

Die Anerkennung der Sozialen Arbeit als Gesundheitsberuf

Welche Argumente sprechen für bzw. gegen eine Anerkennung der Sozialen Arbeit als
gesetzlich geregelter Gesundheitsberuf auf Grundlage des Kompetenztatbestandes
„Gesundheitswesen“ (Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG) und wie kann diese erreicht werden?

Gebhardt Lisa, BA

Masterthese

Eingereicht zur Erlangung des Grades
Master of Arts in Social Sciences
an der Fachhochschule St. Pölten

Im April 2023

Erstbegutachter*in: FH-Prof. DSA Mag. (FH) Dr. PhDr. Christoph Redelsteiner, MSc

Zweitbegutachter*in: FH-Prof. DSA Mag. (FH) Christine Haselbacher

Projektbegleiter*innen:

FH-Prof. DSA Mag. (FH) Dr. PhDr. Christoph Redelsteiner, MSc

Prof.in(FH) Dr.in Johanna M. Hefel DSAin

Mag. (FH) Marco Uhl

Masterprojekt „Berufsgesetz für Sozialarbeiter*innen in Österreich“ – drei Perspektiven ein Ziel

Sozialarbeiter*innen haben in Österreich eine lange Handlungstradition und zeichnen sich durch ihre fortschreitende Methodenentwicklung aus. Den Nutzen der entwickelten Methoden, wie Case- und Caremanagement, psychosoziale Krisenintervention, Hilfeberatungen persönlich oder telefonisch, etc. sehen auch andere Berufsgruppen für sich. Die Problematik zeigt sich aufgrund des Nichtvorhandenseins eines Berufsgesetzes für die Soziale Arbeit. In einigen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit gibt es spezifizierte Rahmenbedingungen, wie in der Kinder- und Jugendhilfe oder im Strafvollzug, die allerdings keine generalistischen gesetzlichen Absicherungen schaffen (vgl. Hefel et al. o.A.:3–5).

Die Sicherung der sozialarbeiterischen Kompetenzen steht im Fokus und soll alle Sozialarbeiter*innen, unabhängig vom tätigen Handlungsfeld, absichern. Wesentliche Bereiche, die sich aktiv auf die Berufsausübung auswirken, wie Ausbildung, Weiterbildung, Verschwiegenheit, etc. können durch gesetzliche Rahmenbedingungen für alle Sozialarbeiter*innen bindend werden. Die Position der Rechtfertigung von sozialarbeiterisch angewandten Methoden in der Praxis kann dadurch entkräftigt werden. Weiters werden die Klient*innen/ Nutzer*innen/ Patient*innen durch ein Berufsgesetz geschützt (vgl. ebd.).

Das Masterprojekt besteht aus acht Studierenden und drei Projektleiter*innen in drei Forschungsteams gegliedert, die sich mit folgenden Bereichen beschäftigen:

Berufsgesetz für die Soziale Arbeit in Österreich - Kerninhalte zur Sicherung von Qualität und zum Schutz der Sozialen Arbeit und deren Adressat*innen (Forschungsteam I): Das fünfköpfige Forschungsteam hinterfragt in dieser Arbeit, wie Qualitätssicherung und Berufsschutz in einem Berufsgesetz der Sozialen Arbeit verankert werden können. Es wird auf vergleichbare Gesetze anderer Professionen in Österreich geblickt und Interviews mit internationalen Expert*innen geführt (Deutschland und England). Konkret werden durch eine Mixed Methods Forschung mögliche Inhalte für ein Berufsgesetz der Sozialen Arbeit verglichen und diskutiert. Hauptaugenmerk liegt hierbei auf professionellem Handeln, Ausbildungen, Fortbildungen, Berufsregister, Selbstständigkeit, Beschwerde und Kontrolle sowie Interessensvertretungen.

Die Anerkennung der Sozialen Arbeit als Gesundheitsberuf (Forschungsteam II): Dieser Projektteil zielt darauf ab, eine Vergleichbarkeit und Argumentationslage von etablierten Gesundheitsberufen und der Sozialen Arbeit zu ermöglichen. Drei Gesundheitsberufe, Musiktherapie, Gesundheitspsychologie und Ergotherapie, werden exemplarisch ausgewählt und ein Vergleich mittels Gesetzestexte und Ausbildungen dargestellt. Anhand bestehender Grundlagen aus der Sozialen Arbeit wurden Argumentationen sowohl für als auch gegen eine Anerkennung als Gesundheitsberuf extrahiert. Mögliche Gesetzesformulierungen für die Soziale Arbeit werden, unter dem Blickwinkel des Gesundheitsberufes, formuliert.

Entwicklung einer Kommunikationsstrategie zur Vermittlung der Notwendigkeit eines Berufsgesetzes für Soziale Arbeit in Österreich (Forschungsteam III): Diese Arbeit wurde im Zweier-Team erstellt und unterteilt sich in einen theoretischen, sowie einen praktischen Teil. Der theoretische Teil soll die Frage beantworten, was Soziale Arbeit eigentlich ist, was ihre Alleinstellungsmerkmale sind und warum sie so schwer fassbar zu sein scheint. Zudem wurde das Stakeholder-Interventionsprojekt aus dem Sommersemester 2022, welches mit dem gesamten Jahrgang in der Lehrveranstaltung "Strategisches Management und Qualitätssicherung" durchgeführt wurde, ausgewertet und aus den zahlreichen Rückmeldungen Argumente für ein Berufsgesetz formuliert. Im Zuge dieses Projekts wurden Stakeholder via Mail kontaktiert und über das fehlende Berufsgesetz informiert. Im praktischen Teil sollen diese Stakeholder anhand von Beispielen in Form eines selbsterstellten Videos darüber informiert werden, was Sozialarbeiter*innen machen und warum es ein Berufsgesetz braucht.

Abstract

Die Anerkennung der Sozialen Arbeit als Gesundheitsberuf

Gebhardt Lisa, Masterstudiengang Soziale Arbeit FH St. Pölten

Ausgangslage: Gesundheitsberufe in Österreich unterstehen den Anforderungen des Gesundheitswesens. Gesundheit beinhaltet nicht nur die physiologische Ebene, sondern auch psychische Beschwerden. Die Soziale Arbeit greift auf eine lange Tradition im Gesundheitsbereich zurück und definiert ihre Kompetenzen in der Beratung, Unterstützung und Koordination. Allerdings gibt es keinerlei rechtliche Regelung für Sozialarbeiter*innen in Österreich. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung bestehen und werden durch die sozialen Determinanten bestimmt. Diesen Ungleichheiten kann durch den Einsatz der Sozialen Arbeit entgegengewirkt werden, weil eine Kategorisierung oder Ausgrenzung von Patient*innen in der Berufsgruppe der Sozialen Arbeit nicht besteht.

Forschungsfrage:

„Welche Argumente sprechen für beziehungsweise gegen eine Anerkennung der Sozialen Arbeit als gesetzlich geregelter Gesundheitsberuf auf Grundlage des Kompetenztatbestandes „Gesundheitswesen“ (Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG) und wie kann diese erreicht werden?“

Unterfragen:

- „Was ist unter dem Begriff Gesundheitsberufe in Österreich zu verstehen?“
- „Welche Basis bietet die Soziale Arbeit, um als Gesundheitsberuf zu gelten?“
- „Welche Überschneidungen gibt es zwischen bereits bestehenden Gesundheitsberufen und der Sozialen Arbeit?“

Ziele:

- Argumente für und gegen die Anerkennung der Sozialen Arbeit als Gesundheitsberuf extrahieren
- Vergleichbarkeit von bestehenden Gesundheitsberufen und der Sozialen Arbeit schaffen

Methoden: systematische und offene Literaturrecherche

Ausgewählte Ergebnisse:

- Der Anwendungsvorbehalt von Methoden, die aus der Sozialen Arbeit stammen, durch andere Berufsgruppen beeinflusst die Berufsidentität von Sozialarbeiter*innen. Die Notwendigkeit einer rechtlichen Absicherung gewinnt dadurch an Bedeutung.
- Das Potential, ein Berufsgesetz und die Anerkennung der Sozialen Arbeit als Gesundheitsberuf umzusetzen, ist durch zielorientierte, mannigfaltige und eingrenzende Formulierung möglich.
- Eine Berufsumschreibung der Sozialen Arbeit definiert den Zweck der Beratung und die Erfordernisse, die in der Berufsausübung erforderlich sind. Dadurch werden sowohl Sozialarbeiter*innen als auch Patient*innen rechtlich geschützt.

Schlüsselwörter: Soziale Arbeit, gesetzlich geregelter Gesundheitsberuf, Anerkennung, Berufsgesetz Soziale Arbeit, bio-psycho-soziales Modell, Musiktherapie, Gesundheitspsychologie, Ergotherapie

Abstract

The recognition of social work as a health profession

Gebhardt Lisa, Master Program Social Work FH St. Pölten

Current situation: Health professions in Austria are subject to the requirements of the health system. Health does not only include the physiological level, but also psychological complaints. Social work has a long tradition in the health sector and defines its competences in counselling, support and coordination. However, there is no legal regulation for social workers in Austria. Inequalities in health care exist and are determined by social determinants. These inequalities can be counteracted by the use of social work, because there is no categorisation or exclusion of patients in the social work profession.

Research questions:

"What are the arguments for and against a recognition of social work as a legally regulated health profession on the basis of the competence element "health care" (Art. 10 Para. 1 Z 12 B-VG) and how can this be achieved?"

Sub-questions:

- "What is meant by the term health professions in Austria?"
- "What basis does social work provide to be considered a health profession?"
- "What overlaps are there between already existing health professions and social work?"

Goals:

- Extract arguments for and against the recognition of social work as a health profession.
- Create comparability of existing health professions and social work

Methods: systematic and open literature review

Selected Results:

- The reservation of the use of methods originating from social work by other professional groups influences the professional identity of social workers. The need for legal protection thus becomes more important.
- The potential to implement a professional law and recognition of social work as a health profession is possible through goal-oriented, manifold, and limiting formulation.
- A re-description of the profession of social work defines the purpose of counselling and the requirements that are necessary in the practice of the profession. This provides legal protection for both social workers and patients.

Keywords: social work, legally regulated health profession, recognition, social work professional law, bio-psycho-social model, music therapy, health psychology, occupational therapy

Inhalt

1	Einleitung	9
2	Vom Interesse zur Forschung	10
2.1	Zielsetzung und Fokus	10
2.2	Methodischer Zugang.....	11
3	Gesundheitsberufe in Österreich	12
3.1	Grundlagen der Gesundheitsberufe	12
3.2	Interprofessionalität als Qualitätsmerkmal	14
4	Verwandte Gesundheitsberufe zur Sozialen Arbeit	15
4.1	Musiktherapie	15
4.1.1	Rechtliche Rahmenbedingungen der Musiktherapie	15
4.1.2	Ausbildung für Musiktherapie	18
4.1.2.1	Universität für Musik und darstellende Kunst Wien	18
4.1.2.2	Fachhochschule Krems.....	19
4.1.2.3	Kunstuniversität Graz	19
4.1.2.4	Zusammenfassung der Ausbildung zur Musiktherapie	20
4.2	Gesundheitspsychologie	21
4.2.1	Rechtliche Rahmenbedingungen der Gesundheitspsychologie	21
4.2.2	Ausbildung zur Gesundheitspsychologie	24
4.3	Ergotherapie	26
4.3.1	Rechtliche Rahmenbedingungen der Ergotherapie	26
4.3.2	Ausbildung zur Ergotherapie	28
5	Soziale Arbeit als Gesundheitsberuf	29
5.1	Ausbildung für Soziale Arbeit	30
5.2	Prägende Persönlichkeiten	33
5.2.1	Cicely Saunders	33
5.2.2	Ilse Arlt.....	34
5.3	Bio–psycho–soziales Modell	36
5.4	Potentiale der Sozialen Arbeit im Gesundheitsbereich	38
6	Gleichstellung von bestehenden Gesundheitsberufen und Sozialer Arbeit ..	40
6.1	Qualitätsstandards der behandelten Berufsgruppen	40
6.2	Soziale Arbeit als Gesundheitsberuf	43
6.3	Mögliche Gesetzesformulierungen anhand von bereits etablierter Gesundheitsberufe	45
7	Conclusio	51
	Literatur	54
	Abkürzungen	59
	Glossar	60

Abbildungen	61
Tabellen	61
Anhang.....	62
Eidesstattliche Erklärung	65

1 Einleitung

Die Vorstellung von Gesundheit gewinnt immer mehr an Bedeutung und beeinflusst auch das eigene Handeln zur Erhaltung und Gewinnung eines gesunden Lebens. Der Zugang zur Gesundheit ist sowohl durch subjektive als auch soziale Parameter definiert (vgl. Fröschl 2016:109). Die Auswirkungen von Ungerechtigkeiten sind physisch, psychisch, sozial oder ökonomisch angesiedelt. Durch sozialarbeiterische Interventionen erfahren sie Aufmerksamkeit und werden im Sinne des Triplemandats an die differenzierten Ebenen kommuniziert (vgl. Staub-Bernasconi 2014:369). Soziale Arbeit unterstützt, berät und vermittelt Patient*innen in der Erhaltung oder Wiederherstellung von Gesundheit unter dem ganzheitlichen Blickwinkel. Auf der Grundlage eigener Alltags- und Berufstheorien sowie sozialarbeiterischen Handlungsmethoden werden Patient*innen durch Berufsangehörige begleitet.

Soziale Arbeit stellt somit eine normative handlungsorientierte Wissenschaft dar, die sich auch auf Wissen aus Bezugswissenschaften wie der Pflege, Medizin, Psychologie etc., bedient (vgl. Pankofer 2021:36–37). Nachdem Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich durch die Bezeichnung der Bezugswissenschaften beeinflusst ist, wird im Zuge dieser Masterthese von Patient*innen im Sinne des gesundheitsbezogenen Zugangs gesprochen. Eine Abgrenzung von Patient*innengruppen anhand von bestimmten Krankheitsbildern oder Parametern gibt es in der Sozialen Arbeit in dieser Art und Weise, unter dem Aspekt der Individualität, nicht (vgl. Wagner 2021:81).

Trotz der Einflussnahme der Sozialen Arbeit auf den Gesundheitsbereich besteht bis dato kein einheitliches Berufsgesetz in Österreich. Die Motivation, eine rechtliche Absicherung und Rahmenbedingung zu schaffen, liegt bereits mehr als 26 Jahre zurück. Im Jahr 1997 wurde vom Österreichischen Berufsverband der Sozialen Arbeit der erste Gesetzesentwurf entwickelt und an die politische Ebene vermittelt. Dieser Entwurf wurde immer wieder überarbeitet, konnte aber im Nationalrat noch nicht genügend Unterstützung erfahren. Im aktuellen Regierungsplan ist als Ziel definiert, ein bundeseinheitliches Berufsgesetz für die Soziale Arbeit zu schaffen (vgl. OBDS 2022a). Nachdem wie bereits vorher beschrieben der Einfluss der Sozialen Arbeit auf die Gesundheit von Patient*innen besteht, ist die Anerkennung als gesetzlich geregelter Gesundheitsberuf unabdingbar.

Die vorliegende Masterthese soll einen Vergleich von bereits bestehenden Gesundheitsberufen und der Sozialen Arbeit schaffen. Argumente, die sowohl für als auch gegen die Anerkennung der Sozialen Arbeit als Gesundheitsberuf sprechen, werden festgehalten. Die Bearbeitung von Gesetzestexten der bereits etablierten Gesundheitsberufen stellt die Grundlage für mögliche Gesetzesformulierungen der Sozialen Arbeit dar.

2 Vom Interesse zur Forschung

Das nachstehende Kapitel veranschaulicht die Zielsetzung und den Fokus dieser Masterthese. Die Forschungsfrage und das Vorgehen, um diese zu beantworten wird beschrieben.

2.1 Zielsetzung und Fokus

Die Soziale Arbeit und ihre Verknüpfung mit der Gesundheit besteht bereits seit Beginn des 20. Jahrhunderts. Problemstellungen von Personen sind auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelt, weshalb die Gesundheit für die Soziale Arbeit eine maßgebliche Relevanz hat. Die Lebensweltorientierung und das bio-psycho-soziale Modell bestärken auch theoretisch diese Annahmen (vgl. Franzkowiak 2003:1–2). Die Kompetenzen der Sozialen Arbeit liegen in der beratenden, unterstützenden und koordinierenden Tätigkeit. Sozialarbeiter*innen werden als Fachkräfte für sozial, psychologisch und physiologisch gefährdeten oder eingeschränkten Menschen wahrgenommen, weshalb sie auch im Gesundheitswesen nicht mehr wegzudenken sind (vgl. Igl 2017:1–2).

In Österreich gibt es bis dato keinerlei gesetzliche Rahmenbedingungen für Sozialarbeiter*innen im Allgemeinen. Es bestehen lediglich für bestimmte Bereiche verpflichtende Regelung, wie beispielsweise im Strafvollzug oder der behördlichen Kinder- und Jugendhilfe. Diese Arbeit verfolgt das Ziel, einen Vergleich von bestehenden Gesundheitsberufen und der Sozialen Arbeit zu schaffen. Drei registrierte Gesundheitsberufe werden herangezogen und anhand von rechtlichen Grundlagen und Ausbildungen näher betrachtet. Anhand bestehender Theorien und Strukturen der Sozialen Arbeit soll eine Vergleichbarkeit geschaffen werden. Daraus resultierend wurde folgende Forschungsfrage ausgearbeitet:

„Welche Argumente sprechen für bzw. gegen eine Anerkennung der Sozialen Arbeit als gesetzlich geregelter Gesundheitsberuf auf Grundlage des Kompetenztatbestandes „Gesundheitswesen“ (Art.10 Abs. 1 Z 12 B-VG) und wie kann diese erreicht werden?“

- *„Was ist unter dem Begriff Gesundheitsberufe in Österreich zu verstehen?“*
- *„Welche Basis bietet die Soziale Arbeit, um als Gesundheitsberuf zu gelten?“*
- *„Welche Überschneidungen gibt es zwischen bereits bestehenden Gesundheitsberufen und der Sozialen Arbeit?“*

2.2 Methodischer Zugang

Um die im vorgehenden Kapitel definierte Zielsetzung zu erreichen, wurde die Methode der systematischen Literaturrecherche angewandt. Die systematische Literaturrecherche zielt darauf ab, anhand einer formulierten Frage Studien systematisch zu erheben und diese kritisch zu bewerten (vgl. Bayer et al. 2021:3–4). Die einzelnen Handlungsabläufe werden aufgeteilt und wie folgt strukturiert:

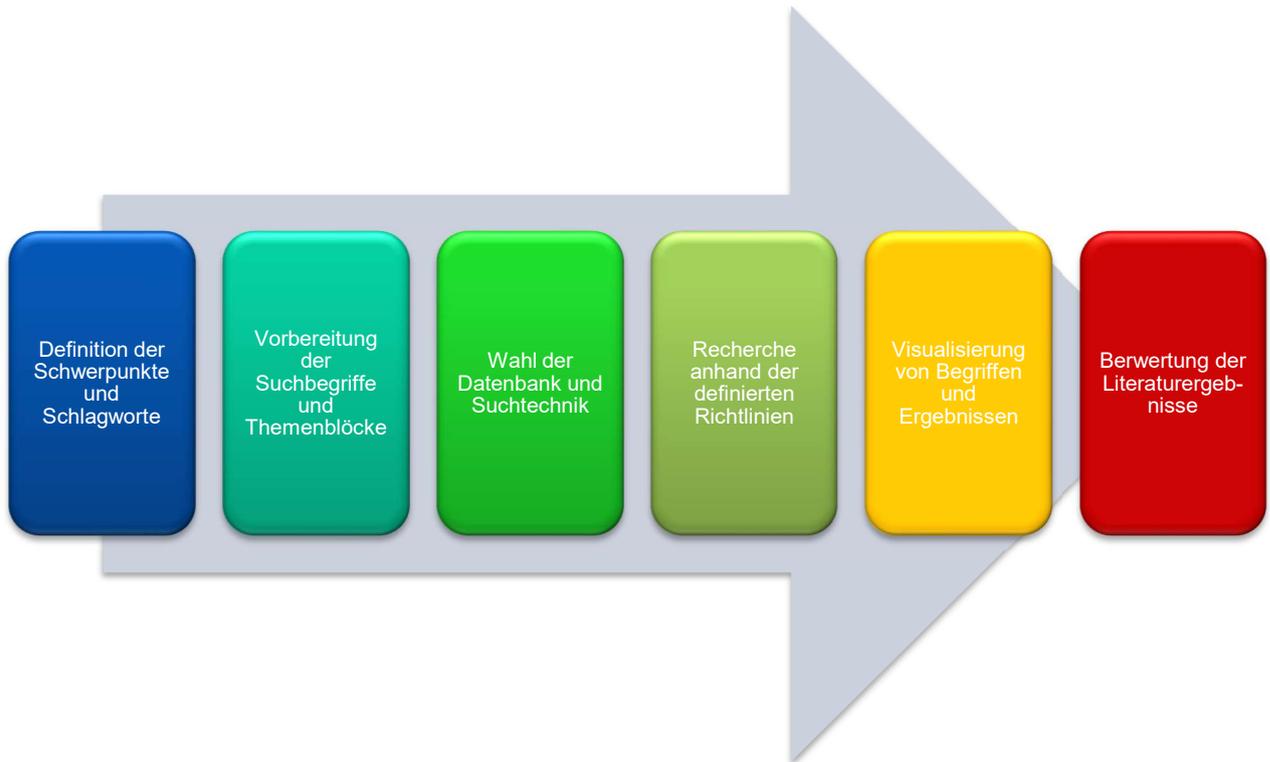


Abbildung 1 systematische Literaturrecherche gemäß Bayer 2021 (Gebhardt 2023)

Zu Beginn wurde ein Schwerpunkt für die Recherche festgesetzt und folgende Schlagworte und Suchkriterien definiert:

- Gesundheitsberufe Österreich
- Gesundheitsberuferegister
- Soziale Arbeit als Gesundheitsberuf
- Grundlagen der Definition von Gesundheitsberufen
- Gesetzliche Rahmenbedingungen von Gesundheitsberufen
- Gesundheitsberufe mit Überschneidungen zur Sozialen Arbeit

Die Definition der Suchbegriffe wurde explizit und konkret an das Forschungsinteresse angepasst, um hier spezifizierte Ergebnisse zu erhalten. In der Vorbereitungsphase wurde definiert, dass deutsche als auch englische Literatur verwendet wird. Es fand keine zeitliche Beschränkung der Publikationen statt, da Theorien und Veröffentlichungen eine Überarbeitung an die aktuellen Gegebenheiten erfuhren. Im nächsten Schritt wurden Titel, Abstract und Keywords analysiert und die Relevanz für den Forschungsschwerpunkt herausgearbeitet. Synonyme und Querverbindungen, wie

beispielsweise die Begrifflichkeiten der Gesundheitsförderung oder Prävention der Gesundheit wurden definiert und können unter Berücksichtigung des Forschungsschwerpunktes in die Arbeit einfließen. Ebenso wurden sprachliche Unterschiede in der Wortwahl für diese Forschung berücksichtigt.

