

Österreichische Gesellschaft für Psychologie (ÖGP)

Univ.-Prof. Dr. Dr. Christiane Spiel
 Fakultät für Psychologie der Universität Wien
 Universitätsstr. 7, 1010 Wien
 T. (01) 4277 -47312, F. -47319
 E-Mail: christiane.spiel@univie.ac.at



Wien, den 24.06.2013

An den Bundesminister für Gesundheit
 Alois Stöger, diplômé
 Bundesministerium für Gesundheit
 Radetzkystraße 2
 1030 Wien

**Stellungnahme der Österreichischen Gesellschaft für Psychologie (ÖGP)
 zum Entwurf des Bundesgesetzes über die Führung der Bezeichnung „Psychologin“ oder „Psychologe“ und über die Ausübung der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie (Psychologengesetz 2013)**

Gliederung

**I Allgemeine Stellungnahme der ÖGP zum Entwurf des Psychologengesetzes 2013 –
 Grundsätzliche Ablehnung**

II Ergänzende Kommentare zu einzelnen Paragraphen

Anlage: „Ausbildungsstandards in der Gesundheitspsychologie“ (eingesetzt vom Vorstand der Fachgruppe Gesundheitspsychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie)

Eine Vorversion der Stellungnahme wurde von der „Arbeitsgruppe Psychologengesetz neu“ (Leitung: Univ. Prof. Dr. Wolfgang Kallus) und dem Vorstand der Österreichischen Gesellschaft für Psychologie (ÖGP) erarbeitet nach Konsultierung der Mitglieder der ÖGP, wobei die Arbeitsgruppe im Speziellen die Detailkommentierung übernommen hat. Die Endversion wurde vom Vorstand der ÖGP unter Mitarbeit von Prof. Wolfgang Kallus erstellt.

Vorstand der ÖGP

- Univ.-Prof. Dr. Dr. Christiane Spiel, Wien (Präsidentin)
- a.o. Univ.-Prof. Dr. Barbara Juen, Innsbruck
- a.o. Univ.-Prof. Dr. Anton-Rupert Laireiter, Salzburg

Präsidentin:
 Univ.-Prof. Dr. Dr. Christiane Spiel
 Fakultät für Psychologie der Universität
 Wien
 Universitätsstr. 7, 1010 Wien
 T. 01/4277 -47312, F. -47319
 E-Mail: christiane.spiel@univie.ac.at

Schriftführer:
 Ao. Univ.-Prof. Dr. Anton-Rupert Laireiter
 Fachbereich Psychologie der
 Paris-Lodron-Universität Salzburg
 Hellbrunnerstraße 34, 5020 Salzburg
 T. 0662/8044 -5122, F. -5126
 E-mail: anton.laireiter@sbg.ac.at

Kassierin:
 Ao. Univ.-Prof. Dr. Barbara Juen
 Institut für Psychologie der
 Leopold-Franzens-Universität Innsbruck
 Innrain 52, 6020 Innsbruck
 T. 0512/507-5547, F. -5559
 E-Mail: barbara.juen@uibk.ac.at

Homepage: <http://www.oegp.net/>

I Allgemeine Stellungnahme der ÖGP zum Entwurf des Psychologengesetzes 2013

Grundsätzliche Ablehnung

Aufgrund prinzipieller Probleme sowie folgenreicher Mängel lehnt die ÖGP den vorliegenden Gesetzesentwurf zum Psychologengesetz 2013 grundlegend ab. Sie fordert ein Gesetz über Psychologieberufe analog der Schweiz.

Die Ablehnung fußt auf folgenden drei zentralen Kritikpunkten:

1. Inadäquate Zuordnung fachlicher Teildisziplinen der Psychologie zur Gesundheitspsychologie

Die gegenwärtige Psychologie weist ein breites Feld von Teildisziplinen auf. Dies zeigt sich nicht zuletzt in den im Rahmen des Bologna-Prozesses verabschiedeten Masterstudienplänen. Die Vielfalt der Teildisziplinen dokumentiert sich auch in der Breite der Sektionen der Amerikanischen Psychologischen Vereinigung (APA) sowie in den Fachgruppen der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, in denen die Klinische Psychologie und die Gesundheitspsychologie, auf welche das Psychologengesetz 2013 fokussiert, nur zwei von insgesamt 15 darstellen. Die verschiedenen Anwendungsfelder sind auch in Österreich weit entwickelt und weisen z.T. eine elaborierte curriculare Verankerung auf (wie z.B. die Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie, die Verkehrspsychologie oder die Bildungspsychologie). Der Gesetzesentwurf berücksichtigt jedoch nur die beiden Teildisziplinen Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie.

