

An das  
Bundesministerium für Gesundheit  
Radetzkystraße 2  
1031 Wien

Per E-Mail: „PG 2013“  
[IIA3@bmg.gv.at](mailto:IIA3@bmg.gv.at)  
[begutachtungsverfahren@parlament.gv.at](mailto:begutachtungsverfahren@parlament.gv.at)

Unser Zeichen:      Ihr Schreiben vom:      Ihr Zeichen:      Wien, 20.06.2013  
Dr. WK                      27.05.2013                      BMG-93400/0038-II/A/3/2013

**Betrifft:            Psychologengesetz 2013**

Sehr geehrte Damen und Herren!

Die Österreichische Ärztekammer bezieht sich auf den Begutachtungsentwurf eines Bundesgesetzes über die Führung der Bezeichnung „Psychologin“ oder „Psychologe“ und über die Ausübung der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie (Psychologengesetz 2013).

In dem Zusammenhang stellt die Österreichische Ärztekammer folgende Kernforderungen:

- **eine klare und eindeutige Beschreibung des Tätigkeitsprofils der Klinischen PsychologInnen sowie GesundheitspsychologInnen auf Basis der derzeit gesetzlich verwendeten Begriffe,**
- **keine Ausweitung der Berufsbilder gegenüber dem status quo** (vgl. § 3 dzt. geltendes Psychologengesetz, BGBl. Nr. 360/1990)
- **eine unmissverständliche Abgrenzung zum Berufsbild der ÄrztInnen sowie**
- **keine Vorbehaltstätigkeiten zu Ungunsten von ÄrztInnen**
- **klar geregelte Verantwortungsbeziehungen** (vgl. §§ 7 Abs. 2, 8 MusiktherapieG und die dortige Trennung zwischen ärztlicher Zuweisung bzw. ärztlicher Anordnung)

Zum bisherigen Ablauf möchten wir festhalten, dass die Österreichische Ärztekammer bereits mit Schreiben vom 19. März 2012 an Herrn Bundesminister für Gesundheit (erneut am 5. Dezember 2012) auf die derzeit bestehende gute interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und Klinischen PsychologInnen sowie GesundheitspsychologInnen hingewiesen und ersucht hat, in die Ausarbeitungen des Gesetzesentwurfes (PsychologInnenengesetz) einbezogen zu werden. Dies auch deshalb, um eine bedarfsorientierte Versorgung zu fördern und geeignete Rahmenbedingungen für beide Wissenschaften (Psychologie/Medizin) zu schaffen. Bereits vorab wurde aber auch auf

Weihburggasse 10–12, A-1010 Wien, Austria, Tel.: +43 (1) 51406, Fax:30 43 Dw, [post@aerztekammer.at](mailto:post@aerztekammer.at),  
[www.aerztekammer.at](http://www.aerztekammer.at)

DVR: 0057746, Konto: 50001120000, BLZ 18130, die ärztebank, Wien

künftige Spannungsfelder hingewiesen. Leider erfolgte weder eine Einbeziehung der Österreichischen Ärztekammer als Interessenvertretung aller in Österreich tätigen ÄrztInnen, noch wurde der Gesetzesentwurf hinsichtlich der potentiellen Konfliktfelder abgeändert. Dies wundert umso mehr, als es sich im vorliegenden Gesetzestext in großem Ausmaß um die Ausübung ärztlicher Tätigkeiten handelt, die aus dem ärztlichen Vorbehaltsbereich herausgenommen werden und schlussendlich sogar unter Tätigkeitsvorbehalt (Ausschließlichkeitsanspruch) für PsychologInnen, die im Gesundheitswesen tätig werden, gestellt werden soll. Eine Diskussion bzw. Einbeziehung wäre auf Grund der damit verbundenen Auswirkungen des vorliegenden Entwurfes unbedingt notwendig gewesen. In dem Zusammenhang möchten wir klarstellen, dass wir öffentliche Aussagen des Herrn Bundesministers für Gesundheit in den Medien, wonach die Österreichische Ärztekammer eingebunden gewesen wäre, nicht nachvollziehen können, die oben angeführten Schreiben mit Bitte um Diskussion wurden nicht beantwortet, inhaltliche Gespräche haben keine stattgefunden.

