

Entwurf der Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumenten- schutz über setting- und zielgruppenspezifische Spezialisierungen in der Gesundheits- und Kranken- pflege (GuK-Spezialisierungsverordnung – GuK-SV 2026) GZ: 2025-0.860.368

MTD-Austria
Lange Gasse 30/1
A-1080 Wien
+43 664 14 14 118
office@mtd-austria.at
www.mtd-austria.at
ZVR-Zahl: 975 642 225

Wien, am 11. Februar 2026

Stellungnahme zu o.a. Entwurf

MTD-Austria, der Dachverband der gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe Österreichs (MTD), erlaubt sich zu o. a. Entwurf im Namen der sieben Interessensvertretungen der im MTD-Gesetz 2024¹ geregelten Berufe Biomedizinische Analytik, Diätologie, Ergotherapie, Logopädie, Orthoptik, Physiotherapie und Radiologietechnologie mit insgesamt rund 41.000 Berufsangehörigen² Stellung zu nehmen.

Allgemein

MTD-Austria begrüßt die Überführung der Spezialisierungen für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege in den tertiären Bildungsbereich und sieht es positiv, dass sämtliche Hochschulsektoren – Fachhochschulen, öffentliche Universitäten und Privathochschulen – als Ausbildungsstätten für Spezialisierungsausbildungen offenstehen (§ 4 Abs 1). MTD-Austria erachtet die Spezialisierungen als bedeutenden Schritt zur Professionalisierung des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege im Sinne einer hochwertigen pflegerischen Versorgung mit vertiefenden fachspezifischen Kompetenzen. Gleichzeitig ist aus Sicht von MTD-Austria darauf zu achten, dass die in den Qualifikationsprofilen beschriebenen Kompetenzen der (dann spezialisierten) Gesundheits- und Krankenpflege in einem klaren Verhältnis zu den gesetzlich verankerten Berufsbildern und Kompetenzbereichen der MTD-Berufe gemäß MTDG stehen. Der Gesetzgeber hat den Beitrag des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege in § 12 Abs 2 GuKG bewusst als Beitrag „aus pflegerischer Sicht“ definiert – die Qualifikationsprofile der Spezialisierungen sollten diese gesetzliche Perspektive daher auch konsequent widerspiegeln. MTD-Austria erkennt dabei nicht, dass sich die Kompetenzbereiche der Gesundheitsberufe in der Versorgungsrealität naturgemäß überschneiden und eine trennscharfe Abgrenzung auf Verordnungsebene weder möglich noch zielführend wäre. Umso wichtiger erscheint es jedoch, die Qualifikationsprofile so zu formulieren, dass sie die Kompetenzen der jeweiligen Spezialisierung im Lichte der gesetzlichen Berufsbilder verorten und – dort, wo Schnittstellen zu den MTD-Berufen bestehen – die verpflichtende Einbindung der jeweils fachlich berührten MTD-Berufe im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit zum

¹ Bundesgesetz über die gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe (MTD-Gesetz 2024 – MTDG), StF: BGBl I Nr 100/2024.

² *Pilwarsch/Schichl-Zach/Gruböck/Mathis-Edenhofer/Wallner/Gyimesi/Czasny/Huber*, Jahresbericht Gesundheitsberuferegister 2024. Gesundheit Österreich, Wien (2025), S 37.

Ausdruck bringen. Klare Kompetenzbeschreibungen und eine konsequente Verankerung der interprofessionellen Zusammenarbeit bilden nach Ansicht von MTD-Austria die Grundlage für ein konstruktives Miteinander der Gesundheitsberufe – und damit für den gemeinsamen Anspruch einer qualitätsvollen Versorgung der Patient:innen.

