Anerkennung im Sinne des § 44 erforderliche Gleichwertigkeit voraus.

Keinesfalls darf jedoch diese Bestimmung einer Umgehung der §§ 44 und 52 dienen.

Die zeitliche Beschränkung von höchstens zwei Jahren dient in diesem Sinne der Vermeidung von Umgehungsversuchen von EWR-Anerkennungen bzw. Nostrifikationen. Eine Tätigkeit zu Fortbildungszwecken ist über die Dauer von zwei Jahren hinaus nicht möglich.

Ein Wechsel der Einrichtung kann auf Antrag der/des Bewilligungswerber:in mit neuerlichem Bescheid der/des Landeshauptfrau/Landeshauptmannes bewilligt werden. Da die zeitliche Beschränkung der Tätigkeit zu Fortbildungszwecken auf maximal zwei Jahre nicht überschritten werden darf, kann der Wechsel nur für den Rest der Zwei-Jahres-Frist bewilligt werden. Vor Ausstellung des neuen Bescheides ist insbesondere nachzuweisen, dass das Arbeitsverhältnis zur ersten Einrichtung beendet wurde.

Abs. 2: Fehlendes Wissen in grundlegenden Fächern schließt jedenfalls eine Tätigkeit zu Fortbildungszwecken aus. Auch bei einer Tätigkeit lediglich zu Fortbildungszwecken sind die für die Berufsausübung notwendigen Sprachkenntnisse unabdingbar.

Im Sinne der Qualitätssicherung normiert Abs. 3, dass die Tätigkeit zu Fortbildungszwecken an eine bestimmte qualifizierte Einrichtung gebunden ist.

Diese Einrichtungen werden in Abs. 4 näher umschrieben und müssen somit über die für die Fortbildung erforderliche Ausstattung und über das zur Anleitung und Aufsicht befähigte Personal verfügen. Unter Z 1 fallen jedenfalls Einrichtungen, die über die entsprechenden krankenanstaltenrechtlichen Bewilligungen verfügen, sowie die entsprechenden Fachärztinnen und Fachärzte.

Zu § 54:

Die Regelungen betreffend die Aufgaben und die Zusammensetzung des MTD-Beirats sollen unverändert beibehalten werden. Sie entsprechen daher der geltenden Rechtslage.

Zu § 55:

Im Rahmen der EWR-Anerkennung der einschlägigen Berufsqualifikationen ist die Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen anzuwenden. Die letzte Änderung dieser Richtlinie erfolgte durch die Richtlinie 2013/55/EU. Die Umsetzung dieser Richtlinie findet sich in §§ 44 ff.

Auf Grund des Freizügigkeitsabkommens mit der Schweizerischen Eidgenossenschaft sind diese Bestimmungen auch auf Schweizer Staatsangehörige und Ausbildungsnachweise anzuwenden.

Die Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung findet sich in §§ 34 und 39.

Hinsichtlich der Durchführungsverordnung (EU) 2015/983 betreffend das Verfahren zur Ausstellung des Europäischen Berufsausweises und die Anwendung des Vorwarnmechanismus der Richtlinie 2005/36/EG, ABl. Nr. L 159 vom 25.6.2015 S. 27, ist klarzustellen, dass diese zwar unmittelbar gilt und

damit nicht der Verpflichtung zur innerstaatlichen Umsetzung unterliegt, allerdings dient die Zitierung der Rechtssicherheit und Rechtsklarheit betreffend das anzuwendende EU-Recht.

Auch die Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt-Informationssystems und zur Aufhebung der Entscheidung 2008/49/EG der Kommission („IMI-Verordnung“), ABl. Nr. L 316 vom 14.11.2012 S. 1, wird in die Umsetzungshinweise aufgenommen, da die Verwaltungszusammenarbeit sowie die Verfahren über den Europäischen Berufsausweis und den Vorwarnmechanismus verpflichtend im Wege des IMI abzuwickeln sind und damit die IMI-Verordnung anzuwenden ist.

Zu § 56:

§ 56 dient sprachlich-legistischen Vereinfachungen und damit der Verständlichkeit und Lesbarkeit für den Normanwender.

Zu § 57:

Von den Strafbestimmungen des § 57 sind nicht nur Personen erfasst, die einen in diesem Bundesgesetz geregelten Beruf ausüben (Abs. 1 Z 1), sondern auch jene, die diese Personen für eine Tätigkeit heranziehen, die unter dieses Bundesgesetz fällt (Abs. 1 Z 2). Von der Strafbestimmung ausdrücklich ausgenommen sind die in §§ 25 und 26 angeführten allgemeinen Kompetenzen bzw. Kompetenzen bei Notfällen.

Zu bestrafen ist auch, wer eine Tätigkeit unter einer der in diesem Bundesgesetz festgelegten Berufsbezeichnungen (§§ 1 Abs. 1 und 3 Abs. 1) ausübt oder eine solche Berufsbezeichnung führt, ohne hiezu berechtigt zu sein (Abs. 1 Z 3).

Das Gesetz enthält zahlreiche Anordnungen und Verbote, die seitens der Berufsangehörigen zu befolgen sind. Abs. 1 Z 4 stellt allerdings nicht das Missachten aller im Gesetz enthaltenen Anordnungen und Verbote unter Strafe, sondern nur taxativ aufgezählten Tatbestände.

Zu § 58:

Hinsichtlich der Vollziehung des § 27 Abs. 3 Z 4 liegt die Zuständigkeit bei der/dem für Wissenschaft zuständigen Bundesministerin / Bundesminister. Im Übrigen liegt die Zuständigkeit zur Vollziehung dieses Bundesgesetzes bei der für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin / beim für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister, hinsichtlich des § 42 sowie der §§ 45 bis 47 hat sie / er Einvernehmen mit der / dem für Wissenschaft zuständigen Bundesministerin / Bundesminister herzustellen.

Zu § 59:

Klargestellt wird, dass durch die Neuerlassung des MTD-Gesetzes als Bundesgesetz über die gehobenen-medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe (MTDG) Bescheide, Berechtigungen und ausgestellte europäische Berufsausweise aufrecht bleiben (Abs. 1 und 2).

Anhängige Verfahren sind nach den Bestimmungen des MTDG fortzusetzen und abzuschließen (Abs. 3).

Zu §§ 60 und 61:

Das MTDG tritt mit 1. Juli 2024 in Kraft, gleichzeitig tritt das MTD-Gesetz mit Ausnahme des § 3 Abs. 5 außer Kraft. Die Rechtsgrundlage für die FH-MTD-AV (§ 3 Abs. 5 MTD-Gesetz) tritt erst mit 30. Juni 2026 außer Kraft, bis dahin ist die FH-MTD-AV entsprechend dem vorliegenden Entwurf zu aktualisieren.