Der nunmehr vorliegende Gesetzesentwurf - der mit einer Vielzahl unbestimmter Gesetzesbegriffe agiert - findet keinesfalls unsere Zustimmung. Es lässt sich damit weder eine Qualitätsverbesserung in der Behandlung, Rechtssicherheit für die interdisziplinär arbeitenden Berufsgruppen, noch Sicherheit für die PatientInnen verbinden. Er bietet vielmehr in hohem Maße Konfliktpotential zwischen Ärzteschaft und PsychologInnen. Eine geordnete, verantwortungsbewusste Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen erscheint unter Zugrundelegung dieses Entwurfes nicht möglich. Wie sich aus den bis dato bei uns eingelangten zahlreichen, stets ablehnenden Rückmeldungen ergibt, hat der gegenständliche Entwurf erhebliche Fragestellungen und Unsicherheiten aufgeworfen. Der Gesetzesentwurf bedarf daher dringend einer nochmaligen Überarbeitung und kann keinesfalls als Basis für eine praxisgerechte Zusammenarbeit genannter Berufsgruppen angesehen werden.

Konkret ist dazu auszuführen:

### ***Berufsbilder – Abstimmung/Harmonisierung***

Berufsbilder im Gesundheitswesen müssen schon allein zum Wohl der PatientInnen, aber auch auf Grund einer effizienten Gesundheitsversorgung aufeinander abgestimmt sein (keine Konkurrenz) und den Bedürfnissen des medizinischen Alltags entsprechen. Der vorliegende Gesetzesentwurf definiert die Berufsbilder und die beabsichtigte hinkünftige Tätigkeit Klinischer PsychologInnen bzw. von GesundheitspsychologInnen in einem hohen Maß unklar und unbestimmt. Liest man diesen Gesetzestext, so ist dieser so weit formuliert, dass eine Vielzahl von Tätigkeiten darunter subsumierbar ist, die zur Ausübung der Medizin (vgl. § 2 Ärztegesetz 1998: Untersuchung auf Vorliegen oder Nichtvorliegen von psychischen Krankheiten oder Störungen,.. die krankhafter Natur sind), somit dem ärztlichen Berufsbild, zugehörig sind.

In dem Zusammenhang sind folgende insbesondere gesetzlich definierte Aufgabengebiete von ÄrztInnen zu erwähnen:

#### **Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin:**

„Prävention, Diagnostik, nicht-operative Behandlung einschließlich Psychotherapeutischer Medizin, die Rehabilitation sowie die fachspezifische Begutachtung von psychischen und psychosomatischen Krankheiten oder Störungen sowie psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten.“

Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie:

„Prävention, Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation sämtlicher im Kindes- und Jugendalter auftretender Erkrankungen und Störungen des Wohlbefindens, wobei sich die Kinder- und Jugendheilkunde auf ein vertieftes Verständnis von Wachstum und Entwicklung eines heranreifenden Organismus stützt und erforderlichenfalls bei spezifischen Krankheitsbildern eine Weiterversorgung im Erwachsenenalter bis zur möglichen adäquaten Behandlungsübernahme durch Ärztinnen/Ärzte anderer Fachrichtungen einschließt“.

ÄrztInnen für Allgemeinmedizin:

Die medizinische Betreuung des gesamten menschlichen Lebensbereiches, insbesondere die diesbezügliche Gesundheitsförderung, Krankheitserkennung und Krankenbehandlung aller Personen, unabhängig von Alter, Geschlecht und Art der Gesundheitsstörung, wie zB Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge, Integration der medizinischen, sozialen und psychischen Hilfen für die PatientInnen etc.

Unbeschadet der genannten Aufgabengebiete sind eine Vielzahl weiterer Fachgebiete zu erwähnen, die je nach Erfordernissen der aktuellen Krankheitssituation der PatientInnen eine integrative Behandlung durchführen.

Darüber hinaus bietet die Österreichische Ärztekammer eine durch ÖÄK-Spezialdiplome dokumentierte Fortbildung in Psychosozialer Medizin, Psychosomatischer Medizin, Psychotherapeutischer Medizin an (vgl. [www.arztakademie.at](http://www.arztakademie.at)). Die Gesamtfortbildung (Curriculum Psy I bis Psy III) umfasst eine Dauer von mindestens 5 Jahren.