Die Wahl der Datenbank und Suchtechnik wurde vor der tatsächlichen Recherche definiert. Unter Zuhilfenahme von Hilfswörtern bei der Suche von Literatur und der Einbeziehung der erweiterten Suche wurden die Datenbanken „pubmed“, „cochrane library“ und „google scholar“ durchsucht und weiters eine Freihandsuche im Zeitraum von September 2022 bis Jänner 2023 vollzogen. Es wurde ein Volltextscreening mit 75 Resultaten absolviert, wovon sich 60 Quellen als relevant für die nachstehende Arbeiten erwiesen.

Anhand der zuvor definierten Forschungsfrage und ihrer Unterfragen wurden die 60 relevanten Quellen analysiert. Auf Grundlage dessen wurden Argumentationen, die sich sowohl für als auch gegen eine Anerkennung der Sozialen Arbeit als Gesundheitsberuf aussprechen herausgearbeitet. Als Tool der Ergebnisdarstellung aus der systematischen und offenen Literaturrecherche dient eine tabellarische Darstellung. Die extrahierten Quellen wurden in die Datenbank von „Zotero“ eingespielt. Als ersten Schritt ist folglich eine grundlegende Definition von Gesundheitsberufen als Basis dieser Arbeit festzuhalten.

3 Gesundheitsberufe in Österreich

Gesundheit wurde lange durch fehlende Erkrankung definiert. Die Weltgesundheitsorganisation, kurz WHO, hat dieses Verständnis verändert und formulierte im Jahr 1948 die Gesundheit als Wohlbefinden auf physischer, psychischer und sozialer Ebene (vgl. Haas / Reblin 2021:15). Die Pathogenese bezieht sich auf den medizinischen Ursprung von Erkrankungen, die durch innere oder äußere Einflüsse auf den Körper entstehen. Krankheit wird hier als Normabweichung gesehen, da die Gesundheit als Gesetzmäßigkeit betrachtet wird. Aron Antonovsky hat in den 1970ern den Begriff der Salutogenese geprägt. Hier wird Gesundheit als Prozess, der durch Wechselwirkungen von belastenden und schützenden Faktoren gekennzeichnet ist, gesehen. Dadurch lässt sich keine Trennung von Gesundheit und Krankheit definieren, da eine Homöostase herrscht (vgl. Staats / Weber 2019:144–145).

3.1 Grundlagen der Gesundheitsberufe

Ein Gesundheitsberuf wird in Österreich durch die Grundlage des Kompetenztatbestandes Gesundheitswesen nach dem Art. 10 Abs. 1 Z12 B-VG

definiert. Es werden Maßnahmen zur Fürsorge des allgemeinen Gesundheitszustandes von Menschen inkludiert. Tätigkeiten, die sowohl unmittelbar als auch mittelbar den Menschen zum Zwecke der Förderung, Erhaltung, Wiederherstellung und/oder Verbesserung der Gesundheit im ganzheitlichen Sinn dienen, werden als Gesundheitsberufe definiert (vgl. Weiss 2020:4). Im Jahr 2021 gab es in Österreich insgesamt 202.845 registrierte Personen im Gesundheitsberuferegister (Holzweber et al. 2022).

Zu den Gesundheitsberufen in Österreich sind, abhängig von der Zählart, 35 gesetzlich geregelte Berufe zugehörig (vgl. Halmich 2021:7). Diese Berufe unterliegen auch innerhalb der Gesundheitsberufe einer Kategorisierung.

- Ärztin*Arzt
- Zahnärztin*Zahnarzt
- Klinische Psychologin*Psychologe
- Gesundheitspsycholog*in
- Psychotherapeut*in
- Musiktherapeut*in
- Apotheker*in
- Tierärztin*Tierarzt
- Medizophysiker*in
- Hebamme*Entbindungspfleger
- Gehobene medizin-technische Dienste
- Gesundheits- und Krankenpflegeberufe
- Kardiotechnischer Dienst
- Medizinische Assistenzberufe
- Medizinische Masseur*in und Heilmasseur*in
- Sanitäter*in
 - Zahnärztliche Assistenz

(vgl. Weiss 2020:6–7).

Alle Gesundheitsberufe in Österreich werden durch einen Tätigkeits- und Berufsvorbehalt, Bezeichnungsvorbehalt und den Ausbildungsvorbehalt geschützt. Die Unterstützung und Sicherstellung der Gesundheit mittels Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation sind Aufgaben in der Gesundheitsversorgung, die Berufsangehörige sicherstellen zu haben. Berufspflichten nach aktuellem fachlichem und wissenschaftlichem Stand dienen als Richtlinien in der Berufsausübung für jede einzelne Person in diesem Bereich. Diese Pflichten sind teilweise durch die Grund- und Menschenrechte, allerdings auch durch die Patient*innen–Rechte oder anderer Rechtsvorschriften geregelt (vgl. Halmich 2021). Die Möglichkeit, weitere Qualifikationen, auch im Ausland, zu erwerben, besteht und erfährt in Österreich Berufsanerkennung bzw. Nostrifikation bei bereits erworbenen Titeln oder Berufen. Eine

Fortbildungspflicht wird mittels Gesetz verankert und ist teilweise an die Berufsausübung angeknüpft (vgl. Weiss 2020:4).

3.2 Interprofessionalität als Qualitätsmerkmal

Die Zusammenarbeit und der Austausch unterschiedlicher Professionen stellen einen Teil der Arbeit dar. Es wird als Erweiterung des Wissens, kritische Reflexion und gemeinsame Definition von Problemlagen und Schwierigkeiten gesehen. In der Praxis, aber auch in der Theorie wird oftmals von Interdisziplinarität, Multiprofessionalität oder Interprofessionalität gesprochen. *Multi* aus dem Lateinischen, *viele*, impliziert, dass mehr als zwei Professionen zusammenarbeiten, aber keine Interaktion außerhalb der Profession stattfindet. *Inter*, ebenso aus dem Lateinischen, bedeutet *zwischen*, hier wird der Austausch aller Professionen impliziert. In diesem Kontext wird der Begriff Interprofessionalität als Richtlinie definiert. Kooperationen von differenzierten Berufsgruppen führen dazu, dass die Verantwortung für die Patient*innen geteilt wird. Daraus entsteht eine gegenseitige Abhängigkeit, welche das Potential von symmetrischen Kräften und der Prozessorientierung freilegt. Die einzelnen Professionen und deren Auftreten, wie beispielsweise das der Ärztinnen und Ärzte, wirkt sich aktiv auf die Zusammenarbeit im Team aus. In der Regel steht für Mediziner*innen die Symptomkontrolle im Fokus, da auch sie die Therapie der Patient*innen verantworten. Andere Professionen dienen als „Auftragserfüller*innen“. Dieses Verständnis beginnt bereits bei Medizinstudierenden und wirkt auf die Pflegekräfte und die Soziale Arbeit ein. Die Pflege zielt darauf ab, den Ablauf der medizinischen Unterstützung sicherzustellen und hat selbst keinen selbstständigen oder therapeutischen Handlungsauftrag, weshalb sie oft als Ausführung der Medizin gesehen wird. Die spezifischen Kompetenzen werden daraus resultierend wenig bis gar nicht wahrgenommen. In der Praxis ist die Sensibilisierung bereits in den Ausbildungen maßgeblich für das Selbstbild der einzelnen Berufsgruppen. Die Erfahrungen, mit unterschiedlichen Berufen zusammen zu arbeiten, bedarf in Prozessen der Umstellung und Neustrukturierung Reflexion und Feedback. Im Konkreten bedeutet dies für die Zusammenarbeit, dass die unterschiedlichen Fachbegriffe vermittelt oder Alternativen geboten werden, um eine Einheit im Sinne der Interprofessionalität zu schaffen. Die Position und Stellung jedes Teammitglieds führt dazu, Klarheit aber auch Transparenz zu ermöglichen. Gemeinsame Fallarbeiten führen dazu, dass die sprachliche Gestaltung und Abstimmung auf die einzelnen Berufsgruppen, und die Qualität von Betreuungs- und Interventionsangeboten ansteigt (vgl. Wasner 2021:189–193).

Die Gesundheitsversorgung von Menschen wird durch eine gemeinsame und interprofessionelle Zusammenarbeit geschaffen. Jeder Gesundheitsberuf in Österreich hat sein eigenes Berufs- und Tätigkeitsgesetz, welches individuelle Rechte und Pflichten den Berufstätigen vorgibt (vgl. Halmich 2021:23). Die Berufsgesetze der eingetragenen Gesundheitsberufe haben differenzierte Etablierungsdaten. Beginnend mit dem Apothekengesetz aus dem Jahr 1907 bis hin zum jüngsten Berufsgesetz und das der Psycholog*innen von 2013, um hier einen kurzen Überblick zu schaffen, in welchem

Zeitraum Gesetze für anerkannte Gesundheitsberufe geschaffen wurden (vgl. pflege.at 2023; vgl. Weiss 2020:43, 54, 110, 173).

4 Verwandte Gesundheitsberufe zur Sozialen Arbeit

Dieses Kapitel widmet sich der Beleuchtung von drei ausgewählten gesetzlich geregelten Gesundheitsberufen in Österreich. Musiktherapie, Gesundheitspsychologie und Ergotherapie wurden als exemplarische Gesundheitsberufe gewählt, um eine Vergleichbarkeit zur Sozialen Arbeit zu schaffen. Die gewählten Gesundheitsberufe zeigten sich als geeignet, da sie durch Interventionen eine Verbesserung der aktuellen Situation hervorrufen. Soziale Arbeit bietet psychosoziale Beratungsgespräche an, weshalb die Gesundheitspsychologie durch ihre beratende Tätigkeit als geeignet gesehen wird. Es wurden die gesetzlichen Rahmenbedingungen und die Ausbildungen erhoben und später in Kapitel 6.1 analysiert, um Referenzen zur Sozialen Arbeit zu schaffen.

4.1 Musiktherapie

Die Musiktherapie ist ein gesetzlich anerkannter Gesundheitsberuf in Österreich. Das Behandlungsangebot ist für Patient*innen in allen Altersstufen und Bereichen zugänglich (vgl. Fousek et al. 2018). Das Berufsgesetz für Musiktherapeut*innen wurde mit 1. Juli 2009 geltend gemacht und durch eine Kundmachung 2021 als Gesundheitsberuf anerkannt (vgl. MuthG 2023; vgl. ÖBM 2023). Mit Stand September 2022 sind 338 ausgebildete Musiktherapeut*innen in Österreich registriert (vgl. ebd.).

4.1.1 Rechtliche Rahmenbedingungen der Musiktherapie

Das Gesetz regelt die Ausübung der Musiktherapie im beruflichen Kontext. Es werden hier fünf Bereiche näher erläutert. Die Ausbildung, die Formen der Berufsausübung, Voraussetzungen, Führung der Musiktherapeut*innenliste sowie die Berufspflichten in der Musiktherapie.

Der erste Abschnitt setzt sich mit der Ausübung der Musiktherapie auseinander. Diese darf nur unter den Regelungen des Bundesgesetzes erfolgen. Die internationale Ebene und die Anerkennung des Berufsstandes von/in Drittstaaten ist ebenso geregelt, so dass einerseits die Patient*innen auch in Drittstaaten und die Berufsausübung durch die internationale Anerkennung geschützt sind. Andererseits ist auch die Anerkennung, von in Drittstaaten erworbene Berufsberechtigung, in Österreich festgeschrieben, die im Zuge dieser Arbeit nicht näher bearbeitet wird. In §3a Abs 1-3 MuthG ist die Verarbeitung von personenbezogenen Daten verankert, die sich auf die Datenschutz-Grundverordnung bezieht, im Sinne des Patient*innenschutzes.

Im zweiten Abschnitt, beginnend mit Paragraph sechs, wird die Berufsumschreibung und die verfolgten Ziele der Behandlung festgelegt:

§ 6. (1) *Die Musiktherapie ist eine eigenständige, wissenschaftlich-künstlerisch-kreative und ausdrucksfördernde Therapieform. Sie umfasst die bewusste und geplante Behandlung von Menschen, insbesondere mit emotional, somatisch, intellektuell oder sozial bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, durch den Einsatz musikalischer Mittel in einer therapeutischen Beziehung zwischen einem (einer) oder mehreren Behandelten und einem (einer) oder mehreren Behandelnden mit dem Ziel*

- 1. Symptomen vorzubeugen, diese zu mildern oder zu beseitigen oder*
- 2. behandlungsbedürftige Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern oder*
- 3. die Entwicklung, Reifung und Gesundheit des (der) Behandelten zu fördern und zu erhalten oder wiederherzustellen. (MuthG)*

Die Hilfestellung durch die Musik im Einzel- oder Gruppensetting verfolgt das Ziel, Symptomatiken unter dem präventiven Charakter entgegenzuwirken oder bereits vorhandene Problemstellungen zu mildern und/oder zu lösen. Verhaltensweisen und Einstellungen, die sich aktiv auf die Gesundheit der Patient*innen auswirken, sollen durch die Therapie verändert und neue Möglichkeiten im Umgang mit schwierigen Lebenslagen geschaffen werden. Musiktherapie zielt somit sowohl auf den Erhalt als auch auf die Optimierung der Lebenssituation durch Prävention, Rehabilitation, Bearbeitung akuter sowie chronischer Erkrankungen, Förderung der sozialen Fähigkeiten und Fertigkeiten und der Lehre und Forschung zur Schaffung neuer Erkenntnisse ab. Die Ausübung der Musiktherapie ist durch das Gesetz geschützt und darf nur mit entsprechender Ausbildung angeboten werden (§6 Abs 2-4 MuthG).

Die Ausübung als eigenverantwortliche*r Musiktherapeut*in ist im §10 Abs 1 MuthG festgelegt, das den positiven Abschluss eines Masterstudiums inkludiert, um selbstständig das Angebot der Musiktherapie stellen zu können.

Die Berufsberechtigung zur Musiktherapie kann durch den Verfall der Voraussetzungen, durch Nicht-Vorhandensein der Bedingung der Berufsausübung, einer Unterbrechung, die länger als fünf Jahre andauert oder durch den Verzicht der Berufsausübung entzogen werden (§17 Abs 1 MuthG).

Alle Absolvent*innen sind nach Abschluss und vor der Berufsausübung zu Folgendem verpflichtet:

§ 20.(1) *Personen, die die eigenverantwortliche oder mitverantwortliche Berufsausübung der Musiktherapie in Österreich beabsichtigen, haben sich vor Aufnahme der Berufsausübung beim Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend mittels eines von diesem hierfür aufzulegenden Formblatts und unter eigenhändiger Unterschriftsleistung oder mittels qualifizierter elektronischer Signatur anzumelden und die zum Nachweis der entsprechenden allgemeinen und besonderen Voraussetzungen erforderlichen Urkunden vorzulegen. (MuthG)*

Neben der Registrierung in der offiziellen Liste des Bundesministeriums unterliegen Musiktherapeut*innen Berufspflichten, die zu erfüllen sind, geregelt im sechsten Abschnitt des Musiktherapiegesetzes. Zu den Berufspflichten zählen: die Eintragung in die Berufsliste, die gewissenhafte Berufsausübung, die Fortbildungspflicht, die Aufklärungspflicht, die Auskunftspflicht, die Verschwiegenheitspflicht, die Werbebeschränkung und die Haftpflichtversicherung. Die Fortbildungspflicht, verankert in §28 MuthG, ist mit 90 Einheiten innerhalb von drei Jahren festgeschrieben. Die Therapeut*innen sind dazu verpflichtet, ihre Patient*innen über den geplanten Behandlungsablauf, mögliche Risiken und Alternativen zur musiktherapeutischen Behandlung und die Kosten, die für die Patient*innen anfallen, zu informieren. Nach abgeschlossener Behandlung haben Abrechnungen mit Patient*innen und/oder den Versicherungsträgern zu erfolgen (§29 Abs. 1-2 MuthG). Die Dokumentationspflicht ist wie folgt geregelt:

§ 30.(1) Musiktherapeuten (Musiktherapeutinnen) haben zum Zweck der Berufsausübung nach bestem Wissen und Gewissen unter besonderer Bedachtnahme auf die therapeutische Beziehung Aufzeichnungen über jede musiktherapeutische Behandlung von Personen zu führen. Die Dokumentation hat insbesondere folgende Inhalte, sofern sie Gegenstand der musiktherapeutischen Behandlung oder für diese bedeutsam geworden sind, zu umfassen:

- 1. Musiktherapeutisch relevanter Zustand der Person bei Übernahme der Behandlung, insbesondere allenfalls Vorgeschichte der Problematik, Diagnose, Erkrankungen sowie bisheriger Krankheitsverlauf,*
- 2. Art und Umfang der musiktherapeutischen Leistungen (zur Anwendung kommende musiktherapeutische Methoden und Interventionsformen),*
- 3. Beginn, Verlauf und Beendigung der musiktherapeutischen Leistungen,*
- 4. erfolgte Aufklärungsschritte,*
- 5. vereinbartes Honorar und sonstige weitere Vereinbarungen im Rahmen des Behandlungsvertrags, insbesondere mit einem allfälligen gesetzlichen Vertreter (einer allfälligen gesetzlichen Vertreterin),*
- 6. Konsultationen von Berufskollegen (Berufskolleginnen) sowie von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe oder sonstiger relevanter Berufe,*
- 7. allfällige Empfehlungen zur ergänzenden Abklärung, insbesondere durch Ärzte (Ärztinnen), klinische Psychologen (Psychologinnen), Psychotherapeuten (Psychotherapeutinnen) und Zahnärzte (Zahnärztinnen),*
- 8. besondere Vorkommnisse während der Behandlung,*
- 9. erfolgte Einsichtnahmen in die Dokumentation sowie*
- 10. Begründung allfälliger Verweigerungen der Einsichtnahme in die Dokumentation (MuthG)*

Die Verschwiegenheit besteht grundlegend und betrifft sowohl praktizierende als auch in Ausbildung befindliche Musiktherapeut*innen. Eine Entbindung der Verschwiegenheitspflicht ist bei Bedarf einer gerichtlichen Einvernahme nur mit Zustimmung der*des Patient*in möglich, oder bei Selbst- und Fremdgefährdung. Steht

eine Kindeswohlgefährdung im Raum, besteht ebenso Meldungspflicht (§32 Abs 1-6 MuthG).

Bei missbräuchlicher Verwendung des Begriffes der Musiktherapie, ohne jegliche Ausbildung vorweisen zu können, entsteht eine Verwaltungsstrafe mit bis zu 4.000 Euro. Erscheint aus der Tat eine Gefahr für Leib, Leben und Gesundheit, so können Strafen von bis zu 25.000 Euro entstehen (§35 Abs. 1-5 MuthG).

4.1.2 Ausbildung für Musiktherapie

Zur Erlangung der Berufsausübung als Musiktherapeut*in in Österreich stehen drei Institutionen zur Wahl, die Universität für Musik und darstellende Kunst Wien, die Fachhochschule Krets und die Kunstuniversität Graz. An allen Ausbildungsstätten ist die Beherrschung eines Musikinstrumentes Zugangsvoraussetzung, das spezifische Instrument ist von der Hochschule abhängig. Nach einem Bachelorabschluss sind die Professionist*innen berechtigt, sich in der Musiktherapeut*innenliste als mitverantwortliche Musiktherapeut*innen eintragen zu lassen. Die mitverantwortliche Berufsausübung kann somit in einer Krankenanstalt oder Rehabilitationseinrichtung praktiziert werden. Die selbstständige und freiberufliche Tätigkeit ist nach Absolvierung eines Masterstudiums möglich (vgl. Musik Pädagogik Kunst Uni Graz 2023). Die drei Ausbildungsstätten weisen in ihrer Dauer und im Abschluss Differenzen auf, weshalb diese einzeln näher betrachtet werden.

4.1.2.1 Universität für Musik und darstellende Kunst Wien

Die Universität für Musik und darstellende Kunst Wien, kurz MDW, bietet ein Bachelor- sowie Masterstudium und PhD-Programm an. Das Bachelorstudium umfasst eine Dauer von sieben Semestern und einen Abschluss mit Bachelor of Arts, kurz BA. Als Zulassungsvoraussetzungen sind ein Reifeprüfungszeugnis und eine positive Zulassungsprüfung sowie eine Mindestanforderung an persönlicher, gesundheitlicher und musikalischer Fähigkeiten erforderlich. Klavierkenntnisse werden für dieses Studium vorausgesetzt und überprüft. Das Curriculum des Bachelorstudiums gliedert sich in fünf Kompetenzbereiche, fachlich-methodische Kompetenzen, sozialkommunikative Kompetenzen/Selbstkompetenz, wissenschaftliche Kompetenzen, Rahmenbedingungen der Berufsausübung und Fragen der Ethik in der Musiktherapie, sowie die praktische Ausbildung, welche im Zuge des Studiums erworben werden. Das Bachelorstudium umfasst insgesamt 210 ECTS und berechtigt die Absolvent*innen zur Berufsausübung und den Zugang zum Masterstudium (vgl. mdw 2023a, vgl. b).

