

Erläuterungen

Allgemeiner Teil

I. Allgemeiner Teil

Das Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1990, ist am 7. Juni 1990 beschlossen worden und am 1. Jänner 1991 in Kraft getreten und hat als Ausbildungs- und Berufsgesetz einen selbständigen und eigenverantwortlichen Gesundheitsberuf etabliert. Ebenfalls Anfang Jänner 1991 in Kraft getreten ist das Psychologengesetz, BGBl. Nr. 360/1990, das als Ausbildungs- und Berufsgesetz über die Führung der Bezeichnung „Psychologin“ oder „Psychologe“ und über die Ausübung der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie zwei weitere selbständige und eigenverantwortlich tätige Gesundheitsberufe schuf.

Das Psychotherapiegesetz (1990) regelt ausgehend von einer Berufsumschreibung (§ 1) sowohl die Psychotherapieausbildung und die dafür notwendigen Voraussetzungen sowie die Anerkennung entsprechender Ausbildungseinrichtungen (§§ 2 bis 9 und § 12), als auch die selbständige Ausübung von Psychotherapie (§§ 10 und 11). Außerdem werden die Berufsbezeichnung „Psychotherapeutin“ bzw. „Psychotherapeut“ geschützt (§ 13) und Berufspflichten (§§ 14 bis 16) definiert. Des Weiteren wird die Führung einer Psychotherapeutenliste (§§ 17 bis 19) mit allen zur selbständigen Ausübung von Psychotherapie berechtigten Personen verfügt. Zur Beratung der Behörde wird in allen Angelegenheiten des Psychotherapiegesetzes ein Psychotherapiebeirat etabliert (§§ 20 bis 22). Abschließend sind Strafbestimmungen (§ 23), das Verhältnis zu anderen Vorschriften (§ 24) und Übergangsbestimmungen erlassen (§§ 25 bis 26) und das Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes mit 1. Jänner 1991 festgelegt.

Die Geschichte Österreichs und die Entwicklung der Psychotherapie sind untrennbar miteinander verbunden. Anfänge der Psychotherapie lassen sich 200 Jahre zurückverfolgen. Sigmund Freud, der mit Begründung der Psychoanalyse und eines eigenen Entwicklungs-, Störungs- und Behandlungsmodells Wegbereiter für die Verbreitung der Psychotherapie als eigenständige wissenschaftliche Disziplin war, gilt auch weltweit als Pionier der Psychotherapie. Österreich kommt hier eine Vorreiterfunktion zu, da nahezu alle Grundorientierungen der Psychotherapie in Österreich ihren Ursprung fanden. Ebenso konnten wichtige psychosoziale Versorgungsstrukturen erstmals installiert sowie berufspolitische Zusammenschlüsse begründet und etabliert werden, was eine professionelle psychosoziale Versorgung gewährleistete und insbesondere Wien als damaliges Epizentrum internationaler Aufmerksamkeit in den Vordergrund rückte.

Die anfänglichen Bedingungen, die die Möglichkeit zur Genese der Psychotherapie gaben, sind hier besonders zu betonen. Die Psychotherapie ging von Gründerpersönlichkeiten unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen und verschiedener Arbeitsfelder aus und oszilliert seit jeher in multidisziplinären Strukturen. Somit fand ein Interagieren und eine Reflexion psychotherapeutischer Kompetenzen sowie deren Erwerb und Anwendung immer vor dem Hintergrund eines interdisziplinären Erfahrungsaustausches statt. Dies unterstützte die wissenschaftlich-systematische Entwicklung der Disziplin, die zur weltweiten Verbreitung führte. Damit ist die Interdisziplinarität nicht nur ein zentraler Bestandteil der Psychotherapie an sich, sondern auch eine Definition ihres Entwicklungs- und Etablierungsprozesses.

Die Psychotherapieentwicklung in Österreich kam nach dem zweiten Weltkrieg stark zum Erliegen, da nur wenige der von den Nationalsozialisten vertriebenen Psychotherapeuten nach Österreich zurückkamen. Maßgebliche Forschung und Lehre fand daher außerhalb Europas statt, wovon sich die österreichische und europäische Psychotherapie lange nicht erholen sollte. Nach einer Regenerationszeit, die bis in die 1970er Jahre reichte, wurden im Verlauf erneut Fragen der Psychotherapie intensiver Gegenstand wissenschaftlicher Forschung und Lehre.

Die bis 1985 zurückreichende umfassende Beschäftigung mit der Materie führte schließlich zur Ausarbeitung des Gesetzesentwurfes des ersten Psychotherapiegesetzes, woraufhin die Psychotherapie als eigenständiger Gesundheitsberuf in das österreichische Gesundheitswesen integriert werden konnte.

Mit dem Psychotherapiegesetz (1990) konnten erstmals die rechtlichen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Berufstätigkeit, ein unverzichtbarer Bestandteil des Österreichischen Gesundheitssystems, sichergestellt werden und die Ausübung der Psychotherapie ist seitdem nicht mehr ausschließlich den Ärztinnen und Ärzten vorbehalten. Eine umfassende und zielgerichtete Ausbildung, die zur Befähigung und Berechtigung der selbständigen Ausübung der Psychotherapie führt, wurde verankert und es konnte auf diese Weise eine optimale psychotherapeutische Versorgung für die gesamte Bevölkerung durch professionell ausgebildete Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bereitgestellt

werden. Gleichzeitig wurde ein bis dato für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie für Patientinnen und Patienten gleichermaßen rechtsunsicherer Raum beseitigt. Damit fungiert Österreich als Galionsfigur in Europa bezüglich einer ausführlichen berufsgesetzlichen Regelung der Berufsgruppe der Psychotherapie. Mit Erlassung des Psychotherapiegesetzes (1990) in Österreich lässt sich sowohl aus europäischer Perspektive, als auch aus nationaler Perspektive eine Entwicklung maßgeblicher Errungenschaften in der Psychotherapielandschaft skizzieren.

Im selben Jahr nach Inkrafttreten des Psychotherapiegesetzes in Österreich wurde der Europäische Psychotherapieverband „The European Association of Psychotherapy (EAP)“ mit Hauptsitz in Wien ins Leben gerufen. Er repräsentiert 128 Organisationen aus 41 europäischen Ländern und setzt sich vor dem Hintergrund der „Straßburger Deklaration für Psychotherapie 1990“ und dem Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für eine wissenschaftlich fundierte Psychotherapie und qualitativ hochwertige Standards in der Psychotherapieausbildung ein. Damit verfolgt die Organisation mit ihren Aktivitäten die Etablierung eines Berufsprofils, das einer freien und unabhängigen Ausübung der Psychotherapie entspricht. Dieser Organisation gehört auch der Österreichische Berufsverband für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ÖBVP) an, der seit seiner Vereinsgründung 1992 eine unabhängige Interessensvertretung des Berufsstandes darstellt. Im Jahre 1994 tagte die erste ständige Ethik-Arbeitsgruppe des Europäischen Psychotherapieverbandes zum Austausch bezüglich der zukünftigen ethischen Herausforderungen des Berufsstandes. In Österreich wurde das erste Berufsethische Gremium des ÖBVP im Jahre 1995 gegründet, woraufhin sich in allen Bundesländern Beschwerde- und Schlichtungsstellen mit unterschiedlichen Organisationsformen etablierten.

Die Berücksichtigung der Relevanz der Schnittstellen zwischen Berufsrecht und Berufsethik führte zudem zur Etablierung wesentlicher qualitätssichernder Maßnahmen in der Psychotherapie. Dabei ist auf die Richtlinien des damaligen Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen zu verweisen, die auf Grundlage eines Gutachtens des Psychotherapiebeirates erstellt worden sind und maßgebliche Verhaltensregeln und Handlungsanleitungen für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten definieren.

Das Richtlinienkompendium setzt sich aus der Anerkennungsrichtlinie (Kriterien für die Anerkennung als psychotherapeutische Ausbildungseinrichtung), der Ausbildungsvertragsrichtlinie (Kriterien zur Ausgestaltung von Ausbildungsverträgen im psychotherapeutischen Fachspezifikum), dem Berufskodex (Ethikrichtlinien), der Diagnostik-Leitlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, der Fort- und Weiterbildungsrichtlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, der Gutachterrichtlinie (Kriterien für die Erstellung von Gutachten durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), der Internetrichtlinie (Kriterien zur Ausgestaltung der psychotherapeutischen Beratung via Internet), der Lehrtherapeutinnen/Lehrtherapeuten Richtlinie für das Fachspezifikum (Kriterien für die Bestellung von Lehrpersonen für das psychotherapeutische Fachspezifikum), dem Manual - Psychotherapeutischer Status zur Diagnostik-Leitlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, der Supervisionsrichtlinie (Kriterien für die Ausübung psychotherapeutischer Supervision durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) und der Visitationsrichtlinie zur Überprüfung propädeutischer und fachspezifischer Ausbildungseinrichtungen im Rahmen der Qualitätssicherung zusammen. Die Einhaltung der Richtlinien ist für die Ausbildung und für die Ausübung der Psychotherapie qualitätskonstituierend.

Der österreichische Gesetzgeber hat in Folge dessen die Psychotherapie auch in anderen Bereichen der österreichischen Rechtsordnung verankert, wobei es stets zu einem Gleichklang mit den entsprechenden Änderungen im Hinblick auf das Psychologengesetz (1990) kam, welches parallel mit dem Psychotherapiegesetz mit 01.01.1991 in Kraft getreten ist. Seit 1991 sind weitere gesetzliche Regelungen entstanden, die einen Ausbau der psychotherapeutischen und klinisch-psychologischen sowie gesundheitspsychologischen Leistungen in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens mit sich gebracht haben. Zu nennen sind hier insbesondere der § 135 Abs. 1 Z 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes – ASVG, BGBl. Nr. 189/1955, der § 11b des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes – KAKuG, BGBl. Nr. 1/1957, sowie § 1 Abs. 2 Z 9 des Krankenanstaltenarbeitszeitgesetzes – KA-AZG, BGBl. I Nr. 8/1997.

In Folge dessen wurden auch die Empfänger psychotherapeutischer Leistungen beispielsweise durch das Verbrechenopfergesetz – VOG, BGBl. Nr. 288/1972, das Jugendwohlfahrtsgesetz 1989, BGBl. Nr. 161/1989 und das Strafgesetzbuch – StGB, BGBl. Nr. 60/1974, stärker abgesichert.

Die Psychotherapie steht in Österreich im Lichte der Leitideen der EAP, die vor dem Hintergrund einer qualitativ hochwertigen und wissenschaftlichen Ausbildung einen psychotherapeutischen Beruf definieren, der zur selbständigen und eigenverantwortlichen Ausübung der Psychotherapie als eigenständiger wissenschaftlicher Disziplin führt.

Psychotherapieforschung hat sich als eigenständige Wissenschaftsdisziplin neben der medizinischen und der klinisch-psychologischen Forschung etabliert. Sie ist charakterisiert durch eine umfassende

wissenschaftstheoretische Verankerung und impliziert einen multiparadigmatischen und methodenpluralistischen Forschungsansatz. Psychotherapieforschung dient dazu, den Bedarf an Psychotherapie aufzuzeigen sowie die Qualität, Effektivität und Effizienz dieser zentralen Versorgungsleistung zu belegen und zu verbessern.

Die Koordinationsstelle Psychotherapieforschung wurde im Jahre 2012 vom Gesundheitsressort an der Gesundheit Österreich GmbH eingerichtet. Mehrmals im Jahr tagt der sogenannte Qualitätszirkel Psychotherapieforschung als beratendes Expertengremium mit den Zielen der Steigerung der Forschungsaktivität der Fachspezifika und um ein Forschungsbewusstsein zu schaffen.

Regelmäßige Veranstaltungen der sich aus dem Qualitätszirkel entwickelten Koordinationsstelle Psychotherapieforschung an der Gesundheit Österreich GmbH bieten eine Möglichkeit zu Austausch und Diskussion relevanter Erkenntnisse für Psychotherapieforscher:innen, Praktiker:innen der Psychotherapie, universitäre und praxisnahe Institutionen der Psychotherapie bzw. Psychotherapieforschung sowie der betreffenden Ausbildungsanbieter (Fachspezifika, Universitäten, Ambulanzen etc.).

Die Gesundheit Österreich GmbH – Koordinationsstelle für Psychotherapieforschung – erstellte im Auftrag des Gesundheitsressorts den Bericht „Praxisorientierte Psychotherapieforschung. Leitfaden zur Förderung von Wissenschaft und Forschung in der psychotherapeutischen Ausbildung“, der im März 2018 veröffentlicht wurde, unter fachlicher Begleitung durch den wissenschaftlichen Expertinnen- und Expertenbeirat der Koordinationsstelle Psychotherapieforschung. Dieser Leitfaden wurde unter https://jasmin.goeg.at/420/1/Leitfaden_Praxisorientierte_Psychotherapieforschung.pdf veröffentlicht.

Der Leitfaden bereitet die aktuellen Erkenntnisse, Prinzipien und umsetzungsorientierten Aspekte rund um wissenschaftliches Arbeiten und Forschen im Kontext der Psychotherapie anwendungsorientiert auf und liefert weiterführende Literaturhinweise, so dass sich die Ausbildungseinrichtungen bei der Planung bzw. Durchführung von Forschungsprojekten daran orientieren können. In der Psychotherapieausbildung, insbesondere bei der Erstellung bzw. Betreuung wissenschaftlicher Abschlussarbeiten oder Masterthesen, ist er eine wichtige Unterstützung für Auszubildende bzw. für Lehrende.

Basierend auf dem aktuellen State of the Art der Psychotherapieforschung werden Empfehlungen zur Förderung von Wissenschaft und Forschung in der psychotherapeutischen Ausbildung für die psychotherapeutischen Ausbildungseinrichtungen abgeleitet. Der Nachweis der Qualität, Effektivität und Effizienz der Psychotherapieforschung in den psychotherapeutischen Ausbildungseinrichtungen soll damit aufgezeigt und verbessert werden.

Die Recherchen für den Leitfaden beziehen psychotherapiewissenschaftliche Grundlagenwerke, klassische sozialwissenschaftliche Methodenbücher und aktuelle wissenschaftliche bzw. wissenschaftstheoretische Diskurse mit ein. Als Grundlage für die Entwicklung des Stufenplans zur Förderung von Wissenschaft und Forschung in der psychotherapeutischen Ausbildung dienten die Core Competencies of a European Psychotherapist der European Association of Psychotherapy (EAP):

Teil A – Theorie der Psychotherapieforschung stellt die aktuellen Erkenntnisse zur wissenschaftstheoretischen Reflexion, zu Paradigmen, Gütekriterien und Zielsetzungen der (praxisorientierten) Psychotherapieforschung dar.

In Teil B – Praxis der Psychotherapieforschung werden die umsetzungsorientierten Aspekte zu Forschungsansätzen, -designs und -methoden sowie Qualitätskriterien für wissenschaftliche Arbeiten anwendungsorientiert aufbereitet. Auch weiterführende Literaturhinweise ermöglichen, sich in Planung, Abwicklung und Darstellung von Forschungsprojekten zu orientieren.

Teil C enthält abgeleitete Empfehlungen für die psychotherapeutischen Ausbildungseinrichtungen, die auf einem Stufenplan zur Förderung von Wissenschaft und Forschung in den psychotherapeutischen Ausbildungseinrichtungen basieren.

Dieser sieht drei Ebenen vor:

1. Förderung der rezeptiven Auseinandersetzung mit Psychotherapieforschung
2. Förderung des wissenschaftlichen Arbeitens in der Psychotherapieausbildung
3. Förderung der aktiven empirischen Psychotherapieforschungstätigkeit

Praxisorientierte Psychotherapieforschung und insbesondere verfahrensübergreifende, patientinnen- und patientenorientierte Aspekte stellen den aktuellen State of the Art dar, der die Interessen der Praxis sowie die akademischen Anforderungen sinnvoll verbindet. Der vorliegende Leitfaden dient als Orientierungshilfe in Bezug auf Grundlagen für Wissenschaft und Forschung und möchte ein verfahrensübergreifendes Selbstverständnis von wissenschaftlich fundierter Psychotherapie fördern.

Die Forschungsaktivität der österreichweiten Fachspezifika sowie der (kooperierenden) Universitäten im Bereich der Psychotherapieforschung ist sehr reichhaltig und vielfältig geworden. Das breite Spektrum der österreichischen Psychotherapieforschungslandschaft bzw. das weite Einsatzgebiet von Psychotherapie wird auf diesen Tagungen gut sichtbar.

Die Bedeutung der Psychotherapieforschung ist nicht hoch genug einzuschätzen. In vergleichbaren Gesundheitsbereichen ist Forschung seit Jahrzehnten geradezu dominant und für die Psychotherapie soll das nicht anders sein. Ein neues Psychotherapiegesetz kann diesen Schwerpunkt noch mehr bekräftigen.

Psychotherapieforschung ermöglicht den Nachweis v.a. von Bedarf, Wirksamkeit, Evidenz, Effizienz und Qualität in (klinischer) Praxis und Ausbildung und ist daher für die langfristige Absicherung und Akzeptanz dieses Gesundheitsberufes zentral. Entscheidend ist aber auch das Aufzeigen der identitätsstiftenden (verfahrenübergreifenden) Gemeinsamkeit der Berufsgruppe (ihres wissenschaftlichen Selbstverständnisses) bzw. einer wissenschaftlich fundierten Psychotherapie durch die Psychotherapieforschung.

Der Einfluss der Psychotherapieforschung als Instrument für die Weiterentwicklung und Qualitätssicherung von Lehre und klinischer Praxis der Psychotherapie ist hoch. Entsprechend der Vielfalt der psychotherapeutischen Ansätze unterscheiden sich auch deren Zugänge zur Psychotherapieforschung. Trotz dieser Vielfalt gibt es jedoch übergreifende Ansätze und Qualitätsmerkmale psychotherapeutischer Forschung. Hier setzt sich der Leitfaden das Ziel, Grundlagen für solche Ansätze und Gemeinsamkeiten von Psychotherapieforschung darzustellen und das wissenschaftliche Selbstverständnis sowie die gemeinsame Identität von wissenschaftlich fundierter Psychotherapie über die psychotherapeutischen Schulen bzw. Verfahren hinweg zu fördern. Psychotherapieforschung wird so als Kernelement einer forschungsbasierten psychotherapeutischen Wissenschaft sichtbar gemacht.

Der Reformbedarf ergibt sich zunächst insbesondere aufgrund der durch den Bologna-Prozess veränderten Studienstrukturen (Bachelor- und Masterstudien), die sich auf die gesetzlich geregelten Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung auswirken. Diese Reform der Psychotherapieausbildung soll zukünftig dann auch die fachliche Qualität im Kontext einer universitären Ausbildung weiterhin bei gleichzeitiger Qualitätssicherung gewährleisten und unter kritischer Beachtung internationaler Vorbilder, erfolgen. In Entsprechung dessen sollte eine universitäre Ausbildung, also die Absolvierung eines Psychotherapiestudiums (Bachelor- und Masterabschluss) samt einer weiteren postgraduellen Ausbildungsphase zum praktischen Kompetenzerwerb in die Wege geleitet werden. Hierfür soll die Einrichtung insbesondere von psychotherapeutischen Ambulanzen, allenfalls in Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern ermöglicht werden.

Anzumerken ist, dass die Berufsgruppe bereits jetzt einen hohen Akademiker:innenanteil von mehr als 70 % aufweist (*Drossos, Pawlowsky, Kierein, Sagl (2023): Hochschulen, anerkannte Ausbildungseinrichtungen und Studienabschlüsse von Psychotherapeut*innen - Bestandsaufnahme und Entwicklungstendenzen. In: Datler, Wilfried et al. (Hrsg.): Akademisierung der Psychotherapie. Facultas, Wien, S 86ff.*). Dieser Anteil soll durch die geplante Reform auf 100 % angehoben und insbesondere eine akademische Ausbildung in der Psychotherapie Grundlage für eine spätere Berufsausübung Voraussetzung werden soll. Rund zwei Drittel der 46 aktiven fachspezifischen Ausbildungseinrichtungen befinden sich bereits in Kooperationen mit Universitäten oder sind in der Planungsphase einer Kooperationsbildung (ebd. S 77ff.). Diese Fachspezifika sollen, sofern sie sich als Psychotherapeutische Fachgesellschaften etablieren in den dritten Ausbildungsabschnitt integriert werden. Bestehende psychotherapeutische Ausbildungseinrichtungen werden daher durch die vorgesehenen Übergangszeiten und universitären Kooperationen eingebunden.

Daraus ergibt sich, dass eine Psychotherapieausbildung die sogenannte allgemeine oder besondere Universitätsreife voraussetzt. Damit würde die im Psychotherapiegesetz 1990 vorgesehene Zulassung zur Absolvierung des psychotherapeutischen Propädeutikums (sogenannte Eignungszulassung für das Propädeutikum) entfallen.

Eine Gleichwertigkeit des Berufsstandes der Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten im Gesundheitssystem neben anderen Berufsgruppen, die bei weitem nicht eine mit dem Psychotherapieberuf vergleichbare Eigenständigkeit aufweisen und bereits zumindest auf Bachelorniveau angesiedelt sind, muss erreicht werden.

Daneben darf nicht übersehen werden, dass die Psychotherapie als solche sich sowohl in Bezug auf die Patientinnen- bzw. Patientenbehandlung wie auf die wissenschaftlichen Entwicklungen seit Inkrafttreten des Psychotherapiegesetzes in hohem Maße weiterentwickelt und verändert hat.

Auch dem Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP) ist die Akademisierung der psychotherapeutischen Ausbildung seit Langem ein wichtiges Anliegen (*Stippl, Schimböck (2023): Anmerkungen zur Akademisierung der Psychotherapie aus der Sicht der Vertretung des Berufsstandes. In: Datler, Wilfried et al. (Hrsg.): Akademisierung der Psychotherapie. Facultas, Wien, S 191ff.*).

Wesentliche Neuerung in der Psychotherapieausbildung stellt insbesondere die Einführung des dritten Ausbildungsabschnitts dar, in dem unter anderem dem Wunsch der gesetzlichen Sozialversicherung für das Vorliegen von „besonderer Krankenbehandlungserfahrungen“ gefolgt und der Schwerpunkt auf die praktische Tätigkeit gesetzt wurde. Diese Tätigkeiten sollen im Wesentlichen in Psychiatrien, psychotherapeutischen Ambulanzen, Primärversorgungseinrichtungen und entsprechenden Einrichtungen mit klinikartigen Settings erfolgen.

Eine Einrichtung des Gesundheitswesens im engeren Sinne, die über ein „klinikartiges Setting“ verfügt, ist gekennzeichnet durch systematische, fallbezogene, multiprofessionelle Zusammenarbeit, insbesondere mit Ärztinnen bzw. Ärzten. Diese sollen in der Einrichtung selbst regelmäßig anwesend sein, zumindest zwei Mal pro Woche, insbesondere für Fallverlaufs- und Übergabebesprechungen, Planung und Evaluierung des Behandlungsverlaufs, Besprechung in Bezug auf Medikamenteneinnahme, Aufnahme- und Entlassungsprozesse etc.

Darüber hinaus soll eine Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe, wie auch mit Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeitern, Sozialpädagoginnen bzw. Sozialpädagogen etc. gegeben sein.

Das Regierungsprogramm 2020-2024 hält Folgendes fest: „Um die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe zu verbessern, sollen auch neue Gesundheits- und Sozialberufe gestärkt werden, psychotherapeutische Leistungen ausgeweitet und ein besonderer Fokus auf Kindergesundheit gelegt werden.“ (S 185) Ebenso ist der substanzielle stufenweise bedarfsorientierte Ausbau der Sachleistungsversorgung bis 2024 im Bereich der psychischen Gesundheit mit dem Ziel der Bedarfsdeckung festgelegt (vgl. S 186). Die hohe Stellenwertigkeit der psychischen Gesundheit wurde auch durch die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Bevölkerung mehr angenommen und akzeptiert.

Eine Analyse der Versorgungswirksamkeit von Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten in freier Praxis samt Ergebnisbericht der Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und des (damaligen) Hauptverbands der Österreichischen Sozialversicherungsträger aus dem Jahr 2020 ergab, dass Psychotherapie überwiegend von Frauen ausgeübt wird (73 %). 39 % der eingetragenen Berufsangehörigen waren über 54 Jahre alt, neun Prozent davon sind mindestens 65 Jahre alt. Ein:e Berufsangehörige:r der Psychotherapie behandelt im Durchschnitt jährlich rund 46 Patientinnen bzw. Patienten. 52 % der Patientinnen bzw. Patienten erhalten einen Kostenzuschuss von der Krankenversicherung, weitere rund 27 % voll kassenfinanzierte Psychotherapie, während 21 % Selbstzahler:innen sind. 94 % der durchschnittlichen geleisteten Gesamtstunden betreffen Patientinnen bzw. Patienten mit einer krankheitswertigen Störung (Krankenbehandlung). Im Median arbeitet ein:e Psychotherapeut:in in freier Praxis zehn Wochenstunden therapeutisch mit Patientinnen bzw. Patienten mit einer krankheitswertigen Störung. Nur für Dokumentationstätigkeiten werden im Median drei Stunden pro Woche aufgewandt. (Tanios, Aida; Valady, Sonja; Grabenhofer-Eggerth, Alexander (2020): Analyse der Versorgungswirksamkeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in freier Praxis. Gesundheit Österreich, Wien)

Rund 23 % der Bevölkerung erkranken jährlich an psychischen, krankheitswertigen Störungen, wobei nur 14 % im aktuellen Versorgungssystem erfasst werden. 7 % der Bevölkerung könnten für psychotherapeutische Behandlung motiviert werden. Durch die aktuellen Versorgungsangebote können derzeit lediglich die Hälfte (3,8 %) der registrierten Betroffenen psychotherapeutisch behandelt werden. Der volkswirtschaftliche Schaden aus psychischer Erkrankung beträgt jährlich EUR 13,9 Milliarden, somit 4,3 % des Bruttoinlandsproduktes.

Nach einer aktuellen Studie der Gesundheit Österreich GmbH zur Versorgungslage und künftigen Bedarf an Psychotherapie wird bei einer gleichbleibenden Entwicklung der Absolventinnen- und Absolventenzahlen sowie der Pensionsantritte in unterschiedlichen Varianten (Cut-off mit 60 Jahren, 65 Jahren bzw. 70 Jahren) basiert - ein Personenangebot zwischen 10 660 und 14 329 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Jahr 2040 angenommen. Das Erreichen eines moderaten Versorgungsziels von 3,5 % der Bevölkerung (leichter Versorgungsausbau), welches 13 125 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Wochenarbeitszeit von 24 Stunden und 40 Behandlungswochen pro Jahr pro Patientin bzw. Patienten vorsieht, scheint so jedenfalls möglich. Für das Erreichen eines höheren Versorgungsziels von fünf Prozent der Bevölkerung (durch einen entsprechend intensiveren Versorgungsausbau) wären in Zukunft 18 750 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erforderlich. Hierfür werden jährlich zwischen 1 888 und 2 567 Ausbildungsplätze benötigt, um im Jahr 2040 die

Anzahl an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sicherzustellen, die dem derzeitigen Stand und Versorgungsgrad entspricht.

Nach dem ersten Ausbildungsabschnitt (Erreichen eines Grundsets an psychosozialen Kompetenzen) kommt es oft zu keiner Fortsetzung der Ausbildung (25 %) bzw. sind die Ausbildungsabbrüche im ersten Abschnitt (Propädeutikum) deutlich höher (13 %) und reduzieren sich sehr stark im zweiten Abschnitt (unter 3 %), weswegen die erforderliche Zahl an Ausbildungsplätzen im ersten und zweiten Abschnitt unterschiedlich geplant werden muss. (Riess, Gabriele; Kern, Daniela; Sagerschnig, Sophie (2023): Versorgungslage und zukünftiger Bedarf im Bereich Psychotherapie. Grobkalkulation. Gesundheit Österreich, Wien)

Aktuelle Zahlen zur Psychotherapie

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten:

Zur Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Österreich haben bei in Krafttreten des Psychotherapiegesetzes im Jahr 1991 950 Personen angehört.

Bis zum 18. März 2024 wurden jemals 13 086 Personen in die Psychotherapeutenliste eingetragen, davon werden aktuell 11 930 Personen aktiv in Ausübung des Berufes, verzeichnet.

Im Jahr 2021 wurden 469 Personen,

im Jahr 2022 505 Personen und

im Jahr 2023 594 Personen in die Psychotherapeutenliste eingetragen.

Etwa 88 % der aktuell eingetragenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten führen eine methodenspezifische Zusatzbezeichnung. 74 % der Berufsangehörigen sind Frauen (9 653), mit linear steigender Tendenz. Rund 39 % der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind über 54 Jahre alt. Rund 46 % von ihnen arbeiten ausschließlich in freier Praxis, und 54 % arbeiten auch im Rahmen einer Institution psychotherapeutisch.

Zur staatlichen Herkunft lässt sich festhalten, dass rund 94 % der eingetragenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die österreichische und 3,6 % die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen.

Ausbildungseinrichtungen

Mit Stand vom 01. Juni 2023 waren 25 propädeutische Ausbildungseinrichtungen anerkannt, von denen vier nicht ausbilden und eine die Ausbildung noch nicht begonnen hat.

Das psychotherapeutische Propädeutikum wird in allen Bundesländern, ausgenommen dem Burgenland angeboten. Konzentriert ist die Ausbildung auf die Landeshauptstädte, insbesondere auf Wien.

Die Ausbildung beträgt in geschlossenen Ausbildungsgruppen in der Regel zwei Jahre, durch Anrechnungen von Inhalten aus Studien kann sie sich verkürzen.

Mit Stand vom 01. März 2023 waren 48 fachspezifische Ausbildungseinrichtungen anerkannt, davon haben zwei ihre Ausbildung ruhend gestellt.

Auch das psychotherapeutische Fachspezifikum wird in allen Bundesländern mit Ausnahme vom Burgenland angeboten. Die Ausbildung konzentriert sich ebenfalls auf die Landeshauptstädte.

Die Dauer der Ausbildung beträgt zwischen drei und zehn Jahren, je nach Curriculum und Anrechnungsmöglichkeit.

Lehrtherapeutinnen und Lehrtherapeuten

Zum Stichtag 01. Juni 2023 waren an den fachspezifischen Ausbildungseinrichtungen 1 139 Lehrtherapeutinnen und Lehrtherapeuten tätig, von denen rund 14 % für zwei oder mehrere Ausbildungseinrichtungen arbeiteten. Rund 66 % von ihnen sind Frauen. Insgesamt haben rund 58 % zumindest an einer Ausbildungseinrichtung eine volle Lehrbefugnis inne, und zwar rund 63 % der Männer und rund 55 % der Frauen.

Ausbildungskandidatinnen und Ausbildungskandidaten

Die Ausbildungsanbieter sind dazu verpflichtet, jährlich über die Ausbildungskandidatinnen und Ausbildungskandidaten, das Lehrpersonal und die Lehrtätigkeit im vorangegangenen Jahr zu berichten. Diese Daten werden im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz durch die Gesundheit Österreich GmbH ausgewertet und veröffentlicht, zuletzt unter Sagerschnig, Mikulcik (2023): Ausbildungsstatistik 2023. Daten zum Ausbildungsgeschehen in Psychotherapie, Klinischer Psychologie und Gesundheitspsychologie in Österreich. Gesundheit Österreich, Wien.

Psychotherapeutisches Propädeutikum: Mit Stand 01. Juni 2023 waren 5 329 Personen in einem psychotherapeutischen Propädeutikum in Ausbildung, wobei der Frauenanteil bei rund 77,5 % lag. Etwa zwei Drittel der Ausbildungskandidatinnen und Ausbildungskandidaten war zwischen 24 und 40 Jahre alt. Die Anzahl der Ausbildungskandidatinnen und Ausbildungskandidaten erhöht sich seit 2002 jährlich. Im vergangenen Berichtsjahr wurden 1 734 Aufnahmen, 1 205 Ausbildungsabschlüsse und 432 Ausbildungsabbrüche verzeichnet.

Rund 47 % der Personen haben ihren Wohnsitz in Wien, 13 % in Niederösterreich, je rund 11 % in Oberösterreich und der Steiermark, Tirol 5 %, Kärnten und Salzburg je rund 4 %, Vorarlberg und das Burgenland je rund 2 %.

Rund 87 % der Personen besitzen die österreichische Staatsbürgerschaft, rund 7 % die deutsche, 0,7 % die italienische und rund 6 % die Staatsbürgerschaft anderer Staaten.

Psychotherapeutisches Fachspezifikum: Mit Stand 01. Juni 2023 befanden sich insgesamt 5 021 Personen in einer fachspezifischen Psychotherapieausbildung, davon waren mehr als drei Viertel (rund 78 %) weiblich. Rund 2 799 Personen befanden sich im Status Psychotherapeut:in in Ausbildung unter Supervision. Im vergangenen Berichtsjahr wurden 875 Personen in die fachspezifische Ausbildung aufgenommen, 514 schlossen sie ab und 85 Personen schieden ohne Abschluss aus. Aufnahmen und Abschlüsse im psychotherapeutischen Fachspezifikum sind längerfristig gestiegen. In Hinblick auf die Quellenberufe sind über die Jahre eine Abnahme der Zahl der Personen mit einem medizinischen Quellenberuf und eine Zunahme der Zahl der per Bescheid zugelassenen Personen zu verzeichnen.

Das Alter der in fachspezifischer Ausbildung befindlichen Personen liegt im Schnitt bei Ausbildungsbeginn 32,9 Jahre und die Ausbildungsdauer im Schnitt bei fünf Jahren. Diese Dauer hat insbesondere Auswirkungen auf das Alter der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bei Eintragung in die Psychotherapeutenliste. Etwas mehr als ein Fünftel der in einer fachspezifischen Psychotherapieausbildung stehenden Personen ist jünger als 31 Jahre. Die größte Gruppe bilden die 31- bis 40-Jährigen mit rund 43 %, 34,4 % sind über 40 Jahre alt.

Rund 45 % aller Ausbildungskandidatinnen und Ausbildungskandidaten mit Wohnsitz in Österreich leben in Wien, ihr Anteil ist damit mehr als doppelt so hoch wie jener der Wiener:innen an der österreichischen Bevölkerung. Im Gegensatz dazu sind die Personen aus allen anderen Bundesländern unterrepräsentiert. Vor allem der Anteil der Kandidatinnen und Kandidaten aus dem Burgenland, aus Vorarlberg, Kärnten und Oberösterreich ist im Verhältnis zu den Einwohnerinnen und Einwohnern dieser Bundesländer besonders gering.

Die in Österreich anerkannten Psychotherapiemethoden werden den vier übergeordneten Grundorientierungen (Cluster) zugeordnet, wobei die psychoanalytischen Methoden (AP, GP, IP, PA und PoP) und die tiefenpsychologisch fundierten Methoden nunmehr unter dem Überbegriff „Psychoanalytisch-Psychodynamische Therapie“ zusammengeführt werden:

1. Humanistische Therapie
2. Psychoanalytisch-Psychodynamische Therapie
3. Systemische Therapie
4. Verhaltenstherapie

Ein Vergleich der Verteilung auf die vier Grundorientierungen zwischen Personen in fachspezifischer Ausbildung und in die Psychotherapeutenliste eingetragene Personen ergibt folgendes Bild:

Grundorientierung (zugehörige Fachspezifika)	Verteilung Psychotherapeutenliste* in Prozent	Verteilung Ausbildung** in Prozent
Humanistische Therapie: E, EL, GTP, IG, IT, PZ, PD	39,4	45,2
Psychoanalytisch-Psychodynamische Therapie: AP, GPs, IP, PA, PoP, ATP, DA, DG, HY, KIP, KBT, TA	24,9	25,4
Systemische Therapie: SF, NLPT	23,8	15,3
Verhaltenstherapie: VT	11,9	14,2

* Stichtag: 31. 12. 2021

** Stichtag: 1. 6. 2023

AP = Analytische Psychologie; ATP = Autogene Psychotherapie; DA = Daseinsanalyse;
DG = Dynamische Gruppenpsychotherapie; E = Existenzanalyse; EL = Existenzanalyse und

Logotherapie;
 GPs = Gruppenpsychoanalyse / Psychoanalytische Psychotherapie; GTP = Gestalttheoretische Psychotherapie;
 HY = Hypnosepsychotherapie; IG = Integrative Gestalttherapie; IP = Individualpsychologie; IT = Integrative Therapie;
 KBT = Konzentrierte Bewegungstherapie; KIP = Katathym Imaginative Psychotherapie;
 NLPt = Neuro-Linguistische Psychotherapie; PA = Psychoanalyse / Psychoanalytische Psychotherapie;
 PD = Psychodrama; PoP = Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie; PZ = Personenzentrierte Psychotherapie;
 SF = Systemische Familientherapie; TA = Transaktionsanalytische Psychotherapie;
 VT = Verhaltenstherapie

Quelle: BMSGPK; Berechnungen: GÖG

Der Wunsch der Berufsvertretung sowie die Erfahrungen der letzten Jahre haben deutlich gemacht, dass neben einer Liste für Berufsangehörige eine Liste für Ausbildungskandidatinnen bzw. Ausbildungskandidaten von großer Bedeutung im Sinne des Patientinnen- und Patientenschutzes und für die Schaffung von Informationsklarheit ist, weshalb diese Personen ausgewiesen als „Psychotherapeutin in Fachausbildung unter Lehrsupervision“ bzw. „Psychotherapeut in Fachausbildung unter Lehrsupervision“ in die Berufsliste (vormals „Psychotherapeutenliste“) integriert werden sollen.

Im vorliegenden Entwurf erfolgt eine neue Berufumschreibung im § 6, womit das im § 1 des Psychotherapiegesetzes (1990) normierte Berufsbild um Klarstellungen zur Krankenbehandlung, Diagnostik und Begutachtung erweitert wird. Ebenso werden die Berufspflichten neu strukturiert und erfolgten Klarstellungen, so etwa die Anwendung der Berufspflichten auf Ausbildungskandidatinnen bzw. Ausbildungskandidaten in Lehrsupervision bereits vor Eintragung in die Berufsliste, aufgrund der zum Teil selbständigen und eigenverantwortlichen psychotherapeutischen Arbeit mit Patientinnen bzw. Patienten.

Kern der psychotherapeutischen Behandlung ist das subjektive und individuelle Erleben der Patientinnen und Patienten, welches psychische und psychosomatische Leiden, Krankheiten und Symptome hervorbringt (vgl. *Datler, Hochgerner, Korunka, Löffler-Stastka, Pawlowsky*, Disziplin, Profession und evidenzbasierte Praxis: Zur Stellung der Psychotherapie im Gesundheitssystem. Eine Bilanz, Psychotherapie Forum (2021) 25:7–21).

Dieser Entwurf wurde unter Mitarbeit der Arbeitsgruppe „Psychotherapiegesetz Neu“ erarbeitet und ist das Ergebnis der Umsetzung der Resolution des Psychotherapiebeirates vom 11. Oktober 2022 sowie der ÖBVP-Stellungnahme zur Resolution des Psychotherapiebeirates vom 11. Oktober 2022 unter Berücksichtigung der verfassungsrechtlichen Vorgaben und Rahmenbedingungen, insbesondere der Achtung der Autonomie der Universitäten gemäß Art. 81c Bundes-Verfassungsgesetz – B-VG, BGBl. Nr. 1/1930.

Sowohl im Psychotherapiegesetz als auch parallel dazu im Musiktherapiegesetz und im Psychologengesetz 2013 wird die Vollziehung von der für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin bzw. dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister an die Landeshauptleute übertragen.

Die überwiegende Aufgabenbesorgung durch die bzw. den für das Gesundheitswesen zuständige:n Bundesminister:in haben insbesondere im Hinblick auf eine bundeseinheitliche Vollzugspraxis und Gründen der Qualitätssicherung in der seit 1991 etablierten Art zu erfolgen. Mangels kammeraler Vertretung dieser Berufe ist die erstinstanzliche Zuständigkeit seit über dreißig Jahren beim Bund. Seitens der Länder wurden keine Bestrebungen angestellt, die gesamte Zuständigkeit zu übernehmen und stellt die möglichst effektive und effiziente Verwaltungsform auch im Sinne der Wirtschaftlichkeit dar.

Die Überführung der Listenführung der in dem Gesetzesentwurf betroffenen Berufsgruppen etwa an das Gesundheitsberuferegister ist derzeit in Prüfung und wird als nächster Schritt angedacht.

Gemäß Art. 102 Abs. 1 B-VG üben im Bereich der Länder die Vollziehung des Bundes, soweit nicht eigene Bundesbehörden bestehen (unmittelbare Bundesverwaltung), die Landeshauptfrau bzw. der Landeshauptmann und die ihm unterstellten Landesbehörden aus (mittelbare Bundesverwaltung). Soweit in Angelegenheiten, die in mittelbarer Bundesverwaltung besorgt werden, Bundesbehörden mit der Vollziehung betraut sind, unterstehen diese Bundesbehörden in den betreffenden Angelegenheiten der Landeshauptfrau bzw. dem Landeshauptmann und sind an deren bzw. dessen Weisungen (Art. 20 Abs. 1) gebunden; ob und inwieweit solche Bundesbehörden mit Akten der Vollziehung betraut werden, bestimmen die Bundesgesetze; sie dürfen, soweit es sich nicht um die Betrauung mit der Vollziehung von

im Abs. 2 angeführten Angelegenheiten handelt, nur mit Zustimmung der beteiligten Länder kundgemacht werden.

Art. 102 B-VG ordnet an, dass die Angelegenheiten der Bundesverwaltung grundsätzlich in Form der mittelbaren Bundesverwaltung – d.h. durch die Landeshauptfrau bzw. den Landeshauptmann und die ihr bzw. ihm unterstellten Landesbehörden – zu besorgen sind; diese Organe üben insoweit Funktionen aus, die dem Bund zuzurechnen sind, sie sind daher Bundesorgane im funktionellen Sinn (VfSlg 5681, 12.281). Die Errichtung von eigenen Bundesbehörden (unmittelbare Bundesverwaltung) ist – ohne Zustimmung der Länder: Abs. 4 – nur in den in Art. 102 Abs. 2 B-VG genannten Angelegenheiten zulässig. Die Mitwirkung der Länder an der Vollziehung des Bundes in Form der mittelbaren Bundesverwaltung ist ein Element des bundesstaatlichen Prinzips (VfSlg 11.403). Die mittelbare Bundesverwaltung ist eine besondere Ausnahme vom Prinzip der Trennung der Vollziehungsorgane von Bund und Ländern (VfSlg 4413). Das zentrale Organ der mittelbaren Bundesverwaltung ist die Landeshauptfrau bzw. der Landeshauptmann; sie bzw. er ist insofern „Träger der mittelbaren Bundesverwaltung“, als ausschließlich sie bzw. er dem Bund gegenüber die Verantwortung trägt (Art. 142 Abs. 2 lit. e B-VG) und sie bzw. er alleinige Adressatin bzw. alleiniger Adressat der Weisungen der Bundesregierung bzw. der zuständigen Bundesminister:innen ist (Art. 103 Abs. 1 B-VG). Mittelbare Bundesverwaltung liegt nur vor, wenn eine Landesbehörde (Landeshauptfrau bzw. Landeshauptmann oder eine ihr bzw. ihm unterstellte Landesbehörde, zB Bezirkshauptmannschaft) Aufgaben für den Bund besorgt. Für die Aufgabenbesorgung auf Landesebene ist jedenfalls die Landeshauptfrau bzw. der Landeshauptmann verantwortlich (*Muzak*, B-VG⁶ Art. 102 [Stand 01.10.2020, rdb.at]).