Insbesondere wird dabei festgelegt, dass die im Gesetzesentwurf in §13 aufgelisteten Tätigkeitsbereiche ausschließlich GesundheitspsychologInnen vorbehalten sind (im 8. Abschnitt werden entsprechende Strafbestimmungen bei Verstößen dagegen formuliert), obwohl es deutliche Überlappungen mit Tätigkeitsfeldern und Kompetenzbereichen von z.B. ArbeitspsychologInnen, SportpsychologInnen, BildungspsychologInnen und VerkehrspsychologInnen gibt, während deren zusätzliche Expertise in den verschiedenen Handlungsfeldern (z.B. in den im Gesetzesentwurf genannten Handlungsfeldern Arbeitsplatz, Schule, soziales Wohnumfeld) ignoriert wird. Hierfür sieht das Gesetz nur im §20(5) eine mögliche Spezialisierung nach mehrjähriger Tätigkeit als Gesundheitspsychologin/e vor. Somit etabliert der Gesetzesentwurf die Gesundheitspsychologie quasi als Oberdisziplin über die anderen Teildisziplinen der Psychologie (mit Ausnahme der Klinischen Psychologie) und zwingt somit alle anderen PsychologInnen (per Strafandrohung) GesundheitspsychologInnen zu werden, um dann – nach mehreren Jahren – die eigentliche Teildisziplin, der man angehört, als Spezialisierung nennen und ausüben zu können. Daraus ergeben sich nicht zu rechtfertigende Ausbildungszeiten, deren Qualitätssicherung im Gesetzesentwurf in keiner Weise gesichert ist.

Die ÖGP lehnt die der Realität nicht entsprechende und auch nicht begründbare Überhöhung einer Teildisziplin der Psychologie verbunden mit einer Abwertung der anderen Teildisziplinen ab und fordert die adäquate Berücksichtigung der verschiedenen Teildisziplinen der Psychologie.

2. Mangelhafte wissenschaftliche Fundierung und Qualitätssicherung

Die Psychologie ist eine lebendige wissenschaftliche Disziplin, in der kontinuierlich neue Erkenntnisse generiert werden. Wissenschaftliche Fundierung ist daher elementar für das seriöse Arbeiten jeder/s Psychologin/en. Die wissenschaftliche Perspektive des Faches muss daher erkennbar in gesetzlichen Regelungen über postgraduale Ausbildungen in Psychologie berücksichtigt werden. Im Gesetzesentwurf wird jedoch der wissenschaftlichen Verankerung nur in unzureichender Weise Rechnung getragen. Dies zeigt sich u.a. daran, dass die ÖGP als Repräsentantin der wissenschaftlichen Psychologie in Österreich in die Gesetzesentstehung nicht eingebunden wurde. Das Curriculum für Gesundheitspsychologie vernachlässigt daher auch moderne Inhalte des Faches, welches sich in den letzten 20 Jahren sehr dynamisch entwickelt hat, und ist sowohl im Hinblick auf die theoretisch fachliche Kompetenz (§14) als auch im Hinblick auf die Bereiche zum Erwerb der praktischen fachlichen Kompetenz (§15) sehr eng an der Klinischen Psychologie orientiert.

Damit wird die Gesundheitspsychologie implizit immer noch als ein „Anhängsel“ der Klinischen Psychologie konzipiert, was sowohl den Intentionen des Gesetzes wie auch den internationalen Entwicklungen in diesem Feld widerspricht. Entsprechend erscheint auch die Abgrenzung zwischen Gesundheits- und Klinischer Psychologie durchgehend künstlich und problematisch. So werden z.B. GesundheitspsychologInnen künstlich Tätigkeiten zugeschrieben, die Klinische PsychologInnen in ihrer Praxis selbstverständlich ausführen (z.B. Gesundheitsförderung, Prävention), und umgekehrt. Die Negierung der wissenschaftlichen Psychologie und ihrer aktuellen Erkenntnisse ist im Gesetzesentwurf durchgängig. So ist im Psychologenbeirat (6. Abschnitt) kein Entsendungsrecht durch die ÖGP vorgesehen, während gemäß §41(3) die freiwilligen beruflichen Interessensvertretungen ein Drittel der Mitglieder stellen und auch der Österreichischen Ärztekammer sowie dem Psychotherapiebeirat (§41(4)) ein Entsendungsrecht eingeräumt wird.

Die Anschlussfähigkeit an die neuen Ausbildungsgänge (Bachelor und Master), die den aktuellen wissenschaftlichen Standards entsprechen, ist ebenfalls nicht gegeben. Diese Bildungsgänge berücksichtigen neuere Entwicklungen im Fach als die kleinteilige Auflistung von Ausbildungsvoraussetzungen in §7 des Gesetzesentwurfs. Um sowohl aktuell als auch zukünftig den neuesten Erkenntnisstand der wissenschaftlichen Psychologie berücksichtigen zu können, sollte die einzige Voraussetzung für die postgraduale Ausbildung die berechnete Führung der Bezeichnung „Psychologin“ oder „Psychologe“ sein, d.h. die erfolgreiche Absolvierung eines Bachelor- und Masterstudiengangs in Psychologie im Umfang von mindestens 300 ECTS respektive die Absolvierung entsprechender früherer Ausbildung (z.B. Diplom in Psychologie).

