

Vorblatt

Problem:

Die berufsmäßige Ausübung der Musiktherapie ist derzeit gesetzlich nicht geregelt.

Musiktherapeuten und Musiktherapeutinnen, deren Ausbildung im Übrigen an der Universität für Musik und darstellende Kunst Wien staatlich finanziert wird, sind gezwungen, ihren Beruf im Bereich des Gesundheitswesens ohne berufsrechtliche Absicherung auszuüben. Musiktherapie stellt einen unverzichtbaren Beitrag im Rahmen des Leistungsangebots des öffentlichen Gesundheitswesens dar.

Ziel:

Ziel ist die Beendigung dieses unbefriedigenden Zustands durch die Schaffung eines Bundesgesetzes über die berufsmäßige Ausübung der Musiktherapie (Musiktherapiegesetz – MuthG).

Inhalt, Problemlösung:

Der vorliegende Entwurf enthält Regelungen für die berufsmäßige Ausübung der Musiktherapie unter besonderer Berücksichtigung der musiktherapeutischen Ausbildung, der Formen der Berufsausübung, der Voraussetzungen der Berufsausübung, der Führung der Musiktherapeutenliste sowie der Berufspflichten.

Alternativen:

Im Hinblick auf die Problemlage und die Zielerreichung: Keine.

Auswirkungen des Regelungsvorhabens:

1. Finanzielle Auswirkungen:

Mit der Schaffung des MuthG sind weder nennenswerte Einsparungen noch Mehrkosten für den Bund und die Länder im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung verbunden, sodass von keinen Auswirkungen auf den Bundeshaushalt, auf die Planstellen des Bundes und auf andere Gebietskörperschaften auszugehen ist.

2. Wirtschaftspolitische Auswirkungen:

2.1. Auswirkungen auf die Beschäftigung und den Wirtschaftsstandort Österreich:

Durch die berufsrechtliche Absicherung der Musiktherapeuten und Musiktherapeutinnen können allgemeine positive Effekte, insbesondere im Hinblick auf die Wettbewerbsfähigkeit, erwartet werden.

2.2. Auswirkungen auf die Verwaltungslasten für Unternehmen:

Es werden keine wesentlichen Auswirkungen auf die Verwaltungslasten für Unternehmen verursacht, da alle vorgesehenen Informationsverpflichtungen unter die Bagatellgrenze gemäß § 5 Abs. 1 der Standardkostenmodell-Richtlinien fallen.

3. Auswirkungen in umweltpolitischer, konsumentenschutzpolitischer und sozialer Hinsicht:

Die Festlegung von umfassenden Berufspflichten für Musiktherapeuten und Musiktherapeutinnen bedeutet zugleich die Festlegung von Patientenrechten und bringt somit, insbesondere in konsumentenschutzpolitischer Sicht, eine Verbesserung gegenüber der gegenwärtigen Lage.

4. Geschlechtsspezifische Auswirkungen:

Das Regelungsvorhaben zielt weder direkt auf die Veränderung der Geschlechterverhältnisse ab, noch betrifft es Frauen und Männer unterschiedlich, sodass das Regelungsvorhaben keine geschlechtsspezifischen Auswirkungen verursacht.

Verhältnis zu Rechtsvorschriften der Europäischen Union:

Der vorliegende Entwurf entspricht dem Gemeinschaftsrecht, insbesondere der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen sowie dem Freizügigkeitsabkommen der Europäischen Union mit der Schweizerischen Eidgenossenschaft.

Besonderheiten des Normsetzungsverfahrens:

Keine.

Erläuterungen

Allgemeiner Teil

Hauptgesichtspunkte des Entwurfs:

1. Grundlegende historische Aspekte:

Die Beschäftigung mit dem vorliegenden Entwurf eines Musiktherapiegesetzes soll zunächst mit historischen Aspekten der Musiktherapie eingeleitet werden.

1.1. Allgemeine Entwicklung:

Musik ist untrennbar mit der Kulturation der Menschheit verbunden. Aus musiktherapeutischer Perspektive ist die Entwicklung der Menschheit eng mit den vorhandenen, sie umgebenden, musikalischen Strukturen von Natur und Kosmos verknüpft. In diesem Sinn kann die Menschheit als Spiegelbild der Rhythmen, Klänge, Melodien und Dynamiken der Außenwelt, mit der sie in Wechselwirkung steht, verstanden werden. So verwundert es nicht, dass Musik seit jeher als „Heilmittel“ genutzt wurde.

In diesem Zusammenhang spielten kultische Handlungen eine besondere Rolle, die ihrem Wesen nach immer musikalisch waren. In ihnen äußerte sich der Mensch mit seinem Körper als ureigenstes und ursprünglichstes Instrument und trat als singendes, tanzendes und rhythmisches Wesen in Erscheinung. Auf diese Art und Weise konnte er mit sich selbst in Resonanz und Harmonie treten und sich sowohl mit der Natur als auch der geistigen Welt verbinden. Damit war es ihm möglich, unsagbaren und nicht einordenbaren Eindrücken Ausdruck zu verleihen. Dämonisches, Magisches, Mystisches konnte gebannt, Gemeinschaft hergestellt und Struktur, Ordnung, Balance sowie Kontinuität für das anfällige Instrument und System Mensch geschaffen werden. Religiöse Rituale waren lange zugleich Heilrituale.

Musik hatte in der Heilkunst auch in späteren Zeiten durch Jahrtausende eine zentrale Stelle inne. Überlieferungen zur Verwobenheit von Musik und Heilkunst bestehen in allen Kulturen. Im Besonderen seien in diesem Kontext China, Indien, Ägypten, Griechenland und die Türkei hervorgehoben. Bereits ägyptische Papyrusrollen berichten vom Einsatz von Musik bei Geburten. Alte chinesische Quellen beschreiben den Einfluss der Musik auf menschliche Emotionen. Im Alten Testament heilt David König Saul durch sein Zitterspiel von Depressionen. Aus dem Mittelalter sind wiederum medizinische Schriften überliefert, in denen Musik bei den unterschiedlichsten Leiden empfohlen wird.

Den Körper als ein klingendes, sich bewegendes Instrument zu benützen, gehörte sowohl bei der Arbeit als auch bei religiösen Ritualen, weltlichen Festen und im Brauchtum zum Alltag. Die Entwicklung der Musik ist untrennbar mit diesen Fantasien, Vorstellungen, Imaginationen (Kreativität), Festen und Ritualen verbunden.

Zu Zeiten des berühmten mittelalterlichen griechisch-römischen Arztes Galen war ein Musikstudium sogar eine notwendige Voraussetzung für ein Medizinstudium, das damals noch als Studium der Heilkunst verstanden wurde.

Durch die Entwicklung der naturwissenschaftlichen Medizin trat die Stellung der Musik in der Heilkunde stark in den Hintergrund, zudem die technische Möglichkeit, Musik von Tonträgern zuzuführen, und der dadurch bedingte Wegfall der Notwendigkeit, selbst Musik zu machen, zum Verlust des vormals selbstverständlichen „Instrument-Seins“ des Menschen führten.

So wie der Mangel an Seelsorge einen wesentlichen Einfluss auf die Entstehung der Psychotherapie hatte, so führte der Verlust des Menschen, selbst Instrument sein zu können, schließlich zur Entwicklung einer eigenen Berufsgruppe, die Musiktherapie als eingeständige Therapieform anbietet.

Für die Professionalisierung der Musiktherapie ist das 20. Jahrhundert von besonderer Bedeutung. Die Entfaltung einer eigenständigen wissenschaftlichen Systematik der Musiktherapie steht in enger Verbindung mit der Gründung der „National Association for Music Therapy“ in den Vereinigten Staaten von Amerika.

Nach dem zweiten Weltkrieg erlebte die Musiktherapie einen starken Aufschwung, so auch in Österreich. Insbesondere im Bereich der musiktherapeutischen Ausbildung kommt Österreich eine Vorreiterrolle in Europa zu (vgl. hierzu im Detail die Ausführungen unter 1.2.).

Zu erwähnen ist auch die Musikwirkungsforschung, insbesondere unter Hinweis auf das Wirken von Herbert von Karajan: Mit der Fragestellung „Wie wirkt die Musik auf den Menschen?“ begann dieser in den Siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts in Salzburg mit polygraphischen Untersuchungen zur Musikeinwirkung und gründete im Rahmen einer Stiftung das „Forschungsinstitut für experimentelle

Musikpsychologie“. Gleichsam findet die Auseinandersetzung mit Rhythmen ihren Niederschlag in zahlreichen wissenschaftlichen Studien zur Chronobiologie, Chronomedizin und Musikwirkungsforschung (vgl. etwa Moser/v. Bonin/ Frühwirt/Lackner, Jede Krankheit ein musikalisches Problem, die Drei 8-9/2004).

1984 wurde schließlich der Österreichische Berufsverband der MusiktherapeutInnen (ÖBM) gegründet, der seither die Interessen der in Österreich berufstätigen Musiktherapeuten und Musiktherapeutinnen vertritt.

Die Bestrebungen für die Schaffung eines Berufsgesetzes für Musiktherapeuten und Musiktherapeutinnen existieren seit der Gründung des ÖBM. Es darf an dieser Stelle ausdrücklich festgehalten werden, dass diese Berufsgruppe ihre Forderung stets mit Umsicht, getragen von der Rücksichtnahme auf die aktuellen gesundheitspolitischen Gegebenheiten, verfolgt hat. Die zuletzt geführten mehrjährigen Verhandlungen, insbesondere mit Vertretern der Berufsgruppe und der Ausbildungsanbieter, aber auch mit Befürwortern aus dem Bereich der Medizin, konnten mit dem vorliegenden Entwurf zu einem positiven Abschluss gebracht werden.

1.2. Entwicklung der musiktherapeutischen Ausbildung in Österreich:

Ende der Fünfziger Jahre des 20. Jahrhunderts wurde als erste Musiktherapie-Ausbildung Europas der Sonderlehrgang für Musikheilkunde an der Akademie für Musik und darstellende Kunst Wien, unterstützt von der Gesellschaft zur Förderung der Musikheilkunde, mit großem Erfolg etabliert. Von 1959 bis 1970 stand diese Ausbildung unter der musiktherapeutischen Leitung von Editha Koffer-Ullrich. An den Besuch des viersemestrigen Lehrgangs war ein sechsmonatiges Praktikum angeschlossen.

Die Pionierphase endete 1970 mit der Umwandlung in einen „außerordentlichen Hochschullehrgang“ an der Hochschule für Musik und darstellende Kunst Wien unter der Leitung von Alfred Schmözl, der die Weiterentwicklung der „Wiener Schule der Musiktherapie“ mit differenziertem Fächerspiegel, musikalisch-improvisatorischem Unterricht, klinischen Praktika unter medizinischer Leitung (Andreas Rett, Otto Hartmann, Erwin Ringel) vorantrieb. Er war es, der die Wiener Schule der internationalen Fachwelt bekannt machte. Schmözl betonte vor allem die Methodenvielfalt und die unterschiedlichen theoretischen Hintergründe seiner Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen: Pioniere wie Albertine Wesecky lehrten die Verwendung der Akkordischen Spannung zur Bildung von Motivation und Orientierung in der Behandlung entwicklungsretardierter Kinder; Ilse Castellitz verwendete Handglocken zur kommunikativen Improvisation im psychiatrischen Bereich; Georg Weinhengst setzte ebendort musikalische Kleinformen wie gesungene Kanons und deren akkordische Begleitung zur Gruppentherapie in der Hospitalismusprophylaxe ein; Margit Schneider verwendete rhythmisch-musikalische Bewegungsspiele in der Gruppentherapie mit geistig Behinderten; Stella Mayr verband gruppenspezifische Konzepte mit musiktherapeutischer Improvisation zur Aufdeckung sozialer Rangordnungen; Alfred Schmözl selbst vermittelte das musikalische Partnerspiel, musikalische Dialoge, Überraschungsspiele und assoziative Improvisationen als Techniken der Persönlichkeitsentwicklung und Diagnostik.

1983 brachte die Erlassung des Kunsthochschulstudiengesetzes die rechtliche Grundlage für die Umwandlung des Lehrgangs in ein Kurzstudium, das nach neunjähriger Vorbereitungsphase im Jahr 1992 mit deutlicher Anlehnung an ein psychotherapeutisches Wirkungsfeld realisiert werden konnte. In diesem Zusammenhang wurde auch die verpflichtende musiktherapeutische Selbsterfahrung für die Studierenden eingeführt. Die Zahl der musiktherapeutischen Praktika wurde erhöht und fast ausnahmslos von Musiktherapeuten und Musiktherapeutinnen, die zugleich auch Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen waren, geleitet.

2003 wurde das Kurzstudium durch das achtsemestrige Diplomstudium Musiktherapie, das mit dem akademischen Grad „Mag.art.“ abschließt, abgelöst. Die Umwandlung in ein sechssemestriges Bachelorstudium und ein daran anschließende viersemestriges Masterstudium steht bevor. Mit dieser sodann insgesamt fünfjährigen akademischen Ausbildung können die Lehrinhalte, die sich in den Jahrzehnten herauskristallisierten, nämlich der strukturierte Erwerb von umfassenden Kenntnissen und Erfahrungen im musikalisch-künstlerischen Bereich, im wissenschaftlichen Bereich (Musiktherapeutik, Psychotherapie, Psychologie und Medizin), im Bereich der Persönlichkeitsentwicklung und im Bereich der musiktherapeutischen Praxis und ihrer Methodik, im modernsten studienrechtlichen Rahmen vermittelt werden.

