

Österreichische Gesellschaft für Osteopathie, Erdbergstraße 10, AT-1030 Wien

An

Mag. Barbara Marlene Lunzer
barbara.lunzer@gesundheitsministerium.gv.at

Wien, 22. Mai 2024

Stellungnahme zum Entwurf eines MTD-Gesetzes 2024 (343/ME)

Die Österreichische Gesellschaft für Osteopathie (OEGO) beehrt sich zu dem versandten Begutachtungsentwurf eines MTD-Gesetzes 2024 (343/ME) wie folgt Stellung zu nehmen:

ZUSAMMENFASSUNG

- Der Osteopathie-Tätigkeitsvorbehalt zugunsten von Ärzt:innen und Physiotherapeut:innen ist unverhältnismäßig, insbesondere gemäß Art. 59/3 RL 2005/36/EG, und damit EU-rechtswidrig.
- Der Republik Österreich drohen – nach dem Vertragsverletzungsverfahren Nr. 2021/2205 –, **neue Vertragsverletzungsverfahren** insbesondere durch Beschwerden von abgewiesenen Osteopath:innen aus dem EU-Ausland bei der EU-Kommission.
- Durch das Beibehalten des Osteopathie-Tätigkeitsvorbehalts, d.h. den Ausschluss von Osteopath:innen aus dem EU-Ausland, wird der Personalengpass im Gesundheitssystem weiter verschärft.
- Dabei kann **jede zusätzliche Osteopath:in bis zu 270 Krankenstandstage pro Jahr einsparen**.
- Außerdem werden in den ersten 5 Jahren hunderte Fachkräfte vom österreichischen Gesundheitssystem ausgeschlossen.
- **Die Aufhebung des Osteopathie-Tätigkeitsvorbehalts ist für das österreichische Gesundheitssystem auf jeder Ebene ein Nettogewinn.**

INHALT

1. VORGESCHICHTE: Bemühungen zur Anerkennung der Osteopathie seit 2006.....	2
2. PROBLEME.....	2
2.1. Kreuzschmerzen als Volkskrankheit kosten knapp 1% des BIP.....	2
2.2. Dem österreichischen Gesundheitssystem geht das Personal aus.....	2
2.3. 60 bis 80 Prozent der pflegebedürftigen Personen leiden an Schmerzen.....	3
2.4. Wartezeiten verdoppeln sich in 10 Jahren.....	3
2.5. Unverhältnismäßigkeit der Subsumption osteopathischer Behandlungen unter das physiotherapeutische Berufsbild.....	3
2.6. ... ergibt sich bereits aus dem unionsrechtlichen Grundsatz der Verhältnismäßigkeit.....	5
3. LÖSUNG: Beseitigung der unverhältnismäßigen Tätigkeitsvorbehalts.....	5
3.1. Jede Osteopathin, jeder Osteopath zählt ... und kann bis zu 270 Krankenstandstage pro Jahr einsparen.....	6
3.2. ... was in 5 Jahren bis zu 35 Mio € Einsparungen bringt.....	7
3.3. Mehr Gesundheitspersonal = kürzere Wartezeiten und weniger Schmerzen.....	8
4. VORSCHLAG: eigenes Berufsbild, eigene Ausbildung und Kostenersatz.....	8
4.1. Einführung eines eigenen Berufsbilds der Osteopathie.....	8
4.2. Sicherstellung der Kompatibilität zu internationalen Ausbildungsstandards.....	11
4.3. Einführung eines Kostenersatzes für die Osteopathie.....	13
4.4. Anbindung der Osteopathie an ELGA.....	15

1. VORGESCHICHTE: Bemühungen zur Anerkennung der Osteopathie seit 2006

Die Österreichische Gesellschaft für Osteopathie (OEGO) bemüht sich seit dem Jahr 2006 darum, Osteopathie als Gesundheitsberuf gesetzlich zu verankern: 2014 wurde ein erster Gesetzesentwurf zur Anerkennung der Osteopathie als eigenständiger Gesundheitsberuf erarbeitet. Seither ist die OEGO etliche Male an das jeweils zuständige Bundesministerium herangetreten, um eine entsprechende Regelung in der österreichischen Rechtsordnung zu verankern. Leider ist es bis zum heutigen Zeitpunkt nicht zu einer derartigen Lösung gekommen, obwohl es einige Probleme gibt, die mit einer gesetzlichen Anerkennung zumindest im Ansatz gelöst werden könnten.

2. PROBLEME

Anträge auf Anerkennung von Osteopathie-Ausbildungen gemäß ÖNORM EN 16686 werden vom zuständigen Bundesministerium auf Basis der aktuellen Rechtslage - wie etwa zuletzt im April 2024 - abgelehnt. Das ist insofern problematisch als hinter den abgelehnten Anträgen arbeitsfähiges und vor allem arbeitswilliges Gesundheitspersonal steht, das dem österreichischen Gesundheitssystem momentan an allen Ecken und Enden fehlt und aufgrund der aktuellen Rechtslage nicht - zumindest teilweise - zur Verfügung gestellt werden darf. Nur der OEGO alleine sind ca. 50 Personen pro Jahr bekannt, die auf diese Weise dem österreichischen Gesundheitssystem entgehen. Die tatsächliche Dunkelziffer dürfte deutlich höher liegen.

2.1. Kreuzschmerzen als Volkskrankheit kosten knapp 1% des BIP

In Österreich leiden knapp 1,9 Mio. Menschen an chronischen Kreuzschmerzen.¹ Die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes sind für 21,9% der Krankenstandstage verantwortlich². Die Gesamtkosten für das Gesundheitssystem werden mit ca. 4,4% des BIP beziffert³, womit muskuloskeletale Krankheiten knapp 1% - genau 0,96% - des österreichischen BIP oder knapp 3,9 Mrd. EUR - genau 3 892,73 Mio.⁴ - in Anspruch nehmen.

2.2. Dem österreichischen Gesundheitssystem geht das Personal aus

Der Wunsch nach kürzeren Arbeitszeiten - Stichwort: Work-Life-Balance - wird den (Personal-)Druck auf das österreichische Gesundheitssystem weiter erhöhen⁵. Bereits heute fehlen dem Gesundheitssystem Fachkräfte in sämtlichen Bereichen. So geben 84% der Befragten, die in österreichischen Krankenanstalten arbeiten, an in den vergangenen 2 Wochen zumindest eine für die Patient:innenversorgung notwendige Tätigkeit auslassen zu müssen⁶. Außerdem ist für 54% der Wiener Spitalsärzt:innen der Personalmangel bei Pflegekräften und für 44% der Personalmangel bei Ärzt:innen sehr belastend⁷. Medienberichten zufolge sind in Österreichs Krankenanstalten rund 4 000 Stellen unbesetzt.⁸ Mit dem Herannahen der Babyboomer-Generation an das Regelpensionsalter⁹ wird sich die Situation weiter verschärfen¹⁰. Der Peak der erwerbstätigen Bevölkerung in absoluten Zahlen ist nach einer Prognose der Statistik Austria mit dem Jahr 2023 überschritten.¹¹ Nach der MTD-Personalprognose für Österreich bis 2030, die auch Teilzeitmodelle und Ausbildungsabschlüsse in Betracht zieht, werden im MTD-Bereich alleine ca. 4 200 weitere Arbeitskräfte benötigt.¹² Alleine in der verwandten Disziplin der Physiotherapie werden nach Abzug der kumulierten Abschlüsse 3 174 weitere Arbeitskräfte benötigt.¹³

¹ STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2019, 27.

² WIFO, Fehlzeitreport 2022, 49.

³ WIFO 91.

⁴ Die Zahl ergibt sich aus 21,9% der Gesundheitsausgaben von 17 775 Mio. EUR (WIFO 91).

⁵ Vgl. für viele: WIFO, Makroökonomische Effekte einer Arbeitszeitanpassung in Österreich (Juni 2023) 3 ff.

⁶ MISSCARE-Austria Studie (2022) 16.

⁷ Ärztekammer Wien, Große Wiener Spitalsumfrage - Teil 2 (2022) 6.

⁸ DerStandard, Rund 4.000 Stellen in Österreichs Spitälern unbesetzt (19.02.2023).

⁹ BMSGPK, Monitoring der Pensionsantritte 2017 bis 2022, 16.

¹⁰ GÖG, MTD-Personalprognose für Österreich bis 2030 (2020) IV.

¹¹ STATISTIK AUSTRIA, Bevölkerungsprognose 2023 (Hauptvariante) STATatlas - https://www.statistik.at/atlas/bev_prognose/#lv=2 (21.05.2024).

¹² GÖG, MTD-Personalprognose für Österreich bis 2030 (2020) 9: die ungedeckten Bedarfe für die einzelnen MTD-Berufe zusammengezählt (3 174+667+453+116-339+58+65) ergeben einen prognostizierten, ungedeckten Gesamtbedarf von 4 194 MTD-Berufstätigen für das Jahr 2030.

¹³ GÖG, MTD-Personalprognose für Österreich bis 2030 (2020) 21: kumuliert sind im Alternativszenario 2 6 860 neue Stellen offen, von

2.3. 60 bis 80 Prozent der pflegebedürftigen Personen leiden an Schmerzen

In Alten- und Pflegeheimen leiden zwischen 60 und 80 Prozent der Menschen an Schmerzen.¹⁴ Die Ausführungen zum Personalmangel im Gesundheitssystem (siehe oben Punkt 2.2) lassen auch keine Verbesserung für die Zukunft erkennen.