Durchaus in Verbindung mit dem mangelnden Einbezug der wissenschaftlichen Perspektive lassen sich gravierende Mängel des Gesetzes bzgl. der vorgesehenen Qualitätssicherung für die Ausbildung und Arbeit von Gesundheits- und Klinischen PsychologInnen sehen. So ist für die Ausbildungseinrichtungen respektive für deren Ausbildungsangebote keine Akkreditierung vorgesehen. Es sind formale Anforderungen zu erfüllen (siehe §9(2)), der Ausschuss des Psychologenbeirats ist jedoch nur „anzuhören“ (§ 9(1)); was unter §9(3) mit „Berücksichtigung regionaler Erfordernisse“ gemeint ist, ist ebenfalls unklar. Berufsangehörige der Gesundheits- oder klinischen Psychologie haben zwar eine Dokumentationspflicht (§35) und Fortbildungspflicht (§33); weitere Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der psychologischen Leistungen sind jedoch nicht vorgesehen wie z.B. die aktive Teilnahme an qualitätssichernden Maßnahmen (dies ist z.B. in der deutschen Psychotherapieversorgung mittlerweile Standard).

Sehr deutlich werden Mängel hinsichtlich Wissenschaftlichkeit im immer wichtigeren Tätigkeitsfeld der Evaluation. Der Gesetzesentwurf sieht explizit vor, dass „...die Entwicklung, Durchführung und Evaluation von gesundheitspsychologischen Maßnahmen und Projekten im Bereich der Gesundheitsförderung in den Handlungsfeldern Partnerschaft, Arbeitsplatz, Schule, soziales Wohnumfeld und Krankenanstalt ...“ explizit GesundheitspsychologInnen vorbehalten ist (§13(2)4; analog für Klinische PsychologInnen unter §22(3)4). Für den Erwerb der angeführten Evaluationskompetenz sind im theoretisch Teil der Ausbildung jedoch nur insgesamt 40 Einheiten vorgesehen (geregelt in §14(2)11 und §14(3)1), was im Umfang nur wenig mehr als einer Lehrveranstaltung entspricht. Dass Personen mit so unzureichender Ausbildung ein solch wichtiges Tätigkeitsfeld ausschließlich zusteht, ist geradezu bedrohlich und höchst fahrlässig.

Als ebenfalls kritisch sind die viel zu gering ausfallenden Ausbildungsstunden im Bereich der klinisch-psychologischen Behandlung zu sehen (§23(2)9 und §23(3)3), die im Grundmodul 20 Einheiten und im Aufbaumodul 30 Einheiten umfassen. Es ist zu wiederholen, was oben formuliert wurde: Dass Personen mit so unzureichender Ausbildung ein solch wichtiges Tätigkeitsgebiet ausüben dürfen, ist bedrohlich und fahrlässig. Die Konsequenz kann und darf jedoch nicht sein dieses Gebiet zu streichen, sondern vielmehr es inhaltlich zu präzisieren und umfangmäßig zu erweitern.

Erstaunlich und gleichzeitig schockierend ist es auch, dass trotz bekannter psychologischer Unterversorgung in den Bereichen Kinder und Jugendliche (sowie mittlerweile auch im höheren Altersbereich) in dem Gesetzesentwurf an keiner Stelle Tätigkeiten in diesen Bereichen genannt sowie entsprechende Ausbildungserfordernisse dafür formuliert werden.

Die ÖGP fordert daher ein Gesetz, das den wissenschaftlichen Standards der Psychologie entspricht sowie entsprechende Maßnahmen der Qualitätssicherung für Ausbildungseinrichtungen (Akkreditierung der Curricula) und für die psychologischen Leistungen der Berufsangehörigen vorsieht und die ÖGP als Vertretung der wissenschaftlichen Psychologie entsprechend einbindet.

3. Formale Überfrachtung und unangemessene Detailsteuerung im Gesetz

Governance Ansätze gemäß internationaler State-of-the-Art sehen schlanke Gesetze vor, in denen die Politik allgemeine Ziele festlegt und klare Strukturvorgaben macht, ohne Detailsteuerung und damit der Gefahr von Überregulierung und Bürokratismus. Der vorliegende Gesetzesentwurf entspricht dem in keiner Weise. Vielmehr ist er ein negatives Beispiel extremer Detailsteuerung bei gleichzeitig schwacher bis fehlender Qualitätssicherung (die im Gesundheitsministerium angesiedelt ist) und z.T. schwammigen Formulierungen. Notwendige Detailaspekte sollten jedoch in Form von Verordnungen geregelt werden. Die Qualitätssicherung sollte an ein unabhängiges Gremium mit entsprechender Expertise (z.B. Akkreditierungsrat oder *wissenschaftlicher* Beirat) delegiert und nicht von der Politik selbst wahrgenommen werden.