Neben dieser universitären musiktherapeutischen Ausbildung ist insbesondere die private Ausbildung für Altorientalische Musiktherapie am Institut für Ethno-Musik-Therapie Schloss Rosenau, Niederösterreich, hervorzuheben. Dieses Institut ging 1999 als Nachfolge-Institution der „Schule für altorientalische Musik- und Kunsttherapie“ hervor, welches 1989 nach einer Idee von Gerhard Tucek gemeinsam mit Oruc Güvenc (Istanbul) in Wien gegründet worden war. Erklärtes Ziel der früheren Schule war es, der

Lehre der Altorientalischen Musiktherapie weltweit erstmals wieder eine Heimat zu geben. Seit 2003 kooperiert das Institut für Ethno-Musik-Therapie im Ausbildungsbereich mit der Wiener Internationalen Akademie für Ganzheitsmedizin (GAMED). In regelmäßigen Abständen werden die Ausbildungsinhalte und -formen an die jeweils neuesten Erkenntnisse aus der musiktherapeutischen Praxis, Forschung und Lehre angeglichen. Die Etablierung eines Fachhochschul-Bachelorstudienganges sowie eines Fachhochschul-Master-Studienganges befindet sich in Planung.

2. Gesundheitspolitische Hintergründe, Erfordernisse und Ziele des Entwurfs:

Mit dem vorliegenden Entwurf bietet sich die Gelegenheit, der Musiktherapie ein berufsrechtliches Fundament zu verleihen und damit ihre Stellung, die sie und ihre Berufsangehörigen im Gesundheitswesen und darüber hinaus in der Gesellschaft faktisch längst eingenommen haben, auch rechtlich anzuerkennen.

Die Musiktherapie hat, wie kaum eine andere Therapieform, ihren festen Platz in einem multiprofessionellen Kontext und ist in der Lage, durch ihre wissenschaftliche Fundiertheit und Vielseitigkeit Brücken, insbesondere zwischen Medizin, Psychotherapie, Klinischer Psychologie, aber auch Pädagogik und Sozialarbeit, zu bauen. Musiktherapie ist aus einem ganzheitlichen Heilbehandlungskonzept im Rahmen des Leistungsangebots des modernen österreichischen Gesundheitswesens nicht mehr wegzudenken.

Musiktherapie ist eine eigenständige, wissenschaftlich-künstlerisch-kreative und ausdrucksfördernde Therapieform zur Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung seelischer, körperlicher und geistiger Gesundheit. So wie Psychotherapie nicht bloßes „Reden“ und „Zuhören“ ist, ist Musiktherapie nicht bloßes „Musikmachen“, „Singen“ oder „Musikhören“. Vielmehr ist Musiktherapie die bewusste und geplante Behandlung von Leidenszuständen mit musikalischen Mitteln im Rahmen einer therapeutischen Beziehung.

Zu betonen ist in diesem Zusammenhang auch, dass Musiktherapie, im Speziellen vor dem Hintergrund des Ärztegesetzes 1998 (ÄrzteG 1998), BGBl. I Nr.169, und des Psychotherapiegesetzes, BGBl. 361/1990, nicht Bestandteil der Medizin oder Psychotherapie und somit auch nicht Bestandteil des ärztlichen oder psychotherapeutischen Berufes ist, auch wenn, wie bereits ausgeführt, die Verflechtung zur Medizin und Psychotherapie in besonderem Maße gegeben ist. Infolgedessen ist auch kein Raum für eine rechtliche „Ein- oder gar Unterordnung“ der Musiktherapie in die bestehenden Gesundheitsberufsgesetze.

Die Schaffung eines Berufsgesetzes für den faktisch bereits etablierten Berufsstand der Musiktherapeuten und Musiktherapeutinnen ist daher nicht nur als berechtigtes fachliches und gesundheitsrechtliches Anliegen (vgl. hierzu auch die im Jahr 2002 erstellte Studie „Musiktherapie in Österreich“ des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen im Auftrag des damaligen Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen) einzustufen, sondern stellt geradezu eine gesundheitspolitische Verpflichtung dar.

Im Übrigen liegen im Gesundheitsressort zwischenzeitlich 12 000 vom Österreichischen Berufsverband der MusiktherapeutInnen (ÖBM) gesammelte Unterstützungserklärungen für die Schaffung des Musiktherapiegesetzes auf, wobei ein maßgeblicher Anteil aus dem ärztlichen, psychotherapeutischen und psychologischen Bereich stammt.

Ein Berufsgesetz für Musiktherapeuten und Musiktherapeutinnen muss das äußerst vielseitige Einsatzgebiet der Musiktherapie im Gesundheitswesen berücksichtigen, das insbesondere folgende Bereiche umfasst: Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik, Geriatrie, Kinder- und Jugendheilkunde einschließlich Neonatologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Innere Medizin, insbesondere Kardiologie, Onkologie sowie Rehabilitation.

Musiktherapie bietet Hilfe mit wissenschaftlich nachgewiesenen Erfolgen insbesondere für

- Menschen mit Psychosen (Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, manisch-depressive Erkrankungen) und Persönlichkeitsentwicklungsstörungen,
- Menschen mit neurotischen bzw. psychosomatischen Störungen oder Erkrankungen,
- verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche,
- krebskranke Kinder und Jugendliche,
- alte Menschen, insbesondere mit neuropathologischen Hirnveränderungen,
- Menschen mit fortschreitendem, malignem Krankheitsverlauf, insbesondere Aids- und Krebspatienten und -patientinnen,

- Menschen mit Schädel-Hirn Trauma (insbesondere mit Organischem Psychosyndrom) und/oder neurologischen Hirnveränderungen sowie Koma-Patienten und -Patientinnen,
- suchtkranke Menschen sowie
- behinderte Menschen aller Altersstufen.

Durch die unter 1.2. beschriebene, insbesondere universitäre Ausbildung, die international hohes Ansehen genießt, ist bereits derzeit eine ausgezeichnete Qualität der angebotenen musiktherapeutischen Leistungen gegeben, sodass das vorgeschlagene Berufsgesetz auf ein bestens funktionierendes Ausbildungssystem zurückgreifen kann.

Wie bereits angesprochen, ist die berufsrechtliche Absicherung der Musiktherapeuten und Musiktherapeutinnen überfällig, um diese aus dem rechtlichen Graubereich (vgl. das Delikt der Kurpfuscherei gemäß § 184 Strafgesetzbuch) zu holen. Im Gegenzug werden Musiktherapeuten und Musiktherapeutinnen durch ein Berufsgesetz an einen verbindlichen Katalog von Berufspflichten gebunden.

Die Schaffung eines Berufsgesetzes ist zudem notwendig, um musiktherapeutische Leistungen in die Qualitätssicherung gemäß dem Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG), BGBl. I Nr. 179/2004, einbinden zu können.

Überdies bestehen bereits in anderen europäischen Staaten Berufsgesetze für Musiktherapeuten und Musiktherapeutinnen (so etwa in Belgien, Dänemark, Finnland, Großbritannien, Irland, Norwegen, Schweden und den Niederlanden). Ohne die Schaffung eines Musiktherapiegesetzes riskiert Österreich, dass Absolventen und Absolventinnen der staatlich finanzierten universitären Musiktherapieausbildung mangels berufsrechtlicher Absicherung verstärkt in andere Staaten abwandern und Österreich den eigenen musiktherapeutischen Bedarf nicht mehr abdecken kann.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Gesundheitspolitik mit dem vorgeschlagenen Musiktherapiegesetz ein positives und innovatives Signal für den Bereich der psychosozialen Gesundheitsversorgung setzen kann.

3. Wesentliche Regelungsinhalte des Entwurfs:

Der vorliegende Entwurf eines Musiktherapiegesetzes soll die berufsmäßige Ausübung der Musiktherapie unter besonderer Berücksichtigung der musiktherapeutischen Ausbildung, der Formen der Berufsausübung, der Voraussetzungen der Berufsausübung, der Führung der Musiktherapeutenliste sowie der Berufspflichten regeln. Ausbildung und Ausübung der Musiktherapie stellen somit die zentralen Regelungsbereiche dar.

Der Entwurf folgt in Bezug auf seinen formalen Aufbau und seine inhaltlichen Strukturen im Besonderen dem Psychotherapiegesetz.

Bereits durch den vorgeschlagenen Titel „Bundesgesetz über die berufsmäßige Ausübung der Musiktherapie (Musiktherapiegesetz – MuthG)“ soll zum Ausdruck gebracht werden, dass es sich um ein Berufsgesetz handelt. In konsequenter Fortführung dieses Prinzips wird ein musiktherapeutischer Berufsvorbehalt verankert. Hingegen wird auf die Normierung eines Tätigkeitsvorbehalts wohlweislich verzichtet, um allfällige in anderen Berufsbildern integrierte, unselbständige musiktherapeutische Anteile erhalten zu können. Auch in diesem Punkt folgt das Musiktherapiegesetz weitgehend dem Vorbild des Psychotherapiegesetzes.

Eine umfassende musiktherapeutische Berufsumschreibung soll die berufliche Identität der Musiktherapeuten und Musiktherapeutinnen absichern.

Durch die Ausgestaltung von zwei Formen der Berufsausübung der Musiktherapie, nämlich der eigenverantwortlichen und der mitverantwortlichen Berufsausübung, soll dem zukünftigen zweistufigen Ausbildungssystem Rechnung getragen werden:

Wer die mitverantwortliche Berufsausübung der Musiktherapie beabsichtigt, soll demnach nach Erlangung der Universitätsreife als Ausbildung entweder ein Bachelorstudium der Musiktherapie an einer österreichischen Universität oder einen Fachhochschul-Bachelorstudiengang der Musiktherapie an einer österreichischen Fachhochschule erfolgreich absolvieren müssen.

Wer hingegen die eigenverantwortliche Berufsausübung der Musiktherapie anstrebt, wird als Ausbildung entweder ein Diplomstudium der Musiktherapie an einer österreichischen Universität, einen Fachhochschul-Diplomstudiengang der Musiktherapie an einer österreichischen Fachhochschule oder nach Erfüllung der Ausbildungsvoraussetzungen für die mitverantwortliche Berufsausübung der Musiktherapie ein Masterstudium der Musiktherapie an einer österreichischen Universität oder einen

Fachhochschul-Masterstudiengang der Musiktherapie an einer österreichischen Fachhochschule erfolgreich absolvieren müssen.

Im Rahmen der mitverantwortlichen Berufsausübung wird das Erfordernis einer Anordnung durch einen Arzt (eine Ärztin), einen klinischen Psychologen (eine klinische Psychologin), einen eigenverantwortlich berufsberechtigten Musiktherapeuten (eine eigenverantwortlich berufsberechtigte Musiktherapeutin) oder einen Psychotherapeuten (eine Psychotherapeutin) oder einen Zahnarzt (eine Zahnärztin) sowie das Erfordernis einer regelmäßiger Supervision durch einen eigenverantwortlich berufsberechtigten Musiktherapeuten (eine eigenverantwortlich berufsberechtigte Musiktherapeutin) im fachlich erforderlichen Ausmaß vorgesehen.

Im Rahmen der eigenverantwortlichen Berufsausübung, wird, sofern die Berufsausübung der Musiktherapie zum Zweck der Behandlung von akuten und chronischen Erkrankungen oder der Rehabilitation erfolgt, das Erfordernis der Zuweisung durch einen Arzt (eine Ärztin), einen klinischen Psychologen (eine klinische Psychologin), einen Psychotherapeuten (eine Psychotherapeutin) oder einen Zahnarzt (eine Zahnärztin) festgesetzt.

Durch diese Anordnungs- und Zuweisungserfordernisse soll eine bestmögliche Kooperation mit den angrenzenden Gesundheitsberufen im Sinn des Patientenwohls sichergestellt werden.

Hinsichtlich der Regelungen über die musiktherapeutische Ausbildung kann aufgrund des bereits derzeit bestens funktionierenden Ausbildungssystems mit grundsätzlichen Vorgaben das Auslangen gefunden werden. Eine zusätzliche ausdrückliche Verordnungsermächtigung für den Bundesminister (die Bundesministerin) für Gesundheit, Familie und Jugend zur Festlegung der Kompetenzen, die im Rahmen der Ausbildung für die mitverantwortliche und eigenverantwortliche Berufsausübung der Musiktherapie erworben werden müssen, sowie zur Festlegung der Mindestanforderungen an die Ausbildungen, sichert auch langfristig die Beibehaltung der Ausbildungsqualität.

Bei den Regelungen über die Erlangung der musiktherapeutischen Berufsberechtigung werden auch die einschlägigen gemeinschaftsrechtlichen Vorgaben, insbesondere der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, berücksichtigt.

