

Bundesgesetz über die Führung der Bezeichnung "Psychologin" oder "Psychologe" und über die Ausübung der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie (Psychologengesetz 2013)

Einbringende Stelle: Bundesministerium für Gesundheit

Laufendes Finanzjahr: 2013

Inkrafttreten/ 2014
Wirksamwerden:

Vorblatt

Ziele

- Anpassungen an die neue Studienarchitektur der Bachelor- und Masterstudien auf Grund des Bologna Prozesses hinsichtlich des Bezeichnungsrechts für Absolventinnen (Absolventen) des Studiums der Psychologie und der Zugangsvoraussetzung für die postgraduelle Ausbildung im Gesundheitswesen
- Klare Differenzierung der Berufsbilder für Gesundheitspsychologie oder Klinische Psychologie und Spezifizierung der Ausbildung
- Erweiterung der Sanktionsmöglichkeiten für Berufspflichtverletzungen von Berufsangehörigen, um eine dem Fehlverhalten entsprechende Vorgangsweise wählen zu können, da nach geltender Rechtslage lediglich eine Verwaltungsstrafe oder der Entzug der Berufsberechtigung vorgesehen sind.
- Die Weiterentwicklung im Hinblick auf verstärkte Berücksichtigung von Patientenrechten
- Änderung der Struktur und Aufgaben des Psychologenbeirats
- Konkretisierung der Berufspflichten (Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht, Auskunftspflichten gegenüber den Patientinnen und Patienten, Einführung einer verpflichtenden Berufshaftpflichtversicherung)
- Anpassung an Unionsrecht

Inhalt

Das Vorhaben umfasst hauptsächlich folgende Maßnahme(n):

- Spezifizierung der Ausbildungscurricula
- Konkretisierung und Erweiterung der Berufspflichten
- Auflistung geeigneter Maßnahmen zur einschlägigen berufsrechtlichen und berufsethischen Bewusstseinsbildung und Sanktionierung von Berufspflichtverletzungen
- Vorgabe eines konsekutiven Bachelor- und Masterstudiums in Psychologie als Grundlage für Bezeichnung sowie als Voraussetzung für die postgraduelle Ausbildung.
- Ermöglichung eines Qualifikationsnachweises für jene Personen die durch die Richtlinie 2011/95/EU erfasst sind sowie Ergänzung von Informationspflichten

In den weiteren Wirkungsdimensionen gemäß § 17 Abs. 1 BHG 2013 treten keine wesentlichen Auswirkungen auf.

Verhältnis zu den Rechtsvorschriften der Europäischen Union:

Das Vorhaben dient unter anderem der Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, ABl. Nr. L 88 vom 4.4.2012 S. 45 sowie der Umsetzung der Richtlinie 2011/95/EU über Normen für die Anerkennung von Drittstaatsangehörigen oder Staatenlosen als Person mit Anspruch auf internationalem Schutz, für einen einheitlichen Status für Flüchtlinge oder für Personen mit Anrecht auf subsidiären Schutz und für den Inhalt des zu gewährenden Schutzes, ABl. Nr. L 337 vom 20.12.2011 S. 9.

Besonderheiten des Normerzeugungsverfahrens:

Keine

Wirkungsorientierte Folgenabschätzung

Bundesgesetz über die Führung der Bezeichnung "Psychologin" oder "Psychologe" und über die Ausübung der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie (Psychologengesetz 2013)

Problemanalyse

Problemdefinition

Die derzeitigen Regelungen betreffend die Bezeichnung „Psychologin“ oder „Psychologe“ sowie die berufsrechtlichen Regelungen in den Bereichen der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie stammen aus dem Jahr 1990 und entsprechen nicht mehr den aktuellen Erfordernissen.

Die Änderung der Studienarchitektur von bisherigen Diplomstudien auf die durch den Bologna-Prozess etablierten Bachelor- und Masterstudien erfordert Anpassungen hinsichtlich des Bezeichnungsrechts für Absolventinnen (Absolventen) des Studiums der Psychologie.

Die Berufsbilder und Tätigkeitsbereiche sowohl der Klinischen Psychologie als auch der Gesundheitspsychologie waren nur allgemein umschrieben und eine umfassende klare Formulierung soll diese zwei Berufsgruppen deutlich akzentuieren.

Die Weiterentwicklung der letzten Jahrzehnte im Hinblick auf verstärkte Berücksichtigung von Patientenrechten zeigt insbesondere das Erfordernis zur Konkretisierung der Berufspflichten und der Qualitätssicherung in der Berufsausbildung und Berufsausübung. Es wird dadurch auch der Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung Rechnung getragen.

Nullszenario und allfällige Alternativen

Es kann die geltende Rechtslage, die im Wesentlichen auf ein Diplomstudium der Psychologie abstellt, auf Grund der Änderungen der Studienarchitektur durch den Bologna-Prozess nicht mehr beibehalten werden, da es ansonsten an der grundlegenden Voraussetzung für die postgraduelle Ausbildung im Gesundheitsbereich mangelt. Eine Nichtumsetzung der EU-Richtlinien würde letztlich zu einem Vertragsverletzungsverfahren gegen die Republik Österreich führen.

Interne Evaluierung

Zeitpunkt der internen Evaluierung: 2019

An Hand der zu erteilenden Bewilligungen ist zu messen, welche Änderung in der Anzahl der Ausbildungseinrichtungen durch Anpassung an neue Ausbildungsstrukturen durch erforderliche Umstellung der Ausbildungseinrichtungen, allfällige Zusammenlegungen/Kooperationen eintreten wird.

Auf Grundlage der Jahresberichte der anerkannten Ausbildungseinrichtungen ist die Umsetzbarkeit der Ausbildungsvorgaben sowie die Veränderung der Anzahl der Auszubildenden im jeweiligen Fachgebiet der Klinischen Psychologie oder der Gesundheitspsychologie sowie die erfolgreichen jährlichen Abschlüsse messbar.

Die Auswirkung der veränderten Ausbildung ist an der Veränderung der Zahl der Erteilung der Berufsberechtigungen durch Eintragung in die Berufslisten zu erfassen.

Ziele

Ziel 1: Anpassungen an die neue Studienarchitektur der Bachelor- und Masterstudien auf Grund des Bologna Prozesses hinsichtlich des Bezeichnungsrechts für Absolventinnen (Absolventen) des Studiums der Psychologie und der Zugangsvoraussetzung für die postgraduelle Ausbildung im Gesundheitswesen

Wie sieht Erfolg aus:

Ausgangszustand Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
1999 hat in ganz Europa eine grundlegende Reform des Hochschulbildungssystems stattgefunden. Die Änderungen des Studienrechts durch die Einführung der dreigliedrigen Bologna-Struktur, Bachelor-, Master- und Doktoratsstudium, haben die bestehenden Regelungen in Bezug auf die Voraussetzungen zur Führung der Bezeichnung „Psychologin“ oder „Psychologe“ sowie die Zugangsvoraussetzung für die postgraduelle klinisch-psychologische oder die gesundheitspsychologische Ausbildung überholt.	Adaptierung der abgeschlossenen akademischen Ausbildung an die entsprechende Bologna-Struktur, so dass das daraus resultierende Bezeichnungsrecht „Psychologin“ oder „Psychologe“ sowie die Zugangsvoraussetzung für die postgraduelle psychologische Ausbildung im Gesundheitswesen an die Grundlage der nunmehrigen Studienabschlüsse in Psychologie angepasst ist.

Ziel 2: Klare Differenzierung der Berufsbilder für Gesundheitspsychologie oder Klinische Psychologie und Spezifizierung der Ausbildung

Wie sieht Erfolg aus:

Ausgangszustand Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
Die derzeitige Berufsumschreibung für Psychologie im Gesundheitswesen differenziert nicht ausdrücklich zwischen dem Bereich der Gesundheitspsychologie und dem der Klinischen Psychologie. Eine differenzierte Auswahl eines /einer Berufsangehörigen mit entsprechend zu erwartenden Kompetenzen für einen gezielten Einsatz wird dadurch erschwert.	Eigenständige Berufsumschreibungen für die jeweilige Berufsqualifikation zeigen klar die jeweiligen Tätigkeitsbereiche der Gesundheitspsychologie oder der Klinischen Psychologie auf und erlauben eine gezielte Auswahl der erforderlichen psychologischen Leistungen im Gesundheitswesen – vor allem im Hinblick auf die Krankenbehandlung und die Entwicklung gesundheitsfördernder Projekte.

Ziel 3: Erweiterung der Sanktionsmöglichkeiten für Berufspflichtverletzungen von Berufsangehörigen, um eine dem Fehlverhalten entsprechende Vorgangsweise wählen zu können, da nach geltender Rechtslage lediglich eine Verwaltungsstrafe oder der Entzug der Berufsberechtigung vorgesehen sind.

Wie sieht Erfolg aus:

Ausgangszustand Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
Die geltende Rechtslage sieht derzeit lediglich die Möglichkeit der Entziehung der Berufsberechtigung vor, sofern eine der Voraussetzungen für die Erteilung der Berufsberechtigung schon anfänglich nicht gegeben waren oder die gesundheitlichen Eignung oder die Vertrauenswürdigkeit nicht mehr gegeben sind.	Überschaubare Regelung im Vorfeld des Verlusts der Vertrauenswürdigkeit um Reaktionsmöglichkeiten anzubieten, die über verwaltungsstrafrechtliche Sanktionen hinausgehen und insbesondere die spezifischen Interessen von Patientinnen (Patienten) und der Allgemeinheit im Hinblick auf eine verlässliche Berufsausübung durch Berufsangehörige der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie berücksichtigen.

Ziel 4: Die Weiterentwicklung im Hinblick auf verstärkte Berücksichtigung von Patientenrechten

Wie sieht Erfolg aus:

Ausgangszustand Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
Auf Grundlage der aus dem Jahr 1990 formulierten Berufspflichten ist keine ausreichend klare Absicherung von Patientenrechten gegeben.	Klar formulierte Berufspflichten und deren Erweiterung bieten für Patientinnen (Patienten) klare Anhaltspunkte für Ihre Rechte und unterstützen sie in deren Umsetzung.

Ziel 5: Änderung der Struktur und Aufgaben des Psychologenbeirats

Wie sieht Erfolg aus:

Ausgangszustand Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
Der Psychologenbeirat setzt sich aus den von diversen Institutionen entsandten Vertretern, die eine Qualifikation als Psychologe oder Psychologinnen aufzuweisen haben, zusammen. Er tritt zwei Mal pro Halbjahr zusammen und ist unter anderem zu jeder Erteilung einer Berufsberechtigung zu befassen. Dadurch ist auch die Erteilung von Berufsberechtigungen, unabhängig vom Datum des Abschlusses nur zu diesen Terminen möglich.	Die neue Zusammensetzung des Psychologenbeirats orientiert sich an dem im medizinischen Bereich vergleichbar bestehenden Obersten Sanitätsrat und sieht in Hinkunft eine auf fünf Jahre befristete Ernennung von 15 bis 20 Berufsangehörigen, ausgewogen aus dem Bereich der Gesundheitspsychologie sowie der Klinischen Psychologie durch den Bundesminister (die Bundesministerin) für Gesundheit vor. Bei der Ernennung ist auch Bedacht darauf zu nehmen, dass die verschiedensten gesundheitspsychologischen und klinisch-psychologischen Arbeitsbereiche durch die entsprechenden Fachexpertise von Gesundheitspsychologinnen (Gesundheitspsychologen) sowie Klinischen Psychologinnen (Klinischen Psychologen) breit gestreut vertreten ist. Die Einberufung der Mitglieder des Psychologenbeirats oder der Mitglieder des zu bildenden Ausschusses wird nicht mehr an fixe Termine gebunden, so dass zeitliche flexibel auf den Bedarf der Fachexpertise abgestellt werden kann.

Ziel 6: Konkretisierung der Berufspflichten (Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht, Auskunftspflichten gegenüber den Patientinnen und Patienten, Einführung einer verpflichtenden Berufshaftpflichtversicherung)

Wie sieht Erfolg aus:

Ausgangszustand Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
Auf Grund bestehender Regelungen wird die Verpflichtung zur Einhaltung bestimmter Berufspflichten lediglich über Interpretation bestehender Pflichten sowie aus Analogieschlüssen zu anderen, vergleichbaren Berufsgesetzen, wie beispielsweise das Musiktherapiegesetz, abgeleitet.	Klare Formulierung der Berufspflichten, die deren Einhaltung erleichtern sowie Ergänzung um weitere Berufspflichten, die den Patientenschutz erhöhen, wie insbesondere auch die im Rahmen der Richtlinie 2011/24/EU (Patientenmobilitätsrichtlinie) geforderte Berufshaftpflichtversicherung.

Ziel 7: Anpassung an Unionsrecht

Wie sieht Erfolg aus:

Ausgangszustand Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
-----------------------------------	-----------------------------------

Die bestehende Rechtslage berücksichtigt noch nicht die auf diesen Bereich sich auswirkenden EU-Richtlinien, insbesondere die Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, ABl Nr. L 88 vom 4.4.2011 S. 45 sowie die Richtlinie 2011/95/EU über Normen für die Anerkennung von Drittstaatsangehörigen oder Staatenlosen als Person mit Anspruch auf internationalem Schutz, für einen einheitlichen Status für Flüchtlinge oder für Personen mit Anrecht auf subsidiären Schutz und für den Inhalt des zu gewährenden Schutzes, ABl. Nr. L 337 vom 20.12.2011 S. 9.	Umsetzung der betreffenden EU-Richtlinien in österreichisches Recht
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------

Maßnahmen

Maßnahme 1: Spezifizierung der Ausbildungscurricula

Beschreibung der Maßnahme:

Eine veränderte Ausbildung sieht die eine stärkere Trennung der Ausbildungscurricula in ein entsprechend allgemeines und jedenfalls zwei spezifische Module vor. Es wird ein gemeinsames Grundmodul an den Anfang der Ausbildung gestellt, welches die allgemeinen theoretischen Inhalte vermittelt. Aufbauend darauf wird jeweils ein eigenes spezifisches fachlich theoretisches Ausbildungsmodul für Gesundheitspsychologie oder für Klinische Psychologie angeboten, welches auf die konkreten Anforderungen des theoretischen Kompetenzerwerbs und damit eine Flexibilisierung und Verbesserung der Qualität der postgraduellen Ausbildung bewirkt.

Wie sieht Erfolg aus:

Ausgangszustand Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
Einheitliche theoretische Ausbildung ohne spezifische Ausrichtung hinsichtlich besonderer Anforderungen an theoriegestützten Kompetenzerwerb in Gesundheitspsychologie oder in Klinischer Psychologie.	Die Vorgabe der spezifischen Ausbildungsinhalte auch in der Theorie und die konkretere Festlegung der Ausbildungsinhalte, für die auch das damit zu erreichende Ziele formuliert wird, führt zu spezifisch nachvollziehbaren Kompetenzen der Berufsangehörigen im jeweiligen psychologischen Einsatzbereich der Gesundheitspsychologie oder der Klinischen Psychologie.

Maßnahme 2: Konkretisierung und Erweiterung der Berufspflichten

Beschreibung der Maßnahme:

Es werden bestehende Berufspflichten konkretisiert und näher ausgeführt, wie insbesondere Dokumentationspflicht und die Archivierungspflicht für diese Dokumentation über den Zeitraum von zehn Jahren zur Einsicht für Patientinnen und Patienten, Auskunftspflichten gegenüber den Patientinnen und Patienten, Verpflichtung zur klaren Rechnungslegung für erbrachte Leistungen sowie Einführung einer verpflichtenden Berufshaftpflichtversicherung

Wie sieht Erfolg aus:

Ausgangszustand Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
Bereits bestehende Berufspflichten sind teilweise zu global formuliert, woraus Missverständnisse entstehen oder bestimmte Verpflichtungen erst durch Interpretation zu erschließen sind. Die durch die Patientenmobilitätsrichtlinie geforderten Berufspflichten, wie Rechnungslegung oder	Klare und umfassende, dem aktuellen Stand der Qualitätssicherung und Patientensicherheit entsprechende Formulierung der Berufspflichten sowie Ergänzung um verpflichtende Aufklärungsmaßnahmen, wie insbesondere über Kosten, sowie Etablierung einer verpflichtenden

Berufshaftpflichtversicherung sind noch nicht etabliert.	Berufshaftpflichtversicherung.
----------------------------------------------------------	--------------------------------

Maßnahme 3: Auflistung geeigneter Maßnahmen zur einschlägigen berufsrechtlichen und berufsethischen Bewusstseinsbildung und Sanktionierung von Berufspflichtverletzungen

Beschreibung der Maßnahme:

Mit Sanktionsmöglichkeiten im Vorfeld einer Entziehung der Berufsberechtigung soll auf die unterschiedlichen Grade und Auswirkungen von Berufspflichtverletzungen reagiert werden können. Die förmliche Mahnung durch den Bundesminister (die Bundesministerin) für Gesundheit kann somit als erste Stufe einer einschlägigen berufsrechtlichen und berufsethischen Bewusstseinsbildung verstanden werden.

Sodann werden geeignete Maßnahmen aufgezählt, die jedenfalls die förmliche Entschuldigung, die Mitwirkung bei einer geeigneten und anerkannten Form von alternativer Streitbeilegung, die Absolvierung von Selbsterfahrung, von Supervision, die Wiederholung von Ausbildungsteilen Fachausbildung, die Rückzahlung der durch die gesundheitspsychologische oder klinisch-psychologische 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 für die Dauer des Verfahrens umfassen.

Wie sieht Erfolg aus:

Ausgangszustand Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
Eine Reaktion auf Berufspflichtverletzungen ist derzeit entweder nur im Rahmen von Verwaltungsstrafen oder durch Entzug der Berufsberechtigung möglich, wobei dafür die Berufspflichtverletzung so erheblich sein muss, dass die Vertrauenswürdigkeit der/des Berufsangehörigen nicht mehr gegeben ist.	Anwendung entsprechender Maßnahmen unter besonderer Berücksichtigung des individuellen Pflichtenverstößes soll zur berufsrechtlichen und berufsethischen Bewusstseinsbildung führen. Es ist als Reaktionssystem auf Berufspflichtverletzungen zu verstehen, die einem Hinwirken auf eine zukünftige verlässliche Berufsausübung dienen. Mit der Vielseitigkeit und Unterschiedlichkeit der einzelnen Maßnahmen soll der Vielschichtigkeit der Anforderungen an die Vertrauenswürdigkeit Rechnung getragen werden. Entscheidender Faktor für den Erfolg solcher Maßnahmen ist die Mitwirkung des/der betroffenen Berufsangehörigen.

Maßnahme 4: Vorgabe eines konsekutiven Bachelor- und Masterstudiums in Psychologie als Grundlage für Bezeichnung sowie als Voraussetzung für die postgraduelle Ausbildung.

Beschreibung der Maßnahme:

In Folge der Bologna Deklaration von 1999 hat in ganz Europa eine grundlegende Reform des Hochschulbildungssystems stattgefunden. Die Änderungen des Studienrechts durch die Einführung der dreigliedrigen Bologna-Struktur, Bachelor-, Master- und Doktoratsstudium, haben die bestehenden Regelungen in Bezug auf die Voraussetzungen zur Führung der Bezeichnung „Psychologin“/„Psychologe“ überholt. Es ist daher die entsprechende Adaptierung jener Studienabschlüsse an europäische Standards vorzunehmen, die Einfluss auf das Bezeichnungsrecht und darüber hinaus für den Zugang zur postgraduellen Ausbildung in Gesundheitspsychologie und in Klinischer Psychologie nehmen.

Wie sieht Erfolg aus:

Ausgangszustand Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
Derzeit wird nur durch Interpretation durch das fachlich zuständige Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung das im Gesetz genannte abgeschlossene Diplomstudium der Psychologie einem konsekutiven Bachelor- und	Klarstellung der vorausgesetzten Ebenen der Studienabschlüsse (Bachelor und Master) in Psychologie, die die geschützte Bezeichnung als "Psychologin" oder "Psychologe" erlauben und die als Zugangsvoraussetzung für die postgraduelle

Masterstudium in Psychologie gleichgestellt. Da eine solche Interpretation nur auf Nachfrage dargelegt wird, kommt es häufig zu falschen Einschätzungen hinsichtlich der gegebenen Voraussetzungen für Bezeichnung und Zugangsvoraussetzung.	Ausbildung gefordert werden.
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------

Maßnahme 5: Ermöglichung eines Qualifikationsnachweises für jene Personen die durch die Richtlinie 2011/95/EU erfasst sind sowie Ergänzung von Informationspflichten

Beschreibung der Maßnahme:

Durch die umzusetzende Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, ABl Nr. L 88 vom 4.4.2011 S. 45 sowie die Richtlinie 2011/95/EU über Normen für die Anerkennung von Drittstaatsangehörigen oder Staatenlosen als Person mit Anspruch auf internationalem Schutz, für einen einheitlichen Status für Flüchtlinge oder für Personen mit Anrecht auf subsidiären Schutz und für den Inhalt des zu gewährenden Schutzes, ABl. Nr. L 337 vom 20.12.2011 S. 9, ergeben sich für die Berufsangehörigen weitere Informationspflichten und zur Absicherung des Patientenschutzes der verpflichtende Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung. Insbesondere soll den von der Richtlinie 2011/24/EU erfassten Personen die Möglichkeit geboten werden, auch in jenen Fällen, für die keine schriftlichen Nachweise über die erworbene berufsspezifische Qualifikation vorgelegt werden können, ihre vergleichbare Kompetenz durch Absolvierung von Prüfungen entsprechend nachweisen zu können, um eine Berufsberechtigung zu erlangen.

Wie sieht Erfolg aus:

Ausgangszustand Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
Anrechnungsmöglichkeiten von ausländischen Aus- und Fortbildungsinhalten auf Grundlage entsprechende schriftliche Nachweise	Eröffnung der Möglichkeit zum Nachweis der fachlichen Kompetenzen durch Ablegung entsprechender Prüfungen für jene Personen, die von der Richtlinie 2011/95/EU erfasst werden. Auskunft an Patientinnen (Patienten) über abgeschlossene Berufshaftpflichtversicherung

Abschätzung der Auswirkungen

Soziale Auswirkungen

Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen

Das Vorhaben hat keine wesentlichen Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen.