Der Entwurf zum Psychologengesetz 2013 umschreibt nunmehr neu einen GesundheitspsychologInnen bzw. Klinischen PsychologInnen vorbehaltenen Tätigkeitsbereich (vgl. §§ 13, 22), der sehr weit in den ärztlichen Tätigkeitsvorbehalt eingreift. Vergleicht man diese Gesetzesbestimmungen klingen sie sehr ähnlich. Eine Abgrenzung zum ärztlichen Tätigkeitsbereich erfolgt nicht:

- die gesundheitspsychologische Diagnostik, Erstellung von Befunden und Stellungnahmen,
- die gesundheitspsychologische Behandlung .. in Bezug auf Gesundheitsverhalten, insbesondere im Hinblick auf gesundheitsbezogenes Risikoverhalten wie Ernährung, Bewegung, Rauchen,
- die klinisch-psychologische Diagnostik .. insbesondere von psychischen Krankheiten und Störungen, im Hinblick auf andere Krankheitsbilder ..
- die Erstellung von klinisch-psychologischen Befunden und Stellungnahmen, insbes. in Bezug auf diagnostische Kriterien von psychischen Störungen und anderen Krankheitsbildern ...
- die klinisch-psychologische Behandlung von krankheitswertigen Störungen, etc...

Eine Präzisierung psychologischer Leistungen im Gesundheitswesen ist mit den vorgeschlagenen Berufsumschreibungen (§§ 13 und 22) nicht gelungen!!

Weder der Gesetzestext noch die Erläuternden Bemerkungen geben Aufschluss darüber, was unter einer klinisch-psychologischen Diagnostik bzw. Behandlung zu verstehen ist und wie sie sich zur ärztlichen Tätigkeit abgrenzen.

Die künftigen konkreten Aufgabenfelder sind sowohl für GesundheitspsychologInnen, als auch Klinische PsychologInnen nicht ausreichend genau beschrieben. Zudem kommt, dass das Tätigkeitsfeld von PsychologInnen sehr weit ausgedehnt wurde (s.o.). Das im Entwurf vorgesehene künftige Aufgabengebiet beispielsweise von Klinischen PsychologInnen wird mit „Diagnostik, Krankenbehandlung, Befund und Gutachtenerstellung von Menschen mit psychischen Störungen und mit somatischen Störungen, bei denen psychische Aspekte eine Rolle spielen“, umschrieben (vgl. EB zu § 22). Klinische Psychologen sollen sich demgemäß „mit Menschen in psychischen Extremsituationen, mit psychischen Folgen akuter

Belastungen und mit psychischen Krisen, insbesondere mit krankheitswertigen Zustandsbildern befassen“. Die EB führen aus, dass damit auch die Diagnostik psychischer Krankheiten anhand international gebräuchlicher Klassifikationsschemata, wie jenen der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10) gemeint ist. Es ist anzumerken, dass es sich dabei um den in der Medizin verwendeten Diagnoseschlüssel handelt.

Unter Berücksichtigung obiger Berufsumschreibung lässt der Gesetzesentwurf „psychologische Behandlungen“ im Gesundheitswesen (Gesamtheit von Ansätzen und Techniken in der Krankenbehandlung vgl. EB zu § 22) allein nach psychologischer Diagnose - ohne klinisch-organmedizinische Abklärung - zu (vgl. EB zu § 22: „im Regelfall geht die klinisch-psychologische Behandlung von einer vorausgehenden klinisch-psychologisch-diagnostischen Klärung aus“. Die klinisch-psychologische Diagnostik besteht, laut weiterführenden Aussagen in den EB „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.“) Zuzustimmen ist, dass diese Instrumentarien in der Diagnostik und Krankenbehandlung eingesetzt werden, allerdings nicht nur von PsychologInnen, sondern auch von ÄrztInnen, wurde doch eine Vielzahl der erwähnten klinischen Skalen, Checklisten, strukturierten Leitfäden, diagnostischen Interviews von ÄrztInnen im Rahmen des psychiatrisch-wissenschaftlichen Modellen entwickelt. Darüber hinaus gehört die Anwendung von diversen psychometrischen Verfahren ebenfalls zu den Kernkompetenzen von ÄrztInnen, insbesondere FachärztInnen für Psychiatrie. Die Diagnosemanuale des ICD 10 und DSM und zugehörige Diagnose Interviews wie das SKID I und II wurden ebenfalls von bzw. unter Einbeziehung von ÄrztInnen und ärztlich-psychiatrischen-Fachgesellschaften (USA) für den medizinischen Bereich entwickelt.