Die Regelungen über die Führung der Musiktherapeutenliste knüpfen an die bewährte Führung der Psychotherapeutenliste und der Liste der Gesundheitspsychologen und klinischen Psychologen an.

Der Kanon der Berufspflichten entspricht dem aktuellsten Stand der Anforderungen an eine Berufsausübung nach bestem Wissen und Gewissen und geht mit der Normierung einer verpflichtenden Berufshaftpflichtversicherung für Musiktherapeuten und Musiktherapeutinnen, die zur eigenverantwortlichen Berufsausübung berechtigt sind, neue Wege.

Auf die Etablierung einer gesetzlichen Interessenvertretung für Musiktherapeuten und Musiktherapeutinnen wird, vor allem aufgrund der überschaubaren Größe der Berufsgruppe, bewusst verzichtet. Damit eng verknüpft ist der Verzicht auf ein musiktherapeutisches Disziplinarrecht. Allerdings wird an dessen Stelle der Vertrauenswürdigkeit als Voraussetzung für die Aufrechterhaltung der Berufsberechtigung besonders Augenmerk geschenkt, indem zusätzlich zur Streichung aus der Musiktherapeutenliste auch andere Sanktionsmechanismen für schwere Berufspflichtverletzungen vorgesehen werden.

Die Einrichtung eines Musiktherapie-Beirates zur Beratung des Bundesministers (der Bundesministerin) für Gesundheit, Familie und Jugend wird nicht vorgeschlagen. Stattdessen wird die Heranziehung von musiktherapeutischen Sachverständigen, insbesondere im Zusammenhang mit Verfahren zur Eintragung in die Musiktherapeutenliste, ausdrücklich verankert.

Als In-Kraft-Tretens-Zeitpunkt wird der 1. Juli 2009 vorgeschlagen.

Auswirkungen auf die Verwaltungslasten für Unternehmen:

Es werden keine wesentlichen Auswirkungen auf die Verwaltungslasten für Unternehmen verursacht, da alle vorgesehenen Informationsverpflichtungen unter die Bagatellgrenze gemäß § 5 Abs. 1 der Standardkostenmodell-Richtlinien, BGBl. II Nr. 233/2007, fallen.

Der vorliegende Entwurf eines Musiktherapiegesetzes enthält folgende Informationspflichten:

- § 14 Abs. 4: Antrag auf Ausstellung einer Bescheinigung über die Berufsausübung der Musiktherapie in Österreich zum Zweck der Dienstleistungserbringung in einem anderen EWR-Vertragsstaat,
- § 15 Abs. 1: Mitteilung über die Aufnahme der Ausübung der Musiktherapie im Rahmen des freien Dienstleistungsverkehrs,

- § 20 (auch in Verbindung mit den §§ 36 und 37): Anmeldung zur Eintragung in die Musiktherapeutenliste,
- § 21: Antrag zur Aufnahme von fakultativen Daten in die Musiktherapeutenliste,
- § 24: Meldepflichten betreffend die Daten in der Musiktherapeutenliste,
- § 26: Führung der Berufs- und Zusatzbezeichnungen,
- § 27 Abs. 5: Informationspflicht betreffend die vorzeitige Beendigung der Behandlung,
- § 29: Aufklärungspflicht
- § 30: Dokumentationspflicht betreffend die Behandlung,
- § 31: Auskunftspflicht über die Behandlung sowie
- § 34: Haftpflichtversicherung.

Begründung des Nichterreichens der Bagatellgrenze:

Einleitend ist festzuhalten, dass nur jene Personen, die eine Berechtigung zur eigenverantwortlichen Berufsausübung der Musiktherapie gemäß § 7, mit der die Berechtigung zur freiberuflichen Berufsausübung verbunden ist, anstreben, für die Erfüllung des Unternehmerbegriffs im Sinne des § 4 Z 6 der Standardkostenmodell-Richtlinien in Frage kommen. Mit der Berechtigung zur mitverantwortlichen Berufsausübung gemäß § 8 ist nämlich lediglich eine Berechtigung im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses verbunden.

Aufgrund der durchgeführten Expertenschätzung ist von folgenden Prämissen auszugehen:

In Österreich üben derzeit 170 Personen mit einer Ausbildung an der Universität für Musik und darstellende Kunst Wien die Musiktherapie berufsmäßig aus. Es wird davon ausgegangen, dass diese Personen die Eintragung in die Musiktherapeutenliste für die eigenverantwortliche Berufsausübung beantragen werden.

Derzeit üben 20% dieser 170 Personen, somit 34 Personen, die Musiktherapie freiberuflich aus.

Die restlichen 80% dieser 170 Personen, dies sind somit 136 Personen, üben die Musiktherapie in einem Angestelltenverhältnis in Institutionen aus. Von diesen üben 50%, somit 68 Personen, die Musiktherapie zusätzlich freiberuflich aus. In diesem Kontext ist auch darauf hinzuweisen, dass Musiktherapeuten (Musiktherapeutinnen) neben der Musiktherapie auch anderen Berufstätigkeiten, insbesondere im psychosozialen Bereich (vor allem als Psychotherapeuten) sowie im musikalischen Bereich, nachgehen.

Somit üben insgesamt 102 Musiktherapeuten (Musiktherapeutinnen) mit Ausbildung an der Universität für Musik und darstellende Kunst Wien die Musiktherapie derzeit freiberuflich aus. Der Gesamtumsatz pro Jahr der freiberuflich tätigen Musiktherapeuten (Musiktherapeutinnen) beträgt durchschnittlich 7 000 Euro. Der Anteil jener freiberuflichen Musiktherapeuten (Musiktherapeutinnen), die einen Gesamtumsatz von 22 000 Euro pro Jahr überschreiten, wird mit 1 bis 2% geschätzt, sodass der Unternehmerbegriff im Sinne des § 4 Z 6 der Standardkostenmodell-Richtlinien, auf höchstens 2,04 Personen zutrifft.

In diesem Zusammenhang wird angemerkt, dass aus der Ausbildung an der Universität für Musik und darstellende Kunst Wien derzeit jährlich regelmäßig nicht mehr als 8 bis 9 Berufsanfänger(-innen) hervorgehen und in diesem Kontext auch noch jene Personen zu berücksichtigen sind, die aus dem Beruf ausscheiden, sodass hinsichtlich der Absolventen (Absolventinnen) der Universität für Musik und darstellende Kunst Wien nur von einem mäßigen Wachstum der Berufsgruppe auszugehen ist.

Da die Ausbildung an der Universität für Musik und darstellende Kunst Wien im Rahmen des Diplomstudiums Musiktherapie derzeit die höchst qualifizierende musiktherapeutische Ausbildung darstellt, wird die vorhin ausgeführte Schätzung, dass höchstens 2% der freiberuflich tätigen Personen den Unternehmerbegriff begründenden Mindestjahresumsatz von 22 000 Euro erreichen, auch auf jene Personen zutreffen, die zukünftig, anfangs insbesondere aufgrund der Übergangsbestimmungen, in die Musiktherapeutenliste als eigenverantwortlich berufsberechtigte Personen eingetragen werden.

Die Annahme einer Verfünffachung der Anzahl der freiberuflich tätigen Musiktherapeuten (Musiktherapeutinnen), die als Unternehmer(-innen) im Sinne des § 4 Z 6 der Standardkostenmodell-Richtlinien angesehen werden können, scheinen die Entwicklungsmöglichkeiten innerhalb eines Zeitraums von fünf Jahren ab In-Kraft-Treten des Musiktherapiegesetzes jedenfalls abzudecken, zudem entsprechend der Expertenschätzung von keiner wesentlichen Tendenzänderung der zahlenmäßigen Entwicklung der Berufsgruppe ausgegangen wird. Somit wird im Rahmen der Feststellung der Bagatellgrenze für die Ermittlung der Verwaltungslasten für die größte Informationsverpflichtung gemäß § 5 Abs. 2 der Standardkostenmodell-Richtlinien von höchstens 10 Unternehmern (Unternehmerinnen) ausgegangen.

Die größte Informationsverpflichtung stellt, insbesondere auch aufgrund eines Vergleichs mit anderen Gesundheitsberufen, die Dokumentationspflicht gemäß § 30 Abs. 1 (Führung von Aufzeichnungen über jede zur musiktherapeutischen Behandlung übernommene Person) dar. Für die Erfüllung der Dokumentationspflicht pro Dokumentationsfall werden 8 Minuten benötigt, sodass sich bei einem Stundensatz von 55 Euro (Wissenschaftler und akademische Berufe) 7,15 Euro Kosten pro Verwaltungstätigkeit (P) ergeben. Bei einer Frequenz von 904 (226 Arbeitstage pro Jahr x 4 Patienten-Dokumentationsfälle pro Arbeitstag) und 10 Unternehmern ist die Menge der Verwaltungstätigkeit (Q) 9040, sodass sich die Verwaltungskosten insgesamt auf 64 636 Euro belaufen. Bei einem Freiwilligenanteil von 50% ergeben sich für die Erfüllung der Informationsverpflichtung gemäß § 30 Abs. 1 Verwaltungslasten in der Höhe von 32 318 Euro. Infolgedessen ist das Unterschreiten der Bagatellgrenze von 40 000 Euro gemäß § 5 Abs. 1 der Standardkostenmodell-Richtlinien nachgewiesen, was entsprechend in der Datenbank BRIT dokumentiert wird.

Finanzielle Auswirkungen:

Im Hinblick auf die überschaubare Größe der Berufsgruppe (etwa 200 Personen im gesamten Bundesgebiet) bewegen sich auch die Vollziehungskosten in engen Grenzen.

Die Vollziehung der vorgesehenen Rechtsakte, wie insbesondere die Durchführung von Verfahren zur Eintragung in die Musiktherapeutenliste sowie die Führung der Musiktherapeutenliste, kann durch die Bedeckung mit einer Planstelle für den Allgemeinen Verwaltungsdienst (Verwendungsgruppe A 2) gewährleistet werden und ist somit ohne nennenswerten personellen Mehraufwand im Rahmen des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend möglich. Die Planstelle kann durch entsprechende Personalumschichtung erreicht werden.

Diese weitestgehende Kostenneutralität wird im Übrigen durch eine Anbindung der Vollziehung des Musiktherapiegesetzes an die inhaltlich gleichgelagerte Vollziehung des Psychotherapiegesetzes und des Psychologengesetzes, BGBl. Nr. 360/1990, sowie durch die bescheidene Größe der Berufsgruppe gewährleistet. Diese Faktoren führen auch zu der berechtigten Annahme, dass den Ländern im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung als Verwaltungsstrafbehörden keine nennenswerten Mehrkosten entstehen werden.

Im Übrigen entstehen allein durch die Schaffung des vorgeschlagenen Musiktherapiegesetzes für die Sozialversicherungsträger keine finanziellen Kostenfolgen: Weder ist die Leistung der Musiktherapie im Katalog der ärztlichen Hilfe gleichgestellten Leistungen gemäß § 135 Abs. 1 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG), BGBl. Nr. 189/1955, als Voraussetzung für den Abschluss eines Vertrages mit einem Krankenversicherungsträger enthalten, noch kann (in Ermangelung eines „entsprechenden Vertragspartners“ im Sinne des § 131 ASVG) die Verpflichtung zur Kostenerstattung an einen Versicherten (eine Versicherte), der (die) Musiktherapie in Anspruch genommen hat, angenommen werden.

Eine Änderung der einschlägigen sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen wird nicht in Aussicht genommen.

Abschließend ist anzumerken, dass der Schwerpunkt der Berufsausübung von Musiktherapeuten und Musiktherapeutinnen klar im institutionellen Bereich liegt und in diesem Rahmen bereits jetzt von der öffentlichen Hand finanziert wird.

Kompetenzgrundlage:

Der vorliegende Entwurf stützt sich auf Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG („Gesundheitswesen“).

Besonderer Teil

Zu § 1:

§ 1 nennt die wesentlichen Inhalte des angestrebten Musiktherapiegesetzes. Demnach wird bei der Reglementierung der berufsmäßigen Ausübung der Musiktherapie besonderes Augenmerk auf die musiktherapeutische Ausbildung, die Formen der Berufsausübung, die Voraussetzungen der Berufsausübung, die Führung der Musiktherapeutenliste sowie die Berufspflichten gelegt.

Dem System des Berufsvorbehalts folgend, wird ausdrücklich auf die „berufsmäßige“ Ausübung der Musiktherapie abgestellt.

Zu § 2:

Die getroffene Feststellung, dass „die berufsmäßige Ausübung der Musiktherapie nur nach Maßgabe des Musiktherapiegesetzes erfolgen darf“ stellt eine wichtige berufsvorbehaltsrelevante Bestimmung dar.

§ 2 Abs. 2 enthält in diesem Zusammenhang die Klarstellung, dass die Gewerbeordnung 1994 (GewO 1994), BGBl. Nr. 194, auf die berufsmäßige Ausübung der Musiktherapie keine Anwendung findet. Somit stellt § 2 Abs. 2 eine „ausdrücklich angeordnete Ausnahme durch besondere bundesgesetzliche Vorschriften“ im Sinn des § 2 Abs. 1 erster Satz GewO 1994 dar.