Erläuterung

Es handelt sich um durchschnittlich 200 bis 300 Personen, die ihr praktische Fachausbildung im Rahmen von Arbeitsverhältnissen absolvieren.

Erläuterungen

Allgemeiner Teil

Inhalt:

Das Psychologengesetz, BGBl. Nr. 360/1990, ist mit 1. Jänner 1991 in Kraft getreten und hat als Ausbildungs- und Berufsgesetz zwei selbständig und eigenverantwortlich tätige Gesundheitsberufe etabliert. Mit 1. Februar 2012 sind 8244 Personen als Gesundheitspsychologinnen (Gesundheitspsychologen) und 8267 Personen als Klinische Psychologinnen (Klinische Psychologen) in die vom Bundesministerium für Gesundheit geführten Berufslisten eingetragen, wobei die überwiegende Anzahl der Personen beide Berufsberechtigungen erworben hat.

Seit 1991 sind weitere gesetzliche Regelungen entstanden, die eine Verankerung klinisch-psychologischer sowie gesundheitspsychologischer Leistungen in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens mit sich gebracht haben, z. B. im Rahmen des Kranken- und Kuranstaltengesetzes, des Suchtmittelgesetzes, Gentechnikgesetz, Fortpflanzungsmedizinengesetz, etc.

Mit der 50. ASVG-Novelle wurde die klinisch-psychologische Diagnostik gleichgesetzt der ärztlichen Leistung als Sachleistung der Sozialversicherung im Gesundheitswesen verankert, seit 1.1.1995 gibt es den Gesamtvertrag für klinisch-psychologische Diagnostik.

Auch im Bereich der Gesundheitspsychologie hat es Weiterentwicklungen gegeben. Diese Entwicklungen und die Erfahrungen, die mit psychologischen Leistungen im Gesundheitswesen gemacht wurden, haben dazu geführt, dass u.a. die Berufsumschreibung, wie sie derzeit im Psychologengesetz zu finden ist, nicht mehr dem Stand der Wissenschaft und der täglichen Praxis der Klinischen Psychologie und der Gesundheitspsychologie entspricht, so dass im Berufsgesetz Präzisierungen und Konkretisierungen vorgenommen werden müssen.

Darüber hinaus hat in Folge der Bologna Deklaration von 1999 in ganz Europa eine grundlegende Reform des Hochschulbildungssystems stattgefunden. Die Änderungen des Studienrechts durch die Einführung der dreigliedrigen Bologna-Struktur, Bachelor-, Master- und Doktoratsstudium, haben die bestehenden Regelungen in Bezug auf die Voraussetzungen zur Führung der Bezeichnung „Psychologin“/„Psychologe“ überholt. Eine Adaptierung des Bezeichnungsrechts an die entsprechende Bologna-Struktur der abgeschlossenen akademischen Ausbildung ist somit dringend erforderlich. Darüber hinaus ist die postgraduelle Ausbildung in Gesundheitspsychologie und in Klinischer Psychologie ebenfalls an europäische Standards anzugleichen.

Durch eine Standardisierung der Ausbildungsinhalte und der Ausbildungsstruktur und eine stärkere Akzentuierung und Differenzierung der Berufsbilder von Gesundheitspsychologinnen (Gesundheitspsychologen) und Klinischen Psychologinnen (Klinischen Psychologen) soll auch eine Präzisierung psychologischer Leistungen im Gesundheitswesen vor allem im Hinblick auf die Krankenbehandlung sowie die Entwicklung gesundheitsfördernder Projekte im Sinne der Prävention erreicht und sichergestellt werden, dass die Ausbildung in Gesundheitspsychologie und in Klinischer Psychologie alle notwendigen Voraussetzungen und Fertigkeiten verstärkt am aktuellen Stand der Wissenschaft vermittelt, um eigenverantwortlich im Gesundheitswesen tätig sein zu können.

Wesentlicher Bestandteil der Ausbildung wird weiterhin die praktische psychologische Tätigkeit im Gesundheitswesen sein, unter Anleitung und Fachaufsicht, begleitet von Supervision und berufsbezogener Selbsterfahrung, wobei diese qualifizierte Fachausbildungstätigkeit im Rahmen eines Dienstverhältnisses zu erfolgen hat. Das entspricht auch den sozialversicherungsrechtlichen Tatbeständen der verpflichtenden Vollversicherung für eine solche Tätigkeit (vgl. § 4 Abs. 1 Z 4 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955).

Eine erweiterte Formulierung der Berufspflichten samt Einführung konkreter Bestimmungen zur Dokumentation dient der Sicherung des Qualitätsstandards und insbesondere die Verpflichtung zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung, auch in Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, soll auch Sicherheit der Patienten mehr stärken.

Die Fülle an Änderungen, Ergänzungen und Klarstellungen hat die Notwendigkeit gezeigt im Sinne der guten Lesbarkeit des Gesetzes nicht den Weg einer Novellierung, sondern den einer Neuerlassung zu wählen.

Finanzielle Auswirkungen

Mit der vorgeschlagenen Novelle 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 ausgegangen wird.

Unter Beachtung der Verordnung des Bundesministers für Finanzen betreffend Richtlinien für die Ermittlung und Darstellung der finanziellen Auswirkungen neuer rechtsetzender Maßnahmen, BGBl. II Nr. 50/1999, idgF, und der Standardkostenmodell-Richtlinien, BGBl. II Nr. 233/2007, wurde dieses Bundesgesetz auf allfällige finanzielle Auswirkungen untersucht.

Hinsichtlich der Bewilligung von Ausbildungen und berufsrechtlichen Verfahren ergeben sich keine wesentlichen Änderungen gegenüber der geltenden Rechtslage. Die Neugestaltung der Ausbildungscurricula bedingt zwar einerseits gegenüber den derzeitigen Ausbildungsregelungen verlängerte Ausbildungsgänge, die wie bisher von den Auszubildenden selbst zu finanzieren sind, andererseits wird aber durch das neue qualitätsgesicherte Berufs- und Ausbildungsgesetz ein flexiblerer und zielgerichteter Einsatz dieser Berufsangehörigen ermöglicht.

Im Zusammenhang mit der notwendigen Umstellung der Ausbildungscurricula der bestehenden Ausbildungseinrichtung ist lediglich eine aktualisierte Kundmachung nach erfolgter Umstellung durchzuführen. Auch in dieser Übergangsphase von höchstens zwei Jahren nach Inkrafttreten ist nicht von Mehrkosten in der Vollziehung auszugehen.

Auswirkungen auf Verwaltungslasten für Unternehmen

Die neue rechtsetzende Maßnahme "Bundesgesetz über die Führung der Bezeichnung "Psychologin" oder "Psychologe" und über die Ausübung der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie (Psychologengesetz 2013)" enthält neue Informationsverpflichtungen für Unternehmen. Es wird durch diese insgesamt eine Belastung von rund 7.000 Euro pro Jahr verursacht.

Die neue Informationsverpflichtung "Dokumentationsarchivierung" in § 35 Abs. 4 betrifft durchschnittlich fünf ausschließlich freiberufliche Klinische Psychologen und Gesundheitspsychologen, durchschnittlich zwei teilweise freiberufliche Klinische Psychologen und Gesundheitspsychologen.

Durch diese Informationsverpflichtung wird insgesamt eine Belastung von rund 0 Euro an Verwaltungslasten verursacht. Die Belastung, die durch die im Rechnungssystem erfolgte Abrundung auf 0 geht, entsteht durch die Verpflichtung, die Archivierung der Dokumentation auch nach dem Tod eines Berufsangehörigen für die Dauer der Aufbewahrungsfrist sicher zu stellen, um auch das Einsichtsrecht der Patientinnen (Patienten) zu gewährleisten..

Die neue Informationsverpflichtung "Fünffährliche Meldung" in § 33 Abs. 2 betrifft durchschnittlich 400 Berufsangehörige.

Durch diese Informationsverpflichtung wird insgesamt eine Belastung von rund 4.000 Euro an Verwaltungslasten verursacht. Die Belastung entsteht durch die verpflichtenden Meldungen der Berufsangehörigen über die erfolgten Fortbildungsmaßnahmen, die sicherstellen, dass die Berufsausübung zum Wohl der Patientinnen (Patienten) dem aktuellen Entwicklungsstand der Wissenschaft entspricht.

Die neue Informationsverpflichtung "Auskunftspflicht" in § 36 betrifft durchschnittlich 3.080 aller ausschließlich freiberuflichen Berufsangehörigen, durchschnittlich 2.060 aller teilweise freiberuflichen Berufsangehörigen.

Durch diese Informationsverpflichtung wird insgesamt eine Be-/Entlastung von rund 0 Euro an Verwaltungslasten verursacht. Die Be-/Entlastung, die durch die im Rechnungssystem erfolgte Abrundung auf 0 geht, entsteht durch die Vorgabe der Richtlinie 2011/24/EU, wonach Auskunft über bestehende Berufshaftpflichtversicherung zu erteilen ist.

Für die neue Informationsverpflichtung "Überprüfung der Berufshaftpflicht" in § 39 Abs. 4 wird mit rund 52 Fällen pro Jahr in der Gruppierung "alle Berufsangehörige" gerechnet.

Durch diese Informationsverpflichtung wird insgesamt eine Belastung von rund 0 Euro an Verwaltungslasten verursacht. Die Belastung entsteht durch die Nachweiserbringung über die verpflichtend abzuschließenden Berufshaftpflichtversicherungen.

Für die neue Informationsverpflichtung "Meldung einer Änderung der Berufshaftpflichtversicherung" in § 39 Abs. 3 wird mit rund 514 Fällen pro Jahr in der Gruppierung "Versicherungsunternehmen" gerechnet.

Durch diese Informationsverpflichtung wird insgesamt eine Belastung von rund 3.000 Euro an Verwaltungslasten verursacht. Die Belastung entsteht durch die Meldungsverpflichtung der Versicherer,

über jede Änderung, wie beispielsweise Einschränkungen, Beendigungen oder andere Abweichungen von den ursprünglichen Versicherungsverträgen.

Anlage 1: Darstellung der Verwaltungskosten für Unternehmen

Bundesgesetz über die Führung der Bezeichnung "Psychologin" oder "Psychologe" und über die Ausübung der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie (Psychologengesetz 2012)					
Art der Änderung	Neue Regelungsmaterie				
Ressort	BMG	Berechnungsdatum	11. September 2012	Anzahl geänderter/neuer Informationsverpflichtungen	5
BELASTUNG GESAMT (gerundet)				7.000	
IVP 1 - DOKUMENTATIONSARCHIVIERUNG					
Art	neue IVP				
Kurzbeschreibung	Berufsangehörige haben die Dokumentationsarchivierung bis zum Ablauf der Aufbewahrungsfrist sicher zu stellen				
Ursprung:	NAT				
Fundstelle	§ 35				
BELASTUNG (gerundet)				0	
IVP 2 - FÜNFJÄHRLICHE MELDUNG					
Art	neue IVP				
Kurzbeschreibung	Fünfjährliche Meldung der Berufsangehörigen zur Glaubhaftmachung der Fortbildung				
Ursprung:	NAT				
Fundstelle	§ 33 Abs. 2				
BELASTUNG (gerundet)				4.000	
IVP 3 - AUSKUNFTSPFLICHT					
Art	neue IVP				
Kurzbeschreibung	Berufsangehörige haben der Patientin/dem Patienten alle Auskünfte über die Leistungen zu erteilen				
Ursprung:	NAT				
Fundstelle	§ 36				
BE-/ENTLASTUNG				0	
IVP 4 - ÜBERPRÜFUNG DER BERUFSHAFTPFLICHT					
Art	neue IVP				
Kurzbeschreibung	Berufsangehörige haben dem BMG/der BMG den Bestand der Berufshaftpflichtversicherung auf dessen (deren) Verlangen jederzeit nachzuweisen				
Ursprung:	NAT				
Fundstelle	§ 39 Abs. 4				
BELASTUNG (gerundet)				0	
IVP 5 - MELDUNG EINER ÄNDERUNG DER BERUFSHAFTPFLICHTVERSICHERUNG					
Art	neue IVP				
Kurzbeschreibung	Die Versicherer sind verpflichtet eventuelle Änderungen von der ursprünglichen Versicherung dem BMG/der BMG zu melden bzw. auf Verlangen Auskunft zu erteilen				
Ursprung:	NAT				
Fundstelle	§ 39 Abs. 3				
BELASTUNG (gerundet)				3.000	

BERECHNUNG LAUT SKM-METHODE FÜR INFORMATIONSPFLICHTUNG 1	
ausschließlich freiberufliche Klinische Psychologen und Gesundheitspsychologen	
Unternehmenszahl	5
Frequenz pro Jahr	5,000
Quellenangabe	§ 35 Abs. 4

Verwaltungstätigkeit 1	Dokumentationsarchivierung
Zeitaufwand	Erhöhung
Stunden	
Minuten	10
Gehaltsgruppe	Wissenschaftler und akademische Berufe
Stundensatz	54,00

Gesamtkosten pro Unternehmen pro Jahr	45,00
Verwaltungskosten	225,00
Sowieso-Kosten (%)	0
VERWALTUNGSLASTEN	225,00

BERECHNUNG LAUT SKM-METHODE FÜR INFORMATIONSPFLICHTUNG 1	
teilweise freiberufliche Klinische Psychologen und Gesundheitspsychologen	
Unternehmenszahl	2
Frequenz pro Jahr	5,000
Quellenangabe	§ 35 Abs. 4

Verwaltungstätigkeit 1	Dokumentationsarchivierung
Zeitaufwand	Erhöhung
Stunden	
Minuten	10
Gehaltsgruppe	Wissenschaftler und akademische Berufe
Stundensatz	54,00

Gesamtkosten pro Unternehmen pro Jahr	45,00
Verwaltungskosten	90,00
Sowieso-Kosten (%)	0
VERWALTUNGSLASTEN	90,00

BERECHNUNG LAUT SKM-METHODE FÜR INFORMATIONSPFLICHTUNG 2	
alle Berufsangehörige	
Unternehmenszahl	400
Frequenz pro Jahr	1,000
Quellenangabe	§ 33 Abs. 2

Verwaltungstätigkeit 1	Ausfüllen oder Eingabe von Anträgen, Meldungen, Nachweisen, Ansuchen oder Berichten bzw Inspektion
Zeitaufwand	Erhöhung
Stunden	
Minuten	10
Gehaltsgruppe	Wissenschaftler und akademische Berufe
Stundensatz	54,00

Gesamtkosten pro Unternehmen pro Jahr	9,00
Verwaltungskosten	3.600,00
Sowieso-Kosten (%)	0
VERWALTUNGSLASTEN	3.600,00

BERECHNUNG LAUT SKM-METHODE FÜR INFORMATIONSPFLICHTUNG 3

alle ausschließlich freiberuflichen Berufsangehörige

Unternehmenszahl	3.080
Frequenz pro Jahr	80.000
Quellenangabe	§ 36

Verwaltungstätigkeit 1	Auskunftserteilung an Patienten/Patientinnen
Zeitaufwand	Erhöhung
Stunden	
Minuten	15
Gehaltsgruppe	Wissenschaftler und akademische Berufe
Stundensatz	54,00

Gesamtkosten pro Unternehmen pro Jahr	1.120,00
Verwaltungskosten	3.449.600,00
Sowieso-Kosten (%)	100
VERWALTUNGSLASTEN	0,00

BERECHNUNG LAUT SKM-METHODE FÜR INFORMATIONSPFLICHTUNG 3

alle teilweise freiberuflichen Berufsangehörige

Unternehmenszahl	2.060
Frequenz pro Jahr	30.000
Quellenangabe	§ 36

Verwaltungstätigkeit 1	Auskunftserteilung an Patienten/Patientinnen
Zeitaufwand	Erhöhung
Stunden	
Minuten	15
Gehaltsgruppe	Wissenschaftler und akademische Berufe
Stundensatz	54,00

Gesamtkosten pro Unternehmen pro Jahr	420,00
Verwaltungskosten	865.200,00
Sowieso-Kosten (%)	100
VERWALTUNGSLASTEN	0,00

BERECHNUNG LAUT SKM-METHODE FÜR INFORMATIONSPFLICHTUNG 4

alle Berufsangehörige

Fallzahl	52
Quellenangabe	§ 39 Abs. 4

Verwaltungstätigkeit 1	Übermittlung von Daten an den/die Bundesminister/-in für Gesundheit
Zeitaufwand	Erhöhung
Stunden	
Minuten	10
Gehaltsgruppe	Wissenschaftler und akademische Berufe
Stundensatz	54,00

Gesamtkosten pro Unternehmen pro Jahr	9,00
Verwaltungskosten	468,00
Sowieso-Kosten (%)	0
VERWALTUNGSLASTEN	468,00

BERECHNUNG LAUT SKM-METHODE FÜR INFORMATIONSVERPFLICHTUNG 5

Versicherungsunternehmen	
Fallzahl	514
Quellenangabe	§ 39 Abs. 3

Verwaltungstätigkeit 1	Übermittlung von Nachrichten an spezifische Gruppen von Personen
Zeitaufwand	Erhöhung
Stunden	
Minuten	10
Gehaltsgruppe	Bürokräfte und kfm. Angestellte
Stundensatz	36,00

Gesamtkosten pro Unternehmen pro Jahr	6,00
Verwaltungskosten	3.084,00
Sowieso-Kosten (%)	0
VERWALTUNGSLASTEN	3.084,00

Auswirkungen auf die Verwaltungskosten für Bürger:

Es fallen keine Verwaltungskosten für Bürgerinnen und Bürger an.

Kompetenzgrundlage:

In kompetenzrechtlicher Hinsicht stützt sich das vorliegende Bundesgesetz auf Artikel 10 Abs. 1 Z 12 B-VG („Gesundheitswesen“).

Besonderer Teil

Zu § 1:

§ 1 enthält maßgebliche Begriffsbestimmungen, die im Zusammenhang mit dem Psychologengesetz von Relevanz sind. Die Unterscheidung von Stunden und Einheiten scheint außerordentlich einfach, ist aber im Zusammenhang mit den Ausbildungsvorschriften zur Klarstellung erforderlich. Es hat sich gezeigt, dass theoretische Aus- oder Fortbildung typischerweise immer im Zeitausmaß von 45 Minuten angeboten werden (vergleichbar den jeweiligen Einheiten, die bei universitären Veranstaltungen für Vorlesungsstunden angesetzt werden), ebenso wie Supervisionseinheiten oder Selbsterfahrungseinheiten.

Im Besonderen ist auf § 1 Z 5 hinzuweisen, der die Begrifflichkeit „berufsmäßige“ umschreibt. Vorweg wird klargestellt, dass „berufsmäßige“ Ausübung und Berufsausübung im Rahmen des Psychologengesetzes synonym verwendet werden. So liegt eine berufsmäßige Ausübung der Gesundheitspsychologie oder der Klinischen Psychologie vor, wenn diese regelmäßig und in der Absicht betrieben wird, einen Ertrag oder sonstigen wirtschaftlichen Vorteil zur Schaffung und Erhaltung einer Lebensgrundlage, einschließlich einer nebenberuflichen Einkommensquelle, zu erzielen.

Der Begriff „Berufsangehörige“ zielt auf eine geschlechterneutrale Bezeichnung der Gesundheitspsychologinnen und Gesundheitspsychologen sowie der Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen ab, um den Gesetzestext in einigen Bereichen flüssig lesbar zu gestalten. In jenen Bestimmungen, in denen die konkreten Berufsbezeichnungen den Lesefluss nicht beeinträchtigt haben, wurden diese auch ausdrücklich benannt.

Zu § 2:

§ 2 Abs. 1 normiert die sprachliche Gleichbehandlung und lässt lediglich dort Ausnahmen zu, wo es die Erhaltung der gebotenen Lesbarkeit gebietet.

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

Zu § 3:

§ 3 nennt die wesentlichen Inhalte des neu zu erlassenden Psychologengesetzes, enthält aber gegenüber dem bisherigen Psychologengesetz, BGBl. Nr. 360/1990, keine umwälzenden strukturellen Veränderungen. Demnach wird weiterhin einerseits der Schutz der Bezeichnung nach erfolgreichem Studienabschluss im Bereich Psychologie gewährleistet sowie darüber hinaus die besonderen Anforderungen der gesundheitsberuflichen Ausbildung und der Reglementierung der berufsmäßigen Ausübung der Psychologie im Bereich der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie. Besonderes Augenmerk wird auch auf die Berufspflichten gelegt.

Zu § 4:

Die Führung der Bezeichnung „Psychologin“ oder „Psychologe“ ist an die Absolvierung eines Studiums der Psychologie, das jedenfalls 300 Anrechnungspunkte gemäß dem ECTS umfasst, gebunden. Typischerweise ist damit ein Studium in der Dauer von fünf Jahren gefordert. Einerseits sind jene Studienabschlüsse, die auf Grundlage der bisher geltenden Studienordnungen absolviert wurden, wie beispielsweise das Diplomstudium in Psychologie, erfasst und sind auch in der Neufassung dieses Gesetzes wiederum angeführt. Darüber hinaus wird aber auch die mit dem Bologna Prozess verbundene Strukturänderung der Studienarchitektur an den Universitäten berücksichtigt. Mit der Vorgabe, dass 300 ECTS Anrechnungspunkte im Studium der Psychologie zu erlangen sind, ist vorgegeben, dass nach einem Bachelorstudium auch ein Masterstudium konsekutiv in Psychologie zu absolvieren ist. Durch die vorliegende Regelung soll gewährleistet werden, dass im Rahmen einer zumindest fünfjährigen akademischen Ausbildung in Psychologie, Bachelorstudium (drei Jahre) und Masterstudium (zwei Jahre) entsprechende Kenntnisse und Kompetenzen erworben werden. Die allgemeine Formulierung der „anerkannten postsekundären Bildungseinrichtung“ orientiert sich an den Bestimmungen des Universitätsgesetzes 2002, BGBl. I Nr. 120, und umfasst nicht nur Universitäten, sondern beispielsweise auch Fachhochschulen oder sonstige entsprechende Einrichtungen in anderen europäischen Staaten.

