

ergotherapie

Fachzeitschrift von Ergotherapie Austria – Bundesverband der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs



Schwerpunkt
**Chancen-
gerechtig-
keit**

Geschlechter-
rollen in der
Ergotherapie

Gesundheit-
liche Chancen-
gerechtigkeit aus
der Public Health
Perspektive

Rückblick
Fachtagung 2026

Gleiche Therapie-
zugänge für alle

Unsere Themen für Sie

Liebe Leser*innen!



Chancengerechtigkeit ist mehr als ein gesellschaftliches Ideal – sie ist ein zentraler Auftrag der Ergotherapie. Unter dem Motto der Fachtagung 2026 von Ergotherapie Austria „Fokus Chancengerechtigkeit – ergotherapeutische Perspektiven: Handeln zwischen Ideal und Realität“ widmet sich diese Ausgabe einem Thema, das unsere tägliche Arbeit wesentlich prägt. Die explizite Zusammenfassung der Fachtagung lesen Sie im Heft.

Ergotherapeut*innen begleiten Menschen in unterschiedlichsten Lebenssituationen und setzen sich für Teilhabe, Selbstbestimmung und Handlungsmöglichkeiten im Alltag ein. Gleichzeitig zeigt sich im Berufsalltag immer wieder die Spannung zwischen dem Anspruch auf Chancengerechtigkeit und den realen strukturellen Rahmenbedingungen.

Die Beiträge dieser Ausgabe basieren auf den Vorträgen der Fachtagung 2026 und greifen aktuelle fachliche, gesellschaftliche und praxisbezogene Perspektiven auf. Ergänzend dazu gibt das Interview mit Martin Schenk, dem stellvertretenden Direktor der Diakonie Österreich, Einblicke in seine Keynote „Wege zu mehr Gesundheit und weniger Armut“. Die Artikel laden dazu ein, Erfahrungen zu reflektieren, neue Impulse mitzunehmen und die Rolle der Ergotherapie im Einsatz für Chancengerechtigkeit weiterzudenken.

Bei Fragen, Anregungen oder Kritik, schreiben Sie uns bitte an redaktion@ergotherapie.at.

*Bleiben Sie uns gewogen,
Ihre Katharina Engleder*



Alexandra Kaineder
Redakteurin
Fachzeitschrift
ergotherapie



Agnes Schwabl, MA, BA, BSc
Redakteurin
Fachzeitschrift
ergotherapie



Vanessa Reip, BSc
Redakteurin
Fachzeitschrift
ergotherapie

Information für Abo-Interessent*innen:

Die Fachzeitschrift erscheint viermal jährlich, jeweils im März, Juni, September und Dezember. „ergotherapie“ erhalten Sie zum Preis von € 25,- pro Jahr (Inland) bzw. € 45,- pro Jahr (Ausland). Nähere Information und Bestellung unter www.ergotherapie.at

Medieninhaber (Verleger), Herausgeber und Redaktion:

Bundesverband der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs, Holzmeistergasse 7-9, 1210 Wien, Tel: 01/895 54 76, Fax: 897 43 58; E-mail (Verband): office@ergotherapie.at

Offenlegung gem. § 25 Mediengesetz: Medieninhaber ist der Bundesverband der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs, Holzmeistergasse 7-9, 1210 Wien. Dem Vorstand gehören an:

Marion Hackl, DI Angela Seyss-Inquart, Theresa Gruber, Lisa Schober. Der Bundesverband der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs ist ein gemeinnütziger und nicht auf Gewinn ausgerichteter Berufsverband. Seine Aufgaben sind die Wahrnehmung, Vertretung und Förderung der Interessen seiner Mitglieder.

Redaktion: Lisa Schober, BSc, Katharina Engleder, MSc, Alexandra Kaineder, Agnes Schwabl MA, BA, BSc, Vanessa Reip, BSc

Anzeigenleitung: Lisa Martel

Grafik/Lektorat: Kurt Diesenreither, BSc

Hersteller: Marketingfabrik

Fotos: Depositfotos

Erscheinungsdaten: März, Juni, September, Dezember.

Die Redaktion nimmt gerne Anregungen entgegen. Trotz sorgfältiger Arbeitsabläufe kann es zu fehlerhaften Angaben kommen, wofür keine Haftung übernommen werden kann. Es wird darauf hingewiesen, dass die Autor*innen für den Inhalt der Beiträge verantwortlich sind.

Redaktionsschlüsse und Themen der Ausgaben

Ausgabe 1-26 01.02. Chancengerechtigkeit - Erwachsene

Ausgabe 2-26 01.05. Chancengerechtigkeit - Thema Fachtagung

Ausgabe 3-26 01.08. Chancengerechtigkeit - Kinder/Jugendliche

Ausgabe 4-26 01.11. Chancengerechtigkeit - Betagte

Möchten Sie
Autor*in werden?



Das Schwerpunktthema der Zeitschrift
ergotherapie für das Jahr 2026 lautet:
CHANGENERECHTIGKEIT

Die Themen der kommenden Ausgaben:

Chancengerechtigkeit – Kinder/Jugendliche
Chancengerechtigkeit – Betagte

Kontaktieren Sie uns am besten per Mail:
redaktion@ergotherapie.at

Seite
4**Das wird Sie interessieren**
ServiceSeite
6**Für Sie gelesen**
ServiceSeite
8**Pre-Conference von AOS zum
Thema Chancen- und Betätigungs-
gerechtigkeit***Von Johanna Abart, Larisa Baciu,
Linda Jungwirth-John und Karin
Lettner-Hauser*Seite
10**Lesecke**
ServiceSeite
11**Effizienz in der Ergotherapie:
Umgang mit Klient*innenansturm
und Wartelisten**
*ergoscience*Seite
12**Rückblick Fachtagung 2026**
*Von Agnes Schwabl*Seite
14**Occupational Therapists as Social
Change Agents: Exploring Factors
that Influence Their Actions**
*Userfriendly summary***Schwerpunkt
Chancen-
gerechtig-
keit**Seite
16**Gesundheitliche Chancen-
gerechtigkeit aus der
Public Health Perspektive**
*Von Marion Weigl und Dr. Sabine Haas*Seite
22**Ernährungsarmut im Alltag
sichtbar machen**
*Von Nataša Badstuber*Seite
24**„Wir brauchen Brot *und* Rosen“**
*Interview mit Martin Schenk*Seite
27**Geschlechterrollen in der
Ergotherapie**
*Von Barbara Bachmann*Seite
32**Wo es schwierig wird,
entstehen Möglichkeiten**
*Von Cornelia Strasser-Gugerell und
Betty Bachschwöll*Seite
36**Gleiche Therapiezugänge für alle**
*Von Hannes Außermaier*Seite
40**Handeln zwischen Ideal
und Realität**
*Von Katrin Hofer und
Karin Lettner-Hauser*Seite
42**Vom Behandelten zum
Wieder-Handeln**
*Von Agnes Schwabl*Seite
46**Berufliche Wiedereingliederung
nach Myokardinfarkt**
*Von Viktoria Mühlegger
und Ines Nagiller*Seite
51**Die letzte Seite
Adaptive Kleidung**
Von Alexandra Kaineder

Das wird Sie interessieren

➤ Brailleschrift in Österreich als UNESCO-Kulturerbe anerkannt

Vor 200 Jahren wurde die Brailleschrift von einer jungen, blinden Französin erfunden und dient bis heute in weiterentwickelter Form weltweit als Kommunikationsmittel für sehbeeinträchtigte Menschen. Aber sie ist nicht nur Kommunikationsmittel für rund 5.000 Personen in Österreich, sondern zentrales Kulturgut der Behindertenselbsthilfe und eines der verbindendsten Merkmale in der Gemeinschaft ihrer Nutzer*innen.

Seit dem 16. April 2026 zählt nun auch die Verwendung und Weitergabe der Brailleschrift zum kulturellen Erbe und findet sich im Österreichischen Verzeichnis des Immateriellen Kulturerbes der UNESCO.

„Die Brailleschrift ist für blinde und stark sehbehinderte Menschen weit mehr als ein Mittel zur Informationsaufnahme – sie ist Teil unserer Identität“, betont Dr. Markus Wolf, Präsident des BSVÖ.

Link zum Artikel:

www.bizeps.or.at/bsvoe-brailleschrift-in-oe-sterreich-als-unesco-kulturerbe-anerkannt/

Link zur Presseausendung: www.ots.at/presseausendung/OTS_20260416_OTS0055/



➤ Leitfäden „Tu was gegen Beschämung“ und „Auf Augenhöhe“

Viele Menschen mit Armutserfahrung haben Situationen erlebt, in denen sie abwertend oder schlecht behandelt wurden. Oft in Ämtern, Gesundheitseinrichtungen oder auch bei der Erstellung von Gutachten. Diese Beschämung macht nachweislich krank.

Die Plattform „Sichtbar Werden“ hat 2019 gemeinsam mit der Armutskonferenz einen Leitfaden erstellt, um diese beschämenden Situationen zu vermeiden oder besser damit umzugehen. Er setzt sich aus allgemeinen Beschreibungen und Strategien zusammen, wie gegen Beschämung vorgegangen werden kann. Ein weiterer Leitfaden befasst sich mit wertschätzendem Umgang im beruflichen Alltag der Gesundheits- und Sozialberufe. Er thematisiert unter anderem die rechtlichen Grundlagen, institutionelle Anti-Stigma Arbeit sowie einen wertschätzenden Umgang mit Patient*innen. Beide Leitfäden sind kostenlos, zusätzlich gibt es auf der Website der Armutskonferenz viele andere kostenlose Publikationen.

Zum Leitfaden:

www.armutskonferenz.at/publikationen/positionspapiere-leitfaeden-factsheets/armutskonferenz-2019-leitfaden-tu-was-gegen-beschaemung.html



➤ Warum knacken die Gelenke? Ist es gesundheitsschädlich?

Viele Menschen knacken in regelmäßigen Abständen mit ihren Fingergelenken. Oft wird dieses Knacken als schädlich bezeichnet und soll sogar Arthritis auslösen. Tatsächlich aber ist es ein normales Phänomen, das nahezu alle Gelenke im Körper betrifft und wird „Kavitation“ genannt. Wird ein Gelenk über sein normales Bewegungsausmaß hinaus gedehnt, sinkt der Druck im Inneren ab, es bilden sich Blasen in der Gelenkflüssigkeit und diese implodieren. In diversen Querschnittsstudien wurde über viele Jahre kein signifikanter Zusammenhang zwischen Gelenkknacken und Arthritis festgestellt, auch wurde keine Auswirkung auf Griffkraft oder Gelenkklaxizität nachgewiesen.

Vorsicht beim Knacken ist aber trotzdem geboten: Im Bereich der Wirbelsäule können vor allem von Therapeut*innen oder Chiropraktiker*innen induzierte Manipulationen durchaus zu Komplikationen führen.

Zum vollständigen Artikel:

www.derstandard.at/story/3000000307792/warum-knacken-die-gelenke-und-sollte-man-sich-deshalb-sorgen-machen



➤ Neue Broschüre zu bildschirmfreiem Familienalltag

Digitale Medien können soziale Erfahrungen, wie Nähe, Blickkontakt und Sprache, die Babys und Kleinkinder zum Lernen brauchen, nicht ersetzen. Schlimmer noch, bereits kurze Bildschirmzeiten oder abgelenkte Bezugspersonen können Stress auslösen und die Entwicklung beeinträchtigen. Die neue Broschüre „Bildschirmfrei von Null bis Drei“ setzt daher noch vor der eigenen Mediennutzung von Kindern an und richtet sich gezielt an Eltern und andere Bezugspersonen in den ersten drei Lebensjahren.

10 Tipps für einen bildschirmarmen Familienalltag

Die Broschüre fasst Empfehlungen zusammen:

- ein bewusster Umgang mit dem eigenen Handy
- medienfreie Zeiten und Rituale im Alltag
- gemeinsame Mahlzeiten ohne Bildschirm
- viel direkte Ansprache und Blickkontakt
- ein achtsamer Umgang mit Fotos, Videos und Privatsphäre
- klare Regeln im Zusammenleben mit älteren Geschwistern und bei Videotelefonaten

Alle Tipps sind praxisnah formuliert und lassen sich leicht in den Familienalltag integrieren.

Ergänzend zu bestehenden Elternfoldern sind noch die

Broschüren „Bildschirmfrei von Null bis Drei“ „Mama, darf ich dein Handy?“ (3–6 Jahre), „Oma, darf ich zocken?“ (6–10 Jahre) und „Papa, leg das Handy weg!“ (10–14 Jahre) erhältlich.

Weitere Informationen:

www.saferinternet.at/news-detail/bildschirm-frei-von-null-bis-drei-neue-elternbroschue-re-fuer-den-umgang-mit-digitalen-geraeten



➤ **Fahrschulautos für Rollstuhlfahrer*innen**

Eine steirische Fahrschule bietet als einzige in Österreich speziell umgebaute Autos für Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen an. Durch das sogenannte „Space-Drive-System“ können mittels Joysticks nun auch Menschen mit Beeinträchtigungen den B-Führerschein machen. Das Projekt wurde von Christina Holmes initiiert, die sich für Rechte von Menschen mit Behinderungen einsetzt. Sie sieht in der Möglichkeit ein Fahrzeug zu steuern eine Erhöhung der Selbstständigkeit und der Lebensqualität.

Zum Artikel:

<https://steiermark.orf.at/stories/3346750/>

➤ **Psychiatrische Reha für Familien**

Schon gewusst? Das Reha-Zentrum Wildbad in der Steiermark ermöglicht es psychisch erkrankten Eltern, ihre Kinder zur Rehabilitation mitzunehmen. Gerade mehrwöchige Reha-Aufenthalte stellen vor allem Eltern vor organisatorische Herausforderungen, was die Betreuung ihrer Kinder angeht. Wenige Rehaeinrichtungen ermöglichen es, Kinder auch mitzunehmen. Die Kinder werden in dieser Reha durch Fachpersonal betreut, während die Eltern ihren Therapien nachkommen können. Da die Nachfrage sehr hoch ist, gibt es lange Wartezeiten.

Weitere Informationen:

<https://www.psychreha-wildbad.at>

➤ **Welt-Parkinson-Tag am 11.04.2026**

In Österreich steigt die Zahl der an Parkinson erkrankten Menschen. Mittlerweile sind zwischen 25.000 bis 30.000 Personen betroffen. Die häufigsten Symptome von Parkinson sind Tremor, Bradykinese und Rigor. Zusätzlich deuten auch ein schlechterer Geruchssinn, Schlafstörungen oder depressive Verstimmungen auf die Krankheit hin. Anlässlich des Welt-Parkinson-Tags am 11.05.2026 wurden in einem Artikel die Fortschritte der Parkinsonforschung präsentiert. Die MedUni Graz forscht intensiv an der Verbesserung der Früherkennung dieser Krankheit und hat nun auch ein Protein identifiziert, das für das Absterben von nervenzellproduzierendem Dopamin verantwortlich ist. Neu ist, dass es nun nicht nur im Liquor, sondern auch im Blut nachgewiesen werden kann. Dies ist vor allem für die Früherkennung und somit auch für frühzeitige Therapie ein großer Durchbruch.

Zum Artikel:

<https://steiermark.orf.at/stories/3349611/>

Zur Seite der MedUni Graz:

<https://neurologie.medunigraz.at/forschung/movement-disorders>

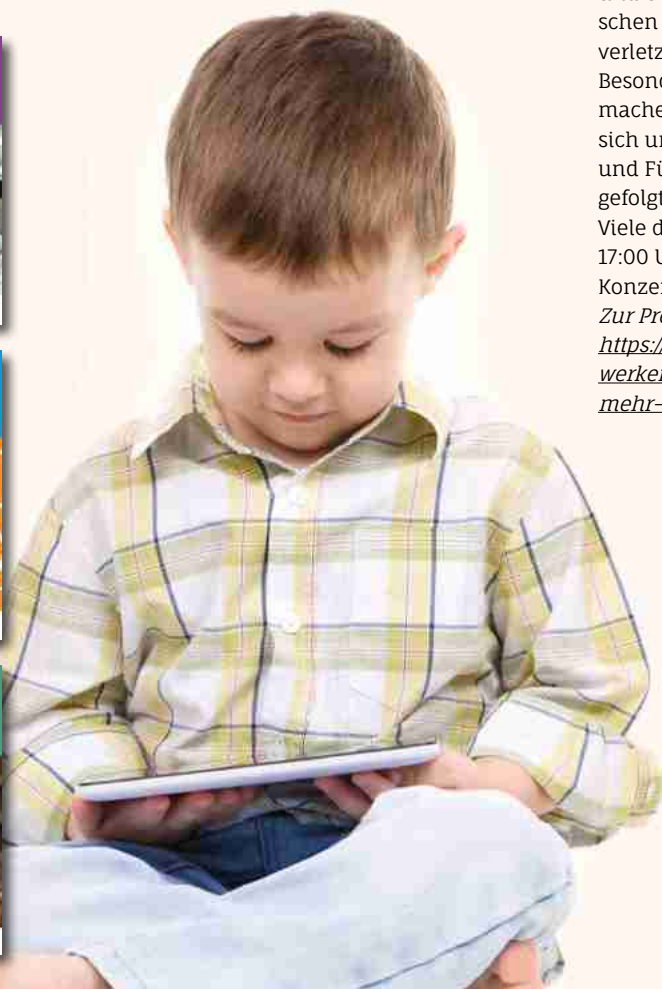
➤ **Viele Unfälle bei Gartenarbeit**

Viele unserer Patient*innen sind begeisterte Gärtler*innen. Eine Statistik des Kuratoriums für Verkehrssicherheit (KfV) zeigt, dass besonders ältere Menschen hierbei von erhöhtem Unfallrisiko betroffen sind. Zwischen März und Oktober landen jedes Jahr mehr als 18.000 Menschen im Krankenhaus, weil sie sich bei der Gartenarbeit verletzt haben.

Besonders betroffen sind Menschen über 65 Jahren, sie machen ca. 62% aller Verletzten aus. Häufig handelt es sich um Knochenbrüche oder offene Wunden an Händen und Füßen. Eine der häufigsten Unfallarten sind Stürze, gefolgt von Schnitten oder Stichen. Interessant auch: Viele der Unfälle (37%) passieren zwischen 15:00 und 17:00 Uhr, dies begründen sie vor allem mit reduzierter Konzentration und erhöhter Außentemperatur.

Zur Presseaussendung:

<https://www.kfv.at/achtung-beim-heimwerken-jaehrlich-verletzen-sich-dabei-mehr-als-10-000-menschen/>



Für Sie gelesen

Anna Battisti, Heiko Lorenzen

Pacing 2.0. Das Therapieprogramm für mehr Teilhabe und Wohlbefinden bei Post-COVID und ME/CFS. Handbuch für Therapeut:innen.

Das Buch Pacing 2.0 von Anna Battisti und Heiko Lorenzen versteht sich als praxisorientiertes Handbuch für Therapeut*innen, die mit Menschen mit der Diagnose Post-COVID-Syndrom (PCS) oder Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CFS) arbeiten. Es wird ein strukturierter Ansatz vorgestellt, der Betroffene dabei unterstützen soll, ihre Energie besser einzuteilen und Überlastungen zu vermeiden. Theorie, Praxisbeispiele und konkrete Arbeitsmaterialien greifen dabei ineinander. Zu Beginn wird eine Erklärung zu Post-COVID-Syndrom und ME/CFS gegeben. Es folgen grundsätzliche Behandlungsempfehlungen und Empfehlungen für den Umgang mit PACING 2.0. Ebenso wird der Aufbau des Programms geschildert, welches sich in drei Phasen gliedert: Phase 1 – Schaffen günstiger Ausgangsbedingungen, Phase 2 – Pacing-Strategien erproben und implementieren und Phase 3 – Evaluation und Abschluss.

Im fachlichen Kontext bietet das Buch einen zeitgemäßen Beitrag zur ergotherapeutischen Arbeit mit Klient*innen mit Long COVID und ME/CFS. Die Autor*innen beschreiben Pacing nicht



Schulz-Kirchner Verlag,
2025, 184 Seiten

Für Sie
gelesen von
Agnes Schwabl,
MA, BA, BSc

nur als Selbstmanagementstrategie, sondern als therapeutisch begleitbaren Prozess. Besonders hervorzuheben ist der ressourcenorientierte Ansatz, der Selbstwahrnehmung, Alltagsstrukturierung und individuelle Belastungsgrenzen in den Mittelpunkt stellt. Der Schwerpunkt des Buchs liegt auf der praktischen Anwendung und Patient*innenbeispielen, aber auch Hintergrundinformationen kommen nicht zu kurz. Die klare, verständliche Sprache erleichtert die Umsetzung im Praxisalltag.

Das Buch richtet sich vor allem an Therapeut*innen, eignet sich aber auch für andere Gesundheitsberufe, die ihr Wissen über Post-COVID und ME/CFS bzw. das Therapieprogramm vertiefen möchten.

Pacing 2.0 ist ein praxisnahes, gut strukturiertes Handbuch, welches Therapeut*innen ein hilfreiches Werkzeug für die Arbeit mit ihren Patient*innen an die Hand gibt und dabei unterstützt, Pacing systematisch in die Therapie zu integrieren und gemeinsam mit Klient*innen realistische Ziele zu entwickeln.

Anna Battisti, Heiko Lorenzen

Pacing 2.0. Das Therapieprogramm für mehr Teilhabe und Wohlbefinden bei Post-COVID und ME/CFS. Begleitbuch.

Das Pacing 2.0 – Begleitbuch ergänzt das gleichnamige Handbuch für Therapeut*innen, welches vor allem Fachkräfte anspricht und das theoretische Fundament sowie die strukturierte therapeutische Umsetzung des Pacing-Konzepts vermittelt. Das Begleitbuch richtet sich in erster Linie an Patient*innen, die das Pacing-Konzept im Alltag umsetzen möchten. Es ist als Arbeits- und Selbsthilfebuch konzipiert und unterstützt Menschen mit chronischer Erschöpfung, Fatigue, Long COVID, ME/CFS oder chronischen Schmerzen dabei, ihre Energie besser wahrzunehmen, einzuteilen und langfristig besser zu nutzen. Der Aufbau ist klar strukturiert und orientiert sich, wie auch das Handbuch für Therapeut*innen, an den drei Phasen: Phase 1 – Schaffen günstiger Ausgangsbedingungen, Phase 2 – Pacing-Strategien erproben und implementieren und Phase 3 – Evaluation und Abschluss.

Im fachlichen Kontext stellt das Begleitbuch ein wertvolles Instrument für die ergotherapeutische Praxis dar. Durch Reflexionsfragen, Übungen, Wochenpläne und Protokolle wird die aktive Mitarbeit der Patient*innen gefördert. Mit



Schulz-Kirchner Verlag,
2025, 176 Seiten

Für Sie
gelesen von
Agnes Schwabl,
MA, BA, BSc

dem ressourcenorientierten Ansatz, Selbstbeobachtung, und realistischer Zielsetzung, unterstützt das Buch eine klient*innenzentrierte und partizipative Therapiegestaltung. Ohne fachliche Anleitung ist das Begleitbuch nur begrenzt nutzbar. Einige Inhalte setzen ein grundlegendes Verständnis des Pacing-Konzepts voraus, das idealerweise durch therapeutische Begleitung vermittelt wird. Zudem steht die praktische Anwendung klar im Vordergrund, während wissenschaftliche Informationen bewusst in den Hintergrund treten. Das Buch eignet sich besonders für die begleitete ergotherapeutische Arbeit. Gemeinsam mit dem Handbuch für Therapeut*innen wird ein konsistenter, klient*innenzentrierter Therapieprozess ermöglicht, der sowohl fachliche Anleitung als auch aktive Selbstreflexion fördert. Besonders in der ergotherapeutischen Praxis entsteht durch die Kombination beider Werke ein klarer Mehrwert, da Intervention und Selbstmanagement sinnvoll miteinander verknüpft werden.

Für Sie gelesen

Andreas Heimer

Euch nervt's – für mich ist es sinnvoll: Neue Blickwinkel für schwierige Verhaltensweisen von wahrnehmungsbesonderen Kindern – Das Basissinn-Konzept®

Was im Alltag von Erwachsenen häufig als störendes, unverständliches oder „schwieriges“ Verhalten wahrgenommen wird, kann für wahrnehmungsbesondere Kinder eine völlig sinnvolle, ja notwendige Reaktion auf ihre sensorische Welt sein. Das Werk bietet neue Perspektiven auf Verhaltensweisen, die im schulischen, therapeutischen und familiären Umfeld regelmäßig zu Konflikten führen, und lädt dazu ein, diese nicht als Problem, sondern als Kommunikation und Ausdruck individueller Wahrnehmungsverarbeitung zu verstehen. Im Fokus steht das von Heimer entwickelte Basissinn-Konzept®, das drei zentrale sensorische Systeme beleuchtet: das taktile System, den Gleichgewichtssinn sowie die Tiefensensibilität.

Für Ergotherapeut*innen ist dieses Buch in mehrfacher Hinsicht bedeutsam. Sensorische Verarbeitungsbesonderheiten gehören zu den häufigsten Themen in der pädiatrischen Ergotherapie – sei es in der Frühförderung, der Schule, der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder der Beratung von Familien. Das Buch unterstützt Therapeut*innen dabei, das Verhalten von Kindern aus einer sensorisch-funktionellen Perspektive zu erklären und dieses Verständnis an Bezugspersonen, Lehrpersonen und andere Fachkräfte weiterzugeben.



Verlag Modernes Lernen,
Dortmund
Erscheinungsjahr: 2022

Für Sie
gelesen von
Andrea M. Hand-
schuh, MSc

Genau diese Schnittstellenarbeit – zwischen Kind, Familie, Schule und Therapie – ist ein zentrales Aufgabenfeld der Ergotherapie. Die Intention des Werkes, Verhaltensweisen neu zu rahmen (Reframing) und damit Entlastung für alle Beteiligten zu schaffen, deckt sich eng mit dem klientenzentrierten und systemischen Ansatz der Ergotherapie. Das Buch überzeugt durch seine verständliche Sprache und seinen konsequent ressourcenorientierten Blick auf Kinder mit Wahrnehmungsbesonderheiten. Es gelingt dem Autor, komplexe sensorische Zusammenhänge ohne übermäßigen Fachjargon zugänglich zu machen – ein klarer Vorteil für die interdisziplinäre Nutzung und die Elternarbeit. Kritisch anzumerken ist, dass eine vertiefte wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den zugrunde liegenden Theorien – etwa der Sensorischen Integrationstheorie nach Ayres – stellenweise ausbleibt. Der Fokus liegt klar auf dem Praxistransfer. Das Werk empfiehlt sich besonders für Ergotherapeut*innen in der Pädiatrie, Frühförderung und schulischen Inklusion, die den Alltag wahrnehmungsbesonderer Kinder besser verstehen möchten.

Lisa Holtmeier

Wortmedizin: Ungesunde Kommunikationsmuster durchbrechen und die mentale Gesundheit stärken

In ihrem Werk „Wortmedizin“ beleuchtet die Therapie- & Gesundheitswissenschaftlerin und Kommunikationsexpertin Lisa Holtmeier die tiefgreifende Wirkung alltäglicher Sprache auf das psychische Wohlbefinden. Das Buch widmet sich der Identifikation destruktiver Kommunikationsmuster – sowohl im Dialog mit anderen als auch im inneren Monolog – und bietet konkrete Strategien an, um diese zu durchbrechen und die mentale Resilienz zu stärken.

Kommunikation ist in der Ergotherapie eine grundlegende und zugleich besonders anspruchsvolle Kompetenz – denn Ergotherapeut*innen begegnen täglich einer sehr heterogenen Klientel: Kinder, ältere Menschen, Personen mit kognitiven Einschränkungen, Aphasie, Demenz oder psychischen Erkrankungen. Das jeweilige Krankheitsbild erschwert die Kommunikation dabei oft zusätzlich und stellt hohe Anforderungen an die therapeutische Beziehungsgestaltung. Genau hier setzt „Wortmedizin“ an: Holtmeiers Intention ist es, Sprache als bewusstes Interventionswerkzeug begreifbar zu machen und die Achtsam-



Verlag: Springer,
2.Auflage, Erscheinungsjahr: 2024

Für Sie
gelesen von
Andrea M. Hand-
schuh, MSc

keit für die eigene Wortwahl zu schärfen. Das Buch unterstützt Therapeut*innen darin, Klient*innen – unabhängig vom Fachbereich – dabei zu begleiten, durch veränderte Sprache Selbstwirksamkeit und mentale Resilienz zurückzugewinnen. Darüber hinaus bietet es wertvolle Impulse für die Selbstfürsorge: für die eigene psychische Gesundheit sowie für den Umgang mit Kolleg*innen und im privaten Umfeld.

Lisa Holtmeier liefert ein gut strukturiertes und praxisnahes Sachbuch, das komplexe Zusammenhänge zwischen Sprache und mentaler Gesundheit verständlich aufbereitet und durch konkrete Übungen ergänzt. Kritisch anzumerken ist, dass einige Konzepte für erfahrene Fachpersonen bereits bekannt sein dürften, dennoch bleibt der Transfer in die ergotherapeutische Praxis wertvoll. Das Werk richtet sich an Ergotherapeut*innen aller Fachbereiche, die ihre Kommunikationskompetenz und Beratungshaltung reflektieren und weiterentwickeln möchten. Ein fundierter Ausblick auf die präventive Kraft bewusster Sprache rundet das Werk ab.

Pre-Conference von AOS zum Thema Chancen- und Betätigungsgerechtigkeit

Die gute Zusammenarbeit zwischen Ergotherapie Austria und der Austrian Association of Occupational Science (AOS) wurde auch auf der diesjährigen Fachtagung deutlich sichtbar, im Rahmen derer AOS am Freitag zu einer Pre-Conference einladen durfte. Rund 40 Teilnehmende nahmen am von AOS gestalteten Programm teil.

Die Präsidentin von AOS, Ursula Costa, eröffnete die Pre-Conference gemeinsam mit dem gesamten AOS-Vorstand mit einem Plädoyer für die Handlungswissenschaften und hob die Bedeutung interdisziplinärer Perspektiven hervor, um Weiterentwicklungsprozesse auf unterschiedlichen Ebenen voranzutreiben. Marion Hackl bedankte sich in ihrer Funktion als Präsidentin von Ergotherapie Austria für die wichtige Arbeit von AOS für die Ergotherapie-Community und darüber hinaus.

Im Anschluss daran fanden zwei Workshops statt, die das Motto der Fachtagung „Chancengerechtigkeit“ bei ausgewählten Personengruppen aus der Perspektive der Handlungswissenschaften beleuchteten.

Workshop 1 „Chancengerechtigkeit für pflegende Angehörige – Herausforderungen erkennen, Handlungsspielräume erweitern“ (Larisa Baciu und Barbara Bachmann)

Pflegende Angehörige übernehmen vielfältige Aufgaben und ermöglichen es den gepflegten Personen, länger zu Hause zu leben. Obwohl sie damit eine tragende Säule des österreichischen Gesundheitssystems bilden, sehen sie sich häufig mit Belastungen und strukturellen Hürden konfrontiert, die ihre Chancengerechtigkeit beeinträchtigen (Ahrendt et al., 2018, UNECE, 2019).

Im Rahmen dieses Workshops wurden zentrale Ergebnisse einer qualitativen Studie zur Betätigungsbalance pflegender Angehöriger präsentiert, welche im Rahmen des GFF geförderten CROB Projekts am IMC Krems durchgeführt wurde (CROB, 2026). Diese dienten als Grundlage für den anschließenden gemeinsamen Austausch.

Die Teilnehmenden des Workshops wurden eingeladen, sich über praxisnahe Erfahrungen und Fragestellungen auszutauschen, um konkrete Ansatzpunkte zu identifizieren, wie Ergotherapie zur Förderung der Chancengerechtigkeit pflegender Angehöriger beitragen kann. Mithilfe der „6 3 5“-Methode (Rohrbach, 1969), einer strukturierten Kreativitätstechnik zur Ideenfindung, identifizierten sie in kürzester Zeit 174 unterschiedliche Ideen, welche auf Mikro-, Meso- und Makroebene für die Chancengerechtigkeit pflegender Angehöriger umgesetzt werden können. Die Gruppen diskutierten die verschiedenen Ideen und folgende Ergebnisse kristallisierten sich heraus:

Auf der Mikroebene wurden vor allem unmittelbare, personenbezogene Unterstützungsansätze diskutiert. Vorgeschlagen wurde die Entwicklung eines Präventionsprogramms zur Förderung der psychischen Gesundheit pflegender Angehöriger, das sowohl digital als auch im persönlichen Kontakt umgesetzt werden kann. Ziel ist es, Belastungen frühzeitig



zu begegnen und gesundheitsfördernde Strategien niederschwellig zugänglich zu machen. Ein weiterer Ansatz auf der Mikroebene war die Entwicklung einer mehrsprachigen App für pflegende Angehörige. Diese soll hilfreiche Pflegetipps bündeln, bestehende Unterstützungs-

angebote übersichtlich zusammenführen sowie Funktionen zum Zeitmanagement enthalten. Ergänzend wurden Übungen zur Förderung der Betätigungsbalance sowie regionale Chatgruppen zum Austausch mit anderen pflegenden Angehörigen vorgeschlagen. Darüber hinaus wurde das Konzept einer „Duo Versorgung“ diskutiert, bei der zwei Gesundheitsprofessionist*innen ein gemeinsames Angebot gestalten. Während beispielsweise ein*e Gesundheits- und Krankenpfleger*in mit der gepflegten Person arbeitet, kann ein*e Ergotherapeut*in parallel die*den Angehörige*n begleiten. Dadurch können mögliche Betätigungsprobleme frühzeitig erkannt und gezielt adressiert werden. Auf der Mesoebene wurden strukturelle Maßnahmen innerhalb von Organisationen und Gemeinschaften diskutiert. Ein zentrales Ergebnis war das Konzept der „Caring Community“, bei dem sich Nachbarschaften und andere pflegende Angehörige zusammenschließen, um Tätigkeiten wie Einkaufen, Kochen oder die Kommunikation mit externen Stellen aufzuteilen und sich gegenseitig zu entlasten. Zudem wurde eine Ausweitung bestehender Rehabilitationsangebote auf pflegende Angehörige als wichtiger Ansatz identifiziert, um deren gesundheitliche Situation stärker zu berücksichtigen. Ergänzend dazu wurden kostenlose, digitale Angebote zur Ergonomie und Gesundheitsförderung vorgeschlagen, die speziell auf pflegende Angehörige zugeschnitten und in mehreren Sprachen verfügbar sind.



Auf der Makroebene diskutierten die Teilnehmenden grundlegende politische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen. Vorgesprochen wurde die Einführung eines „Pflegerpass“ für pflegenden Angehörigen den Zugang zu kostenlosen gesundheitsfördernden Leistungen ermöglichen soll. Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der Verbesserung der Sichtbarkeit von Frauen sowie dem Abbau patriarchaler Strukturen. Dies soll insbesondere durch Bildung und Aufklärung erfolgen. Darüber hinaus wurde die Anerkennung von „pflegenden Angehörigen“ als eigenständige berufliche Tätigkeit mit entsprechenden sozial und krankensicherungsrechtlichen Leistungen diskutiert. Weitere zentrale Forderungen betrafen das Schließen des Gender Pay Gaps sowie die Einführung eines bedingungslosen Einkommens, um strukturelle Ungleichheiten langfristig zu reduzieren und die Existenzsicherung pflegender Angehöriger zu gewährleisten.