Zu § 3:

Im § 3 werden jene gemeinschaftsrechtlichen Normen genannt, die im Musiktherapiegesetz umgesetzt werden sollen und folgt somit dem Vorbild zahlreicher Gesundheitsberufsgesetze, die die Anerkennung von Berufsqualifikationen aus dem EWR und der Schweizerischen Eidgenossenschaft direkt im Berufsstammgesetz regeln.

Allerdings ist in Aussicht genommen, die Detailregelungen über die musiktherapeutische Berufsankennung in einer eigenen EWR-Musiktherapie-Verordnung zu treffen.

Zu § 4:

§ 4 Abs. 1 normiert die sprachliche Gleichbehandlung und lässt lediglich dort Ausnahmen zu, wo es die Erhaltung der gebotenen Lesbarkeit gebietet. Diese Ausnahme ist primär für den Begriff „Musiktherapeutenliste“ relevant.

§ 4 Abs. 2 hält ausdrücklich fest, dass bei der Vollziehung des Musiktherapiegesetzes bezüglich einer bestimmten Person jedenfalls die jeweils geschlechtsspezifische Anrede oder Bezeichnung zu verwenden ist.

Zu § 6:

Die Berufsumschreibung des § 6 ist eine der Kernbestimmungen des vorliegenden Entwurfs, da sie den Umfang der musiktherapeutischen Berufsberechtigung festlegt. Sie ist an die bewährte psychotherapeutische Berufsumschreibung gemäß § 1 Psychotherapiegesetz angelehnt, mit der im Sinne des Gesundheitsbegriffs der Weltgesundheitsorganisation die historische Überwindung der Gesundheits- und Krankheitsautonomie gelungen ist. Diesem Beispiel folgend, wird Musiktherapie nicht nur auf den Bereich der Behandlung krankheitswertiger Störungen beschränkt. In diesem Zusammenhang ist jedoch – insbesondere aufgrund der Ergebnisse des allgemeinen Begutachtungsverfahrens ausdrücklich festzuhalten, dass die Umschreibung „Behandlung von Menschen, insbesondere mit emotional, somatisch, intellektuell oder sozial bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen“ jedenfalls auch den Krankheitsbegriff gemäß § 120 Abs. 1 Z 1 ASVG (regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der die Krankenbehandlung notwendig macht) umfassen kann.

§ 6 Abs. 1 enthält die grundlegende Definition von Musiktherapie. Bereits § 6 Abs. 1 erster Satz, wonach die Musiktherapie eine eigenständige, wissenschaftlich-künstlerisch-kreative und ausdrucksfördernde Therapieform ist, gibt den für die Identität und das Selbstverständnis der Berufsgruppe wesentlichen Fundamenten den entsprechenden normativen Rahmen. Die Verankerung der Eigenständigkeit schließt eine allfällige Vereinnahmung durch andere Gesundheitsberufe von vornherein aus. Die der Musiktherapie immanente Verwobenheit von Wissenschaft und Kunst wird durch die Begrifflichkeit „wissenschaftlich-künstlerisch“ zum Ausdruck gebracht und durch die Feststellung, dass es sich dabei auch um eine kreative und ausdrucksfördernde Therapieform handelt, weiter gefestigt. Gleichsam wird die systematisch-wissenschaftliche Durchdringung der Musiktherapie vom Gesetzgeber anerkannt.

Auf die zusätzliche Aufnahme des Elements „mit musiktherapeutisch-wissenschaftlichen Methoden“ im Rahmen der Berufsumschreibung wird bewusst verzichtet.

Die Vollzugserfahrung mit anderen Gesundheitsberufsgesetzen, insbesondere mit dem ÄrzteG 1998, hat gezeigt, dass gerade ein solchermaßen definiertes Wissenschaftlichkeitselement (vgl. § 2 Abs. 1 erster Satz ÄrzteG 1998, wonach die Ausübung des ärztlichen Berufes jede auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen begründete Tätigkeit umfasst) ein hohes Maß an Unbestimmtheit aufweist, sodass eine exakte rechtsdogmatische Erfassung und folglich eine abschließende Bestimmung des ärztlichen Berechtigungs- und somit Vorbehaltsumfangs verunmöglicht wird.

Vielmehr findet die Vorgabe, mit musiktherapeutisch-wissenschaftlichen Methoden zu arbeiten, als Berufspflicht zur Berufsausübung nach bestem Wissen und Gewissen im § 27 Abs. 1 Eingang.

§ 6 Abs. 2 nennt als Zweck und demzufolge als Arbeitsgebiete des musiktherapeutischen Berufes die Prävention einschließlich Gesundheitsförderung, die Behandlung von akuten und chronischen Erkrankungen, die Rehabilitation, die Förderung von sozialen Kompetenzen einschließlich Supervision sowie die Lehre und die Forschung. Hiermit wird die Vielseitigkeit der Musiktherapie nochmals evident.

§ 6 Abs. 3 erster Satz sieht vor, dass die berufsmäßige Ausübung der Musiktherapie den Musiktherapeuten (Musiktherapeutinnen) vorbehalten wird und ist infolgedessen die für den angestrebten Berufsvorbehalt wesentlichste Bestimmung. Mit der gesetzlichen Definition von Berufsmäßigkeit gemäß § 6 Abs. 3 letzter Satz wird eine klare Vorbehaltsgrenze gezogen und Interpretationsproblemen vorgebeugt. Die nicht berufsmäßige Ausübung der Musiktherapie oder auch nur von einzelnen musiktherapeutischen Tätigkeiten bleibt daher weiterhin auch anderen Personen zugänglich und erlaubt, da mit dem Berufsvorbehalt kein Tätigkeitsvorbehalt verbunden ist.

Unter einem Tätigkeitsvorbehalt versteht man – im Gegensatz zum hier vorgeschlagenen Berufsvorbehalt – einen generellen Ausschließlichkeitsanspruch auf die Ausübung von Tätigkeiten, unabhängig davon, ob diese berufsmäßig oder nicht berufsmäßig ausgeübt werden. Ein Tätigkeitsvorbehalt müsste daher ausdrücklich normiert werden, wovon ganz bewusst Abstand genommen wird.

In diesem Sinne ist § 6 Abs. 3 auch als Klarstellung zu verstehen, dass auf die Normierung eines Tätigkeitsvorbehalts verzichtet wird.

Folglich wird durch dieses umfangreiche Regelungspaket auch Vorsorge dafür getroffen, dass die allfällige Verwendung musiktherapeutischer Techniken im Rahmen der Ausübung eines anderen Berufes weiterhin erlaubt bleibt, solange diese als integrativer Bestandteil des betreffenden Berufes anzusehen sind. Unter dieser Voraussetzung ist es auch unbestritten, dass der Einsatz musikalischer Mittel im kurativen oder gesundheitsfördernden Kontext, nicht ausschließlich den Musiktherapeuten (Musiktherapeutinnen) zugeordnet ist und demnach der musiktherapeutische Berufsvorbehalt etwa durch das von Ärzten (Ärztinnen) an Patienten (Patientinnen) gerichtete Angebot des Hörens von Entspannungsmusik bei medizinischen Eingriffen – ebenso wie etwa das heilpädagogische Musizieren – z.B. durch Musik- und Bewegungserzieher(-innen) und Rhythmikern (Rhythmikerinnen) – nicht berührt werden kann.

Personen, die im Rahmen ihrer Tätigkeiten auch musikalische Techniken anwenden, um etwa den Tagesablauf in verschiedenen Heimen und Institutionen zu gestalten (vgl. etwa Musikanimateure etc.), werden durch das vorgeschlagene Musiktherapiegesetz nicht erfasst, was der Vollständigkeit halber ausdrücklich festgehalten sei.

Zu den §§ 7 und 8:

Die §§ 7 und 8 beschreiben die beiden vorgesehenen unterschiedlichen Formen der musiktherapeutischen Berufsausübung.

Die im Begutachtungsentwurf verwendeten Begrifflichkeiten „selbständige“ und „unselbständige“ Berufsausübung, die den Grad der Eigenverantwortlichkeit beschreiben und im Rahmen von gesundheitsberuflichen Regelungen eine lange Tradition haben, sind zugleich auch arbeitsvertragsrechtlich belegt.

Hiezu führte das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit im Rahmen des allgemeinen Begutachtungsverfahrens Folgendes aus: „Aus arbeitsvertragsrechtlicher Sicht ist die Bezeichnung „selbständige Berufsausübung der Musiktherapie“ für die eigenverantwortliche Verrichtung musiktherapeutischer Tätigkeiten im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses insofern bedenklich, als nach dem primären Begriffsinhalt des Ausdrucks „selbständige Berufsausübung“ die Ausführung von Tätigkeiten gerade nicht im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses zu verstehen ist. Die Begriffe „selbständige-“ bzw. „unselbständige Erwerbstätigkeit“ knüpfen an die Vertrags- und Erscheinungsform der Berufsausübung an. Im Unterschied zu selbständig Erwerbstätigen erbringen Arbeitnehmer/innen ihre Arbeitsleistung in wirtschaftlicher und persönlicher Abhängigkeit zu ihrem/ihrer Arbeitgeber/in, wobei letztere vor allem durch die Einordnung in den betrieblichen Organisationsbereich (Bindung hinsichtlich Arbeitszeit, Arbeitsort, Arbeitsabfolge), Fremdbestimmtheit der Arbeit, Weisungsgebundenheit,

Kontrollunterworfenheit, disziplinäre Verantwortung und persönliche Arbeitspflicht ihren Ausdruck findet. Da es bei der Beurteilung, ob im Einzelfall ein Arbeitsvertrag vorliegt, lediglich auf das Überwiegen der wesentlichen Merkmale ankommt, die für eine in persönlicher Abhängigkeit erbrachte Arbeitsleistung sprechen, wird das Vorliegen eines Arbeitsverhältnisses nicht dadurch ausgeschlossen, dass keine fachlichen Weisungen erteilt werden. Die eigenverantwortliche Berufsausübung, wie in § 7 MuthG gesetzlich festgelegt, kann daher selbstverständlich auch im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses ausgeübt werden.“

Daher werden – die Anregung des Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit aufgreifend – die Begriffe „selbständige“ und „unselbständige“ Berufsausübung durch die ebenso zutreffenden Begriffe „eigenverantwortliche“ und „mitverantwortliche“ Berufsausübung ersetzt, sodass im Sinne des Prinzips der Einheit der Rechtsordnung einem allfälligen Irrtum über die Vertrags- und Erscheinungsform der „selbständigen“ Berufsausübung vorgebeugt werden kann.

Im Gegensatz zur im § 7 geregelten eigenverantwortlichen Berufsausübung der Musiktherapie ist die mitverantwortliche Berufsausübung der Musiktherapie gemäß § 8 dadurch gekennzeichnet, dass die Ausübung der Musiktherapie einer Anordnung bedarf und zudem zu supervidieren ist.

Im Hinblick auf die Begriffswahl „mitverantwortlich“ ist in diesem Zusammenhang auf die Vorbildregelung des § 15 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), BGBl. I Nr. 108/1997, hinzuweisen. „Mitverantwortlich“ bedeutet in diesem Kontext, dass der (die) Anordnende die Verantwortung für die Anordnung und der Musiktherapeut (die Musiktherapeutin) die Verantwortung für die Ausübung der angeordnete musiktherapeutische Tätigkeit bzw. Tätigkeiten trägt (vgl. § 15 Abs. 2 GuKG).

Anordnungsbefugt sind Ärzte (Ärztinnen), klinische Psychologen (klinische Psychologinnen), Psychotherapeuten (Psychotherapeutinnen) und Zahnärzte (Zahnärztinnen).

Die regelmäßige Supervision hat durch einen eigenverantwortlich berufsberechtigten Musiktherapeuten (eine eigenverantwortlich berufsberechtigte Musiktherapeutin) zu erfolgen. Das Supervisionsausmaß bestimmt sich nach den fachlichen Erforderlichkeiten. Die Festsetzung obliegt wohl primär dem Supervisor (der Supervisorin).

Hinsichtlich der eigenverantwortlichen Berufsausübung gemäß § 7 ist festzuhalten, dass bei der Behandlung von akuten und chronischen Erkrankungen und der Rehabilitation das Erfordernis zu beachten ist, dass nachweislich vor oder nach der ersten, jedenfalls aber vor der zweiten musiktherapeutischen Behandlung eine Zuweisung durch einen Arzt (eine Ärztin), einen klinischen Psychologen (eine klinische Psychologin), einen Psychotherapeuten (eine Psychotherapeutin) oder einen Zahnarzt (eine Zahnärztin) zu erfolgen hat.

Zu § 9:

§ 9 legt die Ausbildungserfordernisse für die mitverantwortliche Berufsausübung der Musiktherapie fest und sieht zwei alternative, wenn auch eng verwandte, Ausbildungswege vor; nämlich die Absolvierung des Bachelorstudiums der Musiktherapie an einer österreichischen Universität oder die Absolvierung eines Fachhochschul-Bachelorstudiengangs der Musiktherapie an einer österreichischen Fachhochschule.