Grundsätzlich wird mit dieser Regelung auf Nostrifikationen entsprechender Studienabschlüsse aus den Mitgliedstaaten des EWR und der Schweizerischen Eidgenossenschaft verzichtet. Für jene Personen, die ein Studium der Psychologie in einem Drittstaat absolviert haben, bedarf es weiterhin der Nostrifikation, sofern die Führung der Bezeichnung oder in Folge der Eintritt in die postgraduelle Ausbildung gewünscht wird. Der verankerte Titelschutz soll eine entsprechende Markttransparenz für die Kunden und Kundinnen

im Bereich der Psychologie gewährleisten, weshalb irreführende Bezeichnungen oder Wortkombinationen, wie beispielsweise Arbeitspsychologie oder Sportpsychologie, verboten sind, da solche Bezeichnungen das Vorliegen eines Studienabschlusses in Psychologie suggerieren. Eingeführte Wortverbindungen, wie sie auch schon vor dem aus dem Jahr 1990 stammenden Psychologengesetz verwendet worden waren, wie beispielsweise Tiefenpsychologie, analytische Psychologie oder Individualpsychologie, die eben nicht zur Vortäuschung geeignet sind, sind daher aus der Strafbestimmung auszunehmen.

Zu § 5:

Die Strafbestimmung für die unzulässig geführte Bezeichnung Psychologe/Psychologin, die einen akademischen Studienabschluss vortäuscht, orientiert sich an den einschlägigen Strafbestimmungen des Universitätsgesetzes 2002, welche für die fälschliche Führung akademischer Grade ebenfalls die gleiche Strafhöhe vorsehen.

Zu § 6:

§ 6 als die erste Bestimmung des spezifisch auf die Psychologie im Gesundheitswesen ausgerichteten Artikel II dieses Gesetzes, der die Ausbildung und die Ausübung der Gesundheitsberufe der Gesundheitspsychologinnen (Gesundheitspsychologen) sowie der Klinischen Psychologinnen (Klinischen Psychologen) regelt, wird generell die berufsmäßige Ausübung der Psychologie im Gesundheitsbereich beschrieben und wiederum festgehalten, dass es sich wie bisher bei der Ausübung dieser Berufe um eigenständige freie Berufe handelt. Bei der Ausübung des psychologischen Berufes im Gesundheitswesen wird zwar auf die Gesamtheit der psychologischen Modelle, Theorien und Methoden zurückgegriffen, die aber in diesem Anwendungsbereich spezifisch klinisch-psychologische bzw. gesundheitspsychologische Theorien und Methoden darstellen und daher auch explizit als solche im Psychologengesetz bezeichnet werden. Darüber hinaus werden über besonderes Ersuchen des Bundesministeriums für Landesverteidigung und Sport die Militärpsychologinnen (Militärpsychologen) angeführt, welche auf Grund der jedenfalls vorausgesetzten Qualifikation im Bereich der Klinischen Psychologie und/oder der Gesundheitspsychologie gemäß diesem Bundesgesetz als Berufsangehörige zwar dem Psychologengesetz unterliegen, als Militärpsychologen aber bestimmten Regeln des zuständigen Bundesministeriums unterliegen, und daher analog den Militärärzten im Ärztegesetz hinsichtlich ihrer Tätigkeit als amtssachverständige Militärpsychologinnen und Militärpsychologen aus dem Regime des Psychologengesetzes, insbesondere hinsichtlich der Verschwiegenheit, die im Zusammenhang mit Verpflichtungen gegenüber der Dienstbehörde nicht einzuhalten wäre, ausgenommen werden. Eine Amtssachverständigentätigkeit als Militärpsychologin und Militärpsychologe kommt nur bei jenen dem Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport zugehörigen Behörden in Betracht, weshalb auf den Hinweis der Tätigkeit für Militärbehörden, mangels Definition dieses Begriffs, verzichtet wird.

Zu § 7:

Um mit der Ausbildung in Gesundheitspsychologie oder Klinischer Psychologie beginnen zu können, müssen entsprechende theoretische Grundlagen bereits im Rahmen der universitären Ausbildung vermittelt worden sein. Die Ausbildungseinrichtungen für das theoretische Curriculum sind vor Aufnahme der Fachauszubildenden verpflichtet, zu überprüfen ob die Fachauszubildenden im Rahmen des Studiums der Psychologie neben den allgemeinen psychologischen Grundlagen und Basisfertigkeiten auch spezifische Kompetenzen erworben haben, die für die Ausübung des psychologischen Berufes im Gesundheitswesen grundlegend sind.

Damit soll gewährleistet werden, dass Psychologinnen und Psychologen, die mit der Ausbildung beginnen, bereits im Studium jene grundlegenden Kenntnisse und Fertigkeiten erworben haben, auf die im Rahmen der theoretischen Ausbildung und der praktischen Fachtätigkeit vertiefend aufgebaut werden kann. Insbesondere sind dies Kenntnisse und Fertigkeiten im Bereich der psychologischen Diagnostik, der psychologischen Behandlung und Gesundheitsförderung sowie Kenntnisse der Psychopathologie, Pharmakologie und Psychiatrie. Sollten entsprechende Grundlagen nicht während des Studiums der Psychologie absolviert worden sein, so müssen sie im jeweils angegebenen Ausmaß vor dem Beginn der theoretischen postgraduellen Ausbildung im Grundmodul nachgeholt worden sein.

Die in Ziffer 3 verlangte Überprüfung der physischer (beispielsweise im Rahmen der Berufstätigkeit übertragbare ansteckende Erkrankungen oder andere Erkrankungen, die eine Berufsausübung faktisch nicht ermöglichen) und psychischen gesundheitlichen Eignung und der persönlichen Eignung für die konkrete Aufnahme in diese Ausbildung im Gesundheitsbereich soll sicherstellen, dass, vergleichbar der Aufnahme in die Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege oder in den gehobenen medizintechnischen Dienst, im Sinne der Qualitätssicherung des Patientenschutzes nur entsprechend physisch und psychisch gesunde und geeignete Personen auch schon im Rahmen der praktischen Fachausbildung tätig werden sollen. Insbesondere soll bereits am Beginn der Fachausbildung durch die klinisch-

psychologische Diagnostik nicht nur eine schwere psychische Störung erkannt, sondern auch bereits eine Einschätzung jener für die Ausbildung und spätere Berufsausübung persönlichkeitspezifischen Anforderungen wie emotionale Stabilität, Einfühlungs- und Reflexionsvermögen, Selbst- und Impulskontrolle, Distanziertheit, Belastbarkeit, Frustrationstoleranz sowie Verantwortungsbewusstsein getroffen werden. Darüber hinaus bietet es den Ausbildungskandidatinnen (Ausbildungskandidaten) selbst eine Entscheidungshilfe, ob jene, für die künftige Berufsausübung erforderliche ausreichende eigene Stresstabilität sowie die Bereitschaft Eigenverantwortung zu übernehmen, flexibel, kooperations- und teamfähig zu sein gegeben sind. Werden im Laufe der Ausbildung Mängel der gesundheitlichen Eignung oder der Vertrauenswürdigkeit, die eine verlässliche Tätigkeit in der Gesundheitspsychologie oder der Klinischen Psychologie nicht erwarten lassen, offenkundig, so stellen diese einen Ausschlussgrund dar, der von der Ausbildungseinrichtung entsprechend wahrzunehmen ist.

Bei erfolgreicher Aufnahme in die Ausbildungseinrichtung ist bei Bedarf eine entsprechende Bestätigung auszustellen, da erst ab diesem Zeitpunkt der praktische fachliche Kompetenzerwerb als wesentlicher Teil der Ausbildung zulässig ist. Gerade für diese Arbeit im Kontakt mit Patientinnen (Patienten) bedarf es zu deren Sicherheit der überprüften umfassenden gesundheitlichen Eignung. Die Bestätigung der erfolgten Aufnahme ist auch als Nachweis für den zulässigen Beginn der gesamten theoretischen und praktischen Fachausbildungszeit hinsichtlich des Zeitrahmens einer Gesamtausbildungsdauer von fünf Jahren erforderlich.

§ 7 Abs. 2 soll eine Hilfestellung für Ausbildungseinrichtungen darstellen, auch im Verlauf der Ausbildung darauf zu achten, dass die psychische und physische Eignung sowie die Vertrauenswürdigkeit gewährleistet ist, insbesondere wiederum im Hinblick auf die parallel zur theoretischen Ausbildung zu absolvierende praktische Fachausbildungstätigkeit im unmittelbaren Kontakt mit Patientinnen und Patienten

Zu § 8:

§ 8 beschreibt die Grundzüge der gesamten Ausbildung. Zur Wahrung einer Kontinuität der Ausbildung und damit verbundenen einheitlichen Qualität wird ein zeitlicher Gesamtrahmen für den Erwerb theoretischer und praktischer fachlicher Kompetenz vorgegeben, wobei zumindest zwölf Monate für die Absolvierung der theoretischen Ausbildung nicht unterschritten und fünf Jahre insgesamt, einschließlich des praktischen fachlichen Kompetenzerwerbs, nicht überschritten werden dürfen. Die kommissionelle Abschlussprüfung selbst ist nicht verpflichtend innerhalb des fünfjährigen Zeitrahmens zu absolvieren, da das Zusammentreten der Prüfungskommission bzw. der Zeitpunkt der Abhaltung der Prüfung nicht von den Prüfungskandidatinnen (Prüfungskandidaten) beeinflussbar ist.

Um den Erfordernissen der Qualitätssicherung und der Weiterentwicklung der nunmehr seit 20 Jahren etablierten Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie Rechnung zu tragen, ist die Ausbildung sowohl in der Theorie als auch in der Praxis jeweils spezifisch für Klinische Psychologie sowie spezifisch für Gesundheitspsychologie auszubilden und damit zu stärken. Damit wird jedenfalls gewährleistet, dass die tiefen Kenntnisse und Fertigkeiten auf diesem Gebiet in einem für die eigenverantwortliche Berufsausübung ausreichenden Ausmaß erworben und umgesetzt werden.

In den vergangenen zwei Jahrzehnten ist deutlich geworden, dass gerade die theoretische Ausbildung sowohl im Bereich der Gesundheitspsychologie als auch der Klinischen Psychologie nunmehr in stärkerem Ausmaß als bisher Handlungskompetenzen für die psychologische Arbeit im Gesundheitswesen vermitteln soll.

Im Bereich der Gesundheitspsychologie wird die Qualifikation zur Gesundheitsförderung verstärkt, sowohl für die Einzelfallarbeit, insbesondere Diagnostik und Behandlung als auch hinsichtlich der Kompetenzen zur Erarbeitung gesundheitsfördernder Projekte.

Im Bereich der Klinischen Psychologie wird besonderer Wert darauf gelegt, dass die Fachauszubildenden Erfahrungen mit unterschiedlichen Personengruppen, in unterschiedlichen Settings und im Hinblick auf verschiedene Störungsbilder erwerben und über entsprechende Behandlungskompetenzen verfügen, wobei sie mit der Bandbreite psychologischer Diagnoseinstrumente und Behandlungstechniken vertraut gemacht werden. Die bisherigen Ausbildungsvorgaben waren auf einen umfassenden Kompetenzerwerb mit Schwerpunkt in der Krankenbehandlung ausgerichtet, wobei aber im Rahmen der Evaluationen insbesondere für die theoretische Ausbildung vermehrt die Vermittlung von Techniken, Verfahren und methodischer Vorgangsweise nachgefragt wurde.

Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, einerseits die theoretische Ausbildung umfassender als bisher zu gestalten und andererseits durch die stärkere Trennung der beiden Ausbildungsgänge auch den Erwerb praktischer Kompetenz im jeweiligen Fachbereich zu intensivieren.

Die postgraduelle Fachausbildung in Gesundheitspsychologie oder in Klinischer Psychologie umfasst den Erwerb theoretischer fachlicher Kompetenz jeweils im Gesamtausmaß von 340 Einheiten und den Erwerb praktischer fachlicher Kompetenz in Gesundheitspsychologie im Ausmaß von zumindest 1685 Stunden, wobei 1553 Stunden praktische Fachausbildungstätigkeit im Rahmen von Arbeitsverhältnissen zu absolvieren sind und weitere 100 Einheiten Supervision sowie 76 Einheiten Selbsterfahrung umfassen. Die Fachausbildungstätigkeit im Rahmen der Arbeitsverhältnisse hat jedenfalls die in den §§ 15 (Gesundheitspsychologie) und 24 (Klinische Psychologie) Tätigkeitsbereiche zu umfassen und unter Fachanleitung die erforderliche Kompetenz zu vermitteln. Im Bereich der Klinischen Psychologie ist ein erhöhtes Ausmaß von zumindest 2245 Stunden zum Erwerb praktischer fachlicher Kompetenz vorgesehen, wobei 2098 Stunden praktische Fachausbildungstätigkeit im Rahmen von Arbeitsverhältnissen zu absolvieren sind und weitere 120 Einheiten Supervision. Analog der Fachausbildung in Gesundheitspsychologie hat die Ausbildung 76 Einheiten Selbsterfahrung zu umfassen. Diese Fachausbildungstätigkeit ist hinsichtlich der Qualifikation vergleichbar mit der postgraduellen Turnusausbildung der Ärztinnen und Ärzte und wird darüber hinaus aber von Supervision begleitet. Bei diesem praktischen Ausbildungsinhalt handelt es sich um fachlich geregelte, gesetzlich geforderte qualifizierte psychologische Tätigkeit, die nach Abschluss des Hochschulstudiums auf Grundlage der erworbenen wissenschaftlichen Kompetenz als weiterführende spezielle Qualifikation im Gesundheitsbereich zum Erwerb der Berufsberechtigung, für die sich auf Grundlage eines Arbeitsverhältnisses entsprechende Entgeltleistungspflicht ergibt.

Diese Ausbildungstätigkeit wird nicht nur durch Theorie ergänzt, sondern muss wie bisher durch fachliche Supervision begleitet werden, wobei zumindest die Hälfte der Supervisionseinheiten außerhalb der Institution, in der die praktische Kompetenz erworben wird, absolviert werden müssen. Damit soll gewährleistet werden, dass die Fachauszubildenden nicht nur die Sichtweise der jeweiligen Ausbildungseinrichtung in die Reflexion ihrer praktischen Tätigkeit einfließen lassen und die kritische Auseinandersetzung mit Konzeptfragen der Einrichtungen erleichtert wird. Durch die Fallsupervision sollte die Zusammenführung von theoretischer und praktischer Kompetenz begleitet werden und das eigene berufliche Handeln in konkreten Situationen reflektiert werden. Das Mindestausmaß der Supervisionseinheiten insgesamt wird differenziert zur jeweiligen Fachausbildung zwischen 100 Einheiten für gesundheitspsychologischen Kompetenzerwerb und 120 Einheiten für den klinisch psychologischen Kompetenzerwerb, da die Fachausbildungstätigkeit auch entsprechend länger angesetzt ist. Ergänzend werden 76 Einheiten Selbsterfahrung als zusätzliche Qualitätsanforderung in die Ausbildung integriert.

Die bereits bisher vorgegebene Fallsupervision wird nun ergänzt durch Selbsterfahrung, in deren Rahmen eine systematische Auseinandersetzung mit der jeweiligen Berufsrolle, mit eigenen Anteilen, Erwartungen und Zielvorstellungen stattfinden und auch die Entscheidung für diese Berufsrolle reflektiert werden soll. Diese Selbsterfahrung sollte zumindest zu einem Teil in der Gruppe absolviert werden, wodurch ein Austausch der Fachauszubildenden untereinander und eine ökonomisch wenig aufwendige Vorgangsweise sichergestellt werden kann. Zumindest 40 Einheiten sind aber jedenfalls im Einzelsetting zu absolvieren.

Durch die Anforderung, einen entsprechenden Anteil der praktischen Fachausbildungstätigkeit im Ausmaß von zumindest 800 Stunden zeitgleich mit der theoretischen Ausbildung zu absolvieren ist, soll gewährleistet werden, dass im Rahmen einer solcher Art vernetzten Ausbildung theoretische Inhalte und praktische Fertigkeiten miteinander verknüpft werden und somit umfassende Handlungskompetenzen erworben werden können.

Dazu ist es notwendig, dass einerseits bereits während des Grundmoduls mit der praktischen Ausbildungstätigkeit begonnen wird, und dass andererseits ein gewisses Ausmaß der praktischen Tätigkeit auch parallel mit der besonderen theoretischen Ausbildung im jeweiligen Aufbaumodul absolviert wird.

Zu § 9:

Zur Durchführung der theoretischen Ausbildung bedarf es der Ermächtigung durch den Bundesminister (die Bundesministerin) für Gesundheit. Für die Erteilung einer Ermächtigung haben die Einrichtungen die Qualifikation nachzuweisen. Insbesondere ist die Vermittlung der Lehrinhalte in entsprechend geeigneten Räumlichkeiten samt Sachausstattung mit adäquaten Studienmitteln zu gewährleisten und hinsichtlich der Qualifikation des Lehrpersonals dafür Sorge zu tragen, dass neben einer ausreichenden Anzahl an Lehrenden jeweils eine ausreichende fachliche, wissenschaftliche und didaktische Kompetenz des Lehrpersonals garantiert werden kann. In erster Linie wird es sich um Berufsangehörige handeln, wobei vor allem neben der entsprechenden Fachkenntnis des zu vermittelnden Inhaltes entweder wissenschaftliche Tätigkeit oder Lehrtätigkeit sowie eine einschlägige ausreichende Berufserfahrung, die

zumindest fünf Jahre auf dem jeweiligen Fachgebiet umfasst, nachgewiesen werden soll. Darüber hinaus haben ausreichende didaktische Kenntnisse, Fertigkeiten und Erfahrungen im Bereich der Erwachsenenbildung, wie Lehr- oder Seminartätigkeit im universitären oder postgraduellen Bereich vorzuliegen. Dies schließt wie bisher aber nicht aus, dass einzelne Lehrinhalte von besonders qualifizierten Personen, die nicht Berufsangehörige sein müssen, vermittelt werden können, wie beispielsweise Psychopharmakologie von einer Fachärztin (einem Facharzt) für Psychiatrie bzw. Fachärztin (Facharzt) für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin. Auch ist bei nicht deutscher Unterrichtssprache jedenfalls die entsprechende sachgemäße Fremdsprachenkompetenz der Lehrenden, insbesondere auch für die Terminologie im Gesundheitsbereich, nachzuweisen. Zur Prüfung, ob die Qualifikation als Ausbildungseinrichtung gegeben ist, ist vor einer Ermächtigung durch den Bundesminister (die Bundesministerin) für Gesundheit der Ausschuss des Psychologenbeirates anzuhören. Insbesondere Änderungen, die nach einer Ermächtigung als Ausbildungseinrichtung im Ausbildungscurriculum oder hinsichtlich der Lehrpersonen beabsichtigt werden, sind dem Bundesministerium für Gesundheit anzuzeigen, sodass die Qualitätsanforderungen, die ursprünglich zur Ermächtigung geführt haben, aufrechterhalten werden. Würde durch die beabsichtigten Änderungen von den Parametern, die für die Ermächtigung relevant waren, abgewichen, so können einzelne Lehrende oder Inhalte, die nicht mit den Ausbildungszielen konform gehen, untersagt werden.

Darüber hinaus steht es einer Ausbildungseinrichtungen offen, jeweils nur eines der Ausbildungsmodule zu vermitteln. Darüber hinaus sind auch Kooperationen von Ausbildungseinrichtungen, die jeweils unterschiedliche Module anbieten, denkbar, sodass für Ausbildungsinteressierte ein vollständiges Angebot aller Module organisiert werden kann. Die notwendige Transparenz für Ausbildungsinteressierte, wer welche Ausbildung anbietet, wird durch entsprechende Veröffentlichung im Internet auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit gewährleistet.

Zu § 10:

Der Erwerb der praktischen fachlichen Kompetenz ist nicht mehr wie bisher an bestimmte Einrichtungen des Gesundheits- oder Sozialwesens gebunden, sondern im Vordergrund stehen die im Gesetz näher beschriebenen gesundheitspsychologischen und/oder klinisch-psychologischen Tätigkeitsschwerpunkte die unter Anleitung sowie Fachaufsicht eine entsprechend qualifizierten Berufsangehörigen im Rahmen eines oder mehrerer Arbeitsverhältnisse zu erwerben sind. Dabei hat die praktische Umsetzung der im Grund- und Aufbauomodul vermittelten Kenntnisse und Fertigkeiten zu erfolgen und an Hand eines Formblattes dokumentiert und bestätigt zu werden. Der Erwerb der praktischen Fachkompetenz wird wie bisher beispielsweise in Einrichtungen des Gesundheits- oder Sozialwesens erfolgen, wobei neben den Krankenanstalten, Praxisgemeinschaften auch Einrichtungen der Sozialdienste, der Jugendwohlfahrt, der Krisenintervention, der Rehabilitation, der Behandlung Suchtabhängiger erfolgen, wobei jedenfalls die in den §§ 15 und 24 aufgelisteten fachlichen Tätigkeiten zu absolvieren sind. Im Bereich der Fachausbildung in Klinischer Psychologie ist vorrangig jedoch eine Tätigkeit in Krankenanstalten zu absolvieren oder auch in Einrichtungen, in denen ein vergleichbares Setting, vor allem im Hinblick auf die multiprofessionelle Zusammenarbeit mit Gesundheitsberufen gegeben ist.