Ein Beispiel dafür, wie dies geschehen kann, stellt das Schweizer Bundesgesetz über die Psychologieberufe dar. Dieses Gesetz schützt ebenfalls die Berufsbezeichnung Psychologin oder Psychologe und spricht auch Tätigkeitsvorbehalte aus. Es legt jedoch – im Vergleich zum österreichischen Gesetzesentwurf – allgemein Ziele und Dauer von Weiterbildungen zur Erlangung eines Weiterbildungstitels fest (in der derzeitigen Fassung in den fünf Bereichen Psy-

chotherapie, Kinder- und Jugendpsychologie, klinische Psychologie, Neuropsychologie, Gesundheitspsychologie) sowie allgemeine Akkreditierungskriterien für Weiterbildungslehrgänge. Das schlanke Gesetz ist explizit offen für die Aufnahme von Weiterbildungstiteln für andere gesundheitsrelevante Fachgebieten der Psychologie. Weitere Details werden in der Verordnung über die Psychologieberufe geregelt.

<http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20091366/index.html> (Bundesgesetz)

(als pdf: <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20091366/201304010000/935.81.pdf>)

http://www.admin.ch/ch/d//sr/c935_811.html (Verordnung) (als pdf:

<http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20120363/201304010000/935.811.pdf>

Der vorliegende Gesetzesentwurf widerspricht sämtlichen Grundregeln moderner Governance. Er wird daher in dieser Form von der ÖGP abgelehnt. Vielmehr sollte analog dem Vorbild der Schweiz ein schlankes Gesetz formuliert werden mit der Ankündigung ergänzender Verordnungen.

II Ergänzende Kommentare zu einzelnen Paragraphen

Nach den grundlegenden Kritikpunkten und der daraus abgeleiteten Ablehnung des Entwurfs für das Psychologengesetz 2013 durch die ÖGP erfolgt im Folgenden eine eher am Detail orientierte Kommentierung einzelner Paragraphen. Die Kommentare gehen (wie bereits oben formuliert) von der Orientierung am derzeitigen Psychologiestudium in Österreich aus, welches unterschiedliche Teildisziplinen respektive Anwendungsfelder gleichgewichtig neben der Klinischen Psychologie und der Gesundheitspsychologie vorsieht. Dabei wird an den jeweiligen Stellen immer wieder auf die in Abschnitt I angeführten grundlegenden Kritikpunkte verwiesen bzw. Argumente z.T. wiederholt. Es soll auch explizit betont werden, dass diese detaillierte Kommentierung nur als Ergänzung der allgemeinen Stellungnahme zu sehen ist.

Artikel I

§ 1

Ohne die Einbeziehung der weiteren gleichwertigen Teildisziplinen respektive Anwendungsfelder ergeben sich Probleme für die Definition von „Berufsangehörige“, „Berufsliste“, „berufsmäßig“ und „psychologisch“ in Artikel I §1 (1), da diese nicht auf Klinische PsychologInnen und GesundheitspsychologInnen beschränkt sind.

§1 (1) 1. „Berufsliste“: es sollte vor 2. ergänzt werden ... sowie die Listen äquivalenter Berufsfelder

2. sowie bei äquivalenten Berufsfeldern auf Leistungen der in den Curricula abgedeckten Leistungen des jeweiligen Berufsfeldes.

3. gleichermaßen wie Psychologinnen und Psychologen äquivalenter Berufsfelder.

4. oder einem der äquivalenten Berufsfelder befinden.

9. äquivalente Berufsfelder zur Klinischen Psychologie und zur Gesundheitspsychologie umfassen ein äquivalentes Ausbildungscurriculum und sind in ihren Grundlagen in der universitären Ausbildung verankert. Hierzu zählen insbesondere die Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie, die Bildungspsychologie, die Verkehrspsychologie, die Umweltpsychologie und die Personalpsychologie. Die Curricula sind vom Psychologenbeirat als äquivalent anzuerkennen. Die Bestimmungen dieses Gesetzes gelten für äquivalente Anwendungsfelder sinngemäß.

§ 3

2. die Ausbildung und die berufsmäßige Ausübung im Bereich der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie sowie in äquivalenten Anwendungsfeldern, insbesondere....

§ 4

(1) Hier bleibt der geforderte Abschluss offen: erweitertes Bakkalaureatsstudium? Bakkalaureat in Psychologie plus Doktoratsstudium in Psychologie?

(2) Promotion zum Dr. rer. nat. (z.B Graz) mit Hauptfach Psychologie?