Ad Qualifikationsprofile und Mindestanforderungen (§§ 3 ff)

Während der Gesetzgeber für die berufsqualifizierenden FH-Bachelorstudiengänge – u.a. für Gesundheits- und Krankenpflege und für alle MTD-Berufe – ausdrücklich eine Qualitätssicherung aus gesundheitsrechtlicher Sicht verankert hat³, stellt MTD-Austria mit Besorgnis fest, dass der vorliegende Entwurf keinerlei vergleichbare externe Qualitätssicherung vorsieht. Zwar unterliegen die Studien- und Lehrgänge, die zu einer Spezialisierung führen, wohl jedenfalls den für Fachhochschulen, öffentliche Universitäten und Privathochschulen geltenden hochschulrechtlichen Regelungen zur Qualitätssicherung. Die hochschulische Qualitätssicherung bezieht sich jedoch primär auf akademische Standards, Studienorganisation und institutionelle Rahmenbedingungen – und kann daher nicht sicherstellen, dass die spezifisch gesundheitsrechtlichen Anforderungen an Ausbildungsinhalte, Qualifikationsprofile und Kompetenzerwerb im Sinne des Patient:innenschutzes gewahrt bleiben. Aus diesem Grund hält MTD-Austria eine eigenständige Qualitätssicherung im gesundheitsrechtlichen Sinn für erforderlich und geboten. Auch die in § 5 Abs 4 vorgesehene Verpflichtung, auf der Abschlussurkunde auf die berechtigenden Bestimmungen des § 65b GuKG hinzuweisen, vermag dieses Defizit nicht zu beheben, zumal sie eine reine *ex-post*-Vorgabe darstellt. Vermisst wird hingegen die Sicherstellung einer *ex ante*-Prüfung, ob respektive inwiefern ein Ausbildungsangebot die Anforderungen der Verordnung tatsächlich erfüllt.

In engem Zusammenhang mit der Qualitätssicherung steht auch das Fehlen jeglicher Anforderungen an die Leitung der Spezialisierungsausbildungen. § 6 des Entwurfs regelt zwar Mindestanforderungen an das Lehrpersonal (Abs 1), das Fachpersonal an den Praktikumsstellen (Abs 2) und die Praxisanleitung (Abs 3), enthält aber keine Bestimmung zur Studiengangs- oder Lehrgangsführung. Gerade der Studien- bzw. Lehrgangsführung kommt eine zentrale Funktion für die inhaltliche Ausrichtung und Qualität einer Spezialisierungsausbildung zu – sie verantwortet die Umsetzung des Qualifikationsprofils im Curriculum, die Auswahl des Lehr- und Fachpersonals und die Sicherstellung des Kompetenzerwerbs. § 43 Abs 2 Z 1 MTDG sieht für die Spezialisierungen in den MTD-Berufen ausdrücklich vor, dass der Verordnungsgeber „die Anforderungen an die Lehr- oder Studiengangsleitung“ festlegen kann. Aus Sicht von MTD-Austria wäre es auch für die Spezialisierungsausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege wichtig, analog zu den FH-Bachelorstudiengängen, hier § 28 Abs 2 Z 2 GuKG, die

³ Gemäß § 42 Abs 3 MTDG hat die Agentur für Qualitätssicherung und Akkreditierung Austria (AQ Austria) bei Akkreditierung, Verlängerung oder Widerruf von FH-Bachelorstudiengängen in den MTD-Berufen zwei von der für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin nominierte Sachverständige beizuziehen und deren Einvernehmen einzuholen. Eine gleichlautende Bestimmung besteht für FH-Bachelorstudiengänge in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege (§ 28 Abs 4 GuKG). Dieser doppelte Qualitätssicherungsmechanismus – hochschulrechtliche Akkreditierung durch die AQ Austria verbunden mit gesundheitsrechtlicher Prüfung durch Sachverständige – stellt sicher, dass die fachlich-inhaltlichen Anforderungen der jeweiligen Ausbildung gewahrt bleiben, und wird laufend erfolgreich umgesetzt.

Anforderungen an die Studiengangs- oder Lehrgangsleitung – insbesondere hinsichtlich fachlicher Qualifikation und einschlägiger Berufserfahrung – explizit zu verankern.