Im Hinblick auf eine sinnvolle Einbindung in ein Team und auch um die Betreuung von Patientinnen und Patienten über einen längeren Zeitraum zu ermöglichen oder Projekte über einen längeren Zeitraum zu begleiten wird grundsätzlich nur ein dreimaliger Wechsel der Ausbildungsstätte als zulässig erachtet. Das bedeutet, dass die praktische Fachausbildung im Rahmen von maximal vier verschiedenen Arbeitsverhältnissen zu absolvieren ist, wobei die Dauer eines Arbeitsverhältnisses zumindest 300 Stunden umfassen soll. Diese Mindestdauer soll gewährleisten, dass nicht nur ein rascher Einblick in Tätigkeitsfelder gewonnen wird, sondern der berufliche Alltag in einer Institution bzw. Einzelpraxis praktisch erfahren wird.

Zu § 11:

Die Anrechnungsmöglichkeit soll gewährleisten, dass bereits absolvierte Ausbildungsinhalte bei entsprechend nachgewiesener Gleichwertigkeit zur Anrechnung kommen. Die Gleichwertigkeit ist hinsichtlich des Inhalts, Umfangs, der Qualifikation der Lehrenden sowie der Zielsetzung der bereits vermittelten Inhalte zu prüfen. Es bedarf daher einer entsprechend geregelten Struktur der Aus- oder Fortbildungszeiten. Grundsätzlich müssen die anrechenbaren Inhalte postgraduell erworben worden sein, da für die gegenständliche Ausbildung das absolvierte Studium der Psychologie die Grundlage bildet, die es zu vertiefen gilt. Die Grenze für Anrechnungen von über 10 Jahren zurückliegenden Inhalten ist im Hinblick auf den erforderlichen Zusammenhang mit der aktuellen Ausbildung und dem aktuellen Stand der sich laufend weiterentwickelnden Wissenschaft zu sehen. In Einzelfällen können Inhalte, die beispielsweise im Rahmen eines spezifisch ausgerichteten Masterstudiums, somit prägraduell im Sinne dieses Gesetzes erworben wurden, angerechnet werden. Im Hinblick auf die in der Ausbildung

erforderliche Vernetzung theoretischer und praktischer Ausbildung ist eine Beschränkung der Anrechnungsmöglichkeit auf höchstens 100 Einheiten vorgegeben. Vergleichbare Beschränkungen von Anrechnungsmöglichkeiten auf ein Drittel der Ausbildungsinhalte finden sich auch im Bayrischen sowie im Berliner Hochschulgesetz. Die Anrechnung obliegt den Ausbildungseinrichtungen, wobei sicherzustellen ist, dass die Anrechnungsvorgänge nachvollziehbar dokumentiert werden und jedenfalls die Grundlagen für die geforderten Abschlussprüfungen gegeben sind.

Zeiten des gleichwertigen fachlichen praktischen Kompetenzerwerbs sind nur insoweit auf den fünfjährigen Gesamtzeitraum der Ausbildung anrechenbar, als der entsprechende Anteil der praktischen Fachausbildungstätigkeit zeitgleich mit der theoretischen Ausbildung im Sinne der geforderten Verknüpfung von Theorie und Praxis gewährleistet wird.

Sofern eine Berufsausbildung nach den Regeln dieses Gesetzes beispielsweise in Gesundheitspsychologie bereits abgeschlossen ist und danach eine Ausbildung im Aufbaumodul für Klinische Psychologie begonnen wird, sind jedenfalls das Grundmodul sowie die dazu parallel absolvierten Stunden der praktischen Fachausbildung samt dazu begleitender Supervision als gegeben zu erachten ebenso wie 76 Einheiten bereits absolvierter Selbsterfahrung. Es ist aber darauf zu achten, dass zu der einschlägig klinisch-psychologischen praktischen Fachausbildung auch die erforderlichen begleitenden Supervisionseinheiten jedenfalls zu absolvieren sind.

Zu § 12:

Die Einführung expliziter Prüfungsbestimmungen dient der Qualitätssicherung der Ausbildung sowie der Angleichung an die bei Gesundheitsberufen gegebenen Standards bei vergleichbaren, auch internationalen Ausbildungsgängen.

Die Überprüfung der allgemeinen fachlichen theoretischen Kompetenz erfolgt am Ende des Grundmoduls, wobei es sich um eine schriftliche Wissensüberprüfung mittels Fragekatalogen handelt. Wie bisher muss auch schon während der Ausbildungszeit eine laufende Kontrolle des Ausbildungserfolgs durch die Lehrenden erfolgen.

Der Erwerb der praktisch-fachlichen Kompetenz wird vom jeweils anleitenden Berufsangehörigen mittels eines standardisierten Formblattes bestätigt, wobei der Erwerb von Kernkompetenzen und die praktische Erfahrung mit verschiedenen Fragestellungen, Patientengruppen und Settings nachgewiesen werden muss.

Zur Überprüfung der Zielerreichung, dass theoretische und praktische Kompetenzen entsprechend integriert und in der konkreten psychologischen Tätigkeit auch umgesetzt werden können, sind von den Fachauszubildenden am Ende ihrer gesamten theoretischen und der diese begleitenden praktischen Ausbildung schriftliche Arbeiten zu erstellen.

Nach vollständiger Absolvierung auch der gesamten praktischen Fachausbildung sind im Bereich der Klinischen Psychologie aus der eigenen praktischen Fachausbildungstätigkeit zwei dokumentierte Fallstudien im Rahmen der kommissionellen mündlichen Abschlussprüfung zu präsentieren und analog einer Masterthese zu verteidigen. Die Fallstudien haben an Hand konkreter, während der praktischen Fachausbildung behandelter Personen, die differentialdiagnostische Abklärung, den Behandlungsplan, die Interventionsstrategien sowie die Evaluierung über Verlauf und Ergebnis darzustellen.

Im Bereich der Gesundheitspsychologie soll neben der Einzelfallarbeit auch Projektstätigkeit stattfinden, weshalb für die Abschlussprüfung neben einer Fallstudie auch ein Projektkonzept, an dem zumindest eine umfassende Mitarbeit gegeben war, zu präsentieren ist.

Projektkonzepte haben die Erarbeitung von Strategien, Methoden und Techniken, deren Umsetzung und Evaluationsmöglichkeiten aufzuzeigen, beispielsweise hinsichtlich der individuellen sowie sozialen Faktoren bei Suchtgefährdeten, hinsichtlich rauchspezifischer kompensatorischer Gesundheitsüberzeugungen bei Jugendlichen, Belastung von Eltern bei Pflege und Betreuung eines Kindes mit einer lebenslimitierenden Erkrankung, chronischer Erkrankungen und Unfällen unterschiedlicher Altersgruppen, Frauen in der Meno- bzw. Postmenopause oder grundsätzlichem Gesundheitsverhalten.

Anhand der Fallberichte bzw. des Projektberichts soll die ausgebildete Person darstellen, dass die Lerninhalte gefestigt und verfügbar sind, die entsprechenden Kompetenzen erworben wurden und in der konkreten psychologischen Tätigkeit berufsethische Grundsätze berücksichtigt werden.

Diese Kompetenzprüfung dient im Wesentlichen dem Schutz der Gesundheit der Patientinnen und Patienten und gewährleistet, dass die Verantwortung für die psychologische Diagnostik, Behandlung und Beratung bei einer entsprechend ausgebildeten Fachperson liegt, die im Rahmen einer nach dem Gesetz akkreditierten Weiterbildung ihre Kenntnisse und Fertigkeiten vertieft und erweitert hat. Insbesondere wird es als notwendig erachtet, den Erwerb des allgemeinen theoretischen fachlichen Wissens und des

spezifisch klinisch-psychologischen und gesundheitspsychologischen Wissens sowie der erarbeiteten Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Kompetenzprüfung zu unterziehen, da es sich bei der Klinischen Psychologie und Gesundheitspsychologie um eine Tätigkeit handelt, die in eigener fachlicher Verantwortung ausgeübt wird.

Die Zusammensetzung der Prüfungskommission erfolgt durch den Bundesminister (die Bundesministerin) für Gesundheit und hat bei der Auswahl der Personen neben der entsprechenden Fachkompetenz der drei Prüferinnen (Prüfer) auch eine neutrale Haltung zu gewährleisten. Es ist daher jedenfalls die Mitwirkung zweier von der theoretischen Ausbildungseinrichtung unabhängigen Berufsangehörigen der Gesundheitspsychologie oder der Klinischen Psychologie vorgesehen. Die Qualifikation der vom Bundesminister (von der Bundesministerin) für Gesundheit ernannten Vorsitzenden hat sich an jener der Lehrenden zu orientieren. Als Mindestvoraussetzung wird eine seit zumindest fünf Jahren aufrechte Berufsberechtigung in Gesundheitspsychologie oder Klinischer Psychologie genannt. Der Bundesminister (die Bundesministerin) für Gesundheit ernennt eine entsprechend ausreichend Zahl an möglichen Vorsitzenden, aus der durch den Bundesminister (die Bundesministerin) für Gesundheit jeweils für die Prüfungen eine Person auszuwählen ist und deren Unabhängigkeit von der prüfenden Ausbildungseinrichtung gewährleistet ist. Die (Der) unabhängige Vorsitzende hat auch ein Veto einzulegen, sofern sie (er) die Annahme hat, dass die erforderliche Qualifikation der (des) zu Prüfenden nicht nachweislich erlangt wurde. Die beiden weiteren Prüfungskommissionsmitglieder sind aus dem Kreis aller Lehrenden der theoretischen Ausbildungseinrichtungen zu wählen, wobei wiederum zur Gewährleistung der neutralen Haltung nur eine Beisitzerin (ein Beisitzer) auch Lehrperson jener Ausbildungseinrichtung sein kann, der die Prüfungskandidatin (der Prüfungskandidat) angehört. Als sinnvoll erachtet wird aber, dass eine Beisitzerin (ein Beisitzer), die (der) der Ausbildungseinrichtung der Prüfungskandidatin (des Prüfungskandidaten) angehört, dann jene Lehrperson ist, der die Fallstudien bzw. die Projektarbeit zur Beurteilung vorgelegt wurden. Die Mitglieder der Prüfungskommission sind vom Bundesminister (der Bundesministerin) für Gesundheit auch so auszuwählen, dass nach Möglichkeit auf Qualifikationen aus den verschiedenen Fachgebieten der Mitglieder geachtet wird, wie beispielsweise auch die eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin. Die grundsätzliche Frage der Befangenheit für die Funktion als Prüfende ist von allen Mitgliedern der Prüfungskommission auch gegenüber den Prüfungskandidatinnen (Prüfungskandidaten) selbst wahrzunehmen. Ebenso ist davon auszugehen, dass auf Grund der möglichen Befassung des Ausschusses des Psychologenbeirats im Zuge der Erteilung einer Berufsberechtigung keines der Ausschussmitglieder in einer Prüfungskommission mitwirken kann.

Zu § 13:

Im Rahmen der Gesundheitspsychologie steht die Erforschung von personenbezogenen, sozialen und strukturellen Einflussfaktoren auf die körperliche und psychische Gesundheit und die Anwendung der Erkenntnisse im Vordergrund.

Gesundheitspsychologinnen und Gesundheitspsychologen sind im Bereich des Gesundheitswesens tätig, im direkten Patientinnen (Patienten-) und Klientinnen (Klienten-)kontakt und im Rahmen der Entwicklung gesundheitsfördernder Projekte in Institutionen, Organisationen und auf Gemeindeebene tätig. Sie befassen sich schwerpunktmäßig mit der Rolle jener psychologischen Faktoren, die bei der Entstehung und der Prävention von Risikofaktoren und gesundheitlichen Störungen maßgeblich beteiligt sind. Besondere Berücksichtigung finden dabei die protektiven Faktoren von Gesundheit.

Grundlegend dabei ist, dass Gesundheit gemäß Definition der WHO (1948) nicht als die bloße Abwesenheit von Krankheit aufgefasst wird, sondern als Zustand körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens. Dabei wird besonderes Gewicht auf die Gesundheitsförderung gelegt, nicht nur im Hinblick auf individuelle gesundheitsfördernde Verhaltensweisen, sondern auch in Bezug auf institutionelle Rahmenbedingungen und das System der gesundheitlichen Versorgung.

Gesundheitsförderung beinhaltet einerseits Prävention, wobei drei Präventionsebenen berücksichtigt werden, andererseits den Aufbau individueller gesundheitsfördernder Verhaltensweisen, das Vermeiden von gesundheitsbezogenen Risikofaktoren, wobei Aufklärung und Empowerment eine große Rolle spielen, und schließlich Maßnahmen, die auf den soziökonomischen Kontext zielen.

Gesundheitsfördernde Maßnahmen finden auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen Bereichen statt – in der primären Gesundheitsversorgung (intra- und extramural), in Kindergarten, Schule und Ausbildungseinrichtungen, am Arbeitsplatz und in der Wohnumwelt der Menschen (Gemeinde, Verkehr etc.), wobei Gesundheitspsychologinnen und Gesundheitspsychologen mit verschiedenen anderen Berufsgruppen zusammenarbeiten. Der Gesundheitspsychologie stehen an Methoden einerseits Beratung und Informationsvermittlung (z. B. Vorträge) zur Verfügung, andererseits die systembezogenen

Interventionen wie Projektarbeit in Bezug auf die Förderung von Selbsthilfeinitiativen, die Entwicklung, Planung und Evaluation von Projekten sowie Organisationsentwicklung und Öffentlichkeitsarbeit

Bei gesundheitspsychologischer Diagnostik, Beratung und Behandlung sind die verschiedenen Aspekte des gesundheitsbezogenen Verhaltens (z. B. Ernährung, Bewegung, Stressverarbeitung etc.) zu beachten, dazu gehören auch Krankheitsbewältigung und aufrechterhaltende Bedingungen von Störungen.

§ 13 Abs. 2 hält insbesondere die expliziten und ausschließlich in der Kompetenz der Gesundheitspsychologinnen und Gesundheitspsychologen gelegenen Tätigkeiten fest, wie die in der Einzelfallarbeit ebenso wie in größeren Systemen (Familie, Gruppen) durchzuführende Diagnostik, Erstellung von Befunden und Gutachten sowie Stellungnahmen, v.a. in Bezug auf gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen.

Bei gesundheitspsychologischer Diagnostik stehen die verschiedenen Aspekte des gesundheitsbezogenen Verhaltens des Patienten im Vordergrund. Dazu gehört insbesondere die Sichtbarmachung der (oft unzulänglichen) Strategien zur Krankheitsbewältigung des Patienten ebenso wie die Aufrechterhaltung der Bedingungen von Störungen durch entsprechende Diagnoseverfahren. Ziel der gesundheitspsychologischen Diagnostik ist häufig die Erstellung der Grundlagen für weitere umfassende bewusst planbare gesundheitspsychologische Interventionsstrategien, beispielsweise zur Schmerzbewältigung oder Wahrnehmungslenkung.

Gesundheitspsychologische Diagnostik bezieht sich sowohl auf Einzelfalldiagnostik – z. B. im Hinblick auf individuelle Aspekte des krankmachenden Verhaltens, auf gesundheitsbezogenes Risikoverhalten, auf Stressverarbeitung, individueller Umgang mit krankmachendem Einfluss von Umweltfaktoren, auf Ressourcen – aber auch auf den Einsatz diagnostischer Verfahren bei Reihenuntersuchungen und um die Diagnostik von Gruppen, Organisationen, Strukturen und Systemen. Vor allem im Bereich der Qualitätssicherung, Qualitätskontrolle und Evaluation auch im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit Vertretern anderer Gesundheitsberufe und Disziplinen kommt gesundheitspsychologischer Diagnostik, Befunden und Stellungnahmen sowie darauf basierender Beratung und Konzeptentwicklung besondere Bedeutung zu.

§ 13 Abs. 3 zeigt weitere gesundheitspsychologische Tätigkeitsbereiche auf. Im Rahmen der umfassenden gesundheitspsychologischen Interventionen seien insbesondere folgende Bereiche hervorgehoben:

Gesundheitspsychologische Behandlung bei Einzelpersonen, Familien und Gruppen bezieht sich auf die oben angeführten Bereiche und gehen im Regelfall von einer vorausgehenden diagnostischen Klärung aus. Diese kann in unterschiedlichen Settings stattfinden, und orientiert sich an empirisch fundierten Erklärungsansätzen und Modellen der gesamten Psychologie. Besondere Bedeutung kommt gesundheitspsychologischen Behandlungsmaßnahmen bei der Prävention zu, wobei u.a. verschiedene Formen von Gesundheitstrainings, basierend auf psychoedukativen und motivationstheoretischen Ansätzen und dem integrativen Einsatz verschiedener psychologischer Interventionstechniken Anwendung finden.

Gesundheitspsychologische Maßnahmen im Bereich der Schmerzbewältigung wären etwa die Vermittlung von Schmerzmodellen, Entspannungstraining, Genussstraining, Freizeitplanung, Wahrnehmungslenkung, Aktivierung individueller Ressourcen, Erarbeitung von Standards für die Durchführung von Gesundheitstrainings.

Gesundheitsförderung etwa in Schulen beinhaltet die Gestaltung der Schule als Erfahrungs- und Lebensraum, die Förderung eines positiven Lernklimas in Klassen und eines guten Arbeitsklimas im Kollegium, die Stärkung der Gemeinschaft in der Schule sowie die Förderung der Elternmitarbeit.

Gesundheitsfördernde Maßnahmen im Alter bedeuten insbesondere Auseinandersetzung mit der Vergangenheit, Reflexion der Einstellung zum Alter, Wahrnehmung von Entwicklungsmöglichkeiten im Alter, wie beispielsweise auch Maßnahmen und Projekte in Pflegeeinrichtungen, die Reflexion sozialer Beziehungen zu Partner, Kinder etc., Wege der geistigen, körperlichen und sozialen Aktivierung sowie zur Entspannung und Zentrierung zu erarbeiten.

Weitere gesundheitspsychologische Bereiche umfassen die Arbeit an Erziehungsfragen, gesundheitspsychologische Aspekte in der Gynäkologie (z. B. Frauen in der Menopause), Vorsorge im Bereich des Nikotin-, Alkohol und Drogengebrauches, den Themenbereich Arbeitsumfeld (z. B. Arbeitszufriedenheit), Unterstützung in der Haftentlassenen- und Bewährungshilfe.

Wie schon auch in den Erläuterungen zum Psychologengesetz aus dem Jahr 1990 festgehalten, versteht sich gesundheitspsychologische Rehabilitation wiederum als Summe aller psychologischen Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der physischen, psychischen, sozialen, beruflichen und wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Kranken und Behinderten.

Bei gesundheitspsychologischer Beratung handelt es sich um die Vermittlung von Wissen und Information über Gesundheitsverhalten, Gesundheitsvorsorge und gesundheitsfördernden Verhaltensweisen und um die Entwicklung von Strategien und Lösungen. Einzelberatungen, Beratung von Familien und Gruppen, finden z. B. im Rahmen von Gesundheitszirkeln, als Coping-skill-Training, u.a. mit dem Ziel der Erhöhung von Wohlbefinden, Lebensqualität oder Compliance statt, aber auch bei spezifischen Fragestellungen in Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Maßnahmen und umfassen auch die Beratung von Angehörigen von Betroffenen bzw. Angehörige anderer Berufsgruppen.

Bei der Beratung von Institutionen, Organisationen, Gemeinden etc. geht es um die Vermittlung gesundheitspsychologischer Knowhows und die Entwicklung und Umsetzung von Konzepten der Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheiten.

Gesundheitspsychologische Diagnostik, Behandlung, Beratung und gesundheitspsychologische Maßnahmen beruhen ebenso wie die Entwicklung von Konzepten und Projekten auf der Gesamtheit psychologischer Modelle und Theorien und auf empirischen Forschungsergebnissen.

Gesundheitspsychologie kann damit zusammenfassend unter anderem definiert werden als wissenschaftlicher und angewandter Beitrag der Psychologie zur Förderung und Erhaltung von Gesundheit, □ Verhütung und Behandlung von Krankheiten, □ Bestimmung von Risikoverhaltensweisen, Diagnose und Ursachenbestimmung von gesundheitlichen Störungen, Rehabilitation, □ Verbesserung des Systems gesundheitlicher Versorgung.

Zielebenen gesundheitspsychologischer Forschung und Praxis sind dabei sowohl das Individuum als auch das Kollektiv. Die Gesundheitspsychologie unterscheidet sich von der benachbarten Disziplin der Klinischen Psychologie dadurch, dass sie von einem grundsätzlich positiven Gesundheitsbegriff ausgeht. Dabei wird dem präventiven Aspekt Vorrang vor kurativen und rehabilitativen Maßnahmen eingeräumt, wobei innerhalb der Prävention der Aufbau einer gesundheitsfördernden Lebensweise nochmals Vorrang vor der Vermeidung gesundheitsschädigenden Verhaltens hat. Durch diese präventive Zielsetzung und die Einbeziehung der kollektiven Ebene grenzt sich die Gesundheitspsychologie, trotz vorhandener Überlappungen von der Klinischen Psychologie ab. Jedenfalls davon abzugrenzen ist die differentialdiagnostische Abklärung von psychischen Störungen, die ausschließlich der Klinischen Psychologie vorbehalten ist.

§ 13 Abs. 4 normiert für einen abgegrenzten Bereich, den in Abs. 2 explizit angeführten Tätigkeiten einen Tätigkeitsvorbehalt. Im Sinne der Qualitätssicherung und der notwendigen Vollziehbarkeit wurden nur die zwei auch klar abgrenzbaren einschlägigen Tätigkeiten der jeweils gesundheitspsychologischen Diagnostik sowie der Erstellung von gesundheitspsychologischen Befunden, Gutachten und Stellungnahmen erfasst, da unter Tätigkeitsvorbehalt ein genereller Ausschließlichkeitsanspruch auf die Ausübung dieser Tätigkeiten, unabhängig davon, ob diese berufsmäßig oder nicht berufsmäßig ausgeübt werden, verstanden wird. Diagnostik und Gutachten, die auf Grund medizinisch-wissenschaftlicher, musiktherapeutisch-wissenschaftlicher oder psychotherapeutisch-wissenschaftlicher Basis erstellt werden, bleiben von diesem Vorbehalt unberührt (vgl. dazu auch OGH 12.März 1996, 10 ObS 241/95. In Abgrenzung zur ärztlichen Tätigkeit ist der Oberste Gerichtshof der Auffassung, dass die Ausübung der Psychotherapie von der ärztlichen Berufsausübung umfasst, soweit sie auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht).