In dem Zusammenhang werden in den EB einige Anwendungsbereiche klinisch-psychologischer Behandlungen beispielhaft genannt, diese sind: Bewältigung bei Belastungssituationen, chronische Schmerzbehandlung, neuropsychologische Rehabilitation, Interventionen in der Kardiologie, Behandlung bei Tumorpatienten, Stoffwechselerkrankungen. In seiner allgemeinen Formulierung lässt der Gesetzestext des Entwurfs jedoch über diese Anwendungsbereiche hinaus die Behandlung aller krankheitswertigen Störungen, selbst die Verschreibung von Psychopharmaka zu. In den EB (Seite 32) wird ausgeführt, dass es sich hierbei um Behandlungen handelt, die sich aus der Psychologie als Wissenschaft ergeben.

Demgegenüber dürfen aber Krankheitsdiagnostik und Krankenbehandlung nicht nur im „psychischen“ Segment betrachtet werden. Vielmehr sind medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse zu berücksichtigen, bzw. spielen körperliche, psychische als auch soziale Faktoren zusammen und sind im Sinne eines bio-psycho-sozialen Verständnisses ganzheitlich zu erfassen, geht es doch um die Abklärung des Vorliegens oder Nichtvorliegens von körperlichen und psychischen Krankheiten oder Störungen. Medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse schließen im generell gültigen bio-psycho-sozialen Modell Salutogenese und Pathogenese mit ein. Diesem Paradigma folgt im Speziellen die psychosoziale, psychosomatische und psychotherapeutische Medizin im Sinne der ÖÄK-Psy-Diplome.

Sowohl die Medizin, die Psychologie als auch die Psychotherapie und die Soziologie beziehen sich heute auf eine gemeinsame Sichtweise des Menschen, in der somatische, psychische, mentale, ökologische und soziale Gesichtspunkte für das Verständnis von

Gesundheit und Krankheit notwendig sind. Speziell Ärztinnen und Ärzte mit ÖÄK-PSY Diplom werden in dieser Sichtweise aus- und fortgebildet und messen in Diagnostik und Behandlung diesem Bereich große Bedeutung zu. Aus dem heutigen Wissen der Neurophysiologie muss dieses Modell dahingehend ergänzt werden, dass nach der strukturellen Entwicklung und Funktionsweise des menschlichen Körpers eine Trennung auf nur somatische, nur psychische oder nur soziale Aspekte als Auslöser von Krankheiten unzulässig wäre. Wissenschaftlich nachgewiesen ist, dass sowohl bei körperlichen Erkrankungen auf organischer Ebene seelische Reaktionen stattfinden als auch umgekehrt, und diese als bedeutsam in die Diagnostik und Therapie einfließen müssen.

Psychische Störungen können in einem hohen Ausmaß mit Begleit- oder anderen Grundkrankheiten verbunden sein. Das erfordert auch die (fach-)ärztliche, insbesondere psychiatrisch strukturierte Exploration, Erfassung ärztlich(psychiatrisch) definierter psychopathologischer Phänomene, Diagnoseinterviews, wie SKID I und II, auch unter Beihilfe klinischer Skalen, vor allem aber auch die Einbeziehung somatischer Befunde und Untersuchungen sind unerlässlich. So kann beispielsweise eine verabsäumte organische Abklärung irreversible Schäden beim Patienten hervorrufen (z.B.: Stimmungsveränderung durch Gehirnblutung oder Gehirntumor). Es ist daher unbedingt notwendig, rechtzeitig eine organische Abklärung eventuell akut behandlungsbedürftiger Krankheitsbilder, welche ebenfalls psychische Symptome bieten, in die Wege zu leiten. Zudem müssen in regelmäßigen Abständen auch ärztliche Kontrolluntersuchungen erfolgen, um Fehlentwicklungen rechtzeitig erkennen zu können. Eine spezielle psychologische Diagnostik (basierend auf klinisch psychologischen Modellen) ist bei bestimmten Fragestellungen im Sinne einer ergänzenden Befundung indiziert, kann aber als standardisiertes Verfahren die umfassende (fach-)ärztliche Diagnostik keinesfalls ersetzen. Entsprechendes gilt natürlich auch für „die Erstellung von Gutachten hinsichtlich Menschen mit psychischen und somatischen Störungen, bei denen psychische Aspekte eine Rolle spielen“ (EB zu § 22).