Mit der Qualitätssicherung verbunden ist auch die Frage der Erkennbarkeit und Nachvollziehbarkeit der Spezialisierungsausbildungen. In dieser Hinsicht fällt auf, dass der vorliegende Entwurf keinerlei Vorgaben für die Bezeichnung der jeweiligen Ausbildungsangebote enthält. Verbindliche Bezeichnungsvorgaben gingen aus Sicht von MTD-Austria mit erheblichem Mehrwert für sämtliche Beteiligten einher. Auf der Ebene der Interessent:innen schafft ein österreichweit einheitliches Bezeichnungsregime Orientierung und Vertrauen in die Qualität eines Bildungsangebots. Auf der Ebene der Gesundheitsplanung ermöglicht es eine systematische (auch bundesländerübergreifende) Erfassung der Spezialisierungsausbildungen. Auf der Ebene der Arbeitgeber:innen gewährleistet es eine zuverlässige Einordnung der erworbenen Qualifikationen.

Ad Begriff des „in sich geschlossenen Studiengangs“ (§ 5 Abs 3)

§ 5 Abs 3 sieht vor, dass Spezialisierungsausbildungen als „in sich geschlossene Studiengänge“, Universitätslehrgänge und Hochschullehrgänge oder gestuft in Lehrgängen mit Einzelabschlüssen angeboten werden können. Der Begriff des „in sich geschlossenen Studiengangs“ ist dem Hochschulrecht fremd: Weder das Fachhochschulgesetz⁴, noch das Universitätsgesetz⁵, noch das Privathochschulgesetz⁶ kennen diesen Terminus. Im hochschulrechtlichen Verständnis stellt vielmehr jedes Bildungsangebot – unabhängig von seinem Umfang – ein eigenständiges, abgeschlossenes Angebot dar, das modular gestaltet sein kann.

Was die Verordnungsgeberin mit der Wendung „in sich geschlossen“ im Unterschied zu einem regulären Studiengang, Universitätslehrgang oder Hochschullehrgang zum Ausdruck bringen möchte, erschließt sich weder aus dem Verordnungstext noch aus den Erläuterungen. Damit stellt sich die Frage, ob diese Wendung einen eigenständigen normativen Gehalt beansprucht oder lediglich – dann ohne erkennbaren Mehrwert – die ohnehin bestehende Eigenschaft jedes hochschulischen Bildungsangebots beschreibt.

Ad Begriff des „Fachbereichs“ (§ 5 Abs 3)

Begriffliches Neuland und daher mit Rechtsunsicherheit verbunden ist auch der Begriff des „Fachbereichs“, der sich in § 5 Abs 3 und § 6 Abs 2 wiederfindet, ohne weiter definiert zu sein. Weder der Verordnungstext noch die Erläuterungen legen dar, was unter einem sog. „Fachbereich“ zu verstehen ist, wer über dessen Abgrenzung entscheidet und welche Kriterien hierfür maßgeblich sind. Dies erscheint insofern problematisch, als der Begriff nach dem vorliegenden Entwurf normative Konsequenzen entfaltet: Gemäß § 5 Abs 3 gilt eine Spezialisierung nur bei „Absolvierung aller

⁴ Bundesgesetz über Fachhochschulen (Fachhochschulgesetz – FHG), StF: BGBl Nr 340/1993, idF: BGBl I Nr 50/2024.

⁵ Bundesgesetz über die Organisation der Universitäten und ihre Studien (Universitätsgesetz 2002 – UG), StF: BGBl I Nr 120/2002, idF: BGBl I Nr 68/2025.

⁶ Bundesgesetz über Privathochschulen (Privathochschulgesetz – PrivHG), StF: BGBl I Nr 77/2020, idF: BGBl I Nr 50/2024.

vorgesehenen Fachbereiche“ als absolviert; § 6 Abs 2 stellt auf „im jeweiligen Fachbereich tätige fachkompetente Personen“ ab.