Die Regierungsvorlage berücksichtigt die neue Terminologie des Universitätsgesetzes 2002, BGBl. I Nr. 120/2002, sodass die Begriffe „Bakkalaureatsstudium“ sowie „Magisterstudium“ (vgl. § 10) nicht mehr vorgesehen sind. Dementsprechend erfolgt auch eine Adaptierung des § 26 hinsichtlich der Bestimmung über die Führung der akademischen Grade im Rahmen der Berufsbezeichnungen.

Der Nachweis der Universitätsreife wird zudem als besondere berufsrechtliche Voraussetzung für den Beginn der Ausbildung normiert. Im Hinblick auf die zu achtende Autonomie der Universitäten und Fachhochschulen beschränken sich die inhaltlichen Vorgaben auf die Festlegung von Mindestumfängen in Bezug auf die Ausbildungsinhalte „Selbsterfahrung“ (zumindest 200 Einheiten), „Rahmenbedingungen für die Berufsausübung der Musiktherapie, insbesondere eine Einführung in die institutionellen, gesundheitsrechtlichen und psychosozialen Rahmenbedingungen“ (zumindest 30 Einheiten) sowie „Fragen der Ethik“ (zumindest 30 Einheiten).

Die Ergebnisse des Begutachtungsverfahrens berücksichtigend, wird im Rahmen der Festlegung im § 9 Abs. 2, wonach die Ausbildung die für die Berufsausübung der Musiktherapie nach bestem Wissen und Gewissen erforderlichen theoretischen und praktischen Ausbildungsinhalte einschließlich des Erwerbs von klinischer Krankenbehandlungserfahrung zu umfassen hat, ausdrücklich klargestellt, dass hiebei die klinisch-psychologischen, medizinischen und psychotherapeutischen wissenschaftlichen Grundlagen besonders zu berücksichtigen sind. Selbiges wird im § 10 Abs. 2 vorgesehen.

Zu § 10:

§ 10 setzt die Einräumung der alternativen Ausbildungswege an Universität und Fachhochschule fort und bestimmt, dass Voraussetzung für die eigenverantwortliche Berufsausübung der Musiktherapie entweder die Absolvierung des Diplomstudiums der Musiktherapie an einer österreichischen Universität bzw. des Fachhochschul-Diplomstudiengangs der Musiktherapie an einer österreichischen Fachhochschule oder nach Erfüllung der Ausbildungsvoraussetzungen für die mitverantwortliche Berufsausübung der Musiktherapie die Absolvierung des Masterstudiums der Musiktherapie an einer österreichischen Universität bzw. des Fachhochschul-Masterstudiengangs der Musiktherapie an einer österreichischen Fachhochschule ist. Mit dieser Regelung wird der noch bestehenden hochschulrechtlichen Parallelität zwischen Diplomstudien einerseits und Masterstudien andererseits Rechnung getragen.

Weiters ist festzuhalten, dass die Universitäten bereits zur Durchführung von Ausbildungen für Gesundheitsberufe im Bereich der Zahnärzte und Tierärzte zuständig sind, sodass für den Bereich der musiktherapeutischen Ausbildung ohne Weiteres diesem Beispiel gefolgt werden kann. Die zusätzliche Heranziehung der Fachhochschulen als Ausbildungsanbieter für Gesundheitsberufe ist ebenfalls nicht neu, da diese bereits in der Ausbildung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste und der Hebammen tätig sind. Im Übrigen sind signifikante Qualitätsunterschiede in der musiktherapeutischen Ausbildung zwischen Universitäten und Fachhochschulen nicht zu erwarten.

Zu § 11:

§ 11 normiert einen bedingten Verordnungsauftrag an den Bundesminister (die Bundesministerin) für Gesundheit, Familie und Jugend für die nähere Ausgestaltung der musiktherapeutischen Ausbildung und folgt damit im Wesentlichen den diesbezüglichen Vorbildregelungen des § 3 Abs. 5 Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz), BGBl. Nr. 460/1992, und des § 11 Abs. 3 Hebammengesetz (HebG), BGBl. Nr. 310/1994.

Zu den §§ 12 bis 14:

Die §§ 12 und 13 legen die Voraussetzungen für die Erlangung der Berufsberechtigung für die eigenverantwortliche Berufsausübung (§ 12) sowie die mitverantwortliche Berufsausübung (§ 13) der Musiktherapie fest und folgen in ihrem Regelungsregime im Wesentlichen den Vorbildern anderer Gesundheitsberufsgesetze, so etwa dem ÄrzteG 1998. Die §§ 12 und 13 berücksichtigen insbesondere auch absolvierte ausländische Ausbildungen, im Speziellen aus dem EWR und der Schweizerischen Eidgenossenschaft. Eine Spezifizierung der letztgenannten Qualifikationsnachweise erfolgt im § 14, der die grundsätzlichen Vorgaben der Richtlinie 2005/36/EG umsetzt.

Zu § 15:

§ 15 setzt die Vorgaben der Richtlinie 2005/36/EG im Hinblick auf den freien Dienstleistungsverkehr um und folgt der diesbezüglichen Regelung des § 31 Zahnärztegesetz (ZÄG), BGBl. I Nr. 126/2005, in der Fassung der Regierungsvorlage eines Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetzes 2007 (GesBRÄG 2007).

Im Hinblick auf § 15 Abs. 2 Schlusssatz, wonach – sofern eine vorherige Anzeige der Dienstleistungserbringung aus Gründen der Dringlichkeit, insbesondere im Fall der drohenden Lebensgefahr oder schweren Gesundheitsschädigung für den Patienten (die Patientin) oder Dritte nicht möglich ist – die Verständigung unverzüglich nach Erbringung der Dienstleistung zu erfolgen hat, ist anzumerken, dass solche Fallkonstellationen insbesondere beim Einsatz von Musiktherapie in den Bereichen Intensivmedizin und Neonatologie denkmöglich sind.

Zu § 16:

§ 16 enthält einen Verordnungsauftrag für den Bundesminister (die Bundesministerin) für Gesundheit, Familie und Jugend, die Vorgaben der Richtlinie 2005/36/EG, die im Musiktherapiegesetz eine grundlegende Regelung erfahren sollen, weiter auszugestalten.

Zu § 17:

§ 17 regelt das Erlöschen der musiktherapeutischen Berufsberechtigung und folgt dabei im Wesentlichen den Vorbildern anderer Gesundheitsberufe.

Allerdings geht der vorliegende Entwurf mit den Abs. 3 bis 6 hinsichtlich des Verlusts der Vertrauenswürdigkeit einen völlig neuen Weg.

Mangels Schaffung eines musiktherapeutischen Disziplinarrechts, insbesondere aufgrund des Verzichts auf die Errichtung einer gesetzlichen Interessenvertretung, kommt der verwaltungsrechtlichen Prüfung der Vertrauenswürdigkeit, die nicht nur Voraussetzung für die Erlangung, sondern auch für die Aufrechterhaltung der Berufsberechtigung ist, eine besondere Bedeutung zu.

Der Verwaltungsgerichtshof hat zum unbestimmten Gesetzesbegriff Vertrauenswürdigkeit folgende wesentliche Aussagen getroffen:

Der an sich unbestimmte Gesetzesbegriff der Vertrauenswürdigkeit ist grundsätzlich mittels der aus der Rechtsordnung unter Heranziehung der jeweiligen gesellschaftlichen Vorstellungen abzuleitenden Wertungen auszulegen. Bei der Prüfung der Vertrauenswürdigkeit kommt es darauf an, ob das Gesamtverhalten geeignet ist, Vertrauen in die konkrete Berufsausübung zu erwecken. Dabei ist ein strenger Maßstab anzulegen. Es ist unmaßgeblich, in welchen Bereichen die Ursachen für den Verlust der Vertrauenswürdigkeit gelegen sind, weil es nur darauf ankommt, ob das erforderliche Maß an Vertrauenswürdigkeit dem Betroffenen zukommt oder nicht (vgl. insb. VwGH 21.12.1999, 97/19/0787). Der Betroffene muss auch für die Zukunft Gewähr für die Erfüllung der bestehenden besonderen Anforderungen an die Ausübung des betreffenden Berufes bieten können (vgl. insb. VwGH 16.10.2002, 99/03/0147). In diesem Kontext ist auch das Vertrauen der Allgemeinheit zum Betroffenen zu berücksichtigen. Der entscheidende Gesichtspunkt ist hierbei, dass sich die zuständige Behörde auf die Vertrauenswürdigkeit des Betroffenen bei der Ausübung des Berufes verlassen können muss, weil eine lückenlose Kontrolle nicht möglich ist (vgl. insb. VwGH 18.7.2002, 99/09/0107, und VwGH 4.4.2001, 2001/09/0040).

Die § 17 Abs. 3 bis 6 verfolgen vorrangig das Ziel, im Rahmen einer überschaubaren Regelung im Vorfeld des Verlusts der Vertrauenswürdigkeit Reaktionsmöglichkeiten anzubieten, die über verwaltungsstrafrechtliche Sanktionen hinausgehen und insbesondere die spezifischen Interessen von Patienten (Patientinnen) und der Allgemeinheit im Hinblick auf eine verlässliche Berufsausübung durch Musiktherapeuten (Musiktherapeutinnen) berücksichtigen.

§ 17 Abs. 3 nennt im Rahmen einer demonstrativen Aufzählung zwei Fälle des Wegfalls der Vertrauenswürdigkeit:

So fällt die Vertrauenswürdigkeit einerseits weg, wenn der Musiktherapeut (die Musiktherapeutin) seine (ihre) Berufspflichten gröblich verletzt hat oder trotz Mahnung wiederholt gegen seine (ihre) Berufspflichten verstoßen hat und in beiden Fällen durch das gesetzte Verhalten die Vertrauenswürdigkeit gänzlich beseitigt hat (Z 1).

Andererseits tritt der Verlust der Vertrauenswürdigkeit auch dann ein, wenn der Musiktherapeut (die Musiktherapeutin) seine (ihre) Berufspflichten gröblich verletzt oder trotz Mahnung wiederholt gegen seine (ihre) Berufspflichten verstoßen hat, diese Pflichtenverletzung jedoch die Vertrauenswürdigkeit nicht gänzlich beseitigt hat und der Musiktherapeut (die Musiktherapeutin) keine geeigneten Maßnahmen getroffen hat, die für die Zukunft eine verlässliche Berufsausübung erwarten lassen (Z 2).

Die förmliche Mahnung durch den Bundesminister (die Bundesministerin) für Gesundheit, Familie und Jugend kann somit als erste Stufe einer einschlägigen berufsrechtlichen und berufsethischen Bewusstseinsbildung verstanden werden.

Abs. 4 enthält sodann eine demonstrative Aufzählung geeigneter Maßnahmen im Sinne des Abs. 3 Z 2: Diese umfassen jedenfalls die förmliche Entschuldigung, die Mitwirkung bei einer geeigneten und anerkannten Form von alternativer Streitbeilegung, die Absolvierung musiktherapeutischer Selbsterfahrung, die Absolvierung musiktherapeutischer Supervision, die Wiederholung von Ausbildungsteilen der musiktherapeutischen Ausbildung, die Rückzahlung der durch die musiktherapeutische Behandlung verursachten und vom (von der) Behandelten zu tragenden Kosten, die Kostentragung für die notwendige Folgebehandlung des (der) Behandelten, die Unterziehung einer Krankenbehandlung sowie die Unterbrechung der Berufsausübung der Musiktherapie für die Dauer des Verfahrens.

All diese genannten Maßnahmen sind als zweite Stufe im Reaktionssystem auf Berufspflichtverletzungen zu verstehen, die einem Hinwirken auf eine zukünftige verlässliche Berufsausübung unter besonderer Berücksichtigung des individuellen Pflichtenverstoßes dienen. Mit der Vielseitigkeit und Unterschiedlichkeit der einzelnen Maßnahmen soll der Vielschichtigkeit der Anforderungen an die Vertrauenswürdigkeit Rechnung getragen werden. Im Gegensatz zu Sanktionen in den bestehenden Disziplinarrechtssystemen sollen die Interessen des geschädigten Patienten (der geschädigten Patientinnen) einen angemessenen Platz finden.

Angemerkt wird, dass sich im Bereich der Vollziehung des psychotherapeutischen Berufsrechts insbesondere die Auferlegung einer förmlichen Entschuldigung und die Absolvierung von Supervision bzw. Selbsterfahrung bewährt haben.

Entscheidender Faktor für den Erfolg solcher Maßnahmen ist die Mitwirkung des betroffenen Musiktherapeuten (der Musiktherapeutin). In diesem Sinne hält § 17 Abs. 6 ausdrücklich fest, dass die

Beweislast für den Nachweis des Bestehens der Vertrauenswürdigkeit der Musiktherapeut (die Musiktherapeutin) trägt.