2.4. Wartezeiten verdoppeln sich in 10 Jahren

Die Wartezeiten, insbesondere im Hauptanwendungsgebiet der Osteopathie – das sind die Erkrankungen des muskuloskelettalen Systems – sind nach der aktuellen Wartezeitenstudie der Ärztekammer Wien in den letzten 12 Jahren um 387,50% gestiegen.

	2012	2024	Veränderung	
			absolut	relativ
Radiologie	32,00	57,00	25,00	78,13%
Neurologie	33,00	45,00	12,00	36,36%
Augenheilkunde	9,00	44,00	35,00	388,89%
Physikalische Medizin	8,00	39,00	31,00	387,50%
Psychiatrie	36,00	37,00	1,00	2,78%
Pulmologie	5,00	36,00	31,00	620,00%
Innere Medizin	12,00	33,00	21,00	175,00%
Gynäkologie und Geburtshilfe	8,00	32,00	24,00	300,00%
Chirurgie inkl. Plastische-, Neuro- u. Kinderchir.	7,00	29,00	22,00	314,29%
Urologie	9,00	29,00	20,00	222,22%
Dermatologie	7,00	28,00	21,00	300,00%
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	2,00	10,00	8,00	400,00%
Kinderheilkunde	4,00	8,00	4,00	100,00%
Orthopädie	8	7	-1,00	-12,50%
Summe	180,00	434,00	254,00	141,11%

Quelle: Ärztekammer Wien

Im Durchschnitt über alle Fachgebiete gab es eine 140%-ige Erhöhung der Wartezeiten von 2012 bis 2024, das entspricht einer Steigerungsrate von ca. 7,61% pro Jahr wie die folgende Tabelle zeigt, sodass nach in etwa 10 Jahren (hervorgehoben) eine Verdoppelung eingetreten ist.

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
180,00	193,70	208,44	224,30	241,37	259,74	279,50	300,88	323,66	348,29	374,80	403,32	434,01

Quelle: OEGO

2.5. Unverhältnismäßigkeit der Subsumption osteopathischer Behandlungen unter das physiotherapeutische Berufsbild

Mit der aktuellen Rechtslage, die durch den – mittlerweile¹⁵ unverhältnismäßigen – Tätigkeitsvorbehalt¹⁶ zur Diskriminierung von nach internationalen Standards ausgebildeten Osteopath:innen führt, besteht ein hohes Risiko, dass Teile der österreichischen Rechtsordnung – zumindest – gegen die Niederlassungs- bzw. Dienstleistungsfreiheit, den unionsrechtlichen

denen 3 686 mit Absolvent:innen besetzt werden können, sodass ein restlicher – bis dato ungedeckter – Bedarf von 3 174 Absolvent:innen bestehen bleibt.

¹⁴ Volksanwaltschaft, Bericht der Volksanwaltschaft an den Nationalrat und an den Bundesrat 2021, 45.

¹⁵ Sowohl die WHO-Benchmarks for Training in Osteopathy (2010) als auch die ÖNORM EN 16686 (2015) sind Jahre nach der einschlägigen OGH-Entscheidung (siehe FN 17) ergangen. Auch die Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen ist nach der gegenständlichen OGH-Entscheidung ergangen.

¹⁶ Vgl. OGH 06.07.2004, 4 Ob 156/04a.

Grundsatz der Verhältnismäßigkeit sowie das einschlägige Sekundärrecht, wie insbesondere die Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, verstößt. Die Beseitigung der bestehenden Unverhältnismäßigkeit kann nicht durch gelindere Mittel als eine gesetzliche Reparatur erreicht werden, weil sich die einschlägige höchstgerichtliche Entscheidung¹⁷ auf den Tatbestand „mechanotherapeutische Maßnahmen“ in § 2 Abs. 1 des aktuellen MTD-Gesetzes stützt. Es muss daher eine gesetzliche Grundlage für die Anerkennung der Osteopathie als eigenständiger Gesundheitsberuf geschaffen werden, um die mit der Subsumption von Osteopathie unter ausschließlich ärztliche oder physiotherapeutische Berufsbilder verbundene Unverhältnismäßigkeit zu beseitigen. Das Fehlen einer eigenständigen Regelung ermöglicht tatsächlich kaum eine andere Interpretation als die vom OGH gewählte, sodass die Schaffung einer eigenständigen gesetzlichen Grundlage das gelindeste Mittel im Sinne der Z 3 der Anlage zu § 6 des Verhältnismäßigkeitsprüfungs-Gesetzes, BGBl. I Nr. 67/2021, zur Beseitigung dieser Unverhältnismäßigkeit ist.

Tätigkeitsvorbehalt beibehalten	neues Berufsbild Osteopath:in einführen
0 zusätzliche MTD / Jahr	50 zusätzliche MTD / Jahr
	55 000 zusätzliche Behandlungen / Jahr
	13 500 weniger Krankenstandstage / Jahr
	35 Mio EUR Ersparnis für SV / 5 Jahren
	+50 zusätzliche Arbeitsplätze / Jahr
hohes Risiko für Vertragsverletzungsverfahren	

Die Subsumption ist unverhältnismäßig, weil sie zum Ausschluss von Personen führt, die eine einschlägige und – aus osteopathischer Sicht – mitunter sogar weiterführende Ausbildung abgeschlossen haben, als die Personen, die aufgrund des aktuellen Tätigkeitsvorbehalts zur Ausübung der Osteopathie berechtigt sind. Dabei werden sowohl inländische Osteopath:innen als auch Osteopath:innen aus dem EU-Ausland und Drittstaaten diskriminiert. Aus sachlichen Gründen ist diese Diskriminierung nicht erforderlich – im Gegenteil, die mit der Nichtregelung als eigenes Berufsbild verbundene Diskriminierung von Osteopath:innen

Diese Subsumption ist unverhältnismäßig, weil sie zum Ausschluss von Personen führt, die eine einschlägige und – aus osteopathischer Sicht – mitunter sogar weiterführende Ausbildung abgeschlossen haben, als die Personen, die aufgrund des aktuellen Tätigkeitsvorbehalts zur Ausübung der Osteopathie berechtigt sind. Dabei werden sowohl inländische Osteopath:innen als auch Osteopath:innen aus dem EU-Ausland und Drittstaaten diskriminiert. Aus sachlichen Gründen ist diese Diskriminierung nicht erforderlich – im Gegenteil, die mit der Nichtregelung als eigenes Berufsbild verbundene Diskriminierung von Osteopath:innen

- behindert die Freizügigkeit und damit den Binnenmarkt, weil Osteopath:innen aus anderen Mitgliedstaaten zumindest indirekt an ihrer Niederlassung bzw. Ausübung ihrer Dienstleistungen gehindert bzw. diese ihnen jedenfalls unnötig erschwert werden;
- verknappt das Angebot an Gesundheitsdienstleistungen in Österreich künstlich, womit Wartezeiten und Leiden insbesondere der von muskuloskelettalen Erkrankungen betroffenen Personen in unsachlicher Art und Weise verlängert werden;
- führt dazu, dass die international anerkannten Ausbildungsstandards für Osteopathie in der Praxis irrelevant bleiben, weil nur die ärztliche oder physiotherapeutische Berufsberechtigung zählt, nicht aber die Absolvierung von international anerkannten fachlich einschlägigen Ausbildungen etwa gemäß ÖNORM EN 16686;
- steht der Schaffung neuer Arbeitsplätze entgegen, weil sie einerseits im Ausland ausgebildete Osteopath:innen von der Niederlassung in Österreich abschreckt und andererseits an der Ausbildung interessierte Personen, die aber nicht an einer ärztlichen oder physiotherapeutischen Ausbildung interessiert sind, entmutigt.

Der große Bedarf an schmerzlindernder Behandlung bzw. Behandlung von muskuloskelettalen Erkrankungen zeigt sehr deutlich, dass ein **Vorbehalt zugunsten von Ärzt:innen bzw. Physiotherapeut:innen nicht nur nicht erforderlich ist, sondern im Gegenteil den Zielen der öffentlichen Gesundheit diametral entgegensteht** und sich negativ auf Dritte, insbesondere die Personen, die an muskuloskelettalen Erkrankungen leiden, die Sozialversicherungsträger sowie die von diesen vertretenen Versicherten auswirkt.

Hinzukommt, dass Österreich seine Verpflichtung gemäß Art. 59 Abs. 3 der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen zur Überprüfung der Verhältnismäßigkeit – zumindest hinsichtlich der Physiotherapeut:innen¹⁸, der Allgemeinmediziner:innen¹⁹, ... nicht nachgekommen ist. Die unterlassene Verhältnismäßigkeitsprüfung und damit auch unterlassene Meldepflicht gemäß Art. 59 Abs. 5 der Richtlinie 2005/36/EG ist insofern problematisch, weil aufgrund der Judikatur zu Notifikationspflichten davon auszugehen ist, dass die nicht ordentlich notifizierten nationalen Bestimmungen in behördlichen Verfahren den Bürger:innen nicht entgegengehalten werden können. **Die Verhältnismäßigkeitsprüfung des aktuellen Tätigkeitsvorbehalts wurde offensichtlich nicht notifiziert, sodass davon auszugehen ist, dass dieser nicht anzu-**

¹⁷ OGH 06.07.2004, 4 Ob 156/04a.