Aus Sicht von MTD-Austria wirft dies eine Reihe von Fragen auf, die der vorliegende Entwurf unbeantwortet lässt: Ist „Fachbereich“ gleichzusetzen mit einer inhaltlichen Schwerpunktsetzung innerhalb einer Spezialisierung – etwa „Psychogeriatrische Pflege“ im Rahmen der Psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege gemäß Anlage 3? Falls ja, müsste dann auch der (weitere) Schwerpunkt „Psychiatrische Kinder- und Jugendlichenpflege“ absolviert werden, um als „Absolvierung aller vorgesehenen Fachbereiche“ im Sinne des § 5 Abs 3 zu gelten? Oder liegt ein „Fachbereich“ nur dann vor, wenn er – wie bspw. bei „Wundmanagement, Stomaversorgung und Kontinenzmanagement“ (§ 17 Abs 2 Z 8 GuKG⁷) – ausdrücklich in der gesetzlichen Bezeichnung der Spezialisierung gemäß § 17 GuKG enthalten ist? Offen bleibt ferner, in welchem Verhältnis der Begriff zu bestehenden Weiterbildungen gemäß GuK-WV⁸ steht: Wäre etwa die Weiterbildung „Wundmanagement“ gemäß Anlage 1 Z 45 GuK-WV, sofern sie an einer Hochschule angeboten wird, als „Fachbereich“ im Sinne der GuK-SV 2026 zu qualifizieren – und falls ja, welche Anforderungen hätte ein solches Modul zu erfüllen?

Diese Unklarheiten wiegen nach Ansicht von MTD-Austria umso schwerer, als der vorliegende Entwurf – wie bereits dargelegt – keine Qualitätssicherung aus gesundheitsrechtlicher Sicht vorsieht. Gerade dort, wo keine externe Stelle die Konzeption von Bildungsangeboten *ex ante* prüft, ist eine präzise begriffliche Grundlage unerlässlich, damit Hochschulen bzw. Universitäten, Interessent:innen und ferner auch (potentielle) Arbeitgeber:innen verlässlich beurteilen können, was eine modular gestaltete Spezialisierungsausbildung inhaltlich umfasst und wann sie als vollständig absolviert gilt.

Ad MTD-Berufe als „fachkompetente Personen“ iSd § 6 Abs 2

MTD-Austria begrüßt, dass § 6 Abs 2 die praktische Ausbildung an den Praktikumsstellen nicht ausschließlich Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege vorbehält, sondern auch weitere im jeweiligen Fachbereich tätige fachkompetente Personen – etwa MTD-Professionals – einbezieht. Das spezifische Fachwissen der MTD-Berufe erscheint im Hinblick auf die in den Anlagen definierten Kompetenzen unerlässlich. Wenn etwa das Qualifikationsprofil der Kinder- und Jugendlichenpflege (Anlage 2) vorsieht, dass Absolvent:innen „Fachwissen zur Ernährung von gesunden Neugeborenen und über Grundlagen des Stillens anwenden und den Stillvorgang unterstützen“ können, setzt der praktische Erwerb dieser Kompetenzen fachliche Anleitung durch Personen voraus, die über die entsprechende berufsspezifische Expertise verfügen – im genannten Beispiel durch Diätolog:innen. Es wäre zumindest in den Erläuterungen explizit aufzunehmen, dass bei

⁷ Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG), StF: BGBl I Nr 108/1997, idF: BGBl I Nr 109/2024.

⁸ Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über Weiterbildungen für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflege-Weiterbildungsverordnung – GuK-WV), StF: BGBl II Nr 453/2006, idF: BGBl II Nr 359/2010.

jenen Kompetenzen, die erkennbar Kernbereiche der MTD berühren, Angehörige des entsprechenden MTD-Berufs als Lehrende und als fachkompetente Personen einzubeziehen sind.

Ad Begriff des „interprofessionellen Studiengangs“ (§ 7 Abs 2)