Die durch bestimmte Abweichungen und Ausnahmen ergänzte Grundregel des Art 102 Abs. 1 besagt, dass es die Landeshauptfrau bzw. der Landeshauptmann und die ihr bzw. ihm unterstellten Landesbehörden sind, die im Bereich der Länder die Vollziehung des Bundes ausüben sollen. Ungeachtet seiner sprachlichen Fassung enthält Abs. 1 Satz 1 nicht eine empirische Beschreibung, sondern ein an den die einzelnen Verwaltungsmaterien (aus dem Vollziehungsbereich des Bundes) regelnden Gesetzgeber gerichtetes rechtliches Gebot. Insbesondere kommt es nicht auf das faktische Bestehen, sondern auf das rechtlich zulässige Betrauen von Behörden an. Die Bestimmung des Abs. 1 Satz 1 ist daher wie folgt zu lesen: Gesetze, welche die Vollziehung des Bundes im Bereich der Länder regeln, haben die Zuständigkeit der Landeshauptfrau bzw. des Landeshauptmannes oder der ihr bzw. ihm unterstellten Landesbehörden vorzusehen, soweit sich aus den folgenden (Abs. 1 Satz 2, Abs. 2, Abs. 4) oder aus anderen Verfassungsbestimmungen nicht die Zulässigkeit der Betrauung anderer Behörden ergibt. Mittelbare Bundesverwaltung im materiellen Sinn soll durch Organe der mittelbaren Bundesverwaltung im organisatorisch-funktionellen Sinn ausgeübt werden. Mittelbare Bundesverwaltung im materiellen Sinn meint jene Angelegenheiten, in denen die Vollziehung Bundessache ist und die gleichzeitig nicht in Art. 102 Abs. 2 oder in einer gleichbedeutenden Verfassungsbestimmung angeführt sind. Erweitert wird dieser Kreis von Angelegenheiten durch einzelne besondere Verfassungsbestimmungen, die die Vollziehungszuständigkeit des Bundes begründen und keinen Vorbehalt zugunsten von Bundesbehörden umfassen. Dieses Gebot ist an den Gesetzgeber gerichtet, der in Bezug auf die einzelnen Verwaltungsbereiche zur Regelung der sachlichen und funktionellen Zuständigkeit der Behörden kompetent ist. Im Regelfall, den Art. 102 vor Augen hat, ist das Gebot an den Bundesgesetzgeber gerichtet. Dieser hat daher für hoheitliches Verwaltungshandeln im Bereich der Länder, das dem Bund zurechenbar sein soll, die Zuständigkeit der Landeshauptfrau bzw. des Landeshauptmannes und der ihr bzw. ihm unterstellten Landesbehörden vorzusehen (vgl. *Raschauer* in *Korinek/Holoubek/Bezemek/Fuchs/Martin/Zellenberg* [Hrsg.], Österreichisches Bundesverfassungsrecht. Kommentar, Art. 102 B-VG).

Zentrales Organ der mittelbaren Bundesverwaltung ist somit die Landeshauptfrau bzw. der Landeshauptmann (vgl. Art. 102 Abs. 1, Art. 103 B-VG; vgl. in diesem Sinne auch die Erläuterungen zur Verwaltungsgerichtsbarkeits-Novelle 2012, RV 1618 dBlgNR XXIV. GP, 15).

Der Verfassungsgerichtshof stellte in seinem Erkenntnis VfSlg.11.403/1987 fest, dass „es verfassungsrechtlich an sich nicht ausgeschlossen ist, im Bereich der mittelbaren Bundesverwaltung in einem bestimmten Ausmaß und unter Einhaltung sonstiger verfassungsrechtlicher Grenzen dem Bundesminister auch Agenden zur Besorgung in erster Instanz zu übertragen. Auch ist es an sich zulässig, vorzusehen, daß sich der Bundesminister zur Besorgung solcher Aufgaben ihm direkt zugeordneter Hilfsorgane bedient. Diese Ermächtigung ist aber von Verfassungs wegen beschränkt. Insbesondere darf sie nicht dazu führen, das System der mittelbaren Bundesverwaltung, das zu den wesentlichen Elementen der Realisierung des bundesstaatlichen Baugesetzes der österreichischen Bundesverfassung zählt (...), zu unterlaufen.“ Im Ergebnis hat der Verfassungsgerichtshof jedoch die Wahrnehmung der (hier:) Weinaufsicht durch relativ selbständige, dezentrierte, im Bereich der

Länder lokalisierte und dem Bundesminister unmittelbar unterstellte Einrichtungen der (hier:) Bundeskellereiinspektoren als eine Umgehungs konstruktion und daher für verfassungswidrig erachtet.

Die herrschende Lehre erachtet daher die Betrauung einer Bundesministerin bzw. eines Bundesministers im Bereich der mittelbaren Bundesverwaltung als erste und letzte Instanz grundsätzlich für zulässig. Da es sich dabei um keinen Fall des Art. 102 Abs. 1 oder des Abs. 4 B-VG handelt, kommt eine Zustimmung der Länder hierbei nicht in Betracht (vgl. *Bußjäger* in *Kneihls/Lienbacher* [Hrsg.], Rill-Schäffer-Kommentar Bundesverfassungsrecht, 3. Lfg. [2004] Art. 102 B-VG Rn. 9 f mwN). Allerdings ist eine solche Betrauung als Ausnahme vom Grundsatz der mittelbaren Bundesverwaltung nur in sehr engen Grenzen zulässig, wobei über die Reichweite dieser Grenzen in der Literatur Uneinigkeit herrscht (vgl. *Öhlinger/Eberhard*, Verfassungsrecht¹¹ (2016), Rn. 305: „Grundsatz der mittelbaren Bundesverwaltung nicht völlig aushöhlen“; *Mayer*, B-VG⁵ [2015] 373: „nicht so weit gehen, dass die mittelbare Bundesverwaltung schlechthin ausgeschaltet wird“; *Schäffer*, Weinaufsicht und mittelbare Bundesverwaltung, ZfV 1988, 361 [366]: Unzulässigkeit der Betrauung einer Bundesministerin bzw. eines Bundesministers als einzige Instanz „in einem ganzen Verwaltungszweig“). Laut *Raschauer* unterliegt die Vollziehung den Regeln des Art. 102 B-VG, soweit sie ihrer Art nach „im Bereich der Länder“ ausgeübt werden kann. Eine Zuständigkeitskonzentration bei der/dem Bundesminister:in sei vor diesem normativen Hintergrund rechtfertigungsbedürftig, wobei der Umstand, dass ein bestimmtes Vorhaben den Bereich eines einzelnen Landes überschreitet, für sich allein noch keine ausreichende Rechtfertigung darstelle, da auch ein einvernehmliches Vorgehen der beteiligten Landeshauptleute sachgerecht sein könne (vgl. *Raschauer* in *Korinek/Holoubek/Bezemek/Fuchs/Martin/Zellenberg* [Hrsg.], Österreichisches Bundesverfassungsrecht. Kommentar, 4. Lfg. [2001] Art. 102 B-VG Rn. 64).

Art. 102 Abs. 1 B-VG spricht von der Landeshauptfrau bzw. dem Landeshauptmann unterstellten Landesbehörden. Dies können nicht nur die (in der Regel zuständigen) Bezirksverwaltungsbehörden, sondern zB auch das Amt der Landesregierung und sonstige Landesbehörden sein, die die Länder im Rahmen ihrer Organisationskompetenz eingerichtet haben.

Die vorliegenden Gesetzesnovellen setzen im Sinne obiger Ausführungen die Vorgaben des Art. 102 B-VG im Sinne der höchstgerichtlichen Rechtsprechung und der relevanten Literatur um.

Das sogenannte „Beschwerdemanagement“ wird sowohl im Psychotherapiegesetz 2024 als auch im Musiktherapiegesetz und im Psychologengesetz 2013 unter Zugrundelegung der einschlägigen höchstgerichtlichen Judikatur sowie der Fachliteratur einheitlich und detailliert ausgestaltet, wobei die Verfahrensführung verfassungskonform an die Landeshauptleute übertragen wird. In diesem Zusammenhang erfolgt eine Umschreibung der Begriffe „gesundheitliche Eignung“ und „Vertrauenswürdigkeit“.

Im Musiktherapiegesetz wird erstmals ein Musiktherapiebeirat entsprechend dem Psychotherapiebeirat und dem Psychologenbeirat normiert.

In Bezug auf die Verwendung gendergerechter Sprache ist festzuhalten, dass die Wortwahl in Art. 2 und 3 bewusst bzw. gezielt jeweils an die entsprechende Form in der Stammfassung des Musiktherapiegesetzes und des Psychologengesetzes 2013 angepasst wurde, um weiterhin eine einheitliche Lesbarkeit dieser Gesetze auch in der konsolidierten Fassung zu gewährleisten.

Kompetenzgrundlage:

Das Gesetzesvorhaben stützt sich auf Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG („Gesundheitswesen“), Art. 10 Abs. 1 Z 12a B-VG („Universitäts- und Hochschulwesen“) sowie auf Art. 11 Abs. 1 Z 2 B-VG („berufliche Vertretungen, soweit sie nicht unter Art. 10 fallen“).

Besonderheiten des Normerzeugungsverfahrens:

Keine.

Verhältnis zu den Rechtsvorschriften der Europäischen Union

Die vorgesehenen Regelungen stehen im Einklang mit der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, ABl. Nr. L 255 vom 30.09.2005 S 22, mit den Empfehlungen in den Bereichen Lebenslanges Lernen, Europäischer Qualifikationsrahmen und Validierung non-formalen und informellen Lernens, der Verordnung (EU) 2016/679 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, der Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, ABl. Nr. L 88 vom 04.04.2011 S 45, der Richtlinie 2018/958 über eine Verhältnismäßigkeitsprüfung vor Erlass neuer Berufsreglementierungen, ABl. Nr. L 173/25 vom 28. Juni 2018, der Durchführungsverordnung (EU) 2015/983 betreffend das Verfahren zur Ausstellung des Europäischen Berufsausweises und die Anwendung des Vorwarnmechanismus gemäß der Richtlinie 2005/36/EG, ABl. Nr. L 159 vom

25.06.2015 S. 27 sowie der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt-Informationssystems und zur Aufhebung der Entscheidung 2008/49/EG der Kommission ("IMI-Verordnung"), ABl. Nr. L 316 vom 14.11.2012 S 1, zuletzt geändert durch die Richtlinie 2014/67/EU, ABl. Nr. L 159 vom 28.05.2014 S 11.

Besonderer Teil

Zu Art. 1 (Psychotherapiegesetz 2024):

Zu § 1:

§ 1 umschreibt den Regelungsgegenstand des Gesetzes, der die Berechtigung zur Führung der Berufsbezeichnung (Z 1), die Ausbildung und die Voraussetzungen für die Berufsausübung der Psychotherapie (Z 2) umfasst. Gegenüber dem bisherigen Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1990, wird insbesondere die Ausbildung auf eine neue Grundlage gestellt. Es wird weiterhin einerseits der Schutz der Berufsbezeichnung gewährleistet sowie darüber hinaus die besonderen Anforderungen der gesundheitsberuflichen Ausbildung und der Reglementierung der berufsmäßigen Ausübung der Psychotherapie. Besonderes Augenmerk wird auch auf die Berufspflichten gelegt.

Zu § 2:

Abs. 1 normiert ausdrücklich, dass dieses Bundesgesetz die Ausbildung und die Berufsausübung der Psychotherapie ausschließlich und abschließend regelt.

In Abs. 2 wird klargestellt, dass die Berufsgesetze der anderen Gesundheitsberufe durch das Psychotherapiegesetz nicht berührt werden. Diese Bestimmung ist lediglich eine interpretative Hilfe für die in diesem Gesetz normierten berufsrechtlichen Bestimmungen für die Ausübung der Psychotherapie.

In Abs. 3 wird korrespondierend zu § 2 Abs. 1 Z 11 Gewerbeordnung 1994 – GewO 1994, entsprechend beispielsweise § 204 Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998, klargestellt, dass die Ausübung der Psychotherapie nur den Bestimmungen des vorliegenden Gesetzes unterliegt und die GewO 1994 nicht anzuwenden ist. Gemäß § 2 Abs. 1 Z 11 GewO 1994 sind die Bestimmungen der GewO nicht auf die Ausübung der Heilkunde, der Psychotherapie und des psychologischen Berufes im Bereich des Gesundheitswesens ua., anzuwenden. Im Vordergrund steht hier die Abgrenzung zum reglementierten Gewerbe der Lebens- und Sozialberatung (vgl. § 94 Z 46 GewO 1994.). Gemäß § 119 GewO 1994 bedarf es für die Beratung und Betreuung von Menschen, insbesondere im Zusammenhang mit Persönlichkeitsproblemen, Ehe- und Familienproblemen, Erziehungsproblemen, Berufsproblemen und sexuellen Problemen einer Gewerbeberechtigung für das Gewerbe der Lebens- und Sozialberatung. Dazu gehört auch die psychologische Beratung mit Ausnahme der Psychotherapie.

Die in Abs. 4 angeführten „Hilfeleistungen in der Nachbarschafts-, Familien- und Haushaltshilfe“ sind nicht berufsmäßig ausgeübte Tätigkeiten, die üblicherweise von Angehörigen oder Freunden zur Hilfestellung für kranke oder behinderte Menschen durchgeführt werden. Die Grenze dieser „Hilfeleistungen“ liegt dort, wo die Fähigkeiten eines Laien typischerweise ihr Ende finden, wobei aber im Einzelfall subjektive Kenntnisse und Kompetenzen zu berücksichtigen sind. Während diese nur im privaten Bereich erfolgenden Hilfstätigkeiten erlaubt sind und nicht im Widerspruch zu diesem Gesetz stehen, dürfen Angehörige von Gewerben, Sozial(betreuungs- oder -beratungs)berufen, pädagogischen Berufen sowie anderen Gesundheitsberufen, deren Berufsbild bzw. Tätigkeitsbereiche nicht die entsprechenden Tätigkeiten umfassen, grundsätzlich nicht den Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten vorbehalten Tätigkeiten ausüben.

Zu § 3:

Gemäß Art. 63 der Richtlinie 2005/36/EG haben die Mitgliedstaaten im Zuge der Erlassung der innerstaatlichen Umsetzungsmaßnahmen durch einen Hinweis in diesen Vorschriften Bezug auf die Richtlinie zu nehmen. Zur Klarstellung wird im § 3 auf alle durch das vorliegende Bundesgesetz umgesetzten EU-Rechtsakte Bezug genommen. Hinsichtlich der Durchführungsverordnung (EU) 2015/983 betreffend das Verfahren zur Ausstellung des Europäischen Berufsausweises und die Anwendung des Vorwarnmechanismus der Richtlinie 2005/36/EG, ABl Nr L 159 vom 25.06.2015 S. 27, ist klarzustellen, dass diese zwar unmittelbar gilt und damit nicht der Verpflichtung zur innerstaatlichen Umsetzung unterliegt, allerdings dient die Zitierung der Rechtssicherheit und Rechtsklarheit betreffend das anzuwendende EU-Recht. Auch die Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt-Informationssystems und zur Aufhebung der Entscheidung 2008/49/EG der Kommission („IMI-Verordnung“), ABl Nr L 316 vom 14.11.2012 S. 1, zuletzt geändert durch die Richtlinie 2014/67/EU, ABl Nr L 159 vom 28.05.2014 S. 11, wird in die Umsetzungshinweise aufgenommen, da die Verwaltungszusammenarbeit sowie die Verfahren über den

Europäischen Berufsausweis und den Vorwarnmechanismus seit damals verpflichtend im Wege des Binnenmarkt-Informationssystems IMI (Internal Market Information System) abzuwickeln sind und damit die IMI-Verordnung anzuwenden ist.

Für dieses Bundesgesetz, das im Sinne des Geltungsbereichs die Ausbildung und Ausübung der Psychotherapie regelt, ist auch die sogenannte „Verhältnismäßigkeitsprüfungsrichtlinie“ (EU) 2018/958 zu beachten, deren innerstaatliche Umsetzung für entsprechende bundesgesetzliche Regelungen durch das Verhältnismäßigkeitsprüfungs-Gesetz (VPG), BGBl. I Nr. 67/2021 erfolgt ist.

Zu § 4:

§ 4 enthält in Abs.1 maßgebliche Begriffsbestimmungen, die im Zusammenhang mit dem Psychotherapiegesetz von Relevanz sind.

Der Begriff „Berufsangehörige:r“ (Z1) zielt auf eine geschlechterneutrale Bezeichnung der Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten und Psychotherapeut:innen ab, um den Gesetzestext flüssig lesbar zu gestalten. Den gesellschaftlichen Entwicklungen folgend und zur gesamthaften Anerkennung sämtlicher Geschlechter wird erstmals in einem österreichischen Berufsgesetz eines Gesundheitsberufes eine Berufsbezeichnung im Hinblick auf intergeschlechtliche Personen und ihrem Recht auf Eintragung ihrer individuellen Geschlechtsidentität ausdrücklich normiert („Psychotherapeut:in“). Diese Berufsbezeichnung ermöglicht nunmehr, dass sämtliche Geschlechter einen passenden Berufstitel für ihre Berufsausübung angeben können (weiblich, männlich, inter, divers, offen oder „keine Angabe“).

Im Besonderen ist auf Z2 hinzuweisen, der die Begrifflichkeit „berufsmäßig“ umschreibt. In diesem Zusammenhang wird klargestellt, dass „berufsmäßige“ Ausübung und Berufsausübung im Rahmen des Psychotherapiegesetzes synonym verwendet werden. So liegt eine berufsmäßige Ausübung der Psychotherapie 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.

Die Unterscheidung von „Einheiten“ (Z4) und „Stunden“ (Z17) scheint problemlos und selbsterklärend, im Zusammenhang mit den Ausbildungsvorschriften ist jedoch eine entsprechende Klarstellung erforderlich. Es hat sich gezeigt, dass theoretische Aus- oder Fortbildung bei universitären Veranstaltungen typischerweise im Zeitausmaß von 45 Minuten angeboten wird, ebenso wie Supervisions- oder Selbsterfahrungseinheiten.

Unter den Begriff „Patient:in“ (Z9) sind auch Klientinnen bzw. Klienten im Rahmen von Krankenbehandlungen zu subsumieren. Dies entspricht der Definition der Weltgesundheitsorganisation, wonach ein:e Patient:in eine Person ist, die Empfänger:in einer Gesundheitsdienstleistung ist, wobei die von der WHO herangezogene weite Definition des Begriffs „Gesundheit“ in diesem Zusammenhang miteinzubeziehen ist.

„Psychotherapeutische Fachgesellschaften“ (Z12) sind bescheidmäßig von der bzw. vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister:in anerkannte wissenschaftlich-psychotherapeutische qualitätszertifizierte Bildungseinrichtungen von primär Berufsangehörigen der Psychotherapie, die sich mit überwiegend wissenschaftlichen Fragen der Psychotherapie, der psychotherapeutischen Praxis und der psychotherapeutischen Ausbildung sowie der methodenspezifischen Fortbildung und mit Weiterbildungen befassen und über eine wissenschaftlich fundierte Expertise in zumindest einer psychotherapeutischen Methode eines psychotherapeutischen Clusters und deren Vermittlung verfügen. Zu Aufgaben der Psychotherapeutischen Fachgesellschaften zählen die Verbreitung des entsprechenden Fachwissens sowie die wissenschaftliche Bearbeitung und Weiterentwicklung des jeweiligen methodenspezifischen Schwerpunkts innerhalb des entsprechenden psychotherapeutischen Clusters. Ein solcher „Zusammenschluss“ von Personen zu einer Fachgesellschaft ist auch innerhalb einer Einrichtung bzw. Institution möglich. Der Begriff Fachgesellschaft rekurriert auf den im ärztlichen Bereich bereits etablierten Terminus.

Bei den Begriffen „Fortbildung“, „Weiterbildung“, „psychotherapeutische Selbsterfahrung“ und „psychotherapeutische Supervision“ handelt es sich um Fachtermini, die auch in den anderen Gesundheitsberufen vergleichbar verwendet werden (Z5, 13, 14, 18). Im Unterschied zur psychotherapeutischen Supervision die in Bezug auf ein Praktikum während der Ausbildung oder etwa als Fallsupervision im Zuge der selbständigen Berufsausübung in Anspruch genommen wird, handelt es sich bei der Lehrsupervision (Z8) um jene Supervision, die während der Fachausbildung zu absolvieren ist und insbesondere der Reflexion der psychotherapeutischen Tätigkeit unter Lehrsupervision dient. Als erfahrende Berufsangehörige gelten solche, die zumindest seit mehreren Jahren in der Berufsliste eingetragen und psychotherapeutisch tätig waren.

Zu Psychotherapeutischen Versorgungseinrichtungen (Z 14) zählen Einrichtungen, der zumindest ein:e Psychotherapeut:in, die bzw. der die psychotherapeutische Leitung inne hat, sowie ein:e weitere:r Berufsangehörige:r eines fachlich einschlägigen Berufes angehört. Unter diese fallen insbesondere Ärztinnen und Ärzte mit den PSY-I bis -III-Diplomen bzw. Ärztinnen und Ärzte mit einer Spezialisierung in fachspezifischer psychosomatischer Medizin und einem PSY-III Diplom, Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapeutischer Medizin, Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutischer Medizin und Berufsangehörige der Klinischen Psychologie. Besonders erwähnenswert wären hier die psychotherapeutischen Ambulanzen aber auch Spezialisierungsstätten für fachspezifische psychosomatische Medizin, psychosomatische Ambulanzen und psychotherapeutisch-psychosomatische Kooperationsmodelle wie Konsiliar- und Liaison-Dienste. Kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken und Stationen fallen, sofern zumindest eine Psychotherapeutin bzw. ein Psychotherapeut dort tätig sind jedenfalls auch unter den Begriff.

In Abs. 2 wird klargelegt, dass Verweisungen auf Bestimmungen anderer Bundesgesetze in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden sind.

Zu § 5:

Die Verordnung (EU) 2016/679 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung, im Folgenden: DSGVO), ABl. Nr. L 119 vom 4.5.2016 S. 1, ist am 25. Mai 2016 in Kraft getreten, kam ab 25. Mai 2018 zur Anwendung und hob mit 25. Mai 2018 die Richtlinie 95/46/EG auf. Der sachliche Anwendungsbereich der DSGVO ist umfassend. Die DSGVO gilt gemäß Art. 2 Abs. 1 für die ganz oder teilweise automatisierte Verarbeitung personenbezogener Daten sowie für die nicht automatisierte Verarbeitung personenbezogener Daten, die in einem Dateisystem gespeichert sind oder gespeichert werden sollen. Darüber hinaus enthält die DSGVO auch Regelungsspielräume („Öffnungsklauseln“), die fakultativ von den Mitgliedstaaten genutzt werden können. Während die notwendige Durchführung der DSGVO überwiegend im Datenschutzgesetz – DSG, BGBl. I Nr. 165/1999, in der Fassung des Datenschutz-Anpassungsgesetzes 2018, BGBl. I Nr. 120/2017, erfolgte, werden Öffnungsklauseln nur zu einem geringen Teil direkt im DSG geregelt. Der überwiegende Teil der Öffnungsklauseln fällt nicht in den Bereich der allgemeinen Angelegenheiten des Datenschutzes, deshalb werden diese nicht im DSG geregelt. Jedoch kann – soweit erforderlich – in spezifischen Materiengesetzen eine entsprechende Festlegung erfolgen. Aus diesen Gründen waren umfassende Änderungen im innerstaatlichen Datenschutzrecht erforderlich, die hinsichtlich der allgemeinen Angelegenheiten des Datenschutzes bereits durch die Erlassung des Datenschutz-Anpassungsgesetzes 2018 vorgenommen wurden, im Hinblick auf die spezifischen Datenverarbeitungen in den jeweiligen Materiengesetzen im Wesentlichen in zwei Sammelgesetzen erfolgt sind.

Diese werden nunmehr in das vorliegende Gesetz übernommen. Dabei sollen die materienspezifischen Datenschutzregelungen mit der neuen datenschutzrechtlichen Terminologie in Einklang gebracht werden sowie die sonstigen formellen und inhaltlichen Adaptierungen erfolgen. Im Hinblick auf das unionsrechtliche Transformationsverbot sollen jedoch nur die unbedingt erforderlichen Durchführungsregelungen zur DSGVO erlassen werden bzw. sollen Abweichungen nur im Falle materienspezifischer Notwendigkeit erfolgen. Die Mitgliedstaaten können zudem gemäß Art. 6 Abs. 2 DSGVO spezifischere Bestimmungen zur Anpassung der Anwendung der Vorschriften der DSGVO in Bezug auf die Verarbeitung personenbezogener Daten zur Erfüllung von Art. 6 Abs. 1 lit. c und e DSGVO beibehalten oder einführen, indem sie spezifische Anforderungen für die Verarbeitung sowie sonstige Maßnahmen präziser bestimmen, um eine rechtmäßige und nach Treu und Glauben erfolgende Verarbeitung zu gewährleisten.

§ 5 regelt die in den Bestimmungen des Psychotherapiegesetzes vorgesehenen Datenverarbeitungen, nämlich das Erheben, das Erfassen, die Organisation, das Ordnen, die Speicherung, die Anpassung oder Veränderung, das Auslesen, das Abfragen, die Verwendung, die Offenlegung durch Übermittlung, die Verbreitung, den Abgleich oder die Verknüpfung, die Einschränkung, das Löschen oder die Vernichtung von personenbezogenen Daten mit oder ohne Hilfe automatisierter Verfahren (vgl. Art. 4 Z 2 DSGVO). Auch wenn die Verpflichtung zur Einhaltung der DSGVO und des DSG sich bereits aus deren unmittelbaren Anwendbarkeit ergibt, sind Spezifizierungen für diese Datenflüsse im Hinblick auf die Normierung der Beschränkung von Rechten und Pflichten nach der DSGVO sowie die Weiterverarbeitung zu wissenschaftlichen und historischen Forschungszwecken oder statistischen Zwecken erforderlich.

Abs. 1 enthält jene Datenverarbeitungen, die durch die Berufsangehörigen zur Erfüllung ihrer Berufspflichten im Rahmen der Berufsausübung durchzuführen sind. Die Führung einer

psychotherapeutischen Dokumentation (§ 44) sowie die Rechte zur Einsicht in diese und die Aufbewahrungspflicht dienen der qualitätsgesicherten Berufsausübung, dem Patientinnen- bzw. Patientenschutz sowie der Beweissicherung zur Wahrnehmung von Rechtsansprüchen. Hinsichtlich der Aufbewahrungsdauer der Dokumentation besteht für freiberuflich tätige Berufsangehörige jedenfalls die Verpflichtung, diese zehn Jahre nach Beendigung des Behandlungs- bzw. Betreuungsverhältnisses aufzubewahren. Gemäß Art. 17 Abs. 3 lit. e DSGVO besteht auch nach dieser Frist, insbesondere im Hinblick auf die zivilrechtliche Verjährungsfrist, die Möglichkeit, von der Löschung zum Zweck der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen abzusehen. Die Aufbewahrung der Dokumentation im Rahmen eines Dienstverhältnisses richtet sich nach den organisationsrechtlichen Regelungen für die jeweilige Einrichtung (zB Krankenanstaltenrecht, Pflegeheimregelungen, Organisationsrecht). Bei den weiteren angeführten Datenverarbeitungen des Abs. 1 handelt es sich um die Mitteilung über die bzw. den Versicherte:n zum Zweck der Honorarabrechnung, die als Durchbrechung der Verschwiegenheitspflicht normiert ist, die Anzeige oder Meldung über bestimmte im Rahmen der Berufsausübung bekannt gewordene Straftaten, die Auskünfte an Patientinnen bzw. Patienten und deren Vertreter:innen sowie an Angehörige anderer Gesundheitsberufe.

Abs. 2 bildet die Grundlage für die Datenverarbeitung im Rahmen der Berufsliste (§ 23).

Gemäß Art. 35 Abs. 1 DSGVO führt der Verantwortliche vorab eine Abschätzung der Folgen der vorgesehenen Verarbeitungsvorgänge für den Schutz personenbezogener Daten durch, wenn eine Form der Verarbeitung, insbesondere bei Verwendung neuer Technologien, aufgrund der Art, des Umfangs, der Umstände und der Zwecke der Verarbeitung voraussichtlich ein hohes Risiko für die Rechte und Freiheiten natürlicher Personen zur Folge hat. Ein hohes Risiko für die Rechte und Freiheiten der Betroffenen bedeutet, dass die mit der Verarbeitung verbundenen Risiken über die allgemeinen Gefahren, die üblicherweise mit Datenverarbeitungstätigkeiten einhergehen, hinausgehen müssen.

Bei der Datenverarbeitung der öffentlich gemachten Berufslisten werden weder neue Technologien verwendet, noch liegt eine besondere Art der Verarbeitung vor.

Gegenständlich handelt es sich um die Führung einer öffentlichen Berufsliste für berufsberechtigte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, wie sie schon für andere Berufsgruppen besteht, beispielsweise die Liste der Gesundheitspsychologinnen und Gesundheitspsychologen, der Liste der Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen, die MusiktherapeutInnenliste oder die Ärzteliste.

Zweck der Verarbeitung ist die gesteigerte Publizität der berufsberechtigten Personen und die dadurch geschaffene Transparenz und Sicherheit für Patientinnen und Patienten. Ohne diese können Patientinnen und Patienten berufsberechtigte Personen nur über verschiedenste Suchdiensteanbieter finden, was wiederum einen sachfremden Wettbewerb des höheren Entgelts für Werbeanzeigen bedingt. Der Zweck ist daher auch für die Betroffenen vorteilhaft, indem dieser sachfremde Wettbewerb damit wegfällt.

Daneben ist anzumerken, dass bei der gegenständlichen Datenerfassung keine Verarbeitungen besonderer Kategorien personenbezogener Daten gemäß Art. 9 DSGVO und keine Verarbeitungen von personenbezogenen Daten über strafrechtliche Verurteilungen und Straftaten gemäß Art. 10 DSGVO vorgenommen werden.

Besondere Umstände der Verarbeitung liegen ebenfalls nicht vor, es handelt sich ausschließlich um allgemeine und ausschließlich beruflich relevante Daten.

Unter der Annahme, dass die erfassten Daten bereits zum Großteil öffentlich sind, beispielsweise bereits von Berufsangehörigen bereits auf Google Maps veröffentlichte Berufsadressen, die den Wohnadressen entsprechen, ist aus diesem Grund kein mit der Verarbeitung über die allgemeinen Gefahren hinausgehendes hohes Risiko erkennbar.

Die hier relevante Verarbeitung personenbezogener Daten nach diesem Bundesgesetz fällt nach eingehender Vorprüfung unter keinen Tatbestand des § 2 Abs. 2 Z 1 bis 6 der Verordnung der Datenschutzbehörde über Verarbeitungsvorgänge für die eine Datenschutz-Folgenabschätzung durchzuführen ist (DSFA-V), sogenannte „Blacklist“. Zudem werden die Kriterien des § 2 Abs. 3 DSFA-V nicht erfüllt.

Unter Heranziehung der Anlagen der Verordnung der Datenschutzbehörde über die Ausnahmen von der Datenschutz-Folgenabschätzung (DSFA-AV), „Whitelist“, die ebenfalls vor der Entscheidung über eine allfällige Datenschutz-Folgenabschätzung zu prüfen ist, kann festgehalten werden, dass in der DSFA-Anlage A03 „Mitgliederverwaltung“ ein mit der Berufsliste (§ 23) in weiten Teilen vergleichbarer Fall vorliegt, da es sich bei der Liste der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten um die Führung eines Mitgliederverzeichnisses vergleichbare Liste handelt. Im Sinne eines „Mitglieds“ steht die Eintragung in die Psychotherapeutenliste nur zur Berufsausübung berechtigten Personen gemäß § 22 zu.

Folglich hat der Verantwortliche gegenständlich keine Datenschutz-Folgenabschätzung nach Art. 35 Abs. 1 DSGVO vorzunehmen.

In Abs. 3 sind lediglich Auswertungen anhand nicht personenbezogener Daten vorgesehen. Auf diese ist die DSGVO gem. Art. 2 Abs. 1 leg.cit nicht anwendbar.

Abs. 4 ermächtigt die für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin bzw. den für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister als listenführende Behörde zur Übermittlung von anonymisierten Datensätze bzw. Datenauswertungen an bestimmte taxativ aufgezählte wissenschaftliche Einrichtungen, Sozialpartner und die psychotherapeutischen Berufsvertretungen. Es sind lediglich Auswertungen anhand nicht personenbezogener Daten vorgesehen.

Abs. 5 bildet die Grundlage der Übermittlung bzw. des Austausches von Informationen im Rahmen der EU/EWR-Berufsanerkennung und des freien Dienstleistungsverkehrs. Er enthält jene Datenverarbeitungen, die die Übermittlung personenbezogener Daten zwischen Behörden und Gerichten vorsehen. Die Informationen zwischen den Behörden der EU-Mitgliedstaaten über die Entziehung und Wiedererteilung von Berufsberechtigungen und die Einholung und Erteilung von Auskünften im Zusammenhang mit EU-/EWR-Berufsanerkennungen sind im Unionsrecht auf Grund der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Durchführungsverordnung (EU) 2015/983 zum Europäischen Berufsausweis und zum Vorwarnmechanismus vorgesehen und erfolgen im Wege des Binnenmarktinformationssystems (IMI). Für die Führung des Verzeichnisses über Personen, die vorübergehend grenzüberschreitende Dienstleistungen in Österreich erbringen, im Rahmen der Berufsliste sind die entsprechenden Daten auf Grund der Meldung bei der Landeshauptfrau bzw. dem Landeshauptmann an das für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerium zu übermitteln. Eine Übermittlung personenbezogener Daten über die Entziehung und Wiedererteilung der Berufsberechtigung hat durch die Landeshauptleute zu erfolgen. Weiters erfolgt eine Übermittlung personenbezogener Daten über eine Erwachsenenvertretung für Berufsangehörige durch die Gerichte an die für die Entziehung der Berufsberechtigung zuständigen Behörden. Die zu übermittelnden Daten umfassen jene, die für die Durchführung der gesetzmäßigen Erledigung der in den Z 1 bis 3 genannten Verfahren unbedingt erforderlich sind. Im Rahmen der Z 4 sind jedenfalls Vor- und Nachname(n), das Geburtsdatum, Vor- und Nachname(n) sowie das Geburtsdatum der bzw. des Erwachsenenschutzvertreter:in, die Geschäfts- bzw. Aktenzahl des jeweiligen Verfahrens sowie das zuständige Gericht zu übermitteln. Diese Daten werden benötigt zur eindeutigen Zuordnung der Erwachsenenvertretung zu einer bzw. einem Berufsangehörigen sowie der Nachvollziehbarkeit im Hinblick auf die Listenwahrheit und Listenaktualität für die bzw. den für das Gesundheitswesen zuständige:n Bundesminister:in als listenführende Behörde.

§ 5 Abs. 5 ist in Verbindung mit den in Klammer angeführten Verweisen zu lesen, wobei aus den angeführten Bestimmungen die Adressaten der Datenübermittlung und zu übermittelnden Daten hervorgehen. Diese Bestimmung ist gleichlautend mit § 2b Abs. 2 GuKG, § 2b Abs. 2 KTG und § 1c Abs. 2 MTD-G.

In Abs. 6 werden für die in Abs. 1 und 3 angeführten Datenverarbeitungen entsprechend Art. 23 Abs. 1e DSGVO folgende Rechte und Pflichten insbesondere zur Sicherstellung des Schutzes der öffentlichen Gesundheit und zur Verhütung, Aufdeckung, Ermittlung und Verfolgung von Verstößen gegen die berufsständischen Regeln reglementierter Berufe grundsätzlich ausgeschlossen:

Bezüglich Art. 13 und 14: Informationspflichten der bzw. des Verantwortlichen bei der Erhebung von personenbezogenen Daten. Der Ausschluss der Informationspflichten erscheint aus datenschutzrechtlicher Sicht nach Art. 23 Abs. 1 DSGVO unproblematisch, da die Verarbeitung der personenbezogenen Daten gesetzlich vorgesehen ist und die Daten aus der Berufsliste (§ 23) öffentlich einsehbar sind.

Art. 18: Recht der bzw. des Betroffenen auf Einschränkung der Verarbeitung.

Art. 21: Widerspruchsrecht der bzw. des Betroffenen; so wäre beispielsweise im Falle eines Rechts auf Einschränkung und auf Widerspruch die Besorgung der Aufgaben nach diesem Bundesgesetz von vornherein wesentlich beeinträchtigt und eine geordnete Durchführung der gesetzlich geregelten Aufgaben nicht mehr möglich. Die Ausübung der genannten Rechte und Pflichten würde zudem einen beträchtlichen und unverhältnismäßigen Aufwand verursachen. Das Recht auf Löschung ist bereits durch Art. 17 Abs. 3 lit. b DSGVO ausgeschlossen, da die Datenverarbeitung zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung nach dem nationalen Recht erfolgt.

Der Ausschluss der Rechte nach Art. 13, 14, 18 und 21 DSGVO ist aus Gründen des Schutzes des allgemeinen öffentlichen Interesses im Bereich der öffentlichen Gesundheit erforderlich.

Diese Beschränkung der Rechte ist gänzlich zur Zweckerreichung notwendig. Eine zeitliche Beschränkung der Rechte wäre der Zweckerreichung hinderlich und war daher nicht aufzunehmen.

Da die Verarbeitung der personenbezogenen Daten gesetzlich vorgesehen ist und die Daten aus der Berufsliste (§ 23) öffentlich einsehbar sind, ist der Ausschluss der Informationspflicht aus datenschutzrechtlicher Sicht als unproblematisch zu sehen. Hierbei ist auch anzumerken, dass die in Aussicht genommene Bestimmung ident mit der bisherigen Bestimmung im derzeit geltenden Psychotherapiegesetz (§ 1b Abs. 2 Psychotherapiegesetz, Nr. 361/1990) aber auch § 3a Abs. 2 Psychologengesetz 2013, § 3a Abs. 2 Musiktherapiegesetz und § 9 Abs. 4 GBRG ist.

Abs. 7 regelt die Weiterverarbeitung der angeführten Daten zu wissenschaftlichen, etwa historischen, Forschungszwecken oder statistischen Zwecken. Im Sinne des Art. 89 DSGVO sind die Daten so zu übermitteln, dass sie für die bzw. den Empfänger:in pseudonymisierte personenbezogene Daten sind und die Empfänger die Identität der bzw. des Betroffenen mit rechtlich zulässigen Mitteln nicht bestimmen kann, sofern der Personenbezug für die Durchführung einer statistischen Erhebung nicht unerlässlich ist. Soweit der Personenbezug für die Verwirklichung des Zwecks unerlässlich ist, können einzelne Rechte der bzw. des Betroffenen unter den Voraussetzungen des Art. 89 Abs. 2 DSGVO ausgeschlossen werden. Es ist darauf hinzuweisen, dass diese Öffnungsklausel auch in verschiedenen anderen Materiengesetzen in ähnlicher Weise genutzt wird (beispielsweise in § 7 Abs. 3 Bundesarchivgesetz, BGBl. I Nr. 162/1999, § 24d Abs. 3 Suchtmittelgesetz (SMG), BGBl. I Nr. 112/1997, und § 2d Abs. 6 Forschungsorganisationsgesetz (FOG), BGBl. Nr. 341/1981 idF BGBl. Nr. 448/1981). Die vorgesehene Bestimmung ist ident mit den Bestimmungen § 1b Abs. 2 Psychotherapiegesetz, Nr. 361/1990, sowie § 3a Abs. 3 Psychologengesetz 2013, § 3a Abs. 3 Musiktherapiegesetz und § 9 Abs. 5 Gesundheitsberuferegister-Gesetz – GBRG, BGBl. I Nr. 87/2016.

Zu § 6:

§ 6 stellt mit der Berufsbeschreibung das Berufsbild, den Umfang der psychotherapeutischen Berufsausübung und den Berufsangehörigen der Psychotherapie vorbehaltenen Tätigkeitsbereich klar. Dabei wird nicht in die Kompetenzen von Ärztinnen und Ärzten, der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie oder der Musiktherapie eingegriffen. Hinsichtlich der ärztlichen Kompetenzen wird auch nicht in die ärztliche psychotherapeutische Tätigkeit, eingegriffen. Die Bestimmung bezieht sich ausschließlich auf das psychotherapeutische Berufsrecht. Es wird dadurch weder das ASVG berührt, noch lassen sich zusätzliche Ansprüche gegen einen Sozialversicherungsträger davon ableiten.