Das Masterstudium ermöglicht den Absolvent*innen die eigenverantwortliche Ausübung des Berufes des*der Musiktherapeut*in und bietet den Raum, eigene Schwerpunkte festzulegen. Im Masterstudium werden dieselben Kompetenzbereiche erweitert, die im Bachelorstudium aufgebaut wurden. Die Dauer des Studiums beläuft sich auf vier Semester mit einer Arbeitsleistung von 120 ECTS und schließt mit dem Master of Arts, kurz MA ab (vgl. ebd.).

Das Doktoratsstudium ist mit einer Studiendauer von sechs Semester und einem Umfang von 180 ECTS festgeschrieben. Das wissenschaftliche Arbeiten und das Weitergeben der Inhalte an die junge Wissenschaft, sollen durch die Erarbeitung einer Dissertation und die Lehre in tertiären Bildungseinrichtungen ermöglicht werden (vgl. mdw 2023c). Abgeschlossen wird mit einem Doctor of Philosophy, kurz PhD.

4.1.2.2 Fachhochschule Krems

In der dritten Bildungsstätte, der Fachhochschule Krems wird ein Bachelor- und ein Masterstudium zur Musiktherapie angeboten (vgl. IMC FH Krems 2023). Der Bachelor wird berufsbegleitend mit einer Studiendauer von sechs Semestern und durch Absolvierung von 180 ECTS bestritten. Studienbeginn ist aktuell alle zwei Jahre nach positiver Zulassungstestung. Das Studium an der Fachhochschule Krems baut auf drei Säulen auf. Die Lehre: In diesem Bereich werden die Grundlagen für die Berufsausübung theoretisch aufgebaut und die musikalischen Fertigkeiten weiter ausgebaut. Die Forschung: Sie zielt auf die Reflexion bereits bestehender Informationen zur Musiktherapie und der kritischen Auseinandersetzung mit zeitgenössischen Themen auch in Hinblick auf die Bachelorthesis ab. Die Praxis: Sie bietet die Möglichkeit, durch Beobachtungen, als Co-Therapeut*in in den Tätigkeitsbereich hineinzuwachsen für den bevorstehenden Abschluss (vgl. ebd.). Der Studienabschluss erfolgt mit dem Bachelor of Science in Health Studies, kurz BSc.

Ein Masterstudium zur Musiktherapie wird in Krems ebenso unterrichtet. Wie bereits der Bachelor wird auch der Master berufsbegleitend mit einer Gesamtdauer von vier Semester angeboten und schließt mit 120 positiven ECTS und dem Titel Master of Science in Health Studies, kurz MSc, ab. Studienstart ist alle zwei Jahre und es gibt hier insgesamt 18 Studienplätzen zu belegen. Im Zuge des Studiums werden die drei Säulen des Bachelors, behandelt und vertiefende Lehrinhalte vermittelt, um die Studierenden auf eine mögliche freiberufliche Tätigkeit vorzubereiten (vgl. ebd.).

4.1.2.3 Kunstuniversität Graz

Die Musiktherapie-Ausbildung in Graz bietet ein berufsbegleitendes vierjähriges Bachelorstudium mit 180 ECTS und den Abschluss Bachelor of Science, kurz BSc. Insgesamt können 14 Studienplätze an dieser Universität angeboten werden. In den acht Semestern werden die Grundlagen der Musiktherapie, spezifische musiktherapeutische Kompetenzen, wie den Umgang mit Musikwerken oder Verständnis in unterschiedlichen Altersgruppen von Musik vermittelt. Eine Basis der Psychologie, Psychotherapie und Medizin wird vermittelt ebenso wie das wissenschaftliche Arbeiten (vgl. Musik Pädagogik Kunst Uni Graz 2023).

Das angebotene Masterstudium bietet maximal 20 Studienplätze für das sechssemestriges Studium mit 120 ECTS an. Die Inhalte beziehen sich auf die klinischen und fachlichen Kompetenzen sowie auf eine Vertiefung des erworbenen Wissens aus dem Bachelor. Der abschließende akademische Titel ist Master of Science, kurz MSc (vgl. ebd.).

4.1.2.4 Zusammenfassung der Ausbildung zur Musiktherapie

Wie bereits in der Einleitung zu diesen Kapiteln wurden die drei Einrichtungen erwähnt, welche die Ausbildung zur Musiktherapie anbieten, näher beleuchtet, da diese Differenzen aufweisen. In der untenstehenden Tabelle werden die differenzierten Ausbildungen zur*zum Musiktherapeut*in gegenüber gestellt. Dadurch soll eine Übersicht geschaffen werden.

Bildungseinrichtung	Studienabschluss	Dauer	ECTS	Abschluss
MD Wien	Bachelor	7 Semester	210	Bachelor of Arts
	Master	4 Semester	120	Master of Arts
	Doctor/ PhD	6 Semester	180	Doctor of Philosophy
FH Krems	Bachelor	6 Semester	180	Bachelor of Science in Health Studies
	Master	4 Semester	120	Master of Science in Health Studies
Kunstuniversität Graz	Bachelor	8 Semester	180	Bachelor of Science
	Master	6 Semester	120	Master of Science

Tabelle 1 Darstellung der unterschiedlichen Abschlüsse der Musiktherapie (vgl. IMC FH Krems 2023; vgl. mdw 2023a; vgl. Musik Pädagogik Kunst Uni Graz 2023)

Die Unterschiede in den Ausbildungen auf Bachelorebene zeigen auf, dass hier ein Studium von sechs bis zu acht Semestern dauern, und ein ECTS-Umfang von 180 bis 210 ECTS festgestellt werden kann. Hervor kommt, dass sowohl an der Kunstuniversität Graz als auch an der FH in Krems dieselbe ECTS-Anzahl zu absolvieren gilt, dies ist allerdings in unterschiedlichen Zeiträumen möglich. Weiters sind differenzierte Zugänge im Grundlagenstudium zu Musiktherapie feststellbar. Diese vorherrschenden Differenzen in der Ausbildung wirken sich auch auf die weiterführenden Abschlüsse aus. Die Masterstudiengänge haben in Wien und Krems eine Dauer von vier Semestern und einen Umfang von 120 ECTS. Der Master an der Kunstuniversität in Graz wird mit sechs Semestern angeboten, weist allerdings dieselbe ECTS-Anzahl, wie die in Wien oder Krems auf. Daraus lässt sich schließen, dass der Bildungsstandort in Graz meist längere Studiendauern für ähnliche Workloads wie andere Hochschulen und Universitäten mit gleichrangigem Akademisierungsgrades vorschreibt.

Der Abschluss an den beschriebenen tertiären Bildungseinrichtungen wird mit Bachelor of Arts, Bachelor of Science in Health Studies oder Bachelor of Science ermöglicht. Eine Nachvollziehbarkeit für die Differenzen des akademischen Grades nach Abschluss der Ausbildung zum*zur Musiktherapeut*in ist im Zuge dieser Arbeit nicht feststellbar gewesen. Eine Auswirkung auf die Arbeitsmarktinkludierung bzw. Bewerbungschance wurde im Rahmen dieser Arbeit nicht näher beforscht. Es stellt allerdings eine Möglichkeit für vertiefende Forschung durch die Ausarbeitung von Unterschieden und Auswirkungen anhand der differenzierten Ausbildungen dar. Ein Zusammenhang zwischen der abgeschlossenen Ausbildung und der Bildungseinrichtung konnte nicht

erhoben werden. Ebenso ist in der Befugnis der freiberuflichen Tätigkeit als Musiktherapeut*in kein Rückschluss zu definieren in welcher Hochschule oder Universität die Ausbildung absolviert wurde.

4.2 Gesundheitspsychologie

Die Gesundheitspsychologie hat eine Förderung und Erhaltung der Gesundheit als Ziel, welche im Einzel-, aber auch im Gruppensetting ermöglicht wird. Die Prävention von Erkrankungen wird forciert und dient dazu, bessere Rahmenbedingungen im gesamten Gesundheitssektor zu schaffen (vgl. Weiss 2020:39–40). Gesundheitspsycholog*innen führen Analysen von Einzelpersonen und Gruppen durch. Unter dem Aspekt des Verhaltens und dessen Ursachen werden Gutachten und Diagnosen auf gesundheitsbezogenes Risikoverhalten erstellt. Nachdem eine Einschätzung durchgeführt wurde, stehen Maßnahmen in der gemeinsamen Betreuung im Mittelpunkt, die sich auf die Förderung und Erhaltung von positiven Bereichen in der Gesundheitsvorsorge festlegen. Das gesundheitsschädigende Verhalten wird analysiert und mittels Interventionsschritten entgegengewirkt (vgl. ebd.). In Österreich sind im institutionellen, aber auch im freiberuflichen Kontext insgesamt 4.757 Mitglieder, Stand September 2022, der Gesundheitspsychologie registriert (vgl. BÖP 2023).

Gesundheitsförderung die unter anderem durch die Gesundheitspsychologie umgesetzt wird. Ermöglicht durch ihre Gespräche über allgemeine, aber auch spezifizierte Informationen gesundheitsriskantes Verhalten, als auch situatives Risikoverhalten in unterschiedlichen Lebensphasen vorbeugen. Wesentlich ist die Analyse und Intervention von gesundheitlichem Risikoverhalten. Diese Erkenntnisse gehen von einer Veränderung des Lebensstils und die Verantwortungsübernahme des eigenen gesundheitsbezogenen Verhaltens aus. Der Aufbau und die Verinnerlichung von Coping-Strategien für herausfordernde Lebenssituationen wird angestrebt (vgl. Weiss 2020:39–40).

4.2.1 Rechtliche Rahmenbedingungen der Gesundheitspsychologie

Der Gesetzestext für die Gesundheitspsychologie aus dem Jahr 2013 ist mit 01.07.2014 rechtsgültig und verpflichtend einzuhalten. Es wird hier allgemein vom Psycholog*innengesetz gesprochen, welches die Berufsausübung von Gesundheitspsycholog*innen und klinischen Psycholog*innen inkludiert. Im Zuge dieser Arbeit wurde der Begriff des Psychologengesetztes gegendert, da dies beim Gesetzestitel nicht passierte. Einzelne Abschnitte werden für beide Arten der Psychologie geltend gemacht und einzelne Bereiche sind spezifiziert.

Das erste Hauptstück beginnt mit Begriffsbestimmungen, welche im Zuge des Gesetzestextes näherer Definition bedürfen. Die internationale Umsetzung und das

Unionsrecht werden thematisiert, werden im Zuge dieser Arbeit jedoch nicht näher beleuchtet.

Die Verarbeitung von personenbezogenen Daten und der Schutz der Patient*innen wird durch den Einbezug der Datenschutzgrundverordnung und des Datenschutzgesetzes klar in eine Position gebracht. Ein Bezeichnungsschutz für Psychologin und Psychologe inkludiert eine abgeschlossene Ausbildung mit einem Mindestumfang von 300 ECTS in der spezifischen Studienrichtung und kann bei Missbrauch der Bezeichnung eine Verwaltungsübertretung hervorrufen, die mit einer Geldstrafe von bis zu 15.000 Euro zu bestrafen ist (§§4, 5 PsyG).

Im zweiten Hauptstück wird sowohl die Gesundheitspsychologie als auch die klinische Psychologie angesprochen. Es wird die Anwendung von gesundheitspsychologischen und klinisch-psychologischen Erkenntnissen und Methoden in der gemeinsamen Zusammenarbeit unter dem Aspekt der Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation und Evaluation vollzogen. Die Ausübung des Berufes kann freiberuflich, selbstständig oder im Zuge eines Arbeitsverhältnisses geschehen (§6 Abs.1-3 PsyG).

Die Voraussetzungen für eine postgraduelle Ausbildung in der Gesundheits- und klinischen Psychologie werden angeführt und sind gesetzlich geregelt. Die persönliche Eignung für diesen Beruf ist mittels Gutachten und persönlicher Einschätzung zu erheben. Ausschlussgründe können Mängel an der Vertrauenswürdigkeit oder der psychischen Eignung sein. Die Gesundheitspsychologie wird mit einem Aufwand von 2500 Stunden und einer Maximaldauer von fünf Jahren festgelegt. Die Inhalte der Ausbildung werden in drei Kategorien eingeteilt, die theoretische fachliche Kompetenz, die praktische fachliche Kompetenz und die Selbsterfahrung. Die Theorie soll in mindestens zwölf Monaten durch das Grund- und Aufbaumodul vermittelt werden. Praktische Erfahrungen sind in der Gesundheitspsychologie unter Praxisanleitung im Ausmaß von 1553 Stunden und begleitender Supervision von 100 Einheiten á 45 Minuten abzuschließen. Zudem sind weitere 75 Einheiten á 45 Minuten im Zuge der Gesamtausbildung zu absolvieren. Um die Bezeichnung Gesundheitspsycholog*in tragen zu dürfen, muss eine schriftliche Überprüfung nach dem Grundmodul und eine schriftliche Fallstudie unter theoretischen und praktisch fachlichen Aspekten erstellt und benotet werden (§§7, 8, 12 PsyG).

Im zweiten Abschnitt des zweiten Hauptstückes wird explizit auf die Gesundheitspsychologie eingegangen und der Beruf beschrieben, welcher die Analyse von Personen und -gruppen jeder Altersstufen, ihr Verhalten und dessen Ursachen beleuchtet. Befunde und Gutachten unter dem Aspekt von förderlichen oder gefährdenden Verhalten werden erstellt und im Zuge von Beratungsgesprächen gemeinsam mit den Patient*innen bearbeitet (§13 Abs 1-2 PsyG). Neben der Berufsausübung in einem Arbeitsverhältnis besteht die Möglichkeit, freiberuflich Gesundheitspsychologie anzubieten. In der Selbstständigkeit ist eine abgeschlossene Ausbildung, die Erfüllung der Berufspflichten, eine spezifische Berufshaftpflichtversicherung, ein festgelegter Arbeitsort und die Eintragung in die Liste der Gesundheitspsycholog*innen erforderlich (§16 Abs 1-3 PsyG). Die Berufsliste

inkludiert neben den persönlichen Daten der Personen auch den Beginn der Berufsausübung, allerdings auch einen Hinweis auf die Nichtausübung, Unterbrechung, Wiederaufnahme sowie das Erlöschen der Berufsausübung. Nachweise über die Qualifikation, Unbescholtenheit und ärztliche Atteste sind hier erforderlich und ungefragt zu erbringen, da dies eine Voraussetzung der Berufsausübung darstellt (§§ 17, 18, 19 PsyG). Die Möglichkeit, die Berufsberechtigung zu löschen besteht beim Verfall der notwendigen Voraussetzungen, wenn die Erfordernisse nie bestanden haben oder die*der Gesundheitspsycholog*in einen Verzicht ausspricht (§21 Abs 1-9 PsyG).

Die ausgebildeten Gesundheitspsycholog*innen unterstehen einer Meldepflicht ihres Berufes bzw. ihrer Berufsausübung nach positivem Abschluss der Ausbildung. Bei Veränderungen sind diese innerhalb eines Monats an das Bundesministerium für Gesundheit zu entrichten (§31 Abs 1-2 PsyG). Weiters ist im vierten Abschnitt die Berufsausübung verankert:

§ 32. (1) *Berufsangehörige haben ihren Beruf nach bestem Wissen und Gewissen und unter Beachtung der Entwicklung der Erkenntnisse der Wissenschaft auszuüben. Sie haben das Wohl der Kranken und den Schutz der Gesunden unter Einhaltung der bestehenden Vorschriften zu wahren.*

(2) *Berufsangehörige haben ihren Beruf persönlich und unmittelbar, allenfalls in Zusammenarbeit mit Vertretern ihrer oder einer anderen Wissenschaft auszuüben. Zur Mithilfe können sie sich jedoch Hilfspersonen bedienen, wenn diese unter ihrer Anordnung und Aufsicht handeln.*

(3) *Berufsangehörige dürfen eine Person nur mit deren Einwilligung oder der Einwilligung (Zustimmung) deren gesetzlichen Vertreters (Vertreterin) behandeln, beraten oder diagnostizieren.*

(4) *Berufsangehörige haben sich bei der Ausübung ihres Berufes auf jene psychologischen Arbeitsgebiete und Behandlungsmethoden zu beschränken, auf denen sie nachweislich ausreichende Kenntnisse und Fertigkeiten erworben haben.*
(PsyG)

Als Qualitätskriterium dient die Fortbildungspflicht, bei der innerhalb von fünf Jahren 150 Einheiten á 45 Minuten zu absolvieren sind (§33 Abs 1-2 PsyG). Die praktizierende*n Gesundheitspsycholog*innen haben die Pflicht, die Patient*innen über Methoden und Diagnostiken aufzuklären (§34 PsyG). Die einzelnen Schritte sind in der Dokumentation nach folgenden Regelungen einzuhalten

§ 35. (1) *Berufsangehörige haben über jede von ihnen gesetzte klinisch-psychologische und gesundheitspsychologische Maßnahme Aufzeichnungen zu führen. Die Dokumentation hat insbesondere folgende Inhalte, sofern sie Gegenstand der Behandlung oder für diese bedeutsam geworden sind, zu umfassen:*

1. *Vorgeschichte der Problematik und der allfälligen Erkrankung sowie die bisherigen Diagnosen und den bisherigen Krankheitsverlauf und bei gesundheitspsychologischen Projekten die Fragestellung bzw. den Auftrag,*

2. *Beginn, Verlauf und Beendigung der klinisch- oder gesundheitspsychologischen Leistungen,*
3. *Art und Umfang der diagnostischen Leistungen sowie signifikante Ergebnisse und Diagnosen,*
4. *Art und Umfang der beratenden oder behandelnden Interventionsformen sowie Ergebnisse einer allfälligen Evaluierung,*
5. *vereinbartes Honorar und sonstige weitere Vereinbarungen aus dem Behandlungsvertrag, insbesondere mit allfälligen gesetzlichen Vertretern,*
6. *erfolgte Aufklärungsschritte und nachweisliche Informationen,*
7. *Konsultationen von Berufsangehörigen oder anderen Gesundheitsberufen,*
8. *Übermittlung von Daten und Informationen an Dritte, insbesondere an Krankenversicherungsträger,*
9. *allfällige Empfehlungen zur ergänzenden ärztlichen, psychotherapeutischen, musiktherapeutischen Leistungen oder anderen Abklärungen,*
10. *Einsichtnahmen in die Dokumentation sowie*
11. *Begründung der Verweigerungen der Einsichtnahme in die Dokumentation. (PsyG)*

Grundlegend werden Dokumentationen und Aufzeichnungen nicht mit den Patient*innen besprochen oder offengelegt. Eine Auskunft über die vorhandenen Patient*innenunterlagen, der*des behandelten Gesundheitspsycholog*in, wird nur auf Nachfrage und expliziten Wunsch der betroffenen Person oder gesetzlichen Vertretung erteilt. Das Recht auf Auskunft stellt ein Patient*innen-Recht dar, welchem Folge zu leisten ist (vgl. §36 Abs 1-4 PsyG). Die Verschwiegenheitspflicht gilt sowohl für Personen mit abgeschlossener als auch in Ausbildung befindlicher Personen und ist auch vor dem Gericht nur in Zustimmung der betroffenen Person aufhebbar. Ausgenommen sind Situationen, die Tod, schwere Körperverletzung, Vergewaltigung oder sexuellen Missbrauch, Kindeswohlgefährdung oder Selbst- und Fremdgefährdung inkludieren (§37 Abs 1-6 PsyG).

Nachdem die Berufsbezeichnung geschützt ist, werden bei Missbrauch der Begrifflichkeiten Strafen veranlasst. Wird Gesundheitspsychologie ohne jegliche Berechtigung ausgeübt, so können Verwaltungsstrafen mit bis zu 15.000 Euro ausgesprochen werden. Ist der Begriff und die Ausführung von gesundheitspsychologischer Behandlung vollzogen worden und Gefahr gegen Leib, Leben oder Gesundheit der Person entstanden und dies wiederholt passiert, sind Strafen bis zu 25.000 Euro möglich. Auch der Versuch, einer der zuvor beschriebenen Handlungen, ist strafbar. Geldstrafen werden ausgesprochen, wenn keine gerichtliche Zuständigkeit besteht (§47 Abs 1-5 PsyG).

4.2.2 Ausbildung zur Gesundheitspsychologie

Zur Berufsausübung als Gesundheitspsycholog*in ist sowohl ein Bachelor- als auch Masterstudium erforderlich und die positive Absolvierung einer postgraduellen

Ausbildung als Gesundheitspsycholog*in (vgl. AAP-Akademie 2023). Nachdem sich diese Arbeit für den Vergleich explizit auf Gesundheitspsychologie festgelegt hat, wird von einem Bachelor- und Masterstudium ausgegangen. Der postgraduelle Lehrgang der Gesundheitspsychologie wird beschrieben und grob umrissen, da bereits einige Festschreibungen im Kapitel 3.2.1 durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen näher ausgeführt wurden. Der Lehrgang für Gesundheitspsychologie wird in Wien, Graz, Linz, Salzburg, Klagenfurt und Innsbruck angeboten (vgl. ebd.). Nach der Einschreibung für den Lehrgang der Gesundheitspsychologie haben Interessierte einen Aufnahmetest zu absolvieren. Hier werden die Bachelor- und Masterzeugnisse, die allgemeinärztliche und psychiatrische Eignung erhoben und geprüft, sowie ein Aufnahmegespräch geführt. Sind alle Bereiche positiv abgeschlossen und wird die Person aufgenommen, kann das Grundmodul absolviert werden (vgl. ebd.:1–3).

Im Grundmodul steht der theoretische und fachliche Kompetenzerwerb im Fokus und es werden Inhalte zu den gesundheitsrechtlichen, berufsrechtlichen und psychosozialen Rahmenbedingungen vermittelt. Methoden der Gesprächsführung im Allgemeinen, aber auch unter bestimmten Aspekten wie Akutintervention oder Krisen in unterschiedlichen Settings, einzeln oder als Gruppe, werden doziert. Die diagnostischen Tools und deren Sicherung sowie die Erstellung von Befunden und Gutachten werden im Grundmodul bearbeitet. Der Gesamtaufwand für das Grundmodul, ausgenommen von der anschließenden Wissensüberprüfung, beläuft sich auf 220 Einheiten á 45 Minuten. Die Prüfung der überlieferten Inhalte kann individuell an die Lehrveranstaltung angepasst sein, durch eine schriftliche oder mündliche Prüfung, Seminararbeit, etc. Als Abschluss des Grundmoduls wird eine schriftliche Wissensüberprüfung, welche anhand eines Fragenkatalogs die Inhalte erheben soll, durchgeführt (vgl. ebd.:4).