Da die in den Qualifikationsprofilen festgelegten Kompetenzen vielfach an der Schnittstelle zwischen dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und den MTD-Berufen liegen und eine gemeinsame Ausbildung die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Versorgungsrealität fördert, erachtet MTD-Austria interprofessionelle Ausbildungsformate als einen wesentlichen Baustein für eine zeitgemäße, patient:innenzentrierte Gesundheitsversorgung. Gleichwohl stellt sich für MTD-Austria die Frage nach der geeigneten Regelungsebene für das Bekenntnis zur Interprofessionalität. Der vorliegende Entwurf ist im Übrigen konsequent monoprofessionell konzipiert. § 7 Abs 2 bricht mit dieser Systematik, da er einen interprofessionellen Zugang eröffnet, ohne dass die Verordnung gleichzeitig die dafür erforderlichen Rahmenbedingungen, insbesondere Zugangsvoraussetzungen, Anerkennung und Qualifikationsnachweise für Angehörige weiterer Gesundheitsberufe etc., regeln kann. In Gesamtschau könnte § 7 Abs 2 als „Fremdkörper“ innerhalb der Verordnungssystematik wahrgenommen werden, zumal die Erläuterungen keine weitergehenden Ausführungen enthalten und die konkrete Ausgestaltung von Studien- bzw. Universitäts- und Hochschullehrgängen – einschließlich der Frage, ob und in welchem Umfang Angehörige weiterer Gesundheitsberufe zugelassen werden – ohnehin in die Zuständigkeit der jeweiligen Hochschule bzw. Universität fällt und den hochschulrechtlichen Regelungen unterliegt. Eine monoprofessionell konzipierte Spezialisierung kann nur – wie hier – zu einer monoprofessionellen Berechtigung führen. Das bedeutet, dass es sich bei den Ausbildungen zu den gegenständlichen Spezialaufgaben nur um interprofessionelle Anteile handeln kann und nicht zur Gänze um ein gemeinsames interprofessionelles Bildungsangebot. Genau das trifft aber bisher bereits auch – ohne explizite berufsrechtliche Regelung – auf die zur Berufsberechtigung führenden FH-Bachelorstudiengänge zu. Auch diese monoprofessionellen Studiengänge können interprofessionelle Anteile ohne eine dahingehende berufsrechtliche Regelung haben.

Ad Qualifikationsprofile – Anlagen 1 bis 8

Die in den Anlagen 1 bis 8 festgelegten Qualifikationsprofile weisen Berührungspunkte unterschiedlicher Intensität mit den Berufsbildern und Kompetenzbereichen der MTD-Berufe auf.

Ergotherapie – Anlagen 2 und 3

Auf der Ebene terminologischer Abgrenzungsfragen ist zunächst auf die Qualifikationsprofile der Kinder- und Jugendlichenpflege (Anlage 2) und der Psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege (Anlage 3) hinzuweisen. Beide Anlagen sehen vor, dass Absolvent:innen „*kognitions-, wahrnehmungs-, körperbezogene sowie verhaltensorientierte Konzepte und Methoden auswählen und diese anwenden*“ können. Da die Auswahl und Anwendung solcher Konzepte in ihrer fachlichen Tiefe den Kernbereich der Ergotherapie gemäß § 10 MTDG berührt – deren Berufsbild die Entwicklung, Erhaltung und Wiedererlangung der individuellen Handlungsfähigkeit umfasst –, wäre aus Sicht von MTD-Austria eine sprachliche Klarstellung geboten, die verdeutlicht, dass es sich um pflegerische Konzepte und Methoden handelt, die im Rahmen des pflegerischen Auftrags im Sinne des § 12 GuKG

zur Anwendung gelangen, und nicht um Maßnahmen, die in den ergotherapeutischen Kompetenzbereich übergreifen.