¹⁸ Im Eintrag in der Regulated Professions Database der EU fehlt für Physiotherapeut:innen in Österreich (<https://ec.europa.eu/growth/tools-databases/regprof/regprof/617>) das Kapitel „Proportionality (until 18.1.2016)“.

¹⁹ Im Eintrag in der Regulated Professions Database der EU fehlt für Allgemeinmediziner:innen in Österreich (<https://ec.europa.eu/growth/tools-databases/regprof/regprof/8026>) das Kapitel „Proportionality (until 18.1.2016)“.

wenden ist.²⁰ Grundsätzlich beziehen sich die angeführten Überlegungen nicht auf den innerstaatlichen Bereich und sind daher vorrangig beim Zuzug von Osteopath:innen aus dem EU-Ausland relevant, allerdings ist auch eine (potenzielle) Inländer:innen-Diskriminierung vor dem Hintergrund des Sachlichkeitsgebots zu prüfen.²¹ Sollte die (potenzielle) Inländer:innen-Diskriminierung unsachlich sein - wofür bei Verstoß gegen den unionsrechtlichen Verhältnismäßigkeitsgrundsatz gute Gründe sprechen - ist der aktuelle Tätigkeitsvorbehalt nicht nur unionsrechtswidrig, sondern auch verfassungswidrig.²²

2.6. ... ergibt sich bereits aus dem unionsrechtlichen Grundsatz der Verhältnismäßigkeit

Dass die die Richtlinie (EU) 2018/958 über eine Verhältnismäßigkeitsprüfung nur auf neue bzw. die Abänderung bestehender Regelungen abstellt, schadet nicht, weil

- der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ungeachtet der Richtlinie (EU) 2018/958 immer anzuwenden ist (siehe die in der Folge zitierte Judikatur zur Richtlinie 2005/36/EG) und
- die Europäische Kommission den Entwurf für die Verhältnismäßigkeitsprüfungs-Richtlinie (EU) 2018/958 in den Vorarbeiten als Kodifizierung der ständigen Rechtsprechung des EuGH zum allgemeinen Rechtsgrundsatz der Verhältnismäßigkeit bezeichnet hat²³.

Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ist nach der Rechtsprechung des EuGH, „Teil der allgemeinen Grundsätze des Unionsrechts [...], die durch eine nationale Regelung zu wahren sind, die in den Anwendungsbereich des Unionsrechts fällt oder dieses durchführt (Urteil vom 6. März 2014, *Siragusa*, C-206/13, EU:C:2014:126, Rn. 34 und die dort angeführte Rechtsprechung)“²⁴.

Die im Anwendungsbereich des Unionsrechts ergriffenen Maßnahmen müssen mit den allgemeinen Grundsätzen dieses Rechts, insbesondere dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit im Einklang stehen.²⁵ „Innerstaatliche Rechtsvorschriften, die allgemein und unterschiedslos die gleichen [...]maßnahmen für alle Inhaber eines die ärztliche Grundausbildung bescheinigenden Diploms vorschreiben, das in einem Mitgliedstaat der Union erlangt wurde, [...] stehen weder im Einklang mit dem Erfordernis eines effektiven Vergleichs der durch den oder die Ausbildungsnachweis(e) der betroffenen Person bescheinigten Kompetenzen mit den nach den Rechtsvorschriften des Aufnahmemitgliedstaats verlangten Kenntnissen und Fähigkeiten noch mit dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit“²⁶. Die zitierte Entscheidung steht damit auch dem allgemeinen und unterschiedslosen Verlangen einer ärztlichen oder physiotherapeutischen Ausbildung für die Ausübung der Osteopathie²⁷ entgegen, weil die osteopathische Methode in Österreich nicht verboten ist und der aktuell noch geltende Tätigkeitsvorbehalt zugunsten von Ärzt:innen und Physiotherapeut:innen nachteilig für das Republik Österreich und insbesondere ihr Gesundheitssystem ist.

3. LÖSUNG: Beseitigung der unverhältnismäßigen Tätigkeitsvorbehalts

Die in Kapitel 2 beschriebenen Probleme sind zur Gänze (betreffend die Unverhältnismäßigkeit) oder zumindest in Ansätzen (hinsichtlich aller anderer Probleme) mit der gesetzlichen Anerkennung des Berufsbilds Osteopath:in lösbar.

Es ist wesentlich festzuhalten, dass die osteopathische Methode in Österreich nicht verboten ist! Das ergibt sich aus der bereits zitierten Entscheidung des OGH vom 6. Juli 2004²⁸ - wäre sie verboten, dürfte sie nämlich auch von Ärzt:innen oder Physiotherapeut:innen nicht angewandt werden. Das hat der OGH im Jahr 2004 aber genau nicht entschieden.

Kernproblem ist der unverhältnismäßige Tätigkeitsvorbehalt, der dem österreichischen Gesundheitssystem dadurch schadet, dass er die im (EU-)Ausland bestehende, potenzielle Personalreserve vom Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem ausschließt. Damit **verstößt der aktuelle Tätigkeitsvorbehalt jedenfalls gegen Art. 59 Abs. 3 Buchstabe b der Richtli-**

²⁰ MwN EuGH 19.12.2019, C-390/18 „Airbnb Ireland“ Rn. 95f; 04.02.2016, C-336/14 „Ince“ Rn. 84.

²¹ Zuletzt: VfGH 04.10.2023, G 192/2023.

²² VfSlg. 18.226/2007.

²³ COM(2016) 822 final 4.

²⁴ EuGH 25.02.2021, C-378/20 „Stadtapotheke E“ Rn 32.

²⁵ EuGH 03.03.2022, C-634/20 „Sosiaali- ja terveystienojen lupajärjestelmä“ Rn 45.

²⁶ EuGH 03.03.2022, C-634/20 „Sosiaali- ja terveystienojen lupajärjestelmä“ Rn 47.

²⁷ Vgl. OGH 06.07.2004, 4 Ob 156/04a.

²⁸ OGH 06.07.2004, 4 Ob 156/04a.

nie 2005/36/EG („durch übergeordnete Gründe des Allgemeininteresses gerechtfertigt“). Der Tätigkeitsvorbehalt dient offensichtlich auch nicht dem Schutz der Gesundheit²⁹, weil die osteopathische Methode – wie bereits oben ausgeführt – nicht verboten ist in Österreich.

Der unverhältnismäßige Tätigkeitsvorbehalt führt im Endeffekt dazu, dass die internationale Ausbildung für Osteopathie (gemäß WHO oder ÖNORM) nicht anerkannt wird in Österreich, sondern nur eine – fachfremde – ärztliche oder physiotherapeutische Berufsberechtigung³⁰. Die WHO ist eine internationale Organisation, die weltweit anerkannte Standards und Richtlinien im Bereich der Gesundheit und Medizin entwickelt. Diese Standards basieren auf umfassender wissenschaftlicher Forschung und internationaler Expertise. Sie – ohne wissenschaftliche Begründung zu ignorieren – verstößt ebenfalls gegen den unionsrechtlichen Verhältnismäßigkeitsgrundsatz³¹, zumal die Sicherheit der Osteopathie u.a. erst im Jahr 2022 durch aktuelle Studien³² bestätigt wurde.

Der unverhältnismäßige Tätigkeitsvorbehalt ist auch nicht geeignet, das Ziel „Schutz der Gesundheit“ zu verwirklichen, weil er im Gegenteil – durch die unsachliche Beschränkung jedenfalls der Niederlassungs- und Dienstleistungsfreiheit – dazu führt, dass die im (EU-)Ausland bestehende, potenzielle Personalreserve vom Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem ausgeschlossen bleibt. Damit **verstößt der aktuelle Tätigkeitsvorbehalt jedenfalls gegen Art. 59 Abs. 3 Buchstabe c der Richtlinie 2005/36/EG** („zur Verwirklichung des mit ihnen verfolgten Ziels geeignet sein“).

3.1. Jede Osteopathin, jeder Osteopath zählt ... und kann bis zu 270 Krankenstandstage pro Jahr einsparen

Aus Sicht der Patient:innen, aber auch der Wirtschaft, stellt die möglichst lange Schmerzfreiheit bzw. frühe Rückkehr in den Beruf das wichtigste Interesse dar. Auch wenn bereits aufgrund des in Punkt 2.2 beschriebenen Personalmangels klar ist, dass eine Superiorität der Osteopathie gegenüber anderen Gesundheitsberufen nicht erforderlich ist, weil die bloße Sicherstellung der Gesundheitsversorgung angesichts der Prognosen – alleine für den MTD-Bereich – „Gründe des Allgemeininteresses“ im Sinne des Art. 59 Abs. 3 Buchstabe b der Richtlinie 2005/36/EG darstellen.

durchschnittliche Behandlungen pro Osteopath:in & Jahr ³³	1100,00	Stunden
durchschnittliche Behandlungen pro Patient:in ³⁴	25,00	
durchschnittliche Behandlungsdauer ³⁵	0,75	Stunden
durchschnittliche gesamte Behandlungsdauer pro Patient:in	18,75	Stunden
behandlbare Patient:innen pro Jahr & Osteopath:in	58,67	
durchschnittliche Fehlzeiten bei muskulo-skelettalen Problemen ³⁶	15,30	Tage
prognostizierte Verkürzung der Fehlzeiten pro Patient:in	30,13	%

²⁹ Ein anderes Ziel / Allgemeininteresse als der Schutz der Gesundheit kann im gegebenen Zusammenhang wohl nur schwer ins Treffen geführt werden.