Der Entwurf greift - wie bereits ausgeführt - weit in den ärztlichen Tätigkeitsbereich ein und beeinträchtigt die PatientInnenversorgung - speziell von jenen, bei denen psychosomatische Auslöser als Ursache gelten. Sie betreffen den Bereich von Rehabilitation von allen Erkrankungen und reduzieren die Medizin auf einen rein mechanistischen auf die Organpathologie reduzierten Ansatz. Salutogenetische und psychosoziale Zugänge zum Verständnis von Krankheit und Gesundheit, wie sie in vielen Bereichen der psychosozialen-, psychosomatischen- und psychotherapeutischen Medizin seit langem üblich und sehr gut wissenschaftlich belegt sind, wären dann für Ärzte und Ärztinnen undurchführbar und würden somit die ärztliche Tätigkeit in Diagnostik und Behandlung massiv einschränken.

Da wir annehmen, dass dies der Gesetzgeber nicht beabsichtigt, muss der Gesetzgeber klare Regelungen/Abgrenzungen treffen und das Gesetz daher unbedingt klarstellen, was unter klinisch-psychologischer Diagnostik/Behandlung zu verstehen ist bzw. welche Behandlungsmethoden als klinisch-psychologische Behandlungsmethoden anzusehen sind: wie beispielsweise kognitives Training, Entspannungsübungen, Biofeedback, Psychoedukation, Selbstsicherheitstraining etc. Die klinisch-psychologische Diagnostik/Behandlung und das Erstellen von Gutachten kann vielmehr nur im Rahmen einer gesetzlich verankerten Kooperation zwischen den Berufsgruppen erfolgen.

Während im intramuralen Bereich in der Regel Strukturen der Zusammenarbeit vorzufinden sind (Dienstrecht, Krankenanstaltenrecht, Vorliegen eines einzigen Behandlungsvertrages), müssen im extramuralen Bereich - über entsprechende Bestimmungen - eine dem intramuralen Setting ähnliche Struktur aufgebaut werden, zB.

Zuweisung, Anordnung im Sinne von „Pflichtvernetzungen“. Die Fallverantwortung muss zusätzlich bei jedem gemeinsamen Patienten fixiert werden, um dann bei Rechtsstreitigkeiten (wer ist für den Behandlungsverlauf verantwortlich/wer haftet?) auch abgesichert zu sein. Dies würde dem zum jetzigen Zeitpunkt völlig chaotischen Versorgungszugang entgegenwirken.

#### **Wir fordern daher**

- **eine klare und eindeutige Beschreibung des Tätigkeitsprofils der Klinischen PsychologInnen sowie GesundheitspsychologInnen auf Basis der derzeit gesetzlich verwendeten Begriffe,**
- **keine Ausweitung der Berufsbilder gegenüber dem status quo (§ 3 dzt. geltendes PsychologInG)**
- **eine unmissverständliche Abgrenzung zum Berufsbild der ÄrztInnen sowie**
- **klar geregelte Verantwortungsbeziehungen** (vgl. §§ 7 Abs. 2, 8 MusiktherapieG und die dortige Trennung zwischen ärztlicher Zuweisung bzw. ärztlicher Anordnung).

#### **Vorbehalt**

Zudem stellt der Gesetzestext diese oben genannten weit formulierten Tätigkeiten, insbesondere die klinisch-psychologische Diagnostik sowie der Erstellung von klinisch-psychologischen Befunden und Gutachten sowie Stellungnahmen insbesondere auf diagnostische Kriterien von psychischen Störungen und anderen Krankheitsbildern, unter Vorbehalt für Psychologen. Hier handelt es sich aber auch - wie oben ausgeführt - um ärztliche Tätigkeiten bzw. Diagnoseverfahren und Behandlungsabläufe. Dies würde bedeuten, dass ÄrztInnen keine oben erwähnten Diagnoseverfahren von krankheitswertigen Störungen durchführen dürfen. Was hätte das für gesundheitspolitische Konsequenzen? Welche konkreten Diagnoseverfahren würde das betreffen? Was würde das für die ärztlichen Behandlungen bedeuten? Was für ärztliche Gutachten? Jedenfalls würde mit den derzeitigen im Entwurf vorgesehenen Bestimmungen das Ärztegesetz derogiert (und zwar in dem Sinne, dass ein späteres Gesetz einem früheren Gesetz derselben Rangordnung vorgeht).