Diätologie – Anlagen 2 und 7

Vergleichbare Schnittstellenfragen treten im Hinblick auf den Kompetenzbereich der Diätologie auf. Das Qualifikationsprofil der Kinder- und Jugendlichenpflege (Anlage 2) sieht vor, dass Absolvent:innen „*Fachwissen zur Ernährung von gesunden Neugeborenen und über Grundlagen des Stillens anwenden und den Stillvorgang unterstützen*“ können. Bei gesunden Neugeborenen erscheint die pflegerische Stillunterstützung unproblematisch; für Fälle mit besonderem ernährungsmedizinischem Bedarf – etwa bei Frühgeborenen oder Stoffwechselerkrankungen – ist jedoch die Einbeziehung von Diätolog:innen sicherzustellen. Deutlicher noch tritt die Abgrenzungsfrage im Qualifikationsprofil der Pflege bei Nierenersatztherapie (Anlage 7) hervor, das vorsieht, dass Absolvent:innen „*auf Basis von Fachwissen zur Ernährung bei Niereninsuffizienz unter Berücksichtigung der Vorerkrankungen den klinischen Ernährungszustand einschätzen, gezielte Maßnahmen setzen und gegebenenfalls Expertinnen und Experten hinzuziehen*“ können. Die Einschätzung des klinischen Ernährungszustands und das Setzen gezielter ernährungsbezogener Maßnahmen berühren den diätologischen Prozess gemäß § 7 MTDG. Der Verweis auf die Hinzuziehung von „*Expertinnen und Experten*“ würde durch eine ausdrückliche Nennung der Diätologie als hinzuzuziehende Fachexpertise an Klarheit gewinnen.

Physiotherapie – Anlagen 4 und 5

Über solche terminologischen Unschärfen und Schnittstellenfragen hinaus gehen die Qualifikationsprofile der Intensivpflege (Anlage 4) und der Kinderintensivpflege (Anlage 5). Beide Anlagen sehen vor, dass Absolvent:innen „*Mobilisationsmaßnahmen und frühe rehabilitative Maßnahmen unter Berücksichtigung aktueller Standards und Leitlinien sowie der Toleranzgrenzen und des Gesamtzustands der Patientinnen und Patienten durchführen*“ sowie „*einen Behandlungs- oder Therapieplan erstellen und umsetzen*“ können, „*um die Bewegungsfähigkeit zu fördern und zu erhalten*“. Während Anlage 4 die Erstellung des Therapieplans ausdrücklich „*im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit*“⁹ vorsieht, lässt Anlage 5 diese Maßgabe gänzlich vermissen und verankert die Kompetenz zur Behandlungs- oder Therapieplanerstellung für „*kritisch kranke Kinder bzw. Jugendliche*“ sogar ohne jeglichen Verweis auf die Zusammenarbeit mit weiteren Gesundheitsberufen – in diesem Fall der dafür qualifizierten Physiotherapeut:innen.¹⁰ Anlage 4 sieht überdies vor, dass Absolvent:innen „*die kinetische Therapie und therapeutische Bauchpositionierung durchführen, die Wirksamkeit überprüfen und entsprechende Maßnahmen setzen*“ können.

Diese Formulierungen berühren nicht bloß die Terminologie, sondern den Kernbereich des physiotherapeutischen Berufsbilds. Das Erstellen eines Therapieplans zur Förderung und Erhaltung der Bewegungsfähigkeit ist nicht isoliert zu betrachten, sondern setzt den physiotherapeutischen Prozess

⁹ Qualifikationsprofil, S 13.

¹⁰ Qualifikationsprofil, S 14.

gemäß § 19 Abs 2 Z 1 MTDG voraus – von der Anamnese und Analyse (lit a) über fachspezifische Befundungsverfahren inklusive Diagnosestellung (lit b) und die Festlegung von Zielen sowie Planung von Interventionen (lit c) bis zur Evaluierung und Reflexion (lit e). Diese fachspezifischen Kompetenzen werden von Physiotherapeut:innen im Rahmen einer dreijährigen tertiären Ausbildung erworben; das Berufsbild der Gesundheits- und Krankenpflege umfasst sie daher – auch in seiner spezialisierten Form – nicht und kann sie aufgrund einer gänzlich anders ausgerichteten grundständigen Ausbildung auf dem dafür erforderlichen Kompetenzlevel auch gar nicht erreichen.