Hinsichtlich des erheblich weiteren Tätigkeitsbereiches in der Gesundheitspsychologie wird ein Berufsvorbehalt (Abs. 5) normiert. Die „berufsmäßige Ausübung“ und „Berufsausübung“ der Gesundheitspsychologie stellt die regelmäßige und in Ertragsabsicht ausgeübte Tätigkeit dar. Die Absicht einen Ertrag zu erzielen umfasst auch die Erzielung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile zur Schaffung und Erhaltung einer Lebensgrundlage, einschließlich einer nebenberuflichen Einkommensquelle.

Die Begriffe „berufsmäßige Ausübung“ und „Berufsausübung“ werden im Psychologengesetz synonym verwendet.

Folglich wird durch die Regelungen der Abs. 5 und 6 auch Vorsorge dafür getroffen, dass die allfällige Verwendung vor allem gesundheitspsychologischer Beratungs-, Evaluierungs- oder Forschungsmaßnahmen im Rahmen der Ausübung eines anderen Berufes weiterhin erlaubt bleibt, solange diese als integrativer Bestandteil dieses betreffenden Berufes anzusehen sind. Insbesondere wirkt bei überschneidenden Tätigkeiten, die unter berufsspezifischen Aspekten mehreren Berufen zugeordnet sind, der Vorbehalt nicht, weil die betreffende Berufsberechtigung jeweils vorgeht. Damit erübrigt sich eine Bestimmung, wonach andere Bundesgesetze wie das Ärztegesetz 1998, BGBl. I Nr. 169, das Musiktherapiegesetz, BGBl. I Nr. 93/2008, das Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1990, das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, BGBl. I Nr. 198/1997, etc. unberührt bleiben.

Diese Regelung stützt einerseits die interdisziplinäre Arbeit zum Wohl der Patientin (des Patienten), stellt aber gleichzeitig eine Qualitätssicherungsfunktion dar, die ihre Wirkung gegenüber sonstigen Personen entfaltet, die über keine wissenschaftlich-psychologische Ausbildung verfügen.

Der Vollständigkeit halber wird hinsichtlich der Studentinnen (Studenten) der Psychologie angemerkt, dass diese, sofern sie Tätigkeiten im Gesundheitsbereich entfalten, in der Funktion als Hilfsperson unter Anleitung und Aufsicht einer (eines) Berufsangehörigen tätig werden und somit keine Diskrepanz gegeben ist.

Zu § 14 Abs. 1 und 2, § 23 Abs. 1 und 2:

In § 14 Abs. 1 und § 23 Abs. 1 wird die grundlegende Struktur der Ausbildung in Modulen, das gesamte Ausmaß der Theorieeinheiten, die in den anerkannten Ausbildungseinrichtungen zu vermitteln sind, sowie der zeitliche Gesamtrahmen von zumindest einem bis zu höchstens fünf Jahren festgelegt.

§ 14 Abs. 2 sowie § 23 Abs. 2 stellen den allgemeinen Teil der theoretischen Ausbildung, das Grundmodul, dar, in dem die Fachauszubildenden Kenntnisse und Fertigkeiten erwerben sollen, die grundsätzlich notwendig sind, um dem freien Beruf im Gesundheitswesen gemäß eigenverantwortlich handeln zu können. Das Grundmodul vermittelt sowohl für die Ausbildung in Gesundheitspsychologie als auch in Klinischer Psychologie die wesentlichen Grundlagen, weshalb auch in der Folgebestimmung des § 23 Abs. 2 für die Ausbildung in Klinischer Psychologie derselbe Inhalt wiederum angeführt ist.

Dazu gehört neben der Kenntnis der einschlägigen rechtlichen Bestimmungen und insbesondere der berufsrechtlichen Bestimmungen auch die Kenntnis der Struktur, der Einrichtungen des Gesundheitswesens mit ihren jeweiligen Besonderheiten und Abläufen.

Psychologisches Handeln basiert auf ethischen Grundsätzen, die sich auch in Ethikrichtlinien und weiteren fachlichen Richtlinien konkretisieren und auch in Einklang mit den Patientenrechten stehen müssen. Dabei stellen nicht nur die Berufspflichten den Handlungsrahmen psychologischen Handelns dar, sondern es hat auch eine allgemeine Auseinandersetzung mit ethischen Grundsätzen im Hinblick auf die eigene Berufsrolle und die Möglichkeiten und Grenzen psychologischer Interventionen stattzufinden.

Weiters sind Kenntnisse über die Besonderheiten bei der psychologischen Tätigkeit im intra- und extramuralen Bereich, über Möglichkeiten des Schnittstellenmanagements und die Bedingungen für die Zusammenarbeit mit Angehörigen der gleichen Berufsgruppe und mit Angehörigen anderer ärztlicher und nicht ärztlicher Gesundheitsberufe zu vermitteln.

Patientenmanagement, Empowerment von Patientinnen (Patienten) als Möglichkeit der Effizienzsteigerung im österreichischen Gesundheitswesen unter Wahrung der Patientenrechte sind ebenfalls wichtige Bereiche.

Unter Berücksichtigung der von Fachauszubildenden regelmäßig in Evaluationen der absolvierten theoretischen Curricula eingeforderten verstärkten spezifischen Vermittlung von Handlungskompetenzen, sind Ausbildungsinhalte insbesondere im Bereich der Akut- und Krisenintervention und Notfallpsychologie sowie hinsichtlich der Beratungsmethoden und Beratungstechniken erweitert worden. In diesem Zusammenhang ist auch die Parallelität von theoretischer mit praktischer Fachausbildung als unbedingt erforderlich zu sehen.

Ein wesentlicher Faktor psychologischer Tätigkeit ist das Gespräch mit Patientinnen (Patienten) und Angehörigen. Gesprächsführung und Grundsätze der Kommunikation stellen daher einen wesentlichen Anteil der Handlungskompetenz von Psychologen im Gesundheitswesen dar und sollen nun in stärkerem Ausmaß als bisher bei der Ausbildung berücksichtigt werden. Dabei soll auch das Einüben von Fertigkeiten im Kontext einer Ausbildung den Fachauszubildenden die Anwendung im beruflichen Alltag erleichtern. Die Fachauszubildenden sollen verschiedene Beratungsmethoden und Beratungssettings kennenlernen, um bei verschiedenen Patienten- und Personengruppen in verschiedenen Settings Einzel- und Gruppengespräche durchführen zu können. Dabei geht es sowohl um Grundlagen der Kommunikation bezogen auf das psychologische Gespräch, um verschiedene Methoden und Techniken der Gesprächsführung als auch um spezifische Aspekte der Gesprächsführung, die sich durch die Person der Patientin (des Patienten) oder das Störungsbild ergeben. Dabei sind Methoden der Supervision und Mediation einzubeziehen.

Die Fachauszubildenden sollen mit den Methoden der Notfallpsychologie, der Akutintervention und der Krisenbetreuung vertraut gemacht werden, mit dem Ziel bei der Versorgung von Menschen in Not- und Krisensituationen in der Zusammenarbeit mit anderen Helferpersonen und Helfersystemen psychologische Maßnahmen setzen zu können, die der Erstversorgung dienen, vor allem im Hinblick auf die Vermeidung späterer psychischer Störungen. Mit Suizidalität und krisenhaften Entwicklungen umgehen können ist eine wesentliche Voraussetzung für die Ausübung des psychologischen Berufs im Gesundheitswesen.

Auch im Bereich der Psychopharmakologie und Psychopathologie sind ausreichende Kenntnisse zu werden, mit dem Ziel bei der Diagnostik, Beratung und Behandlung von Patienten die verschiedenen Aspekte von Störungsbildern, insbesondere von psychischen Störungen und deren Medikation berücksichtigen zu können, auch im Hinblick auf den Missbrauch von Medikamenten.

Ein wesentlicher Aspekt der Ausbildung ist darauf ausgerichtet psychologische Behandlungsmaßnahmen bei Einzelpersonen, Paaren, Familien, und Gruppen zu planen und durchführen zu können - im Hinblick auf die verschiedenen Aspekte des Störungsbildes und auf die Person des Patienten bzw. auf die Besonderheiten der Patientengruppe - auch im Hinblick auf den Genderaspekt. Die Fachauszubildenden sollen entsprechende Kompetenzen erwerben, um bei unterschiedlichen Problemstellungen Behandlungspläne erstellen zu können und die Behandlungsmaßnahmen unter Einbeziehung qualitätssichernder Maßnahmen und in Abstimmung mit anderen gesundheitsbezogenen Maßnahmen durchzuführen.

Im Rahmen der Ausbildung liegt auch ein besonderer Schwerpunkt bei den Strategien, Methoden und Techniken der Diagnostik, für die im Grundmodul die wesentliche Basis zu festigen ist und im Aufbaumodul die spezifischen Bereiche zu berücksichtigen sind. Die Fachauszubildenden im Grundmodul sollen befähigt werden, auf Grundlage gezielter Auswahl des Einsatzes geeigneter diagnostischer Verfahren und im Rahmen des diagnostischen Prozesses bei verschiedenen Fragestellungen Aussagen über die verschiedenen Aspekte menschlichen Erlebens und Verhaltens zu treffen und Diagnosen stellen zu können sowie auch Empfehlungen für die weitere Vorgangsweise aufzuzeigen. Eine wichtige Voraussetzung dabei ist auch die Kenntnis verschiedener Diagnosesysteme und diagnostischer Verfahren sowie von Leitlinien.

Die Evaluation von psychologischen Leistungen und von anderen gesundheitsbezogenen Leistungen in Bezug auf psychologische Aspekte stellt ebenfalls eine wesentliche Berufsaufgabe dar. In der Ausbildung sollen Methoden der Evaluation und der Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung erworben werden, um sowohl eigene Leistungen aber auch andere Gesundheitsdienstleistungen mit verschiedenen Methoden zu evaluieren und Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sichern und kontrollieren zu können.

Die Erstellung von Befunden und Erstattung von Zeugnissen, Gutachten und Stellungnahmen ist eine weitere Kernkompetenz von Psychologen und mit der Ausbildung sollen Fachauszubildende befähigt werden, schriftliche psychologische Befunde und schriftliche Sachverständigenexpertise abgeben zu können – unter Beachtung der Qualitätskriterien und ethischen Grundsätze für die psychologische Befund- und Gutachtenserstellung.

Zu § 14 Abs. 3:

§ 14 Abs. 3 legt die spezifischen theoretischen Ausbildungsinhalte im Bereich der Gesundheitspsychologie fest. Dieser Teil der Ausbildung folgt auf das vorab erfolgreich abgeschlossene Grundmodul und vermittelt als Aufbaumodul spezifisch den Kompetenzerwerb in Gesundheitspsychologie.

Im Aufbaumodul sollen alle notwendigen theoretischen Kompetenzen erworben werden, die zum Erarbeiten, Umsetzen und Evaluieren gesundheitspsychologischer Konzepte befähigen. Dazu gehört die Auseinandersetzung mit Alltagstheorien von Gesundheit und Krankheit, Kenntnisse über risikobezogene pathogenetische Konzepte sowie über den Einfluss von Faktoren wie Armut und Migration auf das Gesundheitsverhalten, wobei sowohl Genderaspekte als auch kulturspezifische Aspekte zu berücksichtigen sind.

Maßnahmen der Gesundheitsförderung bezogen auf unterschiedliche Lebensalter und Entwicklungsalter in verschiedenen Settings zu planen, durchzuführen und zu evaluieren stellt ebenfalls eine wesentliche Aufgabe von Gesundheitspsychologen dar, die in der Ausbildung entsprechend Raum finden muss, wobei auch Beratungskompetenzen zu vermitteln sind.

Ein besonderer Aufgabenbereich der Gesundheitspsychologie ist das Erstellen psychologischer Konzepte der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung mit dem Ziel, diese in der Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufen und mit Verantwortlichen im Gesundheitswesen implementieren zu können, wobei Qualitätskontrolle und –sicherung eine wichtige Rolle spielen.

Ebenso müssen in der Ausbildung Strategien, Methoden und Techniken der einschlägigen gesundheitspsychologischen Diagnostik und Behandlung in spezifischen Tätigkeitsfeldern vermittelt werden, wobei besonderes Gewicht auf die Schmerz-, Krankheits-, Stressbewältigung sowie die Evaluation gesundheitspsychologischer Maßnahmen zu legen ist und vor allem auch die Bedeutung der Diagnostik von Ressourcen und sozialen Kompetenzen zu vermitteln ist.

Strategien der primären, sekundären und tertiären Prävention und Kenntnisse der Setting spezifischen Selbsthilfemöglichkeiten müssen ebenso vermittelt werden wie gesundheitspsychologische Maßnahmen

unter Berücksichtigung der medizinischen Aspekte im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit Ärztinnen (Ärzten) und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe.

Die Möglichkeiten der Umsetzung von Public-Health-Strategien in Bezug auf jeweils aktuelle gesundheitliche Problemlagen (wie z. B. Zunahme von Essstörungen, Depression, Bewegungsmangel, Demenz und Alzheimer) müssen ebenso vermittelt werden wie Strategien des Gesundheitsmanagement, der Öffentlichkeitsarbeit und Grundlagen der Qualitätsentwicklung und Methoden der Evaluation.

Zu § 15:

Das neue Psychologengesetz verzichtet auf die Vorgabe bestimmter Einrichtungen, in denen die praktische Fachkompetenz zu erwerben ist, sondern stellt inhaltlich auf die konkret zu erbringenden gesundheitspsychologischen Tätigkeiten ab. Für die in jedem Fall erst nach dem erfolgreichen Abschluss des Studiums der Psychologie zu erwerbende facheinschlägige praktische Kompetenz wird ein Mindestausmaß von 1553 Stunden festgelegt, das unabhängig von der begleitenden regelmäßigen Supervision unter Anleitung sowie insbesondere unter Fachaufsicht einer einschlägig qualifizierten Berufsangehörigen zu absolvieren ist. Ziel der Fachaufsicht und zugleich Ausbildungsziel ist es, die Fachauszubildenden schrittweise an die eigenständige Wahrnehmung der beruflichen Aufgaben heran zu führen. Fachaufsicht stellt somit ein wichtiges Bindeglied zwischen Theorie und Praxis dar, weshalb die (der) anleitende Berufsangehörige zumindest eine zweijährige Berufserfahrung aufzuweisen hat. Bei einem interdisziplinären Team ist eine Angehörige (ein Angehöriger) des Teams für die Anleitung zu bestimmen, die (der) keine Berufsangehörige sein muss. Es ist auf eine gleichmäßige Verteilung der in § 15 für Gesundheitspsychologie angeführten Tätigkeitsbereiche zu achten, welche auch konkret auf einem vom Bundesministerium für Gesundheit aufgelegten Formblatt, ähnlich einem Rasterzeugnis, anzuführen, zu bestätigen und der theoretischen Ausbildungseinrichtung zur Prüfung vorzulegen sind.

Da den Erfordernissen der Qualitätssicherung und der Weiterentwicklung der Gesundheitspsychologie Rechnung getragen wird, ist es notwendig geworden, nicht nur die theoretische Ausbildung deutlich zu differenzieren, sondern auch die praktische Ausbildung noch stärker zu akzentuieren. Damit wird gewährleistet, dass jeweils entsprechend den spezifischen Anforderungen Kenntnisse und Fertigkeiten in einem für eine eigenverantwortliche Tätigkeit umfassenden Ausmaß erworben werden.

Insbesondere sind nachstehend angeführte Tätigkeitsbereiche Teil der praktischen Ausbildung im Bereich der Gesundheitspsychologie:

Im Hinblick auf patientenbezogene Aufgaben:

a) gesundheitspsychologische Diagnostik

Anleitung in und Durchführung der Exploration/Anamnese; Einsatz von relevanten Fragebögen, Checklisten; Verhaltensbeobachtung; Behandlungsplan und Besprechung; Befunderstellung.

Inhaltlich ist die Tätigkeit ausgerichtet auf die Erfassung von Ressourcen und Risikofaktoren, die Erhebung des gesundheitsbezogenen Verhaltensrepertoires im Hinblick auf die physische und psychische Gesundheit

b) gesundheitspsychologische Beratung und Behandlung

Anleitung in und Durchführung von Beratung und Informationsvermittlung bei spezifischen Problemstellungen im Rahmen der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung; Psychoedukation; Selbstinstruktionstraining; Vermittlung gesundheitsbezogenen Selbstmanagements; Genustraining; Förderung sozialer Ressourcen; gesundheitspsychologisches Training (Abbau gesundheitsschädigenden Verhaltens, Aufbau von Compliance und aktiver Copingmechanismen); Anwendung technischer Hilfsmittel (Biofeedback); Erlernen einer Entspannungsmethode; Beratung Angehöriger

Inhaltlich ist die Tätigkeit ausgerichtet auf die Vermittlung von Wissen hinsichtlich gesundheitsbezogener Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in physischer und psychischer Hinsicht (etwa Beratung bei Diabetes, Raucherberatung, Stressverarbeitung) mit dem Ziel des Aufbaus von Compliance, Lebensqualität und nachhaltiger Änderungen im Gesundheitsverhalten; Management chronischer oder lebensbedrohlicher Erkrankungen (u.a. Diabetes, Krebs, multiple Sklerose, AIDS); Behandlung psychophysiologischer Störungen (u.a. Kopfschmerz Schlafstörungen); Behandlung therapieresistenter somatischer Probleme (u.a. Schmerz, Operationsangst); Schulung von Patienten im Umgang mit rehabilitativen medizinischen Maßnahmen

c) gesundheitspsychologische Maßnahmen

Anleitung in und Durchführung von psychologische Prävention im Zusammenhang mit Risikoverhalten, Belastungen, noxische Sozialsysteme und Rehabilitation; Inhaltlich ist die Tätigkeit ausgerichtet auf gesundheitsfördernde Maßnahmen wie Stressbewältigungstraining in Betrieben, Durchführung von

psychologisch fundierten Bewegungsprogrammen, Gesundheitsaufklärung in Schulen, aktive Gesundheitsorientierung, Förderung und Stärkung der Selbsthilfepotentiale; psychologische Prävention im Zusammenhang mit Risikoverhalten (u.a. Zigarettenrauchen, mangelnde körperliche Betätigung, sexuelles Risikoverhalten), Belastungen (u.a. Traumata, Arbeitsbelastungen, Schulstress), noxische Sozialsysteme (u.a. problematische Familienstruktur, dysfunktionale Partnerschaft, Mobbing am Arbeitsplatz) und Rehabilitation.

Im Hinblick auf mitarbeiter/-innen- und teambezogene Aufgaben:

Teilnahme an patientenbezogenen Teambesprechungen; Teilnahme an Ärztekonzferenzen; Teilnahme an Psychologenkonzferenzen; Verlaufs- und Übergabebesprechungen im Team; Konzeptbesprechungen im Team sowie Teilnahme an Teamsupervision.

Im Hinblick auf administrative Aufgaben:

Dokumentation der Anamnese, Dokumentation der Einzelinterventionen und des Verlaufs, Erstellen von Informationsmaterial für die Pateinten zu spezifischen, klinisch relevanten Themen.

In Abs. 1 lit. d) wird vorgegeben, dass zum Erwerb ausreichender Einblicke in das Gesundheitswesen und notwendiger Kenntnisse und Fertigkeiten für die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Klinischen Psychologen aber auch mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe, auch für die Qualifikation in Gesundheitspsychologie ein Mindestmaß von 300 Stunden in multiprofessioneller Zusammenarbeit absolviert werden muss. Entsprechende Bestätigungen werden den Rasterzeugnissen zu entnehmen sein.

Zu § 15 Abs. 2 bis 4 und § 24 Abs. 2 bis 4:

Abs. 2 bezieht sich jeweils auf die begleitend zu der jeweils gesundheitspsychologischen oder klinisch-psychologischen fachlichen Tätigkeit in Anspruch zu nehmende Fallsupervision im Mindestausmaß von 100 Einheiten im Bereich Gesundheitspsychologie sowie 120 Einheiten im Bereich Klinischer Psychologie zur professionellen Unterstützung und Reflexion des beruflichen Handelns. Sie hat fachliche Fragestellungen aus verschiedenen Blickwinkeln zum Thema sowie auch die berufliche Rolle und soll die Gestaltung von Arbeitsverhältnissen und die Kooperationsfähigkeit hinterfragen.

Zumindest die Hälfte der Fallsupervision, also 50 bzw. 60 Einheiten, ist durch eine (einen) von der Institution/Einrichtung und anleitenden Funktion unabhängige Berufsangehörige (Berufsangehörigen) durchzuführen. Durch eine von der Institution/Einrichtung unabhängige Supervision soll gewährleistet werden, dass die Fachauszubildenden nicht nur die Sichtweise vor Ort in die Reflexion zum Erwerb der praktischen fachlichen Kompetenz einfließen lassen und eine kritische Auseinandersetzung mit Konzeptfragen und Vorgangsweise auch der Einrichtungen im Hinblick auf alternative Handlungsweisen erleichtert wird.

Abs. 3 etabliert als neuen und unterstützenden persönlichkeitspezifischen Inhalt der praktischen Fachausbildung Selbsterfahrung im Mindestausmaß von 76 Einheiten, die zumindest für 40 Einheiten im Einzelsetting in Anspruch zu nehmen ist und wesentlich zur Erhöhung professioneller Kompetenz beitragen soll. Die Selbstexploration bzw. Selbstreflexion stellen wichtige Wirkfaktoren für die berufliche Arbeit, insbesondere im Sinne der professionellen Aufarbeitung der Selbsterfahrung für eine bessere zwischenmenschliche Verständigung dar. Zumindest zu einem Teil sollte diese Selbsterfahrung auch in der Gruppe absolviert werden, wodurch im Austausch der Fachauszubildenden untereinander auch eine systematische Auseinandersetzung mit der Berufsrolle, mit Erwartungen und Zielvorstellungen möglich werden soll und eine ökonomisch wenig aufwendige Vorgangsweise sichergestellt werden kann.