Artikel II

Gemeinsame Bestimmungen sollten für alle Angewandten Teildisziplinen konzipiert sein. In der vorliegenden Entwurfsfassung wird die Gesundheitspsychologie eng an die Klinische Psychologie gebunden und dadurch die Trennung z.T. wieder unscharf.

§ 6

§ 6 (1) sollte die äquivalenten Berufsfelder bereits in (1) wieder explizit nennen.

(3) [Nummerierung 2 fehlt], sollte wiederum äquivalente Berufsfelder nennen

§ 7

[wiederum in Satz 1 die äquivalenten Berufsfelder einfügen]

(2) die Auflistung in Punkt 2 ist stark klinisch orientiert und deckt die „Kontexte“ und „Modelle“ der Kommission „Ausbildungsstandards in der Gesundheitspsychologie“ der DGPs (s. Anlage) nicht ab.

Psychiatrie und Neurologie sind für Gesundheitspsychologie weit weniger bedeutsam als Biopsychologische Mechanismen etc.

Wichtig hingegen erscheint es in diesem Zusammenhang für solche AbsolventInnen der Psychologie, die die angeführten Kriterien nicht erfüllen, Möglichkeiten zu deren Nacherwerb zu formulieren.

Hier wird explizit nochmals darauf verwiesen, dass Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie nur zwei Anwendungsfelder aus dem breiten Spektrum an Anwendungsfeldern der Psychologie sind. Die ÖGP fordert daher, dass die Gesundheitspsychologie als eine unter anderen Teildisziplinen konzipiert wird (die überkommene, traditionelle Bindung an die Klinische Psychologie sollte nicht aufrechterhalten werden).

(3) Die Forderung nach einem Nachweis der psychischen Eignung auf der „Grundlage eines klinisch-psychologischen oder eines fachärztlich-psychiatrischen Gutachtens“ (leg.cit., S.5-6) wird als übertrieben abgelehnt. Anstatt dessen sollte die psychische Eignung zusammen mit der persönlichen Eignung von den Vertretern der Ausbildungseinrichtung im Rahmen eines erweiterten Aufnahmeverfahrens (Aufnahmeseminar) durchgeführt werden.

§ 8

(1) Im Vergleich zum ersten Entwurf des Gesetzes vom Oktober 2012 sind hier zwar die Umfänge und die Ausbildungsdauer genannt. Leider sind die in diesem und in den folgenden Absätzen genannten Zahlen nicht optimal nachvollziehbar. Es müsste auf jeden Fall nochmals erwähnt werden, dass der Begriff „Einheit“ 45 Min. umfasst und hier in Stud. (=60 Minuteneinheiten) umgerechnet wurde.

(1, Zi 1): Erfreulicherweise wurde die Stundenanzahl für die theoretisch-fachliche Ausbildung angehoben; für die Klinische Psychologie ist aber noch eine weitere Anhebung der Stundenzahlen für die Klinisch-psychologische Behandlung zu fordern (s.u.).

(1) 2.a). Geht von „angestellten“ PsychologInnen aus. Freiberuflichem Nachwuchs sollte die Ausbildung ebenfalls geöffnet werden.

Die in einem Doktorat erbrachten Qualifikationen sollten angemessen auf die 340 Einheiten aus Abs. 1, Zi 1. bzw. die praktische Ausbildung (Abs. 2) anrechenbar sein.

§ 9

In §9 ist ergänzend die Qualitätssicherung der Ausbildung explizit, einschließlich der einzusetzenden Methoden und einer Festlegung der Evaluationsberechtigten zu verankern (s. dazu ausführlicher Abschnitt I dieser Stellungnahme).

§ 11

§ 11, Abs. 1 und 2 sind etwas zu streng formuliert. Auch die Drittelregelung ist nur bedingt sinnvoll und zu streng. Dies gilt vor allem für aus dem Ausland (z.B. Deutschland) zugezogene PsychologInnen. Diese müssten große Teile ihrer Ausbildung wiederholen, was nicht zugemutet werden kann. Insbesondere ist hier das Problem zu sehen, dass es bei Berufungen von UniversitätsprofessorInnen, aber auch von AssistentInnen und anderem wissenschaftlichen Universitätspersonal aus dem Ausland (vor allem Deutschland) hier zu unnötigen Komplikationen kommen kann. Sinnvoll wäre es höchstens, Österreich-spezifische Inhalte als Ergänzung zu fordern. In der gegenwärtigen Fassung könnte der Hochschulbereich im Klinischen und Gesundheitspsychologischen Sektor massive Probleme bekommen. Unabhängig davon ist es jedoch auch nicht nachvollziehbar, warum innerhalb der EU die Anrechnung nicht liberaler gehandhabt werden kann.