Dieser Änderung der Rechtsposition können wir nicht zustimmen. Eine Abgrenzung zu anderen, insbesondere gewerblichen Tätigkeiten ist verständlich, jedoch darf hier kein Ausschließlichkeitsanspruch für Diagnostik und Behandlung von psychischen Störungen und Krankheiten für Klinische PsychologInnen bzw. GesundheitspsychologInnen zu Ungunsten von ÄrztInnen normiert werden.

§ 22 Abs. 6, der normiert, dass Tätigkeiten durch PsychologInnen in jenem Umfang nicht berührt sind, als für diese Tätigkeiten eine gesetzliche Regelung (Ärztegesetz 1998) besteht, ist sehr unklar formuliert. Diese Regelung stellt in ihrer Undeutlichkeit ein weiteres Konfliktpotential dar, da die Folgen für die ärztliche Tätigkeit nicht eindeutig sind.

**Wir fordern daher eine klare Regelung**, wie etwa: "Der Berufsumfang der Ärztin/des Arztes nach dem Ärztegesetz 1998 bleibt von §§ 22 bzw. 13 unberührt."

#### **Patientensicht**

Es ist für uns nicht nachvollziehbar, wie dieses Gesetz den Betroffenen, nämlich jenen Menschen, die an einer psychischen Erkrankung und krankheitswertigen Störungen leiden, zum Vorteil gereichen soll. Es ist vielmehr zu befürchten, dass der geplante Ausschluss jener

Berufsgruppen, die seit Jahrzehnten umfangreiche Erfahrung in der Diagnostik und Behandlung psychischer Krankheiten haben (Psychotherapeuten und Ärzte) zu einem schwerwiegenden Nachteil für die Kranken wird. Die vorprogrammierten Rechtsunsicherheiten werden zu chaotischen Versorgungszugängen führen, zudem wird es in großer Anzahl Doppelbefundungen und Fehlbehandlungen (auf Grund nicht ausreichend abgeklärter Zustandsbilder) geben.

### **Postgraduelle Ausbildung – Bezug zur Medizin**

Der Erwerb klinisch-psychologischer sowie gesundheitspsychologischer Kompetenzen wird im Rahmen der postgraduellen Ausbildung vermittelt (nach Abschluss des Studiums Psychologie). In diesem Sinne weisen §§ 13 und 22 Abs. 1 in ihrer Berufsumschreibung darauf hin, dass „die Berufsausübung der Gesundheitspsychologie/Klinischen Psychologie auf Grundlage der psychologischen Wissenschaft zusätzliche „fachliche Kompetenz“ zu erwerben hat, um später im Gesundheitswesen tätig zu werden.

In der postgraduellen Ausbildung werden somit spezifische Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten vermittelt, die eine Ausübung „psychologischer“ Tätigkeiten (im Sinne des § 1 Abs. 1 Z 2 des ggst. Entwurfes) im Gesundheitswesen zulässt. Daraus ergibt sich, dass gerade an diese Ausbildung einerseits strenge Anforderungen zu setzen und andererseits genau diese absolvierte postgraduelle Ausbildung als Maßstab für die spätere Berufsberechtigung heranzuziehen ist. Es ist daher unbedingt ein einheitliches Ausbildungsniveau, sicherzustellen, dieses kann nicht von regionalen Gegebenheiten abhängig sein.

Einen gewissen Widerspruch weist in diesem Zusammenhang § 24, der nähere Anforderungen an die postgraduelle (ähnlich § 15) Ausbildung normiert, auf. Diese Bestimmung legt für den postgraduellen Erwerb praktischer fachlicher Kompetenz wie folgt fest:

„eine klinisch-psychologische Tätigkeit im Zusammenhang mit krankheitswertigen Störungen im Ausmaß von zumindest 2 098 Stunden, unter Beachtung des § 8 Abs. 2, unter Anleitung sowie unter Fachaufsicht einer/eines Klinischen Psychologin/Klinischen Psychologen“.