In diesem Zusammenhang ist insbesondere im Hinblick auf die Stellungnahme des Bundeskanzleramtes-Verfassungsdienst im Rahmen des allgemeinen Begutachtungsverfahrens, in der die sachliche Rechtfertigung für die Beweislastumkehr in Frage gestellt wird, Folgendes festzuhalten: Die Vertrauenswürdigkeit ist im Rahmen des Eintragungsverfahrens gemäß § 20 Abs. 4 vom angehenden Musiktherapeuten (von der angehenden Musiktherapeutin) nachzuweisen. Die Vertrauenswürdigkeit ist, wie auch bereits durch die Judikatur des Verwaltungsgerichtshofs aufgezeigt (vgl. hierzu die zuvor zitierten Erkenntnisse), einer lückenlosen behördlichen Kontrolle nicht zugänglich, zudem der Verlust der Vertrauenswürdigkeit in allen Lebensbereichen des Musiktherapeuten (der Musiktherapeutin) eintreten kann. Daraus folgt, dass auch die Aussichten auf eine erfolgreiche behördliche Beweisführung hinsichtlich eines allfälligen Wegfalls der Vertrauenswürdigkeit beschränkt sind. Demzufolge ist auch unter Bedachtnahme auf eine angemessene Verfahrensdauer und das Bestehen der Willkürschränke die Beweislastumkehr im Sinne einer Tragung der Beweislast für die Glaubhaftmachung der Vertrauenswürdigkeit in einer Abwägung zwischen den Interessen der Allgemeinheit und jenen des Musiktherapeuten (der Musiktherapeutin) sachlich gerechtfertigt.

In diesem Kontext ist auch anzuführen, dass für alle übrigen Voraussetzungen zur Aufrechterhaltung der Berufsberechtigung, wie insbesondere die gesundheitliche Eignung, keine Beweislastumkehr normiert wird, da bei deren Prüfung der Behörde die Beweislast zugemutet werden kann. So kann etwa die gesundheitliche Eignung durch die Einholung von Gutachten angemessen geprüft werden.

Die Miteinbeziehung des Österreichischen Berufsverbandes der MusiktherapeutInnen bei der Durchführung einzelner Maßnahmen ist bei Vorliegen des Einverständnisses des Musiktherapeuten (der Musiktherapeutin) grundsätzlich denkbar.

Gemäß Abs. 5 wird, sofern der Musiktherapeut (die Musiktherapeutin) die zu treffende Maßnahme oder Maßnahmen gemäß Abs. 4 nicht bereits auf Grund einer formlosen Aufforderung trifft, die Verpflichtung des Bundesministers (der Bundesministerin) für Gesundheit, Familie und Frauen zur Erlassung eines Bescheids bezüglich der zu treffenden Maßnahme oder Maßnahmen normiert. Bei der Feststellung der vom Musiktherapeuten (von der Musiktherapeutin) zu treffenden Maßnahmen hat der Bundesminister (die Bundesministerin) die Interessen von Geschädigten, das öffentliche Wohl und das Vorliegen von Gefahr im Verzug angemessen zu berücksichtigen.

Weiters ist in diesem Zusammenhang zu betonen, dass die Behörde bei der Festlegung von Maßnahmen selbstverständlich an den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gebunden ist.

Das Nichtabsolvieren von auferlegten Maßnahmen wirkt sich gemäß § 17 Abs. 3 zweiter Fall direkt auf die Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit aus.

Gegen Bescheide steht die Möglichkeit der Beschwerde an die Gerichtshöfe des öffentlichen Rechts offen. Dabei ist entsprechend der Stellungnahme des Bundeskanzleramtes-Verfassungsdienst im Rahmen des allgemeinen Begutachtungsverfahrens darauf hinzuweisen, dass die Entscheidung über den „Entzug der Berufsberechtigung“ ein „civil right“ iSd Art. 6 EMRK betrifft. Nach der Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes dürfte allerdings nicht dessen Kernbereich betroffen sein (vgl. – zu die Berufsausübung beschränkenden Maßnahmen – VfSlg. 11.937/1988 und 15.842/2000), sodass die nachprüfende Kontrolle durch den Verwaltungsgerichtshof ausreicht.

Abschließend ist festzuhalten, dass diese Bestimmungen vor allem Präventivcharakter haben.

Zu § 18:

§ 18 ist insbesondere dem § 62 ÄrzteG 1998 nachgebildet und stellt die erforderliche Kommunikation und Zusammenarbeit der Justiz und der Verwaltungsstraßenbehörden mit dem Bundesminister (der Bundesministerin) für Gesundheit, Familie und Jugend im Hinblick auf die Wahrnehmung der Aufgaben im Bereich der Listenführung, insbesondere bei der Prüfung der Vertrauenswürdigkeit, der Eigenberechtigung und der anderen Voraussetzungen für die Aufrechterhaltung der musiktherapeutischen Berufsberechtigung sicher.

Die Erfahrungen in der Vollziehung des Psychotherapiegesetzes und des Psychologengesetzes haben gezeigt, dass sich das Fehlen einer solchen gesetzlich normierten, institutionellen Amtshilfe erschwerend auf die Wahrnehmung der zuvor beschriebenen Aufgaben auswirken kann, sodass – trotz der zurückhaltenden Stellungnahme des Bundeskanzleramtes-Verfassungsdienst und des Bundesministeriums für Justiz im Rahmen des allgemeinen Begutachtungsverfahrens zur Normierung von Informationspflichten – diese weitestgehend beibehalten werden. In diesem Zusammenhang ist auch auf die aktuelle Diskussion über die Einführung einer Sexualstrafäterdatei und die diesbezügliche

hervorgehobene Bedeutung der Zusammenarbeit von Behörden im Vorfeld der Erteilung von Berufsverboten hinzuweisen.

Zudem sind die Informationspflichten gemäß § 18 für das Funktionieren der gemeinschaftsrechtlich verpflichtenden Verwaltungszusammenarbeit gemäß § 25 wesentlich.

Im Übrigen wird auch eine Zusammenarbeit von Behörden und bestimmten Selbstverwaltungskörpern zur Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend vorgesehen. So könnten zum Beispiel die Sozialversicherungsträger Auskünfte über das Bestehen eines Anstellungsverhältnisses geben.

Zu § 19:

§ 19 enthält die grundlegenden Regeln für die Führung der Musiktherapeutenliste durch den Bundesminister (die Bundesministerin) für Gesundheit, Familie und Jugend. Die Listenführung hat elektronisch zu erfolgen und die öffentlichen Daten sind in geeigneter Weise im Internet allgemein zugänglich kundzumachen.

Die Musiktherapeutenliste ist das zentrale und öffentlichkeitswirksame Instrument zur Information über jene Personen, die in Österreich zur berufsmäßigen Ausübung der Musiktherapie berechtigt sind. Hilfesuchenden im Bereich der Musiktherapie sollen schnell und zuverlässig die wesentlichen Daten über die Erreichbarkeit der Musiktherapeuten (Musiktherapeutinnen) zur Verfügung gestellt werden.

Als fakultative Daten können in die Musiktherapeutenliste die Web-Adresse und die E-Mail-Adresse des Arbeitsortes (der Arbeitsorte), Hinweise auf Arbeitsschwerpunkte und zielgruppenorientierte Spezialisierungen sowie Hinweise auf die Befähigung zur Berufsausübung der Musiktherapie in Fremdsprachen aufgenommen werden. Mit dieser Möglichkeit soll dem wachsenden Informationsbedürfnis der Patienten (Patientinnen) entsprochen werden. Im Hinblick auf die diesbezügliche erforderliche Antragstellung wird auf die Erläuterungen zu § 21 verwiesen.

Um in der Vergangenheit bei anderen Gesundheitsberufen aufgetretenen Interpretationsproblemen vorzubeugen, wird anstelle der Aufgliederung in Berufssitz und Dienstort für die Bezeichnung der örtlichen Wirkungsstätte für jede Art der Berufsausübung der Begriff „Arbeitsort“ gewählt.

Zu den §§ 20 und 25:

§ 20 regelt die Anmeldung zur Eintragung in die Musiktherapeutenliste und folgt hiebei im Wesentlichen den bestehenden Regelungen der Gesundheitsberufe.

Entsprechend der Stellungnahme des Bundeskanzleramtes wird im § 20 Abs. 1 hinsichtlich der Möglichkeit der Verwendung der elektronischen Signatur anstelle der eigenhändigen Unterschriftleistung auf dem Antrag im Sinne des § 2 Z 3a Signaturgesetz (SigG) idF BGBl. I Nr. 8/2008 die Formulierung „mittels ‚qualifizierter‘ elektronischer Signatur“ aufgenommen.

Im § 20 Abs. 5 und im § 25 wird die spezifische Verwaltungszusammenarbeit mit den anderen EWR-Vertragsstaaten und der Schweizerischen Eidgenossenschaft im Hinblick auf die Prüfung der Vertrauenswürdigkeit von Eintragungswerbern (Eintragungswerberinnen) aus diesen Staaten geregelt, um hiermit die entsprechenden Vorgaben der Richtlinie 2005/36/EG umzusetzen.

Artikel 56 der Richtlinie 2005/36/EG enthält eine allgemeine Verpflichtung zur gegenseitigen Amtshilfe der zuständigen Behörden im Zusammenhang mit der Anwendung der Richtlinie, insbesondere betreffend Informationen über das Vorliegen strafrechtlicher Sanktionen oder sonstiger schwerwiegender, genau bestimmter Sachverhalte, die sich auf die Ausübung des Berufs auswirken können. Darüber hinaus normiert Artikel 8 der Richtlinie 2005/36/EG eine spezielle Verpflichtung zur Verwaltungszusammenarbeit im Zusammenhang mit der vorübergehenden Erbringung von Dienstleistungen, die die Auskunft der zuständigen Behörden des Niederlassungsmitgliedstaats betreffend die Rechtmäßigkeit der Niederlassung sowie das Nichtvorliegen von berufsbezogenen strafrechtlichen Sanktionen von Dienstleistungserbringern (Dienstleistungserbringerinnen) betrifft.

Zu § 21:

In Anknüpfung an § 19 normiert § 21 das Procedere der Aufnahme von fakultativen Daten in die Musiktherapeutenliste. Antragsberechtigt sind sowohl Musiktherapeuten (Musiktherapeutinnen) als auch Eintragungswerber (Eintragungswerberinnen). Im letztgenannten Fall setzt die Eintragung der fakultativen Daten die Erlangung der Berufsberechtigung voraus.

Es besteht ein bedingter Rechtsanspruch auf die Aufnahme von fakultativen Daten in die Musiktherapeutenliste. Demnach ist der Bundesminister (die Bundesministerin) für Gesundheit, Familie und Jugend hierzu verpflichtet, sofern eine solche Aufnahme im öffentlichen Interesse ist, im Einklang mit der Verpflichtung zur Werbebeschränkung steht und für eine geordnete Erfassung nicht hinderlich ist.

Zu § 22:

Zum Verfahren zur Eintragung in die Musiktherapeutenliste ist anzumerken, dass eine viermonatige Entscheidungsfrist vorgesehen wird. Dieses gemeinschaftsrechtliche Erfordernis wird zur Vermeidung einer Inländerdiskriminierung, unabhängig davon, ob die Richtlinie 2005/36/EG anzuwenden ist, generell für alle Verfahren vorgesehen.

§ 22 Abs. 4 normiert, dass die Berufsausübung der Musiktherapie erst nach Eintragung in die Musiktherapeutenliste aufgenommen werden darf und trägt somit dem angestrebten Berufsvorbehalt einmal mehr Rechnung.

Zu § 23:

Die Versagung der Eintragung ist mit Bescheid auszusprechen. Aufgrund der erst- und letztinstanzlichen Zuständigkeit des Bundesministers (der Bundesministerin) für Gesundheit, Familie und Jugend stehen lediglich als außerordentliche Rechtsmittel die Beschwerden an die Gerichtshöfe des öffentlichen Rechts offen.

Eine nennenswerte zusätzliche Belastung für den Verwaltungsgerichtshof und den Verfassungsgerichtshof ist jedoch aufgrund der Überschaubarkeit der Berufsgruppe und den bisherigen Erfahrungen in der Vollziehung des Psychologengesetzes und des Psychotherapiegesetzes nicht zu erwarten.

Zu § 24:

Adressaten der im § 24 verankerten Meldepflichten zur Sicherstellung der Richtigkeit und Aktualität der Daten in der Musiktherapeutenliste sind die Musiktherapeuten (Musiktherapeutinnen). Diese Meldepflichten stellen eine Berufspflicht dar und beziehen sich sowohl auf die obligatorischen, als auch auf die fakultativen Daten. Den Ergebnissen des allgemeinen Begutachtungsverfahrens Rechnung tragend, wird die Meldepflicht betreffend die Änderung von Amtstiteln, verliehenen Titeln sowie ausländischen Titeln und Würden nicht mehr vorgesehen.

Zum 6. Abschnitt (einleitende Bemerkungen zu den Berufspflichten):

Die §§ 26 bis 34 geben berufsethische Grundsätze wieder, die für jeden Musiktherapeuten (jede Musiktherapeutin) handlungsleitend sein müssen und in der Formulierung der einzelnen Berufspflichten normativen Gehalt gewinnen. Dies bedeutet umgekehrt, dass sich aus diesen Berufspflichten zwingend Patientenrechte ableiten lassen. Die Ausgestaltung der Berufspflichten folgt den bewährten Vorbildern der anderen Gesundheitsberufsgesetze, insbesondere des Psychotherapiegesetzes und des Psychologengesetzes. Der vorgesehene Pflichtenkatalog soll den modernsten Ansprüchen gerecht werden. Die Verpflichtung zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung für zur eigenverantwortlichen Berufsausübung berechnete Musiktherapeuten (Musiktherapeutinnen) ist ein Novum im Bereich der Gesundheitsberufe.