Um unabhängig von hierarchischen Strukturen die Offenheit und fachliche Freiheit für Reflexion auch über eigene Problemstellungen sowie Strukturen und Arbeitsverhältnisse in der Einrichtung zu gewährleisten, haben gemäß Abs. 4 für die Supervision sowie auch für die Selbsterfahrung und die Anleitung für den praktischen Ausbildungsteil jeweils unterschiedliche Personen, die jedenfalls auch unbefangen zu sein haben, tätig zu werden.

Zu § 16 und § 25:

Wie schon im bisher geltenden Psychologengesetz werden die Voraussetzungen für den Erwerb der Berufsberechtigung festgeschrieben und im Sinne der Patientensicherheit ergänzt um das Erfordernis einer Berufshaftpflichtversicherung, die bei Aufnahme der Berufstätigkeit in Österreich ebenso wie der Arbeitsort bekannt zu geben ist. Das bedeutet aber auch, dass gegenüber der bisherigen Regelung eine Eintragung in die Berufsliste ermöglicht wird und damit auch der Nachweis der erworbenen Qualifikation, auch wenn der Beruf (noch) nicht oder im Ausland ausgeübt wird.

Zu § 17 und § 26:

Die in den Berufslisten geführten Daten haben im Vergleich zur bestehenden Regelung lediglich notwendige Ergänzungen, wie beispielsweise die Verankerung des bereichsspezifischen Personenkennzeichens zur Wahrung des Datenschutzes im Rahmen des E-Governments sowie solche für die aktuellen Anforderungen der Verwaltung notwendige Informationen erfahren. Die Listenführung durch den Bundesminister (die Bundesministerin) für Gesundheit, der (die) sich dabei auch eines Dritten bedienen kann, hat elektronisch zu erfolgen und die öffentlichen Daten sind in geeigneter Weise im Internet allgemein zugänglich zu machen.

Die Berufslisten sind das zentrale und öffentlichkeitswirksame Instrument zur Information über jene Personen, die in Österreich zur berufsmäßigen Ausübung der Gesundheitspsychologie und Klinischen Psychologie berechtigt sind. Hilfesuchenden sollen schnell und zuverlässig die wesentlichen Daten über die Erreichbarkeit der Berufsangehörigen zur Verfügung stehen.

Analog zu vergleichbaren Berufslisten, wie die Musiktherapeutenliste, können fakultative Daten, wie Web-Adresse und die E-Mail-Adresse des Arbeitsortes (der Arbeitsorte), Hinweise auf Arbeitsschwerpunkte und zielgruppenorientierte Spezialisierungen sowie Hinweise auf die Befähigung zur Berufsausübung in Fremdsprachen aufgenommen werden. Mit dieser Möglichkeit soll dem wachsenden Informationsbedürfnis der Patienten (Patientinnen) entsprochen werden. Um in der Vergangenheit 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. Diese Regelung hat sich bereits im Musiktherapiegesetz bewährt. Ergänzt wird auch die Möglichkeit der Austragung aus der Berufsliste über Antrag des Betroffenen selbst.

Zu § 18 und § 27:

§§ 18 sowie 27 regeln wie bisher die Anmeldung zur Eintragung in die Berufslisten und folgen hierbei im Wesentlichen den bestehenden Regelungen der Gesundheitsberufe. Ergänzend wird festgehalten, dass im Sinne der Berufsausübung am Stand der Wissenschaft ein Arbeitsort jedenfalls deutlich von einem allfälligen Wohnbereich abzugrenzen ist und über die für eine professionelle Berufsausübung erforderliche sachliche und räumliche Ausstattung verfügen muss. Zum Nachweis der gesundheitlichen Eignung, sowohl in somatischer als auch psychischer Hinsicht, wird auf ein ärztliches Zeugnis abgestellt, aber auf eine neuerliche klinisch-psychologische Diagnostik, wie sie bereits vor Eintritt in die postgraduelle Ausbildung gefordert wird, bewusst verzichtet. Typischerweise ist davon auszugehen, dass während der Ausbildungszeit keine die Berufsausübung hinderlichen Veränderungen eingetreten sind, die nicht schon seitens der Ausbildungseinrichtung zu entsprechenden Konsequenzen geführt haben. Andererseits könnte bei Bedarf im Rahmen der ärztlichen Untersuchung eine klinisch-psychologische Diagnostik beauftragt werden. Wird bei unvollständigen Anträgen ein Auftrag zur Verbesserung und allfälliger Nachreichung der Unterlagen in angemessener Frist ungerechtfertigt nicht befolgt, gilt dies als Zurückziehung des Antrages.

Zu § 19 und § 28:

Die Listeneintragung hat gegenüber der bisher bestehenden Regelung keine Neuerungen erfahren. Lediglich für den Fall der Wiedereintragung in die Berufslisten ist der Nachweis des aktuellen Stands der Wissenschaft gefordert, der ab einer ein Jahr übersteigenden Austragung über den Beleg von Fortbildungsnachweisen (Abs. 4), bei einer fünf Jahre übersteigenden Austragung über entsprechende Ausbildungsnachweise (Abs. 5) zu erbringen ist. Diese Maßnahme dient der Sicherung der Patientenrechte auf eine bestmögliche qualitative Behandlung.

Zu § 20 und § 29:

Abs. 1 normiert wie bisher jeweils eine Deklarationspflicht bei Ausübung des Berufes. Diese Pflicht stellt ein wesentliches Merkmal im Sinne des Konsumenten- und insbesondere des Patientenschutzes dar, da damit für Hilfesuchende ein augenfälliges Qualitätsmerkmal mit dem Vertrauen auf eine fundierte Ausbildung im Gesundheitswesen gegeben ist. Der Bezeichnungspflicht kommt wie bisher eine zentrale Bedeutung im Sinne einer größtmöglichen Transparenz zu.

Abs. 2 erlaubt nunmehr jenen Berufsangehörigen, die in die Berufslisten eingetragen sind, aber ihren Beruf nicht (mehr) oder nicht mehr in Österreich ausüben, die Bezeichnung im privaten Bereich weiterhin zu führen. Dies wurde oft als Bedürfnis angemerkt, da auf Grund einer langjährigen Berufslaufbahn häufig eine starke Identifizierung mit dieser Berufsbezeichnung erfolgt ist. Zur Klarstellung gegenüber aktiven Berufsangehörigen ist jedoch ein entsprechender Hinweis auf die Nichtausübung, wie beispielsweise „derzeit nicht ausübend“, „in Ruhe“, „ruhend“, „Tätigkeit eingestellt“ etc., anzuführen.

Abs. 3 regelt den Ausschließlichkeitsanspruch auf die Führung der Berufsbezeichnungen im Zusammenhang mit der Berufsausübung. Dieser Bezeichnungsvorbehalt ist zugleich Ausdruck des gesundheitspsychologischen (§ 20) respektive des klinisch-psychologischen (§ 29) Berufsvorbehalts.

Abs. 4 enthält die entsprechende Verbotsnorm, wonach jede Bezeichnung, die geeignet ist, die Berechtigung zur Berufsausübung der Gesundheitspsychologie oder der Klinischen Psychologie vorzutäuschen, untersagt ist. Somit sind nicht nur der Wortlaut der Berufsbezeichnungen, sondern auch verwechslungsfähige und irreführende Bezeichnungen vom Schutzbereich des Bezeichnungsvorbehalts erfasst.

Abs. 5 ermöglicht neben der Angabe von Arbeitsschwerpunkten auch Hinweise auf qualifizierte zielgruppenorientierte Spezialisierungen, deren Zugehörigkeit zur psychologischen Wissenschaft insoweit gegeben sein muss, dass wissenschaftliche Begründungen der angewendeten Methoden im Sinne einer rational nachvollziehbaren und überprüfbaren Ableitung aus empirisch nachweisbaren oder offen gelegten hypothetischen Prämissen durch adäquate Methoden gegeben sind. Zum anderen ist die Zugehörigkeit zur psychologischen Wissenschaft gemeint, wobei diese im Kontext des Psychologengesetzes anhand des Fächerkanons der psychologischen Ausbildung zu erschließen ist. In diesem Zusammenhang besteht die Anforderung, dass die angewandten Methoden ein gewisses Mindestmaß an Rationalität aufweisen und für ihre Durchführung das typischerweise durch das Studium der Psychologie vermittelte umfassende Wissen erforderlich ist (vgl. OGH-Erkenntnis vom 30.11.2004, SZ 2004/171, zur Begründung der Zugehörigkeit zur medizinischen Wissenschaft: „Wissenschaftliche Begründung bedeutet die rational nachvollziehbare und überprüfbare Ableitung der Erkenntnisse aus empirisch nachweisbaren oder offen gelegten hypothetischen Prämissen durch adäquate Methoden; die Zugehörigkeit zur medizinischen Wissenschaft kann anhand des Fächerkanons der medizinischen Ausbildung erschlossen werden (s. Mazal, Krankheitsbegriff und Risikobegrenzung 246 ff, Heilegger, Ärztlicher Vorbehaltsbereich und Alternativmedizin: Versuch einer Ab- und Eingrenzung, RdM 1999, 135; Aigner/Kierein/Kopetzki, Ärztegesetz 1998², 3 mwN)“, sowie: „Der Begriff der „medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse“ ist nicht mit dem der Schulmedizin gleichzusetzen. Wissenschaftlich fundiert können auch Methoden sein, die (noch) nicht Eingang in die Schulmedizin gefunden haben, wie die Homöopathie und die Akupunktur. Eine auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen gegründete Tätigkeit wird aber - wie oben dargelegt - nur ausgeübt, wenn die angewandte Methode ein gewisses Mindestmaß an Rationalität aufweist und für ihre Durchführung das typischerweise durch das Medizinstudium vermittelte umfassende Wissen erforderlich ist.“). Die erworbenen Kompetenzen, die als Hinweis auf besondere Spezialisierungen in einem Klammerausdruck der Berufsbezeichnung angefügt werden können, sind insbesondere durch mehrjährige (zumindest zwei Jahre), spezifisch ausgerichtete Berufstätigkeit und durch entsprechend absolvierte theoretische Spezialisierungscurricula nachzuweisen. Im Rahmen der dabei zu vermittelnden Theorie soll ein ausgewogenes Verhältnis zu Praxis und Supervision und eine kontinuierliche Lernsituation gegeben sein. Spezialisierungen sind beispielsweise für bestimmte Altersgruppen (Kinder oder alte Menschen) aber auch Arbeitsschwerpunkte, wie etwa Tumorerkrankungen, Neuropsychologie, Abhängigkeitssyndrome oder auch Mediation angedacht. Der Nachweis für eine mehrjährige, spezifisch ausgerichtete Berufstätigkeit kann erbracht werden beispielsweise durch ein Arbeitsverhältnis in einer für den Spezialisierungsbereich einschlägigen Einrichtung oder auch durch eine die praktische einschlägige Tätigkeit begleitende Supervision durch eine im selben Spezialisierungsbereich ausgewiesene Berufsangehörige im Ausmaß von 20 Einheiten.

Zu § 21 und § 30:

Die §§ 21 sowie 30 regeln das Erlöschen der gesundheitspsychologischen oder der klinisch-psychologischen Berufsberechtigung und folgen dabei im Wesentlichen den bisher bestehenden Regelungen. Im Rahmen der von Amts wegen wahrzunehmenden Gründe des Erlöschens der Berufsberechtigung, können insbesondere bei gesundheitlicher Beeinträchtigung Auflagen, Befristungen oder Bedingungen erteilt werden, die eine weitere Berufsausübung der Berufsangehörigen vertretbar machen. Das auf Grund von Fristablauf oder eigenem Verzicht gegebene Erlöschen der Berufsberechtigung wird in der Berufsliste als öffentliches Datum vermerkt, da diesen Berufsangehörigen das Recht zusteht, ihre Berufsbezeichnung mit dem Hinweis auf Nichtausübung (vgl. §§ 20 und 29) zu führen. Das Erlöschen der Berufsberechtigung aus den weiteren genannten Gründen führt zu einer Streichung aus der Berufsliste, wobei behördenintern der bisherige Eintrag evident zu halten ist, insbesondere im Hinblick auf eine allfällige Wiedereintragung.

Der vorliegende Entwurf orientiert sich mit den Regelungen der Abs. 4 bis 7 hinsichtlich des Verlusts der Vertrauenswürdigkeit am Musiktherapiegesetz, welches im Jahr 2008 einen neuen Weg aufgezeigt hat.

Mangels Schaffung eines 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. Die Ethikrichtlinie und weitere die Berufspflichten konkretisierende Richtlinien bieten insbesondere Anhaltspunkte für die Berufsausübung nach bestem Wissen und Gewissen, insbesondere im Hinblick auf die Lauterkeit der Ziele und der Qualität der Arbeit etc., die sich an den ethischen Richtlinien zu orientieren hat ebenso wie an allen im Zusammenhang mit der Berufstätigkeit einschlägigen bundes-, landes- und auch gemeinschaftsrechtliche Normen, die zu beachten sind.

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 Betreffenden zukommt oder nicht (vgl. insb. VwGH 21.12.1999, 97/19/0787). Der Betreffende 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 Betreffenden zu berücksichtigen. Der entscheidende Gesichtspunkt ist hierbei, dass sich die zuständige Behörde auf die Vertrauenswürdigkeit des Betreffenden 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 Abs. 4 bis 7 der §§ 21 und 30 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 Patientinnen (Patienten) und der Allgemeinheit im Hinblick auf eine verlässliche Berufsausübung durch Berufsangehörige der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie berücksichtigen.

Abs. 4 nennt im Rahmen einer demonstrativen Aufzählung zwei Fälle des Wegfalls der Vertrauenswürdigkeit:

So fällt die Vertrauenswürdigkeit einerseits weg, wenn die Berufspflichten gröblich verletzt wurden oder trotz Mahnung wiederholt gegen Berufspflichten verstoßen wurde 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 die Berufspflichten zwar gröblich verletzt oder trotz Mahnung wiederholt gegen die Berufspflichten verstoßen wurde, diese Pflichtenverletzung jedoch die Vertrauenswürdigkeit nicht gänzlich beseitigt hat und keine geeigneten Maßnahmen getroffen wurden, die für die Zukunft eine verlässliche Berufsausübung erwarten lassen (Z 2).

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

Abs. 5 enthält sodann eine demonstrative Aufzählung geeigneter Maßnahmen im Sinne des Abs. 4 Z 2: Diese umfassen jedenfalls die förmliche Entschuldigung, die Mitwirkung bei einer geeigneten und anerkannten Form von alternativer Streitbeilegung, die Absolvierung von Selbsterfahrung, von Supervision, die Wiederholung von Ausbildungsteilen Fachausbildung, die Rückzahlung der durch die gesundheitspsychologische oder klinisch-psychologische 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 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 Pflichtenverstößes dienen. Mit der Vielseitigkeit und Unterschiedlichkeit der einzelnen Maßnahmen soll der Vielschichtigkeit der Anforderungen an die Vertrauenswürdigkeit Rechnung getragen werden.

Entscheidender Faktor für den Erfolg solcher Maßnahmen ist die Mitwirkung des/der betroffenen Berufsangehörigen. In diesem Sinne hält Abs. 7 ausdrücklich fest, dass die Beweislast für den Nachweis des Bestehens der Vertrauenswürdigkeit der/die Berufsangehörige trägt.

In diesem Zusammenhang ist insbesondere im Hinblick auf die Stellungnahme des Bundeskanzleramtes-Verfassungsdienst im Rahmen des allgemeinen Begutachtungsverfahrens zum Musiktherapiegesetz, 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 Willkürschanke 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.

Gemäß Abs. 6 wird, sofern der/die Berufsangehörige die zu treffende Maßnahme oder Maßnahmen gemäß Abs. 5 nicht bereits auf Grund einer formlosen Aufforderung trifft, die Verpflichtung des Bundesministers (der Bundesministerin) für Gesundheit zur Erlassung eines Bescheids bezüglich der zu treffenden Maßnahme oder Maßnahmen normiert. Bei der Feststellung der vom/von der Berufsangehörigen zu treffenden Maßnahmen hat der Bundesminister (die Bundesministerin) für Gesundheit die Interessen von Geschädigten, das öffentliche Wohl und das Vorliegen von Gefahr im Verzug angemessen zu berücksichtigen.

Das Nichtabsolvieren von auferlegten Maßnahmen wirkt sich gemäß §§ 21 und 30 Abs. 4 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 § 22:

Die Klinische Psychologie gemäß Abs. 1 beschreibt die berufliche Ausübung vor allem in der Diagnostik, Krankenbehandlung, Befund- und Gutachtenserstellung von Menschen mit psychischen Störungen und mit somatischen Störungen, bei denen psychische Aspekte eine Rolle spielen, im Vordergrund. Insbesondere befassen sich Klinische Psychologinnen und Klinische Psychologen mit Menschen in psychischen Extremsituationen, mit psychischen Folgen akuter Belastungen, mit Entwicklungskrisen und mit psychischen Krisen, insbesondere mit krankheitswertigen Zustandsbildern. Dabei haben Qualitätssicherung, Qualitätskontrolle und Evaluation ebenso wie die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Vertretern anderer Gesundheitsberufe besondere Bedeutung.

Abs. 2 nennt die zwei unter Tätigkeitsvorbehalt stehenden Bereiche der klinisch-psychologischen Diagnostik sowie der Erstellung von klinisch-psychologischen Befunden und Gutachten sowie Stellungnahmen, da für deren Ausübung die fachliche Kompetenz der Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen unablässig ist. Unter einem Tätigkeitsvorbehalt versteht man einen generellen Ausschließlichkeitsanspruch auf die Ausübung von Tätigkeiten, unabhängig davon, ob diese berufsmäßig oder nicht berufsmäßig ausgeübt werden. Der Gesetzgeber schließt andere als die im Gesetz genannten Personen bereits von der einmaligen Ausübung einer in den Tätigkeitsvorbehalt fallenden Tätigkeit aus.

Die unter Z 1 genannte klinisch-psychologische Diagnostik besteht in der Beschreibung, Klassifikation, Erklärung, Prognose und Evaluation in den genannten Bereichen der Klinischen Psychologie. Der diagnostische Prozess ist als hypothesen- und theoriengeleitetes Handeln zu verstehen, das von psychologischen Modellen und Theorien ausgeht und sich verschiedener psychologischer Instrumente (Checklisten, strukturierte Leitfäden, Interviews, Testverfahren, apparative Verfahren) bedient. In der Diagnostik orientieren sich Klinische Psychologinnen und Klinische Psychologen sowohl an theoretisch

fundierten und empirisch begründeten psychologischen Konzepten (Merkmale, Dimensionen) als auch an in der Klassifikation psychischer Störungen anhand international gebräuchlicher Klassifikationsschemata (ICD-10, DSM-IV). In engem Zusammenhang mit Diagnostik stehen die unter Z 2 genannten Tätigkeitsbereiche des Erstellens von klinisch-psychologischen Stellungnahmen, Befunden und Gutachten.

§ 22 Abs. 3 nennt weitere, von der Klinischen Psychologie umfasste wichtige Tätigkeitsbereiche, die dem Berufsschutz unterliegen. Im Unterschied zu oben genanntem Tätigkeitsschutz schließt der Gesetzgeber andere als die im Gesetz genannten Berufsberechtigten nicht schon von der einmaligen Ausübung einer in das Berufsbild fallenden Tätigkeit aus, sondern erst dann, wenn diese einzelne Tätigkeit oder auch mehrere oder alle Tätigkeiten des Berufsbildes berufsmäßig ausgeübt werden. Zum Begriff „berufsmäßig“ darf auf die Erläuterungen zu § 13 verwiesen werden.

Die Z 1 des Abs. 3 führt die klinisch-psychologische Behandlung an, die bewusst nicht in den Tätigkeitsvorbehalt eingeordnet wurde, da die klinisch-psychologische Behandlung als übergreifendes Konzept von verschiedenen Behandlungstechniken und Behandlungselementen anzusehen ist, die sich alle auf die empirische Psychologie beziehen und beim menschlichen Erleben und Verhalten ansetzen. Ebenso wie beim Begriff der ärztlichen Behandlung ist bestimmend, dass darunter die Gesamtheit von Ansätzen und Techniken in der Krankenbehandlung zu verstehen ist, die auf der Medizin als Wissenschaft beruhen und von Ärzten ausgeübt werden. Sohin umfasst der Begriff klinisch-psychologische Behandlung die Gesamtheit der Behandlungsansätze, die auf der wissenschaftlichen Psychologie beruhen und in der Krankenbehandlung von Klinischen Psychologinnen (Klinischen Psychologen) ausgeübt werden – ohne schulenspezifisch zu sein. Die Verwendung einzelner klinisch-psychologischer Techniken und Methoden im Rahmen der Ausübung eines anderen Berufes wird daher weiterhin erlaubt bleiben, solange diese als integrativer Bestandteil des betreffenden Berufes anzusehen sind.