Die sozialversicherungsrechtliche Einordnung der Psychotherapie ist seit 01.01.1992 gesetzlich durch die Gleichstellung mit der ärztlichen Hilfe im ASVG geklärt, siehe dazu aus dem Erlass des (damaligen) BMAS vom 9. Dezember 1994, ZI 123.575/1-5/94:

- „• *Mit Beziehung auf Ihr an den Obmann der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter gerichtetes Schreiben vom 28. 11. 1994, betreffend die Höhe der von der genannten Anstalt erstatteten Kosten einer Psychotherapie, das Sie auch dem Herrn Bundesminister für Arbeit und Soziales zur Kenntnis gebracht haben, teilt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales folgendes mit:*
- *Seit der 50. Novelle zum ASVG und den entsprechenden Novellen zu den übrigen Sozialversicherungsgesetzen, welche in ihren wesentlichen Teilen am 1.1.1992 in Kraft getreten sind, ist im Rahmen der Krankenbehandlung der ärztlichen Hilfe ua eine psychotherapeutische Behandlung durch Personen, die gemäß § 11 des Psychotherapiegesetzes, BGBl Nr 361/1990, zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt sind, gleichgestellt, wenn nachweislich vor oder nach der ersten, jedenfalls vor der zweiten psychotherapeutischen Behandlung innerhalb desselben Abrechnungszeitraumes eine ärztliche Untersuchung (§ 1 Abs 2 Z 1 des Ärztegesetzes 1984, BGBl Nr 373) stattgefunden hat.*
 - *Damit wurde die Psychotherapie in den Pflichtleistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen und die Voraussetzungen für eine weitere Verbesserung der Versorgung der Versicherten geschaffen. Ist nun aber die psychotherapeutische Behandlung der Krankenbehandlung gleichgestellt, so haben im wesentlichen auf sie auch alle jene Regelungen Anwendung zu finden, die für die Krankenbehandlung gelten. Dazu ist zunächst folgendes zu sagen:*
 - *Im Sozialversicherungsrecht herrscht das Sachleistungsprinzip vor. Dies bedeutet, daß sozialversicherungsrechtliche Leistungen durch Vertragspartner der Versicherungsträger erbracht werden, ohne daß der Versicherte-- mit Ausnahme einer allfälligen Kostenbeteiligung -- dafür eine Zahlung an den Leistungserbringer zu tätigen hätte. Wenngleich dieser Grundsatz in einigen Fällen auch durchbrochen wird, so kann er doch als tragendes Element des österreichischen Sozialversicherungsrechtes bezeichnet werden.“*

Dies betrifft jedoch nur die Möglichkeit der Kostenübernahme für Psychotherapie durch die Sozialversicherung, nicht die eigenständige berufsrechtliche Behandlungsberechtigung der Berufsangehörigen.

Auszugehen ist dabei von der grundlegenden Definition des Abs. 1. Psychotherapeutisches Handeln basiert auf einem Akzeptieren der subjektiven Erlebniswelt der bzw. des Betroffenen, dem Bemühen um Einfühlung und Zuwendung, einem wissenschaftlich methodisch fundierten Behandlungsstil und letztlich auf der Kongruenz dieser Haltungen. Der Begriff „Psychotherapie“, der aus dem Altgriechischen stammt und „den ganzen Menschen – Seele, Gemüt, Verstand, Lebenskraft – zu unterstützen, zu heilen, zu pflegen und auszubilden“ bedeutet, zeigt schon aus seinem ursprünglichen Wortsinn heraus, dass eine Beschränkung der Psychotherapie ausschließlich auf den Bereich der Krankenbehandlung zu eng greifen würde. Vielmehr ist der Begriffsinhalt der Psychotherapie historisch gewachsen, der schließlich als Ausdruck einer eigenständigen wissenschaftlichen Disziplin in das Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1990, Eingang gefunden hat. Der psychotherapeutische Begriff des Abs. 1 geht somit von einem, den verschiedenen Wurzeln der Psychotherapie und den aktuellen Erkenntnissen der Wissenschaft gerecht werdenden umfassenden Verständnis des Menschen in seiner gesamten Persönlichkeit aus.

Psychotherapie – psychotherapiewissenschaftlich verstanden – ist ein komplexes Geschehen, welches die heilsame Veränderung des leidvollen Erlebens und Verhaltens von Menschen – durch die psychotherapeutische Beziehungsgestaltung innerhalb des psychotherapeutischen Arbeitsbündnisses – im Fokus hat.

Diese psychotherapeutische Beziehung/-sgestaltung, ihre praxeologisch begründbaren Interventionen und erreichbaren (empirisch belegten) Effekte und Wirkmechanismen basieren auf einem theoretisch begründeten Gesundheits- und Krankheitsverständnis, welches einem ebenso theoretisch konstituierten Subjektbegriff („Menschenbild“, Persönlichkeitstheorie) folgt bzw. auf dieses bezogen sein muss und daraus ihre Praxeologie/Behandlungsverständnis ableitet. (Riess, G. (2018): Praxisorientierte Psychotherapieforschung. Gesundheit Österreich, Wien)

Das (praxeologische) Erkennen und die theoriebezogene Reflexion bzw. Einordnung von Phänomenen des krankheitswertigen Erlebens und Verhaltens (Symptomen, Leidenszuständen, Krankheitsphänomenen sowie Gesundheitszuständen/Ressourcen) – d.h. die psychotherapeutische Diagnostik - ist selbstverständlich verwoben mit dem Theorie-Praxisgebäude einer psychotherapiewissenschaftlich begründeten Psychotherapie. Psychotherapie lässt sich folglich nie nur als Methode des Interventions/Behandelns verstehen, sondern setzt selbstverständlich das Erkennen und Verstehen der zu behandelnden Phänomene voraus und inkludiert diese im psychotherapeutischen Behandlungsprozess: woraufhin interveniert werden soll, d.h. welches Ziel (Symptomlinderung, Heilung etc.) durch die Behandlung erreicht werden soll, setzt das Erkennen und Verstehen dieses Phänomens logisch voraus!

Psychotherapiewissenschaft konzipiert ein in sich logisch schlüssiges und eigenständiges aufeinander aufbauendes Theorie-Praxisgebäude, welches ein Gesundheits- und Krankheitsverständnis, eine Subjekt-/Persönlichkeitstheorie und eine Praxeologie (Behandlungstheorie, Interventionslehre/Technikwissen, Diagnostikwissen, d.h. das Erkennen/Einordnen von Krankheit/Gesundheit) - eingebettet in eine wissenschaftstheoretische Fundierung - miteinander logisch-schlüssig verbindet.

Auf keines dieser Elemente des Theorie-Praxisgebäudes kann verzichtet werden oder aus einem fremden Theorie-Praxis-Kontext eingefügt werden, ohne das logisch-stringente Wissenssystem dieses Gesundheitsberufes zu verletzen, weswegen alle Elemente des die Praxeologie fundierenden theoretischen Bezugsrahmens zueinander gehören und die (Wissens-)Basis der Behandlung (welche wiederum die Diagnostik/Erkennen/Verstehen der Leidenszustände voraussetzen) darstellen.

Im Regelfall geht die psychotherapeutische Behandlung von einer vorausgehenden psychotherapeutisch-diagnostischen Klärung aus und kann in unterschiedlichen Settings stattfinden. Sie orientiert sich an empirisch fundierten Erklärungsansätzen und Modellen der gesamten Psychotherapie. Aus Beobachtung, Einteilung und Ordnung psychischer Funktionen (von der Wahrnehmung bis hin zu Problemlöseprozessen) – zusätzlich zur psychotherapeutischen Diagnostik psychischer Störungen mittels gängiger deskriptiver Klassifikationssysteme (ICD, DSM) – sollen Informationen und Interpretationen gewonnen werden, um daraus Interventionen abzuleiten.

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass es bei der psychotherapeutischen Diagnostik um das individuelle Verstehen, das Verstehen von Lebenszusammenhängen des Menschen und um die Ermittlung der individuellen Sinneszusammenhänge geht. Das Erleben des Beziehungsgeschehens steht somit im Zentrum. Die psychotherapeutische Diagnostik ist vorwiegend nicht defizit- sondern ressourcenorientiert und zentriert sich auf die Spezifik des Einzelfalls, ausgehend von wahrgenommenen Ereignissen und nicht aus einer vorher konzipierten Logik. Psychotherapeutische Diagnostik ist ein inhärenter Bestandteil der psychotherapeutischen Behandlung. Die Diagnose wird dabei als Momentaufnahme in einem diagnostischen Prozess (Prozessdiagnostik) verstanden, der je nach dem Grad der möglichen Differenzierung wahrnehmbar und einschätzbar ist. Dabei wird jedenfalls zwischen psychotherapeutischer Anfangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnose differenziert.

Unter psychotherapeutischer Behandlung werden jene Interventionen subsumiert, die sich originär aus der Psychotherapie als Wissenschaft heraus ergeben. Deshalb weist die psychotherapeutische Behandlung eine sehr hohe Affinität zur empirischen Grundlagenforschung auf und schöpft somit aus den bereits im Studium der Psychotherapie zu vermittelnden wissenschaftlichen Erkenntnissen verschiedenster Fachbereiche der Psychotherapie.

Der Ausdruck „behandlungsbedürftige Verhaltensweise oder Einstellung“ bezieht sich insbesondere auf Umstände eines belasteten, potentiell schädigenden psychosozialen Lebensstils, den eine Person praktiziert oder dem eine Person in ihrer bzw. seiner Lebenswelt ausgesetzt ist bzw. in ihrer bzw. seiner Lebensgeschichte war. Die fehlenden oder mangelhaft schützenden bzw. stabilisierenden (protektiven) Faktoren sind dabei als Belastung aktuell erhebbar und im engeren Sinn noch nicht als manifest krankheitswertig zu diagnostizieren, jedoch prospektiv mit hohem Schädigungspotential verbunden, was zu einer über die Zeit krankmachenden Lebens- und Verhaltensweise führen kann und daher im Sinne der Gesunderhaltung in die psychotherapeutische Behandlung mit einzubeziehen ist.

Hier sind insbesondere alle unter ICD 10/Kapitel XXI (Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen; Z00-Z99) angeführten Umstände gemeint, wie etwa Defizite in der Ausbildung (Z55), Belastungsfaktoren der Arbeitswelt (Z56), des Wohnumfeldes oder der wirtschaftlichen Lage (Z59) oder der sozialen Umgebung (Z60) sowie potentiell nachhaltig schädigende Ereignisse aus der Kindheit, Erziehung und Umstände des engeren Familienkreises und explizit psychosozial traumatisierende Umstände wie Migration, Gewalterfahrungen etc. (Z61-Z64).

Die auf aktuellem Stand der Forschung durchgeführte psychotherapeutische und psychotherapiewissenschaftliche Diagnostik (vgl. OPD III) erfolgt im klinisch-psychotherapeutischen Gespräch und ermöglicht die fundierte Indikationsstellung sowie die ziel- und prognoseorientierte Behandlungsplanung. Sie versucht der Komplexität der psychotherapeutischen Behandlungssituation bzw. ihrem Gegenstand (Subjekt und menschliches Erleben, Verhalten/Handeln in sozialen Interaktionen) gerecht zu werden. Die – oft allerdings kritische – psychotherapeutische Befassung mit Fragen der Diagnostik psychischer Erkrankungen und Leidenszuständen hat entscheidend zur Entwicklung von manchen psychotherapeutischen Grundströmungen (Cluster) und zur Entwicklung von psychotherapeutischen Verfahren beigetragen (etwa die differenzialdiagnostischen Studien, welche für die Entwicklung der Psychoanalyse von Beginn weg unerlässlich waren, die Auseinandersetzung mit diagnostischen Verfahren im Rahmen der Etablierung systemischer Ansätze, das von Anna Freud an der Hampstead Clinic entwickelte „diagnostische Profil“ oder an die Entwicklung von OPD). Die teils bahnbrechenden Beiträge, die spätestens seit den 1920er-Jahren von psychotherapeutischer Seite für den Bereich der Prävention und Erziehungsberatung bis hin zu den Frühen Hilfen, zur Schulpädagogik und der Sozialarbeit geleistet wurden, seien an dieser Stelle auch hervorzuheben.

Das Wahrnehmen und Beobachten der Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen (narrativen) Situation (zB im Erstgespräch) ist Basis für das Erfassen des individuellen Problems: die Differenzierung der Persönlichkeit und die Klassifikation psychischer Störungen werden in der konkreten klinischen Situation analysiert und (operationalisiert und erfahrungsorientiert/phänomenologisch) erfasst, um die psychischen Funktionen bzw. deren Störungen im Rahmen/entlang der Fallgeschichte konkret zu verstehen. So können die Symptomatik der Patientinnen und Patienten mit ihrer emotional-kognitiven Entwicklung, der klinisch- psychotherapeutischen Situation des Gesprächs/Interviews und aktuellen Problemlagen/Anliegen in Zusammenhang gebracht und zur Diagnose und Behandlungsplanung verdichtet werden d.h. subjektives Krankheitserleben, dys-/funktionale Beziehungsgestaltung der Patientinnen/Patienten, Konflikte, Merkmale der Persönlichkeitsstruktur, Symptome müssen über Deskription und Ätiologie in einen sinnvollen Zusammenhang gebracht werden im Sinne der Entwicklung der Behandlungsstrategie (vgl. Arbeitskreis OPD III 2023). Dabei sind unterschiedliche Formen der Gewalt, wie etwa sexualisierte und ökonomische Gewalt, Stalking, Cybergewalt, FGM – Female Genital Mutilation, Zwangsverheiratung bzw. Verschleppung, Gewaltformen in Zusammenhang mit Krieg und Flucht, zB Folter, aber auch Antisemitismus, Antiziganismus, Homophobie, Rassismus, etc. einzubeziehen und zu berücksichtigen.

Die Methode der Materialerhebung erfolgt in der psychotherapeutischen Diagnostik in der Regel narrativ, d.h. im klinischen Gespräch, mitunter ergänzt durch andere diagnostische Hilfsmittel (zB anamnestiche Interviewleitfaden).

Die Erarbeitung eines Verständnisses der spezifischen Problemlage einer Patientin bzw. eines Patienten in Verbindung mit der Zuordnung der Symptomatik zu Kategorien, wie sie etwas im ICD-10 zu finden sind, hat in jeder psychotherapeutischen Krankenbehandlung zu erfolgen. Die Art der Gestaltung dieses Prozesses hat Einfluss auf die Entwicklung des psychotherapeutischen (Selbst-)Verständnisses von

Patientinnen bzw. Patienten und somit auch auf das therapeutische Arbeitsbündnis. Dies ist Teil eines jeden psychotherapeutischen Prozesses und kann auch nicht delegiert werden.

Unabhängig davon ist die psychotherapeutische Diagnostik nicht gleichzusetzen mit einer klinisch-psychologischen oder fachärztlich-psychiatrischen Diagnostik. Nicht zu verkennen ist hierbei auch, dass die Psychotherapie über methodenspezifische Zugänge zur Diagnostik verfügt, ähnlich wie Psychologie und Medizin, aber auch die Pädagogik. Dies Zugänge bereichern das Spektrum des jeweiligen Berufes ganz allgemein, eröffnen spezifische Perspektiven und müssen erhalten bleiben.

Z 1, 2 und 3 beschreiben klarstellend die Ziele der Psychotherapie im Sinne von vorbeugen, feststellen, lindern, stabilisieren und heilen (Z 1) ändern von behandlungsbedürftigen Verhaltensweisen und Einstellungen (Z 2) oder fördern der Entwicklung, Reifung und Gesundheit.

Abs. 2 nennt die Bereiche, die jedenfalls eigenverantwortlich im Rahmen der psychotherapeutischen Berufsausübung durchgeführt werden, unabhängig von einer allfälligen Kostenübernahme durch die soziale Krankenversicherung.

In § 1 Psychotherapiegesetz, BGBl. 361/1990, wird festgehalten, dass die Psychotherapie unter anderem das „[...] Ziel [hat], *gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die **Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern*** [Hervorhebung nachträglich].“

In Fortführung dieser Berufsumschreibung soll auch im neuen Psychotherapiegesetz dem Umstand Rechnung getragen werden, dass die Ausübung des Berufs der Psychotherapie nicht auf die Ausübung von Krankenbehandlung im engeren Sinn begrenzt ist, sondern im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung auch dazu dient, dem Auftreten von „Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, vorzubeugen“. Somit korrespondieren § 6 Abs. 2 Z 1 und 2 mit der Feststellung, dass der psychotherapeutischen Versorgung auch das Entwickeln und Setzen von Maßnahmen im Bereich der Prävention sowie die „Förderung personaler und sozialer Kompetenzen, insbesondere als Selbsterfahrung und Supervision“ zuzurechnen ist.

Dies entspricht auch, dass die Ausübung der Psychotherapie als Krankenbehandlung, die Supervision von Psychotherapie sowie die psychotherapeutische Forschung zur Generierung von Erkenntnissen führt, welche zwei spezifische Wissensbereiche von hoher gesellschaftlicher Relevanz betreffen: das Wissen über psychische Gesundheit sowie das Wissen über Faktoren, welche wesentlich zum Entstehen und Aufrechterhalten von psychischen Erkrankungen beitragen. Vor diesem Hintergrund haben Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten das entsprechende Wissen auch in Hinblick auf die Entwicklung und Etablierung von gesundheitsfördernden und erkrankungsvorbeugenden Maßnahmen der Öffentlichkeit zugänglich gemacht und darüber hinaus Methoden entwickelt, die der Gesundheitsförderung und Prävention generell dienen.

In diesem Zusammenhang ist beispielsweise an die Beiträge der Psychoanalyse und Individualpsychologie zu denken, die – beginnend mit den Aktivitäten in den 1920er Jahren – wesentlich zur Entstehung und Institutionalisierung der modernen Erziehungsberatung beigetragen haben, an die Aktivitäten von Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten im Rahmen der Heimreformen der 1970er- und 1980er-Jahre oder an die Befassung mit psychischen Erkrankungen in Zusammenhang mit Schwangerschaft, dem Übergang zur Elternschaft und der Zeit nach der Geburt, die ua. in die aktuelle Entwicklungen auf dem Gebiet der Frühen Hilfen in jüngster Zeit eingeflossen sind.

Die Psychotherapie leistet ebenso wie angrenzende Disziplinen und Berufe wie jene der Medizin, der Psychologie, der Gesundheitssoziologie oder der klinischen Sozialarbeit auf Grund der Besonderheit ihrer theoriebasierten Methoden spezifische Beiträge auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung im Allgemeinen und der Prävention im Besonderen und erweitert damit das Versorgungsspektrum.

Weiters ist insbesondere auch die unter Abs. 2 unter Berufsschutz stehende psychotherapeutische Beratung als wesentlicher Tätigkeitsbereich zu nennen, bei der es sich um die Vermittlung psychotherapeutischen Fachwissens, um die Klärung an Hand psychotherapeutischer Modelle und psychotherapeutischen Hintergrundwissens zB in Bezug auf Störungsbilder, aufrechterhaltende Bedingungen von psychischen Störungen, Veränderungsmöglichkeiten und auch im Hinblick auf mögliche Ansätze 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 Patientinnen bzw. Patienten dafür kein Tätigkeitsvorbehalt normiert und kann somit im Einzelfall durch eine andere qualifizierte Person zur Anwendung kommen. Psychotherapeutische Beratung kann unterschiedliche Zielrichtungen haben und sich verschiedener Beratungstechniken bedienen, wie beispielsweise Informationsvermittlung, lösungsorientierte Beratung, Konfliktgespräch etc. Die Vermittlung eines Krankheitsmodells durch die bzw. den Berufsangehörige:n,

das für die Patientinnen bzw. 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.

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

Dabei bleibt im Hinblick auf die verfassungsmäßig garantierte wissenschaftliche Freiheit die psychotherapeutische Forschung, Lehre und Wissenschaft jedoch unberührt.

In Abs. 3 wird näher definiert, was unter psychotherapeutischer Versorgung zu verstehen ist. Österreich ist als Vertragsstaat der sogenannten Istanbul Konvention, Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt, zu deren umfassender Umsetzung verpflichtet. Diese sieht unter anderem eine Verpflichtung zur entsprechenden Aus- und Fortbildung von Angehörigen relevanter Berufsgruppen vor (vgl. Art. 15 Istanbul Konvention). Die Berufsgruppe nimmt in der Behandlung von Akut- und Spätfolgen von Gewalt eine besondere Rolle ein.

Abs. 4 normiert den Berufsvorbehalt im Bereich der Psychotherapie. Berufsvorbehalt bedeutet, dass der Beruf nur von Personen ausgeübt werden darf, welche die erforderliche Ausbildung absolviert und die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten erworben haben und in die Berufsliste als solche eingetragen sind. Dabei steht der Gesundheitsschutz der Patientinnen bzw. Patienten im Vordergrund.

Im Unterschied zum 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 berufsmäßig ausgeübt werden. Zum Begriff „berufsmäßig“ wird auf die Erläuterungen zu § 4 Z 2 verwiesen.

In Abs. 5 sind die unter den Tätigkeitsvorbehalt fallenden psychotherapeutischen Tätigkeiten aufgelistet. Abs. 5 nennt die zwei unter Tätigkeitsvorbehalt stehenden Bereiche der psychotherapeutischen Diagnostik sowie der Erstellung von psychotherapeutischen Befunden, Gutachten und Stellungnahmen, da für deren Ausübung die fachliche Kompetenz der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten 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, unabhängig davon, ob diese berufsmäßig oder nicht berufsmäßig ausgeübt werden. Auch hier steht der Gesundheitsschutz der Patientinnen bzw. Patienten im Vordergrund. Abs. 5 nennt die zwei unter Tätigkeitsvorbehalt stehenden Bereiche der psychotherapeutischen Diagnostik sowie der Erstellung von psychotherapeutischen Befunden und Gutachten, da für deren Ausübung die fachliche Kompetenz der psychotherapeutischen Berufsangehörigen unablässig ist. Es wird ausdrücklich klargestellt, dass der gemäß ÄrzteG 1998, Musiktherapiegesetz und Psychologengesetz 2013 geregelte Berechtigungsumfang durch den vorbehaltenen Tätigkeitsbereich nicht berührt wird (vgl. dazu auch OGH 12. März 1996, 10 Ob S 241/95. In Abgrenzung zur ärztlichen Tätigkeit ist der Oberste Gerichtshof der Auffassung, dass die Ausübung der Psychotherapie von der ärztlichen Berufsausübung umfasst ist, soweit sie auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht).

Die unter Z 1 genannte psychotherapeutische Diagnostik besteht in der Beschreibung, Klassifikation, Erklärung, Prognose und Evaluation in den genannten Bereichen der Psychotherapie. Der diagnostische Prozess ist als hypothesen- und theoriengeleitetes Handeln zu verstehen, das von psychotherapeutischen Modellen und Theorien ausgeht und sich verschiedener psychotherapeutischer Instrumente (Checklisten, strukturierte Leitfäden, Interviews, etc.) bedient. In der psychotherapeutischen Diagnostik orientieren sich Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowohl an theoretisch fundierten und empirisch begründeten Konzepten (Merkmale, Dimensionen) als auch an international gebräuchlichen Klassifikationsschemata (ICD, DSM) in der Klassifikation psychischer Störungen. In engem Zusammenhang mit Diagnostik steht das unter Z 2 genannte Erstellen von psychotherapeutischen Befunden und Gutachten. Befund ist das Ergebnis der psychotherapeutischen Exploration. Ein Gutachten enthält die Beurteilung eines Sachverhalts im Hinblick auf eine Fragestellung oder ein vorgegebenes Ziel und ist eine verbindliche (zB bezeugte oder unterschriebene) mündliche oder schriftliche Aussage einer Sachverständigen oder Gutachterin bzw. eines Sachverständigen oder Gutachters. Hiervon sind jedenfalls nur Psychotherapeutische Gutachten, etwa für einen Sozialversicherungsträger oder ihr Rahmen eines Gerichtsverfahren, umfasst und bleiben alle anderen Arten von Gutachten und deren Erstellung sowie Gutachten betreffende gesetzliche Regelungen und Ermächtigungen davon unberührt.

Zur Fragestellung einer angemessenen und eigenständigen psychotherapeutischen Diagnostik ist festzuhalten, dass das derzeit noch in Kraft stehende Psychotherapiegesetz seit 1991 in § 1 die Behandlung „*psychosozial oder auch psychosomatisch bedingte(r) Verhaltensstörungen und Leidenszustände*“ mit „*wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden*“ in „*einer Interaktion zwischen einem [...] Behandelten und [...] einem Psychotherapeuten...*“ erfordert und ermöglicht.

Damit sind die Grundbedingungen theoriegeleiteter psychotherapeutischer Krankenbehandlung festgelegt: Der laut WHO grundlegenden bio-psycho-sozialen Bedingtheit von psychischen Erkrankungen folgend hat psychotherapeutische Diagnostik die Aufgabe, die psychische Verfassung leidender Personen im Zusammenhang und Wechselwirkung mit ihrer lebensgeschichtlichen und sozialen Bedingtheit und ökonomischen Situation zu erfassen und eine daraus abgeleitete personalisierte und individuelle Behandlung anzubieten.

Diese Vorgangsweise entspricht vom Vorgehen her der ärztlichen medizinisch-psychiatrischen Herangehensweise in der Bestandserhebung belastender (pathologischer) Faktoren in der Evidenz direkten, gesprächsbasierten Patientinnen- und Patientenkontaktes, erweitert um die Erfassung der stabilisierenden (protektiven) Lebensumstände in der psychotherapeutischen Sicht, die in einer beschreibenden ICD-Diagnostik mündet.

Die notwendige und hinreichende Besonderheit psychotherapeutischer Diagnostik besteht darüber hinaus darin, neben der (wie in der ärztlich-psychiatrischen Vorgangsweise) beschreibenden Erfassung krankheitswertiger Symptome, Syndrome und Zustandsbilder (im wesentlichen Unterschied zu klinisch-psychologischen Diagnostik) eine theoriegeleitete prozesshaft erklärende und handlungsanweisende Diagnostik zur Verbesserung und Heilung der Leidenszustände ausweisen zu können (Diagnostik in der Psychotherapie. In: *Hochgerner* (2021) Grundlagen der Psychotherapie. S 411 ff. Facultas. Wien). Die Effektivität und Effizienz dieser (parallel zur ICD-basierten Diagnostik) psychotherapeutischer Diagnostik beruhenden Vorgangsweise zeigt sich in der umfassend bestätigten Wirksamkeit aller in Österreich anerkannten (und zuletzt 2022 ausgewiesenen) psychotherapeutischen Grundströmungen (*Datler, Hochgerner, Korunka, Löffler-Stastka, Pawlowsky*, Disziplin, Profession und evidenzbasierte Praxis: Zur Stellung der Psychotherapie im Gesundheitssystem. Eine Bilanz. Psychotherapie Forum DOI 10.1007/s00729-021-00167-4; <https://link.springer.com/article/10.1007/s00729-021-00167-4>).

Hierbei ist festzuhalten, dass die vier Grundströmungen (Cluster) je ihr spezifisches Diagnostikverständnis (phänomenologisch-hermeneutische Verfahren, empirisch-analytische Verfahren, Prozessdiagnostik und Strukturdiagnostik der Persönlichkeit, psychodynamische Diagnostik und OPD) haben. Ein Beispiel für ein psychodynamisches Diagnosesystem wäre das diagnostische Manual, welches auch als Ergänzung zu ICD-10/ICD-11 und DSM IV/DSM V fungiert. Im Zuge der Operationalisierung, also Messbarmachung, werden die individuellen seelischen Konstitutionen der Patientin bzw. des Patienten auf fünf Achsen beschrieben. Dabei wird Nomothetisches mit Ideographischem komplementär ergänzt.

Bereits 2004 wurde im Psychotherapiebeirat die Diagnostik-Leitlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beschlossen und durch das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz veröffentlicht (abrufbar unter sozialministerium.at, Psychotherapeutin, Psychotherapeut). Darin wird eine methodenübergreifend psychotherapeutische Diagnostik definiert, die verbindlich einzuhalten und aktuell durch alle Psychotherapieverfahren ausgewiesen wird (*Bartuska, Buchsbaumer* et al (2005). Psychotherapeutische Diagnostik. Leitlinien für den neuen Standard. Springer. Wien; *Höfner, Hochgerner* (Hg.) (2022) Psychotherapeutische Diagnostik. Springer. Berlin; *Leitner* (2012) Psychotherapie: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden. Universität für Weiterbildung Krems. Fakultät Gesundheit und Medizin). Die Leitlinie wurde durch Expertinnen und Experten mit ausgewiesener hoher medizinisch-psychiatrischer und klinisch-psychologischer Expertise in einem mehrjährigen Konsensus-Prozess erarbeitet und einstimmig angenommen, womit insbesondere psychotherapierelevante psychologische und psychiatrische Sichtweisen mit sozialwissenschaftlichen Herangehensweisen verknüpft, international abgeglichen und zu einem bewährten Diagnoseinstrument entwickelt werden konnten (*Orlinsky, Messina, Hartmann, Willutzki, Heinonen, Ronnestad, Löffler-Stastka, Schröder* (2023). Ninety psychotherapy training programs across the globe: Variations and commonalities in an international context. *Counselling and Psychotherapy Research*, 2023; 00:1-14. DOI:10.1002/capr.12690). Diese Theorie und Praxis psychotherapeutischer Diagnostik wurde auch in keinem Statement der GÖG zur Qualitätssicherung der Psychotherapie in Frage gestellt oder auch seitens psychotherapiekritischer Untersuchungen als wesentlicher Faktor misslingender Psychotherapien erfasst oder im Beschwerdemanagement zur Psychotherapie als häufige Quelle von Beschwerden zur psychotherapeutischen Praxis ausgewiesen.

Für über eine allgemeine und spezielle psychotherapeutische Diagnostik hinaus gehende diagnostische, indikationsstellungs- und behandlungspraktische Fragestellungen können in berufsübergreifender kooperativer Vernetzung psychiatrisch-fachdienstliche Diagnostik und medikamentöse Behandlung sowie klinisch-psychologische Testverfahren im Rahmen der klinisch-psychologischen Diagnostik ergänzend genutzt werden. Dies entspricht auch einer mehrperspektivischen klinischen Behandlungspraxis psychisch erkrankter Personen in unwidersprochen praktizierter kollegialer Kooperation von Berufsangehörigen der Psychotherapie, der Klinischen Psychologie sowie Ärztinnen und Ärzten.

Abs. 6 erfordert aufgrund des Berufs- und Tätigkeitsvorbehalts eine *lex specialis*, um als psychotherapeutischer Laie, d.h. als jemand, der die psychotherapeutischen Berufsvoraussetzungen des vorliegenden Entwurfs nicht erfüllt, psychotherapeutische Tätigkeiten ausüben zu dürfen. Eine entsprechende Spezialregelung findet sich ausdrücklich in Abs. 6 für die in Fachausbildung unter Lehrsupervision stehenden Personen sowie auch in § 2 Abs. 4 für die Nachbarschafts-, Familien- und Haushaltshilfe.

Abs. 7 enthält auf ausdrücklichen Wunsch der ärztlichen Standesvertretung die explizite Ausnahme der Verordnung von sämtlichen Arzneimitteln durch Berufsangehörige der Psychotherapie. Zum Berufsbild der Psychotherapie zählt genauso wenig die Abgabe, Herstellung oder der Vertrieb von Arzneimitteln oder Arzneyspezialitäten. Zur sogenannten Krankschreibung (ärztliche Bestätigung über die Arbeitsunfähigkeit) sollen weiterhin nur Ärztinnen bzw. Ärzte der Allgemeinmedizin sowie zukünftige Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Allgemeinmedizin und Familienmedizin berechtigt bleiben. Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten sollen von der Ermächtigung zur ärztliche Bestätigung über die Arbeitsunfähigkeit weiterhin ausgeschlossen bleiben.

Zu § 7:

§ 7 legt die Psychotherapiewissenschaftlichen Ausrichtungen und den Kompetenzbereich fest.

Aktuell sind gemäß derzeit geltendem Psychotherapiegesetz in Österreich folgende psychotherapeutische Methoden innerhalb der entsprechenden Orientierungen anerkannt:

1. Psychoanalytisch-Psychodynamische Orientierung:
 - 1.1. Psychoanalytische Verfahren:
 - 1.1.1. Analytische Psychologie
 - 1.1.2. Gruppenpsychoanalyse/Psychoanalytische Psychotherapie
 - 1.1.3. Individualpsychologie
 - 1.1.4. Psychoanalyse/Psychoanalytische Psychotherapie
 - 1.1.5. Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie
 - 1.2. Tiefenpsychologisch fundierte Verfahren:
 - 1.2.1. Autogene Psychotherapie
 - 1.2.2. Daseinsanalyse
 - 1.2.3. Dynamische Gruppenpsychotherapie
 - 1.2.4. Hypnosepsychotherapie
 - 1.2.5. Katathym Imaginative Psychotherapie
 - 1.2.6. Konzentrative Bewegungstherapie
 - 1.2.7. Transaktionsanalytische Psychotherapie
2. Humanistische Orientierung:
 - 1.1. Existenzanalyse
 - 1.2. Existenzanalyse und Logotherapie
 - 1.3. Gestalttheoretische Psychotherapie
 - 1.4. Integrative Gestalttherapie
 - 1.5. Integrative Therapie
 - 1.6. Klientenzentrierte Psychotherapie
 - 1.7. Personzentrierte Psychotherapie
 - 1.8. Psychodrama
3. Systemische Orientierung:

3.1. Neuro-Linguistische Psychotherapie

3.2. Systemische Familientherapie

4. Verhaltenstherapeutische Orientierung.

Abs. 1 normiert in Einklang mit internationalen Erkenntnissen und Vorgaben als Psychotherapiewissenschaftliche Ausrichtungen folgende vier Cluster:

1. Humanistische Therapie
2. Psychoanalytisch-Psychodynamische Therapie
3. Systemische Therapie
4. Verhaltenstherapie.

Die bisherigen psychotherapeutischen Methoden bzw. vormaligen Zusatzbezeichnungen (methodenspezifischen Ausrichtungen oder Verfahren) wie oben angeführt können innerhalb der Cluster erhalten bleiben.

Psychotherapie weist evidenzbasiert durch wissenschaftliche Studien für unterschiedliche Störungsbilder und Psychotherapieverfahren eine hohe, insbesondere langfristige und nachhaltige Wirksamkeit auf. So können erhebliche Senkungen von Gesundheitskosten erreicht werden (Amortisierung der Kosten für psychotherapeutische Behandlungen nach etwa drei Jahren) (vgl. *Datler, Hochgerner, Korunka, Löffler-Stastka, Pawlowsky*, Disziplin, Profession und evidenzbasierte Praxis: Zur Stellung der Psychotherapie im Gesundheitssystem. Eine Bilanz, Psychotherapie Forum (2021) 25:7–21). Die Praxis der psychotherapeutischen Vorgangsweise muss einsehbar, transparent und nachvollziehbar sein: Die Spezifität jeder einzelnen psychotherapiewissenschaftlichen Ausrichtung und die Arbeit mit Patientinnen bzw. Patienten sind in einschlägigen Publikationen auszuweisen. Die jeweilige psychotherapiewissenschaftliche Ausrichtung ist von der wissenschaftlichen Fachwelt in breiter Form (Diskussion, Forschung, Darstellung in Standardwerken etc.) aufzugreifen. Es hat eine zumindest minimale internationale Verbreitung der psychotherapiewissenschaftlichen Ausrichtung durch Publikation, praktische Anwendung und Ausbildung zu bestehen.

Jede der vier psychotherapiewissenschaftlichen Ausrichtungen basiert auf kommunikativen Vorgängen und unverzichtbaren verbalen Austauschprozessen, die über die Beeinflussung der psychischen Ebene (Erleben, Bewusstsein, emotionale und kognitive Prozesse, Motivationsprozesse) zu einer konstruktiven Veränderung (Linderung, Beseitigung) von Krankheitssymptomen und Leidenszuständen und zu einer Neuorganisation des Erlebens und Verhaltens führen. Jeder psychotherapiewissenschaftlichen Ausrichtung liegt ein eigenes Menschenbild zugrunde.

Als zentrales Unterscheidungsmerkmal der verschiedenen psychotherapiewissenschaftlichen Ausrichtungen wird in der Theorie von unterschiedlichen Menschenbildern ausgegangen, die als Grundlage des professionellen Handelns gelten. Menschenbilder beschäftigen sich mit Fragen wie: Was macht einen Menschen aus? Sind Menschen im Grunde gut oder böse? Was sind ihre Werte, seine Ziele? Hat sie einen freien Willen? Wie geschieht Veränderung?

Die Menschenbilder in den vier psychotherapiewissenschaftlichen Ausrichtungen definieren sich wie folgt:

Das Menschenbild in der humanistischen Ausrichtung:

Das Menschenbild der humanistischen Therapierichtungen betont die Einzigartigkeit, Ganzheit, Freiheit, Intentionalität, Beziehungsfähigkeit und Verantwortung der Person. Selbstaktualisierung und Beziehungsorientierung werden als zentrale Motive angesehen. Getragen von einer Wertebezogenheit und Wachstumsorientierung und einer integrierten Emotionalität, nährenden Beziehungen und Wertschätzung können Menschen ein personal erfülltes Leben verwirklichen.

Das Menschenbild in der psychoanalytisch-psychodynamischen Ausrichtung:

In der psychoanalytisch-psychodynamischen Ausrichtung geht man von der Beeinflussung des Unbewussten aus. Frühere Erfahrungen sollen durch neue Beziehungserfahrungen mit der Psychotherapeutin bzw. dem Psychotherapeuten korrigiert werden.

Während es früher im Grunde darum ging, Unbewusstes bewusst zu machen, wird heute daran gearbeitet, die Organisationsstruktur der Persönlichkeit zu verändern.

Das Menschenbild in der systemischen Ausrichtung:

Die Identität einer Person wird nicht nur durch einen selbst bestimmt, sondern vor allem durch die Umwelt. Generell betont das Systemische die Möglichkeiten und Ressourcen eines Menschen; die

Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut sieht einerseits mit den Augen der Patientin bzw. des Patienten und andererseits von außen auf das System.

Das Menschbild in der verhaltenstherapeutischen Ausrichtung:

Hier werden einerseits die biologischen Gegebenheiten des Körpers berücksichtigt, andererseits die individuellen Charakteristika des emotionalen Erlebens und der kognitiven Verarbeitung hervorgehoben. Diese persönlichen Faktoren stehen im Wechselspiel mit den Bedingungen der Umwelt. Dabei spielen soziale Momente eine Rolle. Im Zusammenwirken aller genannten Aspekte wird jenes Verhalten hervorgebracht, das unmittelbar wahrgenommen werden kann.

Psychotherapiemethoden sind gekennzeichnet durch eine Theorie der Entstehung und Aufrechterhaltung dieser Störung bzw. Störungen und eine Theorie ihrer Behandlung, Indikationskriterien einschließlich diagnostischer Erfassung, die Beschreibung der Vorgehensweise, die sich von anderen Psychotherapiemethoden unterscheidet, und die Beschreibung der angestrebten Behandlungseffekte. Jede Psychotherapiemethode muss zur Behandlung von Störungen eines breiten Spektrums von Anwendungsbereichen der Psychotherapie eingesetzt werden und in dieser Breite in der Aus-, Weiter- oder Fortbildung gelehrt werden. Die einzelnen Psychotherapiemethoden müssen in der praktischen Anwendung laufend erprobt und erforscht werden (empirische Studien, Fallstudien, Vergleichsverfahren). Für die Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung einer Psychotherapiemethode sind solche Untersuchungen heranzuziehen, die belegen, dass das entsprechende psychotherapeutische Vorgehen wirksam ist und dessen Anwendung in der Praxis den im Gesetz geforderten Effekt der Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert hat.

Psychotherapeutische Techniken sind einzelne konkrete Vorgehensweisen, mit deren Hilfe die angestrebten Ziele im Rahmen der Anwendung von Psychotherapiemethoden erreicht werden sollen.

Entsprechend der Empfehlung des Rates über den Europäischen Qualifikationsrahmen vom 22. Mai 2017, ABl. Nr. C 189 vom 15.06.2017 S. 15, wird in Abs. 2 der Kompetenzbereich der Psychotherapie umschrieben. Demnach ist „Kompetenz“ die nachgewiesene Fähigkeit, Kenntnisse, Fertigkeiten sowie persönliche, soziale und/oder methodische Fähigkeiten in Arbeits- oder Lernsituationen und für die berufliche und persönliche Entwicklung zu nutzen.

Zu § 8:

§ 8 normiert die Berufsbezeichnung sowie Zusatzbezeichnungen und Weiterbildungsbezeichnungen im Bereich der Psychotherapie.

Abs. 1 legt die Berufsbezeichnungen für alle Geschlechter (weiblich, männlich, inter, divers, offen oder „keine Angabe“ im Sinne des Erlasses zur Anerkennung intergeschlechtlicher Menschen) fest, wobei die Berufsbezeichnung bei Ausübung des Berufes verpflichtend im Sinne einer Deklarationspflicht zu führen ist. Diese Pflicht stellt ein wesentliches Merkmal im Sinne des Konsumentinnen- bzw. Konsumenten- und insbesondere des Patientinnen- bzw. Patientenschutzes dar, da hiermit für Hilfesuchende ein eindeutiges 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 sieht die Möglichkeit der Anfügung der in der Ausbildung erlernten psychotherapiewissenschaftlichen Ausrichtung bzw. Ausrichtungen nach der Berufsbezeichnung in Klammer als Zusatzbezeichnung vor. Zusätzlich kann auch die erlernte psychotherapeutische Methode ausgewiesen werden. Hierzu ist festzuhalten, dass sich der alte Begriff der Zusatzbezeichnung, womit die erlernte psychotherapeutische Methode gemeint war, nunmehr insofern unterscheidet, als dass in Hinkunft die methodenspezifische Ausrichtung (Cluster) damit bezeichnet wird. Anstelle des alten Begriffs Zusatzbezeichnung tritt nunmehr psychotherapeutische Methode

Als besonderer Anreiz zur Absolvierung von qualitätszertifizierten Weiterbildungen, die der Erweiterung der in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen dienen, können auch diese in der Berufsbezeichnung ersichtlich gemacht werden (Abs. 3). Die Weiterbildungsbezeichnung hat ausschließlich die Bezeichnung der jeweiligen Weiterbildung zu enthalten, nicht aber eine personenbezogene Berufsbezeichnung, zumal damit eine weitere Berufsberechtigung vorgetäuscht werden könnte. So berechtigen beispielsweise Weiterbildungen im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zum Führen der Weiterbildungsbezeichnung „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“, nicht zulässig ist für Berufsangehörige hingegen die Bezeichnung „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:in“ bei besonderen Kenntnissen im Bereich der Arbeit mit Säuglingen auch die Weiterbildungsbezeichnung „Säuglings-, „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“.