³⁰ OGH 06.07.2004, 4 Ob 156/04a.

³¹ MwN EuGH 02.12.2004, C-41/02 „Kommission gegen Niederlande“ Rn 46 f, wonach „die Mitgliedstaaten bei der Ausübung ihres den Gesundheitsschutz betreffenden Ermessens den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit einhalten [müssen]. Die von ihnen gewählten Maßnahmen sind daher auf das Maß dessen zu beschränken, was zum Schutz der öffentlichen Gesundheit tatsächlich erforderlich ist; sie müssen in einem angemessenen Verhältnis zu dem verfolgten Ziel stehen, das nicht durch Maßnahmen zu erreichen sein darf, die den innergemeinschaftlichen Handelsverkehr weniger beschränken [...]. Da Artikel 36 EG-Vertrag eine – eng auszulegende – Ausnahme vom Grundsatz des freien Warenverkehrs innerhalb der Gemeinschaft darstellt, ist es im Übrigen Sache der nationalen Behörden, die sich hierauf berufen, in jedem Einzelfall im Licht der Ernährungsgewohnheiten und unter Berücksichtigung der Ergebnisse der internationalen wissenschaftlichen Forschung darzulegen, dass ihre Regelung zum wirksamen Schutz der von dieser Bestimmung erfassten Interessen erforderlich ist und insbesondere, dass das Inverkehrbringen der in Frage stehenden Erzeugnisse eine tatsächliche Gefahr für die öffentliche Gesundheit darstellt“.

³² AIHTA, Osteopathy: effectiveness and safety for musculoskeletal pain and overview of training and quality requirements (2022) 18; Medizinische Universität Graz, Wirksamkeit und Sicherheit osteopathischer Behandlungen (2022) 11.

³³ Schätzung beruht auf Erfahrungswerten der OEGO.

³⁴ Grolaux, Work Recovery in Response to osteopathic Treatment after Hemilaminectomy for Lumbar Disc Herniation (1995) 22.

³⁵ Grolaux 22.

³⁶ WIFO 49.

pro Osteopath:in & Jahr erzielbare Verkürzung von Fehlzeiten für alle behandelten Patient:innen

270,45 Tage

Quelle: OEGO

3.2. ... was in 5 Jahren bis zu 35 Mio € Einsparungen bringt

Die Einsparungseffekte ergeben sich aus der Verkürzung der Rekonvaleszenz und somit der Fehlzeiten. Hier kann von einer ca. 30%-igen Verkürzung ausgegangen werden. Diese ergibt sich aus der schnelleren Rekonvaleszenz und damit Rückkehr in den Beruf. Eine näherungsweise Abschätzung dieses Effekts ergibt sich aus der Dissertation von Grolaux³⁷. Aus den Rückkehrquoten (rate of return to work) nach 6 Wochen und 3 Monaten kann interpoliert werden, nach wie vielen Tagen die Rückkehrquote bei der Osteopathie 100% beträgt und nach wie vielen Tagen die Rückkehrquote in der Kontrollgruppe 100% beträgt. Die Differenz der beiden Rückkehrquoten ist die Beschleunigung der Rekonvaleszenz durch Osteopathie. Erhobene Werte sind fettgedruckt, interpolierte normal und die 100%-Rückkehrquoten hinterlegt, womit sich folgende Tabelle ergibt:

Tag	OMT ³⁸	CONTROL	Nebenrechnung für Interpolation		
0,00	0,00	0,00		OMT	CONTROL
42,00 ³⁹	41,00 ⁴⁰	14,50 ⁴¹	Steigung	0,98 ⁴²	0,35 ⁴³
84,00 ⁴⁴	100,00	87,50 ⁴⁵			
120,22	135,36	100,00			

Quelle: Grolaux / OEGO

Die Differenz in Tagen zwischen der CONTROL und OMT-Gruppe betragen 36,22 (= 120,22 - 84) Tage, das sind - aus Sicht der CONTROL-Gruppe - eine **Verkürzung der 100%-Rückkehrquote um 30,13 (= 36,22 : 120,22) Prozent**.

³⁷ Grolaux 40.

³⁸ Osteopathic Manual Treatment.

³⁹ Entspricht den 6 Wochen in Tabelle 15 (Grolaux 40).

⁴⁰ Part-time wurde zur Hälfte gezählt, sodass 64% part-time und 9% full-time insgesamt 32%+9% = 41% ergeben.

⁴¹ Part-time wurde zur Hälfte gezählt, sodass 29% part-time 14,5% ergeben.

⁴² Die Steigung wurde berechnet aus der Veränderung der Rückkehrquote (41-0) dividiert durch die Veränderung der Tage (42-0), was 41 : 42, d.h. 0,98 ergibt.

⁴³ Die Steigung wurde berechnet aus der Veränderung der Rückkehrquote (14,5-0) dividiert durch die Veränderung der Tage (42-0), was 14,5 : 42, d.h. 0,35 ergibt.

⁴⁴ Entspricht den 3 Monaten in Tabelle 15 (Grolaux 40).

⁴⁵ Part-time wurde zur Hälfte gezählt, sodass 25% part-time und 75% full-time insgesamt 12,5%+75% = 87,5% ergeben.

Die möglichen Einsparungseffekte übertreffen die Kosten für die Eintragung in das Gesundheitsberuferegister sowie den Ersatz der Kosten um ca. 90%:

	2025	2026	2027	2028	2029	Summe
Werkleistungen ⁴⁶	5 150,00	5 250,00	5 350,00	5 500,00	5 600,00	26 850,00
Transferaufwand ⁴⁷	2 530 000,00	5 170 000,00	7 920 000,00	10 780 000,00	13 750 000,00	40 150 000,00
Aufwendungen (gesamt)	2 535 150,00	5 175 250,00	7 925 350,00	10 785 500,00	13 755 600,00	40 176 850,00
Erträge aus Transfers	4 796 700,00	9 816 500,00	15 058 800,00	20 304 200,00	25 937 500,00	75 913 700,00
Erträge (gesamt)	4 796 700,00	9 816 500,00	15 058 800,00	20 304 200,00	25 937 500,00	75 913 700,00
Nettoergebnis (absolut)	2 261 550,00	4 641 250,00	7 133 450,00	9 518 700,00	12 181 900,00	35 736 850,00
Nettoergebnis (relativ)	89,19%	89,68%	90,00%	88,25%	88,55%	88,94%

Quelle: OEGO / Anmerkung: alle Werte inflationsbereinigt

3.3. Mehr Gesundheitspersonal = kürzere Wartezeiten und weniger Schmerzen

Die Europäische Kommission geht davon aus, dass „durch den Abbau von unnötigen und unverhältnismäßigen Regulierungen rund 700 000 zusätzliche Arbeitsplätze in der EU geschaffen werden könnten“⁴⁸, womit sich für Österreich ein Potenzial von ca. 14 000 neuen Arbeitsplätzen – über alle Wirtschaftssektoren – ergibt.

Auch ein Blick in die verwandte Disziplin der Physiotherapie zeigt: bei Physiotherapeut:innen gibt es einen hohen Zuzug aus dem Ausland – 26% der registrierten Physiotherapeut:innen haben ihre Ausbildung im Ausland absolviert⁴⁹. Der Zuzug aus dem (EU-)Ausland stellt also eine wesentliche Personalressource dar. **Die Personalreserve des EU-Auslands (ca. 26% der Berufsberechtigten) kann in Analogie zur Physiotherapie allerdings nur dann genutzt werden, wenn der unverhältnismäßige – und daher unionsrechtswidrige – Tätigkeitsvorbehalt in Österreich gesetzlich korrigiert wird.**

4. VORSCHLAG: eigenes Berufsbild, eigene Ausbildung und Kostenersatz

Zur Behebung dieser potenziellen Unionsrechtswidrigkeit werden im Wesentlichen folgende Maßnahmen vorgeschlagen:

- Einführung eines eigenen **Berufsbilds** als neuer 6. Abschnitt im 1. Hauptstück (Punkt 4.1)⁵⁰, insbesondere unter Beibehaltung der OEGO als zukünftig nun mehr gesetzlicher Standesvertretung⁵¹
- Sicherstellung der **Kompatibilität zu internationalen Ausbildungsstandards**, wie etwa ÖNORM EN 16686 (Punkt 4.3) durch
 - Ermöglichung von Typ I und Typ II-Ausbildung⁵²
 - Verordnungsermächtigung für Typ II-fähige Berufe⁵³
 - Anerkennung bereits bestehender Ausbildungseinrichtungen, die auf Basis anerkannter, internationaler Standards arbeiten⁵⁴
 - Überführung der bereits bisher als Osteopath:innen arbeitenden Person bzw. aller Personen, wie etwa Hebammen und Ergotherapeut:innen, die zwar eine Ausbildung auf Basis anerkannter, internationaler Standards abgeschlossen

⁴⁶ Kosten für Eintragung ins Gesundheitsberuferegister.

⁴⁷ Kostenersatz gemäß § 135 Abs. 1 Z 1 ASVG, § 85 Abs. 1 Z 1 BSVG, § 63 Abs. 1 Z 1 B-KUVG, § 91 Abs. 1 Z 1 GSVG.

⁴⁸ COM(2016) 822 final 4.

⁴⁹ GÖG, MTD-Personalprognose für Österreich bis 2030 (2020) 9.

⁵⁰ Siehe § 19 und 20 MTDG in der vorgeschlagenen Fassung.