Im Regelfall geht die klinisch-psychologische Behandlung von einer vorausgehenden klinisch-psychologisch-diagnostischen Klärung aus und kann in unterschiedlichen Settings stattfinden. Sie orientiert sich an empirisch fundierten Erklärungsansätzen und Modellen der gesamten Psychologie. Aus Beobachtung, Einteilung und Ordnung psychischer Funktionen (von Wahrnehmung bis hin zu Problemlöseprozessen) – zusätzlich zur klinisch-psychologischen Diagnostik psychischer Störungen mittels gängiger Klassifikationssysteme (ICD; DSM) – sollen Informationen und Interpretationen gewonnen werden, um daraus Interventionen abzuleiten. Unter klinisch-psychologischer Behandlung werden jene Interventionen subsumiert, die sich originär aus der Psychologie als Wissenschaft heraus ergeben. Deshalb weist die klinisch-psychologische Behandlung eine sehr hohe Affinität zur empirischen Grundlagenforschung auf und schöpft somit aus den bereits im Studium der Psychologie zu vermittelnden wissenschaftlichen Erkenntnissen verschiedenster Fachbereiche der Psychologie (insbesondere aus Entwicklungspsychologie, Sozialpsychologie, Persönlichkeitspsychologie, Emotionspsychologie, Kognitionspsychologie, Neuropsychologie, Motivationspsychologie). Es entspricht dem methodischen Vorgehen der Klinischen Psychologie, die angewandten Methoden einer Erfolgsprüfung und Evaluation zu unterziehen. In diesem Zusammenhang stehen Fragen hinsichtlich der Wirksamkeit und Effizienz im Vordergrund. Der Fokus ist also auf Überschaubarkeit, Nachvollziehbarkeit und Wiederholbarkeit wirkungsvoller klinisch-psychologischer Interventionen gerichtet. Ein weiteres wesentliches Kriterium klinisch-psychologischer Behandlung ist die Problem- und Ressourcenanalyse. Bei einer Person sollen nicht nur Defizite, Schwierigkeiten und Schwächen erfasst werden, sondern auch die vorhandenen Ressourcen. Im Rahmen der klinisch-psychologischen Behandlung werden sowohl im Sinne der Psychoedukation viele Informationen gegeben als auch konkrete Hilfsmaßnahmen geplant. Außerdem steht die Fertigkeiten- und Funktionsorientierung (u.a. soziales Kompetenztraining, Stressmanagement, Konzentrationstraining) im Vordergrund.

Im Rahmen umfassender klinisch-psychologischer Interventionen seien insbesondere folgende Bereiche hervorgehoben:

Bewältigung bei Belastungssituationen insbesondere bei somatischen Erkrankungen, genetischer Prädisposition etc. (umfasst psychische Vorgänge, die mit Entstehung, Prävention, Bewältigung, Behandlung und Rehabilitation körperlicher Erkrankungen zusammen hängen wie etwa neurologische, endokrinologische, kardiovaskuläre, immunologische Erkrankungen).

Chronische Schmerzbehandlung erfolgt einerseits in der kognitiven Auseinandersetzung mit Schmerz und andererseits in der Vorbereitung auf mögliche kommende Schmerzattacken, Emotionsregulation und Antizipation spielen hier eine große Rolle.

Neuropsychologische Rehabilitation, z. B. im Zusammenhang mit Schädel-Hirn-Traumen nach schweren Unfällen, umfasst neben der Förderung elementarer psychologischer Funktionen („Skills Training“, zum

Einsatz kommen Merkfähigkeits-, Konzentrationstrainings ebenso wie Emotionstraining) auch eine Orientierung an intakten Hirnfunktionen und die Einbeziehung der Störung in den Prozess der Informationsverarbeitung.

Konkrete klinisch-psychologische Interventionen in der Kardiologie sind Hilfe bei der Krankheitsbewältigung, Stressmanagement, Entspannung, Raucherbehandlung, psychologische Operationsvorbereitung vor einem Herzeingriff und Techniken zur Angstreduktion.

Ziel der klinisch-psychologischen Behandlung bei Tumorpatienten ist die Verringerung der affektiven Belastungen durch die Diagnose Krebs. Weitere Themen sind hier Verlängerung des Rezidiv freien Intervalls und der Überlebensdauer wie auch Begleitung, wenn es keine medizinischen Behandlungsmöglichkeiten mehr gibt.

Bei Patienten mit Stoffwechselerkrankungen wird versucht, das Selbstmanagement zu unterstützen und zu fördern und damit Aufenthalte im Krankenhaus zu verringern. Die Interventionen zielen jeweils auf Krankheitsverarbeitung und –bewältigung ab.

Weiters ist insbesondere auch die unter Abs. 3 Z 2 unter Berufsschutz stehende klinisch-psychologische Beratung als wesentlicher Tätigkeitsbereich zu nennen, bei der es sich um die Vermittlung klinisch-psychologischen Fachwissens, um die Klärung an Hand psychologischer Modelle und psychologischen Hintergrundwissens z. B. in Bezug auf Störungsbilder, aufrechterhaltende Bedingungen von psychischen Störungen, Veränderungsmöglichkeiten und auch im Hinblick auf mögliche Ansätze der klinisch-psychologischen und der psychotherapeutischen Behandlung handelt. Da es sich bei dieser umfassenden Beratungstätigkeit um eine schwer abgrenzbare Querschnittsmaterie handelt, ist psychosoziale Beratung häufig als wichtiges Element auch im Berufsbild anderer Gesundheitsberufe integriert. Es wird daher im Sinne umfassender Betreuung von Patienten dafür kein Tätigkeitsvorbehalt normiert und kann somit im Einzelfall durch eine andere qualifizierte Person zur Anwendung kommen. Klinisch-psychologische Beratung kann unterschiedliche Zielrichtungen haben und sich verschiedener Beratungstechniken bedienen, wie beispielsweise Informationsvermittlung, lösungsorientierte Beratung, Konfliktgespräch etc. Die Vermittlung eines Krankheitsmodells durch die Klinischen Psychologinnen (Klinischen Psychologen), das für die Patientinnen (die Patienten) verständlich und akzeptabel ist und das den Einsatz einer medikamentösen Behandlung psychischer Beschwerden erklärt, ist unerlässlich. Dies gilt besonders dann, wenn eine langfristige ärztliche Behandlung mit Psychopharmaka notwendig wird, um die Compliance zu erhöhen und Rückfälle zu vermeiden.

Zu § 22 Abs. 4 bis 6 wird auf die Erläuterungen zu § 13 Abs. 4 bis 6 verwiesen, da es sich um die analoge Regelung betreffend Tätigkeitsvorbehalt und Berufsschutz handelt.

Zu § 23 Abs. 3:

§ 23 Abs. 3 legt die spezifischen theoretischen Ausbildungsinhalte im Aufbaumodul für den Bereich der Klinischen Psychologie fest. Dieser Teil der Ausbildung folgt auf das vorab erfolgreich abgeschlossene Grundmodul und vermittelt den spezifischen theoretischen Kompetenzerwerb in Klinischer Psychologie.

Im Aufbaumodul sollen alle notwendigen theoretischen Kompetenzen vermittelt werden, die insbesondere auf die klinisch-psychologische Differentialdiagnostik sowie die spezifische Behandlung sämtlicher psychischer Störungen, der Suizidprophylaxe, der Affekt- und Aggressionskontrolle, Angstverarbeitung, Konflikt- und Stressbewältigung und vieles mehr gerichtet sind. Im Laufe einer klinisch-psychologischen Behandlung werden meist mehrere Methoden kombiniert. Für eine Reihe von Erkrankungen oder Problemlagen sind umfangreiche Behandlungsprogramme zu entwickeln und kennen zu lernen, wie z. B. spezielle neuropsychologische Trainingsprogramme für die Behandlung nach Verletzungen oder Erkrankungen des Gehirns, verhaltensverändernde Programme zur Bewältigung von Angst und Stress und von Konflikten oder das integrierte psychologische Therapieprogramm für schizophrene Patienten, um nur einige anzuführen. Besonderes Augenmerk ist auf klinisch-psychologische Behandlungsprogramme von Kindern zu legen, wie bei Teilleistungsstörungen durch Verbesserung des Selbstwertgefühls des Kindes, Symptomtraining und Vermittlung von Entspannungstechniken und Angstbewältigungsstrategien, Elternberatung und allfällige Einbeziehung der Bezugspersonen in die Behandlung der Kinder.

Einen wesentlichen Aspekt der klinisch-psychologischen Berufstätigkeit, dem schon in der Ausbildung Rechnung zu tragen ist, stellt die interdisziplinäre Zusammenarbeit dar, insbesondere im Hinblick auf die Kenntnisse und Berücksichtigung der medizinischen Aspekte der verschiedenen Krankheits- und Störungsbilder. Auch durch Vermittlung von Kenntnissen im Rahmen des Patienten- und Schnittstellenmanagements soll die Optimierung und Koordination aller zur Patientenversorgung notwendigen Prozesse erreicht werden, wie Aufnahme- und Entlassungsmanagement sowie strukturierte Koordination aller an der Prozesssteuerung beteiligten internen und externen Leistungserbringenden. Ziel

ist es im Sinne der Patientinnen und Patienten die Aufgaben und Abläufe – inklusive Kodierung – aller in der klinischen Patientenversorgung tätigen Professionen zu kennen und damit die hochwertige Versorgungsqualität zu sichern und Kontinuität für alle Beteiligten herzustellen.

Zu § 24 Abs. 1:

Das neue Psychologengesetz verzichtet, wie schon bei § 15 zum Bereich der Gesundheitspsychologie angemerkt, auf die Vorgabe bestimmter Einrichtungen, in denen die praktische Fachkompetenz zu erwerben ist, sondern stellt inhaltlich auf die konkret zu erbringenden klinisch-psychologischen Tätigkeiten ab. Für die in jedem Fall erst nach dem erfolgreichen Abschluss des Studiums der Psychologie zu erwerbende facheinschlägige praktische Kompetenz wird ein Mindestausmaß von 2098 Stunden festgelegt, das unter Anleitung sowie insbesondere unter Fachaufsicht der einschlägig qualifizierten Berufsangehörigen mit zumindest zweijähriger Berufserfahrung zu absolvieren ist. Bei einem interdisziplinären Team ist eine Angehörige (ein Angehöriger) des Teams für die Anleitung zu bestimmen, die (der) keine Berufsangehörige sein muss. Ziel der Fachaufsicht und zugleich Ausbildungsziel ist es, die Fachauszubildenden schrittweise an die eigenständige Wahrnehmung der beruflichen Aufgaben heran zu führen. Fachaufsicht stellt somit ein wichtiges Bindeglied zwischen Theorie und Praxis dar. Es ist auf eine gleichmäßige Verteilung der in § 24 für Klinische Psychologie angeführten Tätigkeitsbereiche zu achten, welche auch konkret auf einem vom Bundesministerium für Gesundheit aufgelegten Formblatt, ähnlich einem Rasterzeugnis, anzuführen, zu bestätigen und der theoretischen Ausbildungseinrichtung zur Prüfung vorzulegen sind.

Da den Erfordernissen der Qualitätssicherung und der Weiterentwicklung der Klinischen Psychologie Rechnung getragen wird, ist es notwendig geworden, nicht nur die theoretische Ausbildung deutlich zu differenzieren, sondern auch die praktische Ausbildung noch stärker zu akzentuieren. Damit wird gewährleistet, dass jeweils entsprechend den spezifischen Anforderungen Kenntnisse und Fertigkeiten in einem für eine eigenverantwortliche Tätigkeit umfassenden Ausmaß erworben werden.

Insbesondere sind nachstehend angeführte Tätigkeitsbereiche Teil der praktischen Ausbildung im Bereich der Klinischen Psychologie:

Im Hinblick auf patientenbezogene Aufgaben:

a) klinisch-psychologische Diagnostik

Durchführung von Exploration/Anamnese; psychologische Untersuchungen; Auswertung und Interpretation; Diagnosestellung anhand international gebräuchlicher Klassifikationsschemata (ICD-10, DSM-IV), Indikationsstellung für spezielle Behandlungsmaßnahmen.

Inhaltlich ist die Tätigkeit ausgerichtet auf die Anleitung und Durchführung in der Beschreibung, Klassifikation, Erklärung, Prognose und Evaluation im Hinblick auf psychische und somatische Störungen, bei denen psychische Aspekte eine Rolle spielen, bei psychischen Extremsituationen und den psychischen Folgen akuter Belastungen, bei Entwicklungskrisen und psychischen Krisen, insbesondere bei krankheitswertigen Zustandsbildern, sowie im Erstellen von psychologischen Stellungnahmen, Befunden, Gutachten und Zeugnissen. Fachaufsicht bei und selbst bedienen von verschiedenen psychologischen Instrumenten (Checklisten, strukturierte Leitfäden, Interviews, Testverfahren, apparative Verfahren).

b) klinisch-psychologische Beratung

Fachanleitung bei und Durchführung von Einzelberatung von Patientinnen (Patienten); Gruppenberatung von Patientinnen (Patienten); Angehörigenberatung

Inhaltlich ist die Tätigkeit ausgerichtet auf die Fachaufsicht bei und Durchführung der Vermittlung psychologischen Fachwissens, Klärung anhand psychologischer Modelle und psychologischen Hintergrundwissens z.B. in Bezug auf Störungsbilder, Veränderungsmöglichkeiten und auch im Hinblick auf mögliche Ansätze der klinisch-psychologischen Beratung und der psychotherapeutischen Behandlung (Informationsvermittlung, lösungsorientierte Beratung, Konfliktgespräch).

c) klinisch-psychologische Behandlung

Fachanleitung in und Durchführung von methodenübergreifenden theoriegeleiteten Interventionen und Maßnahmen, insbesondere Krisenintervention, Operationsvorbereitung, psychoedukative Maßnahmen, Stabilisierungstechniken, Ressourcenarbeit, Compliancearbeit, Entspannungstechniken

Inhaltlich ist die Tätigkeit ausgerichtet auf die Planung der Art und des Umfangs der psychologischen Behandlungsangebote für Patienten; Fachanleitung und Durchführung bei klinisch-psychologischen Interventionen zu einzelnen Symptomen und Funktionen, wie beispielsweise in Form von Gedächtnistraining, kognitiven Training, bis zu komplexen Behandlungsprogrammen, die verschiedene -

kognitive, emotionale, verhaltensbezogene, soziale - Aspekte eines Störungsbildes erfassen. Apparative Unterstützung, wie beispielsweise mit Hilfe von Biofeedback oder computergestütztes kognitives Training und psychoedukative Ansätze, die motivierende, unterstützende und übende Funktion haben; ebenso integrativer Einsatz verschiedener psychologischer Interventionstechniken, wie notfallpsychologische Interventionen oder Akutbetreuung nach extrem belastenden Ereignissen.

Im Hinblick auf mitarbeiter/-innen- und teambezogene Aufgaben:

Teilnahme an patientenbezogenen Teambesprechungen; Teilnahme an Ärztekonzferenzen; Teilnahme an Psychologenkonzferenzen; Verlaufs- und Übergabebesprechungen im Team; Konzeptbesprechungen im Team; Teilnahme an Teamsupervision.

Im Hinblick auf administrative Aufgaben

Dokumentation der Anamnese; Dokumentation der Einzelinterventionen und des Verlaufs; Erstellen von Informationsmaterial für die Pateinten zu spezifischen, klinisch relevanten Themen.

In Abs. 1 lit. d) wird vorgegeben, dass zum Erwerb umfassender Einblicke in das Gesundheitswesen und notwendiger Kenntnisse und Fertigkeiten für die interdisziplinäre Zusammenarbeit, insbesondere mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe, für die Qualifikation in Klinischer Psychologie ein hohes Maß der Tätigkeit in multiprofessioneller Zusammenarbeit zu absolvieren ist. Dabei ist darauf zu achten, dass diese Zusammenarbeit in verschiedenen Konstellationen häufig wiederkehrend die gesamte praktische Fachausbildungszeit begleitet, was den jeweiligen Bestätigungen in den Rasterzeugnissen zu entnehmen sein wird.

Zum 4. Abschnitt:

Die §§ 31 bis 40 geben berufsethische Grundsätze wieder, die für jede Berufsangehörige (jeden Berufsangehörigen) handlungsleitend sein müssen und in der Formulierung der einzelnen Berufspflichten normativen Gehalt gewinnen. Dies bedeutet umgekehrt, dass sich aus diesen Berufspflichten zwingend Patientinnen-/Patientenrechte ableiten lassen. Die Ausgestaltung der Berufspflichten folgt einerseits dem bisherigen Psychologengesetz und wird in Anlehnung an die in anderen Gesundheitsberufsgesetzen, insbesondere dem Musiktherapiegesetz, vorgenommenen Aktualisierungen und Konkretisierungen ergänzt. Der vorgesehene Pflichtenkatalog soll den modernsten Ansprüchen gerecht werden.

Zu § 31:

Adressaten der im § 31 verankerten Meldepflichten zur Sicherstellung der Richtigkeit und Aktualität der Daten in den Berufslisten sind die Gesundheitspsychologinnen (Gesundheitspsychologen) und Klinischen Psychologinnen (Klinischen Psychologen). Diese Meldepflichten stellen eine Berufspflicht dar und beziehen sich sowohl auf die obligatorischen, als auch auf die fakultativen Daten. Insbesondere hervorgehoben sind die für einen Nachweis der Berufstätigkeit an sich erforderlichen Daten.

Zu § 32:

Mit § 32 wird ein Bündel von grundlegenden Berufspflichten normiert, da die Berufsausübung lege artis einen zentralen Grundsatz darstellt.

Die Verpflichtung, den Beruf mit psychologisch-wissenschaftlichen Methoden auszuüben, steht in einem direkten Zusammenhang zur Berufsumschreibung sowohl des § 13 als auch des § 22. Darüber hinaus ist die Entwicklung der Erkenntnisse der Wissenschaft stets zu beachten. Dies trifft nicht nur auf die Psychologie, sondern auch auf verwandte, berufsrelevante Wissenschaften, wie insbesondere Medizin, Psychotherapie und Musiktherapie zu. Diese Verpflichtung ist insbesondere durch die Einhaltung der Fortbildungspflicht gemäß § 33 zu erfüllen.

Als weiterer zentraler Eckpfeiler einer sorgfältigen Berufsausübung wird ein Handeln „nach bestem Wissen und Gewissen“ gefordert. Durch diese Begrifflichkeit, die aus dem bestehenden Psychologengesetz wieder übernommen wurde und sich auch im Psychotherapiegesetz und Musiktherapiegesetz findet, kann spezifischen berufsethischen Prinzipien, die im Rahmen des Berufspflichtenkatalogs nicht explizit angesprochen werden, bei der Auslegung des § 32 Rechnung getragen werden. Die Berufsausübung basiert grundsätzlich auf ethischen Grundsätzen, die sich auch in Ethikrichtlinien und weiteren fachlichen Richtlinien konkretisieren und auch in Einklang mit den Patientenrechten stehen müssen

Zudem wurde die bewährte ärzte- und musiktherapiegesetzliche 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.

§ 32 Abs. 2 nennt die für freie Berufe typische Verpflichtung zur persönlichen und unmittelbaren Berufsausübung. Der Kooperationspflicht mit Berufskolleginnen (Berufskollegen) und Vertreterinnen (Vertretern) anderer Wissenschaften oder anderer 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), Psychotherapeuten (Psychotherapeutinnen) oder Musiktherapeuten (Musiktherapeutinnen) erforderlichenfalls mit Berufsangehörigen der Gesundheitspsychologie oder der Klinischen Psychologie zusammenarbeiten müssen. Diesbezügliche Pflichten ergeben sich aus den entsprechenden Berufsgesetzen und deren Vorgaben für eine sorgfältige Berufsausübung.

§ 32 Abs. 2 zweiter Satz erlaubt die Heranziehung von Hilfspersonen, insbesondere der Fachauszubildenden. Mit der Vorgabe, dass diese nach den genauen Anordnungen von und unter Aufsicht der selbständig berufsberechtigten Berufsangehörigen zu handeln haben, kann der Praxis ein qualitätsgesicherter und zugleich lebensnaher Anwendungsbereich angeboten werden.

Diese berufsrechtlich zulässige Vorgangsweise kann aber durch andere spezifische Regelungen eine Einschränkung erfahren, wie beispielsweise durch Regelungen von Sozialversicherungsträgern oder sonstigen Kostenträgern im Zusammenhang mit psychologischen Leistungen.

§ 32 Abs. 3 werden die zivil- und strafrechtlichen Grundsätze der Einwilligung in Heilbehandlungen zur Berufspflicht erhoben.

Mit § 32 Abs. 4, wonach sich Berufsangehörige bei der Berufsausübung auf jene gesundheitspsychologischen oder jene klinisch-psychologischen Arbeitsgebiete und Behandlungsmethoden zu beschränken haben, in denen sie nachweislich ausreichende Kenntnisse und Erfahrungen erworben haben, steht in unmittelbarem Kontext zu § 32 Abs. 1. Diese Berufspflicht sichert 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 Berufsangehörigen im Rahmen ihrer Berufsausübung nach bestem Wissen und Gewissen. Diese Bestimmung ist jedoch nicht zu verwechseln mit den Bestimmungen betreffend die Berufsbezeichnungen und die dort eröffnete Möglichkeit, der Berufsbezeichnung einen Klammerausdruck anzufügen mit dem Hinweis auf eine zielgruppenorientierte Spezialisierung. Dieses öffentliche Ausweisen einer Spezialkompetenz wird zur Orientierung für den nachweislichen Kompetenzerwerb an eine fünfjährige schwerpunktspezifische Tätigkeit geknüpft oder auch an spezialisierte Weiterbildungscurricula.

§ 32 Abs. 5 legt wie bisher fest, dass bei einem Rücktritt von der Behandlung die Berufsangehörigen diese Absicht so rechtzeitig mitzuteilen haben, dass die weitere psychologische Versorgung sichergestellt werden kann. Dies stellt eine Regelung im Sinne der Vorgaben des § 32 Abs. 1 zum Wohl der Kranken bzw. dem Schutz der Gesunden dar.

§ 32 Abs. 6 hält in Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung ausdrücklich eine klare Pflicht zur Rechnungslegung für die erbrachten Leistungen fest.