Bei Weiterbildungen für Berufsangehörige der Psychotherapie muss deren Zugehörigkeit zur psychotherapeutischen Wissenschaft insoweit vorliegen, als 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 psychotherapeutischen Wissenschaft gemeint, wobei diese im Kontext des Psychotherapiegesetzes anhand des Fächerkanons der psychotherapeutischen 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 Psychotherapie vermittelte umfassende Wissen und die Theorie-Praxis-Verschränkung in der Fachausbildung erforderlich ist (vgl. hierzu das OGH-Erkenntnis vom 30.11.2004, SZ 2004/171). Zur Begründung der Zugehörigkeit zur medizinischen Wissenschaft aus ebendiesem Judikat: „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.“

Aufbauend auf das im Studium erworbene Grundwissen kommt das in der Fachausbildung erworbene einschlägige theoretische Wissen und die daraus abzuleitende praktische Anwendung hinzu. Die erworbenen Kompetenzen, die als Hinweis auf eine Weiterbildung als Zusatzbezeichnung in einem Klammerausdruck der Berufsbezeichnung angefügt werden können, sind durch entsprechend absolvierte Weiterbildungscurricula nachzuweisen. Im Rahmen der dabei zu vermittelnden Theorie soll ein ausgewogenes Verhältnis zu Praxis und Supervision und eine kontinuierliche Lernsituation gegeben sein. Weiterbildungen sind beispielsweise für bestimmte Altersgruppen (Kinder und Jugendliche oder alte Menschen) aber auch Arbeitsschwerpunkte, wie etwa Abhängigkeitssyndrome, Traumatherapie oder auch Mediation möglich.

In Zukunft könnte als weitere Qualitätskontrolle die Visitation der Fachgesellschaften durch den Psychotherapiebeirat vorgesehen werden.

In Abs. 4 wird analog der Regelung im Psychologengesetz 2013 erstmals die Möglichkeit geschaffen, dass Berufsangehörige, die den Beruf eingestellt haben oder deren Berechtigung zur Berufsausübung ruht oder die ihren Beruf im Ausland ausüben, ihre Berufsbezeichnung weiterhin mit einem Hinweis auf die Nichtausübung des Berufes führen dürfen. Diese Regelung entspricht dem Bedürfnis langjährig berufstätiger Berufsangehöriger, da häufig eine starke Identifizierung mit der 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. Ungeachtet dessen ist im geschäftlichen Verkehr jedenfalls die Berufsbezeichnung anzuführen.

In Abs. 5 erfolgt die Umsetzung der Art. 52 und 54 der Richtlinie 2005/36/EG, in denen klargestellt wird, unter welchen Voraussetzungen Staatsangehörige eines Mitgliedstaats der EU oder einer anderen Vertragspartei des EWR-Abkommens ihre im Heimat- oder Herkunftsstaat erworbenen Ausbildungsbezeichnungen oder deren Abkürzungen zu führen berechtigt sind. Dies gilt auf Grund des Freizügigkeitsabkommens der EG bzw. deren Mitgliedstaaten mit der Schweizerischen Eidgenossenschaft auch für Schweizer Staatsangehörige.

Abs. 6 regelt den Ausschließlichkeitsanspruch auf die Führung der Berufsbezeichnungen im Zusammenhang mit der Berufsausübung. Dieser Bezeichnungsvorbehalt ist zugleich Ausdruck des psychotherapeutischen Berufsvorbehalts.

Abs. 7 enthält die entsprechende Verbotsnorm, wonach jede Bezeichnung, die geeignet ist, die Berechtigung zur Berufsausübung der Psychotherapie vorzutäuschen, untersagt ist. Somit sind nicht nur der Wortlaut der Berufsbezeichnungen, sondern auch verwechslungsfähige und irreführende Bezeichnungen vom Schutzbereich des Bezeichnungsvorbehalts erfasst.

Im Sinne des Schutzes der Patientinnen bzw. Patienten von in psychotherapeutischer Fachausbildung stehenden Studierenden der Psychotherapie haben diese gemäß Abs. 8 eine eindeutige auf den Ausbildungsstatus hinweisende Bezeichnung zu führen. Dies entspricht ua. einer langjährigen Forderung

der psychotherapeutischen Interessenvertretungen und dient der Transparenz im Sinne des Patiententinnenschutzes und Patientenschutzes.

Zu § 9:

§ 9 umschreibt den Ausbildungsumfang, der in Zukunft für die selbständige Ausübung der Psychotherapie erforderlich sein soll. Dieser orientiert sich an den neuesten Erkenntnissen der Psychotherapiewissenschaft und internationalem Konsens.

Zu § 10:

Die psychotherapeutische Ausbildung gliedert sich derzeit in Österreich in das psychotherapeutische Propädeutikum und das daran anschließende psychotherapeutische Fachspezifikum. Die für die Ausbildung zuständigen Ausbildungseinrichtungen leisten seit nunmehr über 30 Jahren eine bewährte qualitativ hochwertige Arbeit durch Ausbildung und Versorgung im österreichischen Gesundheitssystem.

Die Ausbildungsstatistik stellt die aktuelle Ausbildungssituation in den Feldern Psychotherapie, Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie vor dem Hintergrund der wichtigsten Entwicklungen seit dem Jahr 2000 dar. Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz werden von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) die jährlich zu legenden Berichte über die Ausbildungskandidatinnen bzw. Ausbildungskandidaten, das Lehrpersonal und die Lehrtätigkeit der Ausbildungsanbieter:innen des psychotherapeutischen Propädeutikums, des psychotherapeutischen Fachspezifikums sowie der theoretischen Ausbildung in Klinischer Psychologie und Gesundheitspsychologie elektronisch erfasst und ausgewertet. Die Berichte stellen eine wichtige Arbeitsgrundlage für das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, den Psychotherapiebeirat und den Psychologenbeirat dar und bieten für an Ausbildungen interessierten Personen einen Überblick. Darüber hinaus umfasst der Auftrag die Wartung einer Datenbank mit Angaben zu allen Lehrtherapeutinnen bzw. Lehrtherapeuten im psychotherapeutischen Fachspezifikum sowie die Archivierung der Tätigkeitsberichte der Ausbildungsanbieter:innen.

Die Berufsgruppenstatistik basiert auf der Datenlage aus der Psychotherapeutenliste, der Liste der Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen, der Liste der Gesundheitspsychologinnen und Gesundheitspsychologen sowie der Musiktherapeutenliste. Sie bietet einen Überblick über die Entwicklung der drei Berufsgruppen Psychotherapie, Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie seit deren gesetzlicher Reglementierung im Jahr 1991 sowie der Berufsgruppe der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten seit deren gesetzlicher Reglementierung im Jahr 2008. Dies ermöglicht zum einen die Bewertung der Versorgungssituation hinsichtlich des Kriteriums der Flächendeckung und liefert zum anderen Grundlagen für eine Prognose zur voraussichtlichen weiteren Entwicklung der Zahl berufsberechtigter Personen. Die Statistik bietet damit auch eine Basis für gesundheitspolitische Steuerungsmaßnahmen und ermöglicht über ihre jährliche Aktualisierung die Bewertung der Effekte eventueller Maßnahmen. Die Berufsgruppenstatistik wird in zweijährigen Abständen erstellt.

Basis der Statistik sind die in der Psychotherapeutenliste, der Liste der Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen sowie der Liste der Gesundheitspsychologinnen und Gesundheitspsychologen enthaltenen Daten. Auf dieser Grundlage können Aussagen über Entwicklung der Anzahl berufsberechtigter Personen in ihrer regionalen Verteilung auf Bundesländer und Bezirke, die Art der Berufsausübung, die Zusammensetzung der Berufsgruppen nach soziodemographischen Merkmalen und die Überschneidungen der drei Berufsgruppen getroffen werden.

Zur Darstellung des Personenangebots in der Berufsgruppe der Psychotherapie werden die vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz geführten Listen berufsberechtigter Personen systematisch ausgewertet. Die Versorgungsdichte steigt in Österreich seit dem Jahr 2000 kontinuierlich an. Regional bestehen aber weiterhin große Unterschiede.

Insbesondere wurden über die letzten Jahre durch den stetigen Wandel der Gesellschaft alle anderen „gehobenen“ gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe akademisiert wie etwa Hebammen, der Bereich der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie etc.) und der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege.

Durch die Novellierung des Psychologengesetzes 2013, welches mit BGBl. I Nr. 182/2013 am 1. Juli 2014 in Kraft trat, kam es zu unterschiedlichen Entwicklungen der Berufsgruppen Gesundheitspsychologie und Klinische Psychologie auf der einen und Psychotherapie auf der anderen Seite. Nicht zuletzt deshalb ist eine Neuregelung sowie Akademisierung der Psychotherapie im Sinne des Gleichklanges dieser beiden eng miteinander verwandten Berufsgruppen notwendig.

Im Zuge der aktuellen Novelle des Universitätsgesetzes 2002 sowie des Privathochschulgesetzes, welche die Rechtslage der Universitätslehrgänge mit BGBl. I Nr. 177/2021 änderte, besteht nunmehr die Möglichkeit Universitätslehrgänge als außerordentliche Studien mit Gleichwertigkeit zu ordentlichen

Studien einzurichten (Bachelor bzw. Master „Continuing Education“ sowie Bachelor bzw. Master „Professional“, vgl. § 51 Abs. 2 Z 10 und 11 UG 2002). Diese sollen insbesondere für die Übergangsphase bis zur Einrichtung der ordentlichen Studien an öffentlichen Universitäten die Kontinuität der Ausbildung in der Psychotherapie sicherstellen.

Als Vorläufer zu den nunmehrigen außerordentlichen Studien haben die derzeitigen Kooperationen einiger Fachspezifika mit unterschiedlichen Universitäten gedient. Derzeit zeigt sich folgendes Bild der Psychotherapieausbildung an Universitäten:

Folgende psychotherapeutischen Propädeutika werden in einem universitären Kontext angeboten:

Propädeutika, die als Universität ein eigenes Propädeutikum anbieten:

Öffentliche Universitäten, die als anerkannte Ausbildungseinrichtung für das psychotherapeutische Propädeutikum fungieren:

1. Universität Klagenfurt, Abteilung für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse, Universitätslehrgang Psychotherapeutisches Propädeutikum
2. Universität Graz, Medizinische Universität Graz, Universitätslehrgang Psychotherapeutisches Propädeutikum
3. Universität Innsbruck, Institut für Psychosoziale Intervention und Kommunikationsforschung, Universitätslehrgang Psychotherapeutisches Propädeutikum
4. Universität Salzburg, Universitätslehrgang Psychotherapeutisches Propädeutikum
5. Universität für Weiterbildung Krems, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit
6. Universität Wien, Universitätslehrgang Psychotherapeutisches Propädeutikum (HOPP)

Private Universitäten, die als anerkannte Ausbildungseinrichtung für das psychotherapeutische Propädeutikum fungieren:

1. Bertha von Suttner Privatuniversität St. Pölten GmbH
2. Sigmund Freud Privat Universität Wien (SFU)
3. Webster Vienna Privatuniversität

Propädeutika an Fachhochschulen:

1. Schloss Hofen, Zentrum für Wissenschaft und Weiterbildung, Psychotherapeutisches Propädeutikum, Lehrgang zur Weiterbildung nach § 9 FHStG an der FH Vorarlberg
2. Zentrum für Angewandte Psychologie GmbH gemeinsam mit der FH Kärnten, wobei der akademische Grad im Rahmen eines Hochschullehrgangs verliehen wird.

Eine Kooperation mit Propädeutika findet seitens der Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften mit dem Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit der Universität für Weiterbildung Krems als anerkannte Ausbildungseinrichtung für das Propädeutikum statt.

Von den anerkannten 48 Fachspezifika, sind derzeit zwei Ausbildungseinrichtungen ruhend gestellt: Salzburger Gesellschaft für Tiefenpsychologie – C.G. Jung-Institut (SGT/CGJI), AP und Österreichisches Trainingszentrum für Neuro-Linguistisches Programmieren und Neuro-Linguistische Psychotherapie (ÖTZ-NLP&NLPT), NLPt.

In einem universitären Kontext stehen 39 von 46 aktiven fachspezifischen Ausbildungseinrichtungen, entweder als eigenes Fachspezifikum bzw. in Kooperation mit einer Universität. Das ist ein Anteil von rund 85 %.

Sieben (15,2 %) von 46 aktiven Fachspezifika sind an Universitäten angesiedelt. 32 Fachspezifika (rund 70 %) kooperieren mit sieben Universitäten, wovon ein Fachspezifikum ruhend gestellt ist (SGT/CGJI), acht Fachspezifika sind in keiner Kooperation mit einer Universität. 22 Fachspezifika verfügen über psychotherapeutische Ambulanzen.

Öffentliche Universitäten, die als anerkannte Ausbildungseinrichtung für das Fachspezifikum fungieren:

1. Universität für Weiterbildung Krems (DUK), Integrative Therapie

2. Universität Innsbruck, Institut für Psychosoziale Intervention und Kommunikationsforschung, Psychodrama
4. Universität für Weiterbildung Krems (DUK), Existenzanalyse und Logotherapie
5. Universität für Weiterbildung Krems (DUK), Verhaltenstherapie

Private Universitäten, die als anerkannte Ausbildungseinrichtung für das Fachspezifikum fungieren:

1. Sigmund Freud Privat Universität Wien (SFU), Individualpsychologie
2. Sigmund Freud Privat Universität Wien (SFU), Psychodrama
3. Sigmund Freud Privat Universität Wien (SFU), Verhaltenstherapie

Fachspezifika in Kooperation mit Universitäten Stand 10.03.2023 Erhebung BMSGPK	Cluster	Kooperation
APG•IPS Institut für personenzentrierte Studien (APG-IPS)	Humanistische Therapie	Universität Wien Bertha von Suttner Privatuniversität
Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Psychotherapie, Gesprächsführung und Supervision, Forum, personenzentrierte Psychotherapie, Ausbildung und Praxis (Forum/APG)	Humanistische Therapie	Universität Wien
Ausbildungsinstitut für Logotherapie und Existenzanalyse (ABILE)	Humanistische Therapie	Universität für Weiterbildung Krems
Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse (GLE)	Humanistische Therapie	Sigmund Freud Privatuniversität Bertha von Suttner Privatuniversität Universität Salzburg
Institut für Integrative Gestalttherapie Wien (IGW)	Humanistische Therapie	Sigmund Freud Privatuniversität
Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche, klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung, personenzentrierte Psychotherapie (ÖGWG)	Humanistische Therapie	Universität für Weiterbildung Krems Universität Salzburg
Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik, Fachsektion Integrative Gestalttherapie (ÖAGG-IG)	Humanistische Therapie	Universität für Weiterbildung Krems Universität Salzburg Bertha von Suttner Privatuniversität
Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik, Fachsektion Integrative Therapie (ÖAGG-IT)	Humanistische Therapie	Bertha von Suttner Privatuniversität
Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik, Fachsektion Psychodrama, Soziometrie und Rollenspiel (ÖAGG-PD)	Humanistische Therapie	Universität für Weiterbildung Krems Universität Salzburg Bertha von Suttner Privatuniversität
Vereinigung Rogerianische Psychotherapie, personenzentrierte Psychotherapie (VRP)	Humanistische Therapie	Universität Wien Bertha von Suttner Privatuniversität
Institut für Transaktionsanalytische Psychotherapie (ITAP)	Psychoanalytisch- Psychodynamische Therapie	Sigmund Freud Privatuniversität
Österr. Gesellschaft für Analytische Psychologie (ÖGAP)	Psychoanalytisch- Psychodynamische Therapie	Medizinische Universität Wien

Österr. Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie, Autogene Psychotherapie (ÖGATAP-ATP)	Psychoanalytisch-Psychodynamische Therapie	Medizinische Universität Wien
Österr. Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie, Hypnosepsychotherapie (ÖGATAP-HY)	Psychoanalytisch-Psychodynamische Therapie	Medizinische Universität Wien
Österr. Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie, Katathym Imaginative Psychotherapie (ÖGATAP-KIP)	Psychoanalytisch-Psychodynamische Therapie	Medizinische Universität Wien
Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik, Fachsektion Dynamische Gruppenpsychotherapie (ÖAGG-DG)	Psychoanalytisch-Psychodynamische Therapie	Bertha von Suttner Privatuniversität
Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik, Fachsektion Gruppenpsychoanalyse (ÖAGG-GP)	Psychoanalytisch-Psychodynamische Therapie	Bertha von Suttner Privatuniversität Medizinische Universität Wien
Österreichischer Arbeitskreis für Konzentrierte Bewegungstherapie (ÖAKBT)	Psychoanalytisch-Psychodynamische Therapie	Universität für Weiterbildung Krems Bertha von Suttner Privatuniversität
Österreichischer Arbeitskreis für Tiefenpsychologische Transaktionsanalyse (ÖATA)	Psychoanalytisch-Psychodynamische Therapie	Universität für Weiterbildung Krems
Österreichischer Verein für Individualpsychologie (ÖVIP)	Psychoanalytisch-Psychodynamische Therapie	Universität Wien
Psychoanalytisches Seminar Innsbruck (PSI-PA)	Psychoanalytisch-Psychodynamische Therapie	Sigmund Freud Privatuniversität
Salzburger Arbeitskreis für Psychoanalyse, Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie (SAP-POP)	Psychoanalytisch-Psychodynamische Therapie	Universität Salzburg
Salzburger Gesellschaft für Tiefenpsychologie – C.G. Jung-Institut, Analytische Psychologie (SGT/CGJI-AP) ruhend	Psychoanalytisch-Psychodynamische Therapie	Medizinische Universität Wien
Wiener Arbeitskreis für Psychoanalyse (WAP-PA)	Psychoanalytisch-Psychodynamische Therapie	Medizinische Universität Wien
Wiener Institut für Transaktionsanalyse (WITA-TA)	Psychoanalytisch-Psychodynamische Therapie	Bertha von Suttner Privatuniversität
Wiener Kreis für Psychoanalyse und Selbstpsychologie (WKPS-PA)	Psychoanalytisch-Psychodynamische Therapie	Universität Wien
Wiener Psychoanalytische Akademie, Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie (WPA-POP)	Psychoanalytisch-Psychodynamische Therapie	Medizinische Universität Wien
Wiener Psychoanalytische Vereinigung (WPV-PA)	Psychoanalytisch-Psychodynamische Therapie	Medizinische Universität Wien
Lehranstalt für Systemische Familientherapie (LA-SF)	Systemische Therapie	Universität Wien

Österreichische Arbeitsgemeinschaft für systemische Therapie und systemische Studien (ÖAS)	Systemische Therapie	Sigmund Freud Privatuniversität Universität Wien
Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik, Fachsektion Systemische Familientherapie (ÖAGG-SF)	Systemische Therapie	Bertha von Suttner Privatuniversität
Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation, Verhaltenstherapie (AVM)	Verhaltenstherapie	Sigmund Freud Privatuniversität Österreichische Akademie für Psychotherapie (ZAP)
Österreichische Gesellschaft für Verhaltenstherapie (ÖGVT)	Verhaltenstherapie	Medizinische Universität Wien Medizinische Universität Innsbruck

Studien der Psychotherapie:

1. Bakkalaureat- und Magisterstudium der Psychotherapiewissenschaft der Sigmund Freud PrivatUniversität Wien
3. Studium der Psychotherapie der Bertha von Suttner Privatuniversität St. Pölten als Universitätsstandort für ein Studium der Psychotherapie

Diese Ausbildungslandschaft soll durch die neue gesetzliche Regelung gänzlich in den hochschulischen Bereich übergeführt werden. Dies soll eine Kompatibilität mit dem Bologna-System und eine eindeutige Zuordnung der psychotherapeutischen Qualifikationen auf Niveau VIII des Nationalen Qualifikationsrahmens sowie in der Folge des Europäischen Qualifikationsrahmens gewährleisten.

Abs. 1 normiert die Ausbildungserfordernisse für die selbständige Berufsausübung in der Psychotherapie. Im Gegensatz zu den bisherigen Ausbildungen, die im Rahmen von Propädeutikum und Fachspezifikum an Ausbildungseinrichtungen stattgefunden haben, soll in Zukunft ein Bachelorstudium aus dem Kreis fachlicher in Frage kommender sogenannter polyvalenter Bachelorstudien, zum Beispiel ein Bachelorstudium der Psychotherapie oder ein Diplomstudium Humanmedizin, und Masterstudium der Psychotherapie sowie eine darauf aufbauende postgraduelle psychotherapeutische Fachausbildung Basis für die Berufsausübung im Bereich der Psychotherapie sein. Sowohl der erste Ausbildungsabschnitt als auch der zweite Ausbildungsabschnitt (Masterstudium der Psychotherapie) sollen im Rahmen von Studien angeboten und absolviert werden können (Z 1 und 2). Dabei ist wesentlich, dass die in der Anlage festgelegten Mindestinhalte für ein Bachelorstudium im Sinne dieses Bundesgesetzes oder ein Masterstudium der Psychotherapie im jeweiligen Curriculum enthalten sind. Darüber hinausgehende Inhalte bleiben den Universitäten im Rahmen ihrer verfassungsrechtlich eingeräumten Autonomie überlassen. Für den Zugang zu den Studien sind die studienrechtlichen Voraussetzungen von der aufnehmenden postsekundären Bildungseinrichtung zu prüfen, das ist grundsätzlich die allgemeine und gegebenenfalls die besondere Universitätsreife.

Zu Z 3 ist erläuternd auszuführen, dass unter einer postgradualen Ausbildung eine Ausbildung zu verstehen ist, die ein vorhergehendes erfolgreich abgeschlossenes grundständiges Studium voraussetzt.

Die postgraduelle psychotherapeutische Fachausbildung kann von psychotherapeutischen Fachgesellschaften oder etwa im Rahmen eines Universitätslehrgangs oder Hochschullehrgangs an einer inländischen anerkannten postsekundären Bildungseinrichtung gemäß Universitätsgesetz 2002 oder Privathochschulgesetz als Psychotherapeutische Fachgesellschaft angeboten werden. Dieser Ausbildungsabschnitt soll in der Regel höchstens fünf Jahre dauern. Sollten Inhalte in dieser Zeit nicht ausreichend vermittelt werden können, kann diese Maximaldauer erforderlichenfalls cluster- oder methodenspezifisch ausgeweitet werden.

Die Ausbildung der Psychotherapie wird mit einer Abschlussprüfung (Psychotherapeutische Approbationsprüfung), vergleichbar mit der sogenannten „Facharztprüfung“ oder Abschlussprüfung am Ende der Ausbildung in Gesundheitspsychologie oder Klinischer Psychologie, abzuschließen sein (Z 4). Dieser Begriff ist als Eigenname zu verstehen, vergleichbar mit dem Begriff „Psychotherapeutische Fachgesellschaft“).

Die Terminologie der Studien bzw. Studiengänge gemäß Abs. 2 orientiert sich an den Bezeichnungen der Fächer und Fachrichtungen gemäß der Internationalen Standardklassifikation des Bildungswesens (ISCED 2011).

In Abs. 2 und 3 wird im Sinne der Durchlässigkeit die Möglichkeit der Gleichstellung gleichwertiger Abschlüsse verwandter Studien und Berufsqualifikationen geschaffen, wie die Psychologie, Soziale Arbeit und Sozialpädagogik, ein abgeschlossenes Studium der Humanmedizin oder mitverantwortliche Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten mit dem ersten Ausbildungsabschnitt.

Berufsangehörigen der Psychotherapie, die nach dem Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1990, eingetragen sind, steht es offen, zusätzlich zu ihrer bestehenden Berufsberechtigung den dritten Ausbildungsabschnitt zu absolvieren, insbesondere wenn eine weitere Methode oder Cluster erlernt werden soll (Abs. 3 Z 6). Dies soll aber auch für jene Personen gelten, die zwar bisher nicht in der Psychotherapeutenliste gemäß § 17 Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1990, eingetragen waren aber erfolgreich das psychotherapeutische Propädeutikum sowie Fachspezifikum abgeschlossen haben (Abs. 3 Z 5).

Zu § 11:

§ 11 normiert in Abs. 1 und 2 die grundlegenden Voraussetzungen bzw. Ziele des ersten Ausbildungsabschnitts. Die Umschreibung erfolgt im Einklang mit dem Universitätsrecht und den europäischen Empfehlungen (vgl. insbesondere Empfehlung des Rates vom 22. Mai 2017 über den Europäischen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen und zur Aufhebung der Empfehlung des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. April 2008 zur Einrichtung des Europäischen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen [2017/C 189/03]) kompetenzorientiert. Neben einem Bachelorstudium der Psychotherapie können auch fachverwandte Studien zum Zugang zu einem Masterstudium der Psychotherapie berechtigen, sofern die Voraussetzungen des Abs. 2 erfüllt werden (etwa Pädagogik oder Philosophie).

Zu § 12:

§ 12 normiert in Abs. 1 und 2 die grundlegenden Voraussetzungen bzw. Ziele des zweiten Ausbildungsabschnitts.

Zu § 13:

Im dritten Ausbildungsabschnitt soll die postgraduelle psychotherapeutische Fachausbildung an den Fachgesellschaften stattfinden. Diese dient der Qualifizierung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Fachausbildung für die selbständige und eigenverantwortliche Ausübung der Psychotherapie in einer der psychotherapiewissenschaftlichen Ausrichtungen (Cluster). Die psychotherapeutische Fachausbildung hat sich an den psychotherapiewissenschaftlichen Ausrichtungen (Cluster) zu orientieren (Abs. 1). Ein Teil der postgraduellen Ausbildung ist als eingetragene:r Psychotherapeut:in in Fachausbildung unter Lehrsupervision (vgl. §§ 17, 23 Abs. 7) zu absolvieren.

Abs. 2 legt die im Rahmen der psychotherapeutischen Fachausbildung zu erwerbenden Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen sowie deren Mindestumfang fest, wobei besonderes Augenmerk auf den Erwerb der psychotherapeutischen Handlungskompetenz im Rahmen einer umfassenden versorgungswirksamen psychotherapeutischen Tätigkeit unter Lehrsupervision im institutionellen und niedergelassenen Bereich der psychotherapeutischen Versorgung zu legen sein wird.

Abs. 3 legt fest, in welcher Form die psychotherapeutische Handlungskompetenz vorrangig zu erwerben ist.

Zu § 14:

Ein Kernstück der psychotherapeutischen Ausbildung bildet die praktische Ausbildung.

Die praktische Ausbildung hat gemäß Abs. 1 in psychotherapeutischen Versorgungseinrichtungen zu erfolgen, das sind unter anderem psychotherapeutische Ambulanzen, Krankenanstalten, Einrichtungen mit klinikartigen Settings oder sonstige Einrichtungen des Gesundheitswesens. Die praktische Ausbildung im Rahmen des dritten Ausbildungsabschnittes kann zusätzlich auch in Lehrpraxen und ein Teil auch in freier Praxis unter engmaschiger Supervision, insbesondere zur Vorbereitung auf die freiberufliche Tätigkeit erfolgen. Unter dem Begriff niedergelassener Bereich ist eine freiberufliche Tätigkeit zu verstehen.

Die Tätigkeit in der psychotherapeutischen Ambulanz soll Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten in Fachausbildung unter Lehrsupervision heranzuführen, ein breites Spektrum an Störungen mit Krankheitswert, bei denen psychotherapeutische Versorgung indiziert ist, unter Anleitung einer Psychotherapeutin bzw. eines Psychotherapeuten psychotherapeutisch zu diagnostizieren, zu behandeln

und erforderlichenfalls ergänzende notwendige weitere Behandlungsmaßnahmen durch Dritte zu veranlassen sowie aktiv und interdisziplinär mit den verschiedenen im Gesundheitssystem tätigen Berufsgruppen zu kommunizieren und patientinnen- bzw. patientenorientiert zusammenzuarbeiten.

Als Kriterien für psychotherapeutische Ambulanzen sind folgende Mindeststandards mit Fokus auf den Kernbereich Psychotherapie festzulegen:

- Definition eines klaren Zugangs-, Dokumentations-, Behandlungs- und Finanzierungskonzepts von psychotherapeutischen Ambulanzen mit regelmäßigen Fallreflexionen, Teambesprechungen;
- Leitung der psychotherapeutischen Ambulanz durch eine Psychotherapeutin bzw. einen Psychotherapeuten wobei mindestens zwei Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten mit Nachweis über eine zumindest fünfjährige berufliche Tätigkeit in der Ambulanz tätig sein müssen;
- Multiprofessionelle Zusammenarbeit und Konsiliarbesuche;
- Interdisziplinäre Vernetzung und Austausch;
- Supervisionsmöglichkeit in der psychotherapeutischen Ambulanz;
- psychotherapeutische Versorgung bzw. Krankenbehandlung finden statt;
- Lehre und Forschung kann stattfinden;
- Ein breites Spektrum an Störungsbildern, welches auf die Tätigkeit in freier Praxis vorbereiten soll;
- Nach Möglichkeit öffentliche Finanzierung;
- Finanzierungsleistung der Kassen soll stattfinden (zB Pauschalfinanzierung, aber auch weitere Finanzierungsquellen können/sollten vorhanden sein);
- Forschungsanliegen sollen aufgegriffen werden können (Teilhabe an Forschungsprojekten).

Es wird auch erstmals für den Bereich der psychotherapeutischen Ausbildung die Einrichtung von Lehrpraxen nach dem Vorbild des ÄrzteG 1998 normiert. Dadurch wird die Möglichkeit geschaffen, einen Teil der praktischen Ausbildung des dritten Ausbildungsabschnittes in Lehrpraxen zu absolvieren. Ziel der praktischen Ausbildung in einer Lehrpraxis ist die Befähigung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Fachausbildung unter Lehrsupervision, die sich im dritten Ausbildungsabschnitt befinden, zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie durch den geregelten Erwerb und Nachweis von für die gewissenhafte Betreuung von Patientinnen bzw. Patienten in der freiberuflichen psychotherapeutischen Praxis notwendigen Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen sowie deren Anwendung im extramuralen Bereich. Nach Absolvierung von 500 Stunden psychotherapeutischer Tätigkeit unter Lehrsupervision, die institutionell bzw. an Lehrpraxen angebunden sind, können Teile der praktischen Tätigkeit während der Ausbildung auch in freier Praxis unter engmaschiger Lehrsupervision absolviert werden.

Die bzw. Der Lehrpraxisinhaber:in ist zur Ausbildung mit dem Ziel der Vorbereitung auf die psychotherapeutische Berufsausübung verpflichtet. Die Lehrpraxisinhaberin bzw. der Lehrpraxisinhaber hat den Erwerb von Kenntnissen, Fertigkeiten und Kompetenzen laufend zu überprüfen und dabei zu beurteilen, inwieweit diese der Psychotherapeutin bzw. dem Psychotherapeuten in Fachausbildung unter Lehrsupervision tatsächlich vermittelt worden sind. Die bzw. Der Psychotherapeut:in in Fachausbildung unter Lehrsupervision ist von der bzw. dem Lehrpraxisinhaber:in zur persönlichen Mitarbeit heranzuziehen und hat entsprechend ihrem bzw. seinem Ausbildungsstand auch Mitverantwortung zu übernehmen, worüber jede in Behandlung oder Betreuung übernommene Person in geeigneter Weise zu informieren ist. Sofern es der Erreichung der Ausbildungsziele dienlich ist, kann die bzw. der Psychotherapeut:in bzw. in Fachausbildung unter Lehrsupervision von der bzw. dem Lehrpraxisinhaber:in auch zur Mitarbeit bei deren bzw. dessen allfälligen psychotherapeutischen Tätigkeiten außerhalb der Lehrpraxis herangezogen werden. Die praktische Ausbildung in einer Lehrpraxis kann auch im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses erfolgen.

Folgende Kriterien wären von einer Lehrpraxis, wobei der Berufssitz von Berufsangehörigen als solche gilt, tunlichst zu erfüllen:

1. Die Praxis hat die zur Erreichung des Ausbildungszieles erforderliche Ausstattung sowie die erforderliche Patientinnen-Frequenz bzw. Patienten-Frequenz aufzuweisen.
2. Die Lehrpraxisinhaberin bzw. der Lehrpraxisinhaber verfügt über eine zur Erreichung des Ausbildungszieles erforderliche mindestens dreijährige Berufserfahrung als freiberuflich tätige Berufsangehörige bzw. freiberuflich tätiger Berufsangehöriger oder im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses.

3. Die Lehrpraxisinhaberin bzw. der Lehrpraxisinhaber verfügt insbesondere über die erforderlichen Kenntnisse
 - a) der Berufsethik,
 - b) des Berufsrechtes und
 - c) der Grundlagen der Didaktik.
4. Die Lehrpraxisinhaberin bzw. der Lehrpraxisinhaber weist durch ein schriftliches Ausbildungskonzept nach, dass die in der Lehrpraxis erbrachten psychotherapeutischen Leistungen nach Inhalt und Umfang der Psychotherapeutin bzw. dem bzw. Psychotherapeuten in Fachausbildung unter Lehrsupervision die erforderlichen Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen vermittelt werden können.

Im Gegensatz zu den Ausbildungseinrichtungen für die theoretischen Inhalte enthält auch das Psychologengesetz 2013 keine Anerkennung der praktischen Ausbildungseinrichtungen bzw. -stätten.

Abs. 2 legt fest, dass sofern die praktische Ausbildung im niedergelassenen Bereich absolviert wird, diese statt in einem Verhältnis von 1:5, die Lehrsupervision jedenfalls engmaschig in einem Verhältnis 1:4 zu den Behandlungsstunden zu erfolgen hat.

Gemäß Abs. 3 ist die Qualität der praktischen Ausbildung durch Verträge über die erforderlichen Anforderungen und Qualitätskriterien zwischen der Psychotherapeutischen Fachgesellschaft und den Trägern der Einrichtungen, in denen die praktische Ausbildung stattfindet, sicherzustellen. Näheres wird in der Psychotherapie-Ausbildungs-, Approbationsprüfungs- und Qualitätssicherungsverordnung zu normieren sein.

Die Zielbestimmung des Abs. 4 gibt die Absolvierung zumindest einem Anteil der praktischen Ausbildung im Rahmen von Beschäftigungsverhältnissen vor. Die für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin bzw. der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister hat unter Bedachtnahme auf diese Zielsetzung sowie das Vorliegen der erforderlichen Finanzierungsvoraussetzungen mit der Verordnung gemäß § 19 nähere Vorschriften zur stufenweisen Anhebung des verpflichtenden Anteils der im Rahmen von Beschäftigungsverhältnissen zu absolvierenden praktischen Ausbildung zu erlassen. Dieser stufenweise Anstieg der verpflichtend in Beschäftigungsverhältnissen zu absolvierenden Anteile der praktischen Ausbildung wäre mit zumindest 300 Stunden, sofern insbesondere die Finanzierung gesichert ist, in der Verordnung festzulegen.

Zu § 15:

In § 15 werden die Voraussetzungen, Aufgaben und Anerkennung von Psychotherapeutischen Fachgesellschaften festgelegt. Das Regime orientiert sich an der seit über zehn Jahren bewährten Vorgehensweise des § 9 Psychologengesetz 2013 im Hinblick auf Ausbildungseinrichtungen zum Erwerb theoretischer fachlicher Kompetenz und deren behördlichen Anerkennung. Die Entscheidung der für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin bzw. des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministers betreffend die Anerkennung einer Einrichtung als Psychotherapeutische Fachgesellschaft erfolgt bescheidmäßig im Sinne der ständigen Rechtsprechung (vgl. VfSlg. 17.018/2003 mwN). Gegen die Antrags erledigung durch Bescheid steht den Betroffenen die Möglichkeit offen, die Entscheidung bei den Landesgerichten zu bekämpfen.

Abs. 3 nennt die für eine bescheidmäßige Anerkennung als Psychotherapeutische Fachgesellschaft jedenfalls zu erfüllenden Mindestkriterien.

Näheres zu Psychotherapeutischen Fachgesellschaften, vgl. die Ausführungen zu § 4 Z 12.

Zu § 16:

Vergleichbare Regelungen betreffend die Anrechnung von Prüfungen und Praktika (Abs. 1 und 2) bestehen auch für andere Gesundheitsberufe. Die Anrechnung für den dritten Ausbildungsabschnitt erfolgt durch die Ausbildungseinrichtung im Einzelfall wobei § 78 UG sinngemäß gilt. Für den universitären Bereich (erster und zweiter Abschnitt) gilt für Anerkennungen generell § 78 UG. Anerkennungen von Ausbildungsinhalten und Prüfungen betreffend den dritten Ausbildungsabschnitt werden insbesondere bei Inhalten aus den PSY-I bis III Diplomen sowie der Sonderfachausbildung in Psychiatrie und Psychotherapeutischer Medizin oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutischer Medizin sofern diese gleichwertig und gleichartig sind, durchzuführen sein. Die Anrechnung für Ausbildungsinhalte betreffend den 3. Abschnitt, insbesondere bei den Inhalten aus den PSY-I bis PSY-III Diplomen, hat aufgrund von inhaltlicher Gleichwertigkeit zu erfolgen. Dies betrifft im Besonderen die fachlich-methodischen und wissenschaftlichen Kompetenzen. Hervorzuheben sind hierbei

(i) clusterspezifisches Fächer und therapeutische Methoden, (ii) Psychopathologie und (iii) Psychosomatik

Die Anrechnung für die ersten beiden Ausbildungsabschnitte obliegt der jeweiligen Universität. Dies gilt ebenso für bereits absolvierte Ausbildungsinhalte des Propädeutikums oder Fachspezifikums nach dem Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1990.

Hervorzuheben ist, dass eine Anrechnung auf die Psychotherapeutische Approbationsprüfung nicht zulässig ist (Abs. 3).

Zu § 17:

Mit § 17 wird einer langjährigen Forderung der psychotherapeutischen Berufsverbände, insbesondere des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie (ÖBVP), Rechnung getragen und die Stellung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Fachausbildung unter Lehrsupervision klargestellt. Nunmehr sind alle Personen einzutragen, die im dritten Ausbildungsabschnitt psychotherapeutisch – wünschenswert unter Anleitung und Aufsicht sowie unter Lehrsupervision – tätig sind und die Voraussetzungen gemäß Abs. 2 erfüllen. Aus technischer Sicht ist festzuhalten, dass die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Fachausbildung unter Lehrsupervision mit einem entsprechenden und eindeutig verständlichen Hinweis auf ihren Ausbildungsstatus in die Berufsliste gemäß § 23 einzutragen sind. Dies hat denselben Publizitätseffekt wie eine eigene Fachausbildungsliste wird aber den Vorgaben der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit der öffentlichen Verwaltung im Vergleich zur Einrichtung einer separaten Fachausbildungsliste gerecht. Eine zentrale öffentliche Listung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Fachausbildung unter Lehrsupervision ist insbesondere im Sinne des Schutzes der Patientinnen und Patienten erforderlich. Bisher wurden die Ausbildungskandidatinnen und Ausbildungskandidaten im sogenannten „Status“ lediglich auf freiwilliger Basis von den fachspezifischen Ausbildungseinrichtungen gelistet. Zudem war der „Status“ also die Phase der fachspezifischen Ausbildung als „Psychotherapeut:in in Ausbildung unter Supervision“ nicht gesetzlich geregelt, sondern wurde von den fachspezifischen Ausbildungseinrichtungen auf Basis einer Empfehlung des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz auf Grundlage von Beschlüssen des Psychotherapiebeirates und der sogenannten „Supervisionsrichtlinie“ vergeben.

Abs. 2 bildet die Grundlage für eine Eintragung von Personen in die Berufsliste mit dem entsprechenden auf den Ausbildungsstand hinweisenden Zusatz, die den zweiten Ausbildungsabschnitt vollständig abgeschlossen und eine entsprechende Bestätigung der Fachgesellschaft, bei welcher die Fachausbildung absolviert wird, vorliegen. Folgende Nachweise können von den Fachgesellschaften vor Ausstellung einer solchen Bestätigung verlangt werden:

1. Bachelor- und Masterprüfungszeugnis über ein an einer inländischen anerkannten postsekundären Bildungseinrichtung erfolgreich abgeschlossenes Studium der Psychotherapie gemäß § 10 Abs. 1 Z 1 und 2 im Gesamtumfang von zumindest 300 ECTS-Anrechnungspunkten oder Berufsnachweis gemäß § 10 Abs. 3,
2. die für die verlässliche Einhaltung der Berufspflichten erforderliche gesundheitliche (somatische und psychische) Eignung und Vertrauenswürdigkeit und die erforderlichen Sprachkenntnisse sowie
3. die Absolvierung von 5 000 Stunden an Workload jeweils cluster- und methodenspezifische Theorie, psychotherapeutische Selbsterfahrung und Supervision im Rahmen der ersten beiden Ausbildungsabschnitte oder auf sonstiger von der Fachgesellschaft als geeignet angesehene Weise. Dies würde 200 ECTS-Anrechnungspunkten entsprechen.

Bei Vorliegen der Voraussetzungen für die Eintragung in die Berufsliste als Psychotherapeut:in in Fachausbildung unter Lehrsupervision ist eine Eintragung vorzunehmen.

Eine Bescheiderlassung ist nur für den Fall der Versagung der Eintragung vorgesehen. Gegen die Versagung der Eintragung kann Beschwerde an das zuständige Landesverwaltungsgericht erhoben werden (Abs. 2). Die Eintragung in die Berufsliste als Psychotherapeut:in in Fachausbildung unter Lehrsupervision ist Voraussetzung für eine psychotherapeutische Berufsausübung unter Anleitung und Aufsicht sowie unter Lehrsupervision im Rahmen der psychotherapeutischen Ausbildung (Abs. 3).

Ärztliche Berufspflichten kommen teilweise bereits vor der Aufnahme einer ärztlichen Tätigkeit zum Tragen, wie etwa Meldepflichten bei der Österreichischen Ärztekammer. Nachdem Personen im dritten Ausbildungsabschnitt, die als Psychotherapeut:in in Fachausbildung unter Lehrsupervision in der Berufsliste eingetragen sind, zwar nicht unter den Begriff der Berufsberechtigten iSd § 4 Abs. 1 Z 1 fallen, jedoch bereits mit und an Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten arbeiten, erfordert es die Sicherstellung der entsprechenden Versorgung, dass die psychotherapeutischen

Berufspflichten bereits für Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten in Fachausbildung Geltung haben und daher einzuhalten sind.

Abs. 4 normiert Meldepflichten sowohl für die Fachgesellschaften als auch für die Psychotherapeutin in Fachausbildung bzw. den Psychotherapeuten in Fachausbildung bei Ausscheiden aus der Ausbildung an die bzw. den für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister:in als listenführende Behörde.

In Abs. 5 wird festgehalten, dass bei Ausscheiden der Psychotherapeutin in Fachausbildung bzw. des Psychotherapeuten in Fachausbildung aus dieser Fachausbildung bzw. Austritt aus einer Fachgesellschaft die Person aus der Berufsliste zu streichen ist und damit die Berechtigung zur Ausübung psychotherapeutischer Tätigkeiten entfällt.