Workshop 2 „Bricolage als Wissenspraxis – Plurale Zugänge zu Chancen- und Beteiligungsgerechtigkeit in der Handlungswissenschaft“ (Hannes Außerraier und Linda Jungwirth-John)

Der Workshop 2 hatte einen kreativen Zugang zu den Begrifflichkeiten der Occupational Science. Hierbei setzten sich die Teilnehmer*innen mit verschiedenen Begriffen der Handlungswissenschaft vertieft auseinander und erstellten in Kleingruppen Bricolagen. Die Grundlage von Bricolage ist die Improvisation. Bei dieser Form des „wilden Bastelns“ wird mit vorhandenem Material, in diesem Fall mit Begriffen der Occupational Science sowie Zeitungen und Zeitschriften, in einem schöpferischen Prozess gearbeitet. Dieser fokussiert sich auf die Entstehung und Wirkung, in einem performativen Aspekt von Handlungen. Durch dieses „handelnde Entwerfen“, entsteht ein Dialog untereinander, mit dem Material und der Umwelt (Dicke & Fuß, 2023). Ebendies wurde bei dem Workshop von AOS gut sichtbar und spürbar. Durch den kreativen Prozess wurden sehr intensive Gespräche und Diskussionen eröffnet. Folgende Begriffe der Handlungswissenschaft wurden diskutiert:

Occupational Transition

Die Kleingruppe, die sich mit diesem Begriff auseinandersetzte, befasste sich mit Möglichkeiten, wie gewisse Transitionen im Verlauf des Lebens (z.B.: der Wechsel vom Kindergarten in die Schule, oder von der Arbeitswelt in die Pension) gut begleitet werden können. Ebenso wurde analysiert, dass im Laufe des Lebens Transitionen unterschiedlich groß sind und unterschiedlich gut begleitet werden – so gibt es im Kindergarten noch eine Eingewöhnungsphase, in der Volksschule warten aber plötzlich völlig neue Aufgaben und Rollen auf die Kinder ohne vergleichbare Vorbereitung. In dieser Gruppe wurde auch viel über Einsamkeit im Alter diskutiert, da mit Pensionseintritt häufig ein Verlust von vielen sozialen Kontakten des beruflichen Kontextes erfolgt.

Occupational Marginalisation/ Apartheid

In dieser Gruppe wurde vor allem besprochen, inwiefern sich Ergotherapie weiter in Richtung Gemeinwesen-Arbeit weiterentwickeln kann. Wie kann sich Ergotherapie mit der Gesellschaft beschäftigen und diese positiv beeinflussen? Die Bricolage wurde bewusst von Innen nach Außen gestaltet, um so die Mitte und den Rand der Gesellschaft und betroffene vulnerable Gruppen darzustellen.



Occupational Deprivation

Diese Gruppe von Teilnehmenden identifizierte nach einem regen Austausch miteinander Beispiele und Personengruppen, welche von Occupational Deprivation betroffen sind. Als Beispiel wurden Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen aufgegriffen, für die es eine Herausforderung ist, ihren Alltag allein zu bewältigen. Aufgrund von Stigmatisierung wird es gerade diesen Menschen oft zusätzlich erschwert sich Hilfe zu holen.

Occupational Disruption

Die Teilnehmer*innen dieser Gruppe haben sich damit auseinandergesetzt, inwiefern und warum Betätigungen unterbrochen werden können. Ein Beispiel, das direkt angesprochen wurde, war die Corona-Pandemie, in der Betätigungen entweder gar nicht mehr oder nur mehr verändert durchgeführt werden konnten.

Betätigungsentfremdung

Diese Kleingruppe befasste sich vor Allem mit Beispielen aus der Forensik, da eine Teilnehmerin in diesem Setting tätig war. In einem Setting, das sich stark vom gewohnten Umfeld und Alltag unterscheidet, kann es leicht zu Betätigungsentfremdungen kommen, da Personen oftmals stark eingeschränkte Auswahlmöglichkeiten oder Kontrolle über ihre Betätigungen haben und sich an die von außen vorgegebenen Rahmenbedingungen anpassen müssen.

Als Abschluss, nach der intensiven Auseinandersetzung mit den einzelnen Begriffen, präsentierte jede Kleingruppe die entstandene Bricolage und teilte die eigenen Gedanken dazu. Sehr spannend zu beobachten war der Prozess der Bricolage an sich. Aus Perspektive der Handlungswissenschaft, zeigten sich hierbei viele diverse Zugänge und Ansätze zu Handlung und den einzelnen Personen als handelnde Wesen. So waren die Ergebnisse der Diskussionen aus den Kleingruppen wie auch die Bricolagen selbst sehr unterschiedlich und spiegelten diese vielfältigen Zugänge zu Handlung wider.“

Zusammenfassung, Abschluss und Get Together

Nach der Präsentation der Ergebnisse aus den Workshops gab es noch einen Ausblick auf weitere AOS-Veranstaltungen 2026 und ein Get Together mit dem AOS-Vorstand, bei dem man sich über handlungswissenschaftliche Themen näher unterhalten konnte.

Haben wir von AOS mit diesem Beitrag Ihr Interesse hinsichtlich des Einsatzes der Occupational Science im ergotherapeutischen Praxisalltag geweckt? Schauen Sie gern auf unserer Homepage vorbei. Dort finden Sie neben Blogbeiträgen zu verschiedenen handlungswissenschaftlichen Themen und auch unsere nächsten Veranstaltungen.

AOS – Austrian Association of Occupational Science
office@austrianoccupationalscience.com

Verfasst von:
**Johanna Abart, Larisa Baciu,
 Linda Jungwirth-John und Karin Lettner-Hauser**
 für die Austrian Association of Occupational Science



NEU AM BÜCHERMARKT

PERSON

Jesko Streek, Dmitry Ayzikov
Long- und Post-Covid-Syndrom
 Springer, 2025, 65 Seiten
 ISBN: 978-3-6627-1307-5

Dr. Gunther Schmidt
Ein Date mit deinem Gehirn. Wer die Hirnwelten versteht, braucht KI nicht zu fürchten
 Kneipp, 2026, 248 Seiten
 ISBN: 978-3-7088-0885-7

UMWELT

Kristina Weber, Johannes Molz
Endgegner Großeltern? Warum es mit unseren Eltern schwierig werden kann, wenn wir selbst Kinder kriegen ... und wofür der Konflikt gut ist.
 Kneipp, 2026, 208 Seiten
 ISBN: 978-3708808710

BETÄTIGUNG

Claudia Kern (Hrsg.)
Therapeutisches Klettern und Bouldern in der Physiotherapie und Ergotherapie
 Springer, 2025, 212 Seiten
 ISBN: 9783662690338

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V., Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V., UVSD SchmerzLOS e.V. (Hrsg.)
S3-Leitlinie Schmerzmanagement bei Geriatrischen Patient:innen in allen Versorgungssettings (GeripAIN)
 2025, Langfassung 1.0, AWMF-Registernummer 145/005, <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/145-005>

Sybille Albrecht
Als der Schmetterling seine Farben verlor. Ein Kinderbuch für unter Depressionen leidende Kinder. Mit Arbeitsblättern für Therapeuten und Ärzte
 verlag modernes lernen, 2026, 134 Seiten
 ISBN: 978-3808009789

NEU IN DER VERBANDSBIBLIOTHEK

PERSON

Marilyn Cole, Jennifer Creek
Global perspectives in professional reasoning
 SLACK Incorporated, 2016, Buchnummer: 801110

Andreas Heimer, Patrick Schoden
Hoppla und Juchhu. Was mir passiert und euch nervt... für mich aber sinnvoll ist. Wie sich Wahrnehmungsbesonderheiten auf Verhalten auswirken
 verlag modernes lernen, 2024, Buchnummer: 801155

UMWELT

Kathrin Habermann
Medienkompetenz bei Jugendlichen. Ein Guide für einen verantwortungsvollen Umgang mit Social Media, Gaming und Co.
 Springer, 2024, Buchnummer: 801143

Nenad Glumbic, Mirjana Dordevic, Branislav Brojcin
Digitale Inklusion von Personen mit Autismus-Spektrum-Störung
 Springer, 2025, Buchnummer: 801144

BETÄTIGUNG

Mirjam Schäfer
Grundlegende Technik trainieren. Transfer Rollstuhl – Bett
 Thieme, ergopraxis, 2025, 18(07/08): 34-37, Buchnummer: 801134

Florentina van Ginneken
Gelenkschutz. Prävention, Beratung, Therapie
 Thieme, 2025, Buchnummer: 801146

Andrea Moser
Die Handtherapie. Behandlungsstrategien für die Ergotherapie und Physiotherapie
 Springer, 2025, Buchnummer: 801150

Die Verbandsbibliothek umfasst Bücher, Artikel aus abonnierten Journals und Fachzeitschriften, User-friendly Summaries, Abstracts von Bachelorarbeiten, aber auch elektronische Volltextdokumente aus allen Fachbereichen und ist ein besonderes Service für unsere Mitglieder. Die Entlehnordnung finden Sie unter: https://user.ergotherapie.at/sites/default/files/downloads/Entlehnordnung_Bibliothek.pdf



Zur Orientierung:  Journal Artikel  Buch



Gebhard, A., Kleinwächter, D., Radermacher, F., Thelen, H., & Zillhardt, C. (2026)

Effizienz in der Ergotherapie: Umgang mit Klient*innenansturm und Wartelisten

ergoscience, 21(1), 14-21. <https://doi.org/10.2443/skvs-2026-54020260102>

Ambulante Ergotherapie-Praxen erleben seit Jahren einen deutlichen Klient*innenansturm – mit Wartezeiten von teils mehreren Monaten bis zu über einem Jahr. Die Studie „Effizienz in der Ergotherapie: Umgang mit Klient*innenansturm und Wartelisten“ zeigt, wie Ergotherapeut*innen aktuell mit dieser Situation umgehen, welche ethischen Dilemmata dabei entstehen und wo evidenzbasierte Konzepte fehlen.

Wie wurde vorgegangen?

Untersucht wurde der Umgang mit Wartelisten in ambulanten Praxen in Deutschland mittels eines Mixed-Methods-Designs. 359 Personen (Praxisinhabende, Leitungskräfte und Angestellte) nahmen an einer Online-Befragung teil, ergänzt durch fünf semistrukturierte Interviews. Die quantitativen Daten wurden deskriptiv ausgewertet, die offenen Antworten und Interviews in einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring in Kategorien wie Wartelistenmanagement, Ressourcen- und Personalmanagement, ethische Aspekte und Stressbelastung strukturiert.

Was sind die Ergebnisse?

In fast allen Einrichtungen wird eine Warteliste geführt (95 %), die sich bei 78 % in den letzten Jahren verlängert hat. Mehr als die Hälfte der Praxen (54 %) berichtet Wartezeiten von drei bis zwölf Monaten. In der Praxis dominieren pragmatische Priorisierungen: „First come – first serve“, bestimmte Diagnosen, akute Situationen (z.B. postoperativ, psychische Krisen, vor Einschulung), zurückkehrende Klient*innen, zeitliche Flexibilität, Hausbesuchsrouten oder die speziellen Kompetenzen einzelner Therapeut*innen. Diese Verfahren sind jedoch kaum systematisch begründet und nicht evidenzbasiert. Die Interviews zeigen zudem eine hohe emotionale Belastung: Entscheidungen werden als „Triage-Situation“ erlebt, Unsicherheit und schlechtes Gewissen sind häufig – bei gleichzeitig steigenden Erwartungen von Klient*innen und Zuweisenden.



Was heißt das für die Ergotherapie-Praxis?

Die Studie macht deutlich: Wartelistenmanagement ist nicht nur Organisation, sondern eine zentrale berufsethische Aufgabe der Ergotherapie. Ohne klare, transparent kommunizierte Kriterien geraten Teams in belastende Entscheidungssituationen, und Klient*innen erleben Entscheidungen als wenig nachvollziehbar.

Nur ein Einblick

Diese Zusammenfassung bietet nur einen ersten Einblick! Die ganze Studie zeigt u.a. internationale Modelle zum Wartelistenmanagement auf, die auch im deutschsprachigen Raum als evidenzbasierte, digital gestützte Konzepte zur Priorisierung und Terminierung erprobt werden können.

Neugierig geworden?

Hier geht es zur vollständigen Studie!

<https://www.skvshop.de/ergotherapie/ergoscience-2026-ausgabe-1-beitrag-2-5-40-2026-01-02.html>

Sara Mohr, MSc
Chefin vom Dienst
s.mohr@schulz-kirchner.de



Rückblick Fachtagung 2026

Die diesjährige Fachtagung von Ergotherapie Austria zum Thema „Fokus Chancengerechtigkeit – ergotherapeutische Perspektiven: Handeln zwischen Ideal und Realität“ fand von 20. bis 21. März 2026 in Wien statt. Die Teilnehmenden erwartete ein vielseitiges und inhaltlich dichtes Programm, das die Komplexität des Themas aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchtete.

Bereits im Vorfeld zeigte sich die Vielschichtigkeit des Schwerpunkts: Aufgrund der thematischen Breite und des großen Interesses seitens der Vortragenden stellte die Programmgestaltung eine besondere Herausforderung sowie eine organisatorische Meisterleistung dar. Ziel war es, die unterschiedlichen Facetten von Chancengerechtigkeit in der Ergotherapie sichtbar zu machen und Raum für fachlichen Austausch zu schaffen.

Während die offizielle Fachtagung am Freitagmittag eröffnet wurde, starteten die Funktionär*innen bereits am Donnerstag mit einem vorbereitenden Workshop mit Dr.ⁱⁿ Sabine Haas und DI Marion Weigl (GÖG) zum Thema „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit“.



Die **Eröffnung am Freitag** erfolgte durch ein berufspolitisches Impulsreferat sowie zwei Keynotes: Dr.ⁱⁿ Sabine Haas stellte in „Leaving no one behind: Gesundheitliche Chancengerechtigkeit im Fokus“ zentrale gesundheitspolitische Herausforderungen dar, während Martin Schenk (Diakonie Österreich) in seinem Vortrag „Die Blume der Gerechtigkeit“ gesellschaftliche Ungleichheiten und deren Auswirkungen auf Gesundheit thematisierte.

In der anschließenden Podiumsdiskussion mit Sabine Haas, Marion Hackl, Josef Kandlhofer (SVS) und Martin Schenk wurde deutlich, dass Chancengerechtigkeit eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, die strukturelle Veränderungen ebenso erfordert wie interprofessionelle Zusammenarbeit.



Karim El-Gawhari beleuchtete globale Zusammenhänge und Krisendynamiken



Am **Freitagnachmittag** boten parallele Vortragsblöcke die Möglichkeit zur individuellen Schwerpunktsetzung. Die Themen reichten von der historischen Entwicklung von Geschlechterrollen in der Ergotherapie über innovative Ansätze wie Extended Reality zur Vermittlung von Klima- und Gesundheitskompetenzen bis hin zu Fragen der Occupational Justice auf europäischer Ebene. Praxisnahe Beiträge beleuchteten unter anderem Co-Creation-Prozesse mit Senior*innen, Kooperationen mit Non-Profit-Organisationen sowie ergotherapeutische Arbeit im Kontext von Strafvollzug und gesellschaftlicher Reintegration. Der **Samstag** startete mit parallel geführten Workshops und interaktiven Formaten wie „Walk & Talk“, die den fachlichen Austausch weiter vertieften. Inhaltlich standen insbesondere marginalisierte Gruppen im Fokus: Beiträge thematisierten unter anderem ergotherapeutische Arbeit mit Menschen mit Fluchterfahrung, Perspektiven aus Flüchtlingslagern, gender- und diversitätssensible Ansätze sowie die Begleitung von Trans*personen. Auch Fragen der Inklusion und Teilhabe über die gesamte Lebensspanne wurden aufgegriffen. So wurden beispielsweise ergotherapeutische Beiträge zur beruflichen Integration von Menschen mit Down-Syndrom, zur Förderung von Neurodiversität in der

Agnes Schwabl,
Redakteurin
Fachzeitschrift
ergotherapie



Kinder- und Jugendarbeit sowie zu queerefreundlicher Praxis diskutiert.

Ein **besonderes Highlight** bildete die internationale Perspektive am Samstag: In der Keynote von Karim El-Gawhari wurden globale Zusammenhänge und Krisendynamiken beleuchtet, während der anschließende Roundtable mit internationalen Vertreter*innen der Ergotherapie, darunter Samantha Shann (Immediate Past President WFOT), Anu Söderström (President COTEC) und Frank Kronenberg (Initiator OTs4GoodGovernance), den Stellenwert politischen Engagements für Chancengerechtigkeit diskutierte.

Am Nachmittag vertieften weitere Vorträge die Thematik anhand konkreter Praxisbeispiele, etwa zur Chancengerechtigkeit im schulischen Kontext, zur Unterstützung von Familien mit erhöhtem Therapiebedarf oder zu Projekten wie „Young Carers Österreich“. Ergänzt wurde das Programm durch Posterpräsentationen und Beiträge zu strukturellen Herausforderungen wie dem Zugang zu Therapieplätzen und der Bedeutung von Kassenverträgen. Im Rahmen der Posterpräsentationen wurde das Poster zum Projekt „Leichtgekocht.at“ des Studiengangs Ergotherapie am IMC-Krems ausgezeichnet, welches österreichische Rezepte in einfacher Sprache zugänglich macht.

Den **fachlichen Abschluss** bildete die Keynote von Frank Kronenberg unter dem Titel „Hospitalität – Handeln zwischen Ideal und Realität“, die die zentrale Frage der Tagung nochmals aufgriff: Wie kann es gelingen, Chancengerechtigkeit nicht nur als Ideal zu formulieren, sondern im beruflichen Alltag konkret umzusetzen?

Die Fachtagung 2026 machte deutlich, dass Ergotherapie eine zentrale Rolle in der Förderung von Chancengerechtigkeit einnimmt – sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene. Gleichzeitig wurde sichtbar, dass es weiterhin struktureller Veränderungen bedarf, um allen Menschen gleichberechtigte Teilhabe zu ermöglichen.

Wir freuen uns bereits auf die Fachtagung 2027, die auf Grund der Komplexität und Bedeutung der Thematik wieder unter dem Titel „Chancengerechtigkeit“ stehen wird.



Occupational Therapists as Social Change Agents: Exploring Factors that Influence Their Actions

Autor*innen

Jessica Picotin, Michaël Beaudoin, Sandrine Hélie, Ann-Elisabeth Martin, Annie Carrier

Quelle

Canadian Journal of Occupational Therapy, 2021, Vol. 88(3), S. 231–243. DOI: 10.1177/00084174211022891

Ziel der Studie

Ergotherapeut*innen sind ethisch gefordert, als Social Change Agents (SCA) – Akteure des sozialen Wandels – zu agieren, um Occupational Justice und soziale Inklusion vulnerabler Gruppen zu fördern. Da bisher kaum empirische Evidenz zu den Einflussfaktoren dieser Rolle vorlag, explorierte diese Studie persönliche und umweltbezogene Faktoren aus der Perspektive erfahrener, als SCA erfolgreich anerkannter Ergotherapeut*innen in Québec.

Studiendesign

Es wurde ein deskriptiv-interpretatives qualitatives Design angewandt. Der Gesamtzeitraum der Studie erstreckte sich von Jänner 2019 bis März 2020; die eigentliche Datenerhebung fand von Juni bis Oktober 2019 per Zoom-Videokonferenz statt.

Methodik

Drei semi-strukturierte Fokusgruppen-Interviews (je ca. 2 Stunden) wurden auf Basis eines Interviewleitfadens durchgeführt, der am Model of Human Occupation (MOHO) orientiert war und vier Themenbereiche umfasste: (1) intrinsische Eigenschaften, (2) erforderliche Fertigkeiten, (3) angewandte Strategien und (4) Umweltfaktoren.

Analyse

Zwei studentische Forschungsteams kodierten die transkribierten Interviews in drei iterativen Runden mithilfe eines gemeinsam entwickelten Code-Lexikons. Die Forschungssupervisorin validierte die Analysen nach jeder Runde, um Nachvollziehbarkeit und Bestätigbarkeit zu gewährleisten.

Ein- und Ausschlusskriterien

Einschluss:

- Mitglied des Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ)
- Französischsprachig
- Zugang zu Videokonferenztechnologie
- Abschluss eines Veränderungsprojekts mit signifikanter Wirkung auf eine Gruppe oder Population (z.B. erhöhter Zugang zu Versorgung, reduzierte Marginalisierung)

Ausschluss:

Nicht-Erfüllung eines oder mehrerer Einschlusskriterien oder terminliche Nichtverfügbarkeit zu den festgelegten Fokusgruppen-Terminen.



Teilnehmer*innen

Von 33 Interessierten erfüllten 25 die Einschlusskriterien; 19 waren terminlich verfügbar. Nach einem technischen Ausfall bestand die finale Stichprobe aus 18 Ergotherapeut*innen aus Québec, aufgeteilt auf drei Fokusgruppen (7, 6 und 5 Personen). Den soziodemografischen Fragebogen beantworteten 13 der 18 Teilnehmer*innen (72,2 %), auf deren Angaben sich folgende Daten beziehen:

Geschlecht: 92,3 % Frauen (n = 12)

- Altersgruppe: 35–44 Jahre am stärksten vertreten (46,2 %, n = 6)
- Berufserfahrung: 38,5 % hatten 11–20 Jahre Erfahrung (n = 5); 30,8 % über 21 Jahre
- Zusatzqualifikationen: 92,3 % verfügten über mindestens einen weiteren Abschluss jenseits des Grundstudiums (n = 12)
- Fortbildung zur SCA-Rolle: 38,5 % hatten dazu spezifische Weiterbildungen absolviert (n = 5)

Die Veränderungsprojekte der Teilnehmer*innen umfassten u.a. die Schaffung gemeindenaher Dienste (22 %), die Förderung der Ergotherapie in wenig bekannten Bereichen (17 %), die Änderung klinischer Protokolle im öffentlichen System (22 %) sowie präventive Strategien in Zusammenarbeit mit Behörden (17 %).

Ergebnisse

Die Studie identifizierte neun persönliche Querschnittsfaktoren sowie elf Umweltfaktoren, gegliedert in sechs Themengruppen, die die Wirksamkeit von SCAs fördern oder hemmen können.

Persönliche Faktoren

Jeder Faktor vereint intrinsische Eigenschaften, erlernbare Fertigkeiten und strategisches Handeln:

- Adaptivität/Flexibilität: Projekte an neue Anforderungen und das Tempo der Stakeholder anpassen
- Vertrauen in die eigene Expertise: Selbstvertrauen, intuitionsgeleitetes Handeln und evidenzbasierte Wissenserweiterung
- Gezielte Kollaboration: Allianzbildung, diplomatisches Konfliktmanagement und Netzwerkaufbau inkl. Mentoring
- Entdeckungsfreude: Risikobereitschaft, Kreativität und Innovationsbereitschaft

- Effektive Kommunikation: Überzeugungskraft, aktives Zuhören und adaptiver Medieneinsatz
- Beobachtung/Analyse: Ganzheitliche Situationsanalyse und kontextuelles Wissen
- Planung: Rigorose Arbeitsorganisation, Zeitmanagement und schriftliche Projektstrukturierung
- Positivismus: Optimismus, Ausdauer, Altruismus und Resilienz gegenüber Rückschlägen
- Reaktivität: Proaktives Ergreifen von Gelegenheiten und kreativer Umgang mit Ressourcenmangel

Umweltfaktoren (sechs Themengruppen mit insgesamt elf Einzelfaktoren)

- Berufsentwicklung: Stärkere Verankerung der SCA-Rolle in Aus- und Fortbildung vs. mangelnde gesellschaftliche Bekanntheit der Ergotherapie
- Makrosystem: Günstige politisch-rechtliche Rahmenbedingungen vs. gesellschaftlicher Widerstand gegenüber Veränderungen
- Mesosystem: Übereinstimmung der Organisationswerte mit der SCA-Rolle und proaktive Patient*innengruppen als Ressource
- Mikrosystem: Unterstützung durch das unmittelbare Team und direkte Vorgesetzte vs. unkooperatives Arbeitsumfeld
- Organisationskultur: Dezentrale Strukturen mit flachen Hierarchien beschleunigen Veränderungsprozesse
- Ressourcen: Verfügbarkeit von Finanzmitteln, Expertise, Zeit und diversifizierten Kommunikationskanälen

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass effektives Handeln als SCA eine bewusste Introspektion erfordert: Ergotherapeut*innen sollten zunächst die eigenen Stärken und Charakteristika reflektieren und dann Projekte wählen, die diese als Hebel nutzen. Schwä-

chen können durch gezielte Kooperationen ausgeglichen werden – etwa durch die Einbindung kommunikationsstarker Kolleg*innen.

Während Fertigkeiten und Strategien lehrbar sind, unterliegen intrinsische Eigenschaften einer variableren Veränderbarkeit. Dennoch können auch diese durch Reflexion bewusst eingesetzt werden. Die Ergebnisse liefern empirische Unterstützung für die Relevanz einer stärkeren Integration der SCA-Rolle in ergotherapeutische Curricula und Fortbildungsangebote – sowohl in der Grundausbildung als auch in der kontinuierlichen beruflichen Entwicklung.

Hinsichtlich der Umweltfaktoren betonen die Autor*innen, dass SCAs diese systematisch analysieren sollten, um Hindernisse zu überwinden und Chancen zu nutzen. Da sich Umweltparameter verändern, muss das Handeln fortlaufend angepasst werden.

Limitierungen

- Regionale Begrenzung der Stichprobe auf frankophone Ergotherapeut*innen in Québec schränkt die Übertragbarkeit ein
- Das Fokusgruppen-Format kann soziale Erwünschtheit begünstigen und kontroversere Einzelperspektiven abschwächen
- Die stärkere Gewichtung persönlicher Faktoren im Interviewleitfaden (MOHO-basiert) könnte die Tiefe der erfassten Umweltfaktoren begrenzt haben
- Aus Datenschutzgründen war keine detaillierte Beschreibung der Projektkontexte möglich

5 Schlagwörter

Social Change Agent · Advocacy · Berufliche Kompetenzen · Occupational Justice · Ergotherapeutische Ausbildung

Zusammengefasst von
Andrea M. Handschuh, MSc

Lesen und Klima schützen!

Fachzeitung online

Sie können die Fachzeitschrift „ergotherapie“ auch umweltschonend digital lesen!

Es ist möglich, die Zeitung online via E-Mail anstatt per Post in gedruckter Form zu erhalten.



Bitte gehen Sie dazu auf der Website von Ergotherapie Austria in den Mitgliederbereich und wählen Sie unter



Mitglieder Info-Point Abo ändern Zeitschrift per E-Mail *und* speichern diese Option.



Gesundheitliche Chancengerechtigkeit aus der Public Health Perspektive

ABSTRACT

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bedeutet, dass jeder Mensch unabhängig von Herkunft, Geschlecht, sozialem Status etc. eine Chance auf gute Gesundheit hat. Dies ist nicht nur ein Menschenrecht, sondern auch in verschiedenen internationalen und nationalen Strategien verankert. Gesundheitliche Ungleichheit ist, abgesehen von biologischen Faktoren, wesentlich durch soziale Faktoren bedingt und kann damit als unfair bezeichnet werden. Sie ist aber auch mit hohen sozialen und sozioökonomischen Kosten verbunden. Verschiedene Analysen zeigen gesundheitliche Unterschiede nach Bildungsstatus und Einkommen, auch für Österreich. Diese Ungleichheit hat sich im letzten Jahrzehnt noch verstärkt.

Verschiedene Strategien wollen zu einer Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit beitragen, wie z.B. die Gesundheitsziele Österreich. Besonders erfolgversprechend ist der „Proportionate Universalism“, da durch eine Kombination von an die gesamte Bevölkerung gerichteten Maßnahmen mit je nach Bedarf abgestuften weiterführenden Maßnahmen Diskriminierung und Stigmatisierung verhindert werden. Aufsuchende und niederschwellige Tätigkeiten direkt in der Lebenswelt eignen sich gut, um sozial bzw. sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu erreichen. Des Weiteren liegt ausreichend Evidenz vor, die die Bedeutung der frühen Kindheit und von Zwei-Generationen-Programmen in Bezug auf die Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit aufzeigt.

Die *Frühen Hilfen* in Österreich können als ein Beispiel für eine Maßnahme dargestellt werden, die langfristig explizit zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit beitragen soll. Das Konzept sieht eine aufsuchende, kostenlose und bedarfsgerechte Familienbegleitung vor, die bei Bedarf zu einem breiten Unterstützungsspektrum aus verschiedenen Bereichen vermittelt. Ein Netzwerkmanagement sorgt für Koordination und Kooperation zwischen diesen Angeboten. Evaluationen und die Daten des Dokumentationssystems zeigen, dass sozial und sozioökonomisch benachteiligte Familien sehr gut erreicht und Verbesserungen in vielen Dimensionen erzielt werden.

AUTORINNEN



DI Marion Weigl

Abteilungsleiterin und seit 1.1.2026
Leiterin des NZFH.at



Dr. Sabine Haas

Senior Health Expert und bis 31.12.2025
Leiterin des NZFH.at

Alle: Gesundheit Österreich GmbH, Wien; www.goeg.at
Kontakt: marion.weigl@goeg.at

Was ist mit gesundheitlicher Chancengerechtigkeit gemeint?

Wie bereits in der Berufspolitikbeilage der Ausgabe Nr. 4/2025 von Ergotherapie Austria ausgeführt, sollen durch die Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit (engl. health equity) unfaire und vermeidbare gesundheitliche Unterschiede verringert bzw. verhindert werden. Vermeidbar sind insbesondere jene gesundheitlichen Ungleichheiten, die nicht, wie beispielsweise der unterschiedliche Gesundheitsstatus von Kindern im Vergleich zu alten Menschen, durch biologische, sondern durch sozioökonomische bzw. soziale Unterschiede begründet sind. Die Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit sollte aber auch die spezifische Unterstützung von Menschen mit „biologischen“ Nachteilen (z.B. angeborene Krankheiten oder Behinderung, Entwicklungsstörungen etc.) beinhalten, damit ihre gesundheitlichen Nachteile nicht weiter verstärkt werden.

Warum ist gesundheitliche Chancengerechtigkeit wichtig?

Jeder Mensch hat das Recht auf Gesundheit und gesellschaftliche Teilhabe. Das ist grundsätzlich in den Menschenrechten verankert, aber auch als Ziel der Gesundheitsziele Österreich formuliert. Das Gesundheitsziel 2 lautet „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit für alle Menschen in Österreich sicherstellen“ (BMGF, 2012)¹. Auch die Agenda 2030 für Nachhaltige Entwicklung der Vereinten Nationen definiert „Leave no one behind“ als Leitmotiv der 17 Nachhaltigkeitsziele; zudem bezieht sich ein Ziel explizit auf „Weniger Ungleichheiten“ (Rava und Kurbiel, 2020)². Gesundheitliche Ungleichheiten sind mit hohen sozialen und ökonomischen (Folge-) Kosten für die betroffenen Menschen aber auch die

¹ Mehr unter: <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/> (abgerufen am 23.3.2026)

² Mehr unter: <https://www.jointsdgfund.org/article/leave-no-one-behind> (abgerufen am 23.3.2026)

Gesellschaft verbunden (z.B. langfristig (Folge-)Kosten im Gesundheits- und Sozialsystem, im Bildungssystem, Wertschöpfungsverlust etc.). Die Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit ist daher von breitem gesellschaftlichem und politischem Interesse bzw. Nutzen.

Was verursacht gesundheitliche Ungleichheit?

Der sozioökonomische Status (d.h. soziale und ökonomische Einflussfaktoren wie Einkommen, Bildung, Erwerbsstatus) nimmt wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit von Einzelnen, von Gemeinschaften und der Gesamtbevölkerung. Der Zusammenhang von sozioökonomischem Status und Gesundheit ist sehr gut belegt und folgt einem sogenannten „sozialen Gradienten“ (Marmot, 2010; WHO, 2013). Dies bedeutet, dass nicht nur stark benachteiligte Gruppen eine schlechtere Gesundheit aufweisen, sondern es einen systematischen Zusammenhang quer durch alle Bevölkerungsgruppen gibt - je niedriger der sozioökonomische Status, desto schlechter sind die gesundheitlichen Chancen einer Person. Zudem gibt es Wechselwirkungen: Soziale bzw. sozioökonomische Ungleichheit ist eng verbunden mit gesundheitlicher Ungleichheit, gesundheitliche Ungleichheit führt wiederum zu sozialer/sozioökonomischer Ungleichheit (WHO, 2010).

Mehrere Erklärungs- bzw. Wirkmodelle beschreiben und veranschaulichen diese Zusammenhänge. Das Modell von Mielck beispielsweise verdeutlicht, dass zum einen soziale Ungleichheit zu Unterschieden in den gesundheitlichen Belastungen, den zur Verfügung stehenden Bewältigungsressourcen wie auch der gesundheitlichen Versorgung führen. Diese wirken direkt, aber auch über (ebenfalls durch die ungleichen Ressourcen mitverursachten) Unterschiede in gesundheitsrelevanten Lebensstilen auf Gesundheit und tragen zu gesundheitlichen Ungleichheiten bei, die wiederum in steigender sozialer Ungleichheit resultieren.



Abb. 1: Ursachen soziale Ungleichheit
 Quelle: Mielck, 2002 (<https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/ueber-uns/hintergruende-daten/soziale-lage-und-gesundheit-ursachen/>), Darstellung: GÖG

Gesundheit bzw. Krankheit ist kein punktuell Ergebnis. Die Lebenslaufperspektive (eng. life course approach) bietet einen Rahmen, um zu verstehen, wie die sozioökonomischen Determinanten die Gesundheit im Lebensverlauf von der Geburt bis ins hohe Alter beeinflussen. Es geht um ein Bündel von Faktoren (Belastungen und Ressourcen, Risiko- und Schutzfaktoren), die in Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter wirken und sich gegenseitig verstärken oder abschwächen, wobei die (frühe) Kindheit als kritische Phase gilt. Spezifische Public-Health-Forschung zeigt, dass sozioökonomischer Status und Lebenssituation als Kind die Gesundheit im Erwachsenenalter prägen (Dragano et al., 2009). Sozioökonomisch benachteiligte Menschen haben in jedem Lebensalter ein deutlich höheres Risiko, ernsthaft zu erkranken

oder vorzeitig zu sterben, wie Menschen mit einer höheren Bildung und/oder sozialem Status. Sie sind zudem auch stärker von negativen Auswirkungen der aktuellen Krisen (wie Pandemien, Haas et al., 2021; Klimakrise; Inflation) betroffen, was wiederum gesundheitliche Ungleichheiten verschärft. Wichtig ist auch noch eine intersektionale Perspektive – diverse soziale Kategorien beeinflussen sich gegenseitig und führen zu komplexen/überlappenden Erfahrungen sozialer Ungleichheit/Diskriminierung; d.h. die Betroffenheit von mehreren Benachteiligungsmerkmalen verstärkt Vulnerabilität und Ungleichheit (WHO, 2010).

Wie zeigt sich gesundheitliche Ungleichheit in Österreich?