Zu § 26:

§ 26 Abs. 1 und 2 normiert eine Deklarationspflicht für Musiktherapeuten (Musiktherapeutinnen) hinsichtlich der Berufs- und Zusatzbezeichnung im Zusammenhang mit ihrer Berufsausübung.

Die verpflichtende Führung der Zusatzbezeichnung dient der Erkennbarkeit, ob der Musiktherapeut (die Musiktherapeutin) zur eigenverantwortlichen oder mitverantwortlichen Berufsausübung berechtigt ist.

Die Zusatzbezeichnung ist der Berufsbezeichnung in Klammer nachzustellen.

Als Zusatzbezeichnung ist jener akademische Grad in abgekürzter Form zu führen, der nach erfolgreicher Absolvierung der entsprechenden musiktherapeutischen Ausbildung verliehen wird.

Auf die beispielhafte Nennung von möglichen Zusatzbezeichnungen im Rahmen des § 26, wie dies im Begutachtungsentwurf vorgesehen war, wird verzichtet, um der Terminologie hinsichtlich der möglichen ordentlichen Studien und der diesbezüglich zu verleihenden akademischen Grade nach dem Universitätsgesetz 2002, bestmöglich Rechnung zu tragen.

Zweck der Bezeichnungspflicht ist die Ausweisung der beruflichen Qualifikation, insbesondere für (potenzielle) Patienten (Patientinnen). Unter Beachtung der aktuellen Entwicklung, dass Gesundheitsdienstleistungen zunehmend auch von Nichtangehörigen der (gesetzlich geregelten) Gesundheitsberufe erbracht werden, kommt der Bezeichnungspflicht eine zentrale Bedeutung im Rahmen der Qualitätssicherung zu.

Die Führung sonstiger akademischer Grade wird durch die Pflicht zur Führung der Zusatzbezeichnung nicht berührt.

§ 26 Abs. 3 regelt den Ausschließlichkeitsanspruch auf die Führung der Berufs- und Zusatzbezeichnungen im Zusammenhang mit der Berufsausübung der Musiktherapie. Dieser Bezeichnungsvorbehalt ist zugleich Ausdruck des musiktherapeutischen Berufsvorbehalts. § 26 Abs. 4 enthält infolgedessen die entsprechende Verbotsnorm, wonach jede Bezeichnung, die geeignet ist, die Berechtigung zur eigenverantwortlichen oder mitverantwortlichen Berufsausübung der Musiktherapie vorzutäuschen, untersagt ist. Somit sind nicht nur der Wortlaut der Berufs- und Zusatzbezeichnungen, sondern auch verwechslungsfähige und irreführende Bezeichnungen vom Schutzbereich des Bezeichnungsvorbehalts erfasst.

Zu § 27:

Mit § 27 wird ein Bündel von grundlegenden Berufspflichten normiert.

§ 27 Abs. 1 nennt zentrale Grundsätze für eine Berufsausübung *lege artis*.

Die Verpflichtung, den Beruf mit musiktherapeutisch-wissenschaftlichen Methoden auszuüben, steht in einem direkten Zusammenhang zur Berufsumschreibung des § 6. Darüber hinaus ist die Entwicklung der Erkenntnisse der Wissenschaft stets zu beachten. Dies trifft nicht nur auf die Musiktherapiewissenschaft, sondern auch auf verwandte, berufsrelevante Wissenschaften, wie insbesondere Medizin, Psychotherapie und Psychologie zu. Diese Verpflichtung ist insbesondere durch die Einhaltung der Fortbildungspflicht gemäß § 28 zu erfüllen.

Als weiterer zentraler Eckpfeiler einer sorgfältigen Berufsausübung wird ein Handeln „nach bestem Wissen und Gewissen“ gefordert. Durch diese Begrifflichkeit, die aus dem Psychotherapiegesetz und Psychologengesetz übernommen wurde, kann spezifischen berufsethischen Prinzipien, die im Rahmen des Berufspflichtenkatalogs nicht explizit angesprochen werden, bei der Auslegung des § 27 Rechnung getragen werden.

Zudem wurde die bewährte ärztegesetzliche Formulierung der Wahrung des Wohls der Kranken und des Schutzes der Gesunden unter Einhaltung der bestehenden Vorschriften übernommen. Unter Einhaltung bestehender Vorschriften sind sämtliche einschlägige bundes-, landes- und auch gemeinschaftsrechtliche Normen zu verstehen. In diesem Zusammenhang werden auch allfällige zukünftige Vorgaben auf Grundlage des Gesundheitsqualitätsgesetzes zu beachten sein.

§ 27 Abs. 2 nennt die für freie Berufe typische Verpflichtung zur persönlichen und unmittelbaren Berufsausübung. Der Kooperationspflicht mit Berufskollegen (Berufskolleginnen) und Vertretern (Vertreterinnen) anderer Wissenschaften oder sonstiger Berufe kommt eine wesentliche Bedeutung zu und vermag auch über die im Rahmen der Regeln über die eigenverantwortliche und mitverantwortliche Berufsausübung festgelegten Verpflichtungen hinausgehen. Diese Bestimmung ist im Kontext eines wechselseitigen Kooperations- und Konsultationsmodells der Gesundheitsberufe zu sehen. Dies bedeutet, dass auch Angehörige anderer Gesundheitsberufe, so etwa Ärzte (Ärztinnen) oder Psychotherapeuten (Psychotherapeutinnen) erforderlichenfalls mit Musiktherapeuten (Musiktherapeutinnen) zusammenarbeiten müssen. Diesbezügliche Pflichten ergeben sich aus den entsprechenden Berufsgesetzen und deren Vorgaben für eine sorgfältige Berufsausübung.

§ 27 Abs. 2 zweiter Satz erlaubt die Heranziehung von Hilfspersonen, insbesondere Studierende der Musiktherapie. Mit der Vorgabe, dass diese nach den genauen Anordnungen von und unter Aufsicht der heranziehenden Musiktherapeuten (Musiktherapeutinnen) zu handeln haben, kann der Praxis ein qualitätsgesicherter und zugleich lebensnaher Anwendungsbereich angeboten werden.

§ 27 Abs. 3, wonach sich Musiktherapeuten (Musiktherapeutinnen) bei der Berufsausübung auf jene musiktherapeutischen Arbeitsgebiete und Behandlungsmethoden zu beschränken haben, auf (in) denen sie nachweislich ausreichende Kenntnisse und Erfahrungen erworben haben, steht in unmittelbarem Kontext zu § 27 Abs. 1. Diese dem Psychotherapiegesetz und Psychologengesetz nachgebildete Berufspflicht schafft die Grundlage für eine qualitätsgesicherte Berufsausübung in Bereichen, für die ein Kenntnis- und Erfahrungsstand notwendig ist, der über jenen der Ausbildung hinausgeht. Der Gesetzgeber verzichtet bewusst auf eine Regelung, wie die diesbezüglich notwendigen Kenntnisse und Erfahrungen erworben werden müssen, sodass neben strukturierten Weiterbildungen etwa auch Literaturstudium und Supervision in Frage kommen. Die Wahl der geeigneten Vorgangsweise obliegt den Musiktherapeuten (Musiktherapeutinnen) im Rahmen ihrer Berufsausübung nach bestem Wissen und Gewissen.

Mit § 27 Abs. 4 werden die zivil- und strafrechtlichen Grundsätze der Einwilligung in Heilbehandlungen zur Berufspflicht für Musiktherapeuten (Musiktherapeutinnen) erhoben.

§ 27 Abs. 5, wonach Musiktherapeuten (Musiktherapeutinnen), die von der musiktherapeutischen Behandlung zurücktreten wollen, diese Absicht so rechtzeitig mitzuteilen haben, dass die weitere musiktherapeutische Versorgung sichergestellt werden kann, stellt eine Ausformung der Vorgaben des § 27 Abs. 1 zum Wohl der Kranken bzw. dem Schutz der Gesunden dar.

Zu § 28:

Dass Ausmaß der Fortbildungspflicht von 90 Einheiten innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren entspricht jenem für Psychotherapeuten (Psychotherapeutinnen) sowie klinische Psychologen (Psychologinnen) und Gesundheitspsychologen (Gesundheitspsychologinnen). Supervision wird explizit als eine Form der Fortbildung genannt.

Zu § 29:

§ 29, der die Grundsätze der Aufklärungspflicht normiert, folgt damit dem Beispiel des Zahnärztegesetzes. Der Adressat der Aufklärung wurde bewusst nicht genannt, um sämtliche mögliche Adressaten zu erfassen. Wer im konkreten Fall aufzuklären ist, ergibt sich insbesondere aufgrund der zivil- und strafrechtlichen Vorgaben.

Zu § 30:

§ 30 normiert eine umfassende Dokumentationspflicht samt berufsrechtlicher Verankerung des Einsichtsrechts und stellt den Dokumentationsinhalt für Musiktherapeuten (Musiktherapeutinnen) von Beginn an außer Streit. Dieser Bestimmung kommt zugleich Vorbildwirkung für die Dokumentation durch Angehörige anderer Gesundheitsberufe dar.

Den Ergebnissen des Begutachtungsverfahrens Rechnung tragend, erfährt § 30 Abs. 1 insofern eine Klarstellung, als der Zweck der Dokumentationspflicht, nämlich die Berufsausübung nach bestem Wissen und Gewissen ausdrücklich normiert wird, wobei auf den Schutz der therapeutischen Beziehung besonders Bedacht zu nehmen ist. Die Dokumentation hat weiters nur jene Inhalte zu umfassen, die Gegenstand der musiktherapeutischen Behandlung oder für diese bedeutsam geworden sind.

Die zu dokumentierende Diagnose wird sich regelmäßig aus der Vorgeschichte des Patienten (der Patientin), d.h. insbesondere dessen (deren) ärztlicher, klinisch-psychologischer oder psychotherapeutischer Behandlung, ergeben.

Die Anregung des Bundesministeriums für Justiz im allgemeinen Begutachtungsverfahren aufgreifend, wird im § 30 Abs. 2 der Kreis der Personen, die in die Dokumentation Einsicht nehmen dürfen, auf jene Personen erweitert, die von der behandelten Person als einsichtsberechtigt benannt wurden.

Dass die behandelte Person das Recht auf Einsicht, Richtigstellung unrichtiger und Löschung unzulässigerweise verarbeiteter Daten hat, ergibt sich bereits aus dem Datenschutzgesetz 2000 (DSG 2000), BGBl. I Nr. 165/1999, insbesondere bereits aus dem im § 1 DSG 2000 normierten Grundrecht auf Datenschutz, und kann daher entfallen.

Die Anregung der Bundesarbeiterkammer im Rahmen des allgemeinen Begutachtungsverfahrens folgend, wird im § 30 Abs. 3 ausdrücklich normiert, dass die automationsunterstützte Ermittlung, Verarbeitung und Übermittlung der Daten der schriftlichen Einwilligung bedarf.

Die Dauer der Aufbewahrungspflicht wird nach dem Vorbild anderer Gesundheitsberufe mit zehn Jahren festgelegt (vgl. § 30 Abs. 4).

§ 30 Abs. 5 und 6 regelt das rechtliche Schicksal der Dokumentation von verstorbenen Musiktherapeuten (Musiktherapeutinnen) über Behandlungen, die nicht in Einrichtungen stattgefunden haben. Dieser eingeschränkte Anwendungsbereich beruht auf der Erfahrung, dass die Aufbewahrung von Dokumentationen in Einrichtungen im Regelfall keine besonderen Schwierigkeiten bereitet, zudem oftmals insbesondere die krankenanstaltenrechtlichen Regelungen zum Tragen kommen.

In die Verwaltung der musiktherapeutischen Dokumentation bei Ableben des Musiktherapeuten (der Musiktherapeutin) sind folgende Personen und Stellen eingebunden:

- Der Erbe (die Erbin) oder der sonstige Rechtsnachfolger (die sonstige Rechtsnachfolgerin) des verstorbenen Musiktherapeuten (der Musiktherapeutin),
- das Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend,
- der Musiktherapeut (die Musiktherapeutin), der (die) die Dokumentation übernimmt bzw.
- der (die) vom Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend bestimmte Dritte.

Die Übermittlungspflicht der Dokumentation an den zukünftigen Aufbewahrenden (die zukünftige Aufbewahrende) trifft den Erben (die Erbin) bzw. den sonstigen Rechtsnachfolger (die sonstige Rechtsnachfolgerin).

Sofern der Musiktherapeut (die Musiktherapeutin) zu Lebzeiten dem Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend einen Musiktherapeuten (eine Musiktherapeutin), der (die) den Beruf außerhalb einer Einrichtung ausübt und in die Benennung und Pflichtenübernahme eingewilligt hat, trifft diesen (diese) die Aufbewahrungspflicht.

Wenn der Musiktherapeut (die Musiktherapeutin) diesbezüglich keine Vorsorge getroffen hat, so trifft die Aufbewahrungspflicht den (die) vom Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend zu bestimmenden Dritten (bestimmende Dritte). Dieser Dritte könnte, ein entsprechendes Einverständnis vorausgesetzt, etwa auch der Österreichische Berufsverband der MusiktherapeutInnen sein.