Wurde das Grundmodul erfolgreich abgeschlossen, so kann das Aufbaumodul absolviert werden. Das Gesundheitsmanagement und die Öffentlichkeitsarbeit stellen Inhalte dieses Moduls dar. Weiters sind Methoden, Strategien und Techniken speziell für diesen Handlungsbereich thematisiert, die erarbeitet werden und einen umfassenden und vertiefenden Einblick in die Gesundheitspsychologie liefern sollen. Das Aufbaumodul umfasst gesamt 120 Einheiten á 45 Minuten und schließt mit einer Fallstudie und Projektarbeit ab, um den Erwerb des Wissens zu prüfen (vgl. ebd.:5).

Der Erwerb von theoretischem Wissen ist in Grund- und Aufbaumodul, sowie den praktischen fachlichen Kompetenzerwerb gegliedert. Die zwei Modulbereiche sind mit einem Arbeitsaufwand von insgesamt 1.553 Stunden festgeschrieben. Ergänzend zu den Modulen haben die Studierenden einen praktisch fachlichen Kompetenzerwerb, welcher auch eine Fallsupervision inkludiert, in einem Gesamtausmaß von 100 Einheiten zu leisten. Des Weiteren ist Selbsterfahrung im Umfang von 76 Einheiten á 45 Minuten ebenso vor der abschließenden Prüfung mittels Bestätigungen zu belegen. In der Einrichtung, in der das Aufbaumodul absolviert wurde, ist nach Abschluss aller praktischen und theoretischen Module die Testung der fachlichen Kompetenz durch eine mündliche kommissionelle Prüfung abzulegen. Anschließend sind die Absolvent*innen geprüfte Gesundheitspsycholog*innen und dürfen dies sowohl im Sinne eines Dienstverhältnisses als auch freiberuflich ausüben (vgl. ebd.:1–8).

4.3 Ergotherapie

Bei der Behandlung von Menschen, seien sie durch Krankheit oder Behinderung beeinflusst, bietet die Ergotherapie Unterstützung an. Ist eine ärztliche Anordnung vorhanden, kann mittels Training der Selbsthilfe, Einweisung in den Gebrauch von Hilfsmitteln oder handwerklich gestalterischen Tätigkeiten eine Therapie oder Rehabilitation eine Verbesserung der Ausgangslage erzielt werden (vgl. Weiss 2020:85–89). Besteht keine ärztliche Anordnung, kann ein Beratungs- oder Schulungsangebot gestellt werden, welches auf den Gelenksschutz von Gesunden abzielt. Mit dem Jahr 2021 waren in Österreich insgesamt 4.319 Ergotherapeut*innen registriert (Holzweber et al. 2022).

4.3.1 Rechtliche Rahmenbedingungen der Ergotherapie

Die gesetzlichen Bestimmungen für den Beruf der*des Ergotherapeut*in wird durch das Bundesgesetz der gehobenen medizinisch-technischen Dienste, kurz MTD-Gesetz, mit einer Rechtsgültigkeit seit dem 01. August 1992 geregelt. Fünf Abschnitte bilden die Richtlinien für die Berufsausübung und den Schutz von Patient*innen. Aus dem Gesetzestext geht die Wahrung des Unionsrechts und die transnationale Berufsausübung hervor, sowie die Wahrung anderer gesundheitsbezogener Gesetze. Der Schutz der Patient*innen und die Verarbeitung ihrer Daten darf lediglich unter den aktuellen Datenschutzrichtlinien erfolgen und zu drei Zwecken dienen, Dokumentation, Auskunftserteilung und Honorarabrechnung (§§ 1, 1a, 1b, 1c MTD-Gesetz).

Im Berufsbild wird die Ergotherapie als „*eigenverantwortliche Behandlung von Kranken und Behinderten nach ärztlicher Verordnung*“ (§2 Abs. 5 MTD Gesetz) beschrieben. Mittels Training im Sinne der Selbsthilfe und Herstellung von Eigenständigkeit unter Nutzung von Hilfsmitteln, beispielsweise Schienen etc. oder im Sinne der Prophylaxe, Therapie und Rehabilitation soll eine Verbesserung des Zustandes hervorgerufen werden. Eine Beratung und Schulung des allgemeinen Gelenksschutzes können auch ohne ärztliche Anordnung angeboten werden.

Die Ausübung des Berufes untersteht den gesetzlichen Bestimmungen und erfordert eine qualifizierte Ausbildung mit entsprechendem positivem Abschluss, die Eintragung in das Gesundheitsberuferegister und die notwendigen Sprachkenntnisse (§3 Abs Z 1-5 MTD-Gesetz). Die eigenverantwortliche Berufsausübung kann in einem Dienstverhältnis oder freiberuflich, einzeln oder mit anderen Gesundheitsberufen ermöglicht werden. Werden die eigenen Dienste im Rahmen einer freiberuflichen Tätigkeit angeboten, so unterstehen diese einer Werbebeschränkung, welche eine Abwerbung von Patient*innen, von anderen Anbietern, und eine Diskriminierung untersagt. Patient*innen haben in diesem Kontext das Recht, über den geplanten Behandlungsablauf, die Kosten und den beruflichen Versicherungsschutz informiert zu werden, um die freie Entscheidung dieses Dienstleistungsangebotes geboten zu bekommen (§§7, 7a, 7b MTD-Gesetz). In der freiberuflichen Tätigkeit ist ein Berufssitz zu bestimmen, welcher in Österreich angesiedelt sein und den hygienischen Anforderungen entsprechen muss.

Überprüfungen der Hygiene können durch die*den Amtsärztin*Arzt sicher gestellt werden und bei Mängeln ist eine Sperre des Berufssitzes möglich, bis die Missstände behoben wurden (§8 Abs 1-7 MTD-Gesetz).

Der Schutz der Berufsbezeichnung Ergotherapeutin und Ergotherapeut wird durch die berufsmäßige Ausübung und durch §10 Abs 4 MTD-Gesetz rechtlich festgelegt. Bei Missachtung kann eine Verwaltungsstrafe mit bis zu 3 600 Euro anfallen. Zu den Berufspflichten zählt:

§ 11. (1) *Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste haben ihren Beruf ohne Unterschied der Person gewissenhaft auszuüben. Sie haben das Wohl und die Gesundheit der Patienten und Klienten unter Einhaltung der hierfür geltenden Vorschriften und nach Maßgabe der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen zu wahren. (MTD-Gesetz)*

Die Ausübung des Berufes ist zu dokumentieren und auf Verlangen der*des Patient*in, gesetzlichen Vertreter*in oder bevollmächtigten Personen Einsicht zu ermöglichen und bei Bedarf gegen Kostenersatz eine Kopie zu erstellen. Nach Beendigung der Behandlung sind die Dokumentationen mindestens zehn Jahre aufzubewahren. Bei einer Weiterführung der Therapie bei anderen freiberuflichen Anbieter*innen sind diese Dokumentationen weiterzugeben (§11a Abs 1-3 MTD-Gesetz). Die Verschwiegenheit ist grundlegend einzuhalten, außer bei der Entbindung der Geheimhaltung oder bei Verletzung der Öffentlichkeitsrechte, Selbst- und Fremdsicherheit und Gefährdung oder wenn minderjährige Kinder und Jugendliche nicht nach den geltenden Gesetzen behandelt werden (§11c Abs 1-3).

Die Weiterbildung von Ergotherapeut*innen ist wie folgt gesetzlich festgelegt:

§ 11d. (1) *Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste sind verpflichtet, zur*

1. Information über die neuesten Entwicklungen und Erkenntnisse des jeweiligen medizinisch-technischen Dienstes sowie der medizinischen Wissenschaft oder

2. Vertiefung der in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten

innerhalb von jeweils fünf Jahren Fortbildungen in der Dauer von mindestens 60 Stunden zu besuchen.

(2) Über den Besuch einer Fortbildung ist eine Bestätigung über die Dauer und den Inhalt der Fortbildung auszustellen. (MTD-Gesetz)

Als eigenständiger Paragraph mit expliziten Ausführungen ist die Anzeigepflicht definiert. Anzeigen sind zu stellen, wenn im Zuge der beruflichen Ausübung der Verdacht einer gerichtlich strafbaren Handlung besteht (§11e Abs 1-3 MTD-Gesetz).

Die Berufsberechtigung kann bei einer fehlenden Ausbildung oder Entfall der Berufsvoraussetzungen entzogen werden. Zudem kann im Falle eines Strafverfahrens

oder der Bestellung einer Erwachsenenvertretung die Berufsausübung entfallen, zum Schutz von Patient*innen (§12 MTD-Gesetz).

4.3.2 Ausbildung zur Ergotherapie

In Österreich wird die Ausbildung zur Ergotherapie an acht Fachhochschulen angeboten und befähigt die Absolvent*innen zur Ausübung ergotherapeutischer Behandlungen. Das Studium ist mit einer Dauer von sechs Semestern festgelegt und wird an der FH Campus Wien, FH Wiener Neustadt, IMC FH Krems, FH Gesundheitsberufe Oberösterreich, FH Salzburg, FH Joanneum, FH Kärnten und FH Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol auf Vollzeitbasis angeboten. Die FH Campus Wien bietet erstmalig ab dem Wintersemester 2023 eine berufsbegleitende Form an, mit insgesamt 24 Studienplätzen. Der Arbeitsaufwand des Bachelorstudiums ist mit 180 ECTS festgesetzt. Das Bachelorstudium schließt mit dem akademischen Titel Bachelor of Science in Health Studies, kurz BSc, ab (vgl. Ergotherapie Austria 2015).

Die Weiterbildung auf Masterniveau ist differenziert gestaltet. Die FH – Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol bietet einen Masterlehrgang an, welcher mit einer Dauer von sechs Semestern in berufsbegleitender Form und einem Arbeitsaufwand von 120 ECTS festgesetzt ist. Pro Lehrgang gibt es 20 Plätze zu besetzen. Berechtigt zu diesem Weiterbildungslehrgang sind Personen mit einem abgeschlossenem Bachelor of Science für Ergotherapie oder wenn sie ein österreichisches gleichwertiges Diplom nachweisen können. Das Lehrprogramm dieser Weiterbildung bezieht sich auf die Vertiefung und Erweiterung von Inhalten aus der Basisbildung. Die Betrachtung von theoretischen Inhalten mit einer praktischen Perspektive ermöglicht neue Erkenntnisse zu gewinnen und eine fachliche Erweiterung durch die Verfassung einer Masterarbeit. Der positive Abschluss wird mit dem Titel Master of Science in Ergotherapie und Handlungswissenschaft, kurz MSc, verliehen (vgl. FH Tirol 2023).

Die FH Campus Wien ermöglicht einen interprofessionellen Zugang zur Bildung im Master „Health Assisting Engineering“. Berechtigt, diesen Studiengang zu besuchen, sind Absolvent*innen eines medizin-technischen Dienstes, Hebammen*Entbindungspfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger*innen und technische Fachrichtungen. Dieses Studium ist als berufsbegleitende Form mit vier Semestern und einem Aufwand von 120 ECTS festgelegt. Inhalte des interdisziplinären Masterstudiums fokussieren sich auf die Bereiche Technik und Gesundheit, um für die Zukunft technische Lösungen für die positive Beeinflussung der Lebensqualität der Patient*innen ermöglichen zu können. Studierende haben die Möglichkeit, eine Spezialisierung im Bereich der Entwicklung und Innovation oder Implementierung und Applikation zu wählen. Diese Öffnung des Masters ermöglicht nicht nur, die medizinisch-technischen Berufe und die rein technischen Fachberufe zu verbinden, um somit neue Methoden und Arbeitsweisen der Zukunft aktiv mitzugestalten, sondern auch das Gesundheitssystem auf die nächste Ebene weiterzubewegen. Den Abschluss bildet eine Masterarbeit und -prüfung. Anschließend wird der Titel Master of Science in Natural Sciences, kurz MSc, verliehen (vgl. FH Campus Wien 2023).

Die IMC Krems bietet den Masterstudiengang Angewandte Gesundheitswissenschaften an, welcher berufsbegleitend mit vier Semestern und 120 ECTS Arbeitsaufwand vorgeschrieben wird. Zugelassen zu diesem Masterstudium sind Personen mit einer facheinschlägigen Ausbildung der medizinisch-technischen Dienste, Hebammen*Entbindungspfleger oder Absolvent*innen universitärer Gesundheitswissenschaften. Die Möglichkeit sich im Rahmen des Studiums auf einen Schwerpunkt festzulegen bietet die Chance, spezifisches Wissen im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit oder Palliativ- und Hospizversorgung zu erlangen. Inhalte der Weiterbildung sind die Qualität von Einrichtungen und Tätigkeiten zu erheben und zu verbessern, die Erfahrung mit neuen digitalen Systemen und Technologien zu ermöglichen und Gesundheitsförderung sowie -prävention von Patient*innen langfristig sicherzustellen. Das Studienende schließt mit dem akademischen Titel Master of Science in Health Studies, kurz MSc, ab (vgl. IMC FH Krems 2022).

5 Soziale Arbeit als Gesundheitsberuf

Soziale Arbeit hat in Österreich bis dato kein Berufsgesetz oder eine anderweitige Anerkennung zu einem Fachbereich, wie beispielsweise dem Gesundheitswesen. Diese Arbeit zielt darauf ab, die Bedeutung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen aufzuzeigen. Beschäftigt man sich mit der Thematik Soziale Arbeit und Gesundheit, treten unterschiedliche Perspektiven und Modelle in den Vordergrund, wie das bio-psycho-soziale Modell. In der Arbeit mit Menschen und deren Umfeld, sei es die soziale oder ökonomischen Umgebung, sind bereits Einschränkungen und Hindernisse im sozialen als auch gesundheitlichen Bereich vorhanden. (vgl. Dettmers 2021:19). Nachdem die Personen, mit denen die Soziale Arbeit in Beziehung steht, meist bereits Begrenzungen im Leben erfahren haben, sind Problemlagen auf differenzierten Ebenen angesiedelt. Diese können im soziomateriellen, persönlichen oder gesundheitlichen Bereich Bedeutung haben. Soziale Arbeit zielt darauf ab, mit dem gesamten System, in dem sich eine Person befindet, zu arbeiten, weshalb die gesetzten Interventionen eine Absicherung auf einigen Perspektiven ermöglicht und dadurch Verbesserung, aber auch Prävention von Krankheiten hervorruft (vgl. ebd.). Anhand dieser Ansicht tritt die Gesundheitsförderung in den Vordergrund, welche bereits im Jahr 1986 bei der „Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung“ entsprechende positive Resonanzen der Mitglieder erfuhr (vgl. Trojan / Kaba-Schönstein 2019:30). Durch die Entwicklungen im Laufe der Jahre und die Einbeziehung unterschiedlicher Perspektiven, wie der Salutogenese, Autonomie, Lebensweltorientierung, usw. veränderte sich der Blick von der Wiederherstellung der Gesundheit zur Förderung des „gesunden Status“ durch Chancengleichheit und Produktivität (vgl. Kriegel et al. 2020; vgl Trojan / Kaba-Schönstein 2019:43–44).

Im Gegensatz zu etablierten Gesundheitsberufen fehlt der Sozialen Arbeit der rechtliche Rahmen. Daraus resultierend kann für den Vergleich von bestehenden

Gesundheitsberufen und der Sozialen Arbeit das Unterkapitel „Rechtliche Rahmbedingungen zur Sozialen Arbeit“ nicht verfasst werden. Es gibt allerdings bereits Gesetzesentwürfe vom Österreichischen Berufsverband der Sozialen Arbeit. Diese wurden in dieser Arbeit nicht hinzugezogen, um besonders in den Formulierungen die Neutralität zu bewahren. Ein Vergleich von bestehenden Gesundheitsberufen mit rechtlichen Rahmen und der Sozialen Arbeit wird in Kapitel 6 angestellt. Die Ausbildung zur Sozialen Arbeit wird im Folgenden analysiert, wie bei den bereits zuvor behandelten Gesundheitsberufen. Infolgedessen wird auf prägende Persönlichkeiten, die auf den heutigen Ist-Stand einwirken und den Zugang der Sozialen Arbeit im Gesundheitsbereich näher eingegangen. Für die Soziale Arbeit besteht keine Registrierungspflicht, im Vergleich zu den etablierten Gesundheitsberufen, dementsprechend kann die Anzahl der tätigen Sozialarbeiter*innen in Österreich nur geschätzt werden. Der Berufsverband der Sozialen Arbeit in Österreich hat sich dies zur Aufgabe gemacht und hat unter der Berücksichtigung von Sozialpädagogik eine Schätzung aufgestellt. Praktiker*innen weisen teilweise beide Ausbildungen auf, Soziale Arbeit und Sozialpädagogik. Daraus resultierend wird die Gesamtzahl von Sozialpädagog*innen und Sozialarbeiter*innen miteinbezogen. Die Schätzung des österreichischen Berufsverband der Sozialen Arbeit beläuft sich, im Jänner 2023, auf insgesamt 42.883 Praktiker*innen. (vgl. Stidl / Pollak 2023:11).

5.1 Ausbildung für Soziale Arbeit

In Österreich wird an zehn Einrichtungen die Ausbildung zur Sozialen Arbeit angeboten (vgl. OBDS 2022b). Die Ausbildung befähigt Absolvent*innen, beratende und unterstützende Arbeit mit Patient*innen unterschiedlicher Zielgruppen durchzuführen (vgl. FH St. Pölten 2023a). Das Studium mit einer Dauer von sechs Semestern und einem Umfang von 180 ECTS wird an folgenden Standorten angeboten:

Standort	VZ	BB
Bertha von Suttner Privatuniversität in St. Pölten		✓
FH Burgenland in Eisenstadt	✓	
FH Campus Wien	✓	✓
FH Joanneum	✓	
FH Kärnten in Feldkirch	✓	
FH Oberösterreich	✓	✓
FH Salzburg in Puch/Hallein		✓
FH St. Pölten	✓	✓
FH Vorarlberg in Dornbirn	✓	
MCI Innsbruck	✓	

Tabelle 2 Bachelorangebot Soziale Arbeit (vgl. OBDS 2022b)

Das Bachelorstudium schließt mit dem akademischen Titel Bachelor of Arts in Social Sciene, kurz BA, ab (vgl. FH St. Pölten 2023b).

Exemplarisch für das Studium der Sozialen Arbeit wurde das Aufnahmeverfahren und Curriculum der FH St. Pölten gewählt, um einen Einblick in die Themen und Prozesse des Studiums zu geben. Alle Fachhochschulen sind ähnlich aufgebaut, weisen lediglich im Studium in der Schwerpunktsetzung Unterschiede auf. Das Aufnahmeverfahren ist in vier Stufen aufgeteilt. Die erste Stufe stellt die Zugangsvoraussetzungen für das Studium dar und sind mit der allgemeinen Hochschulreife oder einer gleichwertigen ausländischen Qualifizierung nachzuweisen. Ist im Zuge der Qualifizierung kein sprachlicher Nachweis in Deutsch und Englisch von mindestens B2-Niveau vorhanden, ist dieser ebenso zu erbringen. Ergänzend dazu ist ein Motivationsschreiben beizulegen, das die Motivation für das Studium, bisherige Einsätze für Menschen, Kontakte zu unterschiedlichen Personen und sozialen Gefügen, Resilienzfähigkeit, Selbstreflexion und Erwartungen an das Studium beinhaltet.

Stufe zwei stellt einen computergestützten Test dar, der auf die sprachliche, logische und visuelle Kompetenzen ausgerichtet ist. In der nächsten Stufe findet das Gruppenassessment statt, welches die Flexibilität, Teamfähigkeit und soziale Kompetenzen einschätzen soll. Die letzte und vierte Stufe ist das persönliche Gespräch, in dem die Persönlichkeit, Reflexionsfähigkeit, Leistungsmotivation und fachliche Eignung beurteilt wird. Nachdem alle Stufen positiv abgeschlossen wurden und eine Aufnahme zugesagt ist, beginnt das Studium (vgl. FH St. Pölten 2023c).

Das Studium an der FH St. Pölten ist in sechs Modulbereiche aufgeteilt:

- Professionelle Entwicklung – Kenntnisse von historischen Entwicklungen von Sozialer Arbeit und Erfahrungen im eigenen professionellen Handeln werden vermittelt.
- Praxisschwerpunkte und Bezugswissenschaften – Die Handlungsfelder der Sozialen Arbeit und Querverbindungen zu anderen Professionen werden vermittelt und in Praktika erfahren.
- Wissenschaft und angewandte Forschung – Inhalte aus der Forschung und die Erstellung einer eigenen wissenschaftlichen Arbeit entstehen.
- Methoden, Diagnostik und Inklusionsberatung – Methoden und Instrumente der sozialen Diagnostik werden vermittelt sowie deren Anwendung und Analyse.
- Diversität und Internationalisierung – Das Bewusstsein über gesellschaftliche Entwicklungen und Diversität steht hier im Fokus.
- Sozialraumorientierte Primärversorgung, Public Health – Inhalte der bio-psycho-sozialen und allgemeinen Gesundheitsversorgung werden vermittelt.

Neben der Vermittlung von theoretischen und wissenschaftlichen Grundlagen der Sozialen Arbeit sind drei Praktika im Zuge des Studiums mit 120, 300 und 120 Stunden zu absolvieren (vgl. FH St. Pölten 2023b).

Ein Masterstudiengang wird an acht Einrichtungen angeboten und ermöglicht anhand des gesetzten Schwerpunktes vertiefende Erkenntnisse zu erlangen. Es werden folglich die einzelnen angebotenen Studiengänge und Standorte aufgezeigt.