Die bestehenden gesundheitlichen Ungleichheiten zeigen sich in Österreich bei sehr vielen Analysen. Die im Rahmen der – etwa alle 5 Jahre von Statistik Austria als Repräsentativstudie durchgeführten – Gesundheitsbefragung (Klimont & Prammer-Waldhör, 2020) erhobenen Daten zeigen, dass Menschen mit höherem Einkommen bzw. mehr formaler Bildung ihren Gesundheitszustand besser einschätzen als Menschen mit niedrigem Einkommen bzw. wenig formaler Bildung. Die Unterschiede zwischen den Gruppen folgen dabei einem sehr klar erkennlichen sozialen Gradienten.

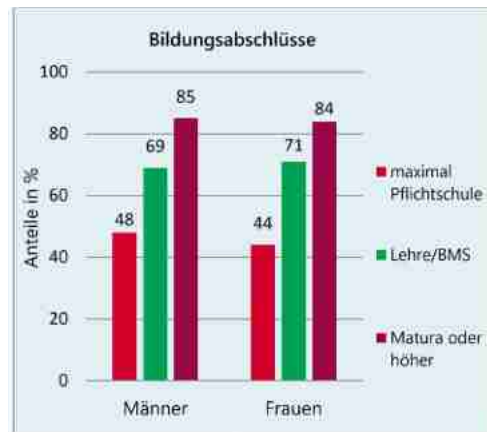


Abb. 2: Selbsteingeschätzte (sehr) gute Gesundheit nach Bildung, 2019

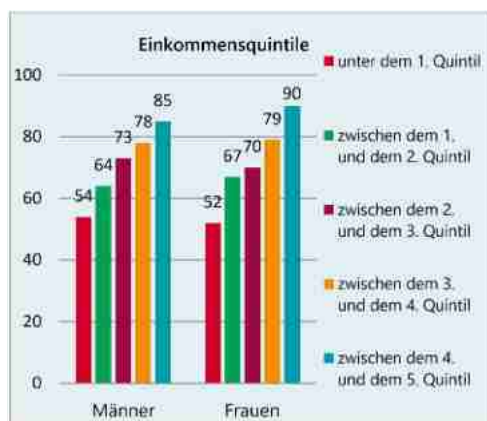


Abb. 3: Selbsteingeschätzte (sehr) gute Gesundheit nach Einkommensquintilen, 2019
 Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Ein ähnliches Bild zeigt die spezifische Analyse der Daten der Gesundheitsbefragung auch bei chronischen Erkrankungen. So geben beispielsweise Menschen aus dem untersten Einkommensquintil deutlich häufiger an, an Diabetes, Depression und Rückenschmerzen zu leiden als jene im obersten

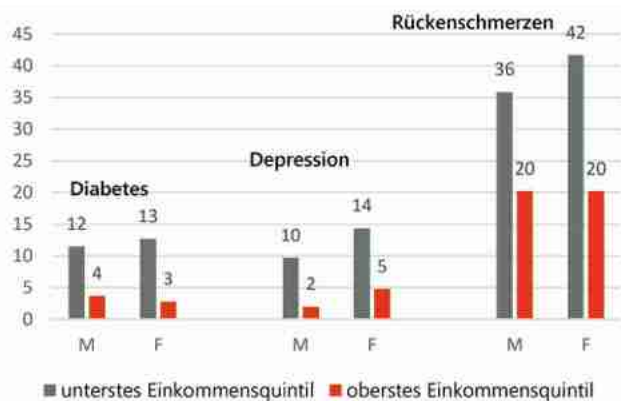


Abb. 4: Ausgewählte chronische Erkrankungen nach Einkommensgruppen, 2019. Zwölf-Monats-Prävalenz; bei Diabetes und Depression ärztlich diagnostiziert; Bevölkerung ab 30 Jahre.

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Im Rahmen der seit 2021 vierteljährlich durchgeführten Panelstudie „So geht's uns heute“ wurde 2022 ein Themenschwerpunkt auf Wohlbefinden und Gesundheit gelegt (Mühlböck et al., 2023). Auch hier finden sich deutliche gesundheitliche Ungleichheiten nach sozioökonomischen Status, beispielsweise im Hinblick auf gesundheitliche Einschränkungen nach Bildungsgruppen.



Abb. 5: Gesundheitliche Einschränkungen im Alltag nach Bildung, 2021-22
Quelle: STATISTIK AUSTRIA, „So geht's uns heute“ (Welle 1: Q4/2021, Welle 2: Q1/2022, Welle 3: Q2/2022, Welle 4: Q3/2022); GÖG-eigene Darstellung

Analysen der EU-SILC-Daten von EuroHealthNet und CHAIN zeigen wiederum, dass sich gesundheitliche Ungleichheit in Österreich im letzten Jahrzehnt nicht verringert, sondern im Gegenteil zugenommen hat (Wagenführ, 2025; EuroHealthNet & CHAIN, 2025). Menschen mit viel formaler Bildung nahmen ihren gesundheitlichen Zustand im Jahr 2024 im Vergleich zu 2014 als besser wahr, während sich bei Menschen mit wenig formaler Bildung das Gegenteil zeigte. Die Wahrscheinlichkeit einer Person mit wenig formaler Bildung, die eigene Gesundheit als schlecht einzuschätzen, war 2024 fast dreimal so hoch wie bei einer Person mit viel formaler Bildung.

Die Auswirkungen von schlechterem sozioökonomischem Status auf die Gesundheit zeigt sich schon im Kindesalter. Laut einer Befragung der Volkshilfe (in Kooperation mit der

österreichischen Ärztekammer³) von ärztlichen Berufsgruppen im Jahr 2021, beobachten 85 % der befragten Ärztinnen/Ärzte bzw. 90 % der befragten Pädiater*innen, dass armutsbetroffene Kinder und Jugendliche häufiger krank sind. Als zentrale Gründe für häufigere Krankheit werden psychosomatische Folgen der Armutslage (etwa schlechte Wohnverhältnisse, wie Schimmel oder Kälte, aber auch Mobbing und Stress; 82 % bzw. 89 %); hohe Kosten für gesunde Ernährung (54 %), fehlende bewegungsfördernde Angebote im Kleinkindalter (53 %) und Diskriminierungserfahrungen (26 %) gesehen. Viele bemerken in ihrer beruflichen Praxis bei Armutsbetroffenen einen schlechteren Gesundheitszustand schon im Säuglings- und Kleinkindalter, der sich vor allem in Entwicklungsverzögerungen im sprachlichen (83 %) und motorischen Bereich (56 %), sowie im Bereich der Zahngesundheit (65 %) äußert.

Unterschiede bei Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen

In Österreich besteht im Gesundheitsbereich grundsätzlich eine gute Ausgangsbasis für alle, da das solidarische Sozialversicherungssystem einen Großteil der Bevölkerung in Österreich einschließt. Die Gesundheitsversorgung ist damit prinzipiell breit zugänglich, unerfüllte Behandlungsbedürfnisse („unmet needs“) sind (im internationalen Vergleich) gering und Krankheit führt nicht (unmittelbar) zu Armut (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023). Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bleibt aber auch mit Blick auf das Gesundheitssystem eine Herausforderung: So gibt es beispielsweise in der Krankenversorgung Lücken, nicht oder unzureichend finanziell abgedeckte Leistungen, Zugangsbarrieren und damit auch (wieder vermehrt) „Zweiklassenmedizin“. Auch bei Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zeigt sich häufig, dass Bevölkerungsgruppen mit besonders hohem Bedarf nicht oder schlecht erreicht werden.

Die Barrieren beim Zugang bzw. bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen sind auch in Österreich vielfältig: geographische Barrieren (wie schlechte Erreichbarkeit von Gesundheitseinrichtungen), strukturelle Barrieren (keine Versicherung, eingeschränkte Leistungsansprüche), finanzielle Barrieren (Selbstbehalte, kostenpflichtige Angebote), Informationsbarrieren (Unkenntnis von Leistungsansprüchen, niedrige Gesundheitskompetenz, keine/unübersichtliche Infos), kulturelle Barrieren, Sprachbarrieren, administrative bzw. Organisationsbarrieren (z.B. komplexe bürokratische Abläufe wie Chefarztspflicht, dokumentierter Status) oder psychosoziale Barrieren (z.B. Stigma, Diskriminierung, negative Erfahrungen, Angst, multiple Belastungen, Schwierigkeiten bei der Kontaktaufnahme mit Gesundheitseinrichtungen).

Welche Ansätze können zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit beitragen?

Die Förderung von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit braucht auf Grund der hohen Relevanz der sozioökonomischen Einflussfaktoren vor allem gesamtgesellschaftliche Maßnahmen im Sinne von „Health in All Policies“. Seit etwa 15 Jahre gibt es zahlreiche Public-Health-Strategien in Österreich, die die gemeinsame Verantwortung für Gesundheit adressieren und insbesondere auf eine Verbesserung der Verhältnisse (Determinantenorientierung) abzielen. Die Förderung von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit ist dabei

³ <https://www.kinderarmut-abschaffen.at/fakten/aktuelles/newsaktuelles/umfrage-kinderarmut-und-kindergesundheit/> [Zugriff am 10.3.2026]

meist auch ein wichtiges Anliegen (Gesundheitsziele Österreich, Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie, Aktionsplan Frauengesundheit etc.).

Grundsätzlich wichtig wäre auch die systematische Überprüfung von Strategien, Maßnahmen, Gesundheitsleistungen etc. in Hinblick auf ihre Auswirkung auf Chancengerechtigkeit im Sinne einer „Equity-Brille“, idealerweise schon in der Planungsphase aber auch im Sinne einer regelmäßigen Reflexion. Es gibt dafür auch bereits einige Tools (sogenannte „Health Equity Lens“, wie z.B. Gradient Evaluation Framework⁴, Health Equity Assessment Tool⁵). Zentral geht es dabei unter anderem um Fragen wie:

- Wo werden neue Angebote geschaffen (z.B. kassenfinanzierte Angebote)?
- Welche Zielgruppen werden vorrangig adressiert (auch in Bewerbung etc.)?
- Wie ist der Zugang gestaltet (z.B. Niederschwelligkeit, Kosten, Mehrsprachigkeit)?
- Wer hat potenziell einen (besonderen) Nutzen/wer eher nicht?

So wurde beispielsweise bei der Entwicklung des österreichischen Konzepts der Frühen Hilfen darauf geachtet, eine Gestaltung zu wählen, die geeignet ist, sozial bzw. sozioökonomisch benachteiligte Familien zu erreichen. Mit Hilfe des Dokumentationssystems wird anhand der Indikatoren Bildungsabschluss und Geburtsort der Hauptbezugsperson, Armutsgefährdung des Haushalts sowie Ein-Eltern-Familie jährlich überprüft, ob dies gelingt (siehe auch weiter unten). Hilfreich bzw. notwendig ist dabei auch die Partizipation der Zielgruppen. Durch die direkte Beteiligung sozioökonomisch und gesundheitlich benachteiligter Gruppen kann sichergestellt werden, dass ihre Anliegen, ihre Bedarfe und Bedürfnisse und ihr Wissen bezüglich notwendiger Rahmenbedingungen einbezogen werden können.

Als wirksame Public-Health-Strategie zur Förderung von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit gilt das Konzept des „proportionate universalism“ (Stegeman & Costongs, 2012). Es empfiehlt, dass vorrangig Maßnahmen gesetzt werden, die sich potenziell an die ganze Bevölkerung richten (= universell), deren Ausprägung, Intensität etc. aber jeweils am spezifischen Bedarf ausgerichtet ist (= proportional). Der universelle Ansatz verhindert zum einen Diskriminierung oder Stigmatisierung im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Angeboten, wirkt zum anderen aber auch der Gefahr entgegen, dass spezifische Personen oder Gruppen mit Bedarf übersehen werden. Die proportionale Bereitstellung sichert, dass der spezifische Unterstützungsbedarf abgedeckt werden kann.

Auf Basis internationaler Evidenz ist des Weiteren bekannt, welche Faktoren bei der Gestaltung von Angeboten förderlich in Hinblick auf Chancengerechtigkeit sind. Als besonders wirksam erwiesen sich aufsuchende und niederschwellige Tätigkeiten direkt in der vertrauten Lebenswelt (Lehmann et al., 2011; Ammann & Gross, 2011), wobei dies auch einschließt,

⁴ https://eurohealthnet.eu/wp-content/uploads/documents/Before%202016/121201_Projects_Gradient_EvaluationFramework.pdf [Zugriff am 10.3.2026]

⁵ <https://www.health.govt.nz/publications/a-health-equity-assessment-tool-equity-lens-for-tackling-inequalities-in-health> [Zugriff am 10.03.2026]

⁶ <https://www.youtube.com/watch?v=61Za4lBAEkQ> [Zugriff am 10.03.2026]

dass die entsprechenden Angebote freiwillig, kostenlos und öffentlich gut erreichbar zur Verfügung stehen. Ein Zugang direkt in den Lebenswelten ist zudem besonders dafür geeignet, auch benachteiligte Personen(-gruppen) zu erreichen, ohne sie als solche zu stigmatisieren (Gold & Lehmann, 2012). Zudem ist es von Relevanz, dass entsprechende Maßnahmen auch die sozialen und sozioökonomischen Lebensbedingungen adressieren.

Seit einigen Jahren werden in Österreich neue bevölkerungsorientierte Public-Health-Ansätze (Frühe Hilfen, Social Prescribing, Community Nurses ...) etabliert, die auf dieser Evidenz aufbauen und Angebote im Sinne des „proportionate universalism“ bereitstellen, allen voran Frühe Hilfen, Community Nursing und Social Prescribing. Gemeinsam ist diesen Programmen, dass sie wesentliche Charakteristika von „modernen“ Konzepten einer gemeindenahen Versorgung und Unterstützung im Public-Health-Bereich teilen und die Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit in explizites Ziel ist (Rojatz et al., 2023). Sie richten sich daher insbesondere auch an sozioökonomisch benachteiligte bzw. vulnerable Gruppen, bemühen sich um einen niederschwelligen und aktiven Zugang zum Angebot und stehen Menschen mit Bedarf oft auch aufsuchend zur Seite. Darüber hinaus sind sie darauf ausgerichtet, eine Brücke zwischen Gesundheitsförderung und -versorgung einerseits und zwischen Gesundheitsbereich und anderen Bereichen (Sozialbereich, NGOs, Vereine etc.) andererseits zu schaffen. Multiprofessionalität als Ansatzpunkt, Vernetzung sowie auch Unterstützung beim Zugang zu benötigten weiteren Unterstützungsleistungen in verschiedenen Sektoren kommt großer Stellenwert zu. Die Ziele in Hinblick auf Sicherstellung des Zugangs von sozioökonomisch benachteiligten Gruppen sowie der Förderung von Chancengerechtigkeit werden auch durch Monitoring und Evaluation überprüft. Am Beispiel der Frühen Hilfen kann dies verdeutlicht werden.

Frühe Hilfen als Beispiel

Aktuelle Forschung zeigt, dass der Lebensbeginn („erste 1.000 Tage“⁶) eine besonders kritische Phase ist, wo wesentliche Grundlagen für Gesundheit und Lebensqualität im weiteren Leben gelegt werden. Ausreichend Unterstützung und Förderung in der frühen Kindheit können Lebensqualität, sozioökonomische Lage und Gesundheit bis weit ins Erwachsenenleben hinein positiv beeinflussen (Lengning & Zimmermann, 2009; Meier-Gräwe & Wagenknecht, 2011). Zudem ist das Verhältnis von Kosten und Nutzen entsprechender Maßnahmen besonders hoch. Die Kindheit gilt damit als die effektivste und effizienteste Lebensphase, um sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren (Stegeman & Costongs, 2012). Darüber hinaus ist in der frühen Kindheit auch viel Potenzial vorhanden, um die Weitergabe von Benachteiligung von einer Generation auf die nächste zu unterbrechen (WHO, 2013). Programmen zur Gesundheitsförderung, Prävention und Frühintervention in der frühen Kindheit kommt damit besonderer Stellenwert zu.

Nachdem sich die Entwicklung der Kinder vorrangig im Rahmen der Beziehungen mit ihren zentralen Bezugspersonen entfaltet, braucht es wirksame Interventionen für Säuglinge und Kleinkinder aus sozioökonomisch benachteiligten und belasteten Familien, die eine intensive Unterstützung dieser Bezugspersonen integrieren (Geiger et al. 2024). Besonders relevant sind daher sogenannte „Zwei-Generationen-Programme“ (Shonkoff & Fisher, 2013), die neben dem Fokus auf dem Kind vor allem auch einen Schwerpunkt auf die Verbesserung



© Depositphotos

der Lebenssituation und eine Stärkung der Möglichkeiten und Fähigkeiten der Eltern und anderer zentraler Bezugspersonen legen.

Mit den Frühen Hilfen (Haas & Weigl, 2023 bzw. <https://nzhf.at/>) wurden diese Erkenntnisse für Österreich in die Umsetzung gebracht. Aufbauend auf einem unter Berücksichtigung von wissenschaftlicher Evidenz und Praxiserfahrungen entwickelten Konzept wird das Angebot – inzwischen österreichweit – in Form von regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerken (<https://fruehehilfen.at/angebot>) umgesetzt. Diese Netzwerke dienen der bedarfsgerechten Unterstützung von Familien in belastenden Situationen in der Lebensphase der frühen Kindheit. Sie bauen auf dem in der jeweiligen Region bestehenden System auf und beziehen die Vielfalt der vorhandenen spezifischen Angebote für Schwangere und Familien mit Kleinkindern mit ein. Das Angebot der Frühe-Hilfen-Netzwerk steht den Familien auf freiwilliger Basis, kostenlos und niederschwellig zur Verfügung.

Im Sinne der Niederschwelligkeit wird u.a. über die Sensibilisierung von Berufsgruppen und Institutionen, die in Kontakt mit Schwangeren bzw. Familien mit Kleinkindern stehen, ein aktiver und systematischer Zugang zur Zielgruppe sichergestellt. Zudem wird die Familienbegleitung als Kernelement aufsuchend bereitgestellt und bietet – neben beziehungs- und vertrauensfördernder kontinuierlicher Begleitung über einen längeren Zeitraum auch passgenaue Vermittlung zu weiterführenden Unterstützungsleistungen. Damit dies funktioniert wird viel in Vernetzung und bereichsübergreifende Kooperation investiert. Ergotherapeut*innen kommt sowohl in Hinblick auf den aktiven Zugang zu den Frühen Hilfen als auch die Bereitstellung von spezifischen Leistungen eine wichtige Rolle zu.

Monitoring und Evaluation bestätigen, dass das Angebot auf hohe Akzeptanz trifft und auch die spezifischen Ziele in Hinblick auf die Förderung von Chancengerechtigkeit erreicht. Von 2015 bis 2024 konnten mit den Frühen Hilfen in Österreich bereits mehr als 13.800 Familien längerfristig begleitet werden. Allein im Jahr 2024 wurden 5.081 Familien begleitet und dabei 12.659 Menschen – 6.320 Kinder und 6.339 Erwachsene – in den Haushalten erreicht. Zusätzlich erhielten 1.082 Familien im Jahr 2024 eine kurzfristige Unterstützung.

Das Angebot ist sehr erfolgreich, benachteiligte Familien zu erreichen: armutsgefährdete Familien (rund 66% statt 14% im Österreichschnitt im Jahr 2024), Ein-Eltern-Familien und damit v.a. alleinerziehende Mütter (rund 24% statt 6%) sowie Familien mit im Ausland geborener Mutter (45% statt 35%) werden besonders häufig unterstützt. Zwischen 25 bis 30 Prozent der Begleitung beginnen zudem bereits in der Schwangerschaft, d.h. es gelingt, viele Familien mit Belastungen bereits früh zu erreichen. (Winkler et al., 2025)

Die externen Evaluationen wiesen u.a. auf vielfältige Ebenen des Nutzens der Frühen Hilfen hin: Verbesserungen der körperlichen Gesundheit (Ernährung, Schlaf, ärztliche Unterstützung bei Krankheiten etc.) und generell eine positive Entwicklung des Kindes; Verringerung der Belastungen (z.B. psychosoziale Belastungen, Stress, Zukunftsängste, finanzielle Notlage, soziale Isolation) der (werdenden) Eltern; Steigerung der verfügbaren Ressourcen (wie Gesundheitskompetenz, soziales Netzwerk, Selbstwertgefühl, Familienklima oder Erziehungskompetenz); Verbesserung der Eltern-Kind-Bindung und -Interaktion sowie der Entwicklung des Kindes (z.B. auch soziale oder Sprachkompetenzen); Verbesserung der Gesundheitskompetenz insbesondere auch bei Familien mit Migrationshintergrund; sowie eine positive Wirkung auf soziale Netzwerke insbesondere in Bezug auf armuts- und ausgrenzungsgefährdeten Familien.

Das Beispiel der Frühen Hilfen zeigt damit, dass die Förderung von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit gelingen kann, wenn Maßnahmen auf die spezifischen Anforderungen und Bedarfe ausgerichtet sind. Dies allein kann aber gesundheitliche Chancengerechtigkeit nicht sicherstellen, wenn sich gleichzeitig gesellschaftliche Rahmenbedingungen in eine gegensätzliche Richtung entwickeln. Es bleibt daher eine Aufgabe auf allen Ebenen, das Recht auf Gesundheit und gesellschaftliche Teilhabe sicherzustellen. Gesundheitsberufe können aber einen wichtigen Beitrag leisten, indem sie Handlungsbedarf aufzeigen, eigene Angebote in Hinblick auf Chancengerechtigkeit ausrichten bzw. den Zugang eigener Klientinnen und Klienten zu weiteren spezifischen Angeboten unterstützen. In diesem Sinne geht Chancengerechtigkeit auch jede und jeden Einzelnen an. ■

QUELLEN

- Ammann, E. & Gross, C. (2011): *Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen*. Zürich: Institut für Sucht- und Gesundheitsförderung Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2012): *Gesundheitsziele Österreich*. Wien: BMGF
- Dragano, N. & Siegrist, J. (2009): Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse. In: *Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Hg. v. Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- EuroHealthNet & Centre for Health Equity Analysis (CHAIN) (2025): *Social inequalities in health in the EU: Are countries closing the gap?* Brussels: EuroHealthNet & Centre for Health Equity Analysis
- Geiger, H., Bengough, T., Haas, S. & Unger, T. (2024): *Negative Kindheitserfahrungen („Adverse Childhood Experiences“, ACE), chronischer Stress und Frühe Hilfen. Fortbildung des an der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) eingerichteten Nationalen Zentrums Frühe Hilfen und der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ)*. Wien: Gesundheit Österreich
- Gold, C. & Lehmann, F. (2012): *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Gesundheitsförderung Konkret, Band 17, 2012. Köln: BZgA
- Haas, S., Antony, D., Antony, G., Gaiswinkler, S., Griebler, R., Marbler, C., Weigl, M. & Winkler, P. (2021): *Soziale Faktoren der Pandemie. Wien: Gesundheit Österreich*
- Haas, S. & Weigl, M. (2023). *Frühe Hilfen: Eckpunkte eines „Idealmodells“ für Österreich 2023*, Version 3. Wien: Gesundheit Österreich
- Klimont, J. & Prammer-Waldhör, M. (2020): Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertung der Daten der österreichischen Gesundheitsbefragung 2019. Wien: BMSGPK
- Lehmann, F., Köster, M., Brandes, S., Bräunling, S., Geene, R., Kaba-Schönstein, L., Kilian, H., Linden, S., Wehen, M. & Reker, N. (2011): *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz - Beispiele - Weiterführende Information. Gesundheitsförderung konkret*. Band 5, 2011. Köln: BZgA
- Lengning, A. & Zimmermann, P. (2009): *Materialien zu Frühen Hilfen. Expertise. Interventions- und Präventionsmaßnahmen im Bereich Früher Hilfen. Internationaler Forschungsstand, Evaluationsstandards und Empfehlungen für die Umsetzung in Deutschland*. Niestetal: Nationales Zentrum Frühe Hilfen
- Marmot, M. (2010): Fair society, healthy lives. The Marmot Review. Strategic Review on Health Inequalities in England post-2010. England: The Marmot Review (Hrsg.)
- Meier-Gräwe, U. & Wagenknecht, I. (2011): *Expertise Kosten und Nutzen Früher Hilfen*. Materialien zu Frühen Hilfen. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen
- Mielck, A. (2002): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Hurrelmann, K. & Kolip, P. (Hrsg.): *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit*. Bern. S. 387-402
- Mühlböck, M., Juen, I., Brunner, S., Till, M., Moser, W., Wittmann, L. & Brüngger, L. (2023). *So geht's uns heute: die sozialen Krisenfolgen im dritten Quartal 2022 – Schwerpunkt Wohlbefinden und Gesundheit. Ergebnisse einer Statistik-Austria-Befragung*. Wien: BMSGPK
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023): *Austria: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU*. Brussels: OECD Publishing.
- Rojatz, D., Haas, S., Sackl, A. & Plunger, P. (2023): *Bevölkerungsorientierte Programme im Public Health Kontext: Frühe Hilfen, Social Prescribing, Community Nursing. Factsheet*. Wien: Gesundheit Österreich
- Shonkoff, J. P. & Fisher, P. A. (2013): Rethinking evidence-based practice and two-generation programs to create the future of early childhood policy. In: *Developing Psychopathology* 25/402:1635-1653
- Stegeman, I. & Costongs, C. (2012): *The Right Start to a Healthy Life: Levelling-up the Health Gradient Among Children, Young People and Families in the European Union – What Works?* Brussels: EuroHealth-Net
- Wagenführ, A. (2025): *Präsentation bei Webinar zum Launch des Reports „Social Inequalities in health in the EU“ im September 20205*.
- WHO (2010): *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice)*.
- WHO (2013): *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- Winkler, P., Sagerschnig, S., Ofner, T. & Scolik, F. (2025): *Frühe Hilfen. Zahlen, Daten und Fakten 2024*. FRÜDOK-Jahresbericht. Wien: Gesundheit Österreich



Ernährungsarmut im Alltag sichtbar machen

Eine Photovoice-Studie aus Salzburg

Das Poster wurde als E-Poster auf dem WFOT-Kongress 2026 präsentiert. Die zugrunde liegende Studie entstand im Rahmen des Masterstudiums European Master of Science in Occupational Therapy der Erstautorin. Im Fokus stand die Frage, wie Ernährungsarmut den Alltag der Betroffenen prägt und wie sich strukturelle Ungleichheiten in alltäglichen Handlungen widerspiegeln.

Ernährungsarmut ist laut FAO et al. (2024) definiert als eingeschränkter oder unsicherer Zugang zu ausreichender, sicherer und nahrhafter Nahrung. In ökonomisch privilegierten Ländern wie Österreich ist sie weniger Ausdruck eines Mangels an Lebensmitteln als vielmehr eine Folge von Armut, steigenden Lebenshaltungskosten und struktureller Ungleichheit. Laut GÖG sind rund 12 % der Bevölkerung betroffen (Lampl et al., 2024). Im Jahr 2024 gaben die einkommensschwächsten zehn Prozent Haushalte fast 20 Prozent ihres Einkommens für Lebensmittel aus, während es im obersten Dezil nur sieben Prozent waren. Das macht gesunde Lebensmittel, insbesondere Obst und Gemüse, für viele Menschen finanziell unerschwinglich. Die Betroffenen sind oft auf preiswerte, nährstoffarme Lebensmittel angewiesen, lassen Mahlzeiten aus oder müssen am Monatsende Sparwochen einlegen. Ein besonderes Risiko tragen einkommensschwache Haushalte, darunter Alleinerziehende und ihre Kinder sowie ältere Menschen, insbesondere Frauen (BMSGPK, 2024; Lampl et al., 2024). Im Sinne der Betätigungsgerechtigkeit (Hocking, 2017) betrifft Ernährungsarmut nicht nur materielle Ressourcen, sondern auch die Möglichkeit, durch alltägliche Betätigungen im Zusammenhang mit Ernährung Gesundheit und gesellschaftliche Teilhabe zu gestalten. Diese qualitative, community-basierte Studie wurde in Zusammenarbeit mit einem lokalen Partner, dem ABZ-Gemeindezentrum Salzburg, durchgeführt. Drei von Ernährungsarmut betroffene Co-Forschende dokumentierten ihren Alltag mittels Photovoice (Asaba et al., 2024). Die Fotografien wurden in dialogischen Auswertungen und Interviews gemeinsam reflektiert. Die Ergebnisse zeigen, wie stark Ernährungsarmut das alltägliche Handeln beeinflusst. Beispiele hierfür sind das Rationieren, das bewusste Essen vor dem Schlafengehen, um zu vermeiden, nachts hungrig aufzuwachen, das grenzüberschreitende Einkaufen im Nachbarland aufgrund von Preisunterschieden und das Navigieren fragmentierter Hilfssysteme. All dies sind ressourcenorientierte Überlebensstrategien (Aldrich et al., 2017). Diese Handlungen verdeutlichen sowohl Widerstandskraft als auch die permanente Aushandlung unter prekären Bedingungen und zeigen kreative und notwendige Wege auf, Selbstbestimmung und Teilhabe trotz struktureller Einschränkungen aufrechtzuerhalten. Die Zusammenarbeit mündete in einer öffentlichen Fotoausstellung im ABZ Salzburg („Am Hungertuch nagen“), die den Erfahrungen Raum gab und gesellschaftlichen Dialog anregte. Die Studie plädiert dafür, ressourcenorientierte Überlebensstrategien als bedeutungsvolle Handlungen anzuerkennen und ihnen mit traumasensiblen Ansätzen zu begegnen. Besonders im Kontext des Kinderschutzes wird deutlich, wie eng individuelle Handlungsmöglichkeiten mit sozioökonomischen Bedingungen verknüpft sind, weshalb familienzentrierte Lösungsansätze unerlässlich

sind (Doustmohammadian et al., 2022; Phojanakong et al., 2020). Ergotherapie und Handlungswissenschaft können dazu beitragen, die Lebensrealitäten von Ernährungsarmut sichtbar zu machen und Impulse für sozial gerechte Forschung, Praxis und Versorgungsstrukturen zu setzen. Dabei ist die aktive Einbindung der Betroffenen in die Entwicklung von Unterstützungsangeboten und eine stärkere gesellschaftliche Anerkennung ihrer Erfahrungen erforderlich.

Schlüsselwörter: Ernährungsarmut, Betätigungsgerechtigkeit, Photovoice

AUTORIN



Nataša Badstuber, BA, BSc, MSc

Ergotherapeutin, Salzburg, freiberuflich und angestellt (APR Salzburg), derzeit karenziert
badstuber.natasa@outlook.com

Quellen

- Aldrich RM., Laliberte Rudman, D. & Dickie, VA. (2017). Resource seeking as occupation: A critical and empirical exploration. *The American Journal of Occupational Therapy*, 71(3). <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.021782>
- Asaba, E., Park, M., Mondaca, M. & Laliberte Rudman, D. (2024). Photovoice in focus. In Nayar, S. & Stanley, M. (Hrsg.), *Qualitative Research Methodologies for OS & OT* (2. Aufl., S. 230–251). Routledge.
- BMSGPK (2024). *Sozialbericht 2024, Band II*. Wien. ISBN: 978-3-85010-695-5.
- Doustmohammadian, A., Mohammadi-Nasrabadi, F., Keshavarz-Mohammadi, N., Hajjar, M., Alibeyk, S. & Hajigholam-Saryazdi, M. (2022). Community-based participatory interventions to improve food security: A systematic review. *Frontiers in Nutrition*, 19(9), <https://doi.org/10.3389/fnut.2022.1028394>
- FAO, IFAD, UNICEF, WFP & WHO. (2024). *The State of Food Security and Nutrition in the World 2024*. Rome. <https://doi.org/10.4060/cd1254en>
- Hocking, C. (2017). Occupational justice as social justice: The moral claim for inclusion. *Journal of Occupational Science*. <https://doi.org/10.1080/14427591.2017.1294016>
- Lampl, C., Schmidt, A. & Aigner, E. (2024). *Ernährungsarmut in Österreich als Barriere für eine gesunde und klimafreundliche Ernährung: Status quo und Handlungsoptionen*. Gesundheit Österreich, Wien
- Phojanakong, P., Welles, S., Dugan, J., Booshehri, L., Brown Weida, E. & Chilton, M. (2020). Trauma-Informed Financial Empowerment Programming Improves Food Security Among Families With Young Children. *Journal of nutrition education and behavior*, 52(5), 465–473. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2020.02.008>



Wie prägt Ernährungsarmut den Alltag der Betroffenen?

E-Poster auf dem WFOT-Kongress 2026

Lilian Magalhães, PhD, Adjunct Professor (Erstbetreuerin der Masterarbeit)

Federal University of São Carlos, Brasilien

Nadine Blankvoort, PhD

(Zweitbetreuerin der Masterarbeit)

Amsterdam University of Applied Sciences, Niederlande

Mag.ª phil. Melanie Kriegseisen-Peruzzi, BSc MSc (Lokale Ansprechpartnerin)

Hochschule Campus Wien, Österreich

Framing Food Insecurity: Insights from Community Photovoice in Urban Austria

Nataša Badstuber¹, Nadine Blankvoort², Melanie Kriegseisen-Peruzzi³, Lilian Magalhães⁴

¹Amsterdam University of Applied Sciences, The Netherlands
²Amsterdam University of Applied Sciences, The Netherlands
³University of Applied Sciences Vienna, Austria
⁴Federal University of São Carlos, Brazil

Background

Food insecurity – defined as lacking “regular access to enough safe and nutritious food” – is a symptom of poverty and structural inequality rather than food scarcity in high-income countries like Austria. Rising living costs, low income, and limited access to infrastructure are key drivers. Around 12% of the Austrian population experience moderate to severe food insecurity, particularly recipients of minimum income support, single parents, children, and older adults. In 2024, the poorest 10% of households spent nearly 20% of their income on food, compared to just 7% in the top decile, making healthy food – especially fruit and vegetables – financially inaccessible for many. People affected often rely on low-cost, low-nutrient foods, skip meals, or face “stretch weeks” at the end of the month.^{1,2}

Parents may reduce their own intake to prioritise children. Housing insecurity further intensify vulnerability. These conditions contribute to poor health outcomes and reflect the WHO’s “double burden of malnutrition”, where undernutrition coexists with diet-related chronic disease.³

This study uses an **occupational justice lens** to frame food insecurity not only as a material issue, but as a restriction of people’s opportunities to engage in everyday occupations. Occupational justice is understood as bridging the gap between well-being and harmful social conditions that limit what people can do and be.⁴

The **aim** is to deepen understanding of how structural disadvantage shapes everyday life under food insecurity, to foster dialogue and inform occupational therapy practice, community work, and social policy in Austria.

Methodology: Photovoice & Community-Based Research⁵

Design: Qualitative, community-based approach using Photovoice

Co-researchers documented and discussed experiences of food insecurity through photography

Photovoice grounded in Paulo Freire’s empowerment education⁶

Community-Based Research Principles:

Co-creation, lived experience, local relevance

Three co-researchers recruited via local NGO ABZ Salzburg

Purposive sampling: experience with food insecurity

Data Collection:

Initial interviews

Photography over 7–10 days

Five group sessions → dialogue, reflection, theme development, member checking

Collaborative analysis; German & Bosnian preserved during coding

Ethics:

Approval: HVA Amsterdam Ethics Committee

Sessions prioritized accessibility, psychological safety

Crisis support available

Researcher Positionality:

Critical, reflexive stance;

Reflexivity guided interactions, facilitation, and analysis



Findings

Three female co-researchers (H, 63; M, 56; S, 31) shared visual and narrative accounts of everyday life under food insecurity in Austria.