Der Passus könnte auch dahingehend aufgelockert werden, dass bei länger zurück liegenden Aus-, Fort- und Weiterbildungszeiten eine Anrechnung dann möglich ist, wenn man in den Bereichen tätig gewesen ist und sich kontinuierlich fortgebildet hat.

Auch an dieser Stelle ist der Text dahingehend zu ändern, dass die Gesundheitspsychologie nicht als „Basisqualifikation“ für äquivalente Anwendungsfelder etabliert wird.

§ 12

§ 12 grundsätzlich positiv, man sollte aber die Mindestdauer der Abschlussprüfung festlegen.

§ 12 (2) Auch für die Gesundheitspsychologie sollten ggf. 2 Projektarbeiten möglich sein. Unklar bleibt, wie Fallstudien/Projektarbeiten rechtlich konzipiert sind. Sind es Zulassungsarbeiten – analog zu Bachelor- oder Masterarbeiten – die man bestanden haben muss, da man sonst nicht zur mündlichen Abschlussprüfung zugelassen werden kann? Dies wäre zu präzisieren. Unklar erscheint auch, wie die Benotung der beiden Arbeiten aussieht, ob es Einzelnoten gibt oder ob die beiden Arbeiten notenmäßig zusammengefasst werden. Wer bewertet die Fallstudien/Projektarbeiten? Unklar bleibt auch, was bei einer ungenügenden Fallstudie/Projektarbeit geschieht und wie oft man eine solche wiederholen/wiederherstellen kann.

Bei allen Zeitangaben ist nicht klar, ob es sich bei den angegebenen Zahlen um Anwesenheits- oder um „Leistungsstunden“ im Sinne der Credits des ECTS handelt. Entsprechend den Gepflogenheiten im gesamteuropäischen Bildungssystem sollte man daher die gesamte Ausbildung in ECTS-Credits unter Angabe von Mindestanwesenheitsstunden (wenn man das für wichtig erachtet) ausweisen.

Allerdings wird grundsätzlich vorgeschlagen – siehe Abschnitt I – diese und auch viele weitere Details im Rahmen von Verordnungen zu regeln und das Gesetz schlank und damit auch aktuell zu halten.

§ 13

Grundproblem hier ist die Formulierung „vorbehaltene Tätigkeitsbereiche“, da damit die anderen Anwendungsfelder / gleichwertigen Teildisziplinen der Psychologie diskriminiert werden (siehe Abschnitt I der Stellungnahme).

(1) An dieser Stelle sollte unbedingt eingefügt werden, dass sich die Gesundheitspsychologie auf alle Altersgruppen bezieht, also sich in gleicher Weise an Kinder, Jugendliche, Erwachsene und alte Menschen richtet.

(3, Zi. 1) Hier wie in den anderen Stellen dieses § sollten auch Familien explizit genannt werden. Auch sollte hier ein expliziter Hinweis zu „in Kooperation mit den benachbarten Anwendungsdisziplinen“ (innerhalb der Psychologie z.B. Arbeits- und Organisationspsychologie) aber auch fachübergreifend (z.B. Public Health, Arbeitsmedizin) eingefügt werden.

2., 3. und 4. sind in dieser Form nicht haltbar, als sie sich mit anderen Tätigkeitsfeldern (Arbeits- und Organisationspsychologie, Umweltpsychologie) überlappen.

(4) Hier werden die Tätigkeitsfelder der Nachbardisziplinen auf die Gruppe der GesundheitspsychologInnen beschränkt. Wie bereits oben ausgeführt, ist dies nicht haltbar, insofern die Gesundheitspsychologie zentrale Aspekte der Nachbardisziplinen nicht umfasst (z.B. die Mehrzahl der Ansätze zur verhältnisbezogenen Prävention in der Arbeitswelt).

§ 13 impliziert, dass alle PsychologInnen der Nachbardisziplinen die postgraduale Qualifikation der Gesundheitspsychologie zu erwerben haben, was die ÖGP entschieden ablehnt (s. Abschnitt I dieser Stellungnahme)

Die Inhalte der Grundmodule beider Anwendungsfelder sind inhaltlich identisch, was der Abgrenzung beider voneinander nicht förderlich ist. Seitens der ÖGP wird daher angeregt, ein schmäleres gemeinsames Grundmodul zu kreieren und die Aufbaumodule breiter und für beide Felder getrennt zu gestalten. Zudem wird bezweifelt, ob die zu vermittelnden Inhalte in den angeführten Zeiten gehaltvoll und kompetenzfördernd vermittelt werden können. Es wird daher vorgeschlagen, die Umfänge der Aufbaumodule entsprechend zu erhöhen.

Wie oben bereits erwähnt, sollte sowohl aus Gründen der internationalen Vergleichbarkeit wie auch der Verhinderung von Leistungsdumping neben den Anwesenheitszeiten auch eine Angabe in Credits nach dem ECTS erfolgen.