Fachhochschule	Schwerpunkt	VZ	BB
FH Campus Wien	Kinder- und Familienzentrierte Soziale Arbeit		✓
	Sozialraumorientierte – Klinische Soziale Arbeit		✓
	Sozialwirtschaft und Soziale Arbeit		✓
FH Joanneum	Soziale Arbeit - im Studium Schwerpunkte: <ul style="list-style-type: none"> • Interkulturelle und Internationale Sozialarbeit • Sozialpolitik, Sozialwirtschaft und Sozialmanagement • Sozialarbeit mit Menschen in prekären Lebenslagen und -welten 		✓
FH Kärnten	Soziale Arbeit: Entwickeln und Gestalten	✓	✓
FH Oberösterreich	Gesundheits-, Sozial- und Public Management		
	Soziale Arbeit		✓
FH Salzburg	Soziale Innovation		✓
FH St. Pölten	Soziale Arbeit -Vertiefung im Studium <ul style="list-style-type: none"> • General Social Work • Case Management 	✓	✓
FH Vorarlberg	Soziale Arbeit – Vertiefung im Studium <ul style="list-style-type: none"> • Klinische Soziale Arbeit • Sozialraumarbeit 		✓
MCI Innsbruck	Soziale Arbeit, Sozialpolitik & -management	✓	

Tabelle 3 Masterstudiengänge Soziale Arbeit (vgl. FH Joanneum 2023; vgl. FH Kärnten 2023; vgl. FH OÖ 2023; vgl. FH Salzburg 2023; vgl. FH St. Pölten 2023b; vgl. FH Vorarlberg 2023; vgl. MCI Innsbruck 2023; vgl. OBDS 2022b)

Die Masterstudiengänge sind alle mit einer Dauer von vier Semestern und einem Arbeitsaufwand von 120 ECTS festgelegt. Der Abschluss ist bei allen angebotenen Masterstudiengängen mit Master of Arts in Social Science, kurz MA, gleich, bis auf die FH Oberösterreich mit dem Master Gesundheits-, Sozial- und Public Management, der mit Master of Arts in Business, kurz MA, abschließt (vgl. FH Joanneum 2023; vgl. FH Kärnten 2023; vgl. FH OÖ 2023; vgl. FH Salzburg 2023; vgl. FH St. Pölten 2023b; vgl. FH Vorarlberg 2023; vgl. MCI Innsbruck 2023; vgl. OBDS 2022b). Masterlehrgänge bieten weitere Fortbildungsmöglichkeiten im Bereich der Sozialen Arbeit. Die Lehrgänge haben einen aufbauenden Charakter und gliedern sich in Zertifikatslehrgang, akademischer Lehrgang und Masterlehrgang. Sie stellen Spezialisierungen im jeweiligen Gebiet, zum Beispiel Mental Health, Suchtberatung und Prävention, etc., dar (vgl. FH St. Pölten 2023d). Diese Ausbildungen schließen durch das aufbauende System nach Absolvierung aller Stufen mit einem akademischen Titel ab. Die Dauer der Lehrgänge ist von der Einrichtung abhängig.

5.2 Prägende Persönlichkeiten

Soziale Arbeit hat einige Pionier*innen, welche die Berufsentwicklung und den heutigen Ist-Stand prägen. Die Auswirkungen spiegeln sich sowohl in den wissenschaftlichen Entwicklungen als auch in der Etablierung von Instituten wider. Soziales und dessen Auswirkungen auf die Gesundheit wurden besonders in einer Persönlichkeit vereint, Cicely Saunders, sie zeigte die unterschiedlichen Facetten von Würde, aber auch Gesundheit im letzten Jahrhundert auf. Die Anfänge der Sozialen Arbeit liegen in der Fürsorgearbeit und wurden durch Ilse Art besonders in Österreich und im deutschen Sprachraum maßgeblich beeinflusst. Diese beiden Frauen, die zu ihren Lebzeiten verminderte Chancen in Forschung, aber auch im Zugang zu tertiärer Bildung hatten, zeigten auf, welche Potentiale Menschen haben. Die Bedeutung von sozialer Unterstützung, in Bezug auf die Gesundheit durch die Erhaltung, Förderung oder Wiederherstellung, wurde durch die beiden Pionierinnen sichtbar gemacht.

5.2.1 Cicely Saunders

Cicely Saunders gilt als Pionierin und Begründerin der Hospizbewegung mit weitreichender Wirkung bis in die heutige Zeit (vgl. Hospiz Landesverband NOE 2023). Saunders wurde im Jahr 1918 in England geboren und absolvierte die Ausbildung zur Krankenschwester. Die Ausübung der Krankenpflege war für Cicely aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen nicht möglich. Aufgrund dessen bildete sie sich als Sozialhelferin weiter, diese Berufsbezeichnung ist mit der heutigen Sozialen Arbeit gleichzustellen (vgl. Regensburger 2016). Im Zuge ihrer Arbeit im St.-Lukes-Krankenhaus griff sie einen altertümlichen Gedanken zum Hospiz auf, Beistehen und Begleiten (vgl. Müller-Busch 2021:49–51).

Ein Schlüsselmoment war für Saunders die Begleitung von David Tasma, einem Juden aus Polen, welcher den Holocaust überlebte und nun einer Krebserkrankung ausgeliefert war. Durch die vorherrschenden Bedingungen, in einem Krankenhaus zu versterben, begleitet mit Schmerzen, Ängsten und Träumen, sah Cicely es als Aufgabe für ihr Leben, dies zu verbessern. Der Wunsch von Herrn Tasma, einen Ort des Sterbens in einem Umfeld wie zuhause zu ermöglichen motivierte Saunders, ein Medizinstudium zu absolvieren, um sterbende und schwerstkranke Menschen besser medizinisch versorgen zu können (vgl. ebd.). Cicely Saunders setzte sich als Ziel, ein Hospiz zu begründen und in die Ausbildung und Forschung sowohl für die Qualität des Personals als auch für die Patient*innen zu investieren (vgl. Hospiz Landesverband NOE 2023). Im Jahr 1967 eröffnete Saunders das St. Christopher`s Hospice im Süden Londons. Das Hospiz ermöglicht, Bedürfnisse und Wünsche der Patient*innen und deren Angehörigen Gehör und Bedeutung entgegenzubringen - die Zeit des Sterbens als wertvoll und Möglichkeit für Heilung und Wachstum zu sehen.

Nationale als auch internationale Anerkennung erhielt die Pionierin im Palliativ- und Hospizbereich durch Bildungsreisen, zum Beispiel durch deutsche Ärzte im Jahr 1971, welche sich vom großen Engagement und der Fachlichkeit zum Thema Sterben

inspirieren ließen oder durch die Verleihung des Ordens des Britischen Empire durch die Queen Elizabeth (vgl. ebd.; vgl. Müller-Busch 2021:49–51). Die Etablierung eines Hospizes anhand des Vorbildes von Cicely Saunders war in den 70er-Jahren in Deutschland aufgrund des Einflusses der Kirche nicht möglich, da diese Sterbeeinrichtungen ablehnten (vgl. ebd.:49–51). Die WHO hat im Jahr 2002 eine Definition für Palliative Care/Palliativmedizin veröffentlicht: *„Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien [...], welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“* (World Health Organization 2002c zit. In: ebd.:50).

Cicely Saunders hat durch ihre aktive Auseinandersetzung mit der Sichtbarmachung der letzten Lebensphase hat hiernach die gesellschaftlichen Anschauen aufgebrochen und Bewusstsein geschaffen. Das Thema Sterben ist von Tabuisierung der Gesellschaft begleitet und geprägt. Palliative Care widmet sich der professionellen Auseinandersetzung durch medizinische, pflegerische und soziale Möglichkeiten. Diese Bereiche, Sterben im gesamtgesellschaftlichen Kontext und Palliative Care, hat Cicely Saunders durch Forschung, Begleitung und Gründung ihres Hospizes vereint (vgl. ebd.:49–51). Die Pionierin ihrer Zeit hat durch ihre Ausbildungen, Krankenschwester, Soziale Arbeit und Medizin drei wesentliche Bereiche im Gesundheitsbereich verbunden und zeigte durch ihren persönlichen interprofessionellen Zugang bereits Ansätze des bio-psycho-sozialen Modelles auf.

5.2.2 Ilse Arlt

Eine Persönlichkeit, die als Forscherin und Vorbild für die moderne Soziale Arbeit dient, ist die im Jahr 1876 geborene Ilse Arlt (vgl. Göbel 2021). Sie wuchs in Wien als Tochter eines Arztes und einer Künstlerin auf, wodurch sich die naturwissenschaftlichen und künstlerischen Zugänge vereinten. Sie zeigte bereits sehr früh ihre Wissbegierde und hat mittels Autodidaktik Nationalökonomie erlernt. Ihr Interesse lag in der Armutsforschung, weshalb sie im Zuge von Studienreisen suchte sie entsprechende Orte in Österreich und Deutschland auf. Angesichts des Zeitraumes, in dem Arlt lebte, war dies bereits von großer Bedeutung, besonders als Frau. Sie veröffentlichte Artikel und machte dadurch den Fachbereich auf sich aufmerksam und konnte daher offiziell an der Universität Nationalökonomie und Sozialwissenschaften studieren (vgl. ebd.; vgl. Wegenschimmel o.A.).

Ilse Arlt erkannte, dass eine theoretische Grundlage für die Arbeit mit Menschen nicht ausreicht und hat dadurch einen Feldzugang aufgesucht, um Theorie- und Praxisperspektive zu vereinen. Über die Wohlfahrtspflege hat Arlt den heutigen Berufsstand der Sozialen Arbeit etabliert und legte damit die Grundsteine der heutigen österreichischen Sozialen Arbeit. Im Jahre 1912 gründete Ilse Arlt die erste Fürsorgerinnenschule Österreichs, „Vereinigte Fachkurse für Volkspflege“, die einerseits Frauen eine wissenschaftliche Basis der Versorgung von Menschen ermöglichte, andererseits die Unabhängigkeit förderte (vgl. Göbel 2021; vgl. Wegenschimmel o.A.). Der

Unterrichtszugang war von Achtsamkeit und Wertschätzung der Individuen geprägt. Die Denkweise von Arlt war durch die Vereinigung von Emanzipation, dem Bild der Frau durch das Helfen und die Unabhängigkeit gekennzeichnet. Mit dem Beginn des Zweiten Weltkrieges wurde ihre Arbeit aufgrund der jüdischen Herkunft eines Großelternanteils boykottiert, Schriftstücke wurden verbrannt und die Schließung der Schule wurde veranlasst. Sie selbst erfuhr im Zuge des Krieges Armut, da sie ihren Beruf nicht weiter ausüben durfte, und wurde durch das Regime verfolgt. Die finanzielle Belastung führte dazu, dass nach dem Krieg die Schule mithilfe von Schülerinnen wiedereröffnet wurde, allerdings nach vier Jahren wieder schließen musste (vgl. Pantucek / Maiss 2008:202–211).

Die Publikation von „Die Grundlagen der Fürsorge“ (1921), „Die Gestaltung der Hilfe“ (1923) und „Wege zu einer Fürsorgewissenschaft“ (1958) stellten den Zugang von Arlt und ihre Erkenntnisse dar. Entsprechend ihrem Interesse an der Armuts- und Bedürfnisforschung (vgl. ebd.). Die Korrelation von Armut und Potentialen der Entwicklung sind Schwerpunkte von Arlts Forschungen. In Zuge dessen betont sie auch, dass Armut ein veränderbarer Zustand ist, der mittels Stärkung der eigenen Ressourcen reduziert werden kann. Arlt stellte die Bedürfnistheorie auf, die eine Gliederung nach 13 Bedürfnisklassen aufzeigt.:

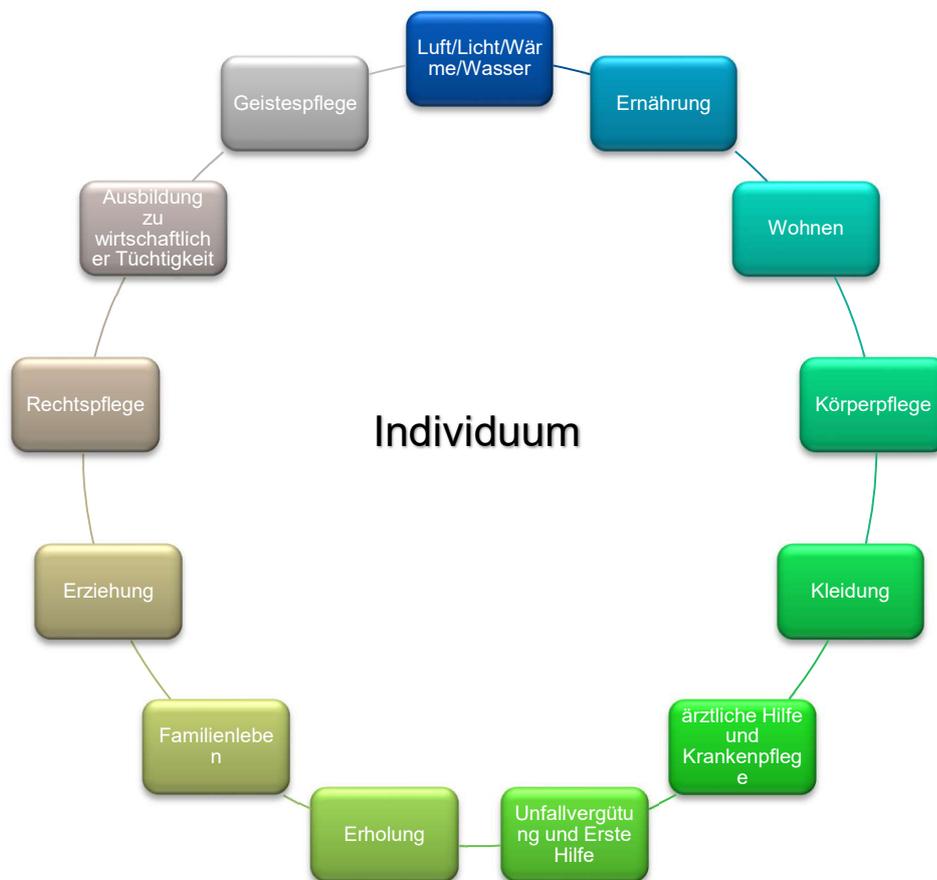


Abbildung 2 Bedürfnisklassen in Anlehnung an Arlt 1921 (Gebhardt 2023)

Diese Grafik wurde anhand von Arlts Bedürfnisklassen (1921) erstellt. Die einzelnen Querverbindungen wurden grafisch nicht dargestellt, da dies die Lesbarkeit der Grafik einschränken würde. Die einzelnen Bedürfnisse weisen Querverbindungen untereinander auf und bedingen sich gegenseitig. Gleichzeitig steht das Individuum im Zentrum, welches durch die Bedürfnisse beeinflusst wird. Arlt hat bereits in ihren Publikationen die Abhängigkeit und den Einfluss der Umwelt thematisiert (vgl. ebd.).

Von den Bedürfnissen ausgehend hat Arlt eine Definition der Notschwelle aufgestellt, diese ist mit der heutigen Armutsgrenze gleichzusetzen. Sie zeigt ein Mindestmaß an persönlichen und ökologischen Ressourcen auf, welche jedes Individuum bedarf. Daraus definierte sich der Auftrag für die Wohlfahrtspflegerinnen, aus Arlts Fürsorgerinnenschule, Menschen in ihrer Bedürfnisbefriedigung zu unterstützen und die vorhandenen Ressourcen zu stärken. Das Ausmaß der Unterstützung wird von den Fürsorgehelferinnen definiert, da diese durch ihre fachliche Kompetenz Einschätzungen treffen können. Es lassen sich folglich die Grundlagen der heute bestehenden Sozialen Arbeit ableiten. Theoretische Grundlagen, die in der modernen Sozialen Arbeit angewandt werden, zeigen Querverbindungen zu Arlts Zugängen der Fürsorge auf, wie das bio-psycho-soziale Modell, die Ressourcenorientierung und die Lebensweltorientierung (vgl. ebd.).

Ilse Arlt wirkt auch heute noch auf die Soziale Arbeit und deren Bildung ein. An der FH St. Pölten ist sie Namensgeberin eines eigenen Instituts. Das Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung weist eine mehr als 30-jährige Beständigkeit im Bereich der Sozialarbeitsforschung auf. Es wird darauf abgezielt, ein Bewusstsein von bereits bestehenden Theorien zu schaffen, und gleichzeitig die Zukunftsperspektiven und Veränderungen miteinzubeziehen. Die wissenschaftliche Aufarbeitung von aktuellen Problemstellungen oder Thematiken der Sozialen Arbeit soll eine Weiterentwicklung für Klient*innen/Nutzer*innen/Patient*innen, aber auch für die Sozialarbeiter*innen ermöglichen (vgl. Ilse Arlt Institut FH St. Pölten 2023). Hier wird die Bedeutung von Ilse Arlts Arbeit und Werken sichtbar und auch Wertschätzung ihrer Person und Arbeit entgegengebracht. Trotz der Boykottierung ihrer Schriften und Perspektiven in der Zeit des Zweiten Weltkrieges, wirkt sie bis heute mit ihren Namen und wissenschaftlichem Beitrag auf die Fachwelt der Sozialen Arbeit ein.

5.3 Bio–psycho–soziales Modell

Die Definition von Gesundheit laut der WHO aus dem Jahr 1946, wie bereits in Kapitel 3 beschrieben, bildet die Basis für das bio-psycho-soziale Modell (vgl. Haas / Reblin 2021:15). Hier wird von einer gegenseitigen Bedingung zwischen Biologischem, Psychischem und Sozialem ausgegangen. Begründer des Begriffes bio-psycho-soziales Modell ist Engel (1976), dessen Modell anfänglich auf die Krankheit ausgerichtet war. Weitere Wissenschaftler*innen haben am heutigen Stand des Modells mitgewirkt und dieses weiterentwickelt. Die Grundlage bildet der Gedanke des hierarchischen Aufbaus von Systemen in der Natur. Erlebnisse, auf physiologischer oder psychischer Ebene,

wirken sich auf den gesamten Organismus aus, da diese Querverbindungen aufweisen und sich gegenseitig bedingen. Die einzelnen Ebenen werden hierarchisch betrachtet und können laut Egger nicht isoliert existieren, da sie gleichzeitig auf andere Systemebenen einwirken können (vgl. Egger 2005:4–5).

Gesundheit wird im bio-psycho-sozialen Modell als Kompetenz definiert, um mit krankheitsbringenden Faktoren umgehen zu können. In der Praxis bedeutet dies folglich, dass der Gesundheitszustand auf Mikro-, Meso- und Makroebene des Individuums betrachtet und geachtet werden muss. Krankheit stellt somit die unzureichende Fähigkeit dar, mit Störungen umzugehen, irrelevant auf welcher Ebene diese Beeinträchtigungen auftreten. Wie auch bei der Gesundheit sind hier alle drei Ebenen involviert. Dadurch lässt sich sowohl Gesundheit als auch Krankheit als dynamischer Prozess verstehen, welcher kontinuierlich Einflüssen ausgesetzt ist (vgl. ebd.:5–7).

Die Anerkennung des bio-psycho-sozialen Modells in der Medizin ist durch die Belegung von „*parallelen Verschaltungen von Regulationsmechanismen*“ (Egger 2015:237) ermöglicht worden. Daraus stammt der ganzheitliche Zugang in der Behandlung von Patient*innen und die Bedeutung des sozialen Umfelds für die Genesung (vgl. Pauls 2013:18). Die Annahme, dass Erfahrungen getrennt voneinander betrachtet werden müssen wurde durch die Stressforschung widerlegt. Somit zeigt sich, dass die verwendete Sprache und daraus resultierende Trennung von psychischen und physischen Erleben fälschlich geformt wurden. Wenn der Körper mit internen oder externen Anregungen befasst ist, läuft die Verarbeitung der Informationen automatisch ab. Allerdings können dadurch auch Emotionen angeregt werden, soweit der Organismus diese als wesentlich betrachtet. Aus der eigenen persönlichen Wahrnehmung wird auch eine Erkrankung definiert (vgl. ebd.). Von außen wird durch die Medizin und das soziale Umfeld die Behandlung und der weitere Verlauf beeinflusst. Chronische Erkrankungen im Zusammenhang mit dem bio-psycho-sozialen Modell wurden von Hermann und Jacoby (2009) als Möglichkeit, über die Erkrankung hinaus Unterstützung zu erhalten, definiert (vgl. ebd.:18–20). Dadurch ist ein Erfolg gemäß dem bio-psycho-soziale Gesamtkonzept nur durch ganzheitliche Unterstützung möglich. Die einzelnen Erfahrungen der unterschiedlichen Berufsgruppen und die Ressourcen der Person selbst und deren Umfeld wirken auf den Verlauf ein.

In der Sozialen Arbeit gibt es differenzierte Zugänge zum bio-psycho-sozialen Modell (vgl. ebd.:19–20). Wird der Blickwinkel auf Forschung und Empirie gelegt, so gibt es nach Wood (2012) Kritik am genannten Modell, dass zu wenig empirische theoretische Grundlage besteht, um als Modell oder Theorie zu gelten. „*Um als wissenschaftliche Theorie*“ zu gelten sind „*überprüfbare Aussagen über Zusammenhänge und Gesetzmäßigkeiten erforderlich*“ (ebd.). Dem entgegengestellt hat die WHO bereits aus Forschungsergebnissen die Querverbindungen zwischen den „*biologischen, psychischen und sozialen Prozesse[n] und Strukturen*“ abgeleitet (ebd.:21). Die Gesundheit muss mehrdimensional betrachtet werden, weshalb eine Interprofessionalität unabdingbar ist. Aufgrund dieser Wechselwirkung wurde der ICD, International Classification of Diseases, als Basis für die Entwicklung des ICF, International Classification of Function, Disability and Health, unter Berücksichtigung des

bio-psycho-sozialen Modells herangezogen. ICD und ICF stellen in der Sozialen Arbeit Instrumente dar, mit denen täglich gearbeitet wird. Wesentlich ist der Unterschied zwischen den beiden Klassifikationen, denn der ICD stellt ein Mittel zur Klassifikation von Störungen der Gesundheit dar und der ICF forciert sich auf die Bereiche der Gesundheit (vgl. Haas / Reblin 2021:17). Die Lösung des traditionellen Verständnisses der Gesundheit führt dazu, dass Erkrankungen als komplexes Wechselspiel von individuellen biologischen, psychischen und sozialen Kräften gesehen werden (vgl. Egle et al. 2020:47).