Theme 1: “Through food, but without food”: Daily Experiences & Coping

Days structured around food, but often without food (constant planning, stretching and mental labour). Highly individualised coping strategies, such as cross-border shopping by bicycle, timing meals, bottle deposits and safety-based service use. Balancing acts between affordability, accessibility and legality.



Figure 1 Right before going to sleep: “The worst is waking up hungry on a cold night.” - M

Figure 2 Kiwi prices. “My son’s favourite fruit is kiwi. He could eat two or three a day. Every time I go shopping, I could cry because we can’t afford that.” - S



Figure 3 Crossing the border. Transnational grocery-shopping by bike. - H

Figure 4 New plastic deposit system: “17-20 bottles make a meal.” - M



Theme 2: Social Relationships & Loneliness

Food insecurity linked to shame, isolation, and social withdrawal. Reduced participation in shared meals, celebrations, and friendships. Small food rituals (e.g., coffee, saved desserts) restored moments of meaning and connection.

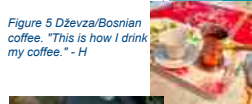


Figure 5 Dževza/Bosnian coffee. “This is how I drink my coffee.” - H



Figure 6 “I’d wish for it to be different. That was our dinner.” - S

Theme 3: “Everybody knows a little, but nobody knows everything”: Structural Barriers

Fragmented services, bureaucracy, unsafe spaces, and stigmatizing aid. Intersections with gender, housing status (e.g. homelessness), health, and caregiving. Infrastructural gaps (from safe sanitation to trustworthy food handling) impacted people’s occupational choices and well-being. Maintaining dignity and bodily autonomy became a daily act of navigation, requiring strategic planning, awareness and emotional resilience.



Figure 7 “Public toilets are often unsafe.” - M

Theme 4: Wishes for the Future

Desire for dignity, autonomy, safe infrastructure, affordable healthy food. Calls for reduced bureaucracy and being heard in service design.

Discussion & Conclusion

This study highlights the multidimensional nature of food insecurity as an expression of occupational injustice shaped by structural deprivation. Co-researchers’ experiences show that available support is often inaccessible, inadequate, or stigmatizing, intersecting with housing precarity, stress, gendered poverty, and chronic health issues. Daily survival required **resource-seeking occupations**⁷ meaningful, everyday life under structural constraint becomes more visible, highlighting how agency is exercised within conditions of meaningful adaptive responses to constrained scarcity. This study shows the value of agency under conditions of scarcity.⁷ participatory, community-based approaches Motherhood, caregiving, and shielding children in making visible what is often overlooked, from insecurity further shaped participants’ while exposing limitations of current support routines, priorities, and stress. Barriers to services revealed how governance practices **interprofessional collaboration across health, social, and policy sectors**. Only highlighting the need for participatory, user-through coordinated, trauma-informed, and informed interventions.^{8,9} Access to basic infrastructure, such as safe public restrooms, become responsive to those affected; emerged as critical for dignity, participation, otherwise, even well-intentioned interventions and occupational engagement. risk reinforcing individualising and neoliberal logics.⁸

A joint photo exhibition with co-researchers

created a space for public and political visibility, demonstrating the epistemic value of occupational photovoice as a community-based oriented methodology. However, the study that people directly affected must be involved in designing support programs, not only in documenting their experiences. By framing resource-seeking occupations as meaningful, everyday life under structural constraint becomes more visible, highlighting how agency is exercised within conditions of scarcity. This study shows the value of agency under conditions of scarcity.⁷ participatory, community-based approaches Motherhood, caregiving, and shielding children in making visible what is often overlooked, from insecurity further shaped participants’ while exposing limitations of current support routines, priorities, and stress. Barriers to services revealed how governance practices **interprofessional collaboration across health, social, and policy sectors**. Only highlighting the need for participatory, user-through coordinated, trauma-informed, and informed interventions.^{8,9} Access to basic infrastructure, such as safe public restrooms, become responsive to those affected; emerged as critical for dignity, participation, otherwise, even well-intentioned interventions and occupational engagement. risk reinforcing individualising and neoliberal logics.⁸

Acknowledgements

We are sincerely grateful to our co-researcher’s trust, time and collaboration throughout the project. All photographs were taken in April 2025 and are reproduced with permission. We thank the ABZ community center for its support. This study was conducted as part of the first author’s Master’s degree in Occupational Therapy. No financial conflicts of interest declared.

References

- 1FAO, IFAD, UNICEF, WFP & WHO. (2024). *The State of Food Security and Nutrition in the World 2024*. Rome. <https://doi.org/10.4060/cd1254en>
- 2Lampert et al. (2024). Food poverty as a barrier for a healthy and climate-friendly nutrition in Austria. *European Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1093/ejpub/ckae144.815>
- 3BMSGPK (2024). *Sozialbericht 2024, Band II*. Wien. ISBN: 978-3-85101-695-5.
- 4Hocking, C. (2017). Occupational justice as social justice: The moral claim for inclusion. *Journal of Occupational Science*. <https://doi.org/10.1080/14427591.2017.1294016>
- 5Asaba et al. (2024). Photovoice in focus. In Nayar & Stanley (Eds.), *Qualitative Research Methodologies for OS & OT* (2nd ed., pp. 230–251). Routledge.
- 6Freire, P. (2015). *Pedagogy of the Oppressed* (30th anniversary ed.). Bloomsbury.
- 7Aldrich et al. (2017). Resource seeking as occupation: A critical and empirical exploration. *The American Journal of Occupational Therapy*. <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.021782>
- 8Phojanakong et al. (2020). Trauma-Informed Financial Empowerment Programming Improves Food Security Among Families With Young Children. *Journal of nutrition education and behavior*. <https://doi.org/10.1016/j.ineb.2020.02.008>
- 9Doustmohammadian et al. (2022). Community-based participatory interventions to improve food security: A systematic review. *Frontiers in Nutrition*. <https://doi.org/10.3389/fnut.2022.1028394>



„ Wir brau- chen Brot *und* Rosen „

IM
INTERVIEW

Interview mit
Mag. Martin Schenk

Mag. Martin Schenk ist stellvertretender Direktor der
Diakonie Österreich, Psychologe, Sozialexperte und
Menschenrechtsaktivist



Das Interview führte
Katharina Engleder, MSc



Sehr geehrter Herr Schenk, vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für das Interview genommen haben. Das Thema ihrer Keynote auf der heurigen Fachtagung von Ergotherapie Austria in Wien trug den Titel „Die Blume des Gerechtigkeit – Wege zu mehr Gesundheit und weniger Armut“. Dazu haben wir die folgenden Fragen an Sie.

Sie sprechen von „Brot und Rosen“ – was steckt hinter diesem Bild, und warum ist es gerade für den Bereich Gesundheit so zentral?

Soldaten zwangen Elisabeth, so die Geschichte vor 800 Jahren, das Tuch des Brotkorbs zu lüften, um zu kontrollieren, was die junge Frau da verächtlich mit sich trug. Doch der Korb war voller Rosen. Elisabeth durfte weitergehen. Das Brot kam zu denen, die es benötigten. Seit dieser Geschichte aus der mittelalterlichen Grafschaft Thüringens sind Brot und Rosen miteinander verbunden. In den USA organisierten sich vor 100 Jahren Näherinnen mit dem Ruf: „Wir brauchen Brot, aber wir brauchen die Rosen dazu.“ 20.000 Textilarbeiterinnen kämpften in Massachusetts für ein Einkommen, von dem sie und ihre Kinder auch leben konnten. Brot steht für die existenziellen Lebensmittel, für Materielles, für Existenzsicherung, Einkommen, leistbares Wohnen, Arbeit. Die Rosen weisen auf *Lebensmittel*, die man nicht essen kann, aber trotzdem zum Leben braucht – wie Anerkennung, Musik, Freundschaften oder Vertrauen. Um das geht es auch heute. Hunderttausende machen sich Sorgen um den Job, Hunderttausende kommen mit dem schlechten Lohn nicht über die Runden, Wohnen ist unleistbar und das soziale Netz der Mindestsicherung wurde zerschnitten. Die aktuellen Krisen machen sichtbar, unter welchen Folgen Menschen am meisten leiden, wenn sie der Rosen beraubt sind: Einsamkeit, Schlafprobleme, Ohnmacht, Erschöpfung, Beschämung. Die Rosen machen lebendig und stark. Das braucht man auch zum Gesunden.

Wie wirkt sich Armut ganz konkret auf das tägliche Leben und die Handlungsmöglichkeiten von Menschen aus?

„Die Welt dreht sich halt weiter, und ich komme irgendwie nicht nach.“ Diesen Satz stammt von einem jungen Mädchen, das in einer Familie mit wenig Geld lebt. Ein Fünfzehnjähriger wollte sein Sparschwein opfern, als er hörte, es geht schlecht.

Die Jugendlichen hatten unter den finanziellen Problemen ihrer Eltern psychisch mitzuleiden und kämpften mit Gefühlen der Ohnmacht. Bei prekär Beschäftigten offenbarte sich ein Muster besonders deutlich: Die finanziellen Probleme wirken auf andere in der Familie weiter und bringen diese in einer Kettenreaktion ebenfalls in existentielle Schwierigkeiten. „Ich habe den Haushalt angeschaut und gedacht: Schaffe ich nicht. Ich habe alles angeschaut. Ich sollte das machen, schaff ich nicht. Ich sollte dies machen, schaff ich auch nicht. Und dann noch Schlafstörungen dazu“, erzählt eine Mutter mit prekären Jobs. Diese Erhebung der Armutskonferenz „von unten“ zeigt, wie wichtig ein existenzsicherndes Arbeitslosengeld ist, wie massiv sich beengtes Wohnen auf Bildung und die Gesundheit der Kinder auswirkt, zu welchen zerstörerischen Folgen eine schlechte Sozialhilfe führt wie stark Depressionen und Einsamkeit mit Existenzangst verbunden sind. „Ich hab` mich voll geniert, wir haben uns total zurückgezogen“. Armut macht einsam. Die Alleinerziehende und ihre Kinder verschwanden in dieser „beengten Welt“, sie rangen um den Gestaltungsraum, den sie zum Überleben brauchen. Jetzt geht es ihr und ihren drei Kindern wieder besser, rückblickend sagt sie: „Am schlimmsten ist, dass einem die Kraft ausgeht. Hilfreich waren damals all jene, die uns stärkten.“

Wo sehen Sie derzeit die größten Ungleichheiten, wenn es um Gesundheit und Teilhabe in Österreich geht?

Wenn man mit der Straßenbahn vom ärmsten Wiener Gemeindebezirk, Fünfhaus, in den reichsten – nach Hietzing – fährt, dann liegen dazwischen einige Minuten an Fahrzeit, aber auch 6 Jahre an Lebenserwartung der jeweiligen Wohnbevölkerung. Betrachten wir nicht nur die Armut, also diejenigen im untersten Segment, sondern die gesamte Gesellschaft, dann zeigt sich bei steigender sozialer Ungleichheit eine Verschlechterung der gesundheitlichen Lebensbedingungen. Die Lebenserwartung sinkt, Kindersterblichkeit steigt, die Geburtenrate bei Jugendlichen nimmt zu, und die Aufstiegschancen sinken. Das Bild ist überall das gleiche: Mit sinkendem sozialem Status steigen die Krankheiten an, die untersten sozialen Schichten weisen die schwersten

Krankheiten auf und sind gleichzeitig mit der geringsten Lebenserwartung ausgestattet. Es lässt sich eine soziale Stufenleiter nachweisen, ein sozialer Gradient, der mit jeder vorrückenden Einkommensstufe die Gesundheit und das Sterbedatum anhebt.

Welche Faktoren entscheiden darüber, ob Menschen ein gesundes Leben führen können – jenseits von individueller Verantwortung?

Wir sitzen alle im selben Boot. Heißt es. In Wirklichkeit: Wir sitzen alle im selben Sturm, aber in ganz unterschiedlichen Booten. Da gibt es robuste Schiffe, kleine Nusschalen, starke Jachten, schmale Ruderboote – die ganz unterschiedlich den hohen Wellen und dem Sturm trotzen können. Menschen sind verletzlich, verwundbarer, je nachdem in welchem Boot sie sich befinden. Die soziale Selektionstheorie argumentiert, dass Krankheit und schlechte Gesundheit zu sozialen Problemen führen. „Krankheit macht arm.“ Wer krank ist, steigt ab, wer

gesund ist, steigt auf. *Armut

macht krank* beschreibt

den Zusammenhang in die andere Richtung. Über Bildungsabschlüsse, den Beruf und das Einkommen vermitteln sich unterschiedliche Lebensbedingungen mit unterschiedlichen Wohnverhältnissen,

Arbeitsplätzen und Erholungs-

räumen. Die Alltagsbelastungen sind ungleich verteilt und führen dort, wo sie überproportional auftreten, zu höheren gesundheitlichen Risiken. Belastungen können sowohl physisch als auch psychisch verstanden werden. Schlechte feuchte Wohnungen, Hitze, Lärm, Luftverschmutzung, berufliche Anforderungen belasten den Organismus, genauso wie chronischer Stress in einem prekären und unsicheren Alltag. Die bisher genannten Erklärungsansätze schließen einander nicht aus, im Gegenteil: sie setzen an verschiedenen Seiten und Enden der Wirkmechanismen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten an. Leben am Limit macht Stress. Leben am Limit schwächt die Abwehrkräfte und das Immunsystem. Leben am Limit macht verletzlich.

Was müsste sich strukturell verändern, damit weniger Menschen in Österreich durch das System „durchfallen“?

Effektive Hilfen braucht es bei Kinderarmut, Arbeitslosen, der Situation

„Mit sinkendem sozialem Status steigen die Krankheiten an.“



„Soziale Scham ist bei Armut ein großes Thema. Eine Last, die schwer auf Körper und Geist liegt.“

von Alleinerziehenden, leistbarem Wohnen und Menschen mit chronischen Erkrankungen. Besonders von Armut und Ausgrenzung bedroht sind neben Kindern Alleinerzieher*innen, Arbeitslose und alleinstehende Frauen in der Pension. Mit großen Problemen sind Menschen mit chronischer Erkrankung konfrontiert. Und die hohen Wohnkosten bringen viele an den Rand. Die Daten zeigen aber auch: Starke Sozialstaaten reduzieren Abstiegsgefahr und schützen die Mitte vor Armut. Sozialleistungen tragen entscheidend zum sozialen Ausgleich bei und wirken armutspräventiv. Sie reduzieren die Armutsgefährdung von 43% auf 16%. Am stärksten wirken Arbeitslosengeld, Notstands- und Mindestsicherung sowie die Wohnbeihilfe. Handlungsbedarf gibt es bei leistbarem Wohnen, existenzsichernder Sozialhilfe und Arbeitslosenleistungen, Therapielücken, Pflegehilfen und Bildung.

In Ihrem Buch „Brot und Rosen“ schreiben Sie über Würde – was bedeutet Würde im Kontext von Gesundheit und sozialer Absicherung? Soziale Scham ist bei Armut ein großes Thema. Eine Last, die schwer auf Körper und Geist liegt. Soziale Scham ist

nicht bloß ein harmloses persönliches Gefühl. Beschämung ist eine soziale Waffe der jeweils Mächtigeren. Ich werde zum Objekt des Blickes anderer gemacht. Andere bestimmen, wie ich mich zu sehen habe. Ich werde meiner eigenen Perspektive auf die Welt beraubt. Das ist ein massiver Eingriff in die Integrität einer Person. Betroffene fürchten, ihr Gesicht zu verlieren, und sehen ihr Ansehen bedroht. Man möchte im Erdboden versinken. Unsichtbar sein. Scham ist die große Begleiterin von Armut und mit der Frage des Blickes direkt verbunden. Adam Smith hat das bereits 1776 in seinem Klassiker „Der Reichtum der Nationen“ festgehalten: Arm ist, „being unable to appear in public without shame“. Es geht um die Freiheit, über die eigene Sichtbarkeit und Unsichtbarkeit verfügen zu können. Beschämung ist eine Frage des Blickes und des Ansehens. Wenn wir von „Personen“ sprechen, reden wir altgriechisch vom „Angesicht“. Für den Philosophen Philip Pettit heißt deswegen auch „gerechte Freiheit“, anderen auf Augenhöhe zu begegnen. Er schlägt einen „Blickwechsel Test“ vor: sich ohne Grund zu Angst oder Ergebenheit in die Augen schauen zu können.

Was können Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialbereich – wie wir als Ergotherapeut*innen – ganz konkret tun, um mehr Chancengerechtigkeit zu fördern?

Strukturell sich für faire und gerechte Lösungen einsetzen, die niemanden ausschließen. Im Umfeld dabei mithelfen, dass über Menschen – nur weil sie weniger Geld und Macht haben – nicht blöd geredet wird. Persönlich die eigene soziale Herkunft reflektieren und sich mit der eigenen Rolle in einem helfenden Beruf auseinandersetzen. Nicht zuletzt – den Leitfaden der Armutskonferenz gegen Beschämung lesen.

Wir danken Ihnen für das Gespräch. ■

TIPPS:

- „Leitfäden gegen Beschämung“ auf www.armut.at zum Herunterladen
- Buch „Brot und Rosen. Über Armut, oder: den Unterschied zwischen Hungern und Fasten macht die Freiheit“, Edition Konturen.

Geschlechterrollen in der Ergotherapie

Historische Entwicklung und aktuelle Herausforderungen in Bezug auf Professionalisierung, Versorgung und Chancengerechtigkeit

ABSTRACT

Der Artikel untersucht die Bedeutung von Geschlechterrollen in der Ergotherapie und analysiert deren historische Entwicklung sowie aktuelle Auswirkungen auf Professionalisierung, Versorgung und Chancengerechtigkeit. Ausgehend von feministischen Perspektiven wird die Entstehung der Ergotherapie als stark weiblich geprägte Berufsgruppe nachgezeichnet, deren Strukturen in patriarchalen Machtverhältnissen verwurzelt sind. Die Autorin zeigt, wie Gendersegregation bis heute Arbeitsbedingungen, gesellschaftliche Anerkennung und Bezahlung beeinflusst und sowohl strukturelle als auch individuelle Ungleichheiten erzeugt. Dabei werden auch Erfahrungen von Ergotherapeut*innen im Berufsalltag beleuchtet. Abschließend werden Zukunftsperspektiven aufgezeigt, die auf eine stärkere Diversität, refle-

tierte Kommunikation und den aktiven Abbau von Geschlechterstereotypen abzielen. Ziel ist es, durch ein kritisches Bewusstsein für historische und gegenwärtige Ungleichheiten langfristig zu einer gerechteren Gesundheitsversorgung und mehr Chancengleichheit beizutragen.

AUTORIN



Barbara Bachmann, MSc

Ergotherapeutin im Fachbereich Psychiatrie, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der IMC Hochschule für Angewandte Wissenschaften Krems, Absolventin MSc in Ergotherapie und Handlungswissenschaft (fhg Tirol), Vorstandsmitglied

der Austrian Association of

Occupational Science (AOS)

barbara.bachmann@imc.ac.at

Im Rahmen meiner Masterarbeit im MSc in Ergotherapie und Handlungswissenschaft an der fh gesundheit (Tirol) beschäftigte ich mich mit Geschlechterrollen in der Ergotherapie. Auf der Fachtagung von Ergotherapie Austria 2026 hielt ich einen Vortrag, in dem ich den Aspekt von Geschlechterrollen in der Ergotherapie mit einem Fokus auf die historische Entwicklung und aktuelle Herausforderungen in Bezug auf Professionalisierung, Versorgung und Chancengerechtigkeit beleuchtete. Ich freue mich sehr, nun auch im Rahmen eines Artikels den Fokus auf das Thema zu richten, welches mir so am Herzen liegt.

Ich eröffne diesen Artikel mit demselben Statement, mit dem ich auch meinen Vortrag eröffnet habe:

Solange ihr mich als „Basteltante“ bezeichnet, bin ich Feministin!

Bereits vor meinem Bachelorstudium war ich das erste Mal mit dieser Zuschreibung konfrontiert - und sie hat sich durchgezogen. Durch Praktika, in Gesprächen mit Studierenden anderer Studiengänge und an meiner Arbeitsstelle. Und nicht zuletzt deshalb bin ich der Überzeugung: Wir müssen dringend über Feminismus reden!

Bevor ich darauf eingehe, warum ich dieser Überzeugung bin, möchte ich gerne noch auf ein paar Themen aufmerksam machen, die ebenfalls etwas mit Feminismus zu tun haben:

- die ärztliche Verordnungspflicht für Ergotherapie in Österreich
- das Gehalt von Ergotherapeut*innen

- die teilweise sehr hierarchische Stellung in interdisziplinären Teams im Gesundheits- und Sozialwesen, besonders das Verhältnis zwischen Medizin und Ergotherapie
 - Rechte, Freiheiten und Pflichten in der therapeutischen Versorgung
 - wie unsere Forschung aufgebaut ist
 - chancengerechter Zugang zu ergotherapeutischer Versorgung
 - die Kostenübernahme von Ergotherapie
- Das alles sind keine unwichtigen Themen. Es sind jene Themen, die die Ergotherapie in Österreich berufspolitisch in den letzten Jahren viel beschäftigt haben und uns weiter beschäftigen werden (müssen). Diese Themen verbindet eines: sie sind keine zufälligen Entwicklungen. Sie sind in patriarchalen Systemen entstandene, historisch gewachsene, strukturelle Ungerechtigkeiten, die es zu adressieren gilt. Der Beschäftigung mit diesen berufspolitischen Themen geht eine lange Reihe von bereits gewonnenen Kämpfen feministischer Ergotherapeut*innen voraus, die sich dem Patriarchat jeden Tag aufs Neue entgegengestellt haben und es immer noch tun und auf deren Kämpfen und Diskursen wir heute aufbauen dürfen.

Um diese Entwicklungen besser einordnen zu können, möchte ich zunächst eine historische Perspektive einnehmen, anschließend die Auswirkungen in der Gegenwart beleuchten und daraus Implikationen für unsere zukünftige Entwicklung als Berufsgruppe diskutieren.

Historische Entwicklung

Für die historische Einordnung habe ich mich in meiner Masterarbeit mit der Entwicklung der Ergotherapie in den USA beschäftigt und werde diesen Fokus auch hier beibehalten. Die Geschichte der Ergotherapie in den USA – insbesondere die Rolle von Frauen innerhalb dieser Entwicklung – ist umfassend aufgearbeitet.

In den Ländern, in denen sich die Ergotherapie gegen Ende des 19. Jahrhunderts etablierte, verlief die Entwicklung der Profession in vielerlei Hinsicht, besonders in Bezug auf die Rolle der Frau, ähnlich. Gleichzeitig ist es mir wichtig zu betonen, dass es sich hierbei um eine Perspektive auf die Geschichte der Ergotherapie handelt. Die globale Entwicklung – insbesondere im globalen Süden – nahm teils deutlich andere Verläufe. Diese Perspektiven sind für die weitere Entwicklung der Ergotherapie von großer Bedeutung, bislang jedoch noch wenig sichtbar.

Der Beginn dessen, was wir heute als Ergotherapie verstehen liegt am Ende des 19. Jahrhunderts. Frauen höherer Klassen begannen, sich teilweise ehrenamtlich, für soziale Gerechtigkeit zu engagieren. Die ersten Tätigkeitsfelder waren dabei unter anderem psychiatrische Anstalten, Rehabilitationseinrichtungen oder die Arbeit mit Communities, beispielsweise in Settlement Houses, die die Grundlage für die Entwicklung der Profession bildeten. Der Fokus lag dabei immer auf sinnstiftendem Handeln als Mittel zur Förderung von Gesundheit, Teilhabe und sozialer Gerechtigkeit. Das Arbeiten in Community-Based Settings und das Einsetzen für soziale Gerechtigkeit ist der Ergotherapie also historisch immanent (Friedland, 1998; Levine, 1987; Schwartz, 1992).

Die USA befand sich um die Jahrhundertwende in einer starken gesellschaftlichen Umbruchsphase, zu der auch die 1. Frauenbewegung gezählt werden kann (Levine, 1978; Frank, 1992). Die Forderungen der 1. Frauenbewegung bezogen sich dabei vor allem auf das Recht der Partizipation von Frauen höherer gesellschaftlicher Klassen am Arbeitsmarkt. Während Frauen der Arbeiter*innenklasse historisch betrachtet nie die Option hatten, nicht zu arbeiten, wurden Frauen der middle- und upper-middle class auf ihre Rolle als Hausfrau und Mutter beschränkt (Frank, 1992).

Als Reaktion auf die Forderung der Partizipation am Arbeitsmarkt wurden die „natürlichen Unterschiede“ zwischen den Geschlechtern zu jener Zeit verstärkt ausverhandelt. Frauen und ihre Charaktereigenschaften wurden dabei insbesondere im Bereich der Fürsorgearbeit als Männern überlegen dargestellt und entsprechend als besonders geeignet für diese Tätigkeiten befunden (Feirreira & Almeida, 2022; Litterst, 1992).

An der Stelle ist es wichtig, zu betonen, dass es sich hierbei um eine diskursive Konstruktion handelte, um Frauen auf ihre Rolle im Haushalt zu beschränken und patriarchale Machtverhältnisse zu stabilisieren.

Berufe, deren Tätigkeiten der Care-Arbeit zugeordnet werden können, gehörten daher zu den ersten Berufen, in denen (unverheiratete) Frauen aus höheren sozialen Schichten Zugang zum Arbeitsmarkt erhielten. Ihre Erwerbstätigkeit wurde vor allem deshalb akzeptiert, weil sie sich auf ihre vermeintlich ‚natürlichen Anlagen‘ beriefen und diese als Legitimation für ihre Tätigkeit nutzten, was die Entwicklung der Ergotherapie maßgeblich beeinflusste (Feirreira & Almeida, 2022; Frank, 1992; Litterst, 1992).

1917 gründeten drei eben jener Frauen, die als Ergotherapeutinnen arbeiteten mit drei männlichen Unterstützern unterschiedlichsten beruflichen Hintergrunds die National Society for the Promotion of Occupational Therapy (NSPOT), die Vorläuferorganisation der heutigen AOTA (Walsh, 2018). Die ersten Ausbildungsstätten zur Erlangung der Berufsbeurteilung als Ergotherapeut*in wurden daraufhin ins Leben

gerufen. Für die Ausbildung als Ergotherapeut*in kamen lange Zeit nur weiße Frauen aus höheren sozialen Schichten in Frage (Frank, 1992). Die Gründer*innen der Ergotherapie – insbesondere die männlichen Gründer – setzten sich dafür ein, dass Ergotherapeutinnen ausschließlich unter ärztlicher Supervision arbeiten dürfen. Hintergrund dieser Forderung war die Befürchtung, dass die Profession als Frauenberufsgruppe sonst nicht ausreichend anerkannt und ernst genommen würde (Peloquin, 1991).

Die Werbung für Ausbildung und Beruf erfolgte zu Beginn ausschließlich auf den Society Pages von Upper-Class Zeitungen, wodurch gezielt ausschließlich Frauen aus höheren sozialen Schichten angesprochen wurden (Litterst, 1992). Dies war auf pragmatischer Ebene durchaus sinnvoll, da diese Frauen häufig bereits über eine Ausbildung in der Sozialen Arbeit, in der Pflege oder im Lehrberuf verfügten, was der neuen Profession aufgrund des begrenzten Wissensstands zu menschlicher Handlung, zugute kam (Colman, 1990).

Gleichzeitig verband man mit dieser Zielgruppe bestimmte Erwartungen hinsichtlich „geeigneter“ Charaktereigenschaften für den Beruf der Ergotherapeutin (Ferreira & Almeida, 2022). Diese wurden in Werbeeinschaltungen konkret formuliert. Nach den Recruitment Standards der Occupational Therapy Founders wurde von angehenden Ergotherapeut*innen erwartet, dass sie gesund sind, ein gepflegtes Erscheinungsbild haben und sich dem Beruf verpflichten. Zudem sollten sie bereit sein, auf Luxus und die Annehmlichkeiten eines konventionellen Familienlebens zu verzichten, viel zu arbeiten und ihre Tätigkeit zu lieben. Darüber hinaus wurden spezifische Persönlichkeitsmerkmale gefordert, wie Selbstaufopferung, Anpassungsfähigkeit, Vielseitigkeit, Einfühlungsvermögen und ein angenehmes Auftreten. Außerdem galten unerschöpfliche Fröhlichkeit, Geduld, ein von „brüderlicher Liebe“ geprägtes Menschenbild sowie Patriotismus als wünschenswerte Eigenschaften (Colman 1990).

Im Zusammenhang mit den geforderten Eigenschaften der „brüderlicher Liebe“ und des Patriotismus ist an dieser Stelle der Einfluss des Ersten Weltkriegs auf die Entwicklung der Ergotherapie hervorzuheben. Der Großteil der Klienten waren von nun an verwundete Soldaten, während Ergotherapeutinnen nun als „Reconstruction Aides“, „Occupational Therapy Aides“ oder „War Aides“ bezeichnet wurden (Friedland, 1998). Ziel der ergotherapeutischen Behandlung war es, die moralische und psychische Stabilität heimgekehrter Soldaten nach ihren Erfahrungen im Krieg, nach Traumatisierung und Verletzung wiederherzustellen und sie zu befähigen, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Eine entscheidende Rolle spielte dabei auch der ökonomische Aspekt: die heimgekehrten Soldaten sollten dazu befähigt werden, wieder ein eigenständiges und produktives Erwerbsleben zu führen (Peloquin, 1991; Frank, 1992).

Von diesem Zeitpunkt an war die Rollenverteilung eine noch klarere: weibliche Ergotherapeutinnen behandelten männliche Patienten nach ärztlicher (also zu diesem Zeitpunkt meist männlicher) Zuweisung und unter ärztlicher Supervision.

Gegenwart

In Österreich ist die Ergotherapie als Berufsgruppe rund ein halbes Jahrhundert später entstanden, in den 1950er Jahren (Ergotherapie Austria, 2019). Bis heute beträgt der Frauenanteil in Österreich 94%, der Männeranteil 6%; divers konnte in bisherigen Erhebungen statistisch nicht berücksichtigt werden (Pilwarsch et al., 2025; Rappold & Mathis-Edenhofer, 2020). In Zusammenhang damit ist es essenziell, sich immer wieder bewusst zu machen, dass wir als Berufsgruppe nicht in einer Blase agieren. Wir leben, arbeiten und handeln in einem patriarchalen System, das auch auf die Ergotherapie Einfluss nimmt.

Mit dem in Österreich vorherrschenden Geschlechterverhältnis in der Berufsgruppe gilt die Ergotherapie in Österreich als stark segregierte Frauenberufsgruppe (Leitner & Dibiasi, 2015; Rappold & Mathis-Edenhofer, 2020). Segregierte Berufsgruppen sind jene Berufsgruppen, in denen bis zu einem Drittel der Beschäftigten einem Geschlecht zugeordnet werden kann. Berufe, bei denen ein Geschlecht unter 15% der Beschäftigten ausmacht, können, als stark segregierte Berufe beschrieben werden (Leitner & Dibiasi, 2015).

Männerberufsgruppen gehen dabei grundsätzlich mit mehr Ansehen, besserer Bezahlung und höherer Kompetenzzuschreibung einher und sind oft im technischen Bereich angesiedelt (Fritsch, 2018; Leitner & Dibiasi, 2015; Wetterer, 2002). Frauenberufsgruppen gehen mit schlechterer Bezahlung, geringer Kompetenzzuschreibung, weniger Ansehen, weniger Aufstiegs- und Weiterbildungsmöglichkeiten und langsameren Professionalisierungsprozessen einher. Sie sind häufig im sozialen Bereich, im Gesundheitswesen oder im Dienstleistungssektor angesiedelt und stellen häufig Zuarbeiten für Männerberufsgruppen dar (Fritsch, 2018; Leitner & Dibiasi, 2015; Wetterer, 2002).

Die Gendersegregation ist in den letzten Jahren subtiler geworden und zeigt sich zunehmend innerhalb einzelner Berufsgruppen, etwa in der unterschiedlichen Verteilung von Geschlechtern auf bestimmte Fachbereiche in der Medizin (Beagan & Fredericks, 2018; Wetterer, 1995).

Die Gendersegregation stellt ein zentrales Charakteristikum dar, um soziale Ungleichheiten in westlichen Industriegesellschaften zu beschreiben, ermöglicht die Reproduktion sozialer (geschlechterspezifischer) Ungerechtigkeiten und ist damit eine der zentralen Komponenten, warum keine Gerechtigkeit zwischen den Geschlechtern herrscht (Busch, 2013; Fritsch, 2018; Leitner & Dibiasi, 2015; Moskos, 2020; Wetterer, 2002). Der Abbau von Gendersegregation stellt damit nicht nur eine zentrale Dimension der beruflichen Gleichstellung dar, sondern wirkt auf allen Systemebenen und in allen Lebensbereichen und ist somit eine der zentralen Forderungen der Gleichstellungspolitik (Fritsch, 2018; Leitner & Dibiasi, 2015). Eine Durchmischung der Berufe ändert dabei nicht nur Einkommensunterschiede und die unterschiedliche Bewertung und Kompetenzzuschreibung von Berufen, sondern vor allem auch Einstellungen und Erwartungen hinsichtlich Geschlechterrollen (Leitner & Dibiasi, 2015).

Für die Ergotherapie von Relevanz ist das Phänomen der Gendersegregation, beispielsweise wenn es um unsere berufspolitischen Rechte und Pflichten, den chancengerechten Zugang zur Ergotherapie, die Kostenübernahme von therapeutischen Interventionen oder auch die Bezahlung von Ergotherapeut*innen geht. All dies steht in Zusammenhang mit niedrigeren Kompetenzzuschreibungen und Professionalisierungsprozessen, die in Frauenberufsgruppen nachweislich langsamer ablaufen (Busch & Holst, 2013; Fritsch, 2018; Graziosi, 2024). Was daraus resultiert, sind Auswirkungen auf die Chancengerechtigkeit im Alltag unserer Klient*innen, aber auch im (beruflichen) Alltag von uns als Ergotherapeut*innen.

Viele der berufspolitischen Themen, mit denen wir in der Ergotherapie konfrontiert sind, entstammen strukturell gewachsenen Ungerechtigkeiten, die aus patriarchalen Systemen entspringen und Frauenberufsgruppen historisch immanent sind. In der Ergotherapie müssen diese Aspekte darüber hinaus immer unter einem historischen Gesichtspunkt betrachtet werden. Die Ergotherapie wurde als eine Berufsgruppe für Frauen gegründet. Stereotyp weibliche

Charaktereigenschaften waren dabei lange Zeit von großer Bedeutung, damit die Ergotherapie entstehen und Bestand haben konnte.

Die Auswirkungen unserer Geschichte und der Gendersegregation zeigen sich allerdings nicht nur auf Meso- und Makroebene, sondern darüber hinaus auch auf der Mikroebene.