Die Norm, dass dies in einer facheinschlägigen Einrichtung des Gesundheitswesens zu erfolgen hat (vgl. § 12 Abs. 1 Z 2 dzt. geltendes Psychologengesetz) findet sich nicht.

Dennoch sind im Rahmen dieser Arbeits-/Ausbildungsverhältnisse folgende im medizinisch-wissenschaftlichen Bereich liegende Tätigkeiten gefordert:

- Diagnostik von psychischen Störungen und psychischen Krankheiten und von psychologischen Einflussfaktoren bei anderen Krankheiten bei unterschiedlichen Fragestellungen und verschiedenen Altersgruppen,
- Behandlung von Personen mit psychischen Krankheiten und Störungen in verschiedenen Settings, bei verschiedenen Störungsbildern und Problemstellungen, und mit verschiedenen Altersgruppen.

Dafür ist lediglich ein „fachlicher Austausch“ im multiprofessionellen Team von Gesundheitsberufen, insbesondere mit ÄrztInnen, gefordert.

Der Gesetzestext normiert somit den Erwerb von Kenntnissen und Fertigkeiten im medizinisch-wissenschaftlichen Bereich, stellt aber keine ausreichenden Bezugspunkte zur Medizin (Anleitung/Fachaufsicht/Lehrende, etc.) dar.

Zum Erwerb der Befähigung zur Durchführung oben genannter Tätigkeiten (vgl. §§ 13, 22 - Diagnostik/Behandlung) wird auf oben genannte Ausführungen hinsichtlich des Berechtigungsumfanges hingewiesen.

Insgesamt lässt sich erkennen, dass Qualität, Struktur und Dauer der postgraduellen Ausbildung nur zu einer im derzeitigen Umfang bestehenden Befugnis hinsichtlich Diagnostik (und zu keiner Erweiterung) bzw. nicht zu eigenverantwortlicher Behandlungskompetenz führen kann. Das im Entwurf umschriebene Berufsbild (vgl. §§ 13, 22) steht zur definierten Ausbildung (z.B. 15 Einheiten Diagnostik und 10 Einheiten Psychopathologie gemeinsam mit Psychopharmakologie, psychologische Behandlungsmaßnahmen .. mit dem Ziel, Behandlungskompetenzen zu erwerben vgl. 20 Einheiten!) in keiner Relation und ist viel zu weitgehend!

In dem Zusammenhang ist unbedingt klarzustellen, dass die/der GesundheitspsychologIn bzw. die/der Klinische PsychologIn nach Erwerb von Kompetenzen und **Fertigkeiten** in Psychopharmakologie, keine Psychopharmaka verschreiben darf, jedenfalls hinsichtlich dieses Bereiches kann daher der Erwerb von „Fertigkeiten“ nicht festgeschrieben werden (vgl. § 24 Abs. 2 iVm Z 10).

Weiters sind folgende Punkte zu verbessern:

- Eine ausreichende Lehrtherapie und Selbsterfahrung ist als unverzichtbare Voraussetzung für die umfassende Behandlung psychischer Störungen anzusehen. 76 Einheiten à 45 Min., wie der Entwurf dies vorsieht, sind als Mindestausmaß viel zu gering.
- Fallsupervision in der klinischen Ausbildung von Psychologen sollte in einem Mindestausmaß von 60 Einheiten durch FachärztInnen für Psychiatrie mit Psychotherapieausbildung erfolgen und nicht ausschließlich über Psychologen (vgl. § 15 Abs. 2 sowie § 24 Abs. 2)
- Ein wesentlicher Bestandteil der psychotherapeutischen Ausbildung ist auch die langjährige Ausbildung in Gesprächsführung, die im vorliegenden Gesetzesentwurf für GesundheitspsychologInnen und Klinische PsychologInnen lediglich jeweils 30 Einheiten (!) umfasst (vgl. § 14 bzw. § 23 Abs. 2). Damit erwirbt man keine ausreichenden Kompetenzen in Kommunikation und Gesprächsführung.
- Es werden keine Anforderungen an Ausbildungseinrichtungen zum Erwerb praktischer fachlicher Kompetenz (z.B. geeignete Einrichtungen des Gesundheitswesens, psychiatrische Krankenanstalten etc.) normiert. Anforderungen müssen aber auch im Sinne der Qualitätssicherung bereits gesetzlich normiert sein (vgl. §§ 9 und 10 Ärztegesetz). Immerhin müssen Erfahrungen und Kompetenzen mit einem breiten Spektrum, unterschiedlichen Schweregraden und Verläufen von psychischen Erkrankungen gemacht werden können. Eine Auflistung aller Praxisstellen ist im Sinne der Transparenz notwendig.