Die Ausbildungsvorschriften für beide im Gesetzesentwurf beschriebenen Psychologenberufe sind sehr detailliert ausgeführt. Sinnvoller erschien es, wie im Abschnitt I dieser Stellungnahme bereits angesprochen, im Gesetzestext nur die wirklich wichtigen Eckpunkte der Ausbildung in beiden Feldern festzuschreiben und die spezifischen Ausführungen, auch der Anrechnung, in einer im Gesetz genannten und vom Ministerium zu erlassenden „Anrechnungs- und Durchführungsverordnung“ zu regeln. Dies würde eine größere Flexibilität und eine leichtere Anpassung an Änderungen ermöglichen.

§ 14

Die Inhalte sind sehr detailliert und überlappen sich stärker mit der Klinischen Psychologie als mit dem Entwurf zu „Ausbildungsstandards in der Gesundheitspsychologie“ der DGPs (s. Anlage).

§ 15

(1,Zi.2) Aus Qualitätsgründen wäre hier eine maximale Gruppengröße für Supervisionsgruppen festzulegen. Ab einer gewissen Größe ist Supervision nicht mehr sinnvoll und qualitätsgerecht durchzuführen.

(3) Selbsterfahrung betont stark den Bezug zur Klinisch-Psychologischen Intervention und könnte durch äquivalente Inhalte („Mediation“) ergänzt werden.

§ 19 /§ 28

Das tenure-track System der Wiedereintragung ist grundsätzlich gut und sinnvoll. Allerdings hat die Wiedereintragung alle 5 Jahre zu erfolgen, ohne dass man jemals einen definitiven Status erreichen kann. Besser wäre eine „Definitivstellung“ z.B. ab der zweiten oder dritten Eintragung.

§ 22

(1) An dieser Stelle sollte unbedingt analog § 13, Gesundheitspsychologie, eingefügt werden, dass sich die Klinische Psychologie auf alle Altersgruppen bezieht, sich also in gleicher Weise an Kinder, Jugendliche, Erwachsene und alte Menschen richtet.

(3, Zi. 1) Hier wie in den anderen Stellen dieses § sollten – analog wiederum zur Gesundheitspsychologie – auch Familien explizit genannt werden.

§ 23/§ 24

Sowohl im Rahmen der theoretischen wie auch der praktischen Anwendung sollte der Bereich der „klinisch-psychologischen Behandlung“ als zentraler Kompetenzbereich Klinischer PsychologInnen stärker hervorgehoben werden. Dies sollte sowohl durch eine Anhebung der (theoretischen und methodischen) Ausbildungsstunden wie auch durch eine Nennung von dokumentierten Mindestbehandlungs- und Supervisionsstunden in der praktischen Ausbildung erfolgen (s. Anmerkung zu § 23 (3) 3 und 4).

§ 23

(3, Zi.3) Erweiterung der Techniken und Interventionsstrategien der klinisch-psychologischen Behandlung und Beratung von zumindest 30 auf 60 Einheiten.

(3, Zi.4) Erweiterung der klinisch-psychologische Maßnahmen bei verschiedenen Störungsbildern unter Berücksichtigung der medizinischen Aspekte und im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen von zumindest 30 Einheiten auf mind. 80 Einheiten.

§ 24

(1, Zi. 1b) Hier sollte das oben angesprochene Mindestmaß an dokumentierten Behandlungsstunden festgelegt und durch Supervision bestätigt werden.

(1, Zi.1) Hier sollte, wie bei der Gesundheitspsychologie (§ 15, Abs. 1, Zi 1), die "Beratung von Einzelpersonen und Gruppen in Hinblick auf klinisch-psychologische Aspekte des individuellen Verhaltens" aufgenommen werden. Die Beratung ist auch für Klinische PsychologInnen ein zentraler Tätigkeitsbereich, der unbedingt auch in die praktische Ausbildung aufgenommen werden sollte.

(1, Zi.2): Analog §15, Abs. 1, Zi. 2, Gesundheitspsychologie, wäre auch hier aus Qualitätsgründen eine maximale Gruppengröße für Supervisionsgruppen festzulegen. Wie dort festgehalten, ist ab einer gewissen Größe Supervision nicht mehr sinnvoll und effektiv durchzuführen.

4. Abschnitt**§ 33**

Fortbildungspflicht: Man könnte den Abs. (1) so lesen, dass es verpflichtend wäre, Supervision zur Fortbildung in Anspruch zu nehmen. Dieser Absatz sollte daher so formuliert werden, dass sich Supervision auf eine "als-auch-Verpflichtung" bezieht. Auch sollte hier wiederum die Lektüre bestimmter Fachliteratur und der Besuch spezifischer Lehrveranstaltungen vorgesehen werden.