Auf individueller Ebene berichten Männer, die in Frauenberufsgruppen tätig sind, häufig von Rollen- und Identitätskonflikten, was auch für die Ergotherapie belegt ist (Beagan & Fredericks, 2018; Moskos, 2020; Swiatek & Dill, 2021). Männliche Ergotherapeuten berichten häufig von Situationen im Team oder mit Klient*innen, in denen sie sich persönlich unwohl fühlen; von Stigmatisierungen, Ausgrenzungserfahrungen bis hin zu Sexualisierung (Beagan & Fredericks, 2018; Clow et al., 2015; Swiatek & Dill, 2021). Belegt sind außerdem unterschiedliche Kompetenzzuschreibungen und Aufgabenverteilungen in Teams. Männliche Ergotherapeuten müssen demnach

häufiger mit aggressiven Patient*innen arbeiten, schwere Patient*innen transferieren oder Arbeits- und Therapiematerialien reparieren (Beagan & Fredericks, 2018; Birioukova et al., 2012; Clow et al., 2015). Gleichzeitig nehmen Männer strukturelle Privilegien, die sie in patriarchal geprägten Gesellschaften aufgrund ihres Geschlechts im Alltag erfahren, in Frauenberufsgruppen mit (Moskos, 2020; Schwiter et al., 2021). Dies umfasst beispielsweise höhere Chancen eingestellt zu werden, schnellere Beförderungen in Leitungs- und Führungspositionen und eine bessere Bezahlung; für die USA und

Kanada ist ein deutlicher Genderpay-Gap belegt. Der Genderpay-Gap betrug in den USA im Jahr 2018 22%. Innerhalb der Ergotherapie lag er immerhin bei 14,7%, obwohl die Ergotherapie auch in den USA als stark segregierte Berufsgruppe zu bezeichnen ist. Männer gaben dementsprechend auch eine höhere subjektive Zufriedenheit mit ihrem Gehalt an als weibliche Ergotherapeutinnen (Maxim & Rice, 2018). In Kanada lag das Geschlechterverhältnis innerhalb der Ergotherapie im Jahr 2015 bei 92,2% weiblichen Ergotherapeutinnen und 7,8% männlichen Ergotherapeuten. Ergotherapeuten verdienen dabei durchschnittlich 51,729\$ pro Jahr, Ergotherapeutinnen 65,108\$ im gleichen Zeitraum. Ergotherapeutinnen verdienten in Kanada im Jahr 2015 also 79,5% dessen, was ihre männlichen Kollegen verdienten (Beagan & Fredericks, 2018).

Diese Aspekte struktureller Ungerechtigkeit werden auch von der World Federation of Occupational Therapists (WFOT) anerkannt. In der Globalen Strategie für das ergotherapeutische Personal fordert die WFOT eine größere Diversität (unter anderem in Bezug auf das Geschlecht von Ergotherapeut*innen) innerhalb der Berufsgruppe, um die Vielfalt der Klient*innen und Communities, mit denen Ergotherapeut*innen arbeiten, besser abzubilden (WFOT, 2024). Gleichsam erkennt die WFOT die eben genannten strukturellen Ungerechtigkeiten an und fordert einen Abbau dieser. Die Umsetzung dieser Forderung würde eine verbesserte Chancengerechtigkeit innerhalb der Berufsgruppe bedeuten, die sich direkt auf die Chancengerechtigkeit jener Menschen auswirkt, die von ergotherapeutischen Angeboten profitieren (WFOT, 2024).

Und damit möchte ich einen Blick in die Zukunft werfen.

Zukunft

Im Zuge meiner Auseinandersetzung mit dem Thema ist ein Aspekt immer wieder hervorgestochen: Wie und vor allem was wir über die Ergotherapie kommunizieren, macht einen Unterschied. Wie wir über ein Thema kommunizieren, konstruiert die Welt und eine veränderte Kommunikation bietet immer das Potenzial, die Welt, in der wir Leben und Handeln

„Stereotyp weibliche Charaktereigenschaften waren in der Ergotherapie lange Zeit von großer Bedeutung.“

zu verändern (Foucault, 1998; Laliberte Rudman & Dennhardt, 2024; Keller, 2011).

Ob wir selbstbewusst und möglichst frei von Genderstereotypen über die Ergotherapie, unsere Aufgabengebiete und unsere Kompetenzen als Ergotherapeut*innen berichten, unser professionelles Reasoning in den Vordergrund stellen und den Fokus darauf legen, warum wir eine Intervention setzen und nicht nur, welche Intervention wir durchführen, macht einen Unterschied und kann Veränderungen bewirken (Jorgensen & Phillips, 2002).

Das Thema Gendersegregation in der Ergotherapie betreffend, gibt es keine einfache Lösung. Aber das Thema aktiv zu adressieren und im Bewusstsein über strukturelle Ungerechtigkeiten und unsere Geschichte zu agieren, kann zu Auswirkungen auf allen Systemebenen führen. Werfen wir einen Blick in eine Zukunft, in der patriarchale Strukturen innerhalb der Berufsgruppe reflektiert und abgebaut werden und Geschlechtergerechtigkeit priorisiert wird:

Auf **Mikroebene** könnten Klient*innen von einer verbesserten Versorgung profitieren. Insbesondere dann, wenn sich die Stellung der Ergotherapie innerhalb des Gesundheitssystems – inklusive berufspolitischer Rechte und Pflichten, sowie dem Zugang zur Therapie – verändert. Auch eine größere Diversität innerhalb der Berufsgruppe, die der Vielfalt der Menschen entspricht, mit denen wir arbeiten, kann zu einer verbesserten Versorgung beitragen. Für Klient*innen bedeutet mehr Geschlechtergerechtigkeit innerhalb der Berufsgruppe somit mehr Teilhabe, eine qualitativ bessere Versorgung und eine erhöhte Chancengerechtigkeit im Alltag.

Ergotherapeut*innen aller Geschlechter würden weniger unter Rollen- und Identitätskonflikten leiden, ihren Platz innerhalb der Berufsgruppe finden und sich zugehörig fühlen. Sie könnten die Rolle als Ergotherapeut*in selbstbewusst und selbstbestimmt leben. Stereotype Erwartungen an die Rolle als Ergotherapeut*in könnten bewusst reflektiert, hinterfragt und adressiert werden.

Auf **Mesoebene** könnte sich die Stellung der Ergotherapie innerhalb des Gesundheits- und Sozialsystems verändern, was innerhalb von Institutionen und in interdisziplinären Teams zu einer verbesserten Zusammenarbeit führen würde. Eine gleichberechtigte Zusammenarbeit mit Ärzt*innen und Angehörigen anderer Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens, flachere hierarchische Strukturen sowie die klare Anerkennung ergotherapeutischer Expertise könnten zu eindeutigeren Zuständigkeiten, einer besseren interdisziplinären Zusammenarbeit, weniger Konflikten und einer angemesseneren Vergütung beitragen. Dies würde wiederum die Versorgungsqualität erhöhen und auf Mikroebene zu mehr Chancengerechtigkeit für Klient*innen führen.

Auf **Makroebene** bietet das aktive Adressieren von Gendersegregation und den damit verbundenen strukturellen Ungerechtigkeiten die Möglichkeit, zu einer gerechteren Gesellschaft beizutragen. Das Sichtbarmachen struktureller Ungleichheiten, das Hinterfragen von niedriger Vergütung und geringerer Kompetenzzuschreibung in Care-Berufen und der aktive, kollektive und solidarische Kampf gegen patriarchale Strukturen, können dazu beitragen, diese aufzubrechen und so Geschlechtergerechtigkeit fördern.

Nicht-ärztliche Gesundheitsberufe könnten dadurch an Anerkennung und Autonomie gewinnen, ihre Kompetenzen umfassender nutzen und ergotherapeutische Expertise könnte verstärkt auch auf Meso- und Makroebene eingesetzt werden. Auch hier ist festzuhalten: Eine gerechtere Gesellschaft, der Abbau von patriarchalen Strukturen, sowie ein gerechteres Gesundheitssystem tragen zu mehr Chancengerechtigkeit bei – für Klient*innen, uns als Professionist*innen und für die Gesellschaft als Ganzes. Wenn wir selbst uns dem Phänomen

der Gendersegregation und seinen Auswirkungen auf allen Systemebenen, sowie unseren historischen Wurzeln bewusst sind, können wir das Thema aktiv adressieren, uns für feministische Werte einsetzen, unsere Zukunft aktiv und bewusst gestalten und zu einer gerechteren Welt beitragen. Das Thema Geschlechterrollen und Feminismus in der Ergotherapie hat damit das Potenzial, dem historisch immanenten Ziel der Ergotherapie von einer Gesellschaft, in der Chancengerechtigkeit herrscht, gerecht zu werden.

Ann A. Wilcock (1999) schreibt in „Reflections on doing, being and becoming“ den folgenden Satz in Bezug auf die Zukunft der Ergotherapie:

„Imagine a track. The track to becoming what we have the potential to become“ (Wilcock, 1999, S.7)

Wilcock ruft also dazu auf, uns einen Weg vorzustellen. Den Weg, das zu werden, was wir eigentlich sein könnten. Ich persönlich bin der Überzeugung, dass wir mutig sein müssen. Mutig, um uns eine Zukunft vorzustellen, in der wir als Berufsgruppe unser volles Potenzial ausschöpfen können und damit zu einer gerechteren Welt beitragen können. Mutig um uns vorzustellen, was wir als Berufsgruppe tun und sein könnten, wenn wir frei von patriarchalen Strukturen agieren. Ich persönliche träume von einer Ergotherapie:

- die Handeln selbstverständlich als politisch betrachtet
- in der sich alle Klient*innen gesehen, sicher und angenommen fühlen
- die mit Communities genauso selbstverständlich arbeitet wie mit Individuen
- die kritisch Stellung bezieht und Occupational Injustice im Alltag adressiert
- die gerechten Zugang zu therapeutischer Versorgung bieten kann
- in der sich jede und jeder Berufsangehörige wohl, sicher, angenommen und zugehörig fühlt

Wie wir die Ergotherapie in den kommenden Jahren und Jahrzehnten gestalten, leben und positionieren wollen liegt an uns. Wir dürfen stolz darauf sein und würdigen, was seit dem Beginn der Ergotherapie in Österreich alles gelungen ist; durch feministische Ergotherapeut*innen, die sich dem Patriarchat über Jahre hinweg jeden Tag aufs Neue entgegen gestellt haben, für ihre Überzeugungen eingestanden sind und es immer noch tun. Ich persönlich verspüre eine tiefe Dankbarkeit allen Ergotherapeut*innen gegenüber, die ermöglicht haben, was heute möglich ist und auf deren Diskursen und feministischen Kämpfen wir heute aufbauen dürfen.

Ich bin der festen Überzeugung, dass wir unser volles Potenzial nur dann ausschöpfen können, wenn wir solidarisch zusammenstehen und uns für unsere Visionen, Träume und unser Potenzial gemeinsam einsetzen, uns in unseren Kämpfen unterstützen und uns immer wieder gegenseitig dazu ermutigen, nicht aufzugeben. Wenn wir uns gegenseitig dabei unterstützen laut zu sein, mutig zu sein, unbequem zu sein und uns nicht anzupassen. Denn das historisch immanente Ziel der Gründerinnen – eine chancengerechte Gesellschaft, an der alle Menschen gleichermaßen teilhaben können – kann nur dann erreicht werden, wenn wir patriarchale Strukturen überwinden; und das geht nur gemeinsam.

Und mindestens so lange bin ich Feministin! ■

Danksagungen:

An dieser Stelle möchte ich mich herzlich bei Prof.ⁱⁿ (FH) Mag.^a Dr.ⁱⁿ Ursula Costa und Mag.^a Dr.ⁱⁿ Alexandra Weiss für die Betreuung der Masterarbeit und bei Hannes Außermaier, MSc bedanken, der mir als Co-Researcher zur Seite stand.

QUELLEN

- Beagan, B. L. & Fredericks, E. (2018). What about the men? Gender parity in occupational therapy: Qu'en est-il des hommes? La parité hommes-femmes en ergothérapie. *Canadian journal of occupational therapy. Revue canadienne d'ergothérapie*, 85(2), 137-145. <https://doi.org/10.1177/0008417417728524>
- Birioukova, A., So, K. & Barker, D. (2012). The male occupational therapist: Demographics, issues and recommendations. *Occupational Therapy Now*, 14(1), 18-20.
- Busch, A. (2013). Die Geschlechtersegregation beim Berufseinstieg: Berufswerte und ihr Erklärungsbeitrag für die geschlechtstypische Berufswahl. *Berliner Journal für Soziologie*(23), 145-179. <https://doi.org/10.1007/s11609-013-0220-9>
- Busch, A. & Holst, E. (2013). Geschlechtsspezifische Verdienstunterschiede bei Führungskräften und sonstigen Angestellten in Deutschland: Welche Relevanz hat der Frauenanteil im Beruf? *Zeitschrift für Soziologie*, 42(4).
- Clow, K., Ricciardelli, R. & Bartfay, W. (2015). Are You Man Enough to be a Nurse? The Impact of Ambivalent Sexism and Role Congruity on Perceptions of Men and Women in Nursing Advertisements. *Sex Roles: A Journal of Research*, 72, 363-376. <https://doi.org/10.1007/s11199-014-0418-0>
- Colman, W. (1990). Recruitment Standards and Practices in Occupational Therapy, 1900 - 1930. *American Journal of Occupational Therapy*, 44(8), 742-748.
- Ergotherapie Austria. (2019). *50 Jahre Ergotherapie Austria: Ergotherapie schreibt Geschichte(n)*. Festschrift.
- Ferreira, G. P. & Almeida, M. C. de (2022). Experiences and perceptions related to gender in the professional practices of male occupational therapists. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 30, Artikel e2984. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoao22622984>
- Foucault, M. (1998). *Die Ordnung des Diskurses: Inauguralvorlesung am Collège de France*, 2. Dezember 1970. Fischer Taschenbuch Verlag GmbH.
- Frank, G. (1992). Opening Feminist Histories of Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 46(11), 989-998.
- Friedland, J. (1998). Occupational Therapy and Rehabilitation: An Awkward Alliance. *American Journal of Occupational Therapy*, 52(5), 373-380.
- Fritsch, N. (2018). Arbeitsmarkt, Berufe und Geschlecht in Österreich. *SWS - Rundschau*, 58(3), 307-327.
- Graziosi, R. (2024). *Professional Paths and Occupational Segregation by Gender in the Healthcare Sector: A Qualitative Study on Medical Residents and Nursing Students*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.15167/2279-5057/AG2024.13.26.2336> (AG About Gender - International Journal of Gender Studies, V. 13 N. 26 (2024): Sex, Work and Rights: Contested Meanings, Epistemological Stigmatization and Transformative Knowledge on Sex Work in a Globalised Europe).
- Jorgensen, M. & Phillips, L. J. (2002). *Discourse Analysis as Theory and Method*. SAGE Publications.
- Keller, R. (2011). Diskursforschung: Eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen (4. Auflage). *Qualitative Sozialforschung: Bd. 14*. VS Verlag für Sozialwissenschaften Springer Fachmedien.
- Laliberte Rudman, D. & Dennhardt, S. (2024). Critical Discourse Analysis. In S. Nayar & M. Stanley (Hrsg.), *Qualitative Research Methodologies for Occupational Science and Occupational Therapy* (Second Edition, S. 169-186). Routledge.
- Leitner, A. & Dibiasi, A. (2015). Frauenberufe - Männerberufe. Ursachen und Wirkungen der beruflichen Segregation in Österreich und Wien. In C. Throm & D. Wallnöfer (Hrsg.), *Trotz Arbeit arm: Frauen und Segregation am Arbeitsmarkt* (S. 41-99).
- Levine, R. E. (1978). The Influence of the Arts-and-Crafts Movement on the Professional Status of Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 41(4), 248-254.
- Litterst, T. A. E. (1992). Occupational Therapy: The Role of Ideology in the Development of a Profession for Women. *American Journal of Occupational Therapy*, 46(1), 20-25.
- Maxim, A. J. M. & Rice, M. S. (2018). Men in Occupational Therapy: Issues, Factors, and Perceptions. *American Journal of Occupational Therapy*, 72(1), 1 - 7. <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.025593>
- Moskos, M. (2020). Why is the gender revolution uneven and stalled? Gender essentialism and men's movement into 'women's work'. *Gender, Work & Organization*, 27(4), 527-544. <https://doi.org/10.1111/gwao.12406>
- Peloquin, S. M. (1991). Occupational Therapy Service: Individual and Collective Understandings of the Founders, Part 2. *American Journal of Occupational Therapy*, 45(8), 733-744.
- Pilwarsch, J., Schichl-Zach, M., Gruböck, A., Mathis-Edenhofer, S., Wallner, A., Gyimesi, M., Czásny, I. & Huber, J. (2025). *Jahresbericht Gesundheitsberuferegister 2024*.
- Rappold, E. & Mathis-Edenhofer, S. (2020). *MTD-Personalprognose für Österreich bis 2030: Ergebnisbericht*.
- Schwartz, K. B. (1992). Occupational Therapy and Education: A Shared Vision. *American Journal of Occupational Therapy*, 46(1), 12-18.
- Schwiter, K., Nentwich, J. & Keller, M. (2021). Male privilege revisited: How men in female dominated occupations notice and actively reframe privilege. *Gender, Work & Organization*, 28(6), 2199-2215. <https://doi.org/10.1111/gwao.12731>
- Swiatek, S. & Dill, J. (2021). Young Men's Entry and Persistence in Female-Dominated Occupations. *Sociological Focus*, 54(2), 138-152. <https://doi.org/10.1080/00380237.2021.1894282>
- Walsh, W. E. (2018). Investigating Public Perception of Occupational Therapy: An Environmental Scan of Three Media Outlets. *American Journal of Occupational Therapy*, 72(3).
- Wetterer, A. (Hrsg.). (1995). *Die soziale Konstruktion von Geschlecht in Professionalisierungsprozessen*. Campus Verlag.
- Wetterer, A. (2002). *Arbeitsteilung und Geschlechterkonstruktion: „Gender at work“ in theoretischer und historischer Perspektive*. UKV Verlagsgesellschaft mbH.
- Wilcock, A. A. (1999). Reflections on doing, being and becoming. *Australian Occupational Therapy Journal*, 46(1), 1-11. <https://doi.org/10.1046/j.1440.1630.1999.00174.x>
- World Federation of Occupational Therapists. (2024). *Global Strategy for the Occupational Therapy Workforce*. <https://wfot.org/resources/wfot-global-strategy-for-the-occupational-therapy-workforce/>



Wo es schwierig wird, entstehen Möglichkeiten

Systemische Haltung in herausfordernden Kontexten

ABSTRACT

In allen unseren Lebensbereichen stoßen wir mehr und mehr auf Herausforderungen. Wie wir damit umgehen und ihnen begegnen hat viel mit unserer persönlichen Wahrnehmung und Bewertung zu tun. Unser Workshop „Wo es schwierig wird, entstehen Möglichkeiten – systemische Haltung in herausfordernden Kontexten“ auf der heurigen Fachtagung lud dazu ein, eigene Haltungen und Rollen im Spannungsfeld von Erwartungen und Wirklichkeit zu reflektieren und den eigenen Blick auf Chancen zu schärfen. Mit systemischem Blick werden Herausforderungen nicht nur als Hindernisse, sondern auch als Hinweise verstanden: Sie zeigen, wo im System Entwicklung möglich ist. Anhand interaktiver Übungen, systemischer Fragen und gemeinsamer Reflexion erarbeiteten die Teilnehmenden, wie eine systemische Haltung dazu beitragen kann, eigene Wahrnehmungen und Interpretationen aufzudecken, Gefühle als Information zu nutzen und den eigenen Umgang mit sich selbst in schwierigen Momenten zu stärken. Reframing und Utilisieren als systemische Schlüsseltechniken tragen dazu bei, in Herausforderungen auch Chancen zu entdecken und die persönliche Handlungsfähigkeit zu erweitern.

AUTORINNEN

Mag.^a Cornelia Strasser-Gugerell

Ergotherapeutin mit systemischer Coachingkompetenz, Trainerin in der Erwachsenenbildung, NLP-Master-Practitioner und Life-Mentor; wissenschaftliche Mitarbeiterin und Lehrende Fachhochschule Wr. Neustadt, Studiengang Ergotherapie
c.strasser-gugerell@fhwn.ac.at
 0650-5584551



Mag.^a Betty Bachschwöll

Ergotherapeutin, systemische Coachin, hypnosystemische Coachin, ZRM®-Trainerin, systemische Supervisorin

www.bachschwuell.at
www.systemischerwunderraum.at
bettina@bachschwuell.at
 0650-5196193

Einleitung

Herausfordernde Situationen sind ein fester Bestandteil des ergotherapeutischen Alltags. Sie entstehen im Spannungsfeld unterschiedlicher Erwartungen, begrenzter Ressourcen und komplexer Lebensrealitäten von Klient*innen. Gleichzeitig betreffen sie nicht nur die fachliche Ebene, sondern auch die Ergotherapeut*innen selbst in ihrem Erleben, Denken und Handeln. Wie belastend oder bewältigbar eine Situation erlebt wird, hängt wesentlich von der individuellen Wahrnehmung und Bewertung ab.

Gerade in herausfordernden Momenten zeigt sich, wie bedeutsam es ist, innezuhalten, die eigenen Reaktionen wahrzunehmen und bewusst damit umzugehen. Diese Form der Selbstreflexion ist nicht nur Voraussetzung für professionelles Handeln, sondern auch ein zentraler Aspekt von Selbstfürsorge und langfristiger psychischer Gesundheit. Vor diesem Hintergrund gewinnt eine systemische Haltung zunehmend an Bedeutung.

Wir können Herausforderungen nicht verhindern, wir können sie nicht beeinflussen, was wir aber können, ist unsere Einstellung und den Umgang damit zu verändern.

Eine systemische Haltung unterstützt Ergotherapeut*innen dabei, sowohl Klient*innen als auch sich selbst als Teil eines

dynamischen Systems zu verstehen und den Blick von Problemen hin zu Ressourcen und Entwicklungsmöglichkeiten zu lenken. Herausforderungen werden nicht als reine Belastung, sondern als Hinweise auf notwendige Anpassungs- und Lernprozesse interpretiert. Der bewusste Umgang mit eigenen Interpretationen und Emotionen stärkt dabei die Fähigkeit zur Selbstregulation und erweitert den persönlichen Handlungsspielraum.

Nicht die Dinge selbst beunruhigen die Menschen, sondern die Meinungen über die Dinge.“ Epiktet

Menschen erleben ihre emotionalen Reaktionen auf bestimmte Situationen häufig als unmittelbare Folge des äußeren Geschehens. Es entsteht leicht der Eindruck, dass Gefühle direkt durch die Situation selbst ausgelöst werden: wir fühlen uns „einfach“ gut oder schlecht. Wenn wir uns z.B. belastet fühlen, dann schreiben wir das der herausfordernden Situation zu. Wie lässt sich dann jedoch erklären, dass ein und dieselbe Situation bei unterschiedlichen Personen ganz verschiedene emotionale Reaktionen hervorruft?

Neurobiologische Grundlagen – wer steuert unser Handeln in herausfordernden Situationen?

Um zu verstehen, warum wir in herausfordernden Situationen so handeln, wie wir handeln, lohnt sich ein Blick auf

die Funktionsweise unseres Gehirns. Als Überlebensorgan ist es darauf ausgerichtet, potenzielle Gefahren möglichst früh zu erkennen und schnell darauf zu reagieren. Dabei werden bedrohliche Reize bevorzugt verarbeitet, während Ressourcen oder positive Aspekte oft weniger Beachtung finden. Negative Affekte werden stärker gewichtet als positive, und unbewusste emotionale Reaktionen erfolgen deutlich schneller als bewusste kognitive Bewertungen. (Ryba & Roth, 2022)

Für uns als „Gehirnbenutzer*innen“ ist dieses Wissen besonders wertvoll, da es ermöglicht, automatische Reaktionsmuster zu erkennen und den eigenen Handlungsspielraum bewusst zu erweitern, insbesondere in herausfordernden Momenten.

Im Zusammenspiel wirken dabei zwei zentrale Systeme, die unser Verhalten maßgeblich beeinflussen (Storch et al., 2022). Das limbische System fungiert als emotionales Erfahrungsgedächtnis. Die Speicherung geschieht nach einem dualen Prinzip mit nur zwei Bewertungskategorien: „gut für mich – wieder aufsuchen; schlecht für mich – wieder weggehen“. Als Kommunikationsmittel nutzt das emotionale Erfahrungsgedächtnis somatische Marker (Antonio Damasio). Das sind wahrnehmbare Informationen in Form von Emotionen (z.B. Freude, Angst, Leichtigkeit, ...) und Körpersensationen (z.B. Wärme, Kribbeln, Übelkeit, ...). Sie ermöglichen eine sehr schnelle Einordnung von Situationen (200ms) und lösen innerhalb kürzester Zeit erste Reaktionen aus. Ergänzend dazu übernimmt der präfrontale Kortex die bewusste kognitive Verarbeitung. Hier werden Situationen differenzierter bewertet, reflektiert und in größere Zusammenhänge eingeordnet. Dieser Prozess verläuft langsamer (900ms), eröffnet jedoch die Möglichkeit, innezuhalten, alter-

native Perspektiven einzunehmen und das eigene Handeln bewusst zu gestalten. All unsere Lebenserfahrungen werden in diesen zwei Systemen abgelegt und gespeichert und dienen als Handlungsmuster (Denken, Fühlen, Handeln) für zukünftige Situationen. Gerade an dieser Schnittstelle wird die Bedeutung einer systemischen Haltung deutlich: Indem wir unsere Wahrnehmungen, Bewertungen und emotionalen Reaktionen als Ergebnis innerer Verarbeitungsprozesse verstehen, entsteht die Möglichkeit, Abstand zu gewinnen und neue Sichtweisen zu entwickeln. So kann der oft schmale Raum zwischen Reiz und Reaktion bewusst genutzt werden, um nicht ausschließlich automatischen Mustern zu folgen, sondern handlungsfähig zu bleiben und Herausforderungen auch als Ausgangspunkt für Entwicklung und neue Lösungswege zu nutzen. (Siehe Abb. 1)

Das Reiz-Reaktions-Modell: Der Raum zwischen Impuls und Wahl

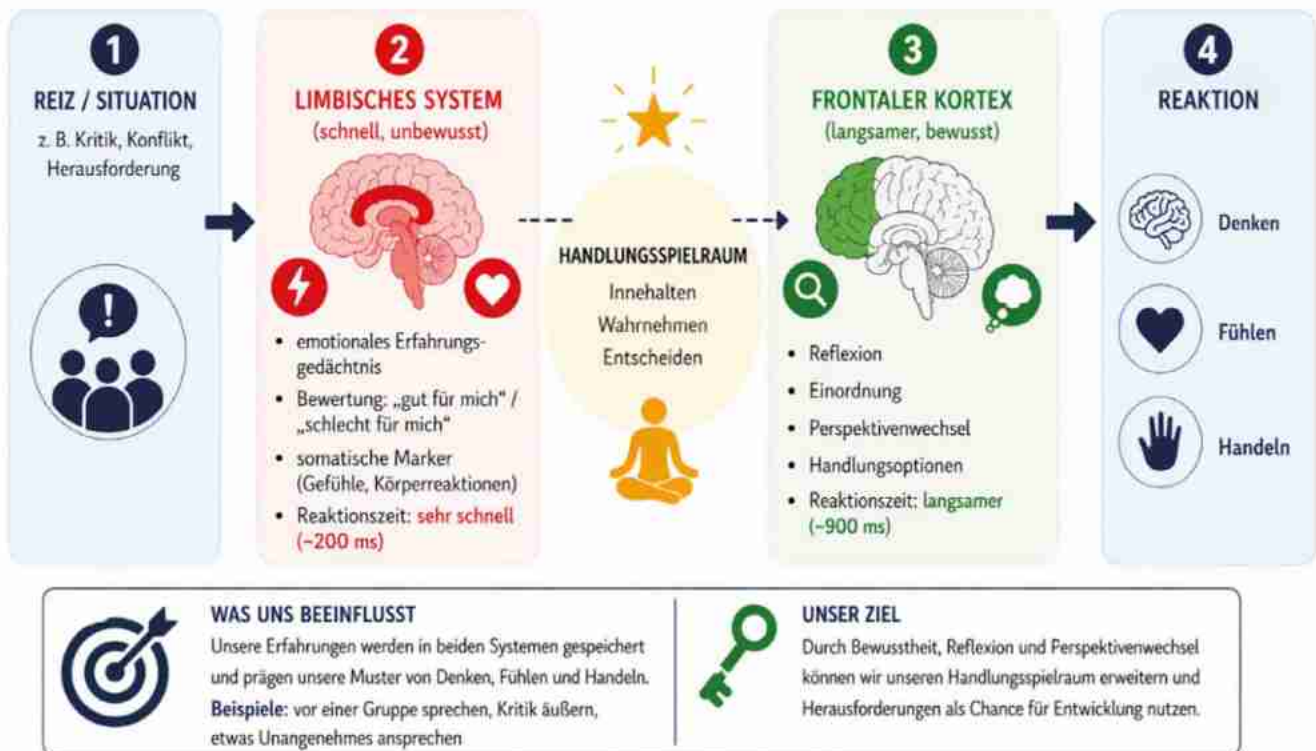
Es gibt also etwas zwischen Reiz und unserer Reaktion – einen zunächst winzigen Raum zwischen dem, was uns trifft und dem, was wir tun.

„Zwischen Reiz und Reaktion liegt ein Raum. In diesem Raum liegt unsere Freiheit und Kraft zu wachsen.“ Viktor Frankl

Neurobiologisch betrachtet ist dieser Raum zunächst gering: Die Amygdala bewertet eingehende Reize in Millisekunden und sendet Stresssignale, bevor der präfrontale Kortex, Sitz von Planung, Reflexion und bewusstem Entscheiden, einschalten kann. Dies erklärt, warum wir in herausfordernden Situationen häufig automatisch reagieren. Das implizite

Vom Reiz zur Reaktion – unser innerer Prozess

Unsere erste Reaktion ist schnell und automatisch – unsere zweite kann bewusst gestaltet werden.



In Anlehnung an Maja Storch (Zwei-Systeme-Modell) und Antonio Damasio (Somatische Marker)

Abb. 1: Bild erstellt mit ChatGPT

Erfahrungsgedächtnis speichert emotionale Reaktionen und Verhaltensmuster, die sich in der Vergangenheit bewährt haben und aktiviert sie reflexartig, sobald eine Situation ähnliche Merkmale zeigt. Was einst Schutz war, kann heute einengen.

Zur Erweiterung der eigenen Reflexionsblickwinkel ist es notwendig, die unbewussten Prozesse sichtbarer zu machen, um diese kognitiv überdenken zu können.

Hier können uns die wirkungsvollsten Erkenntnisse der Wahrnehmungspsychologie und des Konstruktivismus unterstützen: Wir nehmen die Welt nicht so wahr, wie sie ist – wir nehmen sie so wahr, wie wir sind. Was wir sehen, hören und erleben, wird stets durch Vorerfahrungen, Erwartungen, Überzeugungen und emotionale Zustände gefiltert und interpretiert: wir konstruieren also unsere persönliche Wirklichkeit (Glaserfeld, 1995; Watzlawick, 2013). Unsere Gefühle in einer Situation sind demnach eine Folge unserer persönlichen Bedürfnisse und Interpretationen auf Basis unserer individuellen Werte- und Normensystemen. Das subjektive Erleben einer Situation ist somit das Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels aus Wahrnehmung und persönlicher Bedeutungszuschreibung.

In herausfordernden Situationen verstärkt sich dieser Mechanismus: Die Wahrnehmung verengt sich, Interpretationen werden schneller und weniger hinterfragt. Gefühle bestimmen das Handeln oft stärker als die Situation selbst.

Dieser Prozess vollzieht sich in drei eng verbundenen Schritten:

- der selektiven Wahrnehmung (Was nehme ich wahr?),
- der persönlichen Interpretation (Was bedeutet das für mich?) und
- der emotionalen Reaktion (Was löst das in mir aus?).

Gefühle als Information – nicht als Störfaktor

Gefühle signalisieren, welche Bedürfnisse gerade erfüllt oder verletzt werden. Sie sind keine Schwachstelle, sondern ein frühes und präzises Orientierungssystem. Das Ziel ist nicht, Gefühle zu eliminieren, sondern sie bewusst wahrzunehmen und als Hinweis zu verstehen.

Darin liegt zugleich ein wesentlicher Ansatzpunkt für die Erweiterung des eigenen Handlungsspielraums. Durch bewusste Reflexion kann dieser innere Prozess zugänglich gemacht werden. Systemische Fragestellungen unterstützen dabei, aus einer problemfokussierten Perspektive herauszutreten und den Blick hin zu Ressourcen und möglichen Lösungen zu lenken. Auf diese Weise wird ein Perspektivenwechsel ermöglicht, der neue Handlungsoptionen eröffnet.

Systemische Haltung: Herausforderungen als Hinweise

In der systemischen Haltung werden Herausforderungen nicht ausschließlich als Probleme verstanden, sondern auch als potenzielle Chancen für Entwicklung. In Anlehnung an Gregory Bateson (Bateson & Holl, 2001) sowie die Palo-Alto-Schule (Watzlawick, 2013) werden Reaktionen auf Herausforderungen stets im Kontext ihrer Entstehung und in Wechselwirkung mit dem jeweiligen System betrachtet.

Die systemische Perspektive bietet damit einen Bezugsrahmen, in dem Herausforderungen nicht primär „gelöst“ werden müssen, sondern zunächst verstanden werden wollen. Sie werden als Ausdruck von Mustern gesehen, die im jeweiligen Kontext Sinn ergeben. Verhalten kann aus dieser Perspektive als die unter den gegebenen Bedingungen bestmögliche Lösung interpretiert werden.

In herausfordernden Situationen richtet sich der Fokus häufig stark auf das Problem. Im hypnosystemischen Coaching

Praxisbeispiel: Umgang mit Stress

Situation: Frau S., Ergotherapeutin in einer Klinik, hat einen vollen Arbeitstag. Mehrere Termine, ein Personalausfall, Unterbrechungen und noch offene Dokumentation.