Der Vollständigkeit halber stellen wir zu den Ausführungen in den Erläuternden Bemerkungen zu § 18 (Seite 18) - wonach diese Fachausbildungstätigkeit hinsichtlich der Qualifikation mit der postpromotionellen Turnusausbildung der Ärztinnen und Ärzte vergleichbar wäre - fest, dass die Ausbildung zur/zum Gesundheitspsychologen/in und Klinischen Psychologen/in weder in Qualität, noch in Bezug auf das zeitliche Ausmaß mit der Ausbildung zur Ärztin/zum Arzt für Allgemeinmedizin, noch mit der Facharztausbildung in Psychiatrie und psychotherapeutischer Medizin bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie vergleichbar ist. Vgl. auch obige Ausführungen zu den ÖÄK-Spezialdiplomen (Psy I bis III).



### **Weitere Kritikpunkte:**

§ 32 Abs. 2 des Entwurfes normiert: Berufsangehörige haben ihren Beruf persönlich und unmittelbar, allenfalls in Zusammenarbeit mit Vertretern ihrer oder einer anderen Wissenschaft auszuüben. Es wird hier bewusst nicht definiert, von welcher Wissenschaft die Entwicklung und die Erkenntnisse zu beobachten sind. Psychologie ist die Lehre von der Seele. Diese ist jedoch von der Lehre vom Erkennen von psychischen Krankheiten und den Formen ihrer Behandlung strikt zu unterscheiden. Aus der Definition der Fortbildungspflicht im § 33 ist zu entnehmen, dass wohl die Entwicklungen und Erkenntnisse der psychologischen sowie anderer berufsrelevanter Wissenschaften zu beobachten sind.

Auch in diesem Zusammenhang ist die Frage, was unter gesundheitspsychologischer/klinisch psychologischer Diagnostik/Behandlung eigentlich zu verstehen ist?

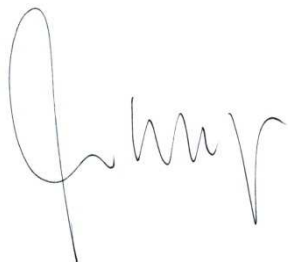
Auffallend ist auch, dass die Anforderungen an die Berufshaftpflichtversicherung anders definiert sind als im ärztlichen Berufsrecht. So hat die Mindestversicherungssumme für jeden Versicherungsfall anders als bei den Ärzten € 400.000,-- zu betragen. Die Versicherungssumme von € 2 Mio. ist nur im Bereich der Personenschäden gefordert. Diese Ungleichbehandlung ist nicht nachvollziehbar und daher entsprechend zu hinterfragen.

Der Abschnitt über den Psychologenbeirat wird ebenfalls komplett neu geregelt. Die ÖÄK hat weiterhin die Möglichkeit, einen Vertreter in diesen Beirat zu entsenden. Unklar bleibt allerdings, ob dem Vertreter auch ein Stimmrecht zukommt. Nachdem dies allerdings im Unterschied zu § 41 Abs. 3 nicht ausdrücklich angeführt wird, kann davon ausgegangen werden, dass ein Stimmrecht nicht zusteht. Das ist aber unseres Erachtens zu normieren.

Die Aufgabe eines neu zu erlassenden Gesetzes, nämlich Klarheiten und Rechtssicherheiten im Sinne einer qualitativ hochstehenden und effizienten Gesundheitsversorgung bzw. einer patientenorientierten Krankenbehandlung zu schaffen, erfüllt der vorliegende Gesetzesentwurf nicht. Zudem wird es bei Umsetzung dieses Entwurfes zu zusätzlichen Kosten im Gesundheitswesen kommen (vgl. Doppelgleisigkeiten etc.).

Wir hoffen, mit unserer Stellungnahme ausreichend unsere Bedenken klargelegt zu haben und ersuchen, uns in die weitere Diskussion einzubinden, damit eine für alle Berufsgruppen erfolgreiche Zusammenarbeit ermöglicht werden kann.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Artur Wechselberger  
Präsident