Außer Frage steht, dass Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege pflegerische Mobilisationsmaßnahmen im Sinne einer Basismobilisation durchführen – auch in spezialisierten Settings. Die Abgrenzung verläuft nach Sicht von MTD-Austria dort, wo über die pflegerische Basismobilisation hinaus spezifische rehabilitative Interventionen geplant, durchgeführt und evaluiert werden, die den physiotherapeutischen Prozess voraussetzen; siehe dazu auch die Auslegungsmaxime des § 15 Abs 3 Z 2 GuKG. Der in Anlage 4 enthaltene Verweis auf die interprofessionelle Zusammenarbeit vermag dieses Abgrenzungsdefizit nicht zu beheben, da er nichts daran ändert, dass die Erstellung von Therapieplänen zur Förderung der Bewegungsfähigkeit als eigenständige Kompetenz der spezialisierten Pflege formuliert wird – und nicht als Kompetenz, die ausschließlich unter Einbindung der Physiotherapie ausgeübt wird. Dass Anlage 5 selbst diesen interprofessionellen Verweis nicht enthält, verdeutlicht und verschärft die Problematik zusätzlich. Umso wichtiger ist es aus Sicht von MTD-Austria, die betreffenden Formulierungen in den Anlagen 4 und 5 so zu fassen, dass die pflegerische Basismobilisation klar von spezifischen physiotherapeutischen Maßnahmen abgegrenzt wird und unmissverständlich zum Ausdruck kommt, dass die Erstellung von Therapieplänen zur Förderung der Bewegungsfähigkeit unter Einbindung der Physiotherapie zu erfolgen hat.

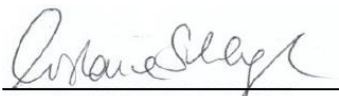
Biomedizinische Analytik – Anlage 8

Besonderer Aufmerksamkeit bedarf schließlich auch das Qualifikationsprofil der Infektionsprävention und Hygiene (Anlage 8). Dieses sieht unter anderem vor, dass Absolvent:innen *„Proben für hygienisch-mikrobiologische Untersuchungen entnehmen, gezielte mikrobiologische Umgebungsuntersuchungen im Anlassfall initiieren und Befunde kommunizieren“, „analytische Untersuchungen eines Infektionsgeschehens durchführen, zur Aufklärung von Transmissionsketten beitragen, angemessene Ziele und Maßnahmen ableiten“* sowie *„Erreger- und Resistenzstatistiken im Rahmen von interdisziplinären Strategien (z. B. Antimicrobial Stewardship) erstellen, beurteilen und an der Konzeptentwicklung zur wirksamen Eindämmung von Erregerselektion und Resistenzentwicklung mitwirken“* können. Diese Formulierungen reichen inhaltlich sehr nahe an mikrobiologisch-diagnostische und laboranalytische Kerntätigkeiten der Biomedizinischen Analytik gemäß § 4 MTDG heran. Ohne präzise Abgrenzung besteht die Gefahr, dass sie in der Praxis als Kompetenzverschiebung in Richtung diagnostischer Kernleistungen interpretiert werden. Zwar enthält Anlage 8 die grundsätzlich zu begrüßende Formulierung, wonach Absolvent:innen *„die Zuständigkeit und Grenzen der jeweiligen Gesundheits- und (Sozial)Berufe erkennen und einhalten“* sollen – ohne konkrete Zuordnung der jeweiligen Verantwortlichkeiten bleibt diese jedoch zu unbestimmt. Hygienebezogene

Aufgaben wie Surveillance, Koordination, Interpretation im organisatorischen Kontext, Beratung und Ableitung präventiver Maßnahmen sind klar von der fachlichen Verantwortung für laboranalytische Untersuchungen, Methodenauswahl, Qualitätssicherung, Validierung und Befundfreigabe zu unterscheiden. Eine Klarstellung, die verdeutlicht, dass die diagnostisch-analytische Verantwortung bei den dafür berufsrechtlich zuständigen Berufsgruppen verbleibt und im Rahmen der Infektionsprävention ausschließlich in interprofessioneller Zusammenarbeit wahrgenommen wird, ist aus Sicht von MTD-Austria daher dringend geboten.

MTD-Austria ersucht um Berücksichtigung der Anmerkungen und Anregungen in dieser Stellungnahme und steht für Rückfragen sowie einen fachlichen Austausch zur Gestaltung selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Constance Schlegl, MPH



& Sabine Weissensteiner, MA

in Vertretung von

Mag.^a Gabriele Jaksch

Präsidentin MTD-Austria