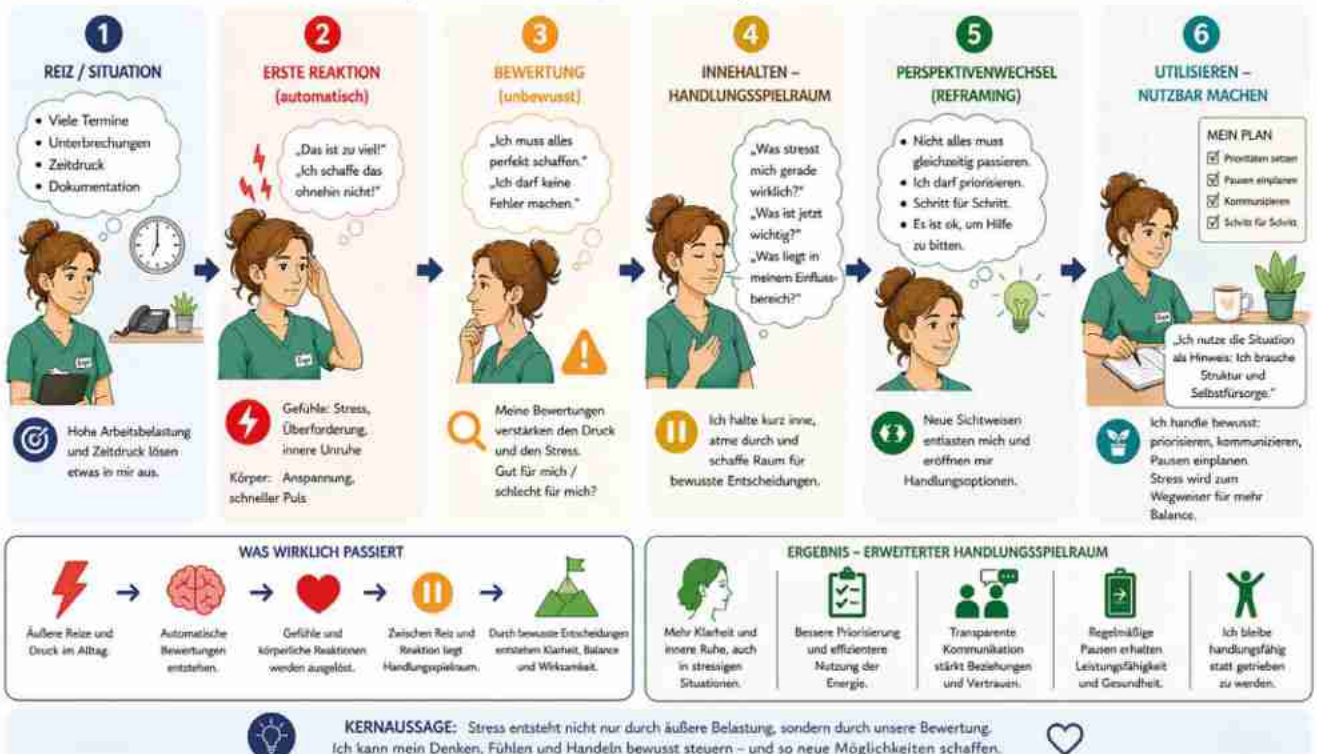


Abb. 2: Bild erstellt mit ChatGPT

nach Gunther Schmidt (Schmidt, 2016) werden gezielt Fragen eingesetzt, um die Aufmerksamkeitslenkung bewusst zu verändern: weg vom Problem und hin zu Ressourcen, hilfreichen inneren Zuständen und möglichen Lösungen.

Systemische Fragen unterstützen dabei, den Blick zu erweitern, Unterschiede wahrzunehmen und neue Bedeutungen zu entwickeln. Sie laden dazu ein, die eigene Situation aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten und eröffnen so neue Handlungsmöglichkeiten.

Abschließend

„Es is net, wias kimmt – es is, wia mas nimmt.“

Dieses Motto begleitet uns beide in unserem beruflichen Alltag und unterstützt uns immer wieder dabei, Herausforderungen neu zu betrachten. Wir hoffen, dass auch Sie daraus für sich etwas mitnehmen können.

Herausforderungen, ob angekündigt oder unerwartet, sind ein unvermeidbarer Teil unseres Alltags. Umso bedeutsamer ist die Erinnerung daran, dass wir trotz automatischer Reaktionen Einfluss auf unser Denken, Fühlen und Handeln haben. In diesem Sinne verstehen wir diesen Artikel als Einladung, den eigenen Handlungsspielraum bewusster wahrzunehmen und aktiv zu gestalten. Wie kann ich mir im Alltag immer wieder Reflexionsinseln schaffen, um bewusst die alltäglichen Herausforderungen zu reflektieren und die Erfahrungen und „Learnings“ im emotionalen Erfahrungsgedächtnis gut zu archivieren?

Für die alltäglichen, kleineren Herausforderungen können systemische Fragen eine hilfreiche Form des Selbstcoachings darstellen. Sie unterstützen dabei, die Aufmerksamkeit bewusst zu lenken, neue Perspektiven einzunehmen und dadurch Handlungsspielräume zu erweitern.

Wie im Coaching-Kontext häufig formuliert: „Energy goes where attention flows!“

Hilfreiche systemische Fragen zur Reflexion:

1. Die Situation genauer betrachten

- Was genau ist im Moment herausfordernd für mich?

- Woran merke ich, dass mich diese Situation besonders beschäftigt?
- Wann ist die Situation etwas weniger schwierig?
-

2. Ressourcen und hilfreiche Erfahrungen entdecken

- Was hat mir in ähnlichen Situationen früher geholfen?
- Wer oder was unterstützt mich im Moment - wenn auch nur ein wenig?
- Was gelingt mir trotz der Herausforderung?
-

3. Neue Perspektiven einnehmen

- Welche andere Sichtweise könnte ebenfalls möglich sein?
- Was würde eine Person sehen, die mich gut kennt und unterstützt?
- Was würde ich einer anderen Person raten, die in derselben Situation ist?
-

4. Die Situation als Gelegenheit betrachten

- Wofür könnte diese Situation eine Gelegenheit sein?
- Welche Fähigkeit könnte sich durch diese Herausforderung entwickeln?
- Was könnte mir in Zukunft helfen, wenn ich wieder in eine ähnliche Situation komme?

Wir möchten Sie ermutigen, dabei einen achtsamen und wohlwollenden Umgang mit sich selbst in Herausforderungen zu pflegen. Entwicklung entsteht durch Erfahrung und auch durch das Durchleben von schwierigen Situationen. Kollegiale Beratung und Selbstreflexion unterstützen diese Lernprozesse. Wenn diese jedoch zu belastend werden, kann es sehr unterstützend sein, sich z.B. im Rahmen von Supervision oder Coaching begleiten zu lassen.

Haben Sie Interesse, Ihre Reflexionskompetenzen zu erweitern, eine systemische Haltung zu entwickeln und systemisches Wissen für die ergotherapeutische Praxis zu erlernen, dann bietet der Lehrgang „systemische Coachingkompetenz für Ergotherapeut*innen“ eine Chance dazu. Der nächste Lehrgang in Wien startet im Februar 2027. Genauere Infos finden Sie hier: <https://www.ergotherapie.at/lehrgang-systemische-coachingkompetenz-fuer-ergotherapeutinnen-3>

QUELLEN

- Bateson, G., & Holl, H. G. n. (2001). *Ökologie des Geistes : anthropologische, psychologische, biologische und epistemologische Perspektiven* (1. Aufl., [Nachdr.] ed.). Suhrkamp.
- Glaserfeld, E. v. (1995). *Radical constructivism : a way of knowing and learning*. Falmer Press. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=80209>
- Ryba, A., & Roth, G. (2022). *Coaching und Beratung in der Praxis : ein neurowissenschaftlich fundiertes Integrationsmodell* (Zweite Auflage ed.). Klett-Cotta.
- Schmidt, G. (2016). *Einführung in die hypnosystemische Therapie und Beratung* (Siebte Auflage ed.). Carl-Auer Verlag GmbH.
- Storch, M., Krause, F., Weber, J., & Verlag Hans, H. (2022). *Selbstmanagement - ressourcenorientiert : Theoretische Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell (ZRM®)* (7., überarb. Auflage2022 ed.). Hogrefe AG.
- Watzlawick, P. (2013). *Die erfundene Wirklichkeit : wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? : Beiträge zum Konstruktivismus*. Piper.
- Wirth, J. V., Kleve, H., & Carl-Auer-Systeme Verlag und Verlagsbuchhandlung GmbH. (2023). *Lexikon des systemischen Arbeitens: Grundbegriffe der systemischen Praxis, Methodik und Theorie* (Zweite, vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Carl-Auer-Systeme Verlag und Verlagsbuchhandlung.



Gleiche Therapiezugänge für alle

Kassenverträge als Schlüssel und Herausforderung in der Ergotherapie

ABSTRACT

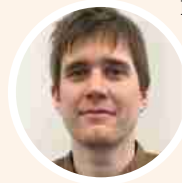
Chancengerechtigkeit ist ein zentrales Leitmotiv ergotherapeutischer Praxis: Menschen sollen unabhängig von Herkunft, Einkommen oder Status wirksam Zugang zu Therapie, Bildung, Arbeit und gesellschaftlicher Teilhabe erhalten. Dieser Diskursbeitrag verortet Chancengerechtigkeit im Spannungsfeld von philosophischen Konzepten politischer Gleichheit (Hannah Arendt) und aktuellen egalitären Debatten (César Rendueles). Anhand empirischer Evidenz wird gezeigt, wie finanzielle Belastungen kognitive Leistungsfähigkeit beeinträchtigen und damit die Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung verstärkt. Nach dem ich einen Kassenvertrag mit der ÖGK habe, werden strukturelle Stellschrauben anhand dieses Kassenvertrages diskutiert und dargestellt, dass Chancengerechtigkeit nicht allein durch individuelles Engagement entstehen kann. Es braucht strukturelle Maßnahmen welche Gleichheit ermöglichen. Primär soll der Beitrag eine Diskussion unter uns Ergotherapeut*innen entfachen, welche praxisnahen Strategien für Therapeut*innen, Einrichtungen,

Berufsverbände und Gesundheitspolitik formuliert werden können – mit dem Ziel, aus „Chancengerechtigkeit“ mehr tatsächliche Gleichheit im Zugang zur Ergotherapie zu machen.

Schlagerwörter: Chancengerechtigkeit; Egalität; Zugang zur Versorgung; Kassenvertrag; kognitive Belastung; Armutsforschung; Gender; Ethik der Versorgung; Ergotherapie

AUTOR

Hannes Außermaier, MSc



Ergotherapeut im Fachbereich Pädiatrie in eigener Praxis, Hauptberuflich Lehrender an der IMC Hochschule für Angewandte Wissenschaften Krams, Mitglied des Ethikbeirats von Ergotherapie Austria, Vorstandsmitglied der Austrian Association of Occupational Science (AOS).

hannes.aussermaier@imc.ac.at

Chancengerechtigkeit oder egalitäre Gleichheit?

Wenn wir in der Ergotherapie von Chancengerechtigkeit sprechen, können wir das mit bestem Gewissen tun. In unserem Beruf setzen wir uns, unabhängig vom jeweiligen Setting, täglich dafür ein, die Handlungsfähigkeit der Menschen zu stärken, die zu uns in die Therapie kommen – damit sie nach jeder Einheit etwas bessere Voraussetzungen haben, an für sie bedeutsamen Betätigungen teilzuhaben und diese auszuführen als zuvor.

Zugleich wissen wir, dass es nicht ausreicht, Chancengerechtigkeit für unsere Klient*innen herzustellen, indem wir ihnen lediglich denselben Startplatz wie allen anderen im Rennen um einen Therapieplatz geben. Ressourcen sind nicht gleich verfügbar, sie sind ungleich verteilt, und auf vielen Ebenen bestehen Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem. Einzelne Maßnahmen genügen daher nicht. Es braucht Egalität als Wert, welcher unser Handeln trägt, um Gleichheit in der Gesundheitsversorgung bzw. Gesundheit in all ihren bio-psychozialen Aspekten herzustellen bzw. zu erhalten – und es braucht materielle wie institutionelle Rahmenbedingungen und personenzentrierte Unterstützung die tatsächlich einen gleichen Zugang für alle zur Gesundheitsversorgung ermöglichen.

César Rendueles (2022) zeigt in seinem Buch „Gegen Chancengleichheit“, dass seit dem Einzug des Neoliberalismus in den 1970er-Jahren egalitäre Zielsetzungen vom Ideal individualisierter Marktchancen verdrängt wurden. Die Zweiklassenmedizin hat sich dadurch in unserer Wahrneh-

mung normalisiert. Gesellschaftlich akzeptiert sind häufig nur „Chancengleichheit“ und die Empörung über extreme Ungleichheit; die Idee materieller Egalität gilt hingegen als radikal, obwohl sie letztlich nur verlangt, unsere verlernte Fähigkeit zu aktivieren, Alternativen zum Markt zu denken und die Vorteile einer solidarischen, auf Gleichheit gründenden Gesellschaft neu ins Bewusstsein zu rufen.

Es geht daher nicht darum gerechte Chancen zu vergeben, sondern gleiche Bedingungen für die verschiedenen Bedürfnisse der Menschen im Gesundheitssystem zu schaffen. Zur Annäherung an diese Frage beziehe ich mich auf die deutsch-jüdische politische Denkerin Hannah Arendt, auf die ich im Zusammenhang mit Ergotherapie schon verwiesen habe (Außermaier, 2019). Sie lädt ein, unser gemeinsames Handeln in der Welt tiefer zu reflektieren.

Gleichheit

„Gleichheit ist nicht gegeben, und als Gleiche nur sind wir das Produkt menschlichen Handelns. Gleiche werden wir als Glieder einer Gruppe, in der wir uns kraft unserer eigenen Entscheidung, gleiche Rechte gegenseitig garantieren.“ (Arendt, 2009, S. 622)

Das Zitat erinnert daran, dass wir als Menschen stets verschieden sind. Pluralität bedeutet jedoch nicht Gleichmacherei, sondern es geht um politische Gleichheit, die sie von Gleichartigkeit unterscheidet. Gleichartigkeit versteht sie, als das, was uns alle betrifft: Wir werden geboren und sterben. Politische Gleichheit hingegen ist ein Prozess, der unser

tägliches Handeln erfordert und ohne gleiche Rechte aller Beteiligten nicht funktionieren kann. Wir sind also nicht von Natur aus gleich; es bedarf eines politischen Willens zur Gleichheit, der täglich hergestellt und verteidigt werden muss. „Ein Recht, Rechte zu haben“ (Arendt, 2009, S. 614), ist für Hannah Arendt daher das Menschenrecht schlechthin. Wichtig ist auch: „Gleich werden wir als Glieder einer Gruppe.“ Bezogen auf das Gesundheitssystem bedeutet das, dass wir Teil einer Solidargemeinschaft sind und unseren Beitrag leisten. Wir tragen Verantwortung für den Aufbau und den Erhalt solcher Strukturen. Die Verantwortung der Versicherung wiederum ist es, alle Mitglieder ihren unterschiedlichen Bedürfnissen entsprechend gerecht zu behandeln und gleichberechtigten Zugang zu gewährleisten.

Bei der Podiumsdiskussion der Fachtagung zum Thema „Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung“ erwähnte der Vertreter der Sozialversicherung der Selbständigen (SVS), Josef Kandlhofer, neben der privaten Gesundheitsversicherung als Teil der „Lösung“ auch das Vorsorgeprogramm der SVS, das ja intensiv beworben wird. Der gesundheitliche Nutzen von Vorsorgeuntersuchungen ist weitgehend unbestritten. Spannend ist jedoch, wie der Diskurs dadurch auf eine individuelle Ebene verlagert wird: Menschen sollen Termine organisieren, Befunde verstehen, Empfehlungen umsetzen. Genau hier entstehen Ungleichheiten – Zeit, Geld, Sprachkompetenzen, kognitive und soziale Ressourcen sind ungleich verteilt – und die Verantwortung wird auf die einzelnen Menschen abgewälzt und auf den Umstand reduziert, ob sie die Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen oder nicht. Ähnlich ergeht es uns Ergotherapeut*innen: Welchen Zugang wir unseren Klient*innen zum Gesundheitssystem ermöglichen, liegt in unserer Verantwortung und an unseren Möglichkeiten. Ob wir einen Kassenplatz anbieten oder ob wir unsere Tarife selbst festlegen, sollen wir selbst entscheiden. Damit sind wir wieder bei Rendueles und seiner These vom Ideal individualisierter Marktchancen, das „natürlich“ auch auf das Gesundheitssystem wirkt.

Diese problematische Individualisierung der Handlungsmöglichkeiten in einem Diskurs über Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung braucht einen solidarischen, gemeinschaftlichen, ja egalitären Gegenentwurf, der die Verantwortung für die Versorgung klar adressiert: Sie liegt bei jenen, welche strukturelle Veränderungen umsetzen können, bei den Kranken- bzw. Gesundheitskassen und den politischen Entscheidungsträger*innen – mit dem Ziel eines strukturell gleichen Zugangs zur Gesundheitsversorgung für alle.

Wenn beispielsweise bei einer Eltern-Kind-Pass-Untersuchung, die die Erziehungsberechtigten im Sinne der Vorsorge gewissenhaft wahrgenommen haben, etwas Auffälliges festgestellt wird, beginnen die individuell verschiedenen ungleichen Startpositionen der Kinder zu wirken. Für die Eltern startet dann die mühsame Suche nach einer passenden Ergotherapeut*in. Entscheidend ist dabei nicht nur das Therapieangebot, sondern auch die Möglichkeiten der Erziehungsberechtigten. Neben finanziellen Hürden können die Akzeptanz des sozialen Umfelds gegenüber Therapie, Sprach- und Gesundheitskompetenz sowie die zeitliche Verfügbarkeit den Zugang erschweren. So kann sich etwa eine Verkäuferin schwerer von der Arbeit freistellen lassen als ein Programmierer, der dank flexibler Arbeitszeitgestaltung im Vorteil ist und die Therapiezeit seines Kindes problemlos als Arztbesuch deklarieren kann – etwas, das die Verkäuferin, auch wenn es ihr zustünde, aus Angst vor Nachteilen oft nicht in Anspruch nimmt.

Dass der Zugang zum Gesundheitssystem durch mehrere Angebotsdimensionen (Supply-Side) bedingt ist und verschiedene Nutzer*innen-Fähigkeiten bzw. -Ressourcen (Demand-Side) erfordert, passt nicht zu der Aussage, die Herr Kandlhofer getroffen hat, der Zugang zum System sei für alle gleich – er kann es schlicht nicht sein.

In Tabelle 1 sind die patient*innenzentrierten Zugangsdimensionen sowie die dafür notwendigen Fähigkeiten und Ressourcen nach Levesque et al. (2013) aufgeführt, die Individuen benötigen, um Zugang zur Gesundheitsversorgung zu erhalten.

Patient*innenzentrierter Zugang zur Gesundheitsversorgung

| Angebotsdimensionen (Supply-side) | Nutzer*innen-Möglichkeiten (Demand-side) |
|--|---|
| Erreichbarkeit – Approachability | Möglichkeit wahrzunehmen – Ability to Perceive |
| Akzeptanz – Acceptability | Möglichkeit Hilfe zu suchen – Ability to Seek |
| Verfügbarkeit – Availability & Accommodation | Möglichkeit mobil zu sein – Ability to Reach |
| Erschwinglichkeit – Affordability | Möglichkeit zu bezahlen – Ability to Pay |
| Angemessenheit – Appropriateness | Möglichkeit sich einzubringen – Ability to Engage |

Tabelle 1: Eigene Darstellung patient*innenzentrierter Zugang zur Gesundheitsversorgung angelehnt an Levesque et al. (2013)

Wenn beispielweise eine alleinerziehende Mutter die Notwendigkeit einer Ergotherapie für ihr Kind erkannt, das System der Therapeut*innensuche verstanden und eine Therapeut*in gefunden hat, die zur richtigen Zeit am richtigen Ort verfügbar ist, bekommen sie die Nachricht, dass die Therapie 120 € pro Stunde kostet. Hier kommt ein Effekt zum Tragen, der in der Wissenschaft „cognitive bandwidth tax“ – eine Art kognitive Kapazitätssteuer – genannt wird (Mani et al., 2013). Diese „Steuer“ müssen wohlhabende Menschen nicht bezahlen, sie kommt aber armen Menschen teuer zu stehen, indem sie sich auf alle oben genannten Dimensionen der Zugänglichkeit zum Gesundheitssystem auswirkt und diese erschwert.

Allein die Vorstellung 1200 € bezahlen und wöchentlich 120 € vorzustrecken zu müssen, erzeugt bei einer finanziell knappen Ausgangsposition eine kognitive Belastung, welche mit einer schlaflosen Nacht vergleichbar ist.

Bei wohlhabenden Menschen hat ein solches Szenario keine Auswirkung auf die kognitive Leistungsfähigkeit.

Obwohl die Therapie in Österreich teilfinanziert ist, erzeugt die Vorleistungspflicht erheblichen Stress: Termine koordinieren, Befunde verstehen, Empfehlungen umsetzen – all das muss unter finanzieller Unsicherheit gelingen. Die Forschung von Mani et al. (2013) zeigt, dass solche Knappheit die kognitive Leistungsfähigkeit messbar mindern kann: in Studien sank die Problemlöseleistung bei finanziell belasteten Personen um bis zu 13 IQ-Punkte, was den Unterschied zwischen begabt und hochbegabt ausmachen kann. Diese kognitive Kapazitätssteuer, wie dieser Effekt auf Deutsch genannt werden kann, trifft Menschen mit wenig Ressourcen besonders hart und verschlechtert Adhärenz, Problemlösefähigkeiten und die Umsetzung und den Transfer von therapeutischen Aktivitäten in den Alltag. Wer Kosten vorstrecken muss oder hohe Eigenanteile trägt, hat damit

objektiv schlechtere Chancen auf denselben Therapieerfolg. Chancengerechtigkeit erfordert hier strukturelle Entlastung statt individueller Appelle.

Eine solche strukturelle Entlastung kann das Angebot einer Ergotherapiepraxis mit Kassenvertrag sein. Kassenplätze sind keine egalitären Allheilmittel, aber eine im System verankerte, sofort wirksame und ausbaufähige Maßnahme, um Gleichheit in der Gesundheitsversorgung herzustellen. Ein Kassenvertrag entlastet strukturell: Er verlagert Zugangsrisiken von Einzelnen auf solidarische Systeme, senkt finanzielle Hürden, nimmt Geldgespräche aus der Behandlungssituation und stärkt so die therapeutische Allianz. Für viele Klient*innen ist das der Unterschied eine Therapie starten zu können oder Aussteigen zu müssen.

Aus der Praxis weiß ich: Zu den schönsten Momenten gehört, Klient*innen sagen zu können, dass die Kosten von der Kasse übernommen werden. Geld nicht zum Thema machen zu müssen reduziert die kognitive Belastung durch finanzielle Sorgen und erleichtert somit unmittelbar den Alltag der Klient*innen und die gemeinsame Arbeit. Die therapeutische Beziehung startet mit einer anderen Qualität. Da Therapie von vielen externen Faktoren beeinflusst wird, müssen wir alle realen Hebel für bessere Ergebnisse nutzen – Kassenverträge sind einer der stärksten.

Aus fachlicher und ethischer Sicht spricht viel für Kassenverträge, weil sie Menschen mit Gesundheitsbedürfnissen ohne Vorfinanzierung Zugang zur Therapie sichern und so zu einer Gesellschaft unter Gleichen beitragen.

Wenn ich mir vorstelle, wie ich will, dass mein Kind behandelt werden soll, wie es aufwachsen soll, dann doch in einer Welt, in welcher solidarisch mit den vorhandenen Ressourcen umgegangen wird und es die Unterstützung bekommt, welche es braucht, um sich gut zu entwickeln. Sei das in der Familie, im Kindergarten, in der Schule, oder eben auch in der Therapie. Und wenn ich mir das für mein Kind wünsche, dann muss dies doch auch für die anderen Kinder gelten. Unabhängig von den finanziellen Möglichkeiten seiner Eltern.

Zugleich entsteht ein Dilemma: In einer Frauenberufsgruppe wie der Ergotherapie und in einer Gesellschaft, in der Frauen ohnehin den Großteil unbezahlter und bezahlter Care-Arbeit tragen, muss die Forderung lauten, mehr Geld für Care-Arbeit und nicht Leistungen „billiger“ auf Kasse anbieten, und somit einen zusätzlichen Einkommensverzicht hinzunehmen – das ist zynisch.

Der Hinweis auf volle Auslastung von Seiten der Kasse ersetzt keine fairen Tarife: Er führt zu mehr Arbeit für weniger Geld, weniger Zeit für Familie und Erholung, steigenden psychischen Belastungen, Qualitätsrisiken und Abwanderung aus Kassenverträgen – mit Versorgungslücken als Folge.

Zugangsgerechtigkeit darf daher nicht auf unterbezahlter Care-Arbeit beruhen, sondern das anzustrebende Ziel müssen gleichwertige Tarife, tragfähige Arbeitsbedingungen und Refundierungen sein, welche den realen Leistungssätzen entsprechen – gleiche Bezahlung für gleiche Leistung.

Was es jedoch ebenso braucht, ist der Blick auf die (teils noch) vorhandene solidarische Gesellschaft und ein solidarisches Gesundheitssystem. Wenn wir Gesellschaft nicht als Summe Einzelner, sondern als Gemeinschaft mit geteilten Grundwerten verstehen – mit leistbarem Wohnen, öffentlichem Verkehr, Schwimmbädern, Kulturangeboten und verlässlicher Daseinsvorsorge – dann kann auch ein geringeres individuelles Einkommen tragbar sein. So funktioniert ein Wohlfahrtsstaat. Dringt jedoch die kapitalistische Konsumlogik in jeden Lebensbereich, wenn Zweitwagen, Eigenheim am Land und der halbjährliche Garderobenwechsel zur Norm werden und wir unser Glück in Gütern statt in realen Bedürfnissen und gemeinsamen Lebensqualitäten suchen, untergräbt das Solidarität und macht faire, leistbare Versorgung schwieriger, ja fast undenkbar.

Wenn wir – ob wir wollen oder nicht – aus dem Hamsterrad nicht aussteigen, gerät auch die solidarische Gesellschaft aus dem Takt. Steht der Pool im Garten, braucht man keine öffentliche Badeanstalt; steht das Auto in der Garage, keinen Bus zum Bahnhof; verhandelt man den Lohn nur individuell, scheint der Betriebsrat entbehrlich. Doch was machen dann die anderen, die nicht die Mittel besitzen, ihr Kind auf eine Privatschule zu schicken? Eine Gesellschaft, in der wir gemeinsam leben können und wollen verlangt Verantwortung und Einsatz: einen sozialen Blick, Sozialtarife und Kassenplätze auch in der Ergotherapie.

Ergotherapie verbessert Chancengerechtigkeit – und das muss sich in Gleichheit und Egalität übersetzen: Gleichheit wiederum braucht stabile starke Strukturen, welche die gleichen Rechte der Einzelnen sichern und schützen. Ohne die Menschen, welche diese Strukturen bespielen, sind diese jedoch zu schwach, um gegen die vereinzeln individualisierenden Tendenzen unserer Zeit entgegenzuwirken. Dafür brauchen wir Vertragstherapeut*innen, faire Tarife und eine transparente, datenbasierte Steuerung der Kassenplätze

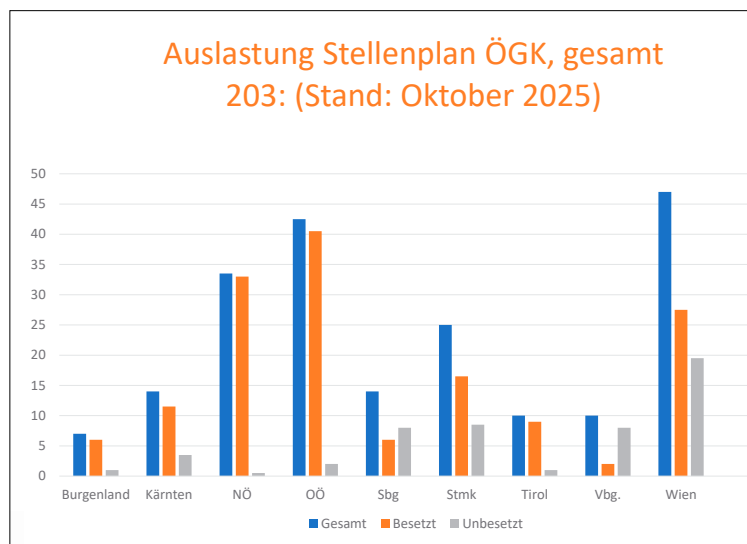


Abb: 1: Auslastung Stellenplan ÖGK



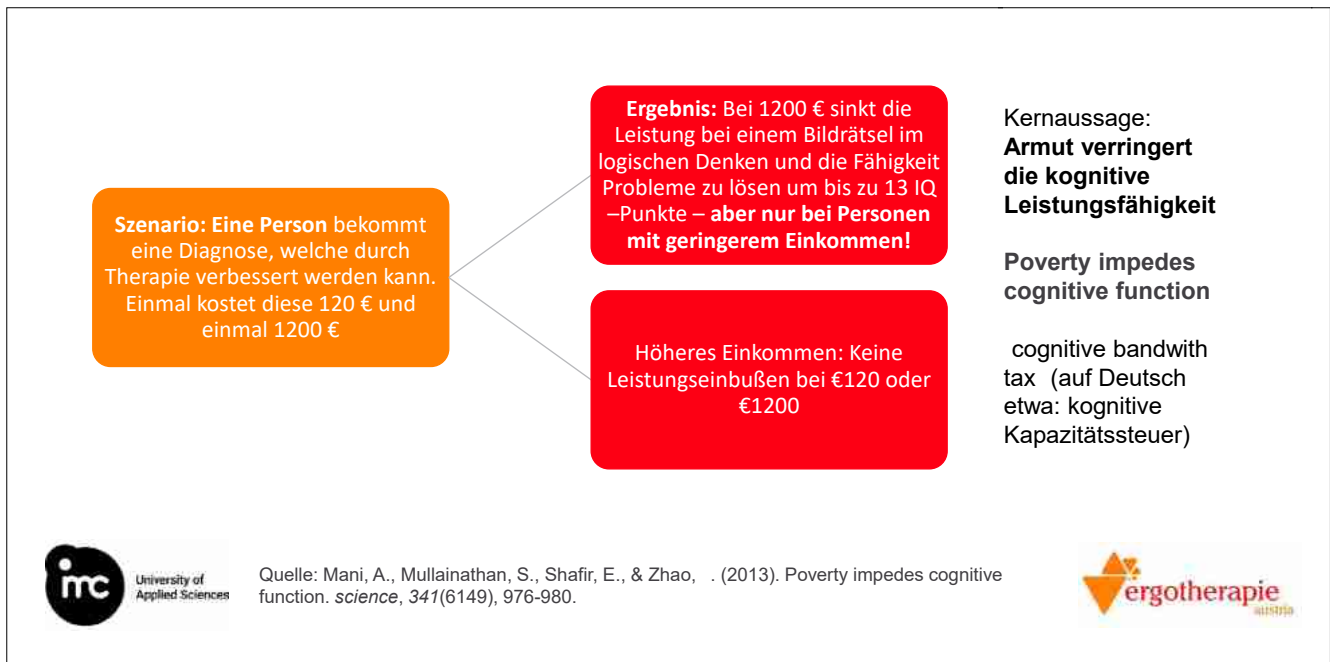


Abb 2: Beispiel: Poverty impedes cognitive function

mit klaren Antworten der Kassen: Wo fehlen Stellen und was wird unternommen diese zu besetzen, warum sind in Niederösterreich fast alle Planstellen der ÖGK besetzt und in Wien ein Großteil unbesetzt? Spielen die regional verschiedenen Praxiskosten, oder das Stadt-Land-Gefälle eine Rolle? Fragen, auf welche ich auch keine Antwort habe, welche sich aber lohnt in einem gemeinsamen Diskurs näher anzusehen. Als Mitglieder des Gesundheitssystems, gemeinsam mit unserer Interessensvertretung Ergotherapie Austria können wir als Ergotherapeut*innen unsere Zukunft, und die unserer Gesellschaft in die Hand nehmen.

Der Kassenvertrag ist dabei mehr als ein Abrechnungsweg, er ist ein egalitäres Versorgungsinstrument – seine Last darf jedoch nicht auf den Schultern einzelner, meist weiblicher Therapeutinnen, landen. Gender- und Care-Fragen, Vereinbarkeit, Wartelisten und moralischer Stress sind Versorgungs- und Gerechtigkeitsfragen; sie verlangen planbare Kapazitäten, Kostenentlastung und gleichwertige Vergütung. Beginnen wir im Kleinen (prozessuale Entlastung, Sozialtarife) und wirken im Großen (Kassenplätze, faire Tarife,

transparente Planung) – nicht mit erhobenem Zeigefinger, sondern indem wir unsere „Finger“ zu einer Faust zusammenbringen: kollegial und politisch. So wird aus Anspruch Versorgung und aus Versorgung Gerechtigkeit.

Wie geht es weiter – Möglichkeiten, sich einzubringen

- Fachbeitrag: Welche Vorteile ein Kassenvertrag in der Pädiatrie für Chancengerechtigkeit bietet, beleuchten meine Kollegin Silke Riel und ich in der nächsten Ausgabe der Fachzeitschrift.
- Webinar des Ethikbeirats (24.09.2026): Eine selbstständige Ergotherapeutin ohne Kassenvertrag und ein Ergotherapeut mit Kassenvertrag leiten das Webinar und diskutieren mit den Teilnehmer*innen die ethischen Aspekte. Anmeldung: www.ergotherapie.at/fortbildung
- Vernetzung: Wer am Diskurs teilnehmen möchte, kann mir für ein Online Treffen gerne eine E-Mail an ergotherapie@aussermaier.at senden. Ich freue mich auf Ideen und darauf, gemeinsam aktiv zu werden. ■

QUELLEN

- Außermaier, H. (2019). Work less – do more: Handwerk als gesundheitsfördernde Maßnahme in der Ergotherapie. *ergotherapie*, 2019(2), 26–29.
- Arendt, H. (2009). *Elemente und Ursprünge totaler Herrschaft* (13. Aufl.). Piper.
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 12–18.
- Mani, A., Mullainathan, S., Shafir, E., & Zhao, J. (2013). Poverty impedes cognitive function. *science*, 341(6149), 976–980.
- Rendueles, C. (2022). *Gegen Chancengleichheit: Ein egalitaristisches Pamphlet*. Suhrkamp.



Handeln zwischen Ideal und Realität

Chancengerechtigkeit gemeinsam gestalten: Ergotherapie trifft Non-Profit-Praxis

ABSTRACT

Kinder, die mit weniger Ressourcen aufwachsen, erleben Chancengleichheit früh und beständig. Dieser Beitrag beschreibt eine Kooperation zwischen younus Mentoring und dem Bachelor Studiengang Ergotherapie der FH Gesundheitsberufe OÖ, bei der Ergotherapie Studierende als Mentor*innen für Kinder, die strukturelle Benachteiligung erfahren, tätig werden. Das Projekt schafft einen gemeinsamen Lern- und Wirkraum: Chancengerechtigkeit wird nicht nur thematisiert, sondern unmittelbar er – und gelebt. Der Beitrag reflektiert Wirkungen auf vier Ebenen – Studierende, Kinder und Familien, die Profession Ergotherapie sowie die Non-Profit-Organisation – und fragt, was es braucht, damit Ergotherapie Brücken zwischen Systemen bauen kann.