⁵¹ Siehe § 21 MTDG in der vorgeschlagenen Fassung.

⁵² Siehe § 44 Abs. 1 MTDG in der vorgeschlagenen Fassung.

⁵³ Siehe § 44 Abs. 7 MTDG in der vorgeschlagenen Fassung.

⁵⁴ Siehe § 44 Abs. 2 bis 5 MTDG in der vorgeschlagenen Fassung.

haben, aber aufgrund der unverhältnismäßigen, bisherigen Regelung nicht zur Ausübung der Osteopathie berechtigt waren⁵⁵

- Einführung eines Kostenersatzes für die Osteopathie (Punkt 4.3)⁵⁶
- Anbindung der Osteopathie an ELGA (Punkt 4.4)⁵⁷

Zur Untermauerung der vorgeschlagenen Maßnahmen kann eine WFA nachgereicht werden. Um die legistische Arbeit - insbesondere angesichts des allgegenwärtigen Zeitdrucks - zu erleichtern, erstattet die OEGO konkrete Formulierungsvorschläge zu den obigen Maßnahmen, wobei Verweise, die noch einer Überprüfung bedürfen, zur besseren Nachvollziehbarkeit gelb hinterlegt sind.

4.1. Einführung eines eigenen Berufsbilds der Osteopathie

Um die unverhältnismäßige - und daher unionsrechtswidrige - Subsumption von Osteopath:innen unter ärztliche oder physiotherapeutische Berufe zu beheben (siehe dazu im Detail: oben Punkt 2.5), ist ein eigenes Berufsbild im Entwurf für ein MTD-Gesetz 2024 einzufügen. Da die Abschnitte des 1. Hauptstücks alphabetisch sortiert sind, ist der 6. Abschnitt die systematisch richtige Stelle, um das neue osteopathische Berufsbild einzufügen.

Die §§ 19 und 20 sind parallel zu den anderen MTD-Berufen aufgebaut. Gegenüber den anderen MTD-Berufen stellt hingegen die gesetzliche Standesvertretung gemäß § 21 eine Erweiterung dar. Diese ist erforderlich, da es sich um ein neues Berufsbild handelt und hier noch vergleichsweise wenig Know-How im österreichischen Gesundheitssystem und insbesondere bei den zuständigen Behörden vorhanden ist, sodass der bestehende Know-How-Pool bei der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie langfristig genutzt werden soll.

Der neue 6. Abschnitt im 1. Hauptstück sollte daher wie folgt lauten:

Osteopathin / Osteopath

§ 19. (1) Der Beruf der Osteopathin / des Osteopathen umfasst die Ausübung aller osteopathischen Maßnahmen unter besonderer Berücksichtigung funktioneller Zusammenhänge auf den Gebieten der Therapie, Rehabilitation und Prophylaxe, einschließlich Gesundheitserziehung.

(2) Hiezu gehören

1. im Rahmen des osteopathischen Prozesses insbesondere
 - a) die osteopathische Befunderhebung und Behandlung von Patientinnen und Patienten durch osteopathische Maßnahmen zur Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit der Patientinnen und Patienten, wie insbesondere
 - aa) direkte Techniken,
 - bb) indirekte Techniken,
 - cc) ausgleichende Techniken,
 - dd) kombinierte Techniken,
 - ee) reflexbasierte Techniken sowie
 - ff) Fluidtechniken;
 - b) die Beratung der Patientinnen und Patienten;
2. die Mitwirkung an sowie die Durchführung und Evaluierung von Assessments und Screeningverfahren einschließlich osteopathischer Befundung;
3. die Verabreichung von Arzneimitteln und die Anwendung von Medizinprodukten;
4. die Verordnung von Arzneimitteln und Medizinprodukten;
5. die Entwicklung, Mitentwicklung, Herstellung und Adaptierung von Hilfsmitteln einschließlich Medizinprodukten bzw. assistierenden Technologien.

Eigenverantwortung und Zusammenarbeit

§ 20. (1) Osteopathinnen / Osteopathen werden vorbehaltlich **§ 21** nach allgemeiner ärztlicher oder zahnärztlicher Zuweisung oder nach konkreter ärztlicher oder zahnärztlicher Anordnung eigenverantwortlich tätig.

(2) Die / Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin / Bundesminister kann nach Anhörung des MTD-Beirats, der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie sowie der Österreichischen Ärztekammer im Verordnungswege festlegen, in welchen medizinischen Bereichen welche Arzneimittel einschließlich deren Verabreichungsform

⁵⁵ Siehe § 44 Abs. 1 Z 2 lit. b MTDG in der vorgeschlagenen Fassung.

⁵⁶ Siehe Art. 2 bis 5 MTDG in der vorgeschlagenen Fassung.

⁵⁷ Siehe Art. 6 MTDG in der vorgeschlagenen Fassung.

und welche Medizinprodukte Osteopathinnen / Osteopathen ohne ärztliche oder zahnärztliche Anordnung verordnen und verabreichen dürfen.

Österreichische Gesellschaft für Osteopathie

§ 21. (1) Der Verein „Österreichische Gesellschaft für Osteopathie“, eingetragen im Zentralen Vereinsregister (§ 18 des Vereinsgesetzes 2002, BGBl. I Nr. 66/2002) unter der ZVR-Zahl 624670982, wird mit dem in § 60 genannten Zeitpunkt als gesetzliche Landesvertretung der Osteopathinnen und Osteopathen in Österreich tätig. Soweit in diesem Bundesgesetz nicht anders bestimmt, sind die Bestimmungen des Vereinsgesetzes 2002 auf die Österreichische Gesellschaft für Osteopathie anzuwenden.

(2) Die Österreichische Gesellschaft für Osteopathie ist berechtigt, ihrer Firma oder der Abkürzung ihrer Firma (einschließlich Logo) das Bundeswappen beizusetzen.

(3) Alle im Gesundheitsberuferegister angeführten Osteopathinnen und Osteopathen sind Mitglieder der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie. Die Österreichische Gesellschaft für Osteopathie ist ermächtigt einen Beitrag zur Deckung ihrer Kosten von den Mitgliedern einzuheben und zum Zweck der Beitragserhebung Name, Anschrift und Kontaktdaten der Osteopathinnen und Osteopathen aus dem Gesundheitsberuferegister automatisiert zu verarbeiten. Die Daten des Gesundheitsberuferegisters dürfen auch für sonstige Zwecke der beruflichen Landesvertretung, wie insbesondere zur Einladung zu Generalversammlungen, verarbeitet werden.

(4) Die Österreichische Gesellschaft für Osteopathie hat ihre Tätigkeit ausschließlich nach den Grundsätzen der Gemeinnützigkeit im Sinne der §§ 34 ff BAO durchzuführen. Die Aufgaben der Österreichische Gesellschaft für Osteopathie sind:

1. die Führung einer Osteopathie-Liste,
2. die Entziehung der Berufsberechtigung, wobei § 31 sinngemäß mit der Maßgabe anzuwenden ist, dass an die Stelle der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde die Österreichische Gesellschaft für Osteopathie tritt,
3. Anerkennung von Berufsqualifikationen, wobei der 4. Abschnitt mit der Maßgabe anzuwenden ist, dass an die Stelle der zuständigen Behörde die Österreichische Gesellschaft für Osteopathie tritt,
4. die Erstattung von Berichten, Gutachten und Vorschlägen an Behörden betreffend die Osteopathie sowie in allen sonstigen Angelegenheiten, die die Interessen der Osteopathinnen und Osteopathen berühren,
5. die Begutachtung von Gesetzes- und Verordnungsentwürfen,
6. die Ausstellung von Qualitätssiegeln für Osteopathinnen und Osteopathen,
7. die Erstellung eines Jahresberichts über die Osteopathie in Österreich, der insbesondere
 - a) die Zahl der in Österreich tätigen Osteopathinnen und Osteopathen,
 - b) die Zahl der Personen, die ausgebildet werden,
 - c) die Zahl der von in Österreich tätigen Osteopathinnen und Osteopathen durchgeführten Behandlungen, zu umfassen hat,
8. der Abschluss von Gesamtverträgen mit dem Dachverband,
9. der Abschluss von Kollektivverträgen als gesetzliche Interessenvertretung von Osteopathinnen und Osteopathen auf Arbeitgeberseite.

(5) Die Landesvertretung unterliegt der Aufsicht des Bundes, die von der für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin oder dem zuständigen Bundesminister auszuüben ist. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Einhaltung der Gesetze und Verordnungen. Die für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin oder der zuständige Bundesminister darf

1. Überprüfungen vornehmen und Einsicht in sämtliche Unterlagen der Landesvertretung verlangen;
2. mit Verordnung festlegen, welche Daten in welchen zeitlichen Abständen automatisationsunterstützt in welchem technischen Format für die Zwecke der Planung, Steuerung und Statistik von der Landesvertretung bereitzustellen sind.

(6) Die Durchführung von Umlaufbeschlüssen ist auch mit Mitteln der elektronischen Kommunikation zulässig.