Zu § 18:

§ 18 legt die Grundzüge und Eckpfeiler der Psychotherapeutischen Approbationsprüfung fest. Die Einführung expliziter Prüfungsbestimmungen dient der Qualitätssicherung der Ausbildung und zukünftigen Berufsangehörigen der Psychotherapie sowie der Angleichung an die bei Gesundheitsberufen gegebenen Standards bei vergleichbaren, auch internationalen Ausbildungsgängen. Die Bestimmungen orientieren sich an dem seit über zehn Jahren bewährten Konzept des Psychologengesetzes 2013 betreffend die Abschlussprüfungen in der Gesundheitspsychologie und Klinische Psychologie (vgl. § 12 Psychologengesetz 2013). Weder bei der Anrechnung von Ausbildungsinhalten noch bei den Prüfungen handelt es sich um hoheitliches Handeln.

Die Psychotherapeutische Approbationsprüfung bildet in Form einer gesamthaften Prüfung den Abschluss der psychotherapeutischen Ausbildung (Abs. 1). Im Rahmen der Psychotherapeutischen Approbationsprüfung ist durch geeignete Prüfungsmethoden zu ermitteln, ob die Prüfungskandidatinnen bzw. -kandidaten nach Beendigung der Ausbildung die erforderlichen Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen zur Bewältigung der Aufgaben des psychotherapeutischen Kompetenzprofils und die für eine Berufsausübung der Psychotherapie erforderlichen Handlungskompetenzen erworben haben (Abs. 3).

Voraussetzung für das Antreten zur Psychotherapeutischen Approbationsprüfung ist gemäß Abs. 2 die erfolgreiche Absolvierung des dritten Ausbildungsabschnitts.

Die Psychotherapeutische Approbationsprüfung, ihr Ablauf, Zusammensetzung der Prüfungskommission (Abs. 4) sowie das Abhalten vor der jeweiligen Fachgesellschaft lehnt sich an das Vorbild der seit nunmehr zehn Jahren vorgesehenen Abschlussprüfung im Bereich der Gesundheitspsychologie bzw. Klinischen Psychologie gemäß § 12 Bundesgesetz über die Führung der Bezeichnung „Psychologin“ oder „Psychologe“ und über die Ausübung der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie (Psychologengesetz 2013), BGBl. I Nr. 182/2013 an.

Die bzw. der Vorsitzende ist von der bzw. dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister:in aus einem Kreis von zumindest 20 Berufsangehörigen, die auf die Dauer von fünf Jahren für den Vorsitz der Approbationsprüfungskommission bestellt wurden und zum Zeitpunkt ihrer Bestellung seit zumindest fünf Jahren in der Berufsliste eingetragen sind, auszuwählen (Z 1).

Die Beisitzer:innen sind aus dem Kreis aller Lehrenden der Fachgesellschaften so auszuwählen, dass nur ein:e Beisitzer:in jenem lehrenden oder organisatorischen Personal der Fachgesellschaft angehören kann, in welcher der bzw. die zu Prüfende die theoretische Ausbildung absolviert hat bzw. als Fachausbildungskandidat:in für den dritten Ausbildungsabschnitt aufgenommen ist (Z 2).

Die/Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister:in kann sich bei der Auswahl der Mitglieder der GÖG sowie des Psychotherapiebeirates bedienen (Z 3).

Die Psychotherapeutische Approbationsprüfung darf bei Nichtbestehen höchstens drei Mal wiederholt werden, wobei sie nach Möglichkeit öffentlich zugänglich zu sein hat (Abs. 5 und 6).

Über eine erfolgreich abgelegte Psychotherapeutische Approbationsprüfung ist gemäß Abs. 7 ein Zeugnis über die erfolgreiche Ablegung der Approbationsprüfung auszustellen. Die genauere Ausgestaltung dieses Abschlusszertifikates kann in der entsprechenden Verordnung festgelegt werden kann (§ 19 Abs. 3 Z 7).

Die Approbationsprüfung ist gemäß Abs. 8 bei jener Fachgesellschaft zu absolvieren, bei welcher die postgraduelle Ausbildung erfolgreich beendet wurde und welche die Prüfungskandidatinnen und -kandidaten zum Prüfungsantritt zugelassen haben.

Zu § 19:

§ 19 normiert eine Verordnungsermächtigung der für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin bzw. des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministers über nähere

Ausbildungsbestimmungen für den dritten Ausbildungsabschnitt und die Psychotherapeutische Approbationsprüfung (Abs. 1).

Abs. 2 listet nähere in einer Durchführungsverordnung zu regelnde Vorgaben für den dritten Ausbildungsabschnitt auf.

Abs. 3 listet nähere in einer Durchführungsverordnung zu regelnde Vorgaben für die Psychotherapeutische Approbationsprüfung auf.

In Abs. 4 werden die näher in einer Durchführungsverordnung zu regelnde Vorgaben für die Qualitätssicherung der Psychotherapeutischen Fachgesellschaften aufgelistet.

Abs. 5 listet nähere in einer Durchführungsverordnung zu regelnde Bestimmungen für die Qualitätssicherung der psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildung auf.

Abs. 6 listet nähere in einer Durchführungsverordnung zu regelnde Vorgaben für Psychotherapeutische Lehrpraxen auf.

Zu § 20:

Grundsätzlich wird darauf hingewiesen, dass alle Berufsangehörigen gemäß § 20 verpflichtet sind, sich bei Ausübung ihres Berufes laufend über den jeweiligen Stand der fachlichen und wissenschaftlichen Entwicklungen und Erkenntnisse zu informieren, diese zu vertiefen und danach zu handeln. Zusätzlich normiert § 11d KAKuG die Verpflichtung der Träger von Krankenanstalten, die regelmäßige Fortbildung des „in Betracht kommenden nichtärztlichen Personals“ sicherzustellen.

Fortbildung ist als selbstverständlicher Bestandteil psychotherapeutischer Berufsausübung zu sehen und definiert sich als eine Interaktion zwischen Berufsangehörigen als Lernende der sich ständig weiterentwickelnden wissenschaftlichen Erkenntnis, dem Berufs- und Praxisumfeld und ganz allgemein den Einflüssen der Gesundheitspolitik. Somit gehört diese zu den wesentlichen Berufspflichten, dass Berufsangehörige ihren Beruf nach bestem Wissen und Gewissen und unter Beachtung der neuesten Entwicklung der Erkenntnisse der Wissenschaft auszuüben haben. Fortbildung bedeutet, nach absolvierter Ausbildung und Eintragung in die Berufsliste die Berufsausübung nach bestem Wissen und Gewissen unter besonderer Beachtung der aktuellen Entwicklung der Erkenntnisse der Wissenschaft durch den regelmäßigen Besuch von in- oder auch ausländischen Fortbildungsveranstaltungen zu gewährleisten. Im Rahmen der wissenschaftlichen und fachgerechten Berufsausübung soll sich Fortbildung an dem orientieren, was in der Fachwelt in breiter Form durch Diskussionen auf Kongressen und Fachtagungen, durch Forschung, Ausbildung und Darstellung in Standardwerken, Fachzeitschriften etc. aufgegriffen worden ist. Angebote, die sich beispielsweise mit parapsychologischen Phänomenen, Reinkarnationserfahrungen, spirituellen Phänomenen (wie Kundaliniprozessen, Chakrenöffnungen oder Egotoderfahrungen), dämonischen Kräften, höhere Mächten oder göttlichen Grundwirklichkeiten beschäftigen oder „Meister“, „Schamanen“ bzw. „Gurus“ bemühen, können jedenfalls nicht als mit den Anforderungen als Fortbildung im Sinne dieses Bundesgesetzes in Einklang stehend angesehen werden. Es handelt sich bei derartigen Angeboten vielmehr um Inhalte, die in den „esoterischen“ bzw. spirituellen Bereich fallen. Derartige auf dem Markt angebotene sogenannte „Fortbildungen“ können auf eine psychotherapeutische Fortbildung nicht angerechnet werden (Abs. 1).

Psychotherapeutische Fortbildung setzt zunächst eine fachliche und formell ordnungsgemäß abgeschlossene Psychotherapieausbildung und Eintragung in die Berufsliste oder den erfolgreichen Abschluss des zweiten Ausbildungsabschnittes voraus (Abs. 2). In der Folge haben Berufsangehörige dafür zu sorgen, dass das hohe Niveau der erlernten Ausbildung beibehalten werden kann. Fortbildung in diesem Bereich bedeutet daher, dass in der jeweils erlernten psychotherapeutischen Methode bzw. methodenspezifischen Ausrichtung und auch darüber hinaus immer wieder eine theoretisch und praktisch orientierte Vertiefung zu erfolgen hat. Berufsbegleitende Fortbildung ist erforderlich, weil die Professionalisierung weiter fortschreitet und sich die Psychotherapie parallel zur Veränderung der gesellschaftlichen Lebensbedingungen weiterentwickelt, die Fortbildung soll in diesem Sinne der reflektierten Auseinandersetzung mit diesen Weiterentwicklungen im Sinne einer Qualitätssicherung dienen, weil Patientinnen bzw. Patienten das Recht auf psychotherapeutische Behandlung haben, die sich aktuell am neuesten Stand der Wissenschaft orientiert, weil Psychotherapie ein lebendiger Prozess der wissenschaftlichen Selbstevaluation ist und nicht zuletzt weil Berufsangehörige selbst sich persönlich verändern. Zur Sicherstellung einer hohen Qualität von angebotenen Fortbildungen sind nur jene als Fortbildungen im Sinne dieses Gesetzes anzusehen und können für die Erfüllung der Fortbildungspflicht (§ 41) herangezogen werden, welche von den Fachgesellschaften selbst veranstaltet oder durch eine psychotherapeutische Berufsvertretung in Österreich nach entsprechender Prüfung anerkannt wurden.

Als Anbieter von Fortbildungsveranstaltungen wären insbesondere vorgesehen:

1. die in Österreich anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungseinrichtungen;

2. die vom Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP) oder sonstigen Berufsverbänden mit einem Gütesiegel ausgezeichneten Fortbildungs- und Forschungseinrichtungen;
3. die Berufsverbände selbst;
4. andere Ausbildungsinstitutionen aus dem psychosozialen Bereich, die psychotherapierrelevante Inhalte anbieten;
5. einzelne nachweislich besonders qualifizierte Berufsangehörige, die über eine zumindest fünfjährige Berufserfahrung verfügen, oder Gruppierungen von Berufsangehörigen (die zB in entsprechenden Vereinen organisiert sind);
6. andere Fachleute, die psychotherapierrelevante und verfahrensrelevante Inhalte anbieten und dafür besonders qualifiziert sind;
7. entsprechende vergleichbare Einrichtungen im Ausland, sofern diese den obengenannten Kriterien entsprechen.

Fortbildung kann insbesondere in Form von Seminaren sowie Kleingruppen, die interaktives Lernen ermöglichen, Vorträgen (Fortbildung erfolgt vorwiegend durch die Vermittlung theoretischen Wissens), ergänzenden sonstigen Fortbildungsveranstaltungen wie zum Beispiel im Rahmen von Fallbesprechungen, Selbsterfahrung, Supervision und Intervision sowie durch Literaturstudium absolviert werden. Grundsätzlich soll Fortbildung über einen Zeitraum von fünf Jahren Veranstaltungen aus mehreren der beschriebenen Bereiche aufweisen.

Der vorgesehene Mindestinhalt einer Teilnahmebestätigung (Abs. 5) umfasst den Namen des Veranstalters, die Bezeichnung der Veranstaltung, den Namen der Teilnehmerin bzw. des Teilnehmers, das Veranstaltungsdatum, die Anzahl der Fortbildungseinheiten sowie die Unterschrift des Veranstalters und Stampiglie oder dessen qualifizierte elektronische Signatur.

Gemäß Abs. 4 können die psychotherapeutischen Berufsvertretungen, wie etwa der Österreichische Bundesverband für Psychotherapie, die Vereinigung österreichischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder eine andere bundesweit tätige Berufsvertretung der Psychotherapie, psychotherapeutische Fortbildungen mit Gütesiegeln auszeichnen. Die für diese Auszeichnung heranzuziehenden standardisierten Qualitätskriterien sind vom Gremium für Berufsangelegenheiten einheitlich festzulegen. Vergleichbar damit wären die Kriterien anhand denen derzeit vom ÖBVP eine Gesamtliste aller Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit nachgewiesener Weiterbildung in Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie geführt wird.

Zu § 21:

Weiterbildungen dienen der Erweiterung der in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen. Weiterbildungen haben einen Umfang von mindestens 10 ECTS-Anrechnungspunkten zu umfassen und einen wissenschaftlichen Kontext aufzuweisen. Angebote, die sich beispielsweise mit parapsychologischen Phänomenen, Reinkarnationserfahrungen, spirituellen Phänomenen (wie Kundaliniprozessen, Chakrenöffnungen oder Egotoderfahrungen), dämonischen Kräften, höheren Mächten oder göttlichen Grundwirklichkeiten beschäftigen oder „Meister“, „Schamanen“ bzw. „Gurus“ bemühen, können jedenfalls nicht als mit den Anforderungen als Weiterbildung im Sinne dieses Bundesgesetzes in Einklang stehend angesehen werden. Es handelt sich bei derartigen Angeboten vielmehr um Inhalte, die in den „esoterischen“ bzw. spirituellen Bereich fallen. Derartige auf dem Markt angebotene sogenannte „Weiterbildungen“ können auf eine psychotherapeutische Weiterbildung nicht angerechnet werden (Abs. 1).

Weiterbildung bedeutet die Erlernung und Ausformung spezifischer theoretischer und praktischer Kenntnisse, Fähigkeiten und Erfahrungen, die auf Grundlage eines nachvollziehbaren, definierten und fundierten Curriculums erfolgen und zur Erlangung einer besonderen Befähigung auf einem oder mehreren bestimmten Arbeitsbereichen führen. Darunter fallen vor allem zielgruppenspezifische Weiterbildungen, wie etwa für Kinder (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie), alte Menschen (Gerontopsychotherapie) oder forensische Psychotherapie, die Spezialisierung auf Arbeitsschwerpunkte, wie zum Beispiel auf Psychosomatik, Psychoonkologie, Suchterkrankungen, aber auch methodenerweiternde Techniken (Abs. 2).

Weiterbildung setzt ebenso wie die Fortbildung eine fachlich und formell ordnungsgemäß abgeschlossene Ausbildung und die daran anschließende Eintragung in die Berufsliste, mit der die Berechtigung zur selbständigen Berufsausübung erworben wird, oder den erfolgreichen Abschluss des zweiten Ausbildungsabschnittes voraus (Abs. 3). Sie beruht auf einem nachvollziehbaren, wissenschaftlich fundierten Curriculum. Zur Sicherstellung einer hohen Qualität von angebotenen Weiterbildungen sind

nur jene als Weiterbildungen im Sinne dieses Gesetzes anzusehen, welche durch eine psychotherapeutische Berufsvertretung in Österreich nach entsprechender Prüfung anerkannt wurde.

Als Anbieter von Weiterbildungsveranstaltungen gemäß Abs. 4 wären insbesondere wie folgt vorgesehen:

1. die in Österreich anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungseinrichtungen;
2. die vom Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP) oder sonstigen Berufsverbänden mit einem Gütesiegel ausgezeichneten Fortbildungs- und Forschungseinrichtungen;
3. der ÖBVP oder sonstige Berufsverbände selbst;
4. andere Institutionen aus dem psychosozialen Bereich, die psychotherapierrelevante Inhalte anbieten;
5. Gruppierungen von Berufsangehörigen (die zum Beispiel in entsprechenden Vereinen organisiert sind);
6. entsprechende vergleichbare Einrichtungen im Ausland, sofern diese den obengenannten Kriterien entsprechen.

Die Curricula von Weiterbildungsangeboten sollten zumindest nachstehend angeführte Inhalte umfassen und vorsehen:

1. Darlegung des spezifischen Schwerpunktes und Zieles der Weiterbildung;
2. Darstellung eines fundierten Curriculums mit einem Mindestumfang von 10-ECTS-Anrechnungspunkten, wobei Theorie, Praxis und Supervision in ausgewogenem Verhältnis und eine kontinuierliche Lernsituation anzubieten sind;
3. Angaben über die Qualifikation der Lehrpersonen, die in der Weiterbildung tätig sind, Informationen über ihre einschlägigen praktischen Erfahrungen im Gegenstandsbereich der Weiterbildung sowie Informationen über ihre Erfahrung in der Lehrtätigkeit;
4. Angaben über Publikationen und dokumentierten wissenschaftlichen Diskurs im Zusammenhang mit dem Gegenstand der Weiterbildung;
5. schriftliche Weiterbildungsvereinbarungen.

Für einzelne Weiterbildungen können dem Weiterbildungsziel entsprechend erhöhte oder genauer bezeichnete spezielle Inhalte und Stundenzahlen festgelegt werden.

Festzuhalten ist, dass sich Weiterbildungen insbesondere schon in rein quantitativer Art und Weise grundlegend von Ausbildungen unterscheiden. Weiterbildung erfordert eine entsprechende Struktur und kontinuierliche curriculare Ausrichtung, ist auf einen längeren Zeitraum ausgerichtet und dient dazu, eine Qualifikation für eine eigenständige selbstverantwortliche Berufstätigkeit für bestimmte Aufgabengebiete zu vermitteln und entsprechend auszuweisen. Letzteres wird dadurch erreicht, dass am Ende der erfolgten Weiterbildung ein Zeugnis über die erfolgreich absolvierte Weiterbildung vom Veranstalter ausgestellt wird. Dadurch ist nachgewiesen, auf einem oder mehreren bestimmten Fachgebieten besondere Kenntnisse erworben zu haben.

Gemäß Abs. 6 können die psychotherapeutischen Berufsvertretungen, wie etwa der Österreichische Bundesverband für Psychotherapie, die Vereinigung österreichischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder eine andere bundesweit tätige Berufsvertretung der Psychotherapie, psychotherapeutische Weiterbildungen mit Gütesiegeln auszeichnen. Die für die diese Auszeichnung heranzuziehenden standardisierten Qualitätskriterien sind vom Gremium für Berufsangelegenheiten einheitlich festzulegen. Vergleichbar damit wäre die derzeitige vom ÖBVP geführte Gesamtliste aller Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit nachgewiesener Weiterbildung in Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

Gemäß Abs. 7 berechtigt die Absolvierung einer Weiterbildung zur ergänzenden Anführung der Bezeichnung der Weiterbildung im beruflichen Verkehr ab Abschluss der Psychotherapieausbildung und Eintragung in die Berufsliste (vgl. hierzu auch § 8).

Zu § 22:

Z 1 normiert als Voraussetzung für die Berufsberechtigung die Handlungsfähigkeit in allen Belangen im Hinblick auf die Berufsausübung. § 24 Abs. 1 ABGB normiert als „Handlungsfähigkeit“ „die Fähigkeit einer Person, sich im jeweiligen rechtlichen Zusammenhang durch eigenes Handeln zu berechtigen und zu verpflichten. Soweit nichts anderes bestimmt ist, setzt sie Entscheidungsfähigkeit voraus; im jeweiligen Zusammenhang können noch weitere Erfordernisse vorgesehen sein.“

Durch das 2. Erwachsenenschutz-Gesetz, BGBl. I Nr. 59/2016, wurde für volljährige Personen, die auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer vergleichbaren Beeinträchtigung in ihrer

Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt sind, der Vorrang der Selbstbestimmung und der Nachrang der Stellvertretung normiert.

Folgende vier Arten der Vertretungen von vertretungsbedürftigen volljährigen Personen wurden geregelt:

1. Vorsorgevollmacht: Wirkung bei Eintritt des Vorsorgefalls, Erneuerung nach drei Jahren
2. Gewählte Erwachsenenvertretung: vom/von der Vertretenen selbst bestimmt, auf unbestimmte Zeit
3. Gesetzliche Erwachsenenvertretung: nächste Angehörige, Erneuerung nach drei Jahren
4. Gerichtliche Erwachsenenvertretung: ehemals „Sachwalterschaft“, ultima ratio, sachlich beschränkt auf einzelne Angelegenheiten bzw. „Arten“ von Angelegenheiten, die „gegenwärtig zu besorgen“ sind und „bestimmt bezeichnet“ werden.

Bezogen auf Berufsausübungsvoraussetzung der Psychotherapie und damit die Eintragung in die Berufsliste ist die Handlungsfähigkeit in allen Belangen im Hinblick auf die Berufsausübung wie folgt zu verstehen: Bei der erforderlichen Handlungsfähigkeit ist auf die Erfordernisse der Berufsausübung des psychotherapeutischen Berufs abzustellen und unterliegt damit einer Einzelfallbetrachtung, insbesondere inwieweit das Vorliegen einer Erwachsenenvertretung im konkreten Fall der Wahrnehmung der Berufspflichten des psychotherapeutischen Berufs entgegensteht; dabei wird auf die Besonderheiten dieses Berufs, insbesondere im Hinblick auf den Grad der Autonomie der Berufsausübung und die Berechtigung zum Abschluss von Behandlungs- bzw. Betreuungsverträgen mit Patientinnen bzw. Patienten Bedacht zu nehmen sein.

Auf die ausdrückliche Normierung der „Volljährigkeit“ kann verzichtet werden, da diese bei akademischen Berufen auf Grund der geforderten Qualifikation ohnedies gegeben ist.

Im Rahmen des Bundes-Behindertengleichstellungs-Begleitgesetzes, BGBl I Nr. 90/2006, wurden die zuvor in den Berufsgesetzen der Gesundheitsberufe enthaltenen und behinderte Menschen benachteiligenden Begriffe „körperliche“ bzw. „körperliche und geistige Eignung“ durch den Begriff „gesundheitliche Eignung“ (Z 2 lit. a) ersetzt. Unter gesundheitlicher Eignung im Sinne der Z 2 lit. a ist grundsätzlich die physische Fähigkeit, die Psychotherapie entsprechend den beruflichen Anforderungen fachgerecht auszuüben, sowie neben der entsprechenden Intelligenz und psychischen Stabilität auch die Fähigkeit, entsprechende Strategien zur persönlichen Bewältigung der psychischen Anforderungen des Berufs zu entwickeln und Sorge für die eigene Psychohygiene tragen zu können, zu verstehen. Die gesundheitliche Eignung für die Ausübung der Psychotherapie ist insbesondere bei schweren körperlichen Gebrechen, die eine ordnungsgemäße Verrichtung der berufsspezifischen Tätigkeiten verhindern, sowie bei psychischen Störungen, wie Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit, Neurosen, Psychopathien, Psychosen, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen, und bei Fehlen der Entscheidungsfähigkeit nicht gegeben. Die gesundheitliche Eignung ist im Rahmen der Eintragung in die Berufsliste nachzuweisen.

Unter Zugrundelegung der Judikatur des VwGH (16.10.2002, 99/03/0147; 18.07.2002, 99/09/0107; 04.04.2001, 2001/09/0040; 27.09.2007, 2006/11/0230; 20.04.2010, 2010/11/0047; 24.07.2013, 2010/11/0075, 19.12.2018, Ra 2018/03/0122) ergeben sich – ausgehend davon, dass eine Person dann vertrauenswürdig (Z 2 lit. b) ist, wenn sie nach ihrer gesamten Geisteshaltung und Sinnesart ein Persönlichkeitsbild vermittelt, das bei Berücksichtigung aller für das Gemeinschaftsleben belangreichen Richtungen ein in sie gesetztes Vertrauen zu rechtfertigen vermag – folgende wesentliche Merkmale der erforderlichen Vertrauenswürdigkeit: Die bzw. der Berufsangehörige muss auch für die Zukunft Gewähr für die Erfüllung der bestehenden besonderen Anforderungen an die Ausübung des Berufes bieten können. Für die Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit ist das Gesamtverhalten der bzw. des Berufsangehörigen daraufhin zu prüfen, ob es geeignet ist, Vertrauen in die Berufsausübung zu wecken, bzw. ob die bzw. der Betreffende bei der Erfüllung der Berufspflichten als verlässlich angesehen werden kann. Entscheidend ist, ob das bisherige Verhalten auf ein Persönlichkeitsbild schließen lässt, das mit jenen Interessen in Einklang steht, deren Wahrung der zuständigen Behörde obliegt. In diesem Kontext ist auch das Vertrauen der Allgemeinheit zu einer bzw. einem Berufsangehörigen zu berücksichtigen und der entscheidende Gesichtspunkt hierbei ist, dass sich die Behörde auf die Vertrauenswürdigkeit einer bzw. eines Berufsangehörigen bei der Berufsausübung verlassen können muss, weil eine lückenlose Kontrolle nicht möglich ist. Es darf nicht der leiseste Zweifel an der Gesetzestreue, Korrektheit, Sorgfalt, Charakterstärke einer bzw. eines Berufsangehörigen sowie an ihrem bzw. seinem Pflichtbewusstsein bestehen. Nicht vertrauenswürdig ist zudem üblicherweise, gegen wen bestimmte strafrechtliche Verurteilungen vorliegen oder wenn nach der Eigenart der strafbaren Handlung und nach der Persönlichkeit der bzw. des Verurteilten die Begehung der gleichen oder einer ähnlichen strafbaren Handlung bei der Berufsausübung zu befürchten ist. Bei der Prüfung der Vertrauenswürdigkeit kommt es darauf an, ob das Verhalten der bzw. des Verurteilten geeignet ist, das Vertrauen im Rahmen der

Berufsausübung zu erschüttern bzw. in Frage zu stellen. Nach Auffassung des VwGH ist es unmaßgeblich, in welchen Bereichen die Ursachen für den Verlust der Vertrauenswürdigkeit liegen, weil es nur darauf ankommt, ob das erforderliche Maß an Vertrauenswürdigkeit der bzw. des Berufsangehörigen noch vorliegt oder nicht. Es muss kein unmittelbarer Zusammenhang zwischen einem Fehlverhalten und der beruflichen Tätigkeit der bzw. des Betroffenen bestehen, um den Wegfall der Vertrauenswürdigkeit annehmen zu können (vgl. VwGH 27.09.2007, 2006/11/0230 mit Verweis auf seine Erkenntnisse vom 05.11.1986, 86/11/0066 und vom 28.09.1993, 93/11/0101 und vom 23.05.1984 VwSlg 11450/A, VwGH vom 28.02.2020, Ra 2020/03/0012, in Zusammenhang mit VwGH 02.09.2019, Ra 2019/03/0105, sowie das Erkenntnis des VfGH vom 28.11.2006, B 1009/006).

Ergänzend wird auf die Erläuterungen zu § 54 verwiesen.

Im Zusammenhang mit der Berufsberechtigung in der Psychotherapie wird in Z 3 klargestellt, dass hierfür ein Qualifikationsnachweis gemäß §§ 26 und 27 Voraussetzung ist. Als Qualifikationsnachweis gilt entweder ein Abschlusszertifikat über eine mit Erfolg abgeschlossene Psychotherapeutische Approbationsprüfung oder ein anerkannter Qualifikationsnachweis aus EU, EWR oder Schweiz. Hierzu wird auf die Erläuterungen zu den §§ 26 und 27 verwiesen.

Z 4 legt als eine weitere Voraussetzung für die selbständige Berufsausübung der Psychotherapie die für die Berufsausübung der Psychotherapie erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache fest. Die Ausübung der Psychotherapie ist essentiell an die sprachliche Kommunikation mit den Patientinnen bzw. Patienten sowie sämtlichen in Betracht kommenden Berufsangehörigen gebunden. Die Beherrschung der deutschen Sprache ist daher für die Berufsausübung unabdingbar. Die Europäische Union sieht eine ausreichende Beherrschung der Sprache des jeweiligen Gastlandes – je nach Art der betreffenden Tätigkeit – als Standespflicht an. Es ist darauf hinzuweisen, dass es einerseits der bzw. dem Dienstgeber:in obliegt festzustellen, ob die bzw. der Bewerber:in über die entsprechenden Sprachkenntnisse verfügt, und es andererseits in die Eigenverantwortlichkeit jeder bzw. jedes Berufsangehörigen fällt, sich die nötigen Sprachkenntnisse anzueignen. Entsprechend Erwägungsgrund 26 legt der durch die Richtlinie 2013/55/EU neu gefasste Art. 53 fest, dass Berufsangehörige, deren Berufsqualifikation anerkannt wird, über die Sprachkenntnisse verfügen, die für die Ausübung ihrer Berufstätigkeit im Aufnahmemitgliedstaat erforderlich sind. Wenn der auszuübende Beruf Auswirkungen auf die Patientinnen- bzw. Patientensicherheit hat, kann die Einhaltung dieser Verpflichtung von der zuständigen Behörde oder unter deren Aufsicht überprüft werden, wobei dies in angemessenem Verhältnis zur auszuübenden Tätigkeit stehen und dem betroffenen Berufsangehörigen dagegen ein Rechtsbehelf nach nationalem Recht offenstehen muss. Art. 53 stellt ausdrücklich klar, dass die Überprüfung der Sprachkenntnisse erst nach der Anerkennung der Berufsqualifikation vorgenommen werden darf. Die Überprüfung der Sprachkenntnisse hat jedenfalls für jene Gesundheitsberufe, für die eine Berufsliste mit konstitutiver Wirkung eingerichtet ist, im Rahmen der Eintragung in die Liste durch die listenführende Behörde zu erfolgen. Bei Versagung der Eintragung wegen nicht ausreichender Sprachkenntnisse stehen den Berufsangehörigen die verwaltungsrechtlichen Rechtsbehelfe offen.

Z 6 normiert zudem die Eintragung in die Berufsliste als unabdingbare Voraussetzung für die Berufsberechtigung. Eine Berufsausübung ist erst mit Eintragung in der Berufsliste zulässig und nicht bereits mit Bestehen der Psychotherapeutischen Approbationsprüfung. Allfällige Zweifel an der Handlungsfähigkeit (Z 1) können sich im Rahmen der Eintragung in die Berufsliste einerseits aus dem zum Nachweis der gesundheitlichen Eignung vorzulegenden ärztlichen Zeugnis ergeben, sofern und soweit dieses auf einer geistigen Behinderung oder einer psychischen Krankheit hindeutet, und andererseits aus der Vertretung durch eine Erwachsenenvertretung. Bei Zweifeln über die erforderliche Handlungsfähigkeit der Antragstellerin bzw. des Antragstellers wäre von Amts wegen eine tiefgehende Überprüfung einzuleiten, wobei in diesen Fällen zumeist auch die Voraussetzung der gesundheitlichen Eignung zu überprüfen sein wird.

Abs. 2 legt die Gebiete fest, die im Rahmen einer Psychotherapie-Ausbildung notwendigerweise enthalten sein müssen, um in Österreich als Psychotherapeut:in eingetragen werden zu können und die entsprechende Berufsberechtigung zu erhalten. Diese umfassen psychotherapeutische Diagnostik, psychotherapeutische Methodik, psychotherapeutische Technik, psychotherapeutische Begutachtung, ethische und rechtliche Rahmenbedingungen in der Psychotherapie, psychotherapeutische Selbsterfahrung, psychotherapeutische Supervision sowie psychotherapierelevante praktische Tätigkeiten.

Vorbilder in der Rechtsordnung für Abs. 2-6 sind etwa § 6a Notariatsordnung – NO, RGBl. Nr. 75/1871, und § 3 Rechtsanwaltsordnung – RAO, RGBl. Nr. 96/1868 sowie § 7 Psychologengesetz 2013, BGBl. I Nr. 182/2013, und § 10 Musiktherapiegesetz – MuthG, BGBl. I Nr. 93/2008.

Die einheitliche Kompetenzstruktur im ersten Ausbildungsabschnitt umfasst fachlich-methodische Kenntnisse, berufsethische Kenntnisse, wissenschaftliche Kenntnisse und Kompetenzen sowie

sozialkommunikative und selbstreflexive Kompetenzen. Die einheitliche Kompetenzstruktur im zweiten und dritten Ausbildungsabschnitt umfasst fachlich-methodische Kenntnisse, berufsethische und berufsrechtliche Kenntnisse, wissenschaftliche Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen sowie sozialkommunikative und selbstreflexive Kompetenzen.

Zu § 23:

Mit Stichtag 18. März 2024 sind 11 930 Personen in die Psychotherapeutenliste als berufsausübend eingetragen, davon 8 859 Frauen (74 %), 3 071 Männer (26 %). Die Psychotherapeutenliste soll nunmehr mit geänderter Bezeichnung und aufgrund einer anderen Rechtsgrundlage weitergeführt werden. Eine eigene Bestimmung dafür war nicht erforderlich, hier darf auf dieselbe Vorgehensweise bei der Erlassung des Psychologengesetzes 2013 sowie des Ärztegesetzes 1998 verwiesen werden.

Die Berufsliste ist das zentrale und öffentlichkeitswirksame Instrument zur Information über jene Personen, die in Österreich zur berufsmäßigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt sind. Hilfesuchenden sollen schnell und zuverlässig die wesentlichen Daten über die Erreichbarkeit der Berufsangehörigen zur Verfügung stehen. Die Listenführung durch die bzw. den für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister:in die bzw. der sich dabei auch einer bzw. eines Dritten bedienen kann, hat elektronisch zu erfolgen und die öffentlichen Daten sind in geeigneter Weise im Internet allgemein zugänglich zu machen (Abs. 1). Zur Unterstützung im Zusammenhang mit der Führung der Berufsliste kann sich die für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin bzw. der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister, welche als datenschutzrechtliche Verantwortliche bzw. welcher als datenschutzrechtlicher Verantwortlicher agiert, der Gesundheit Österreich GmbH, als Auftragsverarbeiter:in, bedienen.

Es ist beabsichtigt, zur Erreichung eines Gleichlaufes mit den anderen gesetzlich normierten Gesundheitsberufen, als nächsten dringend gebotenen Schritt eine Überführung der Listenführung an die das Gesundheitsberuferegister führende Institution bzw. Behörde vorzusehen. Dies wäre in einer entsprechenden Novelle des Gesundheitsberuferegister-Gesetzes – GBRG, BGBl. I Nr. 87/2016, neben den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch für die Liste der Gesundheitspsychologinnen und Gesundheitspsychologen, der Liste der Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen sowie die MusiktherapeutInnenliste vorzusehen.

Abs. 2 führt abschließend die zwingend oder fakultativ (jeweils im entsprechenden Klammerausdruck vermerkt) in der Berufsliste aufzunehmenden Daten an. Neu ist der explizite Ausweis der Barrierefreiheit der psychotherapeutischen Praxis bzw. Ordination.

Abs. 2 enthält somit eine Auflistung der für die Führung einer Berufsliste erforderlichen Daten, wobei entsprechend anderen Berufsregistern bzw. Berufslisten für Gesundheitsberufe ein Teil dieser Daten öffentlich ist (Abs. 3). Darüber hinaus können Berufsangehörige nunmehr freiwillig zusätzliche Informationen über Fremdsprachenkenntnisse oder ihre Website eintragen lassen, um Patientinnen und Patienten als auch Behörden oder Gesundheitseinrichtungen als potentielle Dienstgeber:innen bzw. Kooperationspartner entsprechend zu informieren.

Die in der Berufsliste angeführten Daten gemäß Z 1 bis 4 mit Ausnahme des Geburtsnamens, sowie Z 10 und Z 12 bis 14 sind im Internet nach Möglichkeit barrierefrei, allgemein zugänglich. Dies ermöglicht hilfesuchenden Patientinnen und Patienten auf einem Blick zu erkennen, ob Berufsangehörige in Österreich rechtmäßig Psychotherapie anbieten.

Die Eintragsnummer ist als eindeutiger Identifikator in der Liste erforderlich. Das Eintragsdatum dient Patientinnen und Patienten als Entscheidungshilfe, wenn Sie auf der Suche nach erfahrenen Berufsangehörigen sind, um zu erkennen wie lang Berufsangehörige bereits tätig sind.

Vor- und Familienname sind erforderlich damit Patientinnen und Patienten in der Liste Nachschau halten können, ob eine Person in Österreich rechtmäßig Psychotherapie anbietet. Gemäß Z 3 ist die Erhebung des Geburtsnamens erforderlich, damit die Behörde aus den Beilagen zum gestellten Antrag erkennen kann, dass es sich trotz geänderten Familiennamens, vor allem in Zusammenhang mit der Verehelichung, um die idente Person handelt. Akademische Grade, verliehene Titel sowie ausländische Titel sollen Patientinnen und Patienten die Möglichkeit bieten, den Ausbildungsgrad der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu erkennen.

Das Geschlecht ist im Zusammenhang mit Genderthemen, wie beispielsweise in der Ersttherapie von sexualisierter Gewalt Betroffener wesentlich, denn es kann nötig sein, auf Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten des anderen Geschlechts zu verweisen, wenn die Genderzusammensetzung ein fruchtbares Bearbeiten nicht ausreichend zulässt. Opferschutz-Expertinnen und -Experten empfehlen hier Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten, die nicht dem Täterinnen- bzw. Tätergeschlecht

entsprechen. Dasselbe gilt etwa auch bei Essstörungen oder der Arbeit mit Gewalttätern und deshalb es ist wichtig das Geschlecht in der Berufsliste zu erheben.

Die Angabe der Staatsangehörigkeit (Z 6) ist im Hinblick auf eine zukünftige grenzüberschreitende Kommunikation erforderlich. Der Hauptwohnsitz bzw. gewöhnliche Aufenthalt und das Geburtsdatum sind erforderlich um die Berufsangehörige im Falle einer Namensgleichheit eindeutig zuordnen zu können. Eine Zustelladresse ist erforderlich um behördliche Schreiben, insbesondere nachweislich mittels Rsb- und Rsa-Sendung zustellen zu können.

Die Berufsbezeichnung samt Zusatzbezeichnung und erlernter psychotherapeutischer Methode soll Patientinnen und Patienten die Möglichkeit bieten, sich eine bestimmte präferierte Methode oder Spezialisierung auszusuchen.

Der Hinweis auf Berufsausübung in Fremdsprachen dient mehrsprachigen bzw. fremdsprachigen Patientinnen und Patienten zu erkennen, in welcher Sprache Berufsangehörige während der Psychotherapie mit Ihnen kommunizieren können, damit Sie sich Berufsangehörige, die Ihre präferierte Sprache beherrschen, aussuchen können. Die Angabe von Berufssitz bzw. Berufssitzen oder Arbeitsort bzw. Arbeitsorten sind erforderlich damit Patientinnen und Patienten mit Berufsangehörigen in Kontakt treten können.

Der Beginn der Berufsausübung sowie Hinweise auf Beendigung der Berufstätigkeit, Ruhen der Berufsberechtigung und Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit dienen einerseits Patientinnen und Patienten um zu erkennen, ob Berufsangehörige mit der Ausübung des Berufes begonnen haben bzw. ob diese nach wie vor tätig sind, und andererseits der Behörde, da bei Berufsausübung ein Nachweis über den Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung durch Berufsberechtigte zu erbringen ist.

Weiters wird das bereichsspezifische Personenkennzeichen erfasst, dass aus der Stammzahl der betroffenen natürlichen Person für den spezifischen Verfahrensbereich der Behörde zugeteilt wird (Z 15). Die Zuweisung dieses bereichsspezifischen Personenkennzeichens erfolgt nach der Überprüfung der elektronischen Signatur automatisch und an das BMI übermittelt, das ein Ergänzungsregister führt. Die Behörde verfügt lediglich über das für ihren Tätigkeitsbereich relevante bereichsspezifische Personenkennzeichen der betroffenen Person. Vom bereichsspezifischen Personenkennzeichen kann aus Datenschutzgründen nicht mehr auf die Stammzahl zurückgerechnet werden, da ein umkehrbares kryptografisches Verfahren angewendet wird.

Die Berufsliste ist im Sinne der Transparenz und der Qualitätssicherung öffentlich zugänglich (Abs. 3).

Im psychotherapeutischen Prozess bilden sich Genderthemen vor allem durch Besonderheiten im Erleben, in den unterschiedlichen Möglichkeiten und Beschränkungen ab. In besonderen Fällen, etwa in der Ersttherapie von sexualisierter Gewalt Betroffener, kann es nötig sein, auf Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten des anderen Geschlechts zu verweisen, wenn die Genderzusammensetzung ein fruchtbares Bearbeiten nicht ausreichend zulässt. Opferschutz-Expertinnen und -Experten empfehlen hier Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten, die nicht dem Täterinnen- bzw. Tätergeschlecht entsprechen. Dasselbe gilt etwa auch bei Essstörungen oder der Arbeit mit Gewalttätern (vgl. Psychotherapie | Gender als maßgebliche Perspektive in der Psychotherapie | springermedizin.de).

Aus den oben erwähnten Gründen scheint es daher wichtig, bei gendersensiblen Themen in der Psychotherapie das Geschlecht in der Berufsliste öffentlich auszuweisen.

Analog zu vergleichbaren Berufslisten, wie die Liste der Gesundheitspsychologinnen und Gesundheitspsychologen, die Liste der Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen oder die Musiktherapeutenliste, können auch weitere fakultative aufgenommen werden. Mit dieser Möglichkeit soll dem wachsenden Informationsbedürfnis der Patientinnen bzw. Patienten 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 und im Psychologengesetz 2013 bewährt (Abs. 4).

Art. 56 der Richtlinie 2005/36/EG, in der Fassung der Richtlinie 2013/55/EU, sieht für die Verwaltungszusammenarbeit neben der bisherigen allgemeinen Verpflichtung zur Zusammenarbeit mit der Amtshilfe für die Behörden der anderen Mitgliedstaaten für die gegenseitige Erteilung und Einholung von Auskünften betreffend Berufsangehörige, die im Rahmen der Richtlinie in einem anderen Mitgliedstaat ihre Berufsqualifikation anerkennen lassen bzw. vorübergehend Dienstleistungen erbringen wollen, verpflichtend die Anwendung des elektronischen Binnenmarktinformationssystems IMI vor. Es ist daher, insbesondere aus datenschutzrechtlichen Gründen, in Abs. 5 eine diesbezügliche Rechtsgrundlage für die zuständigen Behörden zu schaffen.

In Abs. 6 wird ausdrücklich normiert, dass die Daten gemäß Abs. 2 bis zum Ablauf von zehn Jahren nach einer Streichung aus der Berufsliste oder nach dem Tod der bzw. des Berufsangehörigen aufzubewahren und danach unwiederbringlich zu löschen sind. Eine nachweisliche Löschung wäre etwa die Durchführung derselben vor Zeuginnen und Zeugen, ohne, dass diese einen Einblick in die zu löschenden Daten erhalten. Dies ist unter anderem aus Gründen des Patientinnen- und Patientenschutzes und auch im Hinblick auf die gleichlaufende Frist für die Aufbewahrung der Dokumentation, etwa in Schadensersatzfällen, erforderlich.