AUTORIN



Katrin Hofer, MA

Leitung Kommunikation & Engagement
younus Mentoring, Ergotherapeutin
www.younus.at
katrin.hofer@younus.at

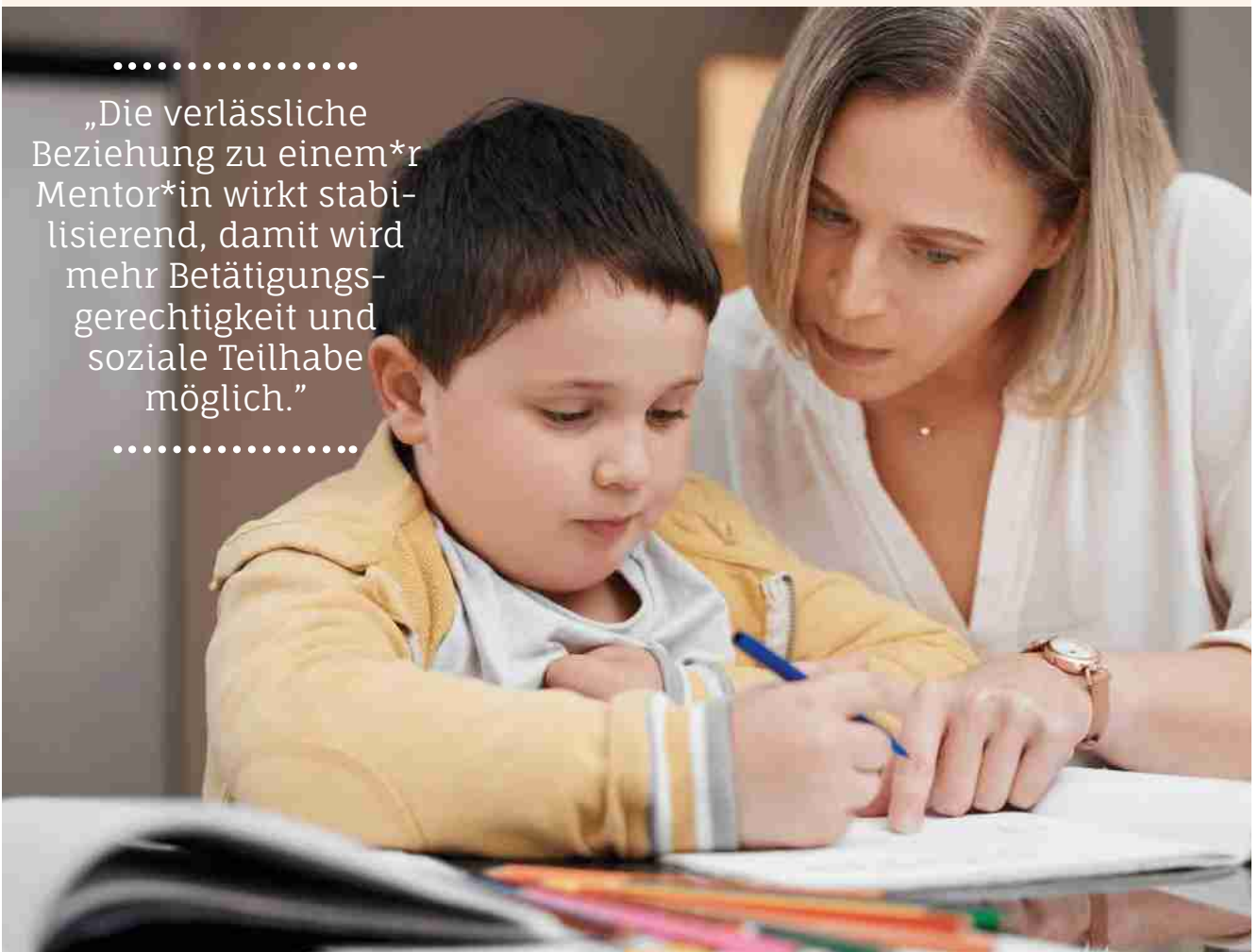
CO-AUTORIN



Karin Lettner-Hauser

Ergotherapeutin und Lehrtherapeutin
an der FH Oberösterreich

.....
„Die verlässliche Beziehung zu einem*r Mentor*in wirkt stabilisierend, damit wird mehr Betätigungsgerechtigkeit und soziale Teilhabe möglich.“
.....



Ungleiche Chancen – eine gesellschaftliche Realität

Chancen sind in Österreich sehr ungleich verteilt. Rund 344.000 Kinder und Jugendliche – das entspricht jedem fünften Kind – sind armuts- oder ausgrenzungsgefährdet (Volkshilfe Österreich, o. J.). 28 % der Kinder verfügen bei Schuleintritt über keine ausreichenden Deutschkenntnisse, 25 % der Schüler*innen mit niedrigem Familienwohlstand leiden unter Ängsten, 32 % unter Zukunftsorgen (Felder-Puig et al., 2023). Für Kinder alleinerziehender Mütter ist das Risiko körperlicher und psychischer Erkrankung besonders erhöht.

Frühe Nachteile wirken langfristig – und sektorale Systeme aus Gesundheit, Bildung und Sozialem greifen oft zu kurz. Professionen wie die Ergotherapie verfügen über spezifische Kompetenzen für Teilhabe, Alltagsgestaltung und Selbstbestimmung. Das Konzept der Beteiligungsgerechtigkeit (Occupational Justice) rückt dabei das Recht auf bedeutungsvolle Tätigkeiten in den Mittelpunkt und fragt, wie gesellschaftliche Strukturen Handlungsmöglichkeiten fördern oder einschränken (Wilcock & Townsend, 2000). Klassische Praxisfelder bilden dieses Potenzial jedoch nicht immer ab – Brückenarbeit zwischen Systemen wird zunehmend zentral.

younus Mentoring und Ergotherapie: ein gemeinsamer Lernraum

younus Mentoring ist eine gemeinnützige Organisation, die Kinder mit ungleichen Bildungs-, Gesundheits- und Teilhabechancen mit Mentor*innen in einem 1:1-Tandem zusammenbringt. Die Begleitung dauert sechs oder zwölf Monate bei zwei Stunden pro Woche. Psychosozial ausgebildete Berater*innen begleiten die Tandems und schaffen so einen niedrigschwelligen Raum für Teilhabe und Selbstwirksamkeit.

Im Rahmen der Kooperation mit dem Bachelor Studiengang Ergotherapie der FH Gesundheitsberufe OÖ engagieren sich Studierende als Mentor*innen. Sie treten in Kontakt mit Lebenswelten, die außerhalb klassischer Praxisfelder liegen, und reflektieren dabei die eigene professionelle Haltung. Chancengerechtigkeit wird für sie nicht nur im Hörsaal besprochen, sondern im Alltag erfahrbar – durch echte Begegnungen, verlässliche Beziehungen und unmittelbare Wirkung.

Die Praxisrealität des Mentorings konfrontiert Studierende mit Bedingungen, die im Studienalltag selten so unmittelbar greifbar sind: begrenzte Zeit, komplexe Familiensituatio-

nen, strukturelle Benachteiligung. Was auf den ersten Blick herausfordernd erscheint, erweist sich als zentrales Lernfeld für Haltungsarbeit, Beziehungsaufbau und ressourcenorientierten Blick – Kompetenzen, die in der ergotherapeutischen Ausbildung verankert sind und in diesem Setting direkt erprobt werden können.

Wirkung auf vier Ebenen

Die Kooperation entfaltet Wirkung auf mehreren Ebenen gleichzeitig. Für die Studierenden bedeutet das Engagement eine Schärfung professioneller Haltung und einen ressourcenorientierten Blick auf Menschen in vulnerablen Lebenssituationen. Für die betreuten Kinder und ihre Familien wird Teilhabe konkret erlebbar: Die verlässliche Beziehung zu einer Mentor*in wirkt stabilisierend – ein Faktor, der in der Literatur zu Beteiligungsgerechtigkeit und sozialer Teilhabe gut belegt ist (Townsend & Wilcock, 2004).

Für die Profession Ergotherapie wird in diesem Projekt sichtbar, dass Ergotherapie weit über klinische Felder hinaus gesellschaftliche Verantwortung trägt. Beteiligungsgerechtigkeit als konzeptueller Rahmen bekommt hier einen konkreten Handlungskontext. Und für younus Mentoring bedeutet die Zusammenarbeit eine neue fachliche Perspektive sowie die Möglichkeit, mehr Kinder mit qualifizierten Begleitpersonen zu erreichen.

Vom Projekt zur Haltung

Dieses Projekt zeigt: Wirkung entsteht da, wo Menschen gemeinsam handeln. Ergotherapie kann Brücken zwischen Systemen bauen – vor allem wenn sie aus ihrer Perspektivenvielfalt handelt, um gesellschaftliche Realitäten mitzugestalten. Vernetztes Denken erfordert vernetztes Handeln. Was dafür gebraucht wird, hat sich in dieser Kooperation klar gezeigt: Zusammenarbeit auf Augenhöhe, Klarheit über Rollen und Grenzen sowie Räume für Reflexion und Austausch. Die Fachtagung 2026 von Ergotherapie Austria bot dafür einen wichtigen Rahmen. Dieser Beitrag möchte die Diskussion darüber weitertragen, wie Ergotherapie als Profession gesellschaftliche Ungleichheiten nicht nur wahrnimmt, sondern aktiv mitgestaltet. ■

QUELLEN

Felder-Puig, R., Teutsch, F. & Winkler, R. (2023). Psychische Gesundheit von österreichischen Jugendlichen. HBSC Factsheet 01 aus Erhebung 2021/22. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien. Abgerufen am 07.05.2026, von <https://broschuerenservice.sozialministerium.at>

Townsend, E. & Wilcock, A. A. (2004). Occupational justice and client-centred practice: A dialogue in progress. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(2), 75–87.

Volkshilfe Österreich (o. J.). Armut & Kinderarmut. Abgerufen am 07.05.2026, von <https://www.volkshilfe.at/armut-kinderarmut>

Wilcock, A. A. & Townsend, E. (2000). Occupational terminology interactive dialogue. *Journal of Occupational Science*, 7(2), 84–86.



Vom Behandeltwerden zum Wieder-Handeln

Erfahrungen einer Therapeutin in der Rehabilitation – eine Reflexion aus ergotherapeutischer Perspektive

ABSTRACT

Dieser Artikel ist eine Fortsetzung des Beitrags aus der 1. Ausgabe 2026 und knüpft an die dort dargestellten Erfahrungen eines längeren Krankenhausaufenthalts an. Im Fokus steht die anschließende Phase der Rehabilitation, reflektiert aus der Perspektive einer Ergotherapeutin in der Rolle der Patientin. Die Analyse erfolgt unter anderem unter Berücksichtigung des PEO-Modells (Person-Environment-Occupation). Relevante Themen sind therapeutische Interventionen, interdisziplinäre Zusammenarbeit, psychosoziale Aspekte sowie alltagsnahe Betätigung und der berufliche Wiedereinstieg.

Es wird gezeigt, dass Rehabilitation über Funktionsaufbau hinausgeht und als zentraler Übergang zur

Wiederherstellung von Selbstbestimmung, Teilhabe und Lebensqualität verstanden werden sollte. Der Beitrag liefert praxisrelevante Erkenntnisse für Ergotherapeut*innen im Umgang mit Patient*innen in vulnerablen Lebensphasen.

AUTORIN



Agnes Schwabl, MA, BA, BSc

Selbständige Ergotherapeutin
in Niederösterreich
a.schwabl@ergotherapie.at

Dieser Beitrag ist eine Fortsetzung des Artikels „Zwischen Kontrolle und Ohnmacht – ein Rollenwechsel von der Therapeutin zur Patientin“ aus der 1. Ausgabe 2026 und setzt die dort beschriebenen Erfahrungen im Akutkrankenhaus fort. Während der erste Teil die Herausforderungen von Abhängigkeit, Unsicherheit und eingeschränkter Selbstbestimmung beleuchtet, fokussiert der folgende Artikel die Phase der Rehabilitation.

Die dreiwöchige Rehabilitation bot erstmals die Möglichkeit, Alltag, Bewegung und Entscheidungen aktiv zu gestalten. Als Ergotherapeutin in der Rolle der Patientin konnte ich diese Phase reflektieren und gleichzeitig die Wirkung therapeutischer Interventionen, interdisziplinärer Zusammenarbeit und alltagsnaher Betätigungserfahrungen analysieren. Der Artikel zeigt auf, wie Rehabilitation nicht nur Funktionsaufbau, sondern auch die Rückgewinnung von Selbstbestimmung, Teilhabe und beruflicher Perspektive ermöglicht.

Rehabilitation als Übergangsraum

Nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Rehabilitation ein Set von Interventionen, das darauf abzielt, die Funktionsfähigkeit zu optimieren und Behinderungen bei Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Zusammenspiel mit ihrer Umwelt zu reduzieren. Rehabilitation unterstützt Menschen dabei, ihre Selbstständigkeit im Alltag zu fördern und die Teilhabe an Bildung, Arbeit, Erholung und sinnvollen Lebensrollen zu ermöglichen (WHO, 2024). Unter Rehabilitationsleistungen sind alle medizinischen Leistungen zu verstehen, die der Abwendung, Beseitigung,

Minderung oder dem Ausgleich einer Behinderung oder Pflegebedürftigkeit, der Verhütung ihrer Verschlimmerung oder der Milderung ihrer Folgen dienen. (BMFG, 2025)

Die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) sieht die medizinische Rehabilitation als „eine Pflichtaufgabe, auf die allerdings kein Rechtsanspruch besteht. Sie wird im Anschluss an die Krankenbehandlung gewährt, um den Erfolg dieser zu sichern oder die Folgen der Krankheit zu erleichtern. Ihr Ziel ist, dass Patientinnen und Patienten wieder ein möglichst selbstständiges Leben ohne Betreuung und Hilfe führen können.“ (ÖGK, 2026)

In Österreich haben wir das Privileg, relativ einfach und rasch Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen und -einrichtungen zu erhalten. Weltweit würde jede dritte Person von Rehabilitationsmaßnahmen profitieren. Dies ist jedoch auf Grund finanzieller, medizinischer oder bürokratischer Hürden oftmals nicht möglich, weshalb die WHO die „Rehabilitation 2030 initiative“ ins Leben gerufen hat. Dabei beschreibt sie 10 Handlungsebenen (siehe Abb. 1).

Die Initiative hat das Ziel, Rehabilitation für alle Menschen in allen Phasen des Lebens zugänglich zu machen. (WHO, 2026)

Informationen zum Thema Rehabilitation in Österreich erhält man im Rehabilitationskompass. Dieser ist ein elektronisches Informationsverzeichnis zu Organisation, Leistungsangebot und Ausstattung stationärer sowie ambulanter Rehabilitationseinrichtungen (Phase II) in Österreich. Neben Informationen zu Rehabilitation allgemein, den Rehabili-

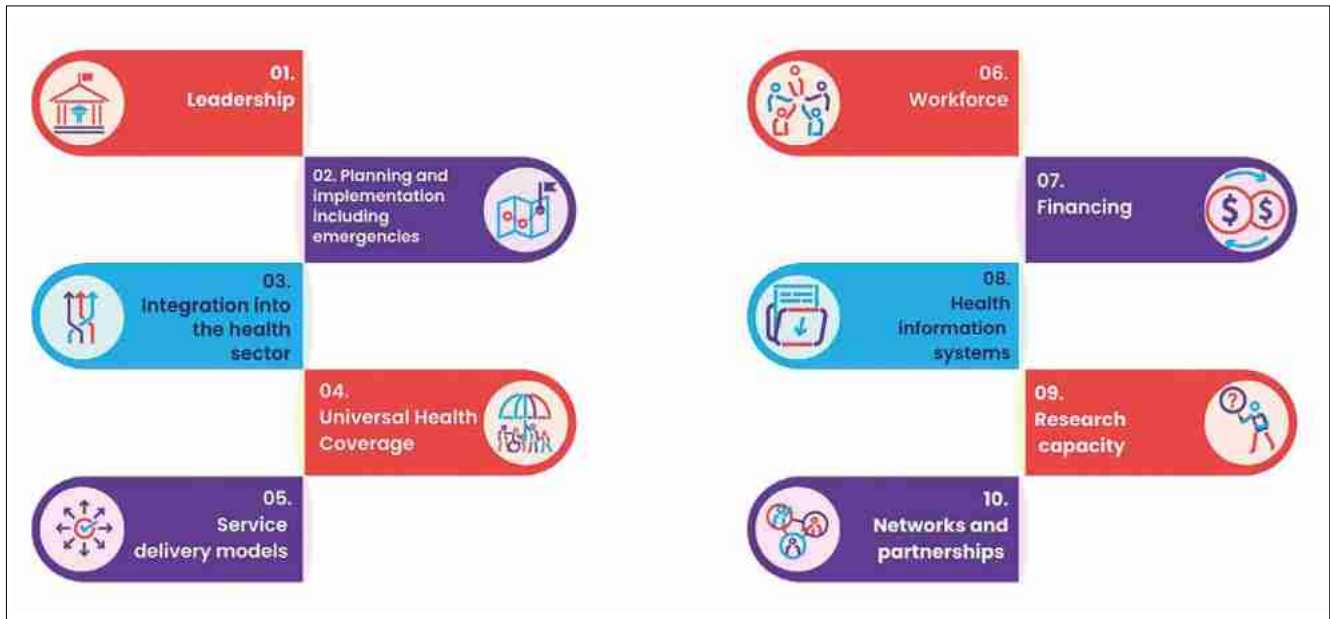


Abb. 1: 10 areas for action (WHO, 2026)

tationsphasen und bürokratischen Abläufen, gibt es auch eine Suchfunktion, um die passende Rehaeinrichtung, je nach Schwerpunkt bzw. medizinischem Bedarf, zu finden. (Gesundheit Österreich GmbH, 2026)

Die Rehabilitation stellte nach dem Krankenhaus für mich einen Übergangsraum dar: zwischen Schutz und Eigenverantwortung, zwischen Abhängigkeit und Selbstwirksamkeit. Anders als im Krankenhaus lag der Fokus nun auf Aktivität, Gestaltung des Alltags und der Rückgewinnung von Selbstbestimmung. Gleichzeitig war die Phase herausfordernd: die Aufforderung zur aktiven Mitgestaltung brachte sowohl Motivation als auch Unsicherheit mit sich. Rehabilitation bedeutet nicht nur Fortschritt, sondern auch das Erleben von Grenzen, Erschöpfung und die Notwendigkeit, eigene Belastbarkeit realistisch einzuschätzen.

Therapeutische Angebote und interdisziplinäre Versorgung

Die Rehabilitation bot mir ein breit gefächertes, interdisziplinär abgestimmtes Therapieangebot:

- Bewegungs- und Krafttraining
- Ergometertraining
- Walking- und Wandergruppen
- Gruppenangebote zu Koordination, Balance und Rückengesundheit
- Schwimmen und Wassergymnastik
- Vorträge zu Bewegung, Alltag, Stressmanagement und Prävention
- Informationen zum Thema Ernährung
- Angebote zu Achtsamkeit, Entspannung und Atemtraining

Zusätzlich bestand jederzeit Zugang zu psychologischer Unterstützung, sowohl in Einzelgesprächen als auch in der Gruppe. Die ständige Anwesenheit von Pflege, Ärzt*innen und Therapeut*innen ermöglichte es, Fragen, Unsicherheiten und Wünsche jederzeit zu klären.

Das PEO-Modell im rehabilitativen Kontext

Das PEO-Modell (Person-Environment-Occupation) half dabei, Veränderungen und Herausforderungen während der

Rehabilitation systematisch einzuordnen.

Person: Körperliche Einschränkungen, emotionale Belastung und Unsicherheiten prägten mein Erleben, ergänzt durch

Fachwissen und Selbstreflexionsfähigkeit. Die Herausforderung bestand darin, die eigene Expertise nicht permanent in eine „Therapeut*innenrolle“ zu übersetzen, sondern Patientin zu sein.

Umwelt: Die strukturierte, vorhersehbare Umgebung vermittelte Orientierung und Sicherheit. Tagespläne, feste Therapiezeiten und konstante Ansprechpartner*innen reduzierten Unsicherheiten, zeigten jedoch auch, wie stark Umweltbedingungen die Motivation und Selbstbestimmung beeinflussen.

Betätigung: Alltagsnahe Tätigkeiten rückten wieder ins Zentrum: selbstständig aufstehen, Therapien organisieren, Pausen einplanen, Gespräche führen. Diese Handlungen stärkten die Selbstwirksamkeit und das Erleben von Kontrolle über den eigenen Alltag.

„Alltagsnahe Betätigungen und aktive Wahlmöglichkeiten stärkten Selbstwirksamkeit und Entscheidungsfähigkeit.“

Interventionen zur Förderung von Selbstbestimmung

Die Patient*innen auf der Reha wurden schrittweise in Entscheidungsprozesse eingebunden. Zum Beispiel bei der

- Mitgestaltung der Trainingsinhalte
- Auswahl zwischen Therapieeinheiten (Wander-Gruppe vs. Walking-Gruppe, Schwimmen vs. Wassergymnastik, ...)
- Anpassung von Belastungs- und Pausenzeiten

Alltagsnahe Betätigungen, aktive Wahlmöglichkeiten und persönliche Interessen stärkten Selbstwirksamkeit und Entscheidungsfähigkeit. Transparenz, Sicherheit und unterstützende Rückmeldungen bildeten die Grundlage wirksamer Selbstbestimmung.

Ängste, Unsicherheiten und Zukunftsfragen

Mit fortschreitender Rehabilitation traten zunehmend Fragen und Unsicherheiten in Bezug auf die Zukunft in den Vordergrund, die sowohl körperliche, emotionale als auch berufliche Aspekte betrafen. Die zentrale Herausforderung bestand darin, die eigene Leistungsfähigkeit realistisch einzuschätzen und gleichzeitig Vertrauen in den eigenen Genesungsprozess zu entwickeln.

Tägliche Unsicherheiten betrafen die Tagesbelastung und

Therapietoleranz: Welche Übungen kann ich heute bewältigen, ohne mich zu überfordern? Wann sind Pausen notwendig? Wie gehe ich mit Rückschritten oder Tagen niedriger Leistungsfähigkeit um?

Eine weitere Unsicherheit betraf die **berufliche Perspektive**. Als Selbstständige war die Frage nach dem Wiedereinstieg besonders komplex: Wann kann ich wieder arbeiten? Welche Arbeitsbelastung ist zumutbar? Wie strukturiere ich meinen Arbeitsalltag nach längerer Auszeit? Solche Fragen erzeugten sowohl Stress als auch Gefühle der Unsicherheit, da klare Stufenmodelle, wie sie in angestellten Strukturen oft üblich sind, in der Selbstständigkeit fehlen. Die Angst vor Überforderung, finanziellen Problemen oder dem Verlust der Selbstständigkeit war präsent.

Gleichzeitig traten **psychosoziale Ängste** auf: die Sorge, nicht mehr mit der eigenen Rolle oder den Anforderungen des Alltags Schritt halten zu können, Unsicherheit in sozialen Interaktionen innerhalb der Gruppe oder das Vergleichen mit anderen Patient*innen. Selbst kleine Entscheidungen, wie die Wahl zwischen verschiedenen Therapiegruppen oder Pausengestaltung, konnten temporär als belastend empfunden werden, da sie direkt mit Selbstwirksamkeit und Kontrolle verknüpft waren.

In dieser Phase erwiesen sich interdisziplinäre Beratung und psychosoziale Unterstützung als besonders wertvoll. Einzelgespräche mit Psycholog*innen, Rücksprache mit Therapeut*innen und ein Informationsgespräch mit einem Berater der Krankenkasse halfen, konkrete Strategien zu entwickeln: realistische Zielsetzung, schrittweise Belastungssteigerung, zeitliche Planung des Wiedereinstiegs in Arbeit und Alltag. Diese Unterstützung trug entscheidend dazu bei, Ängste zu relativieren, Handlungsmöglichkeiten zu erkennen und wieder Kontrolle über den eigenen Rehabilitationsprozess zu gewinnen.

Insgesamt verdeutlicht diese Phase, dass Ängste und Unsicherheiten integrale Bestandteile der Rehabilitation sind. Sie sind nicht nur psychische Begleiterscheinungen, sondern eng verknüpft mit Selbstbestimmung, Entscheidungsfähigkeit und Teilhabe. Für die Praxis bedeutet dies, dass therapeutische Begleitung immer auch Raum für Reflexion, Beratung und empathische Unterstützung bieten muss, um Patient*innen Sicherheit und Orientierung zu geben.

Selbstständigkeit und Wiedereinstieg

Für Selbstständige gestaltet sich der Wiedereinstieg besonders komplex, denn Eigenverantwortung und Planung sind zwingend notwendig. In diesem Prozess erhält man jedoch kaum Unterstützung. Fragen nach Arbeitsumfang, Belastbarkeit und finanzieller Absicherung begleiteten die Rehabilitation kontinuierlich. Informationsgespräche mit einem Berater der Krankenkasse und Ärzt*innen halfen, realistische Perspektiven und Unterstützungsleistungen zu klären. Arbeit wurde als integraler Bestandteil der Betätigungsidentität erkennbar.

Auch wenn es in dieser Phase oftmals schwerfällt, ist es wichtig und notwendig, sich mit dem beruflichen Wiedereinstieg und der Zeit nach der Rehabilitation zu beschäftigen. Eine achtsame, realistische Planung des Wiedereinstiegs trägt wesentlich zur nachhaltigen Genesung bei. Die Sozialversicherungsträger informieren über Unterstützungsleistungen, Fristen und Abläufe. Als selbstständige Ergotherapeutin hat man ebenfalls Anspruch auf finanzielle Unterstützung, entweder durch eine abgeschlossene Zusatzversicherung bzw. nach längerem Krankenstand direkt über die SVS. Hierfür sind regelmäßige Arztbestätigungen einzuholen und Fristen einzuhalten.

Hier finden Sie Infos zur Unterstützungsleistung der SVS:



Rehabilitation im Spannungsfeld von Unsicherheit und Handlungskompetenz

Die folgende Tabelle zeigt das Zusammenspiel zwischen schwierigen Erfahrungen, selbstbestimmungsfördernden Betätigungen und ergotherapeutischen Interventionen im Rehabilitationsalltag. Die Übersicht macht deutlich, dass Rehabilitation nicht als lineare Abfolge therapeutischer Maßnahmen verstanden werden kann, sondern als dynamisches Zusammenspiel von belastenden Erfahrungen, unterstützenden Umweltfaktoren und bedeutungsvollen Betätigungen. Im Sinne des PEO-Modells zeigt sich, dass Herausforderungen auf der Ebene der Person (Unsicherheiten, Erschöpfung, ...) durch eine strukturierte, sichere Umwelt sowie durch gezielt ausgewählte Betätigungen positiv beeinflusst werden können. Ergotherapeutische Interventionen entfalten ihre Wirksamkeit im Zusammenspiel dieser drei Komponenten. Entscheidend ist die Balance zwischen individuellen Ressourcen, Umweltbedingungen und Betätigungsanforderungen. Gelingt diese Abstimmung, entsteht Handlungskompetenz und damit die Grundlage für Selbstbestimmung und nachhaltige Teilhabe im Alltag und im Berufsleben.

Beispiele aus der Rehabilitation / Wirkungserleben

| | |
|--|---|
| Schwierige Erfahrungen | <ul style="list-style-type: none"> - Unklarheit über Belastungsgrenzen und Tagesform - Unsicherheiten beim beruflichen Wiedereinstieg - Emotionale Erschöpfung trotz körperlicher Stabilisierung - Vergleich mit anderen Patient*innen |
| Zentrale Betätigungen zur Förderung von Selbstbestimmung | <ul style="list-style-type: none"> - Eigenständiges Aufstehen & Körperpflege - Entscheidungen über Therapieinhalte - Tagesplanung & Pausengestaltung - Bewegungsaktivitäten (Walking, Wassergymnastik) - Teilnahme an Vorträgen & Informationsgruppen |
| Ergotherapeutische Interventionen | <ul style="list-style-type: none"> - Graded Activity Training (schrittweise Aktivitätssteigerung) - Selbstmanagementtraining (Energie-Management, Tagesplanung) - Alltagsorientierte Aufgaben zur Förderung von Autonomie - Entspannungs- und Atemtraining - Angehörigeneinbindung zur Zielplanung |

Zentrale Lernerfahrungen für die ergotherapeutische Praxis

Die Erfahrung aus der Phase der Rehabilitation liefert nicht nur persönliche, sondern auch praxisrelevante Erkenntnisse für die Ergotherapie:

1. Klient*innenzentrierte, transparente Kommunikation ist entscheidend für Vertrauen, Motivation und aktive Mitgestaltung.
2. Partizipative Zielsetzung stärkt Selbstbestimmung und Handlungskompetenz.

Rehabilitation bedeutet nicht nur Fortschritt, sondern auch das Erleben von Grenzen, Erschöpfung und die Notwendigkeit, eigene Belastbarkeit realistisch einzuschätzen.



3. Psychosoziale Aspekte, insbesondere Ängste, Unsicherheiten und berufliche Fragen, erfordern reflektierte Betreuung und interdisziplinäre Unterstützung.
4. Eine Anpassung der Therapieinhalte an die persönliche Tagesform kann Überforderung verhindern.
5. Berufliche und psychosoziale Themen sind ein wichtiger Teil der ganzheitlichen Begleitung.

Wichtige Aspekte im gesamten Rehabilitationsprozess waren für mich nicht nur die einzelnen Therapien, sondern die gemeinsame Abwägung von Therapieeinheiten, die Reflexion von Belastung und Pausen sowie die Beratung zur beruflichen Wiedereingliederung. Therapeutische Kompetenz wirkt somit nicht nur durch Methoden, sondern vor allem durch Klient*innenzentrierung, Kommunikation, Partizipation und gezielte Unterstützung.

Schlussgedanken

Die Rehabilitation verdeutlichte, dass Genesung kein linearer Prozess ist, sondern ein komplexes Zusammenspiel von Person, Umwelt und Betätigung. Therapeutische Begleitung wirkt nachhaltig, wenn sie auf Selbstbestimmung, Orientierung und Vertrauen ausgerichtet ist.

Für die ergotherapeutische Praxis gilt: Rehabilitation bzw. Therapie bedeutet nicht allein Funktionsaufbau, sondern die Begleitung zurück in ein selbstbestimmtes Leben, einschließlich beruflicher, sozialer und alltagsbezogener Rollen.

QUELLEN

Bundesministerium für Gesundheit (2025): *Rehabilitation und Hilfen zu Hause*. Abgerufen am 27.2.26 von: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/rehabilitation>

Gesundheit Österreich GmbH (2026): *Österreichischer Rehabilitationskompass*. Abgerufen am 27.2.26 von: <https://rehakompass.goeg.at/#/start>

Österreichische Gesundheitskasse (2026): *Medizinische Rehabilitation*. Abgerufen am 27.2.26 von: <https://www.gesundheitskasse.at/cdsccontent?contentid=10007.867531>

SVS (2026): *Unterstützungsleistung*. Abgerufen am 27.2.26 von: <https://www.svs.at/cdscontent?contentid=10007.816734>

WHO (2024): *Rehabilitation*. Abgerufen am 27.2.26 von: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

WHO (2026): *Rehabilitation 2030 initiative*. Abgerufen am 27.2.26 von: <https://www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030>



Berufliche Wiedereingliederung nach Myokardinfarkt

Interventionsmöglichkeiten der Ergotherapie

ABSTRACT

Ein Myokardinfarkt trifft viele Menschen mitten im Erwerbsleben und kann ihre Chancen auf eine erfolgreiche Rückkehr in den Alltag und Beruf erheblich beeinflussen. Gerade hier spielt die Ergotherapie eine wesentliche Rolle, indem sie Betroffene bei der Bewältigung krankheitsbedingter Herausforderungen unterstützt, bestehende Barrieren im Alltag reduziert und so eine faire Chance auf Teilhabe und berufliche Reintegration ermöglicht.

In diesem Artikel werden ergotherapeutische Interventionen für Menschen im erwerbsfähigen Alter nach einem Myokardinfarkt vorgestellt, die insbesondere die berufliche Wiedereingliederung und damit die Chancengerechtigkeit im Erwachsenenalter fördern. Grundlage ist eine von Juli bis Dezember 2024 im Rahmen einer Bachelorarbeit durchgeführte Literaturrecherche, die sich an den Merkmalen eines Scoping Reviews orientierte und sowohl nationale als auch internationale Erkenntnisse einbezog.

Im folgenden Beitrag werden zentrale Interventionen der Arbeit anhand der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) strukturiert dargestellt.

AUTORINNEN



Viktoria Mühlegger, BSc

Absolventin des FH-Bachelor-Studiengangs Ergotherapie, Ergotherapeutin im Reha Zentrum Münster, Tirol
viktoria.muehlegger@reha-muenster.at



Ines Nagiller, BSc, MSc

Ergotherapeutin und Mitarbeiterin in Lehre und Forschung am FH-Bachelor-Studiengang Ergotherapie
 fng - Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol GmbH (Fachhochschule)

0512 5322 76744

ines.nagiller@fng-tirol.ac.at



Bachelorarbeit zur Erreichung des akademischen Grades BSc, geschrieben an der fng Innsbruck

Einleitung

Kardiovaskuläre Erkrankungen, insbesondere der Myokardinfarkt, zählen in Österreich zu den häufigsten Todesursachen und verursachen erhebliche gesundheitliche und wirtschaftliche Belastungen. Allein 2019 führten sie zu rund 38.000 Krankenständen und im Jahr 2015 zu Kosten von etwa 4,7 Milliarden Euro sowie zu einem deutlichen Verlust an Lebensqualität (Griebler et al., 2021). Für Menschen im erwerbsfähigen Alter bedeutet ein Myokardinfarkt jedoch weit mehr als ein medizinisches Ereignis. Er beeinflusst körperliche, psychische und soziale Lebensbereiche, Handlungsrollen sowie die berufliche Perspektive und kann die Chancengerechtigkeit im Alltag und Erwerbsleben erheblich einschränken. Betroffene sind häufig zeitweilig oder dauerhaft in ihrer Arbeitsfähigkeit, in ihren Handlungsrollen und Aktivitäten eingeschränkt und haben dadurch weniger Möglichkeiten, an beruflichen, sozialen und alltäglichen Lebensbereichen gleichberechtigt teilzuhaben.

Sehr häufig zeigen sich nach einem Myokardinfarkt psychische Reaktionen wie Depressionen und Ängste, die das Leben der Betroffenen maßgeblich einschränken und sich in Sorgen über die Bewältigung beruflicher oder privater Anforderungen äußern (Reibis et al., 2024). Eine Studie mit 6.117.804 hospitalisierten Erwachsenen in den USA veranschaulicht, dass Depressionen (6,2 %) und Angststörungen (6,0 %) zu den häufigsten psychischen Begleiterkrankungen nach einem akuten Myokardinfarkt gehören (Sreenivasan et al., 2020).

Abhängig vom Ausmaß der Schädigung kann ein Myokardinfarkt zu Herzinsuffizienz und Herzrhythmusstörungen führen, welche die Lebensqualität weiter einschränken (Christ, 2022). In schweren Fällen tritt ein Herz-Kreislauf-Stillstand auf, der eine sofortige Reanimation erfordert, um hypoxische Hirnschäden zu verhindern (Nöthel et al., 2024; Larsen, 2021). Eine polnische Studie mit 468 Patient*innen (Durchschnittsalter 59 Jahre) belegt zudem, dass kognitive Einschränkungen auftreten können. Zu Beginn wiesen 37 % kognitive Defizite auf, nach sechs Monaten noch 25 % (Kasprzak et al., 2023). Bei einigen Menschen treten auch Schmerzen in der oberen Extremität auf (Hoberg, 2007). Häufig berichten Betroffene zudem über eine reduzierte körperliche Belastbarkeit sowie Müdigkeit, die zu Einschränkungen in der Durchführung alltäglicher Aktivitäten (Activities of Daily Living, ADLs) führen kann (Schwaab, 2007).