Die zugehörigen Erläuterungen sollten wie folgt lauten:

Zu § 19 („Osteopathin / Osteopath“):

Osteopath:innen üben im Rahmen ihres Berufs alle osteopathischen Maßnahmen unter besonderer Berücksichtigung funktioneller Zusammenhänge auf den Gebieten der Diagnose, Therapie, Rehabilitation und Prophylaxe aus (**Abs. 1**). Dies schließt die Gesundheitsberatung und -erziehung unter den gemäß § 21 festgelegten Rahmenbedingungen ein. Sie führen insbesondere manuelle diagnostische und therapeutische Maßnahmen durch, einschließlich Techniken der strukturellen, viszeralen oder kranialen Osteopathie. Der osteopathische Prozess (§ 19 Abs. 2) beschreibt das fachlich-methodische Handeln von Osteopath:innen. Die osteopathische Herangehensweise ist patient:innenzentriert und auf die Gesundheit - und nicht auf die Erkrankung - der Patient:innen ausgerichtet. Die Osteopath:innen wenden dabei den manuellen Kontakt an, um die Bewegung in sämtlichen strukturellen und funktionellen Bereichen der Patient:innen identifizieren und bewerten zu können. Durch ihr hochentwickeltes Tastgefühl und das Augenmerk auf komplexe Systeme kön-

nen sie Einschränkungen der Funktion und Bewegung gezielt erkennen und behandeln (Kapitel 3 der ÖNORM EN 16686).

Der osteopathische Prozess in **Abs. 2** ist an das einschlägige Kapitel 3 der ÖNORM EN 16686 angelehnt. **Z 1** beschreibt das fachlich-methodische Handeln von Osteopath:innen. **Lit. a** definiert u.a. die typischen und zulässigen Behandlungstechniken näher: Mit direkten Techniken (**sublit. aa**) sind Thrust-Techniken mit hoher Geschwindigkeit und kleiner Amplitude, Gelenktechniken, Recoil-Techniken, Weichgewebetechniken, Muskelenergietechniken und die allgemeine osteopathische Behandlung erfasst. Indirekte Techniken (**sublit. bb**) umfassen insbesondere die Funktionstechnik, Strain/Counterstrain, Facilitated Positional Release. Ausgleichende Techniken (**sublit. cc**) umfassen insbesondere Techniken der ausgeglichenen ligamentären Spannung sowie der ligamentären Gelenkspannung. Kombinierte Techniken (**sublit. dd**) umfassen insbesondere die myofasziale Therapie, Unwinding-Technik, myotensive Techniken (isometrische Muskelkontraktion), Still-Technik, Übertreibung (Exaggeration), kraniosakrale Techniken, sowie viszerale und neurale Mobilisation. Reflexbasierte Techniken (**sublit. ee**) umfassen insbesondere Techniken zur Behandlung von Chapman-Reflexen, Trigger-Punkten sowie für die neuromuskuläre Entspannung. Fluidtechniken (**sublit. ff**) umfassen insbesondere lymphatische und viszerale Pumptechniken.

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

Mit **Z 3** wird die berufsrechtliche Ermächtigung für die Berufsangehörigen geschaffen, bestimmte berufsspezifische Arzneimittel und Medizinprodukte zu verabreichen bzw. anzuwenden. Im Größenschluss dürfen – auf dem Boden der wissenschaftlichen Evidenz – vielmehr noch nicht-verschreibungspflichtige Nahrungsergänzungsmittel empfohlen werden.

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

Die in **Z 5** angeführten Tätigkeiten sollen vor allem die Entwicklung (elektronischer) Medizinprodukte, wie etwa digitaler Gesundheits-Apps, durch Osteopath:innen ermöglichen.

Zu § 20 („Eigenverantwortung und Zusammenarbeit“):

Mit **Abs. 1** wird klargestellt, dass die Osteopath:innen nur nach ärztlicher Zuweisung tätig werden und Erstkontakte somit weiterhin den Ärzt:innen vorbehalten bleiben. An dieser Stelle sei der Vollständigkeit halber erwähnt, dass auch andere Osteopath:innen oder andere MTD-Berufe bei Osteopath:innen angestellt sein können, ohne dass es zur Beschränkung der Eigenverantwortung der angestellten Angehörigen eines MTD-Berufs kommt (**§ 28 Abs. 1**).

Zu § 21 (Verordnungsermächtigung):

Mit der vorgeschlagenen Verordnungsermächtigung kann festgelegt werden, dass Osteopath:innen bestimmte Tätigkeiten eigenständig ausführen dürfen, ohne vorherige Zustimmung oder Anweisung durch (Zahn-)Ärzt:innen. Damit soll die Autonomie der Osteopath:innen gestärkt werden und die Effizienz der Gesundheitsversorgung verbessert werden, indem bestimmte Aufgaben direkt von Osteopath:innen übernommen werden können. Der Verordnungsweg bietet eine flexible Möglichkeit, detaillierte Bestimmungen erlassen und bei Bedarf anpassen zu können. Dies ist insbesondere in einem sich schnell entwickelnden medizinischen Umfeld von Vorteil, um rasch auf neue wissenschaftliche Erkenntnisse und technologische Entwicklungen reagieren zu können.

Zu § 22 („Österreichische Gesellschaft für Osteopathie“):

Mit **Abs. 1** wird klargestellt, dass der bisherige Verein „Österreichische Gesellschaft für Osteopathie“ (ÖGO) von nun als gesetzliche Landesvertretung tätig werden soll.

Mit **Abs. 2** wird der Österreichische Gesellschaft für Osteopathie erlaubt das Bundeswappen zu führen.

Mit **Abs. 3** wird – im Sinne der nicht territorialen Selbstverwaltung gemäß Art. 120a B-VG – die Pflichtmitgliedschaft vorgesehen. Alle Personen, die im Zeitpunkt der Versendung der Einladung zur Generalversammlung, Mitglieder der ÖGO sind, dürfen an der Generalversammlung mit Sitz und Stimme teilnehmen. Außerdem wird in **Abs. 3** vorgesehen, dass die Daten des Gesundheitsberuferegisters für Zwecke der gesetzlichen Berufsvertretung verarbeitet werden dürfen. Da die Daten bereits unter <https://gbr-public.ehealth.gv.at/Detail.aspx> öffentlich einsehbar sind, besteht nur ein geringer Schutzbedarf, der jedenfalls vom Interesse an der Verarbeitung der Daten für Zwecke der Berufsvertretung überwogen wird.

Mit **Abs. 4** werden die Aufgaben der Landesvertretung näher definiert. **Z 4** ist angelehnt an § 66a Abs. 1 Z 11 der Ärztegesetzes 1998. **Z 5** ist angelehnt an § 66a Abs. 1 Z 14 der Ärztegesetzes 1998. Mit **Z 7** werden die Grundlagen für die Evaluierung der Osteopathie im Rahmen der wirkungsorientierten Folgenabschätzung geschaffen. Mit **Z 8** wird klargestellt, dass allfällige Gesamtverträge gemäß § 349 ASVG von der ÖGO abzuschließen sind. Mit **Z 9** wird – in Anlehnung an § 66a Abs. 1 Z 2 der Ärztegesetzes 1998 – die Kollektivvertragsfähigkeit im Sinne des § 7 des Arbeitsverfassungsgesetzes, BGBl. Nr. 22/1974, ausdrücklich festgehalten.

Mit **Abs. 5** wird die Aufsicht des Bundes über die Standesvertretung näher determiniert. Die Steuerung (**Z 2**) umfasst insbesondere auch Zwecke der Evaluierung im Rahmen wirkungsorientierter Folgenabschätzungen.

Abs. 6 sieht eine spezielle Ergänzung des Vereinsgesetzes 2002, BGBl. I Nr. 66/2002, für die Zwecke der vorgeschlagenen Bestimmung vor, nämlich die ausdrückliche Erlaubnis von automationsunterstützten Umlaufbeschlüssen. Voraussetzung ist selbstverständlich, dass die erforderliche Datensicherheit im Sinne des Art. 32 DSGVO eingehalten wird.

4.2. Sicherstellung der Kompatibilität zu internationalen Ausbildungsstandards

Bereits bestehende osteopathische Ausbildungseinrichtungen, die nach anerkannten, internationalen Standards ausbilden, sollen auch nach Inkrafttreten des vorgeschlagenen Entwurfs weiterhin rechtskonform betrieben werden dürfen. Die u.a. von der WHO mit definierte Ausbildung für Osteopath:innen passt nicht ganz in das Schema der übrigen MTD-Berufe, weil die Vollzeitausbildung (Typ I) Ausbildung nach der ÖNORM EN 16686 auf Master-Niveau sein muss⁵⁸ und die berufsbegleitende Ausbildung nach der ÖNORM EN 16686 mindestens 80 ECTS-Punkte umfassen muss⁵⁹.

Nach dem aktuellen § 43 sollte daher folgender neuer § 44 zu den besonderen Anforderungen an die osteopathische Ausbildung eingefügt werden:

Anforderungen an die osteopathische Ausbildung

§ 44. (1) Die Ausbildung in der Osteopathie dauert

1. mindestens vier Jahre und umfasst mindestens 6 000 Stunden, wobei mindestens 1 000 Stunden der beaufsichtigten klinischen osteopathischen Praxis und Weiterbildung gewidmet sein müssen, wenn keine Berechtigung zur Berufsausübung als Ärztin oder Arzt bzw. Physiotherapeutin oder Physiotherapeut besteht oder
2. mindestens vier Jahre und umfasst mindestens 2 000 Stunden, wobei mindestens 1 000 Stunden der beaufsichtigten klinischen osteopathischen Praxis und Weiterbildung gewidmet sein müssen, wenn eine Berechtigung zur Berufsausübung
 - a) als Ärztin oder Arzt, Ergotherapeutin oder Ergotherapeut, Hebamme bzw. Physiotherapeutin oder Physiotherapeut besteht oder
 - b) in einer Verordnung gemäß Abs. 7 angeführt ist.