Abs. 7 führt die nunmehr ebenso von dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zu führenden zentralen und bundesweit einheitlichen Listung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Fachausbildung unter Lehrsupervision ein (Abs. 8). Dies ermöglicht hilfesuchenden Patientinnen und Patienten auf einem Blick zu erkennen, ob eine Person in Österreich rechtmäßig Psychotherapie anbietet und ist mit dem Zugriff auf eine öffentliche Liste der Ausbildungsstand ersichtlich. Für den Fall, dass es zu Beschwerden gegen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Fachausbildung unter Lehrsupervision kommen soll, wird die jeweils zuständige Fachgesellschaft als Ausbildungsträgerin genannt.

Die Eintragungsnummer ist als eindeutiger Identifikator in der Liste erforderlich. Das Eintragsdatum dient Patientinnen und Patienten als Entscheidungshilfe um zu erkennen wie lang die Personen, welche sich in psychotherapeutischer Fachausbildung unter Lehrsupervision befinden, bereits tätig sind.

Vor- und Familienname sind erforderlich damit Patientinnen und Patienten in der Liste Nachschau halten können, ob sich die gesuchten Personen in psychotherapeutischer Fachausbildung unter Lehrsupervision befinden.

Gemäß Z 3 ist die Erhebung des Geburtsnamens erforderlich, damit die Behörde aus den Beilagen zum gestellten Antrag erkennen kann, dass es sich trotz geänderten Familiennamens, vor allem in Zusammenhang mit der Verheiratung, um die idente Person handelt.

Das Geschlecht ist im Zusammenhang mit Genderthemen, wie beispielsweise in der Ersttherapie von sexualisierter Gewalt Betroffener wesentlich, da es insbesondere in diesen Fällen erforderlich sein kann, auf Personen, die sich in psychotherapeutischer Fachausbildung unter Lehrsupervision befinden, des anderen Geschlechts zu verweisen, wenn die Genderzusammensetzung ein fruchtbares Bearbeiten nicht ausreichend zulässt. Opferschutz-Expertinnen und -Experten empfehlen hier Personen, die sich in psychotherapeutischer Fachausbildung unter Lehrsupervision befinden, die nicht dem Täterinnen- bzw. Tätergeschlecht entsprechen. Dasselbe gilt etwa auch bei Essstörungen oder der Arbeit mit Gewalttätern und deshalb es ist wichtig das Geschlecht in der Berufsliste zu erheben.

Der Hauptwohnsitz bzw. gewöhnliche Aufenthalt und das Geburtsdatum sind erforderlich um die Person im Falle einer Namensgleichheit eindeutig zuordnen zu können. Eine Zustelladresse ist erforderlich um behördliche Schreiben, insbesondere mittels RSA und RSB zustellen zu können. Die E-Mail-Adresse ist erforderlich damit Patientinnen und Patienten mit Personen, welche sich in psychotherapeutischer Fachausbildung unter Lehrsupervision befinden, in Kontakt treten können.

Die Bezeichnung der Ausbildungseinrichtung (Fachgesellschaft) ist einerseits für Patientinnen und Patienten und andererseits für die Behörde erforderlich damit erkennbar ist, wo Personen, welche sich in psychotherapeutischer Fachausbildung unter Lehrsupervision befinden, der Ausbildung nachgehen.

Hinweise auf die Unterbrechung der Ausbildung dienen einerseits Patientinnen und Patienten um zu erkennen, ob Personen, welche sich in psychotherapeutischer Fachausbildung unter Lehrsupervision befinden, noch der begonnenen Ausbildung nachgehen.

Weiters wird das bereichsspezifische Personenkennzeichen erfasst, dass aus der Stammzahl der betroffenen natürlichen Person für den spezifischen Verfahrensbereich der Behörde zugeteilt wird (Z 11). Die Zuweisung dieses bereichsspezifischen Personenkennzeichens erfolgt nach der Überprüfung der elektronischen Signatur automatisch und an das BMI übermittelt, das ein Ergänzungsregister führt. Die Behörde verfügt lediglich über das für ihren Tätigkeitsbereich relevante bereichsspezifische Personenkennzeichen der betroffenen Person. Vom bereichsspezifischen Personenkennzeichen kann aus Datenschutzgründen nicht mehr auf die Stammzahl zurückgerechnet werden, da ein umkehrbares kryptografisches Verfahren angewendet wird.

Abs. 9 führt die Daten an, die betreffend Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Fachausbildung unter Lehrsupervision zu erfassen und öffentlich in geeigneter und möglichst barrierefreier Weise im Internet allgemein zugänglich zu machen sind. Damit wird einem langjährigen Wunsch insbesondere des ÖBVP nach publizitätswirksamer Listung dieser Personen, aufgrund des Arbeitens mit Patientinnen und Patienten im Rahmen der Fachausbildung, gerecht.

Das Geschlecht ist im Hinblick auf gendersensible Themen in der Berufsliste öffentlich auszuweisen.

Die Aufbewahrungsfrist der die Personen, die sich in psychotherapeutischer Fachausbildung unter Lehrsupervision befinden (§ 17), betreffenden Daten wird in Abs. 10 festgelegt. Die Aufbewahrung der Daten für einen Zeitraum von zehn Jahren nach Beendigung oder Abbruch der psychotherapeutischen Fachausbildung ist zur Nachvollziehbarkeit von beendeten bzw. abgebrochenen Ausbildungsverhältnissen insbesondere bei erneutem Ausbildungsbeginn erforderlich.

In Abs. 11 werden die für die im Zusammenhang mit der Listenführung stehenden Verarbeitung von Daten vorzusehenden Datensicherungsmaßnahmen, angelehnt an § 25 Abs. 10 Arbeitsmarktservicegesetz, BGBl. Nr. 313/1994, aufgezählt.

Zu § 24:

§ 24 regelt den Antrag zur Eintragung in die Berufsliste und folgt hierbei im Wesentlichen den bestehenden Regelungen der Gesundheitsberufe, insbesondere der Gesundheitspsychologie und Klinischen Psychologie.

Abs. 1 normiert die Verpflichtung von Personen, die die selbständige Berufsausübung der Psychotherapie beabsichtigen, vor Aufnahme der selbständigen Berufsausübung die Eintragung in die Berufsliste zu beantragen. Im Zuge dessen sind die Nachweise gemäß § 22 Z 1 bis 5 vorzulegen. Hierfür ist von der Behörde ein Formular aufzulegen.

Zu Abs. 2 ist ergänzend darauf hinzuweisen, dass im Sinne der Berufsausübung entsprechend dem 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 in physischer Hinsicht wird in Abs. 3 auf ein allgemeinärztliches und in psychischer Hinsicht auf ein psychiatrisch-fachärztliches, klinisch-psychologisches oder psychotherapeutisches Zeugnis abgestellt.

Gemäß Abs. 4 ist zum Nachweis der Vertrauenswürdigkeit eine Strafregisterbescheinigung gemäß § 10 Abs. 1 Strafregistergesetz 1968 oder ein vergleichbarer Nachweis jenes Staates oder jener Staaten, in dem bzw. in denen sich die bzw. der Berufsangehörige in den letzten fünf Jahren jeweils mehr als sechs Monate aufgehalten hat, vorzulegen. Die Nachweise dürfen zum Zeitpunkt des Antrags nicht älter als drei Monate sein. Diese Nachweise sollen belegen, dass die bzw. der Berufsangehörige zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Eintragung in die Berufsliste die für die Ausübung des Berufs erforderliche Vertrauenswürdigkeit aufweist. Die Nachweise aus dem Strafregister müssen sich daher über jene Länder erstrecken, in denen die bzw. der Berufsangehörige in den letzten fünf Jahren mindestens sechs Monate aufhältig war.

Hierzu wird erläutert wie folgt:

Bei Strafregisternachweisen aus Österreich ist im Rahmen des Eintragungsverfahrens ausschließlich die „allgemeine“ Strafregisterbescheinigung (§ 10 Abs. 1 Strafregistergesetz 1968) vorzulegen und nicht die Speziellen Strafregisterbescheinigungen „Kinder- und Jugendfürsorge“ (§ 10 Abs. 1a) bzw. „Pflege und Betreuung“ (§ 10 Abs. 1c). Für Staatsangehörige einer Vertragspartei des Europäischen Übereinkommens über die Rechtshilfe in Strafsachen beinhaltet das Strafregister des Staatbürgerschaftsstaates Nachweise über deren Straftaten in allen Vertragsstaaten. Staatsangehörige eines anderen EU-Mitgliedstaates können bei Beantragung einer „Strafregisterbescheinigung“ in Österreich um Einholung entsprechender Informationen aus dem Strafregister ihres Staatsbürgerschaftsstaates und Ausstellung durch das Strafregisteramt der Landespolizeidirektion Wien ansuchen (Europäisches Strafregisterinformationssystem – ECRIS). Hat sich die bzw. der Berufsangehörige in den letzten fünf Jahren mindestens sechs Monate in einem Land, das nicht Vertragspartei des Europäischen Übereinkommens ist, aufgehalten, ist eine Strafregisterbescheinigung auch aus diesem Land vorzulegen. Die Strafregisterbescheinigung muss sich auf den gesamten Ausstellungsstaat erstrecken, sodass diese durch die Polizei oder das Justizministerium ausgestellt sein sollte. Eine Bescheinigung durch eine Regionalbehörde reicht in der Regel nicht aus. Sollte die Ausstellung einer Strafregisterbescheinigung in einem Staat nicht vorgesehen sein, hat die bzw. der Berufsangehörige hierüber eine Bestätigung der ausländischen Behörde vorzulegen. In Fällen, in denen die Vorlage einer Strafregisterbescheinigung faktisch unmöglich bzw. im Hinblick auf den Aufwand und das Risiko unverhältnismäßig und damit unzumutbar wäre, können die Registrierungsbehörden im Rahmen ihres Ermessens entscheiden.

Für folgende beispielhaft angeführte Fallkonstellationen wird folgende mögliche Vorgangsweise vorgeschlagen: Bei Berufsangehörigen, denen der Status als Asylberechtigte bzw. subsidiär Schutzberechtigte zuerkannt wurde, ist naturgemäß davon auszugehen, dass sie auf Grund des im Rahmen des Asylverfahrens festgestellten aktuellen Verfolgungsgrundes eine Strafregisterbescheinigung aus diesen Herkunftsländern nicht vorlegen können. Die Unmöglichkeit der Vorlage einer

Strafregisterbescheinigung oder entsprechender anderer Dokumente aus dem Herkunftsstaat kann in diesen Fällen insbesondere durch den rechtskräftigen Asylbescheid bzw. Bescheid über den subsidiären Schutz oder den Fremdenpass nachgewiesen werden. Für Berufsangehörige, die in den letzten Jahren im Ausland im Rahmen von Hilfsorganisationen, wie zB Ärzte ohne Grenzen, tätig waren, kann die Vorlage der Strafregisterbescheinigung aus diesen Aufenthaltsländern, insbesondere wenn es sich um Kriegs- oder Krisengebiete handelt, schwierig bzw. unmöglich sein. In diesen Fällen sollte jedenfalls eine Bestätigung der anerkannten Hilfsorganisation über Ort, Art und Dauer der Tätigkeit vorgelegt werden, die allenfalls ein Absehen von der Vorlage der Strafregisterbescheinigung aus dem betroffenen Land bzw. den betroffenen Ländern rechtfertigen könnte. In Fällen, in denen das Herkunftsland für die Ausstellung einer Strafregisterbescheinigung die persönliche Antragstellung verlangt und somit die Anreise und der Aufenthalt für die Dauer des Verfahrens erforderlich wären, könnte die Vorlage einer Strafregisterbescheinigung insbesondere in Ländern auf anderen Kontinenten unverhältnismäßig und damit unzumutbar sein. In diesen Fällen wäre jedenfalls eine entsprechende Bestätigung der zuständigen Behörde des betroffenen Landes über die Anforderungen an die Ausstellung der Strafregisterbescheinigung vorzulegen, um die Unzumutbarkeit beurteilen zu können. Bei Drittländern, bei denen die Ausstellung der Strafregisterbescheinigung weder über die ausländische Vertretung bzw. die österreichische Vertretung im Ausland (Botschaft, Konsulat) möglich ist noch eine zeitnahe Bearbeitung durch die ausländische Behörde erfolgt oder eine persönliche Anreise aus politischen oder finanziellen Gründen unzumutbar ist, könnte ein Absehen von der Vorlage einer Strafregisterbescheinigung aus dem betroffenen Land gerechtfertigt sein. In diesen Fällen wäre jedenfalls ein entsprechender Nachweis über die gesetzten Maßnahmen vorzulegen bzw. das mit einer persönlichen Anreise verbundene Risiko glaubhaft zu machen, um die Unmöglichkeit bzw. Unzumutbarkeit beurteilen zu können. Für Berufsangehörige, die in den letzten Jahren auf einem Kreuzfahrtschiff tätig waren, kann die Vorlage der Strafregisterbescheinigung aus den Aufenthaltsländern schwierig bzw. unmöglich sein. In diesen Fällen sollte jedenfalls eine Bestätigung der Reederei über Ort, Art und Dauer der Tätigkeit vorgelegt werden, die allenfalls ein Absehen von der Vorlage der Strafregisterbescheinigung aus dem betroffenen Land bzw. den betroffenen Ländern rechtfertigen könnte.

In jedem Fall reicht für den Nachweis der Unmöglichkeit bzw. Unzumutbarkeit nicht die bloße Aussage der bzw. des Berufsangehörigen aus, sondern es ist ein entsprechender Nachweis durch die Berufsangehörige bzw. den Berufsangehörigen im Sinne der obigen Ausführungen vorzulegen. Die Prüfung, ob im konkreten Einzelfall wegen Unmöglichkeit bzw. Unzumutbarkeit von der Vorlage einer Strafregisterbescheinigung aus dem betroffenen Land abgesehen werden kann, ist im Rahmen der Beweiswürdigung vorzunehmen und fällt in das Ermessen der Behörde.

Für Berufsangehörige, die in einem anderen EWR-Vertragsstaat bzw. der Schweizerischen Eidgenossenschaft ihre Qualifikation erworben haben, wird im Rahmen des Berufsanerkenntnisverfahrens ein Nachweis verlangt, dass die Berufsausübung im Herkunftsstaat nicht untersagt wurde.

Klargestellt wird, dass im Rahmen der Prüfung der Vertrauenswürdigkeit im Eintragungsverfahren die zuständige Behörde keine IMI-Abfrage durchzuführen hat, ob eine Vorwarnung („Alert“) besteht. „Incoming Alerts“, die darüber Auskunft geben, dass einer bzw. einem Berufsangehörigen im Herkunftsstaat die Berufsausübung (allenfalls auch nur vorübergehend) untersagt bzw. beschränkt wurde, werden im IMI an die Behörde übermittelt und im Rahmen des Anerkennungsverfahrens berücksichtigt.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Nachweis der Vertrauenswürdigkeit jedenfalls erbracht ist, wenn die genannten Bescheinigungen keine Einträge enthalten. Sofern die Bescheinigungen Informationen über Straftaten enthalten und damit Zweifel am Vorliegen der Vertrauenswürdigkeit begründen, hat eine Einzelfallprüfung im Sinne der obigen Ausführungen zu erfolgen. In diesem Fall kann durch die Vorlage der Strafregisterbescheinigung vor deren inhaltlicher Prüfung nicht der vollständige Nachweis der Vertrauenswürdigkeit erbracht werden, sodass die berufliche Tätigkeit (noch) nicht aufgenommen werden darf.

Nachweise über die erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache gemäß [Abs. 5](#) müssen grundsätzlich in folgenden Fällen nicht vorgelegt werden: Ausbildungsabschluss in einem deutschsprachigen Land (Österreich, Deutschland, Schweiz, Südtirol), Abschluss eines deutschsprachigen Hochschulstudiums, Abschluss eines Studiums der deutschen Sprache oder deutschsprachige Matura bzw. Reifeprüfung bzw. Sekundarschulabschluss (zB Mittlere Reife). In jenen Fällen, in denen ein Nachweis der Kenntnisse der deutschen Sprache erforderlich ist, sind insbesondere Zeugnisse über die erfolgreich absolvierte Sprachprüfung des geforderten Sprachniveaus vorzulegen. Für die Eintragung in die Berufsliste und damit für die Berufsberechtigung ist in Gleichklang an die Voraussetzungen für die Eintragung in die Ärzteliste nach § 4 Abs. 3a ÄrzteG 1998 idF des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 195/2023, das Sprachniveau B2 nachzuweisen.

Das Sprachniveau gliedert sich entsprechend dem Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen für Sprachen in sechs Stufen von A1 (Anfänger:in) bis C2 (Expertinnen bzw. Experten):

Elementare Sprachanwendung:

A1: Kann vertraute, alltägliche Ausdrücke und ganz einfache Sätze verstehen und verwenden, die auf die Befriedigung konkreter Bedürfnisse zielen. Kann sich und andere vorstellen und anderen Leuten Fragen zu ihrer Person stellen – zB wo sie wohnen, was für Leute sie kennen oder was für Dinge sie haben – und kann auf Fragen dieser Art Antwort geben. Kann sich auf einfache Art verständigen, wenn die Gesprächspartnerinnen oder Gesprächspartner langsam und deutlich sprechen und bereit sind zu helfen.

A2: Kann Sätze und häufig gebrauchte Ausdrücke verstehen, die mit Bereichen von ganz unmittelbarer Bedeutung zusammenhängen (zB Informationen zur Person und zur Familie, Einkaufen, Arbeit, nähere Umgebung). Kann sich in einfachen, routinemäßigen Situationen verständigen, in denen es um einen einfachen und direkten Austausch von Informationen über vertraute und geläufige Dinge geht. Kann mit einfachen Mitteln die eigene Herkunft und Ausbildung, die direkte Umgebung und Dinge im Zusammenhang mit unmittelbaren Bedürfnissen beschreiben.

Selbständige Sprachanwendung:

B1: Kann die Hauptpunkte verstehen, wenn klare Standardsprache verwendet wird und wenn es um vertraute Dinge aus Arbeit, Schule, Freizeit usw. geht. Kann die meisten Situationen bewältigen, denen man auf Reisen im Sprachgebiet begegnet. Kann sich einfach und zusammenhängend über vertraute Themen und persönliche Interessengebiete äußern. Kann über Erfahrungen und Ereignisse berichten, Träume, Hoffnungen und Ziele beschreiben und zu Plänen und Ansichten kurze Begründungen oder Erklärungen geben.

B2: Kann die Hauptinhalte komplexer Texte zu konkreten und abstrakten Themen verstehen; versteht im eigenen Spezialgebiet auch Fachdiskussionen. Kann sich so spontan und fließend verständigen, dass ein normales Gespräch mit Muttersprachlerinnen und Muttersprachlern ohne größere Anstrengung auf beiden Seiten gut möglich ist. Kann sich zu einem breiten Themenspektrum klar und detailliert ausdrücken, einen Standpunkt zu einer aktuellen Frage erläutern und die Vor- und Nachteile verschiedener Möglichkeiten angeben.

Kompetente Sprachverwendung:

C1: Kann ein breites Spektrum anspruchsvoller, längerer Texte verstehen und auch implizite Bedeutungen erfassen. Kann sich spontan und fließend ausdrücken, ohne öfter deutlich erkennbar nach Worten suchen zu müssen. Kann die Sprache im gesellschaftlichen und beruflichen Leben oder in Ausbildung und Studium wirksam und flexibel gebrauchen. Kann sich klar, strukturiert und ausführlich zu komplexen Sachverhalten äußern und dabei verschiedene Mittel zur Textverknüpfung angemessen verwenden.

C2: Kann praktisch alles, was er/sie liest oder hört, mühelos verstehen. Kann Informationen aus verschiedenen schriftlichen und mündlichen Quellen zusammenfassen und dabei Begründungen und Erklärungen in einer zusammenhängenden Darstellung wiedergeben. Kann sich spontan, sehr flüssig und genau ausdrücken und auch bei komplexeren Sachverhalten feinere Bedeutungsnuancen deutlich machen.

Gemäß Abs. 6 ist seitens der Behörde zu prüfen, ob die erforderlichen Nachweise gegeben sind und gegebenenfalls die antragstellende Person aufzufordern, die eingebrachten Unterlagen zu vervollständigen.

In Abs. 7 wird ausdrücklich normiert, dass die Daten und Nachweise bis zum Ablauf von zehn Jahren nach einer Streichung aus der Berufsliste oder nach dem Tod der bzw. des Berufsangehörigen aufzubewahren und danach unwiederbringlich zu löschen sind. Eine nachweisliche Löschung wäre etwa die Durchführung derselben vor Zeuginnen und Zeugen, ohne, dass diese einen Einblick in die zu löschenden Daten erhalten.

Zu § 25:

§ 25 regelt die Eintragung in die Berufsliste und folgt hierbei im Wesentlichen den bisher bestehenden Regelungen. Bei Erfüllung der Voraussetzungen ist gemäß Abs. 1 die Eintragung vorzunehmen. Lediglich im Falle der Versagung der Eintragung ist bescheidmäßig über den Antrag zu entscheiden. Gegen die Versagung der Eintragung kann Beschwerde an das zuständige Landesverwaltungsgericht erhoben werden.

Für den Fall der Wiedereintragung in die Berufsliste ist der Nachweis des aktuellen Stands der Wissenschaft gefordert, der ab einer ein Jahr übersteigenden Austragung über den Beleg von Fortbildungsnachweisen (Abs. 2), bei einer fünf Jahre übersteigenden Austragung über entsprechende

Ausbildungsnachweise (Abs. 3) zu erbringen ist. Diese Maßnahme dient der Sicherung der Patientinnen- bzw. Patientenrechte auf eine qualitativ bestmögliche Behandlung und Betreuung. Personen, die eine Psychotherapie-Ausbildung gemäß Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1990, in der bis zum Ablauf des 31. Dezember 2024 geltenden Fassung, absolviert haben und einen Antrag auf Wiedereintragung in die Berufsliste (Psychotherapie) stellen, haben statt den Qualifikationsnachweisen nach §§ 26 oder 27 Ausbildungsnachweise nach Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1990, in der bis zum Ablauf des 31. Dezember 2024 geltenden Fassung, vorzulegen.

Zu § 26:

Qualifikationsnachweise sind Zeugnisse über eine mit Erfolg abgeschlossene Psychotherapeutische Approbationsprüfung.

Auf die entsprechende Übergangsbestimmung des § 59 ist in diesem Zusammenhang hinzuweisen.

Zu § 27:

§§ 27 bis 33 legen die Voraussetzungen für die Erlangung der Berufsberechtigung für die Berufsausübung der Psychotherapie fest und folgen in ihrem Regelungsregime im Wesentlichen den Vorbildern anderer Gesundheitsberufsgesetze bzw. den bisher geltenden Regelungen.

In § 27 erfolgt die Umsetzung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen im Rahmen des allgemeinen Anerkennungssystems im Hinblick auf die Anerkennung von Qualifikationsnachweisen in der Psychotherapie.

Folgende EU-Richtlinien normieren unter anderem, dass die EU-Berufsanerkennungsrichtlinie auf zahlreiche Gruppen von Drittstaatsangehörigen anzuwenden ist:

- Richtlinie 2003/109/EG betreffend die Rechtsstellung der langfristig aufenthaltsberechtigten Drittstaatsangehörigen, ABl L 2004/16, 44, zuletzt geändert durch RL 2011/51/EU, ABl L 2011/132, 1;
- Richtlinie 2004/38/EG über das Recht der Unionsbürger und ihrer Familienangehörigen, sich im Hoheitsgebiet der Mitgliedstaaten frei zu bewegen und aufzuhalten, ABl L 2004/158, 77, in der Fassung der Berichtigung ABl L 2007/204, 28;
- Richtlinie 2009/50/EG über die Bedingungen für die Einreise und den Aufenthalt von Drittstaatsangehörigen zur Ausübung einer hochqualifizierten Beschäftigung, ABl L 2009/155, 1;
- Richtlinie 2011/95/EU über Normen für die Anerkennung von Drittstaatsangehörigen oder Staatenlosen als Personen mit Anspruch auf internationalen Schutz, für einen einheitlichen Status von Flüchtlingen oder für Personen mit Anrecht auf subsidiären Schutz und für den Inhalt des zu gewährenden Schutzes, ABl L 2011/337, 9;
- Richtlinie 2011/98/EU über ein einheitliches Verfahren zur Beantragung einer kombinierten Erlaubnis für Drittstaatsangehörige, sich im Hoheitsgebiet eines Mitgliedstaates aufzuhalten und zu arbeiten, sowie über ein gemeinsames Bündel von Rechten von Drittstaatsangehörigen, die sich rechtmäßig in einem Mitgliedstaat aufhalten, ABl L 2011/343, 1;
- Richtlinie 2014/66/EU über die Bedingungen für die Einreise und den Aufenthalt von Drittstaatsangehörigen im Rahmen eines unternehmensinternen Transfers, ABl L 2014/157, 1;
- Richtlinie (EU) 2016/801 über die Bedingungen für die Einreise und den Aufenthalt von Drittstaatsangehörigen zu Forschungs- und Studienzwecken, zur Absolvierung eines Praktikums, zur Teilnahme an einem Freiwilligendienst, Schüleraustauschprogrammen oder Bildungsvorhaben und zur Ausübung einer Au-pair-Tätigkeit: Art. 22 Abs. 4 dieser Richtlinie sieht eine Gleichbehandlung von Praktikantinnen bzw. Praktikanten, Freiwilligen, Au-pair-Kräften sowie Schülerinnen bzw. Schülern gegebenenfalls in Bezug auf die Anerkennung von Diplomen, Zertifikaten und sonstigen Befähigungsnachweisen gemäß den einschlägigen nationalen Verfahren vor.

Neben dem Erfordernis der Umsetzung der aufenthalts-, beschäftigungs- und asylrechtlichen Vorgaben dieser Richtlinien im nationalen Niederlassungs-, Ausländerbeschäftigungs- und Asylrecht ist hinsichtlich der Gleichstellung dieser Drittstaatsangehörigen im Bereich Berufsanerkennung in den Berufsgesetzen Sorge zu tragen. Da durch die genannten Richtlinien mittlerweile nahezu alle Drittstaatsangehörigen mit in der europäischen Union, im Europäischen Wirtschaftsraum bzw. der Schweizerischen Eidgenossenschaft erworbenen beruflichen Qualifikationsnachweisen in den Anwendungsbereich der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie fallen, erscheint es im Sinne eines erleichterten Zugangs zur Berufsanerkennung für Migrantinnen bzw. Migranten zielführend, das Staatsangehörigkeitserfordernis in den berufsrechtlichen Anerkennungsbestimmungen zu streichen und damit in diesen Verfahren ausschließlich auf die erworbene Berufsqualifikation abzustellen, während die Prüfung des

Aufenthaltstitels den einschlägigen aufenthalts-, beschäftigungs- und asylrechtlichen Verfahren vorbehalten bleibt. Die Verfahren über die Anerkennung der beruflichen Qualifikation schließen nicht die Entscheidung über das Recht zum Aufenthalt, zur Beschäftigung und zur Niederlassung in Österreich ein. Der Anerkennungsbescheid ersetzt selbstverständlich weder die Aufenthalts- und Niederlassungsberechtigung nach dem Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz, die durch die hierfür zuständige Behörde zu erteilen ist, noch die nach den Vorschriften über die Beschäftigung ausländischer Arbeitnehmer:innen erforderlichen Bewilligungen, um die gegebenenfalls beim zuständigen Arbeitsmarktservice anzusuchen ist. In diesem Sinne wird hinsichtlich der Anwendung der Richtlinie 2005/36/EG nicht auf die Staatsangehörigkeit abgestellt, sondern ausschließlich auf den Qualifikationsnachweis.

Abs. 1 legt fest, dass die bzw. der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister:in bestimmte Qualifikationsnachweise aus EU, EWR und Schweiz nach den Bestimmungen des Titels III Kapitel I der Richtlinie 2005/36/EG anzuerkennen hat. Diese Qualifikationsnachweise unterliegen dem allgemeinen Anerkennungssystem und damit einer inhaltlichen Prüfung, wobei bei wesentlichen Ausbildungsunterschieden die Möglichkeit der Vorschreibung eines Anpassungslehrgangs oder einer Eignungsprüfung möglich ist (vgl. Abs. 4).

Zu den Ausbildungsniveaus nach der Richtlinie 2005/36/EG führt der Erwägungsgrund 11 der Richtlinie 2013/55/EU Folgendes aus:

„Um den Anerkennungsmechanismus aufgrund der allgemeinen Regelung anzuwenden, müssen die einzelstaatlichen Systeme der allgemeinen und beruflichen Bildung in Niveaus unterteilt werden. Diese Niveaus, die nur zum Zweck der Anwendung der allgemeinen Regelung festgelegt werden, sollten keine Auswirkungen auf die einzelstaatlichen Strukturen der allgemeinen und beruflichen Bildung oder auf die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten auf diesem Gebiet haben, auch nicht auf einzelstaatliche Maßnahmen zur Umsetzung des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR). Der EQR ist ein Instrument, durch das Transparenz und Vergleichbarkeit von Berufsqualifikationen gefördert werden sollen; er kann auch als weitere Informationsquelle für die zuständigen Behörden dienen, wenn diese die in anderen Mitgliedstaaten erteilte Anerkennung von Berufsqualifikationen prüfen. Infolge des Bologna-Prozesses haben Hochschuleinrichtungen die Struktur ihrer Ausbildungsgänge an ein System zweistufiger Bachelor- und Masterstudiengänge angepasst. Um sicherzustellen, dass die fünf in der Richtlinie 2005/36/EG genannten Niveaus im Einklang mit dieser neuen Struktur für Ausbildungsgänge stehen, sollte der Bachelorabschluss unter Niveau d und der Masterabschluss unter Niveau e eingestuft werden. Die zur Anwendung der allgemeinen Regelung festgelegten fünf Niveaus sollten grundsätzlich nicht mehr als Kriterium für den Ausschluss von Unionsbürgern aus dem Anwendungsbereich der Richtlinie 2005/36/EG herangezogen werden, wenn dies dem Grundsatz des lebenslangen Lernens widersprechen würde.“

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass gemäß Art. 4 Abs. 2 der Richtlinie 2005/36/EG für eine Anerkennung im Rahmen der Richtlinie der Beruf, den die bzw. der Antragsteller:in im Aufnahmestaat ausüben möchte, derselbe wie derjenige ist, für den sie bzw. er in ihrem bzw. seinem Herkunftsstaat qualifiziert ist, wenn die Tätigkeiten, die er umfasst, vergleichbar sind. Dieser Maßstab „desselben Berufs“, der „vergleichbare Tätigkeiten umfasst“, ist bei der Anerkennung heranzuziehen. Dem entsprechend wäre bei einem sehr großen Niveauunterschied zunächst zu prüfen, ob es sich tatsächlich um denselben Beruf handelt und damit eine Anerkennung im Rahmen der Richtlinie in Betracht kommt.

Abs. 2 normiert im Sinne obiger Ausführungen die Gleichstellung von Drittstaatsangehörigen (siehe oben).

In Abs. 3 wird festgelegt, welche Ausbildungsnachweise einem Qualifikationsnachweis gemäß Abs. 1 gleichgestellt werden. Unter den Anwendungsbereich der Richtlinie 2005/36/EG fallen neben den von einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einer sonstigen Vertragspartei des Europäischen Wirtschaftsraums ausgestellten Qualifikationsnachweise auch die Art. 3 Abs. 3 der Richtlinie gleichgestellten Drittlanddiplome (außerhalb des EWR und der Schweiz erworbene Qualifikationsnachweise und dreijährige Berufspraxis innerhalb der EU).

Zu den Abs. 4 bis 7 ist zu erläutern wie folgt: Gemäß Art. 14 Abs. 1 der Richtlinie 2005/36/EG idF der Richtlinie 2013/55/EU kann der Aufnahmemitgliedstaat in folgenden Fällen von der bzw. dem Antragsteller:in verlangen, dass sie bzw. er einen höchstens dreijährigen Anpassungslehrgang absolviert oder eine Eignungsprüfung ablegt, wenn die Ausbildung sich auf Fächer bezieht, die sich wesentlich von denen unterscheiden, die durch den im Aufnahmemitgliedstaat vorgeschriebenen Ausbildungsnachweis abgedeckt werden; wenn der reglementierte Beruf im Aufnahmemitgliedstaat eine oder mehrere reglementierte berufliche Tätigkeiten umfasst, die im Herkunftsmitgliedstaat nicht Bestandteil des

entsprechenden reglementierten Berufs sind, und wenn dieser Unterschied in einer besonderen Ausbildung besteht, die im Aufnahmemitgliedstaat gefordert wird und sich auf Fächer bezieht, die sich wesentlich von denen unterscheiden, die von dem vorgelegten Befähigungs- oder Ausbildungsnachweis abgedeckt werden. Art. 14 Abs. 5 ist bei der Vorschreibung von Ausgleichsmaßnahmen nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu verfahren. Insbesondere muss der Aufnahmemitgliedstaat, wenn er beabsichtigt, der bzw. dem Antragsteller:in einen Anpassungslehrgang oder eine Eignungsprüfung aufzuerlegen, zunächst prüfen, ob die im Rahmen ihrer bzw. seiner Berufspraxis in einem Mitgliedstaat oder einem Drittland erworbenen Kenntnisse den wesentlichen Unterschied ganz oder teilweise ausgleichen können. Art. 14 Abs. 6 muss der Beschluss zur Auferlegung eines Anpassungslehrgangs oder einer Eignungsprüfung hinreichend begründet sein. Insbesondere sind der Antragstellerin bzw. dem Antragsteller folgende Informationen mitzuteilen: a) das Niveau der im Aufnahmemitgliedstaat verlangten Berufsqualifikation und das Niveau der von der bzw. dem Antragsteller:in vorgelegten Berufsqualifikation der Klassifizierung in Art. 11; und b) die wesentlichen in Abs. 4 genannten Unterschiede und die Gründe, aus denen diese Unterschiede nicht durch Kenntnisse, Fähigkeiten und Kompetenzen, die durch lebenslanges Lernen erworben und hierfür von einer einschlägigen Stelle formell als gültig anerkannt wurden, ausgeglichen werden können.

Zu § 28:

§ 28 regelt das Verfahren im Bereich der EU- bzw. EWR-Berufsanerkennung und den einheitlichen Ansprechpartner.

In Abs. 1 werden die von der bzw. dem Antragsteller:in im Rahmen des Verfahrens vorzulegenden Nachweise bzw. Unterlagen festgelegt.

Abs. 2 ermöglicht die Einbringung des Antrags über den einheitlichen Ansprechpartner oder in der bisherigen Art beim Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

Zur Rolle des Einheitlichen Ansprechpartners im Zusammenhang mit der Berufsanerkennung führt der Erwägungsgrund 30 der Richtlinie 2013/55/EU Folgendes aus:

„Zu den größten Schwierigkeiten, denen Bürger gegenüberstehen, die an einer Tätigkeit in einem anderen Mitgliedstaat interessiert sind, gehören die Komplexität und Unsicherheit über die einzuhaltenden Verwaltungsverfahren. Richtlinie 2006/123/EG verpflichtet die Mitgliedstaaten bereits dazu, einfachen Zugang zu Informationen zu gewähren und es zu ermöglichen, die Verfahren über einheitliche Ansprechpartner durchzuführen. Bürger, die eine Anerkennung ihrer Berufsqualifikationen im Rahmen der Richtlinie 2005/36/EG anstreben, können bereits auf die einheitlichen Ansprechpartner zurückgreifen, wenn sie unter die Richtlinie 2006/123/EG fallen. Arbeitsuchende und Angehörige der Gesundheitsberufe fallen jedoch nicht unter die Richtlinie 2006/123/EG, und die verfügbaren Informationen sind nach wie vor rar. Daher besteht aus Sicht der Nutzer ein Bedarf, diese Informationen zu präzisieren und zu gewährleisten, dass diese Informationen leicht zugänglich sind. Wichtig ist auch, dass Mitgliedstaaten nicht nur auf nationaler Ebene Verantwortung übernehmen, sondern auch untereinander und mit der Kommission zusammenarbeiten, um sicherzustellen, dass Berufsangehörige unionsweit in einfacher Weise auf nutzerfreundliche und mehrsprachige Informationen zugreifen und die Verfahren über die einzigen Kontaktstellen oder über die jeweiligen zuständigen Behörden leicht durchführen können.“

Dem entsprechend sehen Art. 57 der Richtlinie 2005/36/EG einen zentralen Online-Zugang über den einheitlichen Ansprechpartner zu umfassenden Informationen sowie die Sicherstellung der Abwicklung der Verfahren und Formalitäten, die unter diese Richtlinie fallen, aus der Ferne und elektronisch über den jeweiligen einheitlichen Ansprechpartner oder die jeweiligen zuständigen Behörden vor. Diese europarechtlichen Vorgaben sind auf sämtliche Berufsanerkennungsverfahren anzuwenden, Ausnahmen für bestimmte Berufe sind nicht vorgesehen.

In Österreich ist die Rechtsgrundlage für die einheitlichen Ansprechpartner nach der EU-Dienstleistungsrichtlinie 2006/123/EG im Rahmen des Dienstleistungsgesetzes, BGBl. I Nr. 100/2001, einschließlich der Abwicklung der Verfahren und der entsprechenden verwaltungsverfahrenrechtlichen Sonderbestimmungen festgelegt. Im Sinne des diesbezüglichen Beschlusses der Landesamtsdirektoren wird der Aufgabenbereich der einheitlichen Ansprechpartner auf die von der Richtlinie 2005/36/EG umfassten Angelegenheiten erweitert.

Eine gesetzliche Grundlage für die Informationsverpflichtung der einheitlichen Ansprechpartner gemäß Art. 57 der Richtlinie 2005/36/EG wäre erforderlichenfalls in einer horizontalen Regelung festzuschreiben. Die entsprechenden Informationen betreffend die Gesundheitsberufe für die Online-Portale werden von dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium den einheitlichen Ansprechpartnern zur Verfügung gestellt.

Abs. 3 legt entsprechend den EU-rechtlichen Vorgaben die Fristenläufe im Verfahren fest.

Die Verpflichtung zur Möglichkeit der Einbringung von Anträgen auf Berufsankennung wird im Rahmen der Anerkennungsregelungen in Abs. 4 umgesetzt, indem § 6 DLG zur Anwendung kommt:

Gemäß § 6 DLG können in Verfahren erster Instanz schriftliche Anbringen beim Einheitlichen Ansprechpartner eingebracht werden, der, soweit die Zuständigkeit zur Vollziehung dem Bund zukommt, für die Landeshauptfrau bzw. den Landeshauptmann tätig wird. § 13 Abs. 2, 5 und 6 sowie § 33 Abs. 3 AVG sind sinngemäß anzuwenden. Abs. 5 und 6 normieren die Vorgangsweise im Falle von wesentlichen Unterschieden. Eine Aussetzung des Verfahrens wird ausdrücklich ermöglicht.

Zu den Ausbildungs-niveaus und den Ausgleichsmaßnahmen nach der Richtlinie 2005/36/EG führen die Erwägungsgründe 11, 12 und 13 der Richtlinie 2013/55/EU Folgendes aus:

„Anträge auf Anerkennung von Berufsangehörigen, die aus einem Mitgliedstaat kommen, in dem der betreffende Beruf nicht reglementiert ist, und über eine einjährige Berufserfahrung verfügen, sollten genauso behandelt werden wie Anträge von Berufsangehörigen aus einem Mitgliedstaat, in dem dieser Beruf reglementiert ist. Die Berufsqualifikationen der Antragsteller sollten mit den im Aufnahmemitgliedstaat verlangten Berufsqualifikationen auf der Grundlage der in der Richtlinie 2005/36/EG aufgeführten Berufsqualifikationsniveaus verglichen werden. Bei wesentlichen Unterschieden sollte die zuständige Behörde Ausgleichsmaßnahmen vorschreiben können. Bei den Mechanismen zur Überprüfung der theoretischen und praktischen Kenntnisse, die für die Aufnahme und Ausübung eines Berufs als Ausgleichsmaßnahmen verlangt werden können, sollten die Grundsätze der Transparenz und Unparteilichkeit garantiert und eingehalten werden.

Da die Mindestanforderungen an die Ausbildung für die Aufnahme und Ausübung der unter die allgemeine Regelung fallenden Berufe nicht harmonisiert sind, sollte der Aufnahmemitgliedstaat nach wie vor die Möglichkeit haben, eine Ausgleichsmaßnahme vorzuschreiben. Jede solche Maßnahme sollte dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit entsprechen und insbesondere die im Zuge der Berufserfahrung oder durch lebenslanges Lernen erworbenen Kenntnisse, Fähigkeiten und Kompetenzen des Antragstellers, die hierfür förmlich von einer einschlägigen Stelle als gültig anerkannt wurden, berücksichtigen. Die Entscheidung, eine Ausgleichsmaßnahme vorzuschreiben, sollte hinreichend begründet werden, damit der Antragsteller seine Situation besser verstehen und gemäß der Richtlinie 2005/36/EG von einzelstaatlichen Gerichten überprüfen lassen kann.“

Dem entsprechend kann gemäß Art. 13 Abs. 4 der Richtlinie 2005/36/EG lediglich für Inhaber:innen eines Befähigungs- oder Ausbildungsnachweises, der unter Art. 11 lit. a eingestuft ist, die Aufnahme oder Ausübung eines Berufs verweigert werden, wenn die zur Ausübung des Berufes im Hoheitsgebiet des Aufnahmemitgliedstaats erforderliche nationale Berufsqualifikation unter Art. 11 lit. e eingestuft ist. Dies trifft auf den Beruf der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten zu.

Nach Art. 14 Abs. 1 der Richtlinie 2005/36/EG idF der Richtlinie 2013/55/EU kann der Aufnahmemitgliedstaat in folgenden Fällen von der bzw. dem Antragsteller:in verlangen, dass sie bzw. er einen höchstens dreijährigen Anpassungslehrgang absolviert oder eine Eignungsprüfung ablegt, wenn die Ausbildung sich auf Fächer bezieht, die sich wesentlich von denen unterscheiden, die durch den im Aufnahmemitgliedstaat vorgeschriebenen Ausbildungsnachweis abgedeckt werden, wenn der reglementierte Beruf im Aufnahmemitgliedstaat eine oder mehrere reglementierte berufliche Tätigkeiten umfasst, die im Herkunftsmitgliedstaat nicht Bestandteil des entsprechenden reglementierten Berufs sind, und wenn dieser Unterschied in einer besonderen Ausbildung besteht, die im Aufnahmemitgliedstaat gefordert wird und sich auf Fächer bezieht, die sich wesentlich von denen unterscheiden, die von dem vorgelegten Befähigungs- oder Ausbildungsnachweis abgedeckt werden.