5.4 Potentiale der Sozialen Arbeit im Gesundheitsbereich

Die Soziale Arbeit ist weitgreifend im Gesundheitsbereich etabliert und hat ihre Bedeutung und Position standhaft gemacht. Die einzelnen Organisationen, welche die Soziale Arbeit als wertvolle Ressource anstellen, namentlich aufzuzählen, würde den Rahmen dieser Arbeit überschreiten. Es werden grundlegende Begründungen, für die Soziale Arbeit als gesetzlich geregelter Gesundheitsberuf festgehalten.

Die Etablierung der Sozialen Arbeit in unterschiedlichen Handlungsfeldern führte zu unterschiedlichen Praxisbereichen, die immer wieder Querschnittsthemen aufweisen. Durch ihren generalistischen, aber auch spezialisierten, Zugang, sind Sozialarbeiter*innen gefragt. Der Blick auf alle Bereiche im Leben der Patient*innen bietet die Chance, potenzielle Risiken in der Gesundheitsförderung oder -erhaltung zeitnahe zu erkennen und ein Bewusstsein dafür zu schaffen. Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit hat das Ziel, mittels Interventionen die soziale Sicherung und Begleitung von Einzelpersonen und deren Netzwerken, zu erreichen. Bis dato besteht keinerlei rechtliche Absicherung der Sozialen Arbeit im Allgemeinen, oder im Gesundheitsbereich (vgl. Dettmers 2021:18–19; vgl. Franzkowiak 2006:22–23).

Die Geschichte zeigt, dass die Soziale Arbeit in Zusammenhang mit der Gesundheit Patient*innen begleitet, die multiple Problemlagen aufzeigen. Hierzu zählen Armut, Verwahrlosung oder Vereinsamung, um ein paar Begriffe exemplarisch zu nennen (vgl. ebd.:22). Die Soziale Arbeit steht im Spannungsfeld mit den Gesundheitsberufen. Festlegungen und Analysen werden auf der biologischen Ebene durch die Medizin und gesundheitsbezogene Berufe vollzogen. Die gesundheitsschädigenden Faktoren, wie soziale Einschränkung oder riskante Lebensphasen, werden bei den Diagnosen oder Behandlungen nicht inkludiert (vgl. ebd.:51). Hier setzt die Soziale Arbeit, durch ihren systematischen Zugang, Problemlagen zu bearbeiten, an. Das Gesundheitssystem prägte auch den Zugang der Sozialen Arbeit durch ihre Ansichten. Es herrscht die Einstellung, dass Gesundheit und Krankheit auf der bio-medizinischen Ebene angesiedelt sind, und sich die Soziale Arbeit zu integrieren hat. Dadurch fehlt es grundlegend an der Berücksichtigung der sozialen Dimension in der Gesundheitsversorgung (vgl. Ortmann 2015:13–16). Um die Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich zu verankern, ist eine praktische und theoretische Grundlagenschaffung notwendig. Konkret bedeutet dies, empirische und fachliche Fundierung von Interventionen zu schaffen, um trotz der individuellen Fallkonstruktion

Nachvollziehbarkeit zu ermöglichen. Ein weiteres Qualitätsmerkmal stellt die Etablierung spezifischer Fachlehrgänge in den einzelnen Gesundheitsbereichen, aber auch innerhalb der Gesundheitsversorgung im Sinne von interdisziplinärer Wissensvermittlung dar (vgl. Dettmers 2021:24–25). Dettmers definiert sechs Aspekte, die auf die Gesundheit jedes Individuums wirken:

1. *„Soziale Determinanten bei der Entstehung von Erkrankungen und gesundheitlichen Störungen*
 2. *Psychoziale Folgen von gesundheitlicher Einschränkung*
 3. *Soziale Teilhabe im Kontext Inklusion und Integration*
 4. *Fallbezogenen und gesellschaftliche Folge sozialer Ungleichheit für den Gesundheitsstatus*
 5. *Sicherung der psychosozialen Versorgung*
 6. *Offensive Professionalisierung und gemeinsame Zugänge in allen gesundheitsbezogenen Arbeitsfeldern“*
- (ebd.:25)

Die von Dettmers definierten Pfeiler der Gesundheit visualisieren die Ziele und das Selbstverständnis der Sozialen Arbeit. Die Arbeit in einem multiprofessionellen Team sowie die psychosoziale Perspektive zu inkludieren und hier Interventionen zu setzen, stellt den Auftrag der Sozialen Arbeit im Gesundheitsbereich dar. Ebenso sind das Empowerment und die Lebensweltorientierung für den Beruf von Relevanz, da hier Entlastungen geschaffen oder neue Ressourcen freigelegt werden können. Unterstützungen können nur mit Zustimmung der*des Patient*in erfolgen, da die Selbstbestimmung im Sinne der Prozessorientierung im Fokus stehen (vgl. Wagner 2021:85–86). Die Aufgabe der Sozialen Arbeit ist Patient*innen in ihrem Selbstmanagement bei chronischen und nicht übertragbaren Erkrankungen zu bestärken, um die Gesundheit weitmöglichst zu erhalten. Die Selbstkompetenz soll soweit gestärkt sein, dass Strategien entwickelt werden, um mit möglichen Nebenerkrankungen und Symptomen bestmöglich umgehen zu können (vgl. Pelikan / Wieczorek 2019:99–100).

In diesem Kontext treten die Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in den Vordergrund. Es zeigt sich allerdings, dass die Soziale Arbeit im Bereich des Gesundheitswesens mit Kranken in den Kontakt tritt, im Vergleich zum Ansatz der Gesundheitsförderung oder Prävention, die mit gesunden Menschen arbeiten (vgl. Franzkowiak 2006:23). Prävention im Bereich der Gesundheit und im Sozialen hat den Charakter, das Individuum zu bestärken und Grundlagen zur Vorbeugung von Risiken oder Problemlagen zu ermöglichen. Die Soziale Arbeit erhält durch die hierarchischen Gegebenheiten des Gesundheitssystems ihren Auftrag von anderen Berufsgruppen und hat durch das fehlende Berufsgesetz, verglichen mit anderen Berufsgruppen, eine geringere Position zugeschrieben bekommen. Im Gegensatz zu anderen Berufen hat die Soziale Arbeit die Möglichkeit, Menschen und deren Umfeld, unter dem Aspekt der Prävention, zu aktivieren und Ressourcen aufzeigen, welche bereits vorhanden sind oder entstehen können. Das Verhalten der Menschen wird dadurch verändert und ein anderes Bewusstsein geschaffen, um Gesundheitsverhalten zu fördern oder

Risikoverhalten entgegenzuwirken. (vgl. ebd.:26–27). Eine Studie des Robert-Koch-Instituts veranschaulicht die enge Verknüpfung von sozialen und gesundheitlichen Faktoren. Der sozialökonomische Status wirkt sich aktiv auf die Gesundheit jedes Individuums aus, hierfür sind mehrdimensionale Perspektiven auf die einzelnen Lebensbereiche erforderlich (vgl. Robert Koch-Institut 2015:234–236). In diesem Zusammenhang hat auch Dettmers eine klare Position für die Soziale Arbeit bezogen:

„Eine bewusste und reflektierte Nutzung der vielfältigen Kompetenzen gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit ist somit Voraussetzung zur Bildung eines gemeinsamen kollektiven Selbstverständnisses, die sich nicht länger alleine über Praxisfelder und Bezugswissenschaften definieren lässt“ (Dettmers 2021:25)

Die Soziale Arbeit hat im Kontext der Gesundheitsförderung und -prävention auch die Aufgabe Evaluationen und Qualitätssicherungen vorzunehmen, um Weiterentwicklungen zu ermöglichen. Die vorhandene Komplexität von sozialarbeiterischen Interventionen macht es oftmals schwierig Rückschlüsse zu messen. Es besteht die Chance Methoden und Basisanforderungen einer Betreuung zu evaluieren und diese zu standardisieren, um die Anhebung an Qualität und Nachvollziehbarkeit der sozialen Handlungsperspektiven zu ermöglichen (vgl. Franzkowiak 2006:78–80).

6 Gleichstellung von bestehenden Gesundheitsberufen und Sozialer Arbeit

Die Überschneidungspunkte der gewählten Gesundheitsberufe, Musiktherapie, Gesundheitspsychologie und Ergotherapie, werden in diesem Kapitel extrahiert und mit der Sozialen Arbeit anhand der theoretischen Grundlagen verglichen. Argumentationen, die für, aber auch gegen die Soziale Arbeit als gesetzlich geregelter Gesundheitsberuf sprechen, werden veranschaulicht. Abschließend werden mögliche Formulierungen von einzelnen Paragraphen, die für die Soziale Arbeit in Anlehnung der verglichenen Berufe gelten sollten, erstellt.

6.1 Qualitätsstandards der behandelten Berufsgruppen

Im Folgenden werden wesentliche Bereiche der ausgewählten Gesundheitsberufe hervorgehoben. Die untenstehende Grafik dient zur Veranschaulichung der Anzahl jener Personen, die in der jeweiligen Berufsgruppe tätig sind. Die Schätzung der Sozialarbeiter*innen wurden inkludiert.

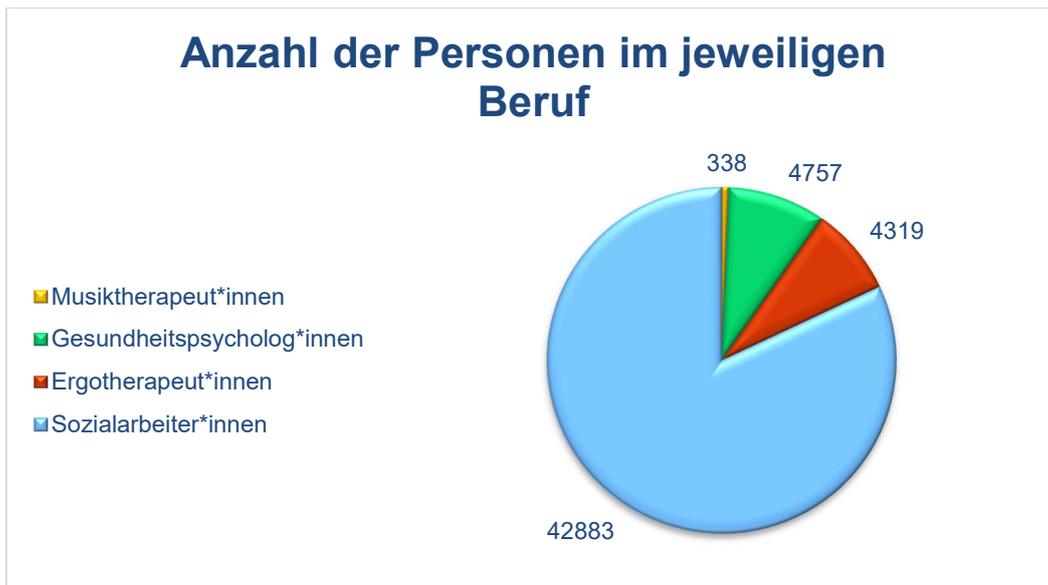


Abbildung 3 Darstellung der Anzahl der Praktiker*innen der jeweiligen Berufsgruppe (vgl. BÖP 2023; vgl. Holzweber et al. 2022; vgl. ÖBM 2023; vgl. Stidl / Pollak 2023)

Es zeigt sich, dass insgesamt 52.297 Praktiker*innen über alle vier Berufsgruppen tätig sind. In Relation zu den bereits etablierten Gesundheitsberufen, stellt die Soziale Arbeit den größten Anteil dar. Werden alle drei Kategorien der betrachteten Gesundheitsberufe zusammengezählt, ergibt das 9.414 Personen. Gegenüber der Sozialen Arbeit, mit knapp 43.000 Personen, macht diese Berufsgruppe rund 82% aller Praktiker*innen aus. Daraus lässt sich schließen, dass die Soziale Arbeit, gemessen an der Anzahl der Berufstätigen, Einfluss auf das gesamtgesellschaftliche Leben hat, unabhängig vom Tätigkeitsfeld, in dem die Sozialarbeiter*innen tätig sind. Die Darstellung der aktiv tätigen Personen in absoluten Zahlen ist durch die verbindliche Registrierungspflicht möglich. Die Registrierungspflicht ermöglicht ein Kontrollsystem, das Berufsberechtigungen bei Nichteinhaltung der Berufspflichten, wie zum Beispiel bei fehlender Registrierung, entziehen kann.

Als Grundlage für den Vergleich werden die bereits erläuterten Gesundheitsberufe herangezogen. Die Gesundheitsberufe, die sich in der blauen Spalte befinden, sind bereits etabliert und stellen den Ist-Stand dar. Die Soziale Arbeit wird in dieser Tabelle inkludiert und farblich durch orange gekennzeichnet, da dies ein Soll für die Berufsgruppe darstellt. Dadurch sollen mögliche gesetzliche Richtlinien für die Soziale Arbeit veranschaulicht werden. Dies geschieht unter dem Aspekt der gesetzlichen Anerkennung der Sozialen Arbeit als Gesundheitsberuf. Als Abkürzungen wird für die Musiktherapie, Muth, Gesundheitspsychologie Gpsy, Ergotherapie Ergo und Soziale Arbeit SA definiert.

Gesetzliche Regelung	Muth	Gpsy	Ergo	SA
Berufsumschreibung	✓	✓	✓	(✓)
Ausbildung	✓*	✓	✓	(✓)
Mitverantwortliche Tätigkeit	✓	✓	✓	(✓)
Freiberufliche Tätigkeit	ab Master möglich✓	✓	✓	(✓) ab Master vorstellbar
Zweck der Behandlung	✓	✓	✓	(✓)
Registrierungspflicht	✓	✓	✓	(✓)
Aufklärungspflicht	✓	✓	✓	(✓)
Fortbildungspflicht	✓	✓	✓	(✓)
Verschwiegenheit	✓	✓	✓	(✓)
Dokumentation	✓	✓	✓	(✓)
Datenschutz	✓	✓	✓	(✓)
Bezeichnungsschutz	✓	✓	✓	(✓)
Missbrauch des Begriffes	✓	✓	✓	(✓)
Berufsberechtigungsentzug	✓	✓	✓	(✓)

Tabelle 4 Ist/Soll der gesetzlichen Regelung von Gesundheitsberufen (vgl. MuthG, vgl. PsyG, vgl. MTD-Gesetz)

✓* Zusätzlich zur gesetzlichen Regelung herrscht keine einheitliche Ausbildung, wie bereits in Kapitel 4.1.2.4. genauer erläutert. Dies ist kritisch zu sehen, da trotz grundlegender gesetzlicher Regelung keine Einheitlichkeit besteht. Das spricht gegen eine standardisierte und allgemein in Österreich gleichwertige Ausbildung.

Jede Berufsgruppe hat einzelne Gesetzestexte, die sowohl Gemeinsamkeiten als auch Differenzen in ihren Formulierungen aufweisen. Die in der Tabelle dargestellten Parameter zeigen wesentliche Aspekte, die in einem Berufsgesetz im Bereich der Gesundheit verankert werden müssen. Die Umfänge der einzelnen Berufsgesetze zeigen Unterschiede in ihren Längen auf. Das Gesetz der Musiktherapie weist eine Länge von 24 Seiten auf, mit insgesamt 39 Paragraphen in neun Abschnitten. Die gesetzliche Regelung der Gesundheitspsychologie inkludiert sowohl die Spezifizierung als auch die gültigen Grundlagengesetze mit einem Umfang von 31 Seiten, die zwei Hauptstücke mit gesamt 50 Paragraphen und neun Abschnitten enthalten. Das MTD-Gesetz hat eine Länge von insgesamt 19 Seiten, mit 36 Paragraphen, die in fünf Abschnitte gegliedert wurden. Die medizinisch-technischen Dienste inkludieren, die Physiotherapie, medizinisch-technisches Labor, radiologisch-technischer Dienst, Diätologie, Ergotherapie, Logopädie und orthopädische Dienste in ihrem Gesetz. Der Einbezug von sieben Berufsgruppen in ein gemeinsam gültiges Berufsgesetz zeigt, dass generalistische Formulierungen dies ermöglichen. Es werden in der Methode und Behandlung von Menschen unterschiedliche Zugänge innerhalb eines Gesetzestextes vereint. Somit lässt sich das Potential für die Soziale Arbeit extrahieren. Es können Formulierungen gemacht werden, die einerseits die Offenheit durch die mannigfaltigen

Tätigkeitsbereiche der Sozialen Arbeit ermöglichen, andererseits eine klare Eingrenzung des fachlichen Bereichs darstellen.

Im Folgenden werden die einzelnen gesetzlichen Regelungen von bereits bestehenden Gesundheitsberufen näher bearbeitet. Die Gegenüberstellung bietet die Argumentationsgrundlage für die anschließende Ausführung von möglichen Gesetzesformulierungen für die Soziale Arbeit. Beginnend bei den Berufsumschreibungen definieren diese klar, was der Zweck der Behandlung ist und welche Erfordernisse für die Berufsausübung notwendig sind. Diese sind bei allen drei betrachteten Berufen ähnlich formuliert. Es zeigen sich einzelne schwerpunktmäßige Veränderungen aufgrund der differenzierten Methoden. Die Gesundheitspsychologie arbeitet wie die Soziale Arbeit auch mit Interventionsvereinbarungen und an der Motivation, etwas am herrschenden Lebensstil verändern zu wollen. Musiktherapie und Ergotherapie nutzen die Hilfe von Musikinstrumenten oder Alltagssituationen, welche von Hindernissen geprägt sind, um durch Hilfsmittel diese Situationen bewältigen zu können. Somit definiert sich das gemeinsam verfolgte Ziel beider Berufsgruppen, die Autonomie, Selbstwirksamkeit und Resilienz zu fördern.

Der Schutz der eigenen Berufsbezeichnung stellt eine Qualitätssicherung dar. Personen, die keinerlei rechtliche Befugnis und somit entsprechende fachliche Ausbildung aufweisen, dürfen keine Behandlungen und Beratungen durchführen. Anhand dieser Sicherung werden die Patient*innen sowie die Berufsgruppe geschützt. Wird eine Berufsbezeichnung missbräuchlich verwendet, wurde im Zuge der Analyse ein Strafraum bei der Verwendung des Begriffes von 3.600 Euro bis zu 15.000 Euro festgestellt. Sind Schädigungen erfolgt oder bestand durch die Behandlung und/oder Beratung eine Gefahr der Gesundheit, so können auch strafrechtliche Handlungen belangt werden.

Die Regelung des Datenschutzes bezieht sich in allen drei Gesetzestexten auf die aktuell gültige Verordnung der Datenschutzgrundverordnung. Der Schutz der persönlichen Daten und Behandlungsvereinbarungen werden neben der grundlegenden Führung auch durch die Verschwiegenheitspflicht bewahrt. Diese Regelung ist bereits für in Ausbildung befindliche Personen zu wahren, ebenso für aktiv Tätige verpflichtend

Die Registrierungspflicht ermöglicht, nachvollziehbare Zahlen aller tätigen Personen einer Berufsgruppe aufzuzeigen. Dadurch kann ein Vergleich aller tätigen Personen einer Berufsgruppe ermöglicht werden. Ebenso ist eine topografische Entwicklung und das Versorgungsnetz einer Berufsgruppe feststellbar.

6.2 Soziale Arbeit als Gesundheitsberuf

Das formulierte Forschungsinteresse hat sich auf Argumentationen, die sich sowohl für als auch gegen die Anerkennung der Sozialen Arbeit als Gesundheitsberuf aussprechen, forciert. Daraus resultierend werden beide Perspektiven nun gegenübergestellt.

Die Soziale Arbeit spricht jederzeit von der Einbeziehung unterschiedlicher Perspektiven, die sich auf die Wiederherstellung oder Förderung der Gesundheit beziehen. Dies inkludiert auch die Würde jeder Person zu wahren und fundiertes Wissen und Forschung im jeweiligen Gebiet zu betreiben. In Analysen und Diagnosen ist stets, die biologische Ebene durch die Medizin oder gesundheitsbezogene Berufe festgelegt worden. Die fehlende soziale Einschätzung führte dazu, dass riskante Lebensphasen oder Einschränkungen nicht in der Behandlung inkludiert wurden oder werden. Die Soziale Arbeit bietet durch ihren systematischen Zugang genau die für diesen Bereich fehlende Schnittstelle in der Gesunden- und Krankenversorgung. Allerdings bedarf es einer Schnittstelle zwischen theoretischen und praktischen Grundlagen im Bereich der Sozialen Arbeit und anderen Gesundheitsberufen, um ein gemeinsames Verständnis auf die Auswirkungen der Gesundheit zu erlangen. Das bio-psycho-soziale Modell stellt eine Basis hierfür dar, wobei die allgemeine Anerkennung dessen und deren angewandte Methoden und Interventionen von anderen Berufsgruppen als wesentlich angesehen wird. Auf Grundlage der bisherigen Erfahrungen und Implementierung der Sozialen Arbeit im Gesundheitsbereich handelt es sich hierbei um einen Bereich mit Entwicklungspotential. Innerhalb der Berufsgruppe sind vorherrschende Methoden und Theorien anerkannt. Allerdings zeigt sich die Schwierigkeit, diese an andere Berufsgruppen zu vermitteln und deren Bedeutung zu veranschaulichen. Nachdem auch in der Vergangenheit Methoden oder Interventionsformen, die aus der Sozialen Arbeit stammen, von anderen Berufsgruppen durch Anwendungsvorbehalte rechtlich abgesichert wurden. Die Community innerhalb aber auch außerhalb der Sozialen Arbeit hat hier Aufklärungsarbeit zu leisten.

Nachdem theoretisches Wissen mit der Praxis vereint werden muss, sind hier einerseits Erkenntnisse in der Praxisinklusion notwendig, andererseits gilt es, Transparenz der Öffentlichkeit gegenüber zu ermöglichen. Sowohl professionelle Unterstützung als auch Begleitung von gesellschaftlichen Problemlagen bieten die Chance der Sichtbarmachung der Sozialen Arbeit. Möchte man sich auf die Ursprünge der Sozialen Arbeit beziehen, ist besonders Ilse Arlt eine richtungsweisende Persönlichkeit. Sie zeigte auf, welche Bedeutung die Bedürfnisse jeder einzelnen Person auf ihr Wesen, aber auch die Umwelt hat. Es gilt, gesellschaftliche Problemstellungen zu bearbeiten und ihnen Aufmerksamkeit entgegenzubringen. Im Konkreten wird sich hier auf das Mindestmaß an persönlichen und ökologischen Ressourcen, die jedes Individuum bedarf, bezogen. Durch diese Widmung von Problemstellungen und Unterstützungen können auf der Einzelfallebene, aber auch im wissenschaftlichen Zusammenhang Fortschritte erzielt werden.