(2) Die Ausbildung in der Osteopathie darf an Einrichtungen durchgeführt werden, die nach international anerkannten Standards Osteopathie lehren, sofern eine Bewilligung gemäß Abs. 3 erteilt wurde.

(3) Die Landeshauptfrau / Der Landeshauptmann hat dem Träger einer Ausbildungseinrichtung gemäß Abs. 2 die Bewilligung zur Durchführung der Ausbildung in der Osteopathie zu erteilen, wenn nachgewiesen wird, dass

1. die für die Abhaltung der theoretischen und praktischen Ausbildung erforderlichen Räumlichkeiten und Lehrmittel zur Verfügung stehen,
2. die für die theoretische und praktische Ausbildung erforderlichen Lehr- und Fachkräfte und gegebenenfalls Ausbildungsverantwortliche, welche hiezu fachlich und pädagogisch geeignet sind und über die notwendige Berufserfahrung verfügen, vorhanden sind und
3. die Durchführung der praktischen Ausbildung unter Anleitung und Aufsicht der entsprechenden Fachkräfte gewährleistet ist.

(4) Der Landeshauptmann / Die Landeshauptfrau hat regelmäßig das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß Abs. 3 zu überprüfen. Liegen diese nicht oder nicht mehr vor, ist die Bewilligung nach erfolglosem Verstreichen einer zur Behebung der Mängel gesetzten angemessenen Frist zurückzunehmen.

(5) Eine gemäß Abs. 3 bewilligte Ausbildung in der Osteopathie kann auch in Kooperation mit einem Universitäts- oder Fachhochschulstudiengang durchgeführt werden.

(6) Gemäß Abs. 3 bewilligte Einrichtungen haben der Standesvertretung gemäß § 21, die für die Erstellung des Jahresberichts erforderlichen Daten, insbesondere zu den auszubildenden Personen gemäß § 21 Abs. 4 Z 5 lit. b bereitzustellen.

(7) Die / Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin / Bundesminister kann nach Anhörung des MTD-Beirats, der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie und der Österreichischen Ärztekammer im Verordnungswege festlegen, für welche anderen als in Abs. 1 Z 2 lit. a angeführten Gesundheitsberufe derart ausreichende Kenntnisse der Grundlagenwissenschaften sowie der klinischen Wissenschaften erforderlich sind, dass eine verkürzte Ausbildung gemäß Abs. 1 Z 2 vor dem Hintergrund des Schutzes und der Sicherheit der Gesundheit von Patientinnen und Patienten zulässig ist.

Die zugehörigen Erläuterungen sollten wie folgt lauten:

⁵⁸ Unterabschnitt 6.2.3 der ÖNORM EN 16686.

⁵⁹ Unterabschnitt 6.2.4 der ÖNORM EN 16686.

Zu § 44 („Anforderungen an die osteopathische Ausbildung“):

Mit Abs. 1 werden die zwei Ausbildungsprogramme im Sinne der WHO-Osteopathy Benchmarks bzw. des Abschnitts 6 der ÖNORM EN 16686 umgesetzt:

- einerseits Programme des Typs I (Z 1), die an Personen gerichtet sind, die nur eine geringe oder keine Ausbildung in der Gesundheitsversorgung besitzen, und
- andererseits Programme des Typs II (Z 2), die an Personen gerichtet sind, die bereits eine Ausbildung in der Gesundheitsversorgung besitzen.

Ausbildungen des Typs I (Z 1) setzen mindestens 6 000 Stunden voraus. Zwar sind in Unterabschnitt 6.2.3 der ÖNORM EN 16686 bloß mindestens 4 800 Stunden vorgesehen (Anforderung a), allerdings dürfen die 240 ECTS-Leistungspunkte, was umgerechnet 6 000 Stunden entspricht, nicht unterschritten werden (Anforderung b).

Bei (berufsbegleitenden) Ausbildungen des Typs II (Z 2) reduziert sich die Mindeststundenzahl auf 2 000 Stunden. Voraussetzung dafür ist das Bestehen einer aufrechten Berechtigung zur Berufsausübung als Ärztin oder Arzt bzw. Physiotherapeutin oder Physiotherapeut.

Die erforderlichen Kenntnisse haben – auch im Sinne der WHO-Osteopathy Benchmarks – jedenfalls zu umfassen:

- Kenntnisse der Grundlagenwissenschaften, wie insbesondere der Geschichte und Philosophie der Gesundheitswissenschaften; der allgemeinen und funktionalen Anatomie, einschließlich Embryologie, unter Aufzeigen der Verbindung zum osteopathischen Verstehen und Behandeln, neuroanatomische und viszerale Anatomie; der Mikrobiologie, Biochemie und Zellphysiologie; der Physiologie; sowie der Biomechanik und Kinetik;
- Kenntnisse der klinischen Wissenschaften, wie insbesondere der Modelle von Gesundheit und Krankheit; der Sicherheit und Ethik; der Pathologie und Pathophysiologie der Nerven, des Muskel-Skelett-Systems, des psychologischen Systems, des kardiovaskulären Systems, des pulmonalen Systems, des gastrointestinalen Systems, des Fortpflanzungssystems, des Urogenitalsystems, des Immunsystems, des endokrinen Systems, des HNO-Systems; der angewandten Anatomie, Neurologie und Neurophysiologie; der Diagnose; der Radiologie und Laborergebnisse; der Ernährung; der relevanten Kenntnisse der Pharmakologie;
- Kenntnisse der osteopathischen Wissenschaften, wie insbesondere der Philosophie und Geschichte der Osteopathie; der osteopathischen Modelle für die Wechselbeziehungen von Struktur und Funktion (siehe Anhang A der ÖNORM EN 16686); der klinischen Biomechanik, Gelenkphysiologie und viszeralen Physiologie und Kinetik; der Wirkmechanismen der osteopathischen Techniken; sowie der angewandten Grundsätze;
- Kenntnisse der klinischen Fertigkeiten der Osteopathie, wie insbesondere der Erstellung und Verwendung von Anamnesen; der körperlichen und klinischen Untersuchung; der osteopathischen Diagnose der Nerven, des Muskel-Skelett-Systems, des psychologischen Systems, des kardiovaskulären Systems, des pulmonalen Systems, des gastrointestinalen Systems, des endokrinen Systems, des Urogenitalsystems, des Immunsystems, des Fortpflanzungssystems und des HNO-Systems; der allgemeinen Darstellung der grundlegenden Ergebnisse aus Labor und bildgebenden Verfahren; der klinischen Problemlösung und Begründung; des Verständnisses der relevanten und aktuellen Forschung und deren Einbeziehung in die Praxis; des Informationsaustausches und der Befragung; der klinischen Dokumentation; der lebenserhaltenden Maßnahmen und Erste-Hilfe-Leistung; sowie der osteopathischen Behandlung und osteopathischen Techniken (siehe Anhang C der ÖNORM EN 16686).

Die Abs. 2 bis 5 regeln die Vorgaben zu Ausbildungseinrichtungen.

Mit Abs. 6 wird eine Berichtspflicht an die gesetzliche Landesvertretung vorgesehen, die ihrerseits wiederum einen Jahresbericht daraus zu erstellen hat. Dieser soll in insbesondere für die Evaluierung im Zuge der Wirkungsorientierten Folgenabschätzung herangezogen werden.

Bereits vor dem Inkrafttreten des vorgeschlagenen Entwurfs war die Ausübung der Osteopathie in Österreich rechtskonform und zwar, wenn sie durch ärztliches oder physiotherapeutisches Personal erfolgte. Es gibt aber auch Ergotherapeut:innen und Hebammen, die die anerkannte, internationale Ausbildung - beispielsweise nach der ÖNORM EN 16686 – absolviert haben und daher nach dem neuen MTD-Gesetz 2024 auch berufsberechtigt sein sollten. Für diese Personen kann aufgrund des vorgeschlagenen § 44 eine Berufsberechtigung ausgestellt werden. Für das ärztliche und physiotherapeutische Personal, das keine anerkannte, internationale Ausbildung absolviert hat, soll es eine Übergangsbestimmung geben.

§ 59 sollte daher folgender Abs. 5 angefügt werden:

(5) Personen, die vor dem Ablauf des **31. Dezember 2024** aufgrund einer Zusatzausbildung zur Ausübung der Osteopathie berechtigt waren, dürfen diese auch nach dem **1. Jänner 2025** unter den Bedingungen dieses Bundesgesetzes weiter ausüben.

Die zugehörigen Erläuterungen sollten wie folgt lauten:

Zu § 59 („Schluss- und Übergangsbestimmungen“):

Mit **Abs. 5** soll sichergestellt werden, dass die bisher zur Osteopathie berechtigten Ärztinnen und Ärzte bzw. Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten auch weiterhin praktizieren dürfen.