Weiters trägt Art. 14 Abs. 3 der Richtlinie 2005/36/EG der erweiterten Anerkennungsmöglichkeit bei größeren Unterschieden des Ausbildungs-niveaus dahingehend Rechnung, dass abweichend vom Grundsatz, dass die bzw. der Antragsteller: grundsätzlich die Wahlmöglichkeit zwischen Anpassungslehrgang und Eignungsprüfung hat, der Aufnahmemitgliedstaat entweder einen Anpassungslehrgang oder einen Eignungstest vorschreiben kann, wenn die bzw. der Inhaber:in einer Berufsqualifikation gemäß Art. 11 lit. a die Anerkennung seiner Berufsqualifikation beantragt und die erforderliche nationale Berufsqualifikation unter Art. 11 lit. c (und damit auch lit. d) eingestuft ist, oder die bzw. der Inhaber:in einer Berufsqualifikation gemäß Art. 11 lit. b die Anerkennung seiner Berufsqualifikationen beantragt und die erforderliche nationale Berufsqualifikation unter Art. 11 lit. d oder e eingestuft ist. Beantragt ein:e Inhaber:in einer Berufsqualifikation gemäß Art. 11 lit. a die Anerkennung ihrer bzw. seiner Berufsqualifikation und ist die erforderliche Berufsqualifikation unter Art. 11 lit. d eingestuft, so kann der Aufnahmemitgliedstaat sowohl einen Anpassungslehrgang als auch eine Eignungsprüfung vorschreiben.

Diese für die Vorschreibung von Ausgleichsmaßnahmen eröffneten erweiterten Entscheidungsmöglichkeiten der Behörde werden für die Anerkennung im Bereich der Psychotherapie umgesetzt.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass gemäß Art. 4 Abs. 2 der Richtlinie 2005/36/EG für eine Anerkennung im Rahmen der Richtlinie der Beruf, den die bzw. der Antragsteller:in im Aufnahmestaat ausüben möchte, derselbe wie derjenige ist, für den sie bzw. er in ihrem bzw. seinem Herkunftsstaat qualifiziert ist, wenn die Tätigkeiten, die er umfasst, vergleichbar sind. Dieser Maßstab „desselben Berufs“, der „vergleichbare Tätigkeiten umfasst“, ist bei der Anerkennung heranzuziehen. Dem entsprechend wäre bei einem sehr großen Niveauunterschied zunächst zu prüfen, ob es sich tatsächlich um denselben Beruf handelt und damit eine Anerkennung im Rahmen der Richtlinie überhaupt in Betracht kommt.

Zudem enthält Art. 14 Abs. 4 eine Umschreibung der „wesentlichen Unterschiede“, die hier in das Berufsgesetz aufgenommen wird.

Gemäß Art. 14 Abs. 5 ist bei der Vorschreibung von Ausgleichsmaßnahmen nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu verfahren. Insbesondere muss der Aufnahmemitgliedstaat, wenn er beabsichtigt, der bzw. dem Antragsteller:in einen Anpassungslehrgang oder eine Eignungsprüfung aufzuerlegen, zunächst prüfen, ob die im Rahmen ihrer bzw. seiner Berufspraxis in einem Mitgliedstaat oder einem Drittland erworbenen Kenntnisse den wesentlichen Unterschied ganz oder teilweise ausgleichen können. Gemäß Art. 14 Abs. 6 muss der Beschluss zur Auferlegung eines Anpassungslehrgangs oder einer Eignungsprüfung hinreichend begründet sein. Insbesondere sind der bzw. dem Antragsteller:in folgende Informationen mitzuteilen: das Niveau der im Aufnahmemitgliedstaat verlangten Berufsqualifikation und das Niveau der von der bzw. dem Antragsteller:in vorgelegten Berufsqualifikation der Klassifizierung in Art. 11 und die wesentlichen in Abs. 4 genannten Unterschiede und die Gründe, aus denen diese Unterschiede nicht durch Kenntnisse, Fähigkeiten und Kompetenzen, die durch lebenslanges Lernen erworben und hierfür von einer einschlägigen Stelle formell als gültig anerkannt wurden, ausgeglichen werden können.

Die Informationen zwischen den Behörden der EU-Mitgliedstaaten über gefälschte Berufsqualifikationen und die Einholung und Erteilung von Auskünften im Zusammenhang mit EU/EWR-Berufsanerkennungen sind im Unionsrecht auf Grund der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Durchführungsverordnung (EU) 2015/983 zum Europäischen Berufsausweis und zum Vorwarnmechanismus vorgesehen und erfolgen gemäß Abs. 7 und 8 im Wege des Binnenmarktinformationssystems (IMI) durch die bzw. den für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister:in.

Zu § 29:

Zur Qualitätssicherung der Anpassungslehrgänge sind diese an oder in Verbindung mit einer anerkannten österreichischen Ausbildungseinrichtung zu absolvieren (Abs. 1). Der Anpassungslehrgang kann im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses absolviert werden und ist zu bewerten. Dies orientiert sich an der bisherigen Vollzugspraxis in diesem Bereich.

Diese ist gemäß Abs. 3 zu erteilen, wenn die in der Einrichtung oder durch die bzw. den Berufsangehörige:n erbrachten Leistungen nach Inhalt und Umfang die zu erlernenden Kompetenzen vermitteln und die fachliche und pädagogische Eignung der bzw. des Berufsangehörigen, unter deren bzw. dessen Anleitung und Aufsicht der Anpassungslehrgang absolviert wird, vorliegt.

Die bzw. der Migrant:in darf im Rahmen des Anpassungslehrganges nur zu Tätigkeiten herangezogen werden, die in unmittelbarem Zusammenhang mit den zu erlernenden Kenntnissen, Fertigkeiten und Kompetenzen stehen (Abs. 3).

Abs. 4 stellt als *lex specialis* zu § 22 klar, dass Personen, die einen Anpassungslehrgang absolvieren, sind nur zur unselbständigen Berufsausübung unter Anleitung und Aufsicht einer bzw. eines Berufsangehörigen in Österreich befugt sind.

Zu § 30:

Abs. 1 stellt klar, dass die Eignungsprüfung eine ausschließlich die beruflichen Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen der Antragstellerin bzw. des Antragstellers betreffende Prüfung ist. Die Eignungsprüfung ist an einer entsprechenden anerkannten österreichischen Ausbildungseinrichtung abzulegen. Für Personen, die im Besitz eines rechtskräftigen Bescheides über eine Anerkennung einer psychotherapeutischen Berufsqualifikation sind, besteht ein Rechtsanspruch auf Ablegung der Eignungsprüfung an einer entsprechenden Ausbildungseinrichtung.

Gemäß Art. 14 Abs. 7 der Richtlinie 2005/36/EG idF der Richtlinie 2013/55/EU stellen die Mitgliedstaaten sicher, dass die bzw. der Antragsteller:in die Möglichkeit hat, die Eignungsprüfung nach Abs. 1 spätestens sechs Monate nach der ursprünglichen Entscheidung, der bzw. dem Antragsteller:in eine Eignungsprüfung aufzuerlegen, abzulegen.

Für die Eignungsprüfung ist gemäß Abs. 2 ein Verzeichnis zu erstellen, das die von der Ausbildung der Migrantin bzw. des Migranten gegenüber der Ausbildung im Aufnahmestaat nicht abgedeckten Sachgebiete umfasst. Diese Inhalte sind der Prüfung, die an der entsprechenden Ausbildungseinrichtung abzulegen ist, zugrunde zu legen.

Zu § 31:

§ 31 normiert die Beurteilung und Bestätigung der Ausgleichsmaßnahmen.

Gemäß Abs. 1 gelten die Beurteilungsstufen „bestanden“ oder „nicht bestanden“. Eine zweimalige Wiederholung ist möglich.

Über die absolvierten Ausgleichsmaßnahmen ist eine Bestätigung von der Ausbildungseinrichtung auszustellen, die zu unterzeichnen und mit Stampiglie zu versehen ist oder eine qualifizierte elektronische Signatur enthalten muss (Abs. 2).

Zu § 32:

§ 32 legt die Voraussetzungen für den Nachweis der gesundheitlichen Eignung der Vertrauenswürdigkeit und der Sprachkenntnisse fest.

Zu Abs. 1 wird auf die Erläuterungen zu den §§ 22 und 54 verwiesen.

Zur Frage der Sprachkenntnisse (Abs. 2) führt der Erwägungsgrund 26 der Richtlinie 2013/55/EU Folgendes aus:

„In der Richtlinie 2005/36/EG ist für die Berufsangehörigen bereits die Verpflichtung bezüglich der erforderlichen Sprachkenntnisse vorgesehen. Aus der Überprüfung der Anwendung dieser Verpflichtung ergab sich die Notwendigkeit, die Rolle der zuständigen Behörden und der Arbeitgeber insbesondere im Interesse einer besseren Gewährleistung der Patientensicherheit klarzustellen. Die zuständigen Behörden sollten Überprüfungen der Sprachkenntnisse nach der Anerkennung von Berufsqualifikationen durchführen können. Besonders bei Berufen mit Auswirkungen auf die Patientensicherheit ist es wichtig, dass Überprüfungen der Sprachkenntnisse gemäß der Richtlinie 2005/36/EG durchgeführt werden, vor dem Zugang des Berufsangehörigen zur Berufsausübung im Aufnahmemitgliedstaat. Die Überprüfung von Sprachkenntnissen sollte jedoch in angemessener Weise erfolgen und für die betreffenden Berufe erforderlich sein; sie sollte nicht darauf ausgerichtet sein, Berufsangehörige aus anderen Mitgliedstaaten vom Arbeitsmarkt im Aufnahmemitgliedstaat auszuschließen. ... Auch Arbeitgeber sollten weiterhin eine wichtige Rolle bei der Klärung der Frage spielen, welche Sprachkenntnisse notwendig sind, um die beruflichen Tätigkeiten an ihren Arbeitsplätzen auszuüben.“

Dem entsprechend legt Art. 53 der Richtlinie 2005/36/EG fest, dass Berufsangehörige, deren Berufsqualifikation anerkannt wird, über die Sprachkenntnisse verfügen, die für die Ausübung ihrer Berufstätigkeit im Aufnahmemitgliedstaat erforderlich sind. Überprüfungen, die von der zuständigen Behörde oder unter ihrer Aufsicht zur Überprüfung der Einhaltung der dieser Verpflichtung vorgenommen werden, können vorgeschrieben werden, wenn der auszuübende Beruf Auswirkungen auf die Patientinnen- und Patientensicherheit hat. Diese müssen in angemessenem Verhältnis zur auszuübenden Tätigkeit stehen und die bzw. der betroffene Berufsangehörige kann gegen diese Überprüfungen Rechtsbehelfe nach nationalem Recht einlegen.

Die Überprüfung der Sprachkenntnisse hat jedenfalls für jene Gesundheitsberufe, für die eine Berufsliste mit konstitutiver Wirkung eingerichtet ist, im Rahmen der Eintragung in die Liste durch die Registrierungsbehörde zu erfolgen. Bei Versagung der Eintragung wegen nicht ausreichender Sprachkenntnisse stehen den Berufsangehörigen die verwaltungsrechtlichen Rechtsbehelfe offen.

Hinsichtlich der betroffenen Berufe hat sich in der Praxis gezeigt, dass eine genauere Überprüfung bzw. ein Nachweis der ausreichenden Deutschkenntnisse aus Patientinnen- und Patientenschutzgründen und zur Qualitätssicherung unerlässlich ist. In Anlehnung an die Sprachprüfungsverordnung der Österreichischen Ärztekammer wird auch für die anderen durch die vorliegende Sammelnovelle erfassten Gesundheitsberufe eine Regelung geschaffen, in der Näheres über die ausreichenden Kenntnisse sowie über die Durchführung der Deutschprüfung geregelt wird. Darin wird insbesondere auch festgehalten, wie ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache nachgewiesen werden können. Beispielsweise wird bei Personen, die ihre Berufsausbildung in Österreich oder Deutschland in deutscher Sprache abgeschlossen haben, kein weiterer Nachweis der Sprachkenntnisse erforderlich sein.

Für die Berufe der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten soll wie bisher für die Eintragung in die jeweilige Berufsliste, die von dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium geführt wird, ein Nachweis des Sprachniveaus B2 erforderlich sein. Als Grundlage wird hierbei der Gemeinsame Europäische Referenzrahmen für Sprachen (GERS) des Europarates herangezogen. Der GERS ist eine Publikation des Europarates zu den Themen „Mehrsprachigkeit und kulturelle Kompetenz“. Diese Publikation, die in den Mitgliedsländern des Europarates als Grundlage für die Einführung von neuen Lehrplänen, Studienplänen, Sprachkursen, für die Entwicklung von Bildungsstandards und (standardisierten) Prüfungen und für die Konzeption von neuen Lehrwerken dient, beschreibt kommunikative Aktivitäten in den Teilfertigkeiten „Hören“, „Lesen“, „An Gesprächen teilnehmen“, „Zusammenhängend sprechen“ und „Schreiben“ in ansteigenden Sprachkompetenzniveaus (A1, A2, B1, B2, C1, C2). Durch dieses europaweit anerkannte Bezugssystem wird es erleichtert, Prüfungsniveaus und Abschlüsse international zu vergleichen.

Da die Psychotherapie fast ausschließlich auf sprachlicher Kommunikation beruht, wobei häufig auch Begutachtungen im Rahmen von Sachverständigentätigkeit vorzunehmen sind, ist dieses Sprachniveau hier unabdingbare Voraussetzung für eine Berufsausübung *lege artis*.

Art. 53 der Richtlinie 2005/36/EG stellt ausdrücklich klar, dass die Überprüfung der Sprachkenntnisse erst nach der Anerkennung einer Berufsqualifikation vorgenommen werden darf. Dieser wird durch die Verankerung der „Kenntnisse der deutschen Sprache“ in der Bestimmung über die Berufsberechtigung nachgekommen.

Zu § 33:

§ 33 normiert gemäß den EU-rechtlichen Vorgaben die Möglichkeit und die Voraussetzungen des partiellen Berufszugangs.

Zum partiellen Berufszugang führt der Erwägungsgrund 7 der Richtlinie 2013/55/EU Folgendes aus:

„Die Richtlinie 2005/36/EG gilt nur für Berufsangehörige, die denselben Beruf in einem anderen Mitgliedstaat ausüben wollen. In einigen Fällen sind die betreffenden Tätigkeiten Teil eines Berufs, der im Aufnahmemitgliedstaat ein breiteres Spektrum von Tätigkeiten als im Herkunftsmitgliedstaat umfasst. Sind die Unterschiede zwischen den Tätigkeitsfeldern so groß, dass der Berufsangehörige ein vollständiges Ausbildungsprogramm absolvieren müsste, um die Lücken auszugleichen, und stellt dieser Berufsangehörige einen entsprechenden Antrag, so sollte ein Aufnahmemitgliedstaat unter diesen besonderen Umständen partiellen Zugang gewähren. Aus zwingenden Gründen des Allgemeininteresses im Sinne der Rechtsprechung des Gerichtshofs der Europäischen Union zu den Art.n 49 und 56 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV), die sich möglicherweise noch weiter entwickeln wird, sollte jedoch ein Mitgliedstaat den partiellen Zugang verweigern können. Dies könnte insbesondere bei Gesundheitsberufen der Fall sein, sofern sie Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit oder die Patientensicherheit haben.“

Durch Art. 4f der Richtlinie 2005/36/EG wurde die entsprechende unionsrechtliche Rechtsgrundlage für den partiellen Zugang geschaffen, wobei die Voraussetzungen für die Gewährung einschließlich der Möglichkeit der Verweigerung aus zwingenden Gründen des Allgemeininteresses festgelegt werden und die der automatischen Anerkennung unterliegenden sektoriellen Berufe ausgenommen sind.

Im Rahmen des vorliegenden Entwurfs wird eine entsprechende gesetzliche Grundlage für einen partiellen Zugang im Bereich der Psychotherapie geschaffen, sofern einerseits die Trennbarkeit eines Teilbereichs vom Gesamttätigkeitsbereich objektiv in Betracht kommt und andererseits die österreichische Ausbildung einen derart großen Umfang aufweist, dass für Berufsangehörige, deren Berufsbild und Ausbildung nur einen Teilbereich abdeckt, die Kompensationsmaßnahmen für den Erwerb der Berechtigung für den gesamten Tätigkeitsbereich im Wege von Ausgleichsmaßnahmen unverhältnismäßig wären (Abs. 1). So könnte gegebenenfalls für Personen, die im Herkunftsstaat eine qualifizierte Ausbildung für die spezielle Patientinnen- und Patientengruppe der Kinder und Jugendlichen ohne die nach österreichischer Rechtslage erforderliche, alle Patientinnen- und Patientengruppen umfassende, Ausbildung in Psychotherapie nachweisen zu können, ein partieller Zugang ausschließlich für diesen Teilbereich der Psychotherapie (psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen) in Betracht kommen. In diesem Sinne wird eine gesetzliche Grundlage für die grundsätzliche Möglichkeit des partiellen Zugangs im Bereich der Psychotherapie geschaffen. Klargestellt wird, dass die konkrete Entscheidung ausschließlich auf entsprechenden Antrag der bzw. des Berufsangehörigen – und nicht amtswegig – und auf Basis einer Einzelfallprüfung über das Vorliegen sämtlicher gesetzlich vorgegebenen Voraussetzungen, erforderlichenfalls unter Einholung eines Sachverständigengutachtens, erfolgt.

Abs. 2 normiert die Anwendbarkeit der §§ 27 bis 31 im Falle des partiellen Berufszugangs. Es wird explizit klargestellt, dass bei der Berufsausübung selbstverständlich die gesetzlichen allgemeinen und besonderen Berufspflichten des jeweiligen Berufsrechts zur Anwendung kommen sowie die zivil- und strafrechtlichen Grundsätze der Einlassungs- und Übernahmeverantwortung gelten.

Entsprechend Art. 4f Abs. 5 der Richtlinie 2005/36/EG hat die Berufsausübung von Berufsangehörigen, denen partieller Berufszugang gewährt wurde, unter der Berufsbezeichnung des Herkunftsstaats zu erfolgen. Erforderlichenfalls, insbesondere wenn dies aus Gründen der Transparenz und des Patientinnen- bzw. Patienten- und Konsumentinnen- bzw. Konsumentenschutzes geboten ist, kann zusätzlich das Führen einer im Anerkennungsbescheid festgelegten deutschsprachigen Bezeichnung vorgeschrieben werden (Abs. 3). Weiters wird die Verpflichtung der bzw. des betroffenen Berufsangehörigen einer ausdrücklichen Informationspflicht der Dienstgeberin bzw. des Dienstgebers und der Patientinnen bzw. Patienten über den konkreten Umfang der beruflichen Tätigkeit festgeschrieben.

Zur Durchsetzbarkeit der in Fällen des partiellen Berufszugangs für den Patientinnen- bzw. Patientenschutz und die Transparenz des Berufsumfangs wesentlichen Verpflichtungen betreffend das Führen der zulässigen Berufsbezeichnung sowie die Erteilung der den individuell erteilten Berufsumfang betreffenden Informationen wird ein Verstoß gegen diese Verpflichtungen unter Verwaltungsstrafe gestellt.

Zu § 34:

Das Institut der vorübergehenden Berufsausübung ist dem österreichischen Recht grundsätzlich fremd, da eine Berechtigung zur Ausübung von Gesundheitsberufen im Allgemeinen auf Dauer besteht. In der EU ist dagegen eine vorübergehende Berufsausübung im Rahmen des freien Dienstleistungsverkehrs als eine der vier Grundfreiheiten vorgesehen. Art. 57 AEUV definiert als Dienstleistungen Leistungen, die in der Regel gegen Entgelt erbracht werden, soweit sie nicht den Vorschriften über den freien Waren- und Kapitalverkehr und über die Freizügigkeit der Personen unterliegen. Als Dienstleistungen gelten insbesondere gewerbliche, kaufmännische, handwerkliche und freiberufliche Tätigkeiten. Dies bedeutet, dass § 34 – wie sich aus der EU-rechtlichen Definition der Dienstleistung ergibt und auch ausdrücklich der Überschrift zu dieser Bestimmung zu entnehmen ist – ausschließlich auf eine grenzüberschreitende vorübergehende freiberufliche Ausübung der Psychotherapie anzuwenden ist. Eine freiberufliche Tätigkeit ist insbesondere nicht gegeben bei Berufsausübung im Arbeitsverhältnis bzw. im Wege der Arbeitskräfteüberlassung. Eine freiberufliche Tätigkeit erfolgt hingegen auf eigene Rechnung und Gefahr und weisungsfrei, der Behandlungs- und Betreuungsvertrag wird zwischen der Patientin bzw. dem Patienten und der bzw. dem Berufsangehörigen abgeschlossen.

Art. 57 AEUV kann die bzw. der Leistende unbeschadet des Kapitels über die Niederlassungsfreiheit zwecks Erbringung ihrer bzw. seiner Leistungen ihre bzw. seine Tätigkeit vorübergehend in dem Staat ausüben, in dem die Leistung erbracht wird, und zwar unter den Voraussetzungen, die dieser Staat für seine eigenen Angehörigen vorschreibt. Art. 56 AEUV verbietet den Mitgliedstaaten die Beschränkungen des freien Dienstleistungsverkehrs.

Nach der zum freien Dienstleistungsverkehr ergangenen Judikatur des EuGHs kommt insbesondere das Erfordernis einer festen Niederlassung der Negation der Dienstleistungsfreiheit gleich und ist damit nicht zulässig. Allerdings kann der Dienstleistungsverkehr durch Regelungen beschränkt werden, die durch das Allgemeininteresse gerechtfertigt sind und die für alle im Hoheitsgebiet des Bestimmungsstaates tätigen Personen oder Unternehmen gelten; dies aber nur insoweit, als dem Allgemeininteresse nicht bereits durch die Rechtsvorschriften Rechnung getragen ist, denen die bzw. der Leistungserbringer:in in dem Staat unterliegt, in dem sie bzw. er ansässig ist. Diese Anforderungen müssen sachlich geboten sein, um die Einhaltung der Berufsregelungen und den Schutz der Empfänger:innen von Dienstleistungen zu gewährleisten, und dürfen nicht über das hinausgehen, was zum Erreichen dieser Ziele erforderlich ist.

Im Rahmen der Richtlinie 2005/36/EG werden in Titel II (Art. 5 bis 9) die Regelungen betreffend die Dienstleistungsfreiheit für alle reglementierten Berufe getroffen, sodass diese im Rahmen des Psychotherapiegesetzes umzusetzen sind.

Abs. 1 normiert entsprechend Art. 5 der Richtlinie 2005/36/EG die Zulässigkeit der Erbringung vorübergehender Dienstleistungen in der Psychotherapie, wobei der vorübergehende und gelegentliche Charakter im Einzelfall insbesondere anhand der Dauer, der Häufigkeit, der regelmäßigen Wiederkehr und der Kontinuität der Dienstleistung zu beurteilen ist. Die Regelung ist hingegen nicht auf sonstige begünstigte Drittstaatsangehörige anzuwenden, da die einschlägigen EU-RL grundsätzlich nur eine Gleichstellung hinsichtlich der Anerkennung der Berufsqualifikationen vorsehen.

Abs. 2 beinhaltet die Verpflichtung zur Meldung der Dienstleistung an die Landeshauptfrau bzw. den Landeshauptmann sowie zur Vorlage der erforderlichen Nachweise durch die bzw. den

Dienstleistungserbringer:in nach den Vorgaben des Art. 7 Abs. 1 und 2 der Richtlinie 2005/36/EG. Voraussetzung ist unter anderem die rechtmäßige Ausübung der Psychotherapie im Niederlassungsmitgliedstaat, dies umfasst sowohl die freiberufliche Berufsausübung als auch die Berufsausübung im Arbeitsverhältnis.

Gemäß Art. 7 Abs. 2 lit f der Richtlinie 2005/36/EG, in der Fassung der Richtlinie 2013/55/EU, ist es im Zuge der Meldung der grenzüberschreitenden vorübergehenden Dienstleistungserbringung für Berufe, die die Patientinnen- bzw. Patientensicherheit berühren, möglich, auch eine Erklärung über die für die Ausübung des Berufs erforderlichen Sprachkenntnisse zu verlangen.

Im Abs. 3 wird von der in Art. 7 Abs. 1 und 2 der Richtlinie 2005/36/EG gebotenen Möglichkeit der Verpflichtung der Dienstleistungserbringerinnen bzw. Dienstleistungserbringer zur Erneuerung der Meldung bzw. zur neuerlichen Vorlage der Nachweise bei einer diesbezüglichen wesentlichen Änderung Gebrauch gemacht.

Abs. 4 regelt jene Fälle, in denen auf Grund des Art. 7 Abs. 4 der Richtlinie 2005/36/EG eine Vorabprüfung der Qualifikation der Dienstleistungserbringerin bzw. des Dienstleistungserbringers erfolgen kann. Hinsichtlich jener Fälle, in denen auf Grund der in Art. 10 der Richtlinie 2005/36/EG neu geschaffenen subsidiären Anwendung des allgemeinen Systems keine automatische Anerkennung erfolgt, ist eine Vorabprüfung der Qualifikation der Dienstleistungserbringerinnen bzw. Dienstleistungserbringer zur Verhinderung einer schwerwiegenden Beeinträchtigung der Gesundheit der Dienstleistungsempfänger:innen durchzuführen.

Die Abs. 5 und 6 enthalten die Bestimmungen über das entsprechende in Art. 7 Abs. 4 der Richtlinie 2005/36/EG normierte Verfahren, wobei die Mitteilungen betreffend das Erfordernis und das Ergebnis der Nachprüfung der Qualifikation sowie betreffend die Ablegung der Eignungsprüfung keine Bescheide sind. Lediglich die Untersagung der Tätigkeit gemäß Abs. 6 vorletzter Satz hat mit Bescheid zu erfolgen. Es besteht ex lege Beschwerdemöglichkeit an das Verwaltungsgericht des Landes.

Abs. 7 stellt klar, wann die vorübergehende Dienstleistung aufgenommen werden darf: In Fällen der automatischen Anerkennung ist dies nach Meldung unter Vorlage der erforderlichen Urkunden; in jenen Fällen, in denen eine Vorabprüfung der Qualifikation erfolgt, nach positiver Entscheidung bzw. bei Verschweigen der Behörde nach Ablauf der angeführten Fristen.

In Abs. 8 und 9 werden die berufsrechtlichen Rahmenbedingungen, unter denen die Dienstleistungserbringer:innen tätig werden, klargestellt: Gemäß Art. 5 Abs. 3 der Richtlinie 2005/36/EG unterliegen diese den innerstaatlichen, in diesem Gesetz normierten, Berufspflichten. Gemäß Art. 7 Abs. 3 letzter Satz bzw. Abs. 4 letzter Satz der Richtlinie 2005/36/EG erfolgt die Tätigkeit unter der Berufsbezeichnung des Aufnahmestaats, sofern diese der automatischen Anerkennung unterliegt bzw. eine Vorabprüfung der Qualifikation erfolgt.

Abs. 10 bildet die Grundlage für die Übermittlung von Informationen im Wege des IMI im Rahmen des freien Dienstleistungsverkehrs.

Zu § 35:

In § 35 wird die Grundlage für die Vorgangsweise bei Ausbildungsabschlüssen aus Drittstaaten, die nicht unter die §§ 27 oder 32 fallen, normiert. Diese Bestimmung soll gewährleisten, dass Auszubildende mit bereits erfolgreich absolvierten Teilen einer postsekundären psychotherapeutischen Ausbildung aus Drittstaaten in Österreich nicht die gesamte Ausbildung wiederholen bzw. absolvieren müssen, sofern eine Gleichwertigkeit und Gleichartigkeit der ausländischen Ausbildung festgestellt worden ist.

Sowohl im Falle des Vorliegens eines Bachelorabschlusses (Abs. 1) als auch eines Masterabschlusses (Abs. 2) in der Psychotherapie ist eine Anerkennung (Nostrifizierung) durch die Universität bzw. Privatuniversität erforderlich, um in den folgenden Ausbildungsabschnitt aufgenommen werden zu können.

Gemäß Abs. 3 gelten im Ausland erworbene Urkunden über eine erfolgreich absolvierte postgraduelle psychotherapeutische Fachausbildung als Nachweis für den Zugang zur dieser im Inland, wenn die Gleichwertigkeit der Urkunde mit dem dritten Ausbildungsabschnitt von der Ausbildungseinrichtung anerkannt wurde und allfällig vorgeschriebene Bedingungen erfüllt sind.

Zu § 36:

Angelehnt an § 9 EWR-Psychotherapiegesetz, BGBl. I Nr. 114/1999 soll erstmals im Psychotherapiegesetz eine Regelung zu Lehrpersonen mit Qualifikation aus dem EWR aufgenommen werden. Parallelbestimmung sind für die Musiktherapie in § 15a MuthG und die Gesundheitspsychologie sowie Klinische Psychologie in § 12k Psychologengesetz 2013 vorgesehen.

Zu § 37:

§ 37 ist Grundlage für die Berufsausübung der Psychotherapie. Diese kann freiberuflich oder im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses erfolgen (Abs. 1). Berufsangehörige dürfen ähnlich wie § 45 ÄrzteG 1998 nur maximal zwei Berufssitze haben. Davon unberührt ist die Anzahl der Arbeitsorte.

Eine freiberufliche Berufsausübung ist insbesondere dadurch qualifiziert, dass diese auf eigene Rechnung und Gefahr sowie weisungsfrei erfolgt, der Behandlungs- bzw. Betreuungsvertrag zwischen der Patientin bzw. dem Patienten und der bzw. dem Berufsangehörigen abgeschlossen wird und diese:r über einen oder höchstens zwei Berufssitze in Österreich verfügt (§ 37). Eine freiberufliche Tätigkeit ist insbesondere nicht gegeben bei Personen, die die Tätigkeiten in einem Arbeitsverhältnis bzw. in einem arbeitnehmerähnlichen Verhältnis ausüben; letztere sind Personen, die, ohne in einem Arbeitsverhältnis zu stehen, im Auftrag und für Rechnung bestimmter Personen oder Institutionen Arbeit leisten und wirtschaftlich unselbständig sind.

Die Berufsausübung im Arbeitsverhältnis ist nicht auf bestimmte Einrichtungen eingeschränkt. Dies bedeutet, dass nicht nur Einrichtungen des Gesundheitswesens als Arbeitgeber in Frage kommen, sondern zB auch andere Institutionen, sofern die berufsrechtlichen Vorgaben erfüllt werden. Ebenso kann eine Berufsausübung in Anstellung bei einer bzw. einem freiberuflich tätigen Berufsangehörigen erfolgen.

Die Berufsausübung kann gemäß Abs. 3 im Einzel-, Paar- oder Gruppen-Setting erfolgen.

Die Einzeltherapie ist ein psychotherapeutisches Setting, das ausschließlich zwischen der Patientin bzw. dem Patienten und der bzw. dem konkreten Berufsangehörigen, mit der bzw. dem der Behandlungsvertrag abgeschlossen worden ist, stattfindet. Sie ist die individuellste Form der Behandlung und gleichzeitig die wichtigste Therapieform im Rahmen eines multimodalen Therapiekonzepts. Der Schwerpunkt der Einzeltherapie liegt in der Entwicklung der eigenen Persönlichkeit der Patientin bzw. des Patienten bzw. in der Begleitung in schwierigen Situationen. Ziel der Einzeltherapie ist die Förderung der Stärken und der Gesundheit der Patientin bzw. des Patienten durch mehr Selbstvertrauen, neue Denkansätze sowie veränderte Verhaltensweisen.

Eine Paartherapie ist eine psychotherapeutische Methode zur Klärung partnerschaftlicher Konflikte und partnerschaftliche Themen. Dabei ergreift die bzw. der Berufsangehörige für keine Seite Partei, sondern versucht, die beiden Partner:innen zu einer offenen und wertschätzenden Kommunikation zurückzuführen.

Bei der Gruppenpsychotherapie werden mehrere Patientinnen bzw. Patienten in einer Gruppe gemeinsam behandelt. Die psychische und soziale Gruppen-Dynamik wird genutzt, um Therapieziele zu erreichen. Therapieguppen können aus unterschiedlich vielen Mitgliedern bestehen. Die Gruppensitzungen dauern in der Regel 90 Minuten. Eine Gruppe kann geschlossen (Gruppe besteht vom Anfang bis zum Ende aus den gleichen Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmern) oder offen, wobei hier aufgrund von Therapieende einzelner Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer frei werdende Plätze durch neue Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer besetzt werden, sein. Einer Gruppenpsychotherapie können unterschiedliche psychotherapiewissenschaftliche Ausrichtungen bzw. psychotherapeutische Methoden zugrunde liegen. Untersuchungen zeigen, dass eine Gruppenpsychotherapie bei verschiedenen psychischen Erkrankungen oft genauso hilfreich wie eine Einzeltherapie sein kann. Zudem ist sie kostengünstiger als eine Einzeltherapie. Gruppenpsychotherapie wird ua. bei Angststörungen, Depressionen, Burn-Out-Syndrom, Trauma-Störungen, Suchterkrankungen, Zwangsstörungen, Essstörungen, psychosomatischen Erkrankungen und Schmerzstörungen eingesetzt. Für Patientinnen und Patienten, denen es schwer fällt, in einer Gruppe über ihre persönlichen Probleme zu sprechen und aktiv am Gruppengeschehen teilzunehmen, kann sich dies nachteilig auf ihren Therapieerfolg auswirken. Ein weiterer Nachteil einer Gruppenpsychotherapie ist, dass hier auf die Probleme, Bedürfnisse und Veränderungsmöglichkeiten einer einzelnen Patientin bzw. eines einzelnen Patienten weniger eingegangen werden kann als in einer Einzeltherapie. In solchen Fällen ist oftmals vor oder begleitend zu einer Gruppenpsychotherapie Einzelpsychotherapie erforderlich.

Die Berufsausübung der Psychotherapie ist gemäß Abs. 4 nicht auf den Berufssitz bzw. Arbeitsort beschränkt, sondern kann Notwendigkeit bzw. Sinnhaftigkeit der Behandlung und Betreuung und unter Einhaltung der Berufspflichten beispielsweise auch in der Natur stattfinden.

Zum Bereich „Psychotherapie in der Natur“ ist zu erläutern wie folgt (vgl. *Rogenhofer Richard*, FAQ zur „Psychotherapie in der Natur“): Wissenschaftliche Evidenz konnte für alle Störungsgruppen F1-F9 gemäß ICD-10 für naturbasierte Interventionskonzepte in der Psychotherapie und Psychiatrie in den wissenschaftlichen Datenbanken SCOPUS und PsycINFO nachgewiesen werden. Der Aufenthalt in der Natur ist in der Regel mit körperlicher Bewegung verbunden und weist eine Reihe positiver psychischer und physischer Wirkungen auf. Der Bezug zur Natur reicht vom passiven Hintergrund bei Gehen, Sitzen

bzw. Liegen für die Therapie oder Natur wird aktiv in die therapeutische Arbeit mit einbezogen. Evidenz in der Psychotherapie und Psychiatrie in der Natur wurde für Kinder, Jugendliche, Erwachsene, alte Menschen und Menschen mit Behinderung aufgefunden. Die Erweiterung und Ergänzung klassischer psychotherapeutischer Verfahren durch den Einbezug von Natur in ambulanten und stationären Settings kann empirisch belegt werden. Es wurden empirische Belege zur langfristigen Wirksamkeit für naturbasierte Interventionskonzepte in der Psychotherapie und Psychiatrie gefunden. Im Außenbereich können bei Patientinnen bzw. Patienten Prozesse angestoßen werden, welche im Innenbereich weiter bearbeitet werden können und umgekehrt. Positive psychische und physische Wirkungen durch den Aufenthalt in der Natur fördern die Gesundheit der Berufsangehörigen.

Die inhaltliche Arbeit im erweiterten Natur-Setting muss von den Methoden der erlernten psychotherapiewissenschaftlichen Ausrichtung ausgehen und in Settings eingebunden werden, die Erlebnisse ermöglichen, welche im weiteren Therapieprozess gemeinsam bearbeitet werden. Psychotherapie in der Natur soll keine neue, sondern eine Erweiterung vorhandener Methoden sein. Der Weg in die Natur braucht ausführliche Information, sowie die ausdrückliche Zustimmung und Wahlfreiheit von Patientinnen bzw. Patienten. Zusätzlich zum Behandlungsvertrag wird eine Einverständniserklärung (Kenntnisnahme von Risiken und Möglichkeiten sowie der Problematik und des Umgangs mit eventueller Öffentlichkeit, Anonymität und Verschwiegenheit) für den Bereich der Outdoor-Therapie eingefordert. Weiters ist ein zusätzliches Risiko-Management für psychische und physische Sicherheit notwendig, welches entsprechende Kompetenzen braucht. Beim Arbeiten in der Natur im Gehen und im Sitzen sind zusätzliche Sicherheiten bezüglich physischem Vermögen und Kompetenzen der Patientinnen bzw. Patienten notwendig. Es sind die physische Kondition, die Wegbeschaffenheit, das Schuhwerk, witterungsbeständige Kleidung mit den Patientinnen bzw. Patienten abzustimmen. Die bzw. der Berufsangehörige hat für örtliche und zeitliche Orientierung zu sorgen. Gelände- und Wetterbedingungen (Wegbeschaffenheit, Gefälle, Absturzgefahr, Gefahren bei Wind, Regen, Gewitter, ...) sind vor dem Hintergrund der Kompetenz der Patientinnen bzw. Patienten und Berufsangehörigen zu beachten. Bei natursportlichen Aktivitäten (Schneeschuhwandern, Paddeln, Höhlen, ...), bei handlungsorientierten Aufgabenstellungen mit Material oder Aufgaben mit Seil-/aufbauten (Klettern, Hochseilgarten) braucht es entsprechende nachgewiesene Kompetenzen der Berufsangehörigen („Zero Accident“) oder die Zuziehung von Fachleuten („Hilfspersonen“ gemäß § 40 Abs. 2). Berufsangehörige müssen erstens Fragen der Kompetenz berücksichtigen und Schulungen, Supervisionen und Beratungen für neuartige natur-basierte Therapien absolvieren. Zweitens stehen die Privatsphäre und Vertraulichkeit der Patientinnen bzw. Patienten vor besonderen Herausforderungen, die erkannt und in einem angemessenen Maße gemildert werden müssen. Schließlich müssen Berufsangehörige einem dynamischen und interaktiven Einwilligungsprozess verpflichtet bleiben, der die Autonomie und Handlungsfähigkeit der Patientinnen bzw. Patienten im therapeutischen Prozess respektiert (Hooley 2016).

Psychotherapie in der Natur kann sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting stattfinden und therapeutisch effektiv sein. In der Gruppe in der Natur ist es möglich positive Abhängigkeiten zueinander sichtbar und erlebbar zu machen. Aufgaben in der Natur zB eine Stelle zu überwinden, die allein nicht überwinden werden kann, weil gesichert werden muss, können zu positiven zwischenmenschlichen Erfahrungen führen. Die Gruppe kann als wertvolle Ressource für Lernen genutzt werden. Rückmeldung, Unterstützung und gemeinsame Reflexion wird möglich und die Patientinnen bzw. Patienten können sich in einem geschützten Rahmen in unterschiedlichen Beziehungsdynamiken üben, außerhalb der dyadischen zwischen Patient:in und Psychotherapeut:in. Die Begleitung des Gruppenprozesses durch die Berufsangehörigen ist ein wesentlicher Faktor. Speziell für Jugendliche können kooperative Aufgabenstellungen in der Gruppe „outdoors“ – die Handeln und Verhalten sichtbar und erlebbar machen – als wichtiger Zwischenschritt gesehen werden. Die Themen bleiben nicht abstrakt und können so besser bearbeitet werden. Im Einzelsetting könnte sich die therapeutische Stunde als Walk and Talk Stunde gestalten. In der Arbeit mit Natursymbolen, mit den Landschaftsformen, mit dem Körper, etc. sind jedenfalls im Vorhinein Indikationen und Kontraindikationen für Gruppen- bzw. Einzelsettings immer zu berücksichtigen und abzuwägen.

Natur als geeignetes Setting kann indiziert sein wie folgt:

1. Die Wirkung natürlicher Umgebung, insbesondere wenn herkömmliche Settings kein Veränderungspotential mehr haben und habituierte Mechanismen aktivieren und Symptome stabilisieren.
2. Das In-Bewegung-Kommen im natürlichen Raum (und Gruppenkontexten) bedingt Veränderung, die zunächst auf impliziten Ebenen (Emotion, Beziehungs-Verhalten, aktivierte Gedächtnisinhalte) wirksam und schrittweise expliziert werden kann.

3. Nutzung von Natur für die Anwendung klassischer psychotherapeutischer Methoden: Viele Methoden lassen sich in der Natur vielfältiger umsetzen als im Therapieraum: Konfrontationsmethoden, Aufstellungen, Ruhebilder, Rollenspiele, Körperarbeit, ...
4. Je nach Therapieziel und Therapieschule können unterschiedliche wissenschaftliche Wirkmechanismen zur Erklärung herangezogen werden. Im Kontext von Befindlichkeitsveränderung und depressiven Störungen kann die Befindlichkeitsändernde Wirkung von Natur als Unterstützung gesehen werden (vgl. *Bendau, Petzold, Ströhle*. Bewegung, körperliche Aktivität und Sport bei depressiven Erkrankungen. NeuroTransmitter. 2022; 33). Die mit Natur verbundene, erhöhte körperliche Aktivität kann auf unterschiedlichsten Ebenen therapeutisch wirken (von der Ebene der Myokine bis zur allgemeinen, günstigen Erhöhung der Aktivierung und Vitalität). Konkrete handlungsbezogene Lösungen von Aufgaben können Kompetenzerfahrungen auslösen, die auf Selbstwirksamkeit und Selbstkonzept wirken, mit entsprechender sozialer Unterstützung auch den Selbstwert erhöhen. Kontraindikationen sind mitzudenken.

Psychotherapie, auch außerhalb von Räumlichkeiten („outdoors“), ist an klare, wissenschaftlich prüfbare und erlernbare Methoden geknüpft, hat einen wissenschaftstheoretischen Hintergrund und ist evidenzbasiert. Wird auch – ohne Heilsversprechen – entsprechend der Berufspflichten (vgl. 3. Abschnitt) kommuniziert. Natur dient als analoges Lernfeld, in dem vor dem Hintergrund der eigenen Erfahrungen Natur konstruiert und co-konstruiert wird. Natur stellt im therapeutischen Prozess keine vom Menschen unabhängige normative Größe dar. Dieser Zugang grenzt sich daher von Angeboten zu Themen wie „Heilung“ durch Natur ab.