§ 35

(2) Hier wäre ergänzend anzuführen, dass sich das Einsichtsrecht nur auf solche Daten bezieht, die den/die KlientIn selbst betreffen. Daten, die subjektive Inhalte des/der PsychologIn umfassen, sind vom Einsichtsrecht auszunehmen.

(5) Das Übergaberecht sollte auf jene Daten beschränkt bleiben, die ausschließlich die Person des/der KlientIn betreffen. Persönliche und subjektive Aufzeichnungen des/der PsychologIn sollten von diesem Recht ausgenommen sein.

(6) Die äußerst positive rechtlich Positionierung des Schutzes personenbezogener Information, sollte auf äquivalente Anwendungsfelder ausgedehnt werden.

6. Abschnitt

Psychologenbeirat

§ 41

(3) Hier sollte, ähnlich wie für die Berufsverbände, auch für die Vertretung der wissenschaftlichen Psychologie eine Summe von Vertretern genannt werden. Dabei geht es nicht um ein Entsendungsrecht für Universitäten, sondern dezidiert um ein **Entsendungsrecht der ÖGP**. Es ist daher zu formulieren, dass die wissenschaftliche Psychologie ein Entsendungsrecht besitzt. Es wird vorgeschlagen **für Berufsverbände und Vertreter der wissenschaftlichen Psychologie den jeweils gleichen Prozentsatz der verfügbaren Sitze zu reservieren (25% oder 33%)**. Letztere wären von der ÖGP zu beschicken.

Darüber hinaus ist eine Begrenzung des Psychologenbeirates auf 15 oder 20 Personen problematisch, da neben Vertretern der Berufsverbände die Ausbildungseinrichtungen (universitäre Psychologieinstitute), die die theoretisch-fachlichen Inhalte vermitteln, angemessen vertreten sein sollten.

§ 44

(1) Im Gesetz sollte festgehalten werden, dass **mind. ein/e Vertreter/in in den Ausschuss des Psychologenbeirates aus dem Bereich der Berufsverbände und mind. eine/r aus dem Bereich der wissenschaftlichen Psychologie zu stammen hat**.

Anlage: „Ausbildungsstandards in der Gesundheitspsychologie“ (eingesetzt vom Vorstand der Fachgruppe Gesundheitspsychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie)

Mitglieder der Kommission „Ausbildungsstandards in der Gesundheitspsychologie“ (eingesetzt vom Vorstand der Fachgruppe Gesundheitspsychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie): Prof. Dr. Britta Renner (Universität Konstanz), Prof. Dr. Rainer Hornung (Universität Zürich), Prof. Dr. Christel Salewski (Hochschule Magdeburg-Stendal), Dr. Heike Spaderna (Universität Mainz), Prof. Dr. Carl-Walter Kohlmann (Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd), Prof. Dr. Holger Schmid (Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten), Prof. Dr. Claus Vögele (Universität Luxemburg), Prof. Dr. Andreas Schwerdtfeger (Universität Graz), Prof. Dr. Monika Sieverding (Universität Heidelberg)

	Kontexte	Modelle	Methoden	Anwendung
Grundlagen	Kontexte, Positionen & Perspektiven <ul style="list-style-type: none"> - Gesundheitsdefinitionen - Biopsychosoziales Modell: Verhalten und Gesundheit/Krankheit - Epidemiologie - Verhaltensbereiche - Salutogenese - Zugänge der Psychologie (z.B. Sozialpsychologie, Entwicklungspsychologie) - Nachbardisziplinen - Ethik - Individuum & Gesellschaft 	Modelle, Theorien & Konzepte der GP <ul style="list-style-type: none"> - Theorien des Gesundheitsverhaltens - Gesundheits- & krankheitsbezogene Kognitionen - Personale und soziale Risikofaktoren und Ressourcen - Stress und Coping - Krankheitsbewältigung - Biopsychologische Mechanismen - Soziokulturelle Faktoren (z.B. Migration; Gender; Kultur) 	Methoden und Diagnostik der GP <ul style="list-style-type: none"> - Datenerhebung (z.B. Biomarker; Verhaltensbeobachtung, Fragebogen; Interview) - Designs & Analysemethoden - Evaluation - Qualitätssicherung 	Konzepte und Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention <ul style="list-style-type: none"> - Verhaltens- und Lebensstiländerung - Lebensbereiche/Settings (insbesondere Schule, Arbeit, Familie) - Zielgruppen (z.B. Kinder; Erwachsene; chronisch Erkrankte) - Über die Lebensspanne - Gesundheits- und Risikokommunikation - Umwelt & Ökologie - Planung, Durchführung, Implementierung (Praxisprojekte)
Vertiefung		Vertiefungen, aktuelle Forschungsthemen und Entwicklungen zu Theorien, Methoden und Anwendungen der Gesundheitspsychologie		