4.3. Einführung eines Kostenersatzes für die Osteopathie

Dem Entwurf sollten folgende Artikel 2 bis 5 zur Einführung eines Kostenersatzes für die Osteopathie bzw. die bisher noch fehlenden MTD-Berufe angefügt werden:

Artikel 2

Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955, zuletzt geändert durch das **Bundesgesetz BGBl. I Nr. 46/2024 [VOR ABSCHLUSS NOCH ÜBERPRÜFEN]**, wird wie folgt geändert:

1. § 135 Abs. 1 Z 1 lit. a lautet:

„a) osteopathische oder physiotherapeutische,“

2. Nach § 796 wird folgender § 797 samt Überschrift angefügt:

„**Schlussbestimmung zu Art. 2 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2024**

§ 797. § 135 Abs. 1 Z 1 lit. a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2024 tritt mit **1. Jänner 2025** in Kraft.“

Artikel 3

Änderung des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes

Das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 559/1978, zuletzt geändert durch das **Bundesgesetz BGBl. I Nr. 46/2024 [VOR ABSCHLUSS NOCH ÜBERPRÜFEN]**, wird wie folgt geändert:

1. § 85 Abs. 1 Z 1 lit. a lautet:

„a) osteopathische oder physiotherapeutische,“

2. Nach § 407 wird folgender § 408 samt Überschrift angefügt:

„**Schlussbestimmung zu Art. 3 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2024**

§ 408. § 85 Abs. 1 Z 1 lit. a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2024 tritt mit **1. Jänner 2025** in Kraft.“

Artikel 4

Änderung des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes

Das Beamten- Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 200/1967, zuletzt geändert durch das **Bundesgesetz BGBl. I Nr. 46/2024 [VOR ABSCHLUSS NOCH ÜBERPRÜFEN]**, wird wie folgt geändert:

1. § 63 Abs. 1 Z 1 lit. a lautet:

„a) osteopathische oder physiotherapeutische,“

2. Nach § 287 wird folgender § 288 samt Überschrift angefügt:

„**Schlussbestimmung zu Art. 4 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2024**

§ 288. § 63 Abs. 1 Z 1 lit. a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2024 tritt mit **1. Jänner 2025** in Kraft.“

Artikel 5

Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes

Das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 560/1978, zuletzt geändert durch das **Bundesgesetz BGBl. I Nr. 46/2024 [VOR ABSCHLUSS NOCH ÜBERPRÜFEN]**, wird wie folgt geändert:

1. § 91 Abs. 1 Z 1 lit. a lautet:

„a) osteopathische oder physiotherapeutische,“

2. Nach § 412 wird folgender § 413 samt Überschrift angefügt:

„**Schlussbestimmung zu Art. 5 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2024**

§ 413. § 91 Abs. 1 Z 1 lit. a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2024 tritt mit 1. Jänner 2025 in Kraft.“

Die zugehörigen Erläuterungen sollten wie folgt lauten:

Zu Artikel 2 (Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes):

Mit den vorgeschlagenen Änderungen sollen die (teilweise) Übernahme der Kosten durch die Sozialversicherungsträger für die Versicherten nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz gesetzlich vorgesehen werden.

Zu Art. 2 Z 1 (§ 135 – „Ärztliche Hilfe“):

Leistungen, der im MTD-Gesetz 2024 angeführten Personen sind ersatzfähig. Hintergrund ist, dass die von Osteopath:innen erbrachten Leistungen nicht nur kostendeckend sind, sondern - aufgrund der Reduktion der Fehlzeiten - zu Ersparnissen in der Höhe von insgesamt 190 Prozent der ursprünglichen Kostendeckung führt.

Da § 338 Abs. 1 ASVG auf die „Erbringerinnen/Erbringer[...] von nach § 135 der ärztlichen Hilfe gleichgestellten Leistungen“ – und somit nach Inkrafttreten des vorgeschlagenen Entwurfs auch die Osteopathinnen und Osteopathen umfasst – können Gesamtverträge auch mit den Osteopathinnen und Osteopathen geschlossen werden. Für die Zeit, in der (noch) keine Verträge bestehen, ist § 131b ASVG anzuwenden, wonach die Möglichkeit besteht, im Wege der Satzung Kostenzuschüsse für die Versicherten unter Bedachtnahme auf ihr wirtschaftliches Bedürfnis bzw. auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers festzusetzen.

Zu Artikel 3 (Änderung des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes):

Mit den vorgeschlagenen Änderungen sollen die (teilweise) Übernahme der Kosten durch die Sozialversicherungsträger für die Versicherten nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz gesetzlich vorgesehen werden.

Zu Artikel 4 (Änderung des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes):

Mit den vorgeschlagenen Änderungen sollen die (teilweise) Übernahme der Kosten durch die Sozialversicherungsträger für die Versicherten nach dem Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz gesetzlich vorgesehen werden.

Zu Artikel 5 (Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes):

Mit den vorgeschlagenen Änderungen sollen die (teilweise) Übernahme der Kosten durch die Sozialversicherungsträger für die Versicherten nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz gesetzlich vorgesehen werden.

4.4. Anbindung der Osteopathie an ELGA

Dem Entwurf sollte folgender Artikel 6 zur Anbindung der Osteopathie an ELGA angefügt werden:

Artikel 6

Änderung des Gesundheitstelematikgesetzes 2012

Das Gesundheitstelematikgesetz, BGBl. I Nr. 111/2012, zuletzt geändert durch das **Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024, BGBl. I Nr. 191/2023 [VOR ABSCHLUSS NOCH ÜBERPRÜFEN]**, wird wie folgt geändert:

1. In § 2 Z 10 lit. d wird das Wort „sowie“ durch einen Beistrich ersetzt; in § 2 Z 10 lit. e wird der Punkt am Ende der lit. e durch das Wort „sowie“ ersetzt und nach § 2 Z 10 lit. e folgende lit. f angefügt:

„f) Angehörige der Osteopathie gemäß den §§ 19 ff des MTD-Gesetzes 2024, BGBl. I Nr. xx/2024.“

2. In § 18 Abs. 6 Z 1 und Abs. 7 wird die Zeichenfolge „und e“ durch die Wortfolge „, e und f“ ersetzt.

3. In § 21 Abs. 2 wird nach der Z 5 folgende Z 5a eingefügt:

„5a. Angehörige der Osteopathie (§ 2 Z 10 lit. f) auf alle ELGA-Gesundheitsdaten (§ 2 Z 9),“

4. In § 22 Abs. 6 entfällt die Wortfolge „lit. a und c“.

5. Dem § 26 wird folgender Abs. 18 angefügt:

„(18) § 2 Z 10, § 18 Abs. 6 Z 1 und Abs. 7, § 21 Abs. 2 Z 5a sowie § 22 Abs. 6 in der Fassung des MTD-Gesetzes 2024, BGBl. I Nr. xx/2024 treten mit 1. Jänner 2025 in Kraft.“

Die zugehörigen Erläuterungen sollten wie folgt lauten:

Zu Artikel 6 (Änderung des Gesundheitstelematikgesetzes 2012):

Mit den vorgeschlagenen Änderungen soll den Osteopathinnen und Osteopathen ein Leserecht in ELGA eingeräumt werden.

Zu Art. 6 Z 1 (§ 2 – „Begriffsbestimmungen“):

Durch die Aufnahme in die Definition der ELGA-Gesundheitsdiensteanbieter in Z 10 lit. f haben die Osteopathinnen und Osteopathen u.a. folgende Rechte und Pflichten:

- Recht ELGA-Gesundheitsdaten zu erheben (§ 13 Abs. 2),
- Pflicht zur Einhaltung der Grundsätze der Datenverarbeitung (§ 14),
- Recht auf Zugriff auf eMedikation (§ 20a Abs. 1),
- Recht auf Zugriff auf alle ELGA-Gesundheitsdaten (§ 21 Abs. 2 Z 5a),
- Recht auf Zugriff auf die sie betreffenden Protokolldaten (§ 22 Abs. 6),
- Recht zur kostenlosen Nutzung der ELGA-Komponenten zur Erhebung der durch ELGA verfügbar gemachten ELGA-Gesundheitsdaten (§ 24 Abs. 1).

Zu Art. 6 Z 2 (§ 18 – „Überprüfung der Identität von ELGA-Teilnehmer/inne/n“):

Mit der zu **Abs. 6** vorgeschlagenen Änderung soll die Osteopathinnen und Osteopathen bis zu 90 Tage nach der Identitätsüberprüfung (d.h. Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten) auf die ELGA zugreifen können.

Mit der zu **Abs. 7** vorgeschlagenen Änderung soll die Osteopathinnen und Osteopathen als Vertrauens-ELGA-GDA vorgesehen werden können.

Zu Art. 6 Z 3 (§ 21 – „Berechtigungssystem“):

Mit der vorgeschlagenen Änderung wird klargestellt, dass Osteopathinnen und Osteopathen alle ELGA-Gesundheitsdaten in ELGA lesen dürfen, insbesondere also auch Medikationsdaten.

Zu Art. 6 Z 4 (§ 22 – „Protokollierungssystem“):

Mit der vorgeschlagenen Änderung soll die nicht nachvollziehbare Differenzierung in ELGA-GDA, die auf die sie betreffenden Protoko(l)ierungsdaten zugreifen dürfen und solche, die dies nicht dürfen, aufgehoben werden und sämtliche ELGA-GDA – d.h. mit Annahme des vorgeschlagenen Entwurfes auch die Angehörigen der Osteopathie – die sie betreffenden Protokoll(ierungs)daten verarbeiten dürfen.

Auch die Erläuterungen zur Stammfassung (ErläutRV 1936 BlgNR 24. GP 34) liefern keine näheren Hintergründe für die Einschränkung bzw. Unterscheidung, sondern sprechen nur davon, dass „bestimmten ELGA-GDA die Ausübung bestimmter Rechte im Zusammenhang mit den Protokollierungsvorgängen [ermöglicht wird]“.

Mit freundlichen Grüßen sowie der Bitte um Berücksichtigung,