Zu § 33:

Das Ausmaß der Fortbildungspflicht von 150 Einheiten innerhalb eines Zeitraumes von fünf Jahren erweitert den bisherigen zeitlichen Rahmen von drei Jahren. Personen, die über eine Berufsberechtigung entweder in Klinischer Psychologie oder in Gesundheitspsychologie verfügen, haben daher dieser Fortbildungsverpflichtung nachzukommen. Darüber hinaus ist aber davon auszugehen, dass bei doppelt qualifizierten Berufsangehörigen (in Klinischer Psychologie und in Gesundheitspsychologie) wohl im Rahmen der 150 Fortbildungseinheiten auf Grund der fachlichen Nähe eine gleichartige Fortbildung nachvollziehbar und für beide Seiten die Qualifikation nutzbar ist, sofern zumindest jeweils zu einem Drittel ein spezifischer Fortbildungsteil im Themenbereich der Gesundheitspsychologie und ein spezifischer Fortbildungsteil im Themenbereich der Klinischen Psychologie liegt. Somit wird es unter der Voraussetzung der jeweils 50 Einheiten an spezifischer Fortbildung für die jeweilige Berufsqualifikation als zulässig zu erachten sein, insgesamt mit zumindest 150 Fortbildungseinheiten im gegebenen Zeitrahmen für beide Berufsqualifikationen das Auslangen zu finden. Fachliche berufsbegleitende Supervision wird explizit als eine Form der Fortbildung genannt, da nicht nur theoretische Fortbildung, sondern auch die Reflexion des beruflichen Handelns unter kompetenter Leitung eine wertvolle Kompetenzerweiterung darstellt. Die regelmäßige Fortbildungspflicht bezieht sich auf alle

Berufsangehörigen, die in die Berufslisten eingetragen sind, mit Ausnahme jener Berufsangehörigen, deren Berufsberechtigung als erloschen deklariert ist. Für diese Personen gelten bei Wiederaufnahme der Berufstätigkeit die Regeln gemäß §§ 19 Abs. 4 und 5 sowie 28 Abs. 4 und 5.

Abs. 2 legt fest, dass die absolvierte Fortbildung seitens der Berufsangehörigen alle fünf Jahre dem Bundesministerium für Gesundheit aktiv glaubhaft zu machen ist, und nicht wie bisher nur im Rahmen von Stichprobenüberprüfungen nachzuweisen ist. Anhand eines Formblattes wird in standardisierter Form die Meldung über absolvierte Veranstaltungen, Supervisionen, Literatur etc. zu erstatten sein.

Zu § 34:

§ 34, der die Grundsätze der Aufklärungspflicht deutlicher als bisher normiert, folgt damit dem Beispiel des Zahnärztegesetzes und des Musiktherapiegesetzes. Die Adressatin (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. Die Bestimmung setzt insbesondere die Vorgaben der Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung betreffend Aufklärung über Kosten und Kostentragung um.

Zu § 35:

§ 35 normiert eine umfassende Dokumentationspflicht samt berufsrechtlicher Verankerung des Einsichtsrechts und stellt den Dokumentationsinhalt für Berufsangehörige von Beginn an außer Streit. Diese Bestimmung folgt dem Beispiel des Musiktherapiegesetzes und unterstützt zugleich die Vorbildwirkung für die Dokumentation durch Angehörige anderer Gesundheitsberufe.

§ 35 Abs. 2 verdeutlicht die Dokumentationspflicht als wesentlichen Ausdruck der Berufsausübung nach bestem Wissen und Gewissen, wobei ausdrücklich auf den Schutz der therapeutischen Beziehung besonders Bedacht zu nehmen ist. Die Dokumentation hat nur jene Inhalte zu umfassen, die Gegenstand der gesundheits- oder klinisch-psychologischen Behandlung oder für diese bedeutsam geworden sind.

Darüber hinaus wird im § 35 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 wird daher nicht zusätzlich formuliert. Für eine automationsunterstützte Verwendung, die das Verarbeiten oder Übermitteln der Daten gemäß § 4 DSG umfasst, wird ausdrücklich die schriftliche Einwilligung normiert.

Die Dauer der Aufbewahrungspflicht wird nach dem Vorbild anderer Gesundheitsberufe mit zehn Jahren festgelegt (vgl. § 35 Abs. 3), wobei die Regelungen des Krankenanstaltenrechts unberührt bleiben. Auch nach Beendigung der Berufstätigkeit der selbständig niedergelassenen Berufsangehörigen ist die Aufbewahrungspflicht für die allenfalls noch verbleibende Dauer zu gewährleisten. Bei Berufsausübung in Einrichtungen trifft diese Pflicht wie bisher schon die Träger der Einrichtungen.

§ 35 Abs. 4 und 5 folgen dem Beispiel des Musiktherapiegesetzes und regeln das rechtliche Schicksal der Dokumentation von verstorbenen Berufsangehörigen 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 die Regelungen des Krankenanstaltenrechts zum Tragen kommen.

In die Verwaltung der gesundheits- oder klinisch-psychologischen Dokumentation bei Ableben des/der Berufsangehörigen sind folgende Personen und Stellen eingebunden:

- Der Erbe (die Erbin) oder der sonstige Rechtsnachfolger (die sonstige Rechtsnachfolgerin) des/der verstorbenen Berufsangehörigen,
- das Bundesministerium für Gesundheit,
- der/die Berufsangehörige, der (die) die Dokumentation übernimmt bzw.
- der (die) vom Bundesministerium für Gesundheit 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/die Berufsangehörige zu Lebzeiten dem Bundesministerium für Gesundheit eine/einen Berufsangehörigen, der (die) den Beruf außerhalb einer Einrichtung ausübt und in die Benennung und

Pflichtenübernahme eingewilligt hat, trifft diesen (diese) die Aufbewahrungspflicht. Diese (dieser) darf aber auf Daten nur dann zugreifen, falls die Patientin (der Patient) dem zustimmt.

Wenn der/die Berufsangehörige diesbezüglich keine Vorsorge getroffen hat, so trifft die Aufbewahrungspflicht den (die) vom Bundesministerium für Gesundheit zu bestimmenden Dritten (bestimmende Dritte). Dieser Dritte könnte, ein entsprechendes Einverständnis vorausgesetzt, etwa auch ein psychologischer Berufsverband sein.

Zu § 36:

Hinsichtlich der normierten Auskunftspflicht ist auf die Einschränkung gegenüber dem gesetzlichen Vertreter (der gesetzlichen Vertreterin), dem (der) Vorsorgebevollmächtigten 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/der Berufsangehörigen zur behandelten Person nicht gefährdet. Berufsangehörige trifft bei der Weitergabe von Daten an Dritte eine besondere Sorgfaltspflicht. Nicht nur die Zustimmung der Betroffenen ist Voraussetzung, sondern auch die Frage, wie weit durch die Weitergabe solcher Daten das Wohl der Betroffenen gefährdet ist, muss geklärt werden. Insbesondere wird zu prüfen sein, in welchem Auftrag derjenige tätig ist, an den die Daten weitergegeben werden sollen.

Abs. 3 normiert ausdrücklich die Auskunftspflicht über notwendige Daten, die für Erbringung von Leistungen durch Sozialversicherungsträger oder sonstige Kostenträger erforderlich ist.

Zu § 37:

§ 37 Abs. 1 entspricht der bisherigen Verschwiegenheitspflicht Klinischer Psychologinnen (Klinischer Psychologen) und Gesundheitspsychologinnen (Gesundheitspsychologen), für Psychotherapeutinnen (Psychotherapeuten) sowie Musiktherapeutinnen (Musiktherapeuten) und schließt neben den Hilfspersonen nunmehr explizit auch die Auszubildenden ein. Demnach werden wie bisher zur Wahrung des besonderen Vertrauensverhältnisses keine Durchbrechungstatbestände vorgesehen.

§ 37 Abs. 2 adaptiert die bisherige Regelung nur insofern, als klargestellt wird, dass als Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts der Patientin (des Patienten) 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. Eine allfällige Entbindung durch die vertretende Rechtsanwältin (den vertretenden Rechtsanwalt) ist erst nach ausdrücklich dafür erteilter Vollmacht zulässig. Auch ist grundsätzlich davon auszugehen, dass eine allfällige Entbindung durch gesetzliche Vertreter oder Sachwalter nur für jene Inhalte möglich ist, über die sie (er) Auskunft gemäß § 36 Abs. 2 vom Berufsangehörigen erhalten hat. Darüber hinausgehende Inhalte bleiben dem Geheimnisschutz unterworfen bis die Patientin (der Patient) selbst ihr (sein) höchstpersönliches Recht wahrnehmen kann.

Ziel dieser Bestimmung ist der Schutz des für eine erfolgreiche gesundheitspsychologische oder klinisch-psychologische Behandlung unabdingbaren Vertrauensverhältnisses zwischen Berufsangehörigen und Patientin (Patient), das durch die oftmals bestehenden multiplen psychischen und physischen Beeinträchtigungen 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.

In diesem Sinne war auch schon 1993 durch die StPO-Novelle, BGBl. Nr. 526/1993, eine explizite Aufnahme der Psychologinnen (Psychologen) in den Kreis der Personen gemäß § 152 Abs. 1 Z 5 StPO (nunmehr: § 157 Abs. 1 Z 5 StPO, BGBl. Nr. 631/1975 in der geltenden Fassung), denen ein strafprozessuales Aussageverweigerungsrecht zukommt, vorgenommen worden.

Zu § 38:

§ 38 entspricht der bisher bereits geltenden Bestimmung für Klinische Psychologinnen (Klinische Psychologen) und Gesundheitspsychologinnen (Gesundheitspsychologen), Psychotherapeutinnen (Psychotherapeuten) sowie Musiktherapeutinnen (Musiktherapeuten) über die Werbebeschränkung und das Provisionsverbot, die insbesondere eine freie und nur sachlich beeinflusste Wahl der behandelnden Person unterstützt und sich als sehr praktikabel erwiesen hat.

Zu § 39:

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

Die Pflicht zum Abschluss und Aufrechterhaltung einer Haftpflichtversicherung trifft die zur eigenverantwortlichen Berufsausübung berechtigten Berufsangehörigen. Es ist darauf zu achten, dass ein Vertrag an die berufsangehörige Person selbst gebunden ist und nicht von einem etwaigen Arbeitsverhältnis oder einer Mitgliedschaft in einem Verein abhängig ist, was in Folge bei einer Beendigung zum Verlust der Berufshaftpflichtversicherung führen würde. Grundsätzlich besteht aber kein Einwand, dass Dritte, wie beispielsweise freiwillige Berufsvertretungen, Träger von Krankenanstalten oder sonstige Arbeitgeber, die Beitragsleistung zur Haftpflichtversicherung übernehmen. Die Fachauszubildenden werden von dieser Verpflichtung nicht erfasst, da deren Tätigkeit ohnedies durch selbständig Berufsberechtigte angeleitet und supervidiert werden muss.

Der verpflichtende Abschluss einer Haftpflichtversicherung durch Angehörige von Gesundheitsberufen wird immer öfter als Forderung in die gesundheitspolitische Diskussion eingebracht. Verpflichtungen dieser Art bestehen bereits für Musiktherapeutinnen (Musiktherapeuten) sowie für Ärztinnen (Ärzte).

Aus den Anregungen des Bundesministeriums für Justiz anlässlich des Begutachtungsverfahrens zum Musiktherapiegesetz, BGBl. I Nr. 93/2008, ergab sich, dass auf den Versicherungsvertrag österreichisches Recht nicht anwendbar sein muss, da eine solche Vorgabe, insbesondere im Hinblick auf die Erfahrungen zum früheren § 167 Abs. 1 Luftfahrtgesetz, BGBl. Nr. 253/1957, überschießend wäre.

Zu § 40:

Die Erfahrungen der letzten 20 Jahre in der Vollziehung des Psychologengesetzes haben gezeigt, dass sich das Fehlen einer solchen gesetzlich normierten, institutionellen Amtshilfe erschwerend auf die Wahrnehmung der zuvor beschriebenen Aufgaben auswirken kann. § 40 ist insbesondere dem § 18 Musiktherapiegesetz und § 62 ÄrzteG 1998 nachgebildet und stellt die erforderliche Kommunikation und Zusammenarbeit der Justiz und der Verwaltungsstraßenbehörden mit dem Bundesminister (der Bundesministerin) für Gesundheit im Hinblick auf die Wahrnehmung der Aufgaben im Bereich der Listenführung, insbesondere bei der Prüfung der Voraussetzungen für die Erlangung und Aufrechterhaltung der gesundheitspsychologischen oder klinisch-psychologischen Berufsberechtigung, sicher. Zudem sind die Informationspflichten gemäß § 40 für das Funktionieren der gemeinschaftsrechtlich verpflichtenden Verwaltungszusammenarbeit wesentlich.

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

§ 40 Absatz 6 setzt die mit 25. April 2011 in Kraft getretene Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung um, die in Artikel 10 Abs. 4 Folgendes vorsieht:

„Die Behandlungsmitgliedstaaten gewährleisten, dass Informationen über die Berufsausübungsberechtigung von Angehörigen der Gesundheitsberufe, die in den auf ihrem Hoheitsgebiet eingerichteten nationalen oder lokalen Registern enthalten sind, auf Anfrage den Behörden anderer Mitgliedstaaten zum Zwecke der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung im Einklang mit den Kapiteln II und III und den nationalen Maßnahmen zur Umsetzung der Unionsvorschriften über den Schutz personenbezogener Daten, insbesondere den Richtlinien 95/46/EG und 2002/58/EG, sowie dem Grundsatz der Unschuldsvermutung bereitgestellt werden. Der Informationsaustausch findet über das Binnenmarktinformationssystem statt, das nach der Entscheidung 2008/49/EG der Kommission vom 12. Dezember 2007 über den Schutz personenbezogener Daten bei der Umsetzung des Binnenmarktinformationssystems (IMI) eingerichtet wurde.“

Diese Regelung tritt entsprechend der Umsetzungsfrist gemäß Artikel 21 der Richtlinie 2011/24/EU erst mit 25. Oktober 2013 in Kraft.

Zu §§ 41 bis 45:

Weiterhin besteht für die fachlich inhaltliche Verwaltung und Vollzug der Angelegenheiten der Gesundheitspsychologie sowie der Klinischen Psychologie im Rahmen des Bundesministeriums für Gesundheit als Expertengremium der Psychologenbeirat zur fachlichen Beratung und Unterstützung mit dem notwendigen Fachwissen. Die neue Struktur des Psychologenbeirats ist dem für die medizinische Expertise etablierten und im Jahr 2011 neu gestalteten Obersten Sanitätsrat (OSR) angenähert und sieht eine auf fünf Jahre befristete Ernennung von 15 bis 20 Berufsangehörigen, ausgewogen aus dem Bereich

der Gesundheitspsychologie sowie der Klinischen Psychologie, durch den Bundesminister (die Bundesministerin) für Gesundheit, der (die) den Vorsitz führt, vor. Bei der Ernennung ist auch Bedacht darauf zu nehmen, dass die verschiedensten gesundheitspsychologischen und klinisch-psychologischen Arbeitsbereiche durch die entsprechenden Fachexperten vertreten sind, sodass eine umfassende Expertise und erforderliche Sachkompetenz für die Wahrnehmung der übertragenen Aufgaben gewährleistet wird. Es ist zu erwarten, dass Vorschläge für die Besetzung aus dem Kreis der diversen interessierten Fachgesellschaften und Fachverbände der Psychologie, der Universitäten oder auch der Ausbildungseinrichtungen eingebracht werden, aus denen der Bundesminister (die Bundesministerin) für Gesundheit seine (ihre) Wahl treffen wird. Insbesondere wird aber jedenfalls ein Drittel dieser Mitglieder aus den freiwilligen beruflichen Interessenvertretungen entsprechend ihrer Mitgliederzahl aus den verschiedenen Fachbereichen auszuwählen und zu ernennen sein. Sinnvollerweise ist daher von den freiwilligen beruflichen Interessenvertretungen eine höhere Anzahl an Besetzungsvorschlägen einzubringen als Mitglieder ernannt werden können, so dass eine Auswahlmöglichkeit gewährleistet bleibt. Im Hinblick auf eine gewisse Kontinuität der Arbeit im Psychologenbeirat werden die Besetzungsvorschläge aus dem derzeit an Mitgliedern größten Berufsverband der Österreichischen Psychologinnen und Psychologen eine entsprechend repräsentative Berücksichtigung finden. Über diese Mitgliederanzahl hinaus besteht seitens der Österreichischen Ärztekammer und auch seitens des beim Bundesministerium für Gesundheit eingerichteten Psychotherapiebeirates die Möglichkeit, eine Vertreterin (einen Vertreter) in den Psychologenbeirat zu entsenden. Auch wird in Zukunft auf die fest vorgegebenen Termine, zweimal im Halbjahr verzichtet und auf eine Einberufung je nach Bedarf umgestellt, um anlassbezogen die Fachmeinung der Expertengruppe einzuholen.

Die wesentlichen Aufgaben des Psychologenbeirats bestehen in der Beratung zu fachlich psychologischen Themen, Gutachtenerstellung sowie inhaltlich fachlich Beratung auch im Zuge der Verordnungserlassung. Als neue Struktur neben dem Psychologenbeirat wird der Ausschuss des Psychologenbeirates in Analogie zum Ausschuss des Mediationsbeirats etabliert. Die aus dem Psychologenbeirat zu wählenden fünf Mitglieder des Ausschusses, von denen wiederum eine zur Vorsitzenden (einer zum Vorsitzenden) gewählt wird, haben im Bedarfsfall ihre Expertise für Vollzugsaufgaben im Zusammenhang mit der Prüfung der Qualifikation von neuen Ausbildungseinrichtungen oder in besonderen Fällen der Zu- oder Aberkennung von Berufsberechtigungen, insbesondere auch bei Berufspflichtverletzungen von Berufsangehörigen einzubringen.

Zu §§ 46:

Im Hinblick auf das Erfordernis allfälliger näherer Regelungen insbesondere zur Qualitätssicherung in den Bereichen der theoretischen und praktischen Ausbildung, der Struktur der Ausbildungseinrichtungen, der Lehrenden samt Verhältniszahlen zu Auszubildenden, der Prüfungsgestaltung und Prüfungsdurchführung, der Bestellung und Auswahl der Vorsitzenden der Prüfungskommission sowie deren Zusammensetzung, nähere Bestimmungen über Fortbildungsmaßnahmen oder auch der Ausprägung der möglichen Spezialisierungen, die sich aus dem Vollzug zeigen können, wird eine entsprechende Verordnungsermächtigung etabliert, die Konkretisierungen ermöglicht.

Zu § 47:

Die Verwaltungsstrafbestimmungen erfassen neben den Berufspflichtverletzungen nunmehr auch den Berufsschutz (Abs. 1) und den Tätigkeitsschutz (Abs. 2). Eine entsprechend höhere Strafdrohung wird für Wiederholungstäterschaft sowie bei Auftreten gravierender Folgen, wie sie in Abs. 3 beschrieben sind, festgelegt.

Zu §§ 48 bis 50:

Die Übergangsbestimmungen des § 48 haben zum Ziel, die gemäß Psychologengesetz, BGBl. Nr. 360/1990, einerseits bereits in den Berufslisten eingetragenen Berufsangehörigen und andererseits noch nach dieser Regelung in Ausbildung befindlichen Personen in das neue Regime überzuführen. Es wird ein Übergangszeitraum von 24 Monaten gewährt, in dem die derzeit in Ausbildung befindlichen Personen die bereits auf Grundlage der bisher geltenden Regeln begonnene theoretische Ausbildung abzuschließen haben. Für den Abschluss der praktischen Fachausbildung wird ein Zeitraum von fünf Jahren gewährt. Andernfalls ist unter Nutzung von Anrechnungsmöglichkeiten in die neuen Ausbildungsregelungen umzusteigen.

§ 48 Abs. 8 schließt eine verwaltungsstrafrechtliche Rückwirkung der in § 35 umfassend neu formulierten Bestimmungen der Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten sowie des Einsichtsrechts auf Sachverhalte, die sich vor dem Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes ergeben haben, aus. Allerdings ist davon auszugehen, dass die Berufsangehörigen jedenfalls auf Grundlage der Verpflichtungen aus dem Behandlungsvertrag sowie auf Grund der Verpflichtung nach bestem Wissen und Gewissen zu arbeiten,

ihre Dokumentationspflichten wahrgenommen haben. Zu berücksichtigen ist aber gerade im Hinblick auf die verwaltungsstrafrechtlichen Folgen, dass die genaueren Vorgaben erst durch die Bestimmungen des § 35 formuliert wurden.

Die Übergangsbestimmungen des § 49 führen die bisher anerkannten Ausbildungseinrichtungen in das neue Regime über. Grundsätzlich wird den Ausbildungseinrichtungen sowie auch den in Ausbildung befindlichen Personen ein Übergangszeitraum von 24 Monaten gewährt. Ebenso wird der Nachweis des Abschlusses einer Berufshaftpflichtversicherung nach einer Übergangsfrist von zwei Jahren zu erbringen sowie die Umstellung der Curricula der anerkannten Ausbildungseinrichtung durchzuführen sein. Nach Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes darf eine Neuaufnahme von Auszubildenden in theoretischen Ausbildungseinrichtungen gemäß § 9 frühestens nach Verlautbarung einer solchen im Internet auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit erfolgen. Nach Inkrafttreten des Bundesgesetzes sind noch offene Anträge auf Anerkennung als Ausbildungseinrichtung sinnvollerweise nicht mehr nach altem Regime zu beenden, da für diese keine Ausbildungsberechtigung mehr gegeben ist und keine Auszubildenden mehr aufgenommen werden können. Diese Anträge sind daher von Amts wegen zu Anträgen zur Erlangung der Ausbildungsberechtigung gemäß den Bestimmungen des in Kraft getretenen neuen Gesetzes umzugestalten. Die Entscheidungsfrist für Verfahren wird im § 49 Abs. 5 abweichend von § 73 Abs. 1 Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 - AVG, der sechs Monate vorsieht, mit einem Jahr festgelegt, um die umfassenden Verfahren im Zuge der Übergangsbestimmungen für Ausbildungseinrichtungen und Auszubildende qualitätsgesichert durchführen zu können.

Zuletzt legt § 50 die Zuständigkeiten der jeweiligen Bundesministerinnen (Bundesminister) für den Vollzug sowie die unterschiedlichen Zeitpunkte des Inkrafttretens, die sich aus den Vorgaben für die Umsetzung von EU-Richtlinien ergeben, fest.