Basierend auf all den genannten Risikofaktoren und Folgen eines Myokardinfarkts, insbesondere bei Menschen im erwerbsfähigen Alter, ist es wesentlich, die Summe an Einschränkungen zu betrachten, die nach einem Myokardinfarkt auftreten können. Diese wirken sich unmittelbar auf den Alltag, die Teilhabe und die Möglichkeit einer Rückkehr in das Erwerbsleben aus. Ein zentrales Thema ist dabei die Reduzierung von Risikofaktoren durch Lebensstilveränderungen, deren erfolgreiche Umsetzung jedoch stark von individuellen und sozialen Ressourcen abhängt und damit ebenfalls eine Frage der Chancengerechtigkeit darstellt (Christ, 2022).

Ergotherapie in der kardiologischen Rehabilitation

In Österreich basiert die medizinische Rehabilitation auf dem biopsychosozialen ICF-Modell (AWMF, 2020). Die ICF bietet eine einheitliche Sprache und einen strukturierten Rahmen, um Funktionsfähigkeit und Gesundheit zu erfassen (WHO, 2013). In diesem interprofessionellen Kontext übernimmt die Ergotherapie eine zentrale Rolle in der kardiologischen Rehabilitation, indem sie die Bereiche der ICF berücksichtigt und den Fokus besonders auf die Unterstützung von Aktivitäten und Teilhabe legt. Ziel der Ergotherapie ist es, die Handlungsfähigkeit und Selbstständigkeit von Betroffenen im Alltag sowie im beruflichen Kontext wiederherzustellen, zu fördern und langfristig zu erhalten. Insbesondere die soziale Integration und die berufliche Wiedereingliederung von Menschen im erwerbsfähigen Alter stehen dabei im Vordergrund (George, 2007).

Ergotherapeutische Interventionen im Bereich Körperfunktionen und Körperstrukturen

Narbenbehandlung

Bei offenen chirurgischen Eingriffen am Thorax entstehen postoperative Narben, die mit Schmerzen, Spannungsgefühlen, Sensibilitätsstörungen oder funktionellen Einschränkungen im Thoraxbereich einhergehen können und dadurch alltägliche Aktivitäten beeinträchtigen.

Diese Veränderungen können das Bewegungsausmaß reduzieren und sich negativ auf die Bewältigung alltäglicher sowie beruflicher Anforderungen auswirken.

Eine gezielte Narbenbehandlung kann die Gewebeelastizität verbessern, Verklebungen reduzieren und funktionelle Einschränkungen minimieren. Durch unterschiedliche manuelle Techniken und begleitende Klient*innen-Edukation lassen sich Beschwerden lindern und die selbstständige Ausführung alltagsrelevanter Tätigkeiten unterstützen (Heizmann & Kroner, 2023b).

Kognitives Training/Neurotraining

Kognitive Einschränkungen nach einem kardiovaskulären Ereignis betreffen häufig Konzentration, Gedächtnis, räumliche Orientierung und das strukturierte Ausführen von Alltagsaufgaben. Schweizer und Wachter-Müller entwickelten hierzu ein Neurotraining, das verschiedene kognitive Funktionen und Modalitäten einbezieht und neben schriftlichen Übungsblättern die Interessen und den Alltag der Klient*innen in den Vordergrund stellt, um deren Motivation zu steigern (Schweizer & Wachter-Müller, 2017).

Zur Anwendung kommen vielseitige Methoden wie kognitives Training in Einzel- oder Gruppensettings, computergestützte Übungen, alltagsorientierte Maßnahmen sowie ADL-Training. Die Therapie lässt sich sowohl unterstützend als auch zur Vorbereitung auf eine berufliche Rehabilitation einsetzen (Kersken, 2024).

Bewältigungsstrategien bei Depression und Angst

Coping

Der Umgang mit psychischen Herausforderungen, auch als Coping bezeichnet, ist ein zentraler Bestandteil der Krankheitsverarbeitung und zielt darauf ab, die Belastungen der Betroffenen zu reduzieren. Die Wirksamkeit von Coping-Strategien ist dabei in hohem Maß von psychosozialen Einflussfaktoren abhängig (Bengel & Mittag, 2022). Der Bewältigungsprozess wird zudem wesentlich durch individuelle Voraussetzungen wie Persönlichkeit, Resilienz, das soziale Umfeld sowie frühere Lebenserfahrungen beeinflusst (Bengel & Mittag, 2022, S. 191). Daher ist es entscheidend, individuell angepasste Strategien zu entwickeln, die den Umgang mit

den Folgen eines Myokardinfarkts erleichtern. Coping ist dabei als individueller Problemlöseprozess zu verstehen. Alltagsorientierte ergotherapeutische Interventionen können diesen Prozess unterstützen, indem sie die durch die Erkrankung veränderten Handlungsrollen aufgreifen und im therapeutischen Prozess gezielt berücksichtigen. Durch die Orientierung an alltagsrelevanten Betätigungen wird der Transfer therapeutischer Inhalte in den Alltag gefördert, etwa durch die Wiederaufnahme von Tätigkeiten wie Einkaufen, das Weiterführen persönlicher Hobbys oder beruflicher Tätigkeiten. Ziel ist die Förderung von Teilhabe und Partizipation, wobei sich erfolgreiche Bewältigung in der selbstständigen Ausführung bedeutungsvoller Aktivitäten widerspiegelt (Heinrich, 2016).

Ergänzend zu alltagsorientierten Interventionen werden im Folgenden weitere Strategien dargestellt, die die Krankheitsverarbeitung positiv beeinflussen können.

Entspannungsverfahren

Eine Studie aus Hongkong untersuchte bei 65 Teilnehmenden (42–76 Jahre) mit verschiedenen Herzerkrankungen, darunter Myokardinfarkt, die Wirksamkeit von progressiver Muskelentspannung und Qigong auf die Lebensqualität. Beide Methoden hatten positive Effekte; die progressive Muskelentspannung senkte vor allem den Blutdruck, während Qigong deutliche Verbesserungen in psychologischen Parametern erzielte (Hui et al., 2006). Weitere Möglichkeiten wie meditative Verfahren, individuelle Entspannungsstrategien und Achtsamkeitstraining können ebenfalls positive Einflüsse haben. Atem- und Achtsamkeitsübungen fördern zusätzlich das Bewusstsein für den Körper und die eigenen Bedürfnisse (Midekke, 2007; Kümmel, 2017).

Ergotherapeutische Interventionen im Bereich Aktivitäten

Betätigungsprofil

Das Betätigungsprofil erfasst den Alltag und grundlegende Aktivitäten der betroffenen Person. Hierbei wird über einen bestimmten Zeitraum der gesamte Tagesablauf dokumentiert. Klient*innen können beispielsweise ihre Aktivitäten farblich in erholsame, positive, belastende oder negative Tätigkeiten unterteilen (Dehnhardt et al., 2019). Auf Basis dieser Einteilung lassen sich belastende Tätigkeiten reduzieren, positiv wahrgenommene fördern oder Umstrukturierungen vornehmen.

Interventionen bei Müdigkeit und Erschöpfung: Energie- und Pausenmanagement

Der Begriff Fatigue bezeichnet ein klinisches Syndrom, das sich in anhaltender Müdigkeit, verminderter Belastbarkeit und allgemeinem Erschöpfungsgefühl äußert (Heizmann & Kroner, 2023a). Um auch Menschen ohne Fatigue-Diagnose einzubeziehen, wird in diesem Artikel von „reduzierter Belastbarkeit“ gesprochen. Ein Gleichgewicht zwischen Aktivität und Erholung, regelmäßige Pausen sowie Entspannungsstrategien sind wesentlich, um einer weiteren Verschlechterung vorzubeugen (Rudelstorfer & Ruckser-Scherb, 2019).

Ein bewährtes ergotherapeutisches Konzept stellt das Energiemanagement dar. Weise und Hersche entwickelten in Kooperation mit den Kliniken Valens und der SUPSI eine strukturierte Energiemanagement-Schulung (EMS), die darauf abzielt, Erschöpfungssymptome zu reduzieren oder deren Fortschreiten zu verhindern und die Auswirkungen der reduzierten Belastbarkeit auf den Alltag zu minimieren (Weise & Hersche, 2021). Im Rahmen des Energiemanagements lernen Klient*innen, ihre individuellen Energiere Ressourcen einzuschätzen, Aktivitäten zu priorisieren, Belastungsspitzen

zu vermeiden sowie Tätigkeiten ökonomischer zu gestalten. Gerade für Erwachsene, die aufgrund ihres Berufs oder ihrer Lebenssituation hohe Anforderungen bewältigen müssen, kann Energiemanagement die Voraussetzung schaffen, vergleichbare Teilhabechancen im Alltag und im Erwerbsleben zurückzugewinnen.

Ein integraler Bestandteil des Energiemanagements ist das Pausenmanagement. Dieses fokussiert sich auf die strukturierte Planung geeigneter Pausenzeiten und die Identifikation individuell wirksamer Erholungsformen. Ruhephasen sind dabei nicht zwingend an Schlaf gebunden; vielmehr werden gemeinsam mit den Klient*innen aktive und passive Pausenstrategien entwickelt, wie Pausen gestaltet werden können, um die vorhandenen Energieressourcen gezielt zu regenerieren und langfristig aufrechtzuerhalten. Ziel ist es, eine ausgewogene Balance zwischen Aktivität und Erholung im Alltag zu etablieren (Heizmann & Kroner, 2023a).

Anpassung von Alltagsaktivitäten (ADLs)

Die individuelle Anpassung und selbstständige Durchführung von ADLs bildet einen zentralen Bestandteil der Ergotherapie. Tätigkeiten, die aufgrund von Belastungseinschränkungen oder Schmerzen nicht mehr möglich sind, werden analysiert und angepasst, sodass die Betroffenen sie eigenständig ausführen können. Ergänzend sind der Einsatz geeigneter Hilfsmittel sowie die Anleitung zu deren adäquater Anwendung von zentraler Bedeutung, um die selbstständige Durchführung der Alltagsaktivitäten zu unterstützen (Heizmann & Kroner, 2023a).

Alltagsbezogene Anpassungen können beispielsweise bei der Haushaltsreinigung durch das Aufteilen der Tätigkeiten in kurze, zeitlich begrenzte Abschnitte mit geplanten Pausen sowie durch den Einsatz langstieliger Reinigungsgeräte oder automatisierter Bodenreinigungsgeräte, wie etwa eines Staubsaugerroboters, erfolgen, um körperliche Belastungen zu reduzieren. Das Aufhängen und Zusammenlegen der Wäsche kann im Sitzen durchgeführt werden; zudem trägt die Nutzung von Wäschekörben mit Rollen zur Minimierung von Tragebelastungen bei. Beim Einkaufen unterstützen der Einsatz eines Einkaufstrolleys oder Rucksacks die Reduktion der körperlichen Beanspruchung und fördern die selbstständige Durchführung der Aktivität.

Ergotherapeutische Interventionen im Bereich Partizipation

Berufliche Wiedereingliederung

Die Wiedereingliederungsteilzeit erleichtert nach längerer Arbeitsunfähigkeit den beruflichen Wiedereinstieg (Höhl, 2015). In Österreich gibt es seit 2017 ein entsprechendes Modell: Arbeitnehmer*innen können ihre Arbeitszeit stufenweise erhöhen und erhalten zusätzlich Wiedereingliederungsgeld (WKO, 2024).

Da der Zugang zu solchen Wiedereinstiegsmodellen jedoch je nach Berufsfeld und Arbeitsplatzbedingungen unterschiedlich möglich ist, entstehen Ungleichheiten in der Teilhabe. Ergotherapeutische Unterstützung kann dazu beitragen, diese Unterschiede auszugleichen, indem sie individuelle Belastungsgrenzen und arbeitsrelevante Anforderungen gezielt berücksichtigt.

Berufs- und Arbeitsplatzanamnese

Ergotherapeut*innen unterstützen den Reintegrationsprozess mittels Arbeitsplatzberatung und -training (Heizmann, 2023).

Mögliche Assessments zur Arbeitsplatzanalyse:

- WRI (Looser, 2009; Köhler, 2008)
- OSA (Köhler, 2008)
- COPM (Köhler, 2008)

- WSS (Häberli et al., 2022)
- IMBA (Zamath, 2017)
- EFL (EFL, 2022)

Ergotherapeutische Interventionen im Bereich Umwelt Umweltanpassung und Hilfsmittel

Die Gestaltung des Arbeitsplatzes, Arbeitsorganisation und soziale Faktoren beeinflussen den Wiedereingliederungsprozess erheblich (Hucke & Poss, 2015). Ergotherapeut*innen identifizieren Barrieren und entwickeln individuelle Lösungen durch räumliche, sachliche und organisatorische Anpassungen sowie ergonomische Beratung und den Einsatz geeigneter Hilfsmittel (Berting-Hüneke, 2015). Neben Umweltanpassungen ist die Aufklärung des sozialen Umfelds wesentlich, um Verständnis für die Erkrankung zu schaffen (Kamke, 2017).

Work Environment Inventory Scale (WEIS)

Dieses Assessment analysiert die Arbeitsumgebung im Hinblick auf Leistungsfähigkeit, Zufriedenheit und Wohlbefinden. Die Ergebnisse zeigen konkrete Anpassungsvorschläge auf (Weber et al., 2015).

Da Arbeitsplatzbedingungen, verfügbare Ressourcen und das soziale Umfeld stark variieren, entstehen für Betroffene unterschiedliche Voraussetzungen für eine erfolgreiche Rückkehr in den Alltag und Beruf. Durch die gezielte Analyse der Arbeitsumgebung, individuelle Anpassungen und Einbindung des sozialen Umfelds unterstützt die Ergotherapie eine chancengerechte Teilhabe.

Ergotherapeutische Interventionen im Bereich personenbezogene Faktoren

Reduzierung von Risikofaktoren und Lebensstilveränderung durch Edukation

Eine irische Studie mit zehn Patient*innen (38–75 Jahre) verdeutlicht, dass trotz Motivation Schwierigkeiten bei Rauchentwöhnung, Ernährungsumstellung und Stressmanagement bestanden, da mangelnde Nachsorge die nachhaltige Umsetzung erschwerte (Condon & McCarthy, 2005).

Eine chinesische Studie mit 326 Patient*innen zeigt, dass kardiologische Rehabilitationsprogramme in Kombination mit Faktoren wie jüngerem Alter, höherem Einkommen und weniger Begleiterkrankungen die Lebensqualität verbessern. Dennoch lag die Teilnahmequote nur bei 63 % (Du et al., 2020). In einer Meta-Analyse (63 Studien, 14.486 Teilnehmende) zeigen Lavie et al. (2016), dass kardiologische Rehabilitationsprogramme die Mortalität reduzieren. Zugangsbarrieren und mangelnde Flexibilität mindern jedoch die Teilnahme. Nach Gohlke (2007) ist die Aufklärung der Patient*innen über Krankheitsbild und Folgen entscheidend. Maßnahmen wie Ernährungsumstellung, Bewegung und Energiemanagement spielen eine zentrale Rolle und erfordern interprofessionelle Zusammenarbeit. Laut WHO tragen 150 Minuten moderater körperlicher Aktivität pro Woche dazu bei, Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Europa zu senken (WHO, 2023).

Gemeinsam mit den Patient*innen werden bestehende Alltagsroutinen analysiert und gesundheitsförderliche Verhaltensweisen, wie stressreduzierende Pausen oder kurze Bewegungseinheiten, gezielt in den Alltag integriert. Hierbei eignet sich das bereits beschriebene Betätigungsprofil besonders, da es eine strukturierte Erfassung individueller Tätigkeiten, Routinen und Handlungsrollen ermöglicht und die Integration gesundheitsfördernder Aktivitäten erleichtert. Durch die Anpassung von Lebensgewohnheiten und Umweltfaktoren wird die Umsetzbarkeit im Alltag verbessert und die langfristige Aufrechterhaltung rehabilitativer Maßnahmen unterstützt.

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse zeigen, dass die Ergotherapie im kardiologischen Bereich einen essenziellen Beitrag leisten kann und zukünftig noch weitere und stärkere wissenschaftliche Grundlagen benötigt werden. Der geringe Forschungsstand und das Fehlen direkter Wirksamkeitsnachweise (vgl. AWMF, 2020) erschweren eine evidenzbasierte Praxis. Gleichzeitig verdeutlicht die weltweit steigende Anzahl von Herz-Kreislauf-Erkrankungen die wachsende Bedeutung ergotherapeutischer Angebote in diesem Feld.

Um eine umfassende Umsetzung therapeutischer Maßnahmen zu gewährleisten, welche die Lebensqualität verbessert und die Wiedereingliederung in Alltag und Beruf fördert, sind weitere Studien und Forschung nötig. Dabei rückt ein klient*innenzentriertes, ressourcenorientiertes sowie alltags- und handlungsorientiertes Vorgehen besonders in den Fokus der ergotherapeutischen Arbeit (Costa, 2024).

Aus handlungswissenschaftlicher Perspektive, wird deutlich, dass Menschen nach einem Myokardinfarkt häufig von Betätigungsunterbrechungen, veränderten Handlungsrollen und eingeschränkten Teilhabemöglichkeiten betroffen sind. „Occupational Science“ befasst sich mit den Betätigungen und Handlungen von Menschen und liefert begriffliche sowie theoretische Grundlagen, auf deren Basis Ergotherapeut*innen ihre klinischen Entscheidungen im Praxisalltag begründen können (Unger et al., 2024). Insbesondere im beruflichen Kontext kann es zu Betätigungseinschränkungen oder -verlusten kommen, etwa durch veränderte Leistungsanforderun-

gen oder Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit.

Im Alltag zeigt sich ein Rollenverlust beispielsweise darin, dass Betroffene für sie bedeutungsvolle Aktivitäten, wie Hobbys, nicht mehr selbstständig ausüben können, in der Ausführung eingeschränkt sind oder diese nicht mehr im gewohnten Umfang möglich sind. Solche Einschränkungen können neben Freizeitaktivitäten auch Haushaltsaufgaben und andere Aktivitäten des täglichen Lebens betreffen. Im beruflichen Kontext kann dies bedeuten, dass bisher ausgeübte Tätigkeiten nicht mehr übernommen werden, Verantwortungsbereiche reduziert oder Aufstiegsmöglichkeiten eingeschränkt sind. Diese Veränderungen stellen typische Formen von Betätigungsunterbrechung („occupational disruption“) und Rollenverlust („occupational loss“) dar und können in der Folge zu Betätigungsmarginalisierung und „occupational injustice“ führen, wodurch Chancengerechtigkeit im Alltag und im Erwerbsleben nicht immer gegeben ist.

Darüber hinaus wird deutlich, dass ergotherapeutische Interventionen für Menschen nach einem Myokardinfarkt auch einen wichtigen Beitrag zur Chancengerechtigkeit leisten. Durch die Reduktion individueller und umweltbezogener Barrieren können ungleiche Voraussetzungen im Alltag und Erwerbsleben ausgeglichen werden. Damit unterstützt die Ergotherapie Klient*innen entsprechend ihrem individuellen Gesundheitszustand sowie beim sozialen und beruflichen Wiedereinstieg und trägt wesentlich zu vergleichbaren Teilhabemöglichkeiten für Erwachsene im erwerbsfähigen Alter bei. ■

QUELLEN

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) (2020). *S3-Leitlinie zur kardiologischen Rehabilitation (LL-KardReha) im deutschsprachigen Raum Europas, Deutschland, Österreich, Schweiz (D-A-CH)*, Langversion - Teil 1 (AWMF Registernummer: 133/001). https://register.awmf.org/assets/guidelines/133-001_L3-S3-Kardiologische-Rehabilitation-in-D-A-CH_2020-12_verlaengert.pdf
- Bengel, J. & Mittag, O. (2022). Perspektive der Psychologie. In T. Meyer, J. Bengel & M. A. Wirtz (Hrsg.), *Lehrbuch Rehabilitationswissenschaften* (1. Aufl., S. 188–197). Hogrefe Verlag.
- Berting-Hüneke, C. (2015). Behandlungsdurchführung. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Juen (Hrsg.), *Ergotherapie - Vom Handeln zum Handeln: Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (S.583–596). Thieme Verlag.
- Christ, J. (2022). *Basics Kardiologie* (6.Aufl.). Elsevier Verlag.
- Condon, C. & McCarthy, G. (2005). Lifestyle changes following Acute myocardial Infarction: Patients perspectives. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 5(1), 37–44. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2005.06.005>
- Costa, U. M. (2024). Einführung in den KRAH®-Ansatz. In U.M. Costa (Hrsg.), *Der KRAH®-Ansatz: Ergotherapie revisited*. (S. 17–28). Schulz-Kirchner Verlag.
- Dehnhardt, B., Kohlhuber, M. & Aichhorn, C. (2019). Den Tagesablauf eines Klienten erfassen – Das Betätigungsprofil. *ergopraxis*, 12(9), 34–36. <https://doi.org/10.1055/a-0957-8908>
- Du, R., Wang, P., Ma, L., Larcher, L. M., Wang, T., & Chen, C. (2020). Health-related quality of life and associated factors in patients with myocardial infarction after returning to work: a cross-sectional study. *Health and quality of life outcomes*, 18(1), 190. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01447-4>
- EFL-Institut Bundesverband EFL e.V. [EFL] (2022). *EFL-Therapeut Ausbildung*. <https://www.efl-institut.de/ausbildung>
- George, S. (2007). Ergotherapie. In B. Rauch, M. Middeke, G. Bönner, M. Karoff & K. Held (Hrsg.), *Kardiologische Rehabilitation: Standards für die Praxis nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen e.V. (DGPR)* (S. 89–91). Thieme Verlag.
- Griebler, R., Winkler, P., Delcour, J., & Eisenmann, A. (2021). *Herz- Kreislauf-Erkrankungen in Österreich. Update 2020*. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- Gohlke, H. (2007). Risikostratifizierung und Prävention. In B. Rauch, M. Middeke, G. Bönner, M. Karoff & K. Held (Hrsg.), *Kardiologische Rehabilitation: Standards für die Praxis nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen e.V. (DGPR)* (S. 29–35). Thieme Verlag.
- Häberli, M., Nyffeler, T., & Vanbellingen, T. (2022). Die Rückkehr an den Arbeitsplatz begleiten – Assessment: Work-ability Support Scale (WSS). *ergopraxis*, 15(1), 30–31. <https://doi.org/10.1055/a-1660-9688>
- Heinrich, B. (2016). Krankheit bewältigen – Coping in der Alltagsorientierten Therapie. *Ergopraxis*, 9(06), 22–27. <https://doi.org/10.1055/s-0042-105137>
- Heizmann, S. (2023). Bemerkungen zum ergotherapeutischen Prozess. In S. Heizmann & T. Kroner (Hrsg.), *Ergotherapie in der Onkologie* (1. Aufl., S. 263–276). Springer Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-662-64230-6_26
- Heizmann, S. & Kroner, T. (2023a). Fatigue. In S. Heizmann & T. Kroner (Hrsg.), *Ergotherapie in der Onkologie* (1. Aufl., S. 369–378). Springer Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-662-64230-6_33

QUELLEN

- Heizmann, S. & Kroner, T. (2023b). Narben. In S. Heizmann & T. Kroner (Hrsg.), *Ergotherapie in der Onkologie* (1. Aufl., S. 331–345). Springer Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-662-64230-6_30
- Hoberg, E. (2007). Indikationsspezifische Besonderheiten. In B. Rauch, M. Middeke, G. Bönner, M. Karoff & K. Held (Hrsg.), *Kardiologische Rehabilitation: Standards für die Praxis nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V. (DGPR)* (S. 166–172). Thieme Verlag.
- Höhl, W. (2015). Angebote für Menschen in (teil-)stationärer und ambulanter psychiatrischer Behandlung. In W. Höhl, P. Köser & A. Dochat (Hrsg.), *Produktivität und Teilhabe am Arbeitsleben: Arbeitstherapie, Arbeitsrehabilitation, Gesundheitsförderung* (1. Aufl., S. 243–250). Schulz-Kirchner Verlag.
- Hucke, B. & Poss, N. (2015). Die ICF als Bezugsrahmen moderner Arbeitstherapie. In W. Höhl, P. Köser & A. Dochat (Hrsg.), *Produktivität und Teilhabe am Arbeitsleben: Arbeitstherapie, Arbeitsrehabilitation, Gesundheitsförderung* (1. Aufl., S. 49–64). Schulz-Kirchner Verlag.
- Hui, P. N., Wan, M., Chan, W. K. & Yung, P. M. (2006). An evaluation of two behavioral rehabilitation programs, qigong versus progressive relaxation, in improving the quality of life in cardiac patients. *Journal of alternative and complementary medicine* (New York, N.Y.), 12(4), 373–378. <https://doi.org/10.1089/acm.2006.12.373>
- Kamke, W. (2007). Beratung Angehörige. In B. Rauch, M. Middeke, G. Bönner, M. Karoff & K. Held (Hrsg.), *Kardiologische Rehabilitation: Standards für die Praxis nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V. (DGPR)* (S. 120–121). Thieme Verlag.
- Kasprzak, D., Kaczmarek-Majer, K., Rzez Niczak, J., Klamecka-Pohl, K., Ganowicz-Kaatz, T., Słomczynski, M., Budzianowski, J., Pieszko, K., Hiczkiewicz, J., Tykarski, A. & Burchardt, P. (2023). Cognitive Impairment in Cardiovascular Patients after Myocardial Infarction: Prospective Clinical Study. *Journal Of Clinical Medicine*, 12(15), 4954. <https://doi.org/10.3390/jcm12154954>
- Kersken, S. (2024). *Kognitives Training in der Ergotherapie: Praktische Übungen zur Verbesserung der Konzentration*. Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-67856-5>
- Köhler, K. (2008). Arbeitsdiagnostische Instrumente und Verfahren. In K. Köhler & F. Steier-Mecklenburg (Hrsg.), *Arbeitstherapie und Arbeitsrehabilitation – Arbeitsfelder der Ergotherapie* (S. 63–75). Thieme Verlag.
- Kümmel, W. (2017). Präsent sein, innehalten und loslassen. *ergopraxis*, 10(9), 24–27. <https://doi.org/10.1055/s-0043-113130>
- Lavie, C. J., Arena, R., & Francklin, B. A. (2016). Cardiac Rehabilitation and Healthy Life-Style Interventions: Rectifying Program Deficiencies to Improve Patient Outcomes. *Journal of the American College of Cardiology*, 67(1), 13–15. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2015.09.103>
- Looser, B. K. (2009). Assessment: Worker Role Interview – Arbeitsrückkehr realistisch einschätzen. *ergopraxis*, 27(8), 28–29. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1253261>
- Middeke, M. (2007). Stressbewältigung und Entspannung. In B. Rauch, M. Middeke, G. Bönner, M. Karoff & K. Held (Hrsg.), *Kardiologische Rehabilitation: Standards für die Praxis nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V. (DGPR)* (S. 134–138). Thieme Verlag.
- Nöthel, M. & Yürüktümen, A. (2024). Kardiopulmonale Reanimation bei Erwachsenen. In G. Nickenig (Hrsg.), *Therapie-Handbuch Kardiologie* (2. Aufl., S. 134–145). Elsevier Verlag.
- Reibis R. K. & Völler, H. (2024). Koronare Herzerkrankung – Rehabilitation. In G. Nickenig (Hrsg.), *Therapie Handbuch Kardiologie* (2. Aufl., S. 78–85). Elsevier Verlag.
- Rudelstorfer, C., & Ruckser-Scherb, R. (2019). Den Erschöpfungszustand bewältigen: Fatigue-Management bei Rheumatoider Arthritis. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 8(8), 10–20. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2019-51020190803>
- Schwaab, B. (2007). Physikalische Maßnahmen. In B. Rauch, M. Middeke, G. Bönner, M. Karoff & K. Held (Hrsg.), *Kardiologische Rehabilitation: Standards für die Praxis nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V. (DGPR)* (S. 91–94). Thieme Verlag.
- Schweizer, V. & Wachter-Müller, S. (2017). *Neurotraining: Therapeutische Arbeit im kognitiven Bereich mit himngeschädigten Erwachsenen* (5.Aufl.). Springer Verlag. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-53713-8>
- Sreenivasan, J., Khan, M. S., Khan, S. U., Hooda, U., Aronow, W. S., Panza, J. A., Levine, G. N., Commodore-Mensah, Y., Blumenthal, R. S., & Michos, E. D. (2020). Mental health disorders among patients with acute myocardial infarction in the United States. *American journal of preventive cardiology*, 5, 100133. <https://doi.org/10.1016/j.ajpc.2020.100133>
- Unger, J., Kriegseisen-Peruzzi, M., Lettner-Hauser, K., & Pechstädt, K. (2024). Wegweiser durch das Labyrinth der Begriffe. *ergopraxis*, S. 14–19. <https://doi.org/10.1055/a-2303-9197>
- Weber P., Marotzki, U. & Philippi, R. (2015). Arbeitstherapeutische Verfahren. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Juen (Hrsg.), *Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln: Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (S. 523–574). Thieme Verlag.
- Weise, A. & Hersche, R. (Hrsg.), (2021). *Energiemanagement-Schulung (EMS): Ergotherapeutische Behandlung für Menschen mit Fatigue* [Fortbildungsunterlagen]. o.V.
- Wirtschaftskammer Österreich [WKÖ] (2024). *Wiedereingliederungsteilzeit*. Abgerufen am 09.01.2025, von <https://www.wko.at/arbeitsrecht/wiedereingliederungsteilzeit>.
- World Health Organization [WHO] (2023). *Gesundheit durch Sport: WHO leitet Sportinstitutionen bei der Förderung der Vorteile eines aktiven Lebensstils an*. <https://www.who.int/europe/de/news/item/11-09-2023-health-through-sport--who-guides-sports-bodies-in-promoting-the-benefits-of-active-living>
- World Health Organization [WHO] (2013). *How to use the ICF: A Practical Manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health*. WHO.
- Zamath, F. (2017). IMBA-Arbeitsanforderungen und Fähigkeiten vergleichen. *ergopraxis*, 10(5), 34–35. <https://doi.org/10.1055/s-0043-100271>



Adaptive Kleidung

und ihre Vorteile in der Ergotherapie

Adaptive Kleidung ist speziell entwickelte Kleidung, die sich an die Bedürfnisse von Menschen mit körperlichen oder motorischen Einschränkungen anpasst.

Sie verfügt über praktische Details wie Klettverschlüsse, Magnetknöpfe, elastische Materialien oder spezielle Schnitte, die das An- und Ausziehen erleichtern.

In der Ergotherapie bietet adaptive Kleidung zahlreiche Vorteile: Sie fördert die Selbstständigkeit der Patient*innen im Alltag, reduziert Frustration beim Ankleiden und unterstützt die motorische Rehabilitation. Besonders für Menschen mit Erkrankungen wie Schlaganfall, Parkinson oder Rheuma, aber auch Prothesenträger*innen und Menschen mit temporären Verletzungen kann adaptive Kleidung ein wichtiges Hilfsmittel sein, um Lebensqualität und Teilhabe zu verbessern. Durch den gezielten Einsatz adaptiver Kleidung kann die Ergotherapie alltagsrelevante Ziele effektiver erreichen und die Unabhängigkeit der Patient*innen nachhaltig stärken.

| Marke | Besonderheiten / Verfügbarkeit |
|--------------------------|--|
| MOB | Magnetverschlüsse, ergonomisch, lokal produziert |
| Firma Yorokani | Österreichisches Patent, magnetische Knöpfe |
| Tommy Hilfiger Adaptive | Stilvoll, magnetische Verschlüsse |
| Zalando Adaptive | Breite Auswahl, adaptive Features |
| adidas Adaptive | Sportlich, zugängliche Sportmode |
| hydt. adaptive clothing® | T-Shirts/Sweats mit Druckverschlüssen |
| IZ Adaptive | Speziell für Rollstuhlnutzer*innen |
| Adaptawear | Einfaches An- und Ausziehen |
| Kinetic Balance | Sitz-optimierte Kleidung |

Von Alexandra Kaineder
Dieser Artikel entstand unter Zuhilfenahme von ChatGPT

Österreichische Marken & Hersteller

MOB (Mode ohne Barrieren)

Eine inklusive Marke „Made in Austria“, spezialisiert auf magnetische Verschlüsse, ergonomische Schnitte für Rollstuhlnutzer*innen und hochwertige Materialien. Entworfen gemeinsam mit Betroffenen und direkt in Österreich produziert. Adaptive Fashion - „Unsere Mode stellt die Ansprüche von Rollstuhlnutzenden ins Zentrum.“ - Fashion Changers

Firma Yorokani -

magnetische Hemden und Blusen

Diese Marke, mit österreichischem Patent arbeitet in ständigem Austausch mit ihrer Zielgruppe, um ihre magnetischen Kleidungsstücke immer weiterzuentwickeln. Human Centered Design nennt sich diese Produktentwicklungsart. www.yorokani.com

Internationale Marken, die in Österreich erhältlich sind

Tommy Hilfiger Adaptive

Diese modische Kollektion verwendet magnetische Knöpfe, Einhand-Reißverschlüsse, spezielle Schnitte für Prothesenkomfort sowie weichere Stoffe zur Vermeidung von Reibung. at.tommy.com

Zalando Adaptive

Der Online-Riese bietet adaptive Mode unter mehreren Eigenmarken wie Zign, Pier One, Anna Field, Yourturn und Even&Odd sowie Tommy Adaptive an. Die Kollektion umfasst sowohl Kleidung als auch Schuhe und Accessoires mit einfachen Verschlüssen und sensorenfreundlichen Materialien.



adidas Adaptive Kollektion

Eine sportorientierte Linie mit weniger Nähten, weicheren Stoffen, optimiert für sitzende Positionen. Vereinfacht das An- und Auskleiden durch Zugschlaufen und erleichterte Verschlüsse.

<https://www.adidas.at/adaptiv>

hydt. adaptive clothing®

Obwohl in Deutschland beheimatet, liefert der Online-Shop auch nach Österreich. Die Kollektion umfasst T-Shirts und Sweatshirts mit seitlichen oder Schulteröffnungen durch Druckverschlüsse – ideal nach Operationen oder bei Bewegungseinschränkungen. Produziert wird in Portugal mit besonders hautfreundlicher Bio-Baumwolle.



Weitere bekannte Marken (international)

- IZ Adaptive
- Adaptawear
- Kinetic Balance



NEUE MASTER-STUDIENGÄNGE:



- ▶ Klientenzentrierte evidenzbasierte Gesundheitsversorgung
- ▶ Angewandte Telemedizin für Gesundheitsberufe

AB HERBST 2026

- ▶ Berufsbegleitend studieren
- ▶ Fachkompetenzen erweitern
- ▶ Studiengebühren und ÖH-Beitrag

JETZT BEWERBEN!



Fachtherapeut(in) für Kognitives Training im Kindes- und Jugendalter

Mit Zertifikat – 3 Module je 4 Tage (102 FP)

ärztlich geleitet

Bitte fordern Sie das Seminarprogramm an:

Nöllenstraße 11 • 70195 Stuttgart

Tel: 0 711-69 79 80 6 • Fax: 0 711-69 79 80 8

www.kognitives-training.de • info@kognitives-training.de

Auch als Live-Web-Seminar!



akademie für Kognitives Training
nach Dr. med. Franziska Stengel