Es wird davon ausgegangen, dass Erlebnisse auf physiologischer und psychischer Ebene gleichermaßen einwirken. Daraus resultiert, dass Gesundheit als multidimensional und multiperspektivischer Zustand gesehen werden muss. Wird einzelnen Berufsgruppen, wie der Sozialen Arbeit, die auch auf multiple Problemlagen eingehen kann, der Zugang zu Personen verwehrt, besteht die Gefahr, wesentliche Bereiche, die einer Unterstützung und Bearbeitung erfordern, zu übersehen. Allerdings gibt es aktuell keinerlei Schutz oder Richtlinien durch ein Gesetz, das die Arbeit mit/um

Patient*innen festlegt. Außerdem sind auch die Tätigkeitsbereiche, in denen die Soziale Arbeit agieren kann, umfassend. Diese Schwierigkeit die im Zuge eines Berufsgesetzes entsteht zeigt sich einerseits durch die Offenheit der Tätigkeitsbereiche, andererseits durch die notwendigen Eingrenzungen. Hingegen bietet dieses umfangreiche Wissen Potentiale für die Patient*innen um zielgerichtete und individuelle Hilfestellungen und Interventionspläne zu erhalten.

Es zeigt sich, dass eine Positionierung ob Soziale Arbeit als Gesundheitsberuf gelten soll maßgeblich durch die fehlende Gesetzesregelung bestimmt ist. Allerdings ist auch die eigene Stellung gegenüber bereits etablierten Gesundheitsberufen richtungsweisend für die Anerkennung der Sozialen Arbeit. Berufsgruppen, die sich weniger mit der Gesamtsituation der Patient*innen auseinandersetzen, sind bereits anerkannt. Es stellt sich somit die Frage, ob die Soziale Arbeit in diesem Zusammenhang zu umfassend ist. Dem entgegenzustellen ist, dass eine Einschränkung die bestehende Qualität der Berufsgruppe mindern würde. Wie bereits in Kapitel 5.4 dargelegt, gibt es einzelne Berufe, die bis dato eine Hierarchie im Gesundheitsbereich geschaffen haben. Durch die Anerkennung der Sozialen Arbeit als Gesundheitsberuf werden die bestehenden autonomen hierarchischen Ebenen reduziert. Dadurch erhält die Zusammenarbeit von unterschiedlichen Berufsgruppen mehr Bedeutung. Interprofessionalität inkludiert auch die Betrachtungsweise durch mannigfaltige Perspektiven und die Verteilung der Verantwortung, die zu einer Erhöhung von Qualität einer umfassenden Betreuung führt.

Die Gesundheit und Prävention der Krankheit jedes Individuums ist in den Fokus zu stellen. Eine klare Positionierung der Sozialen Arbeit bezogen auf die Thematik der Gesundheitsversorgung ist hierbei erforderlich.

6.3 Mögliche Gesetzesformulierungen anhand von bereits etablierter Gesundheitsberufe

In dieser Erstellung von möglichen Gesetzestexten wird die Bezeichnung Patient*innen herangezogen, um eine Einheitlichkeit zu schaffen. Dies begründet sich zum einem aus dem gesundheitlichen Schwerpunkt und zum anderen aus den behandelten rechtlichen Rahmenbedingungen, in denen stets von Patient*innen gesprochen wird. Anhand der Definition der International Federation of Social Workers, IFSW, wird Soziale Arbeit als *„Förderung gesellschaftlicher Veränderungen und Entwicklungen, des sozialen Zusammenhalts sowie der Ermächtigung und Befreiung der Menschen“* (vgl. IFSW 2014:1–3) definiert. Auf Grundlage dieser Definition wurden die Gesetzestexte erstellt. Der Österreichische Berufsverband der Sozialen Arbeit hat bereits eine mögliche Gesetzesformulierung erstellt und diese beim zuständigen Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz eingereicht. Diese Gesetzesformulierung wurde im Zuge dieser Arbeit nicht behandelt und auch nicht recherchiert, um einen neutralen Blickwinkel auf möglichen Gesetzesformulierungen beizubehalten.

Die bearbeiteten Gesetzestexte beginnen stets mit der Ausübung des Berufes und der Anerkennung von in Drittstaaten erworbenen Qualifikationen. Internationale Anerkennung ist kein Bereich dieser Arbeit, weshalb dieser ausgespart wird in der Formulierung von möglichen Gesetzesformen. Eine mögliche Formulierung für die Berufsausübung der Sozialen Arbeit könnte folgende darstellen:

- Angehörige der Sozialen Arbeit haben ihren Beruf nach bestem Wissen und Gewissen unter Achtung der aktuellen Erkenntnisse und Entwicklungen der Wissenschaft auszuführen. Unabhängigkeit gegenüber der Person, im Sinne des Schutzes von Individuen, dienen als Vorschrift der Berufsausübung.
- Die Ausübung des Berufes darf nur unter den gesetzlichen Bestimmungen erfolgen und erfordert eine qualifizierte Ausbildung, mindestens eines Bachelorniveaus, und notwendige Sprachkenntnisse.
- Berufsangehörige dürfen eine Person nur mit deren Einwilligung oder der Zustimmung deren gesetzlichen Vertretung beraten und unterstützen.
- Berufsangehörige haben sich bei der Ausübung ihres Berufes auf jene sozialarbeiterischen Arbeitsgebiete und Methoden zu beschränken, auf denen sie nachweislich ausreichende Kenntnisse und Fertigkeiten erworben haben.

Neben der Umschreibung des Berufes sind in weiterer Folge auch die Ziele einer gemeinsamen Therapie oder Behandlung formuliert. Diese beziehen sich einerseits auf das Setting, aber auch auf die Methoden und Informationen, welche zu erheben und verarbeiten sind. Daraus resultieren, abhängig vom jeweiligen Beruf, die Zielvereinbarungen oder Behandlungsschwerpunkte. In der Sozialen Arbeit bestehen stets Querverbindungen zu anderen Handlungsfeldern. Soziale Arbeit unter der Betrachtungsweise als Gesundheitsberuf inkludiert Grundlagenforschung aus dem 20. Jahrhundert, wie beispielsweise Ilse Arlt mit ihren 13 Bedürfnisklassen, aber auch Cicely Saunders, die bereits einen ganzheitlichen Zugang durch Ansätze des bio-psycho-sozialen Modells in ihrer Arbeit mit Patient*innen miteinbezogen hatte. Im Gegensatz zu anderen Gesundheitsberufen ist keine Indikation durch medizinisches Personal notwendig, z.B. Ergotherapie, und somit alle medizin-technischen Dienste. Eine Möglichkeit, hier eine entsprechende Formulierung zu finden, um alle Bereiche der Sozialen Arbeit zur Gänze zu inkludieren, aber dennoch nicht zu verallgemeinernd zu sein, könnte wie folgt aussehen:

- Die Soziale Arbeit ist eine eigenständige, wissenschaftliche, ganzheitliche, individuelle und umweltbezogene Berufsgruppe zur Bearbeitung und Beratung von Problemlagen auf individueller, gruppenbezogener oder gesellschaftlicher Ebene. Sie umfasst die bewusste und geplante Unterstützung, durch die Anwendung von Methoden und Theorien zwischen einem*einer oder mehreren Patient*innen mit dem Ziel
 1. Empowerment zu bestärken
 2. Problemstellungen vorzubeugen und zu bearbeiten
 3. Bearbeitungsbedürftige Verhaltensweisen und Einstellungen zu verändern

4. Optimierung der Lebenssituation durch Prävention, Rehabilitation oder Bearbeitung
5. das Wohlbefinden auf der persönlichen, umweltbezogenen Ebene und jenes nahestehender Personen zu fördern, zu erhalten oder wiederherzustellen.

In weiterer Folge gilt es die Aufklärung über mögliche Interventionsschritte, die Verschwiegenheit, die Dokumentation und den Datenschutz im Sinne des Patient*innen-Schutzes als Pfeiler einer gesetzlichen Regelung zu definieren. Dadurch wird die Qualitätssicherung ermöglicht, da Rechte der Patient*innen, aber auch Pflichten der tätigen Sozialarbeiter*innen dargelegt werden.

- Die Sozialarbeiter*innen sind dazu verpflichtet, ihre Patient*innen über geplante Interventionsschritte, mögliche Risiken und Alternativen zur sozialarbeiterischen Beratung zu informieren. Die Soziale Arbeit unterliegt grundlegend einer Werbebeschränkung, die das Abwerben und die Diskriminierung von Patient*innen untersagt.
- Die Verschwiegenheit besteht für praktizierende, in Ausbildung befindliche und pensionierte Sozialarbeiter*innen grundlegend. Die Entbindung der Verschwiegenheitspflicht ist durch gerichtliche Anordnung mit Zustimmung der betroffenen Person möglich. Ausgenommen von der Verschwiegenheit sind Situationen, die Tod, schwere Körperverletzung, Vergewaltigung oder sexuellen Missbrauch implizieren. Ebenso, wenn Gefährdung von minderjährigen Kindern und Jugendlichen oder Selbst- und Fremdgefährdung besteht. Bei den genannten Ausnahmen besteht eine Meldepflicht der*des Sozialarbeiter*in. Besteht der Wunsch der*des Patient*in oder gesetzlichen Vertretung einer Auskunft, so ist dem Folge zu leisten, durch das geltende Patient*innen-Recht.
- Berufsangehörige haben über jede von ihnen gesetzte sozialarbeiterische Maßnahme Aufzeichnungen zu führen. Die Dokumentation hat insbesondere folgende Inhalte zu umfassen, sofern sie Gegenstand der Beratung oder für diese bedeutsam geworden sind:
 1. Vorgeschichte der Problematik, der allfälligen Problemstellungen sowie der bisherigen Diagnosen und problematischen Situationen und die Fragestellung bzw. den Auftrag der Einrichtung,
 2. Beginn, Verlauf und Beendigung der sozialarbeiterischen Leistungen,
 3. erfolgte Aufklärungsschritte,
 4. Art und Umfang der beratenden Interventionsformen sowie Ergebnisse und Evaluationserkenntnisse
 5. Art und Umfang der Vereinbarungen aus dem Beratungsvertrag,
 6. Besondere, Vorkommnisse in der Beratung
 7. Konsultationen von Berufsangehörigen oder andere Einrichtungen oder Organisationen
 8. erfolgte Einsichtnahme in die Dokumentation sowie
 9. Begründung der Verweigerung der Einsichtnahme in die Dokumentation

- Nach Beendigung der Betreuung sind die Dokumentationen mindestens zehn Jahre, bei minderjährigen Kindern und Jugendlichen beginnt die Frist ab Vollendung des 18. Lebensjahres, aufzubewahren. Nach Ablauf der Aufbewahrungszeit sind die Dokumentationen zu vernichten.
- Die Verarbeitung von personenbezogenen Daten und der Schutz der Patient*innen wird durch das aktuell geltende Datenschutzgesetz festgeschrieben.

Die Befähigung zur Ausübung des Berufes der*des Sozialarbeiters*in ist durch die Ausbildungsrichtlinien und entsprechende Bildungsstätten möglich. Eine Möglichkeit, die Soziale Arbeit attraktiver zu gestalten, kann die eigenverantwortliche und selbstständige Berufsausübung nach einem abgeschlossenen Masterstudium darstellen, angelehnt an die gesetzliche Regelung der Musiktherapie. In Anbetracht dessen werden Vorschläge dafür ausformuliert:

- Die mitverantwortliche Berufsausübung der Sozialen Arbeit kann nach Erlangung der allgemeinen Universitätsreife und erfolgreicher Absolvierung eines österreichischen Bachelorstudiums der Sozialen Arbeit erfolgen.
- Zur Ausbildung zugelassen werden dürfen Personen, die den Aufnahmebedingungen entsprechen. Wird im Laufe der Ausbildung ein Fehlen von wesentlichen Kompetenzen festgestellt, besteht die Möglichkeit des Ausschlusses aus der Ausbildung zur*zum Sozialarbeiter*in. Erforderlich für die Ausbildung der Sozialen Arbeit sind
 1. allgemeine Universitätsreife oder gleichwertige drittstaatliche/EWR Qualifikation
 - a. bei fehlender sprachlicher Eignung sind externe Nachweise von mindestens B2-Niveau in Englisch und Deutsch zu erbringen
 2. Motivationsschreiben, das die Motivation für die Ausbildung und bisherige Erfahrungen und Qualifikationen beinhaltet
 3. Zu erheben, durch das Hochschulpersonal sind folgende Kompetenzen
 - a. Resilienzfähigkeit
 - b. Selbstreflexion
 - c. Flexibilität
 - d. Teamfähigkeit
 - e. Fachliche Eignung
- Die Ausbildung hat die für eine mitverantwortliche Berufsausübung der Sozialen Arbeit nach bestem Wissen und Gewissen erforderlichen theoretischen und praktischen Ausbildungsinhalte zu ereignen. Das Studium hat den österreichischen Standards einer Fachhochschule zu erfolgen und das Basisstudium mit dem Bachelor muss mindestens 180 ECTS beinhalten.

Im Rahmen der Ausbildung sind

 1. Wissenschaft und Forschung der Sozialen Arbeit
 2. Methoden und Diagnostik, sowie deren Anwendung und Analyse
 3. Professionelle, Entwicklung und ethische Richtlinien
 4. Internationalität und Diversität

5. Angewandte, Praxis und Bezugswissenschaften
6. Selbsterfahrung im Ausmaß von 540 Stunden zu vermittelt, und zu erfahren.

- Wer die eigenverantwortliche Berufsausübung der Sozialen Arbeit beabsichtigt, hat nach Erlangung der Universitätsreife als Ausbildung ein Bachelor- und Masterstudium der Sozialen Arbeit erfolgreich zu absolvieren.
- Die Ausbildung hat die, für eine eigenverantwortliche Berufsausübung der Sozialen Arbeit nach bestem Wissen und Gewissen, erforderlichen theoretischen und praktischen Ausbildungsinhalten zu vermitteln. Im Rahmen der Ausbildung sind vertiefende Inhalte des Bachelorstudiums, mit individuell gesetzten Schwerpunkten und Grundlagen der eigenverantwortlichen Berufsausübung, zu lehren.

Die Möglichkeit, die sich durch die selbstständige Berufsausübung zeigen, ist eine Festlegung von Richtlinien zur Ausübung der eigenverantwortlichen Tätigkeit notwendig. Die Eintragungsliste aller tätigen Sozialarbeiter*innen in Österreich ist durch das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sichergestellt.

- Zur eigenverantwortlichen Berufsausübung der Sozialen Arbeit bedarf es die Erfüllung der nachfolgend angeführten allgemeinen und besonderen Voraussetzungen sowie eine Eintragung in die Sozialarbeiter*innenliste.

Allgemeine Voraussetzungen sind

1. die Handlungsfähigkeit in allen Belangen im Hinblick auf die Berufsausübung,
2. die zur Erfüllung der Berufspflichten erforderliche gesundheitliche Eignung
3. die zur Erfüllung der Berufspflichten erforderliche Vertrauenswürdigkeit
4. die für die Berufsausübung erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache.

Besondere Voraussetzungen stellt der Nachweis eines entsprechenden Bachelor- und Masterstudiums dar, um eigenverantwortliche Beratungen anbieten zu können.

- Zur mitverantwortlichen Berufsausübung der Sozialen Arbeit bedarf es des Nachweises der Erfüllung der nachfolgend angeführten allgemeinen und besonderen Voraussetzungen sowie die Eintragung in die Sozialarbeiter*innenliste.

Allgemeine Voraussetzungen sind

1. die Handlungsfähigkeit in allen Belangen im Hinblick auf die Berufsausübung,
2. die zur Erfüllung der Berufspflichten erforderliche gesundheitliche Eignung
3. die zur Erfüllung der Berufspflichten erforderliche Vertrauenswürdigkeit
4. die für die Berufsausübung erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache.

Besondere Voraussetzungen stellt der Nachweis eines entsprechenden Bachelorstudiums dar, um mitverantwortliche Beratungen anbieten zu können.

Im nächsten Abschnitt wird die Registrierungspflicht nach positivem Abschluss des Studiums, der Bezeichnungsschutz und die missbräuchliche Verwendung des Begriffes geregelt.

- Personen, die die eigenverantwortliche oder mitverantwortliche Berufsausübung der Sozialen Arbeit in Österreich beabsichtigen, haben sich vor der Aufnahme der Berufsausübung beim Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz mittels eines von diesem hierfür aufzulegenden Formblatts und unter eigenhändiger Unterschriftsleistung oder mittel qualifizierter elektronischer Signatur anzumelden und die zum Nachweis der entsprechenden allgemeinen und besonderen Voraussetzungen erforderlichen Urkunden vorzulegen.
- Der Bezeichnungsschutz für Sozialarbeiter*innen inkludiert eine abgeschlossene Ausbildung mit einem Mindestumfang von 180 ECTS in der spezifizierten Studienrichtung. Bei Missbrauch der Bezeichnung kann eine Verwaltungsstrafe von bis zu 4.000 Euro entstehen.

Die Qualität und Aktualität der Sozialarbeiter*innen ist mittels der Fortbildungspflicht zu regeln, um neue Erkenntnisse und Wissensstände verpflichtend zu erfahren.

- Angehörige der Sozialen Arbeit sind verpflichtet zur,
 1. Information über die neuesten Entwicklungen und Erkenntnisse der Sozialen Arbeit sowie zugehöriger Wissenschaften oder
 2. Vertiefung der in der Ausbildung erworbene Kenntnisse und Fertigkeiten
 3. Fortbildung innerhalb von jeweils fünf Jahren. Mit einer mindestens Dauer von 60 Stunden zu besuchen.

Über den Besuch, die Dauer und den Inhalt der Fortbildung ist eine Bestätigung auszustellen. Die Fortbildungsbestätigung ist an das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz zu übermitteln, um die Berufsberechtigung aufrecht zu erhalten.

7 Conclusio

Es zeigt sich, dass die Soziale Arbeit heutzutage im Gesundheitsbereich nicht mehr wegzudenken ist und ihre Position immer klarer definiert. Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit richtet ihren Blick auf eine ganzheitliche und umfassende Betreuung von Patient*innen. Im Konkreten bedeutet dies, dass die persönlichen und umweltbezogenen Ressourcen eine nähere Betrachtung erfahren. Die sozialarbeiterische Unterstützung und Begleitung stärkt sowohl das Selbstbild als auch das Wohlbefinden von Patient*innen, durch ihren bio-psycho-sozialen Ansatz. Trotz des sozialarbeiterischen Zugangs und der Beständigkeit im Gesundheitswesen wurde die Soziale Arbeit bis dato nicht als Gesundheitsberuf anerkannt und das, obwohl Methoden und Zugänge, deren Ursprung in der Sozialen Arbeit verankert sind, von gesundheitsbezogenen Berufen genutzt werden. Aufgrund der steigenden Relevanz im Gesundheitswesen ist eine Sicherung von entwickelten Methoden durch eine rechtliche Absicherung notwendig. Sichern sich andere Berufsgruppen Vorbehalte in der Ausübung von Methoden aus der Sozialen Arbeit, wird die Berufsidentität maßgeblich beeinflusst.

Die Begründungen, weshalb die Soziale Arbeit nicht als Gesundheitsberuf anerkannt ist, sind unterschiedlich verankert. Das stärkste Argument ist das fehlende Berufsgesetz. Sozialarbeiter*innen haben in Österreich weder einen Bezeichnungsschutz noch eine gesetzliche Regelung ihres Berufes. Im Gesundheitsbereich besteht seit langem eine Hierarchie, die oftmals an oberster Stelle Mediziner*innen verankert hat. Dieser Zustand begründet sich auf aktuellen Systemstrukturen, die es für Mediziner*innen notwendig macht, Verordnungen oder Zuweisungen zu anderen Berufsgruppen auszustellen, um eine öffentliche Finanzierung durch Krankenkassen zu ermöglichen. Der Auftrag der Sozialen Arbeit soll nicht durch andere Berufe bestimmt sein, um auch hier die eigene Berufsidentität zu wahren. Nachdem Gesundheit multiperspektivisch betrachtet wird, kann eine fehlende Anerkennung der Sozialen Arbeit als Gesundheitsberuf zur Vernachlässigung der Multidimensionalität führen. Dies spricht als Argument für die Anerkennung als Gesundheitsberuf. Nicht nur der Schutz von Patient*innen, sondern auch das Festlegen von Rahmenbedingungen für die Sozialarbeiter*innen wird durch ein Gesetz ermöglicht. Die Forschungen und wissenschaftlichen Belege der Sozialen Arbeit können dadurch gesichert werden. Durch das fehlende Gesetz und den Bezeichnungsschutz kann sich in Österreich jede Person, ohne Qualifikationen vorweisen zu müssen, als Sozialarbeiter*in bezeichnen, ohne eine Verwaltungsstrafe zu riskieren.

Es konnte dargestellt werden, welche fachlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen für bereits etablierte Gesundheitsberufe bestehen. Für den Vergleich wurden drei Gesundheitsberufe herangezogen. Besonders in der Musiktherapie wurde festgestellt, dass der Rahmen für die Ausbildung zwar gesetzlich festgelegt ist, damit einhergehend jedoch sehr viel Gestaltungsspielraum in der Praxis ermöglicht ist. Eine Vergleichbarkeit

der Ausbildung zur Musiktherapie konnte daher nicht festgestellt werden. Medizinisch-technische Dienste inkludieren insgesamt sieben Berufe in ihren Gesetzestexten. Auch hier konnte durch die unterschiedlichen Tätigkeitsbereiche ein Gesetz und die Anerkennung ermöglicht werden. Das Argument, dass der Tätigkeitsbereich in der Sozialen Arbeit zu breit für ein Berufsgesetz sei, kann damit entkräftet werden. Die Auswirkungen der Sozialen Arbeit auf die Gesundheit von Menschen ist bereits durch etliche Forschungen belegt worden. Ein Beispiele hierfür aus dem letzten Jahrhundert wären Cicely Saunders oder Ilse Artl.