Zu § 31:

Hinsichtlich der normierten Auskunftspflicht ist auf die Einschränkung gegenüber dem gesetzlichen Vertreter (der gesetzlichen Vertreterin), dem (der) Sorgebevollmächtigten der behandelten Person sowie gegenüber Personen, die von der behandelten Person als auskunftsberechtigt benannt wurden, hinzuweisen. Deren Auskunftsrecht ist auf Informationen eingeschränkt, deren Weitergabe das Vertrauensverhältnis des Musiktherapeuten (der Musiktherapeutin) zur behandelten Person nicht gefährdet.

Zu § 32:

§ 32 Abs. 1 entspricht der Verschwiegenheitspflicht für Psychotherapeuten (Psychotherapeutinnen), klinische Psychologen (Psychologinnen) und Gesundheitspsychologen (Gesundheitspsychologinnen). Demnach werden keine Durchbrechungstatbestände vorgesehen.

Den Ergebnissen des Begutachtungsverfahrens folgend, wird § 32 Abs. 2 insofern adaptiert, als eine Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht zum Zweck einer Zeugenaussage vor einem Gericht oder einer Verwaltungsbehörde als höchstpersönliches Recht nur dann zulässig sein soll, wenn sie von der einsichts- und urteilsfähigen behandelten Person vorgenommen wird.

Ziel dieser Bestimmung ist der Schutz des für eine erfolgreiche Musiktherapie unabdingbaren Vertrauensverhältnisses zwischen Musiktherapeut (Musiktherapeutin) und Patient (Patientin), das durch die oftmals bestehenden multiplen psychischen und physischen Beeinträchtigungen, insbesondere auch hinsichtlich der Sprachfähigkeit, auf Patientenseite im besonderen Maße abzusichern ist.

Darüber hinaus wird eine Aussage vor einem Gericht oder einer Verwaltungsbehörde in Ausnahmefällen, insbesondere bei Gefahr im Verzug, oder im Rahmen eines gerechtfertigten oder zumindest entschuldigen Notstands zum Schutz des Patienten (der Patientin) dennoch zulässig sein.

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass eine explizite Aufnahme der Musiktherapeuten (Musiktherapeutinnen) in den Kreis der Personen gemäß § 157 Abs. 1 Z 3 Strafprozeßordnung 1975 (StPO), BGBl. Nr. 631/1975, denen ein strafprozessuales Aussageverweigerungsrecht zukommt, vorzunehmen sein wird, da Musiktherapeuten (Musiktherapeutinnen) derzeit nur dann vom Anwendungsbereich dieser Norm erfasst sind, wenn sie als Mitarbeiter (Mitarbeiterinnen) anerkannter Einrichtungen zur psychosozialen Beratung und Betreuung tätig werden.

Zu § 33:

§ 33 entspricht der für Psychotherapeuten (Psychotherapeutinnen), klinische Psychologen (Psychologinnen) und Gesundheitspsychologen (Gesundheitspsychologinnen) geltenden Bestimmung über die Werbebeschränkung und das Provisionsverbot, die sich als sehr praktikabel erwiesen hat.

Zu § 34:

§ 34 folgt dem bewährten Vorbild der Regelung über die Haftpflichtversicherung für allgemein beedete und gerichtlich zertifizierte Sachverständige und Dolmetscher gemäß § 2a Sachverständigen- und Dolmetschergesetz (SDG), BGBl. Nr. 137/1975.

Die Pflicht zum Abschluss und Aufrechterhaltung einer Haftpflichtversicherung trifft die zur eigenverantwortlichen Berufsausübung berechtigten Musiktherapeuten (Musiktherapeutinnen). Die zur mitverantwortlichen Berufsausübung berechtigten Musiktherapeuten (Musiktherapeutinnen) werden von dieser Verpflichtung nicht erfasst, da deren Tätigkeit ohnedies angeordnet und supervidiert werden muss.

Der verpflichtende Abschluss einer Haftpflichtversicherung durch Angehörige von Gesundheitsberufen wird immer öfter als Forderung in die gesundheitspolitische Diskussion eingebracht. Musiktherapeuten (Musiktherapeutinnen) nehmen somit mit der diesbezüglichen Verankerung hinkünftig eine beispielgebende Vorreiterrolle ein.

Entsprechend der Anregung des Bundesministeriums für Justiz im Rahmen des allgemeinen Begutachtungsverfahrens wird von der Vorgabe gemäß § 34 Abs. 2 Z 1 des Begutachtungsentwurfs, wonach auf den Versicherungsvertrag österreichisches Recht anwendbar sein muss, Abstand genommen, da eine solche Vorgabe, insbesondere im Hinblick auf die Erfahrungen zum früheren § 167 Abs. 1 Luftfahrtgesetz, BGBl. Nr. 253/1957, überschießend wäre.

Zu § 35:

Die Verjährungsfrist wird im § 35 Abs. 5 abweichend von § 31 Abs. 1 Verwaltungsstrafgesetz 1991 (VStG), BGBl. Nr. 52/1991, der sechs Monate vorsieht, mit einem Jahr festgelegt, um die Ahndung von Berufspflichtverletzungen – auch in Ermangelung eines Disziplinarrechts – besser gewährleisten zu können.

Zu den §§ 36 und 37:

Die Übergangsbestimmungen zur Erlangung der Berechtigung zur eigenverantwortlichen Berufsausübung der Musiktherapie (§ 36) sowie zur mitverantwortlichen Berufsausübung der Musiktherapie (§ 37) verfolgen das Ziel, jenem Personenkreis, der bereits derzeit im musiktherapeutischen Beruf tätig ist, in das Regelungsregime des zukünftigen Musiktherapiegesetzes überzuleiten.

Das allgemeine Begutachtungsverfahren hat gezeigt, dass der Kreis qualifizierter Personen, die eine musiktherapeutische Berufsberechtigung anstreben über die Erwartungen hinausgeht, sodass eine Adaptierung der §§ 36 und 37 sinnvoll scheint.

In diesem Zusammenhang sehen die §§ 36 Abs. 1 und 37 Abs. 1 nunmehr vor, dass der Bundesminister (die Bundesministerin) für Gesundheit, Familie und Jugend, erforderlichenfalls nach Einholung eines musiktherapeutischen Sachverständigengutachtens und allenfalls einer persönlichen Anhörung (zB zum Zweck einer Präsentation einer musiktherapeutischen Fallstudie), auch jene Personen in die Musiktherapeutenliste einzutragen hat, die die Eintragung in die Musiktherapeutenliste bis längstens zwei Jahre nach In-Kraft-Treten dieses Bundesgesetzes beim Bundesminister (bei der Bundesministerin) für Gesundheit, Familie und Jugend beantragt haben und neben allgemeinen Voraussetzungen und der Universitätsreife die nachstehenden Voraussetzungen erfüllen:

§ 36 Abs. 1 Z 6 knüpft dabei an die bisher abgehaltenen musiktherapeutischen Ausbildungen an der Universität für Musik und darstellende Kunst Wien sowie am Institut für Ethnomusiktherapie an.

Darüber hinaus wird durch § 36 Abs. 1 Z 7 ein weiterer Zugang zur eigenverantwortlichen Berufsausübung für jene Personen eröffnet, die eine musiktherapeutischen Qualifikation nachweisen können, die zur eigenverantwortlichen Berufsausübung der Musiktherapie nach bestem Wissen und Gewissen einschließlich klinischer Krankenbehandlung unter besonderer Berücksichtigung der klinisch-psychologischen, medizinischen und psychotherapeutischen wissenschaftlichen Grundlagen befähigt und in diesem Zusammenhang zumindest 1800 Einheiten musiktherapeutische Aus-, Fort- oder Weiterbildung einschließlich Selbsterfahrung im Umfang von zumindest 200 Einheiten, Rahmenbedingungen für die Berufsausübung der Musiktherapie, insbesondere eine Einführung in die institutionellen, gesundheitsrechtlichen und psychosozialen Rahmenbedingungen, von zumindest 60 Einheiten sowie Fragen der Ethik im Umfang von zumindest 60 Einheiten absolviert haben.

Den Ergebnissen des allgemeinen Begutachtungsverfahrens folgend, werden hinsichtlich des Erfordernisses der notwendigen Berufserfahrung zur Vermeidung von Auslegungsproblemen sowohl im § 36 als auch im § 37 folgende Änderungen vorgeschlagen: Zum einen ist eine insgesamt dreijährige Tätigkeit glaubhaft zu machen. Hiermit wird deutlich zum Ausdruck gebracht, dass die Tätigkeit nicht durchgehend drei Jahre erfolgen muss. Zudem werden anstatt der bisher vorgesehenen zwölf, zehn Therapieeinheiten pro Woche als Mindestmaß verankert, da dies der üblichen Vertragsgestaltung bei Teilzeitbeschäftigung entspricht. Weiters wird die im Begutachtungsentwurf vorgesehene mögliche „vorübergehende Unterbrechung samt entsprechender Verlängerung“ der Tätigkeit zugunsten einer allgemein verlängerten Frist von sechs auf zehn Jahre vor In-Kraft-Treten dieses Bundesgesetzes, aufgegeben, sodass jedenfalls genügend Spielraum für die Berücksichtigung von Unterbrechungszeiten (Mutterschutz, Elternkarenz, Krankheit etc.) geboten wird und Härtefälle von Beginn an vermieden werden.

Darüber hinaus wird normiert, dass die zuletzt beschriebene Personengruppe (gemäß Abs. 1 Z 7) nach Eintragung in die Musiktherapeutenliste, abweichend von § 28, in- oder ausländische Fortbildungsveranstaltungen einschließlich Supervision, insgesamt im Ausmaß von 180 Einheiten innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren ab dem Zeitpunkt der Eintragung in die Musiktherapeutenliste zu absolvieren haben. Die Absolvierung dieser besonderen Fortbildung ist dem Bundesminister (der Bundesministerin) für Gesundheit, Familie und Jugend unaufgefordert unmittelbar nach Ablauf dieser Frist schriftlich nachzuweisen. Die ungerechtfertigte Nichterfüllung gilt als Wegfall einer für die Berufsausübung der Musiktherapie erforderlichen Voraussetzung.

§ 37 eröffnet den Zugang zur mitverantwortlichen Berufsausübung der Musiktherapie. Die Ergebnisse des allgemeinen Begutachtungsverfahrens berücksichtigend, wird, abgesehen von den gleichbleibenden allgemeinen Voraussetzungen und der Universitätsreife, nunmehr auf folgende Erfordernisse abgestellt: Es ist ein Nachweis einer musiktherapeutischen Qualifikation zu erbringen, die zur mitverantwortlichen

Berufsausübung der Musiktherapie nach bestem Wissen und Gewissen einschließlich klinischer Krankenbehandlung unter besonderer Berücksichtigung der klinisch-psychologischen, medizinischen und psychotherapeutischen wissenschaftlichen Grundlagen befähigt und in diesem Zusammenhang zumindest 1200 Einheiten musiktherapeutische Aus-, Fort- oder Weiterbildung einschließlich Selbsterfahrung im Umfang von zumindest 200 Einheiten, Rahmenbedingungen für die Berufsausübung der Musiktherapie, insbesondere eine Einführung in die institutionellen, gesundheitsrechtlichen und psychosozialen Rahmenbedingungen, von zumindest 30 Einheiten sowie Fragen der Ethik im Umfang von zumindest 30 Einheiten absolviert wurden.

Im Hinblick auf die nunmehr verankerten Detailkriterien für die erforderliche musiktherapeutische Qualifikation und die ausdrückliche Möglichkeit der Anhörung des Bewerbers (der Bewerberin) im § 37 Abs. 1 wird auf das Erfordernis einer Prüfung verzichtet.

Der Nachweis der dreijährigen Berufserfahrung in adaptierter Form (siehe oben) sowie das Erfordernis einer erhöhten Fortbildungspflicht (§ 37 Abs. 5) nach Eintragung in die Musiktherapeutenliste bleiben erhalten.

Darüber hinaus wird von der im Begutachtungsentwurf vorgeschlagenen Berufsbezeichnung „Musiktherapeut(-in) unter Supervision“ zugunsten der Berufsbezeichnung „Musiktherapeut“ („Musiktherapeutin“) Abstand genommen. Jedoch wird im § 37 Abs. 4 Schlusssatz vorgesehen, dass im Zusammenhang mit der Berufsausübung auf den Umfang der Berechtigung zur mitverantwortlichen Berufsausübung gemäß § 8 hinzuweisen ist, um Unklarheiten bezüglich der erforderlichen Anordnung und regelmäßigen Supervision vorzubeugen.

Zu § 38:

Das In-Kraft-Treten des Musiktherapiegesetzes wird ausdrücklich mit 1. Juli 2009 festgelegt.

Zu § 39:

Die Vollziehung fällt gemäß Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG in Verbindung mit dem Bundesministerengesetz 1986 (BMG), BGBl. Nr. 76, in die Zuständigkeit des Bundesministers (der Bundesministerin) für Gesundheit, Familie und Jugend.