Ein Berufsgesetz für die Soziale Arbeit inkludiert die Sichtbarmachung der gesellschaftlichen Einflussnahme von knapp 43.000 Praktiker*innen in Österreich. Ebenso würde es ein Zeichen der Wertschätzung gegenüber dieser Berufsgruppe setzen. Generalistische Formulierungen ermöglichen, das breite Feld der Sozialen Arbeit zu inkludieren. Aufgrund der mannigfaltigen Tätigkeitsbereiche und den Einfluss auf die Gesellschaft wird die Bedeutung der Sozialen Arbeit auf die Bevölkerung aufgezeigt. Eine Absicherung sowohl für Sozialarbeiter*innen als auch Patient*innen stellt eine Grundlage für die Zusammenarbeit dar. Die Perspektive aus der Praxis bietet das Potential, die theoretischen Grundlagen dieser Arbeit weiter auszubauen und empirische Evidenz zu ermöglichen.

Nach Gegenüberstellung aller Positionen für bzw. gegen die Anerkennung der Sozialen Arbeit als Gesundheitsberuf, geht klar hervor, dass etliche theoretische und praktische Grundlagen bestehen, es lediglich an der Umsetzung eines einheitlichen Gesetzes scheitert. Die Soziale Arbeit wirkt sich aktiv auf die unterschiedlichen Ebenen des Lebens aus und formt dadurch individuelle und gesellschaftliche Sichtweisen sowie Positionierungen. Die Forschung und Weiterentwicklung stellen Pfeiler der Arbeit von Sozialarbeiter*innen dar, die allerdings nicht rechtlich abgesichert werden können. Letztlich liegt die Entscheidungsmacht bei der Politik, die genau hier gefragt ist, qualitatives Arbeiten für zahlreiche Sozialarbeiter*innen und Patient*innen in Österreich zu ermöglichen. Ein möglicher Gesetzestext wurde als Unterstützung der Argumentationsgrundlage auf politischer Ebene entworfen.

Literatur

AAP-Akademie (2023): Ausbildung Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie, https://www.aap-akademie.at/ausbildung_klinischepsychologie_gesundheitspsychologie/ [05.02.2023].

Bayer, Oliver / Cascant Ortolando, Lorena / Hoffmann, Dorle / Schweizer, Stefanus (2021): Praxisleitfaden Systematischer Literaturrecherche der Universitätsmedizin Mainz. https://www.researchgate.net/publication/352741601_Praxisleitfaden_Systematische_Literaturrecherche_der_Universitaetsmedizin_Mainz_Version_20_April_2021

BÖP (2023): Gesundheitspsychologie ·BÖP, <https://www.boep.or.at/berufsverband/fachsektionen/gesundheitspsychologie> [05.02.2023].

Dettmers, Stephan (2021): Spezifische Kompetenzen gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit. In: Dettmers, Stephan / Bischof, Jeannette (Hg.): Handbuch gesundheitsbezogener Soziale Arbeit. München: Ernst Reinhardt Verlag, 18–27.

Egger, Josef (2015): „Psychosomatische“Krankheiten per se gibt es nicht - Folgerungen aus dem erweiterten biopsychosozialen Modell für das Verständnis von Leib-Seele-Zusammenhängen. In: Psychologie in Österreich. Nr. 3 & 4, 230–240.

Egger, Josef (2005): Das biopsychosoziale Krankheitsmodell - Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses. In: Psychologische Medizin. Nr. 2, Jg. 16, 16.

Egle, Ulrich / Heim, Christine / Strauss, Bernhard / von Känel, Roland (2020): Das Bio-psycho-soziale Krankheitsmodell - revisited. In: Psychosomatik - neurobiologisch fundiert und evidenzbasiert. Ein Lehr- und Handbuch. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 39–47.

Ergotherapie Austria (2015): Ausbildung Ergotherapie, <https://www.ergotherapie.at/ausbildung> [06.02.2023].

FH Campus Wien (2023): Health Assisting Engineering - FH Campus Wien, <https://www.fh-campuswien.ac.at/studium-weiterbildung/studien-und-lehrgangsangebot/health-assisting-engineering.html> [06.02.2023].

FH Joanneum (2023): FH JOANNEUM Soziale Arbeit, <https://www.fh-joanneum.at/soziale-arbeit/master/> [01.03.2023].

FH Kärnten (2023): Masterstudiengang Soziale Arbeit: Entwickeln & Gestalten, <https://www.fh-kaernten.at/> [01.03.2023].

FH OÖ (2023): Studienangebot - FH OOE, <https://www.fh-ooe.at/studieren/studienangebot/v/sg/list/master/7/all/all/all/> [01.03.2023].

FH Salzburg (2023): Soziale Innovation | Ihr Masterstudium an der FH Salzburg | FH Salzburg, <https://www.fh-salzburg.ac.at/studium/as/soziale-innovation-master> [01.03.2023].

FH St. Pölten (2023a): Berufsaussichten, <https://www.fhstp.ac.at/de/studium/soziales/soziale-arbeit-bachelor/berufsaussichten> [01.03.2023].

FH St. Pölten (2023b): Soziale Arbeit, <https://www.fhstp.ac.at/de/studium/soziales/soziale-arbeit-master> [01.03.2023].

FH St. Pölten (2023c): Studieninhalte, <https://www.fhstp.ac.at/de/studium/soziales/soziale-arbeit-bachelor/studieninhalte> [01.03.2023].

FH St. Pölten (2023d): Mental Health - Weiterbildung, <https://weiterbildung.fhstp.ac.at/lehrgaenge/mental-health> [23.04.2023].

FH Tirol (2023): fh gesundheit, <https://www.fhg-tirol.ac.at/page.cfm?vpath=index> [06.02.2023].

FH Vorarlberg (2023): Soziale Arbeit studieren: Master, berufsbegleitend | FH Vorarlberg, <https://www.fhv.at/studium/soziales/soziale-arbeit-ma/> [01.03.2023].

Fousek, Stephan / Breissler, Danielle / Feldbauer, Karin (2018): Musiktherapie - Musiktherapeutenliste, <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/berufe/gesundheitsberufe-a-z/diagnose-therapie-beratung/musiktherapie.html> [19.01.2023].

Franzkowiak, Peter (2006): Präventive Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. München: Reinhardt, Ernst.

Franzkowiak, Peter (2003): Zum Verhältnis von Sozialer Arbeit und Gesundheitsförderung. In: Prävention - Zeitschrift für Gesundheitsförderung. Nr. Heft 1, Jg. Jahrgang 2003, 25–28.

Fröschl, Monika (2016): Gesundheitswissenschaft. Soziale Arbeit und der Weg zum Gesund-Sein. In: Schumacher, Thomas (Hg.): Die Perspektive(n) der Gesundheitsförderung. München: Lucius Verlag, 107–124.

Füssenhäuser, Cornelia (2006): Lebensweltorientierung in der Sozialen Arbeit. In: Dollinger, Bernd / Raithel, Jürgen (Hg.): Aktivierende Sozialpädagogik. Ein kritisches Glossar. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 127–144.

Göbel, Tina (2021): Wer war Ilse Arlt? Begründerin der modernen Sozialarbeit | Moment., <https://www.moment.at/story/wer-war-ilse-arlt-begruenderin-der-modernen-sozialarbeit> [24.02.2023].

Haas, Ruth / Reblin, Silke (2021): Bio-psycho-soziales betriebliches Gesundheitsmanagement für Sozial- und Gesundheitsberufe. München: UTB.

Halmich, Michael (2021): Einheitliche Berufspflichten für Gesundheitsberufe Entwurf für ein neues Bundesgesetz (Gesundheitsberufe-Pflichtengesetz/GB-PG). Wien: Educa Verlag.

Hefel, Johanna / Redelsteiner, Christoph / Uhl, Marco (o.A.): Living Document, Grundlage für Auswahl, Steuerung und Dokumentation von Masterprojekten, unveröffentlichtes Projektkonzept.

Holzweber, Leonie / Pilwarsch, Johanna / Zach, Monika / Gruböck, Anna / Mathis-Edenhofer, Stefan / Wallner, Alexander (2022): Jahresbericht Gesundheitsberuferegister 2021.

Hospiz Landesverband NOE (2023): Dr. Cicely Saunders - Hospiz Landesverband NOE, <https://www.hospiz-noe.at/wissenswertes/glossar/dr-cicely-saunders/> [14.02.2023].

IFSW (2014): Die IFSW/IASSW Definition der Sozialen Arbeit von 2014.

Igl, Gerhard (2017): Rechtliche Verankerung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Berlin Münster: LIT.

Ilse Arlt Institut FH St. Pölten (2023): Ilse Arlt - Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung, <https://inclusion.fhstp.ac.at/ueber-das-institut2/ilse-arlt> [25.02.2023].

IMC FH Krems (2023): Musiktherapie IMC Krems, <https://www.fh-krems.ac.at/studium/bachelor/berufsbegleitend/musiktherapie/> [19.01.2023].

IMC FH Krems (2022): Angewandte Gesundheitswissenschaften, <https://www.fh-krems.ac.at/studium/master/berufsbegleitend/angewandte-gesundheitswissenschaften/> [06.02.2023].

Kriegel, Johannes / Rissbacher, Clemens / Pölzl, Alois / Tuttle-Weidinger, Linda / Reckwitz, Nanni (2020): Levers for integrating social work into primary healthcare networks in Austria. In: Health Policy. Nr. 1, Jg. 124, 75–82.

MCI Innsbruck (2023): Soziale Arbeit Master Studium | MCI Innsbruck, <https://www.mci.edu/de/studium/master/soziale-arbeit-politik-management> [10.03.2023].

mdw (2023a): 1298 | mdw - Universität für Musik und darstellende Kunst Wien, <https://www.mdw.ac.at/1298/> [19.01.2023].

mdw (2023b): 1299 | mdw - Universität für Musik und darstellende Kunst Wien, <https://www.mdw.ac.at/1299/> [19.01.2023].

mdw (2023c): 1512 | mdw - Universität für Musik und darstellende Kunst Wien, <https://www.mdw.ac.at/1512/> [10.03.2023].

Müller-Busch, Christof (2021): Die Anfänge - Cicely Saunders. In: Wasner, Maria / Pankofer, Sabine (Hg.): Soziale Arbeit in Palliative Care: ein Handbuch für Studium und Praxis. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 47–52.

Musik Pädagogik Kunst Uni Graz (2023): Musiktherapie, <https://impg.kug.ac.at/lifelong-learning/studien-lehrgaenge/musiktherapie/> [19.01.2023].

OBDS (2022a): Berufsgesetz - ÖSTERREICHISCHER BERUFSVERBAND DER SOZIALEN ARBEIT. <https://obds.at/berufsgesetz/>

OBDS (2022b): Soziale Arbeit studieren? - ÖSTERREICHISCHER BERUFSVERBAND DER SOZIALEN ARBEIT. <https://obds.at/soziale-arbeit-studieren/>

ÖBM (2023): ÖBM - Österreichischer Berufsverband der MusiktherapeutInnen, <https://www.oebm.org/musiktherapie/ausbildung/> [19.01.2023].

Ortmann, Karl-Heinz (2015): Ist Sozialarbeit (k)ein Gesundheitsberuf. In: Sozialarbeit in Österreich. Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung und Politik. Nr. 04, 13–17.

Pankofer, Sabine (2021): Soziale Arbeit - ein unverzichtbarer Bestandteil von Palliative Care? In: Wasner, Maria / Pankofer, Sabine (Hg.): Soziale Arbeit in Palliative Care: ein Handbuch für Studium und Praxis. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 33–44.

Pantucek, Peter / Maiss, Maria (2008): Theorie mit Leidenschaft. Ilse Arlt und aktuelle Fragen der Sozialen Arbeit. In: Zeitschrift für Soziale und sozialverwandte Gebiete. Nr. 6, 202–211.

Pauls, Helmut (2013): Das biopsychosoziale Modell - Herkunft und Aktualität. In: Resonanzen. Nr. 1(1), 15–31.

Pelikan, Jürgen M. / Wieczorek, Christina C. (2019): Gesundheitsförderung in der Krankenversorgung mit Schwerpunkt Krankenhaus. In: Staats, Martin (Hg.): Die Perspektive(n) der Gesundheitsförderung. Weinheim: Beltz Juventa, 99–116.

pflge.at (2023): pflge.at: Gesundheitsberufe, <https://www.pflge.at/contents/13664/gesundheitsberufe> [19.01.2023].

Regensburger, Urban (2016): Dame Cicely Saunders - eine mutige Pionierin | Hospiz Tirol, <https://www.hospiz-tirol.at/tagebuch/2016/04/dame-cicely-saunders/> [14.02.2023].

Robert Koch-Institut (2015): Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheit? In: Robert Koch-Institut (Hg.): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut, 146–238.

socialnet GmbH (2022): Empowerment.de - Grundlagentext Empowerment (Vertiefung), <https://www.empowerment.de/grundlagen/> [23.04.2023].

Staats, Martin / Weber, Ann-Kathrin (2019): Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen. In: Staats, Martin (Hg.): Die Perspektive(n) der Gesundheitsförderung. Weinheim: Beltz Juventa, 141–157.

Staub-Bernasconi, Silvia (2014): Macht und (kritische) Soziale Arbeit. In: Kraus, Björn / Krieger, Wolfgang (Hg.): Macht in der Sozialen Arbeit. Interaktionsverhältnisse zwischen Kontrolle, Partizipation und Freisetzung. Lage: Jacobs Verlag, 363–392.

Stidl, Sarah / Pollak, Julia (2023): Schätzung zur Anzahl der Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen in Österreich.

Trojan, Alf / Kaba-Schönstein, Lotte (2019): Historische Perspektiven der Gesundheitsförderung. In: Staats, Martin (Hg.): Die Perspektive(n) der Gesundheitsförderung. Weinheim: Beltz Juventa, 47–62.

Wagner, Ulrike (2021): Patienten. In: Wasner, Maria / Pankofer Sabine (Hg.): Soziale Arbeit in Palliative Care. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 81–88.

Wasner, Maria (2021): Interprofessionelle Teamarbeit. In: Wasner, Maria / Pankofer Sabine (Hg.): Soziale Arbeit in Palliative Care. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 189–193.

Wegenschimmel, Maria (o.A.): Ilse Arlt - eine Pionierin der Sozialen Arbeit in Österreich. <https://www.sozialpod.com/38-ilse-arl/>

Weiss, Susanne (2020): Gesundheitsberufe in Österreich. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK).

Abkürzungen

BB	=	berufsbegleitend
bzw.	=	beziehungsweise
ECTS	=	European Credit Transfer and Accumulation System/ Europäische System zur Anrechnung, Übertragung und Akkumulierung von Studienleistungen
Ergo	=	Ergotherapie
FH	=	Fachhochschule
Gspy	=	Gesundheitspsychologie
MTD-Gesetz	=	medizin-technische Dienste Gesetz
Muth	=	Musiktherapie
MuthG	=	Musiktherapiegesetz
PsyG	=	Psycholog*innengesetz
SA	=	Soziale Arbeit
VZ	=	vollzeit
WHO	=	World Health Organization

Glossar

Empowerment	Empowerment stellt ein Handlungskonzept der Sozialen Arbeit dar. Die Stärken und Kompetenzen der Menschen werden aufgebaut und sichtbar gemacht. Empowerment ist die Wiederherstellung von Autonomie in der alltäglichen Lebensbewältigung als auch in belastenden Lebenslagen. Die selbstständige Problemlösung stellt eine Ressource dar und visualisiert die eigenen Stärken (vgl. socialnet GmbH 2022).
Lebensweltorientierung	„Eine lebensweltorientierte Soziale Arbeit orientiert sich einerseits an den AdressatInnen [Patient*innen] Sozialer Arbeit, an ihren Deutungen ihrer Lebensverhältnisse, Lebensschwierigkeiten sowie ihren Ressourcen. Andererseits bezieht sie sich auf subjektbezogene wie auch auf gesellschaftliche Bedingungen und Möglichkeiten. Im Mittelpunkt steht dabei die Stärkung der Lebensräume und der sozialen Bezüge der AdressatInnen [Patient*innen] und ihrer Ressourcen und (Selbst-)Hilfemöglichkeiten, um ihnen so einen gelingenderen Alltag zu ermöglichen“ (Füssenhäuser 2006:127).
Soziale Arbeit	„Soziale Arbeit fördert als Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen und Entwicklungen, den sozialen Zusammenhalt und die Ermächtigung und Befreiung von Menschen. Dabei sind die Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit, der Menschenrechte, der gemeinschaftlichen Verantwortung und die Anerkennung der Verschiedenheit richtungweisend. Soziale Arbeit wirkt auf Sozialstrukturen und befähigt Menschen so, dass sie die Herausforderungen des Lebens angehen und Wohlbefinden erreichen können. Dabei stützt sie sich auf Theorien der eigenen Disziplin, der Human- und Sozialwissenschaften sowie auf wissenschaftlich reflektiertes indigenes Wissen“ (IFSW 2014).

Abbildungen

Abbildung 1 systematische Literaturrecherche gemäß Bayer 2021 (Gebhardt 2023) ..	11
Abbildung 2 Bedürfnisklassen in Anlehnung an Arlt 1921 (Gebhardt 2023).....	35
Abbildung 3 Darstellung der Anzahl der Praktiker*innen der jeweiligen Berufsgruppe (vgl. BÖP 2023; vgl. Holzweber et al. 2022; vgl. ÖBM 2023; vgl. Stidl / Pollak 2023) ..	41

Tabellen

Tabelle 1 Darstellung der unterschiedlichen Abschlüsse der Musiktherapie (vgl. IMC FH Krems 2023; vgl. mdw 2023a; vgl. Musik Pädagogik Kunst Uni Graz 2023)	20
Tabelle 2 Bachelorangebot Soziale Arbeit (vgl. OBDS 2022b)	30
Tabelle 3 Masterstudiengänge Soziale Arbeit (vgl. FH Joanneum 2023; vgl. FH Kärnten 2023; vgl. FH OÖ 2023; vgl. FH Salzburg 2023; vgl. FH St. Pölten 2023b; vgl. FH Vorarlberg 2023; vgl. MCI Innsbruck 2023; vgl. OBDS 2022b)	32
Tabelle 4 Ist/Soll der gesetzlichen Regelung von Gesundheitsberufen (vgl. MuthG, vgl. PsyG, vgl. MTD-Gesetz).....	42

Anhang

In folgendem Abschnitt werden fünf Suchbegriffe, welche über die Datenbank „Google Scholar“ erhoben wurden dargestellt. (<https://scholar.google.com/>)

#	Suchbegriffe	Treffer	Datum
1	Gesundheitsberufe Österreich	7 920	20.11.2022
2	Gesundheitsberuferegister	177	20.11.2022
3	Soziale Arbeit als Gesundheitsberuf	11 400	20.11.2022
4	Gesetzliche Rahmenbedingungen von Gesundheitsberufen	6 570	20.11.2022
5	Gesundheitsberufe mit Überschneidungen zur Sozialen Arbeit	2 090	20.11.2022

9. Kraxner, Markus. "Gesundheitsberuferegister-Gesetz im Nationalrat beschlossen– Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten zu Protestaktion per E-Mail an die Mitglieder des Bundesrats aufgerufen." (2013).
10. Mitglied, Liebes. "Verbandsmitteilungen rtaustria."
11. Rappold, E., et al. "Jahresbericht Gesundheitsberuferegister 2019. 2020."
12. Rappold, Elisabeth. "Bedeutung der Registrierung: Die berufliche Qualifikation wird sicht- und überprüfbar." ProCare 23 (2018): 6-7.
13. Münster, Katharina. "Hersteller: Bald auch eHBA für Physiotherapeuten." (2022).
14. Neuer, ÖGKV-Vorstand. "12 erfolgreiche Jahre an der ÖGKV-Spitze."
15. Kienast, Verena. "Die Registrierung ist Realität." ProCare 24.5 (2019): 1-1.
16. Neuer, ÖGKV-Vorstand. "12 erfolgreiche Jahre an der ÖGKV-Spitze."
17. Kraxner, Markus. "Aufruf zur Protestaktion bezüglich des Gesetzesentwurfs für die Registrierung von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in Österreich." (2013).
18. Treinat, L., and M. Redders. "Quo vadis elektronische Kommunikation im Gesundheitswesen–Herausforderungen für die Gesundheitsämter." Das Gesundheitswesen 76.04 (2014): V63.
19. Münster, Katharina. "Erklärung zum Dashboard| Direktzugang für Therapeuten." (2022).
20. Schwamberger, Helmut, Reinhard Biechl, and Norbert Habel. "GuKG." (2018).
21. Hauser, W. "Hre 256: Maßgeblicher Zeitpunkt des Abschlusses eines berufsqualifizierenden FH-Studiums für den Familienbeihilfenanspruch." Neue@ Hochschulzeitung 2021.1 (2021): 30-33.
22. Rappold, Elisabeth, and Brigitte Juraszovich. "Erstmals ein umfassendes Bild: Die Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich." ProCare 25.3 (2020): 38-40.
23. Riedel, Monika, and Heidemarie Staffinger. "Migration und Pflegenotstand–ein altes Thema mit neuen Facetten." (2022).
24. AM, ABENDVERANSTALTUNG. "Mitteilungen des rtaustria." (2019).
25. sowie dem Wandel, Entwicklung zur Wissensgesellschaft. "Der Kompetenzbegriff in der Pflege."

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Lisa Gebhardt**, geboren am **24.09.1999** in **Wr.Neustadt**, erkläre,

1. dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der Masterthese selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Masterthese bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass die Masterthese mit der vom Begutachter bzw. der Begutachterin beurteilten Arbeit übereinstimmt (Printversion ist identisch mit der Digitalversion).

Mattersburg, 23.04.2023

A handwritten signature in black ink that reads "Lisa Gebhardt". The signature is written in a cursive style with a long horizontal stroke extending to the right from the end of the name.

Unterschrift