Die Garantie für den Schutz der Geheimhaltungsinteressen der Betroffenen (Abs. 4) ist die Einhaltung der Verschwiegenheitspflicht gemäß § 45 sowie sonstiger Berufspflichten.

Präsenz und Erreichbarkeit der bzw. des Berufsangehörigen und der bestmögliche barrierefreie Zugang zum Berufssitz bzw. Arbeitsort sind zu gewährleisten.

Abs. 5 normiert erstmals im Bereich der Psychotherapie ausdrücklich die Möglichkeit, bei fachlich begründeter Notwendigkeit Hausbesuche durchführen zu dürfen. Dies entspricht den Anforderungen der psychotherapeutischen Behandlung. Explizit darauf hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang, dass bei Hausbesuchen jedenfalls ausnahmslos alle Berufspflichten und der Datenschutz gewährleistet sein müssen.

Zu § 38:

Abs. 1 und 2 stellen klar, dass mindestens ein Berufssitz in Österreich bestimmt werden muss bzw. darf. Das in Abs. 2 normierte Absehen vom Erfordernis der Begründung eines Berufssitzes in Österreich für die vorübergehende Erbringung von Dienstleistungen ist durch das Recht auf freien Dienstleistungsverkehr im Sinne des AEUV geboten. Da allerdings das Recht auf freien Dienstleistungsverkehr nur subsidiär zum Niederlassungsrecht zur Anwendung kommt, ist dieses restriktiv zu interpretieren. Hinsichtlich der weiteren Erfordernisse für die vorübergehende Erbringung von Dienstleistungen ist hinsichtlich der EU/EWR-Staatsangehörigen auf die speziellen Regelungen der §§ 27 ff. zu verweisen, während ansonsten die allgemeinen Berufsausübungsregelungen zur Anwendung kommen.

Abs. 3, 4 und 5 legen die näheren Vorgaben für den Berufssitz fest. Hierbei ist insbesondere darauf zu achten, dass die psychotherapeutische Praxis entsprechend den Anforderungen der Berufsausübung der Psychotherapie räumlich und sachlich ausgestattet ist. Die Trennung von einem allfälligen Wohnbereich muss klar und eindeutig gegeben sein, um die unabdingbare und nicht verhandelbare Trennung von Beruf und Privatleben zu gewährleisten. Die psychotherapeutische Praxis ist zumindest mit dem vollständigen Namen der bzw. des Berufsangehörigen und der Berufsbezeichnung zu kennzeichnen. Zusätzlich können Zusatzbezeichnungen und Hinweise auf die erlernten psychotherapeutischen Methoden ausgewiesen werden. EU/EWR-Staatsangehörige sind berechtigt, die Bezeichnung gemäß § 8 Abs. 5 zu führen. Zusätzlich können auf einem Praxisschild insbesondere die Erreichbarkeit, Praxiszeiten, der Wahrheit entsprechende Titel und Würden sowie Weiterbildungen ausgewiesen werden. Ein Schild darf nicht in aufdringlicher oder marktschreierischer Form ausgestattet und angebracht sein (vgl. § 48). Bei Beendigung der Berufsausübung ist ein Praxisschild zu entfernen.

Die Garantie für den Schutz der Geheimhaltungsinteressen der Betroffenen (Abs. 5) ist die Einhaltung der Verschwiegenheitspflicht gemäß § 45 sowie sonstiger Berufspflichten.

Zu § 39:

§ 39 normiert in Abs. 1 erstmals explizit die Möglichkeit, Psychotherapie IT-gestützt in Form von Online- bzw. Telepsychotherapie anzubieten und durchzuführen.

Vorrangiges Ziel muss bei jeder Form der Psychotherapie, also bei direktem Kontakt zwischen der bzw. dem Berufsangehörigen und der Patientin bzw. dem Patienten ebenso wie bei Online-Psychotherapie, sein, das Wohl der Patientin bzw. des Patienten zu wahren. Mit der gebotenen psychotherapeutischen Sorgfalt und der daran anknüpfenden rechtlichen Beurteilung ist abzuwägen, ob der Behandlungsprozess oder auch nur Teilschritte entsprechend beherrscht werden und ob auch mit Verfahren der Online-Psychotherapie die erforderlichen Entscheidungsgrundlagen erreicht werden. Zulässige Konstellationen der Online-Psychotherapie setzen aber in der Regel eine vorangegangene persönliche Kontaktaufnahme zwischen der bzw. dem Berufsangehörigen und der Patientin bzw. dem Patienten voraus.

Nur wenn Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten ihren Beruf nach bestem Wissen und Gewissen und unter Beachtung der Erkenntnisse der Wissenschaft ausüben, handeln sie rechtmäßig. Damit sie diesem Sorgfaltsmaßstab gerecht werden können, müssen sie auch bei Verwendung von Online-Psychotherapie eine hinreichende Entscheidungsgrundlage für ihre Tätigkeit zur Verfügung haben und die Gefahren ihrer Tätigkeit beherrschen können. Zentral für die Benennung von fachlichen und vor allem berufsrechtlichen Rahmenbedingungen ist die adäquate Berücksichtigung des Faktors „Distanz“, da die Distanz und die sich daraus ergebenden Konsequenzen zu den wesentlichen Unterscheidungsmerkmalen zu herkömmlichen Settings zählen. Die Beurteilung, ob eine hinreichende Entscheidungsgrundlage vorliegt, ist daran zu messen, ob die durch die Distanz zur Patientin bzw. zum Patienten verursachte Einschränkung in der Wahrnehmung noch eine fachgerechte Interaktion mit dieser bzw. diesem zulässt. Bei jeder psychotherapeutischen Intervention hat die bzw. der Berufsangehörige zu prüfen, ob sie bzw. er in der Lage ist, die Situation und mögliche auftretende Gefahren zu erkennen und zu beherrschen, d.h. in angemessener und der Situation entsprechenden Weise reagieren zu können. Als Maßstab ist die Reaktionsmöglichkeit bei „Face-to-Face-Kontakten“, in der sich die bzw. der Berufsangehörige und die Patientin bzw. der Patient im selben Raum befinden, heranzuziehen.

Die Verpflichtung zur Gefahrenbeherrschung umfasst auch die Verpflichtung, die Patientin bzw. den Patienten umfassend über die Möglichkeiten, Ziele und Grenzen der Online-Psychotherapie aufzuklären und etwaige unrealistische Erwartungshaltungen der Patientin bzw. des Patienten aufzuzeigen und zu relativieren, die Verpflichtung, die Gefahren gegenüber der Patientin bzw. dem Patienten zu benennen, die Verpflichtung, die erfolgte Aufklärung und die wesentlichen Inhalte der Gefahreinschätzung zu dokumentieren und die Verpflichtung, eine Online-Psychotherapie gegebenenfalls auch vorzeitig zu beenden und gleichzeitig eine Face-to-Face-Behandlung zu empfehlen. Kommen der bzw. dem Berufsangehörigen Zweifel über die Grundlagen ihrer bzw. seiner Entscheidung, hat sie bzw. er die Patientin bzw. den Patienten in die Praxis bzw. Ordination zu bestellen oder sie bzw. ihn an die nächstgelegene Psychotherapeutin bzw. den nächstgelegenen Psychotherapeuten oder eine Krankenanstalt zu verweisen. Darüber hinaus muss ein:e gewissenhafte:r Psychotherapeut:in im Einzelfall prüfen, ob ihr bzw. ihm die gelieferten Daten ausreichen, oder ob sie bzw. er weitere Angaben der Patientin bzw. des Patienten benötigt. Es liegt somit in der Verantwortung der bzw. des Berufsangehörigen, inwieweit sie bzw. er sich auf eine Distanzberatung einlässt.

Die Beratungstätigkeit im Internet untersteht neben den rechtlichen Regeln des Psychotherapiegesetzes auch den Bestimmungen der Vertragshaftung aufgrund des abgeschlossenen Behandlungsvertrages. Da das Haftungsrisiko die Berufsangehörige bzw. den Berufsangehörigen alleine trifft, muss ihr bzw. ihm die Möglichkeit geboten werden, Fragen der Patientin bzw. des Patienten abzulehnen und selbst zu bestimmen, wie weit sie bzw. er sich auf eine Beantwortung einlässt und wann sie bzw. er die Beratung abbricht.

Um Psychotherapie verantwortungsvoll und qualitätsgesichert beratend und therapeutisch im digitalen Raum durchführen zu können, ist jedenfalls ein Mindestmaß an Fortbildung notwendig, um verantwortungsbewusst arbeiten zu können. Es werden Wissensbestände um die Eigenheiten digitaler Kommunikation ebenso benötigt, wie Kenntnisse darüber, in welcher Form Interventionen aus dem Face-to-Face Kontext in die verschiedenen Medien übertragen und adaptiert werden können. Auch Supervision ist bei Berufsangehörigen, die über Erfahrungen mit dieser Form der professionellen Kommunikation verfügen, durchzuführen.

Grundsätzlich sind für internetbasierte Therapiesitzungen die Vorgaben der DSGVO einzuhalten. Das bedeutet etwa, dass diese Form der Kommunikation verschlüsselt werden muss. Die Endgeräte der Berufsangehörigen müssen nach dem aktuellen Stand der Technik ausreichend geschützt sein (Firewall, Virenschutz, aktualisierte Betriebssysteme, etc.) und nur die jeweiligen Berufsangehörigen dürfen Zugriff haben. Die Vertraulichkeit ist jedenfalls von Seiten der bzw. des Berufsangehörigen zu wahren und ist soweit möglich die Kenntnisnahme von Therapieinhalten und -gesprächen durch Dritte auszuschließen.

Zusammengefasst sind folgende Punkte zu beachten:

1. Primär sind psychotherapeutische Leistungen in Präsenz durchzuführen.

2. Die psychotherapeutische Tätigkeit hat nach bestem Wissen und Gewissen zu erfolgen.
3. Der Stand der Wissenschaft und der Technik muss zum Wohle der Patientinnen und Patienten gewahrt werden. Alle entsprechenden fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen sind zu berücksichtigen.
4. Eine Aufklärung über die psychotherapiespezifischen Rahmenbedingungen der Online-Psychotherapie gegenüber den Patientinnen und Patienten hat zu erfolgen.
5. Die Situations- und Gefahrenbeherrschung ist zu beachten, wobei als Maßstab das Setting in Realpräsenz heranzuziehen ist.
6. Es muss gewährleistet sein, dass eine technisch reibungsfreie Durchführung der psychotherapeutischen Behandlung sichergestellt ist (Art und Umfang der technischen Ausrüstung).
7. Die datenschutzrechtlichen Regelungen sind einzuhalten. Vor allem muss eine verschlüsselte Datenübertragung gewährleistet sein.
8. Es ist dafür zu sorgen, dass die Werbebeschränkung und die entsprechenden Regelungen des E-Commerce-Gesetzes und des Konsumentenschutzgesetzes eingehalten werden.
9. Online- bzw. Telepsychotherapien sind ebenso wie Psychotherapien in Präsenz zu dokumentieren.

Angemessene Garantien für den Schutz der Geheimhaltungsinteressen der Betroffenen sind die Einhaltung der Berufspflichten, insbesondere der Verschwiegenheitspflicht gemäß § 45, sowie strenger Datensicherungsmaßnahmen etwa (verschlüsselte Kommunikation, Endgerät am aktuellen Stand der Technik, nur die jeweilige Psychotherapeutin bzw. der jeweilige Psychotherapeut haben Zugriff auf das Endgerät).

Zudem ist die umfassende Barrierefreiheit im digitalen Raum möglichst zu gewährleisten.

Abs. 2 legt fest, dass die Begründung der Notwendigkeit von Online-Psychotherapie zu dokumentieren ist. Da für die Berufsausübung online dieselben Berufspflichten anzuwenden sind, hat die erforderliche Aufklärung und die Einholung des Einverständnisses der Patientin bzw. des Patienten zur Durchführung von Online-Psychotherapie zu umfassen.

Zu § 40:

Kernpunkt der psychotherapeutischen Berufspflichten ist die Berufsausübung „nach bestem Wissen und Gewissen“, die in § 40 Abs. 1 normiert ist. Durch diese Begrifflichkeit, die aus dem bisherigen Psychotherapiegesetz übernommen wurde und sich auch im Psychologengesetz 2013 und im Musiktherapiegesetz findet, kann spezifischen berufsethischen Prinzipien, die im Rahmen des Berufspflichtenkatalogs nicht explizit angesprochen werden, bei der Auslegung Rechnung getragen werden. Die Berufsausübung basiert grundsätzlich auf ethischen Grundsätzen, die sich in der Folge im Ethik- und Berufskodex (§ 51) und erforderlichenfalls weiteren fachlichen Richtlinien konkretisieren und auch in Einklang mit den Patientenrechten stehen müssen. Der Ethik- und Berufskodex bietet 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.

Im Zusammenhang mit der Berufsausübung „nach bestem Wissen und Gewissen“ ist zur Abgrenzung der Psychotherapie von esoterischen, spirituellen und weltanschaulichen Angeboten auszuführen wie folgt:

Von der Psychotherapie zu unterscheiden sind alle Arten von esoterischen und spirituellen Methoden, Humanenergetik (wie zB Hilfestellung zur Erreichung einer körperlichen bzw. energetischen Ausgewogenheit mittels Aurainterpretation, mittels Auswahl von Edelsteinen durch Irisenergetik, mittels Energieübertragung durch die Hände), „Geistheilung“, „Schamanismus“ oder „Neoschamanismus“ und Ähnliches. Sofern es sich nicht um die Ausübung der Heilkunde handelt, können diese Angebote teilweise im Bereich des Gewerbes ausgeübt werden, jedoch nicht Teil einer Psychotherapie sein. Eine Psychotherapie verlangt immer auch die Bereitschaft der Patientin bzw. des Patienten, an sich selbst zu arbeiten. Eine wirkliche Veränderung kann auch mit Hilfe der Psychotherapie nur dann herbeigeführt werden, wenn die Patientin bzw. der Patient aktiv an ihrem bzw. seinem Erleben und Verhalten arbeitet, was nicht immer leicht und manchmal schmerzhaft ist.

Kriterien einer wissenschaftlich fundierten Therapiemethode sind insbesondere:

1. Es besteht ein wissenschaftlicher Nachweis der erwünschten Wirksamkeit.
2. Sie beruht auf Voraussetzungen, die mit wissenschaftlichen Erkenntnissen vereinbar sind.

3. Sie geht nach Regeln vor, deren Grundlagen von bewährten psychologischen Theorien und Erkenntnissen hergeleitet sind.
4. Die Therapieziele sind ethisch legitimierbar.
5. Die Methode selbst ist ethisch vertretbar.
6. Die zu erwartenden unerwünschten Wirkungen werden in ihrer Art und Wahrscheinlichkeit untersucht und veröffentlicht.
7. Es besteht eine sinnvolle Kosten-Nutzen-Relation.

Berührungspunkte zwischen Psychotherapie und Esoterik oder Spiritualität ergeben sich bei Sinn- und Wertefragen, wie etwa bei der Erarbeitung persönlicher Lebensziele oder bei Fragen nach dem Lebenssinn sowie nach Tod und Sterben. Psychische Störungen oder Konflikte können aber auch in Zusammenhang mit einer religiösen Identitäts- und Orientierungssuche entstehen oder sich etwa aus weltanschaulich mitbedingten Konflikten im nahen sozialen Umfeld entwickeln. Die Psychotherapie vermag keine allgemein verbindlichen Antworten im Sinne von „Wahrheiten“ auf existentielle Fragen oder gar eine transzendente Wirklichkeit zu geben und kann auch keine Werte- und Sinnfragen beantworten. So werden seriöse Berufsangehörige keine allgemeingültigen Modelle propagieren, sondern vielmehr gemeinsam mit ihren Patientinnen bzw. Patienten nach individuellen Lösungsmöglichkeiten (ua. erforderlichenfalls auch für Werte- und Sinnfragen) suchen. In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass beispielsweise jede Form von Fundamentalismus ausnahmslos keinerlei Berührungspunkte oder Gemeinsamkeiten mit Psychotherapie haben kann und somit strikt von dieser zu trennen ist. Sektenähnliche Gruppierungen im Umfeld von Esoterik, Spiritualität, Fundamentalismus, „Schamanismus“ bzw. „Neoschamanismus“ können das Individuum entmündigen, Beziehungen trennen, „schwarz-weiß-Malerei“ betreiben, mit oft wirklichkeitsfremden Lehren indoktrinieren und finanzielle Ausbeutung der Anhänger:innen betreiben. Hier zeigt sich deutlich der Unterschied zwischen wissenschaftlich begründeten psychotherapeutischen Methoden, die auf psychische Gesundheit abzielen, und auf Glaubensüberzeugungen basierenden Anwendungen.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die professionelle Haltung der Berufsangehörigen von wesentlicher Bedeutung ist und eine Bedingung für professionelles Handeln in der Berufsausübung darstellt. So kann etwa ein Symbol einerseits im Rahmen wissenschaftlich fundierter psychotherapeutischer Methodik Verwendung finden, andererseits aber, ausgestattet mit magischer Bedeutung, im esoterischen, spirituellen oder weltanschaulichen Zusammenhang auf einen völlig anderen Hintergrund bzw. eine andere Haltung hinweisen. Im psychotherapeutischen Kontext wird die Fähigkeit zur Veränderung in der Patientin bzw. dem Patienten gesehen. Esoterische, spirituelle und weltanschauliche Ansätze bauen dagegen in der Regel auf externen Kräften, Mächten oder Energien auf. Während wissenschaftlich fundierte Psychotherapieangebote begrenzte, aber konkrete, mögliche Erfolgsaussichten benennen, sind die Erfolgsversprechen von Angeboten aus dem esoterischen, spirituellen oder weltanschaulichen Bereich oft sehr umfassend, aber vage. Letztere versprechen meist eine schnelle und umfassende Persönlichkeitsveränderung ohne große eigene Bemühungen. Wissenschaftlich ausgebildete Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten handeln auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse und rationaler Grundlagen. Das Weltbild esoterischer, spiritueller oder weltanschaulicher Angebote basiert hingegen meist auf Glaubensvorstellungen bzw. -überzeugungen. Grundannahmen über die Entstehung von Störungsbildern sind bei wissenschaftlich fundierter Psychotherapie theoriegeleitet. Anbieter:innen mit esoterischem, spirituellem oder weltanschaulichem Hintergrund ziehen hingegen häufig auf „Glauben“ basierende Erklärungsmuster heran, die weder bestätigt noch widerlegt werden können. Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten stellen ihre therapeutischen Interventionen einer fundierten Diagnoseerstellung voran, um ein theoriegeleitetes methodisches Vorgehen zu gewährleisten und gezielte Maßnahmen einleiten zu können. Anbieter:innen mit esoterischem, spirituellem oder weltanschaulichem Hintergrund benötigen demgegenüber oft keine Diagnose im wissenschaftlichen Sinn. Selbst eine vorliegende zB medizinische Diagnose interessiert meist nicht. Bei esoterischen, spirituellen oder weltanschaulichen Angeboten wird die Ursache der Erkrankung bzw. Störung und die fehlende „Heilung“ häufig auf mangelnden „Glauben“ der Patientin bzw. des Patienten zurückgeführt, da die Ursache der Krankheit bei der bzw. dem Einzelnen liege und nur diese bzw. dieser durch Selbstheilungsriten wieder die Gesundheit herbeizuführen vermöge. Das zentrale Werkzeug psychotherapeutischer Therapieverfahren ist in der Regel das Gespräch bzw. das bewusst reflektierte und fachlich begründete Gestalten der psychotherapeutischen Beziehung mit psychotherapeutischen Techniken und anderen in der Methode gegründeten Interventionen. In Angeboten mit esoterischem, spirituellem oder weltanschaulichem Hintergrund soll „Heilung“ dagegen aufgrund des Glaubens zB an höhere Mächte oder magische Gegenstände herbeigeführt werden.

Die Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren wird wissenschaftlich überprüft und erst nach einem langwierigen Verfahren in Zusammenarbeit mit dem Psychotherapiebeirat erfolgt eine Anerkennung durch die Behörde. Bei Angeboten mit esoterischem, spirituellem oder weltanschaulichem Hintergrund sind demgegenüber nicht rational überprüfbare Glaubensüberzeugungen maßgeblich. Die Wirksamkeit wird als symptomunspezifisch propagiert. Ursachen für Misserfolge werden regelmäßig nicht in der Methode, sondern häufig bei der Patientin bzw. dem Patienten gesucht. Die Wirksamkeit anerkannter psychotherapeutischer Methoden muss durch empirische Studien nachgewiesen worden sein, welche nachprüfbar sind. Bei Angeboten mit esoterischem, spirituellem oder weltanschaulichem Hintergrund gibt es keine Überprüfbarkeit im wissenschaftlichen Sinn. Anbieter:innen sprechen meist davon, dass ihr Angebot weder erklärbar noch überprüfbar, sondern nur erfahrbar ist (vgl. „[...] seine Theorie sei nicht dazu gedacht, belegt oder falsifiziert zu werden“ aus Porges: Polyvagal Theory: A biobehavioral journey to sociality. In: Comprehensive Psychoneuroendocrinology. Band 7, 1. August 2021)

Fundiert ausgebildete Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten, die in die Berufsliste eingetragen sind, müssen ihre Arbeit fortlaufend in Supervision überprüfen und reflektieren sowie sich der gesetzlich vorgeschriebenen Fort- und Weiterbildung unterziehen. Zudem wird die Einhaltung der Berufspflichten im Anlassfall oder stichprobenartig durch das für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerium überprüft, wobei eine Verletzung der Berufspflichten den Verlust der Vertrauenswürdigkeit und somit eine Entziehung der Berufsberechtigung nach sich ziehen kann. Anbieter:innen mit esoterischem, spirituellem oder weltanschaulichem Hintergrund unterziehen sich in der Regel keiner Überprüfung oder Qualitätskontrolle. Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten sind qualifizierte Fachleute im Gesundheitswesen mit einem klar definierten Know-How und keine „Gurus“, „Wunderheiler:innen“, „Weise Frauen bzw. Männer“, „Schamaninnen“ bzw. „Schamanen“ bzw. „Neoschamaninnen bzw. Neoschamanen“, „Chanelling-Medien“ oder „geistige Führer:innen“.

Wenn Patientinnen bzw. Patienten das Thema Gebete, spirituelle Rituale oder Ähnliches als für sich selbst wesentlich „mit in die Stunde bringen“, gilt es – wie wohl bei allen anderen Themen auch – gemeinsam mit der Patientin bzw. dem Patienten zu verstehen, welche Bedeutung dieses für sie bzw. ihn und in ihrem bzw. seinem Leben hat und unter Umständen einen Bezug zur konkreten (Leidens)-Situation herzustellen. Aktives Einbringen oder Ausführen solcher Ansätze und Handlungen wie beispielsweise von Gebeten oder esoterischen bzw. spirituellen Ritualen durch die Psychotherapeutin bzw. den Psychotherapeuten ist ausnahmslos kein Bestandteil der Psychotherapie und verstößt gegen die psychotherapeutische Berufsethik im oben beschriebenen Sinn. Wenn andere Kontakte und gemeinsame Kontexte (wie zB gemeinsame Gebets- oder Glaubensgruppen) zwischen der bzw. dem Berufsangehörigen und der Patientin bzw. dem Patienten entstehen, gilt ebenfalls die im Berufskodex normierte Regelung, also dies für sich in einer Supervision zu klären und, falls diese Kontakte bzw. Kontexte nicht gelöst werden können, die Psychotherapie verantwortungsvoll zu beenden.

Abs. 2 nennt die für freie Berufe typische Verpflichtung zur persönlichen und unmittelbaren Berufsausübung. Der Kooperationspflicht mit Berufskolleginnen bzw. Berufskollegen und Vertreterinnen bzw. 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 Ärztinnen bzw. Ärzte, Klinische Psychologinnen bzw. Klinische Psychologen, Gesundheitspsychologinnen bzw. Gesundheitspsychologen oder Musiktherapeutinnen bzw. Musiktherapeuten erforderlichenfalls mit Berufsangehörigen der Psychotherapie zusammenarbeiten müssen. Diesbezügliche Pflichten ergeben sich aus den entsprechenden Berufsgesetzen und deren Vorgaben für eine sorgfältige Berufsausübung.

Unter Berufung auf die Verpflichtung, den Beruf „persönlich und unmittelbar“ auszuüben, wurde früher argumentiert, dass eine Behandlung ohne Patientinnen- bzw. Patientenkontakt („Fernbehandlung“, „Distanzbehandlung“) unzulässig sei. Es wird daher aufgrund der nunmehr gegebenen technischen Möglichkeiten und den Erfahrungen der Wirksamkeit von online Behandlungen und Beratungen während der sogenannten Lockdowns im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie ab 2020 zum ersten Mal im Bereich der nichtärztlichen Gesundheitsberufe gesetzlich explizit die Möglichkeit geschaffen, Online-Behandlung und -Beratung im Zuge der Berufsausübung der Psychotherapie anzubieten und durchzuführen (§ 39).

Abs. 2 zweiter Satz erlaubt die Heranziehung von Hilfspersonen. 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 psychotherapeutischen Leistungen.

In Abs. 3 werden die zivil- und strafrechtlichen Grundsätze der Einwilligung in Heilbehandlungen zur Berufspflicht erhoben. Die Bestimmungen sind ergänzend zu den zivilrechtlichen Regelungen der medizinischen Behandlung einer entscheidungsunfähigen volljährigen Person zu verstehen, die mitunter auch die Genehmigung des zuständigen PflEGschaftsgerichts gemäß § 254 Abs. 1 ABGB erfordern.

Mit Abs. 4, wonach sich Berufsangehörige bei der Berufsausübung auf jene psychotherapeutischen Arbeitsgebiete und Behandlungsmethoden zu beschränken haben, in denen sie nachweislich ausreichende Kenntnisse und Erfahrungen erworben haben, steht in unmittelbarem Kontext zu 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.

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

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

Zur Sicherstellung der Beibehaltung des durch die Psychotherapie-Ausbildung erworbenen Qualitätsstandards und Fachwissens im Laufe der gesamten Berufsausübungsdauer der Berufsangehörigen, haben sich diese nach Abs. 7 einer regelmäßigen bundesweiten Qualitätsberichterstattung zu unterziehen.

Abs. 8 normiert erstmals eine dem § 48 ÄrzteG 1998 nachempfundene Hilfeleistungspflicht der Berufsangehörigen der Psychotherapie in notfallartigen Situationen gegenüber Dritte, etwa bedingt durch Unglücksfälle. Die Hilfeleistungspflicht ist jedoch nicht so weit auszulegen, dass in das Berufsbild anderer Berufsgruppen einzugreifen wäre (etwa die Durchführung einer Notoperation vor Ort). Dies soll massive akute psychische Krisen von dritten Personen umfassen und nicht bereits ein Unwohlsein oder Nervosität.

Zu § 41:

Fortbildung erweitert und vertieft die während der Ausbildung erworbenen Kenntnisse in der Psychotherapie. Sie vermittelt Handlungskompetenzen für unterschiedliche Felder der Psychotherapie und fördert aber auch die Bereitschaft und Fähigkeit zur interdisziplinären Kooperation im Gesundheitswesen. Fortbildung ist als selbstverständlicher Bestandteil psychotherapeutischer Berufsausübung zu sehen und definiert sich als eine Interaktion zwischen Berufsangehörigen als Lernende der sich ständig weiterentwickelnden wissenschaftlichen Erkenntnis und dem Berufs- und Praxisumfeld und ganz allgemein den Einflüssen der Gesundheitspolitik. Somit gehört zu den wesentlichen Berufspflichten, dass die bzw. der Berufsangehörige ihren bzw. seinen „Beruf nach bestem Wissen und Gewissen“ auszuüben hat. Diesem Erfordernis ist auch durch die Absolvierung von Fortbildungsveranstaltungen zu entsprechen (Abs. 1). Die regelmäßige Fortbildungspflicht bezieht sich auf alle Berufsangehörigen, die in die Berufsliste eingetragen sind, mit Ausnahme jener Berufsangehörigen, die ihren Beruf eingestellt haben oder deren Berufsberechtigung entzogen worden ist. Für diese Personen gelten bei Wiederaufnahme der Berufstätigkeit die Regeln gemäß § 25 Abs. 2 und 3.

Psychotherapeutische Fortbildung setzt zunächst eine fachliche und formell ordnungsgemäß abgeschlossene fachspezifische Psychotherapieausbildung oder den erfolgreichen Abschluss des zweiten Ausbildungsabschnittes voraus. In der Folge haben Berufsangehörige dafür zu sorgen, dass das hohe Niveau der erlernten Ausbildung beibehalten werden kann. Fortbildung in diesem Bereich bedeutet daher, dass in der jeweils erlernten psychotherapiewissenschaftlichen Ausrichtung und auch darüber hinaus immer wieder eine theoretisch und praktisch orientierte Vertiefung zu erfolgen hat. Berufsbegleitende Fortbildung ist erforderlich, weil die Professionalisierung weiter fortschreitet und sich die Psychotherapie parallel zur Veränderung der gesellschaftlichen Lebensbedingungen weiterentwickelt; die Fortbildung soll der reflektierten Auseinandersetzung mit diesen Weiterentwicklungen im Sinne einer Qualitätssicherung dienen; weil Patientinnen bzw. Patienten das Recht auf psychotherapeutische Behandlung haben, die sich aktuell am neuesten Stand der Wissenschaft orientiert; weil Psychotherapie

ein lebendiger Prozess der wissenschaftlichen Selbstevaluation ist und nicht zuletzt weil Berufsangehörige selbst sich persönlich verändern. Aus diesen Gründen ist es nicht möglich, vor Eintragung in die Berufsliste absolvierte Fortbildungen auf die für eingetragene Berufsangehörige der Psychotherapie geltende Fortbildungspflicht anzurechnen, sondern können vor Eintragung in die Berufsliste aufgrund der Lern- und Lehrfreiheit Fortbildungen zusätzlich zu den im dritten Ausbildungsabschnitt verpflichteten Inhalten besucht werden.

Abs. 2 Der regelmäßige Besuch von Fortbildungsveranstaltungen in der Dauer von mindestens 150 Einheiten im Zeitraum von fünf Jahren kann als allgemein akzeptierter Richtwert genannt werden. Fortbildung kann methodenspezifisch und methodenerweiternd sein sowie besondere Schwerpunkte (ua. Diagnostik, Fachliteratur, rechtliche Fragen, Psychiatrie) beinhalten. Diese Maßnahme dient der Sicherung der Patientinnen- bzw. Patientenrechte auf eine bestmögliche qualitative Behandlung.

Eine verdichtete Fortbildungspflicht wird für Berufsanfänger:innen in Abs. 3 normiert. Diese haben regelmäßig begleitende Fallsupervision im Ausmaß von zumindest zwei ECTS-Anrechnungspunkten zu absolvieren. Diese 60 Einheiten zählen zu dem in Abs. 2 verpflichtet festgelegten Fortbildungsumfang.

Weiters haben Lehrende aufgrund der in der Lehre gehobenen Anforderungen an die Aktualität der wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen insbesondere in diesen Bereichen gemäß Abs. 4 zumindest ein ECTS-Anrechnungspunkt Fortbildungsveranstaltungen über Ethik in der Psychotherapie, rechtliche Rahmenbedingungen und Didaktik innerhalb eines Zeitraumes von jeweils fünf Jahren zu absolvieren.

Abs. 5 legt fest, dass die absolvierte Fortbildung seitens der Berufsangehörigen der Behörde aktiv glaubhaft zu machen, 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.

Abs. 6 normiert explizit die Möglichkeit der Anrechenbarkeit von Fort- und Weiterbildungen gemäß ÄrzteG 1998, MuthG, Psychologengesetz 2013 und GukG, da auch in derartigen Fort- und Weiterbildungen psychotherapierrelevante Inhalte vermittelt werden können. Im Umfang dieser absolvierten Fort- und Weiterbildungen werden die Berufsangehörigen von ihrer Fortbildungspflicht entbunden, jedoch nur im Ausmaß von einem Drittel der insgesamt notwendigen Fortbildungen. Eine bescheidmäßige Entscheidung ist nicht vorgesehen, die Überprüfung der Einhaltung der Fortbildungspflicht erfolgt insbesondere im Rahmen von stichprobenartigen Kontrollen.

Zu § 42:

§ 42 normiert die Aufklärungspflicht in bewährter Weise und folgt dem Beispiel des Psychologengesetzes 2013 und des Musiktherapiegesetzes. Wer im konkreten Fall aufzuklären ist, ergibt sich insbesondere aufgrund der zivil- und strafrechtlichen Vorgaben. Die zentrale Funktion der Aufklärung liegt in der Wahrung der Entscheidungsfreiheit. Es geht um die Vermittlung jener Informationen, die die Patientin bzw. der Patient braucht, um das Wesen, die Bedeutung und Tragweite einer psychotherapeutischen Maßnahme zu erfassen. Die Patientin bzw. der Patient muss in die Lage versetzt werden, alle Für und Wider einer Behandlung gegeneinander und unter Berücksichtigung ihrer bzw. seiner konkreten persönlichen Situation abwägen zu können. Die bzw. der Berufsangehörige eröffnet gleichsam ihrer bzw. seiner Patientin bzw. ihrem bzw. seinem Patienten in einem bestimmten Umfang den Zugang zu ihrem bzw. seinem eigenen medizinischen Fachwissen; sie bzw. er bezieht die Patientin bzw. den Patienten in ihre bzw. seine Tätigkeit ein. Die Aufklärung ist damit selbst Teil der psychotherapeutischen Behandlung. Die Information durch die bzw. den Berufsangehörigen dient der Vorbereitung einer konkreten Entscheidung der Patientin bzw. des Patienten, ob sie bzw. er die Einwilligung zur Vornahme einer psychotherapeutisch indizierten Maßnahme erteilt oder eine solche ablehnt. Ohne entsprechende psychotherapeutische Informationen kann die Patientin bzw. der Patient ihr bzw. sein Selbstbestimmungsrecht nicht ausüben.

Gemäß Abs. 1 trifft die Aufklärungspflicht sämtliche Berufsangehörigen. Die Aufklärung hat insbesondere rechtzeitig zu erfolgen und ist im Falle von Änderungen während der Behandlung zu erneuern. Die Einwilligung in den Behandlungsvertrag ist nur dann wirksam, wenn ihr eine ausreichende Aufklärung vorausgeht. Man spricht daher auch von dem Erfordernis einer informierten Zustimmung („informed consent“). Anderes gilt nur, wenn die Patientin bzw. der Patient wirksam auf die Aufklärung verzichtet hat (OGH SZ 55/114; BGH 15.02.2000, VI ZR 48/99 NJW 2000, 1748).

Abs. 2 enthält eine beispielhafte Liste, worüber durch die Berufsangehörigen in jedem Fall aufzuklären ist, damit die Patientin bzw. der Patient eine informierte Entscheidung insbesondere für oder gegen die Behandlung bzw. über die Art der Behandlung treffen kann. Die Bestimmung setzt auch die Vorgaben der Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientinnen- und Patientenrechte in der

grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung betreffend Aufklärung über Kosten und Kostentragung um.

Zum Schlussteil des Abs. 2 ist zu erläutern wie folgt: Die Kooperation mit Angehörigen anderer Berufsgruppen zählt regelmäßig zu den Berufspflichten der verschiedenen Gesundheitsberufe. Auch Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten haben ihren Beruf in Zusammenarbeit mit Vertreterinnen bzw. Vertretern ihrer oder einer anderen Wissenschaft auszuüben, sofern es dem Wohl der Patientinnen bzw. Patienten förderlich ist. Dieser Idee der Kooperation entspricht es daher auch, wenn eine Patientin bzw. ein Patient einer Krankenanstalt durch Angehörige verschiedener Gesundheitsberufe behandelt oder betreut wird. Die gemeinsam geführte Dokumentation hat deshalb alle Informationen zu enthalten, die es den anderen Personen im Team ermöglichen, sich rasch und effizient über die bisherig erfolgten Maßnahmen und den Verlauf der Therapie zu informieren, die für die jeweilige Behandlung von Relevanz ist. Eine umfassende Betreuung kann in einer großen Behandlungseinrichtung nur fehlerfrei funktionieren, wenn Informationen richtig und rasch weitergeleitet werden.

Die Patientin bzw. der Patient ist daher zu Beginn ihrer bzw. seiner Behandlung über das zu ihrem bzw. seinem Wohl notwendige Gesamtbehandlungskonzept aufzuklären, welches unter Abstimmung der medizinischen und psychotherapeutischen, klinisch-psychologischen, bzw. sonstigen Intervention zu erstellen ist. Dadurch soll der Austausch von grundlegenden Informationen zwischen den einzelnen Mitgliedern eines interdisziplinären Teams gewährleistet und eine bestmögliche Behandlung der Patientin bzw. des Patienten sichergestellt werden. Besteht eine gesetzliche oder dienstrechtliche Verschwiegenheitspflicht, bestimmen sich deren Art und Umfang sowie deren Durchbrechungen nach den dienst- oder berufsrechtlichen Vorschriften (vgl. dazu *Füszl* in Handbuch Medizinrecht, Kap. IV.1.25).

Um Berufsangehörigen die Einhaltung der Verschwiegenheitspflicht im Rahmen ihrer Arbeit innerhalb einer Krankenanstalt zu ermöglichen, bestimmt § 10 Abs. 4 Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten – KAKuG, BGBl. Nr. 1/1957, dass Aufzeichnungen, die Geheimnisse betreffen, die (ua.) Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes und ihren Hilfspersonen in Ausübung ihres Berufes anvertraut oder bekannt geworden sind, im Rahmen der Krankengeschichte sowie in sonstigen Vermerken, welche die Aufnahme und Entlassung der Patientin bzw. des Patienten betreffen, nicht geführt werden dürfen. Das bedeutet, dass Aufzeichnungen, die Geheimnisse betreffen, zwar anzulegen sind, diese jedoch nicht in der „allgemein zugänglichen“ Dokumentation vermerkt werden dürfen und von den medizinischen oder pflegerischen Aufzeichnungen, räumlich streng getrennt aufzubewahren sind. In der gemeinsamen Krankengeschichte der Anstalt sind nur die Rahmendaten wie Grund, Zeit, Frequenz und Art der psychotherapeutischen Behandlung aufzunehmen, während die Inhalte der Behandlung in einer eigenen psychotherapeutischen Dokumentation festzuhalten sind.

In diesem Zusammenhang kann zunächst festgehalten werden, dass sich der Informationsaustausch – ohne gültige Entbindung – innerhalb eines interdisziplinären Teams auch auf derartige Inhalte beschränken sollte. Soll es im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit zum Austausch von Informationen kommen, die auch Geheimnisse betreffen, muss daher mit der Patientin bzw. dem Patienten im Vorfeld abgesprochen werden, welche Tatsachen aufgrund der geplanten und erforderlichen Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen keinesfalls als Geheimnis angesehen werden können und notwendigerweise zur Entwicklung und Durchführung von Therapieplänen an konkrete Personen des Behandlungsteams weitergegeben werden können und müssen. In diesem Zusammenhang ist auf die berufsrechtliche Aufklärungspflicht hinzuweisen, wobei die Aufklärung vor Erbringung der psychotherapeutischen Leistungen zu erfolgen hat. Darüber hinaus ist die Verpflichtung von Patientinnen bzw. Patienten zur Erteilung einer pauschalen Verschwiegenheitsentbindung nicht ausreichend, um Tatsachen, die als Geheimnis anzusehen sind, innerhalb des Teams weiterzugeben. Eine Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht kann vielmehr nur im Einzelfall erteilt werden, wenn die bzw. der Patientin nach freier Entscheidung zu dem Entschluss gekommen ist, von dem gesetzlich normierten Schutzinteresse abzugehen und ihre bzw. seine Privatsphäre durch Entbindung von der Verschwiegenheit preiszugeben.

Wenn die Weitergabe eines Geheimnisses innerhalb des interdisziplinären Teams beabsichtigt wird, ist daher zunächst eine ausdrückliche, freiwillige und irrtumsfreie Einwilligung der aufgeklärten und entscheidungsfähigen Patientin bzw. des aufgeklärten und entscheidungsfähigen Patienten einzuholen. Allerdings dürfen unter Berufskolleginnen bzw. Berufskollegen jedenfalls nur jene Daten weitergegeben werden, die tatsächlich für die Behandlung bzw. Betreuung erforderlich sind, worunter wohl auch eine Diagnose fallen würde, sollten doch etwa Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin sowie Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten oder Klinische Psychologinnen bzw. Klinische Psychologen gerade bei Diagnosen übereinstimmen (vgl. dazu *Kletečka-*

Pulker, Schweigepflicht und Kooperation in *Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer* (Hrsg.), Handbuch Medizinrecht).

Die Vereinbarung mit der Patientin bzw. dem Patienten darüber, welche Informationen an wen weitergegeben werden dürfen, sollte dokumentiert werden.

Die bzw. Der Patient:in ist weiters auch darüber in Kenntnis zu setzen, dass jedenfalls aus dem Team keine Geheimnisse an Dritte weitergegeben werden dürfen, sodass letztlich diese Informationen ausschließlich im Bereich des Teams verbleiben müssen.

Wird eine Tatsache von einer Patientin bzw. einem Patienten als besonders geheimhaltungswürdig angesehen und unter diesem Hinweis ausschließlich ihrer bzw. seiner Psychotherapeutin bzw. ihrem bzw. seinem Psychotherapeuten anvertraut, hat diese bzw. dieser dieses Geheimnis auch gegenüber den Mitgliedern im Team zu wahren.

Gemäß Abs. 2 Z 8 ist die bzw. der Patient:in über die Verarbeitung von Daten, insbesondere hinsichtlich der Übermittlung von Daten an Dritte, aufzuklären. Durch diese Aufklärungspflicht bleiben die Bestimmungen des Datenschutzrechts, insbesondere Art. 13 und 14 DSGVO, unberührt.

Zu § 43:

Diese Bestimmung des § 43 zur Auskunftspflicht ist im Zusammenhang mit der Verschwiegenheitspflicht und der Dokumentationspflicht zu sehen. Die Auskunftspflicht ist eine der Grundlagen für das notwendige Vertrauensverhältnis zwischen Patient:in und der bzw. dem Berufsangehörigen.

Das Recht auf Auskunft beinhaltet nur die bloße Mitteilung von Daten über die erbrachten Leistungen und nicht die tatsächliche Einsicht in die Unterlagen und ist somit vom Einsichtsrecht in die Dokumentation (§ 44 Abs. 2) zu unterscheiden. Grundsätzlich erfolgt die Auskunft schriftlich und entsprechend dem Transparenzgebot (Art. 12 Abs. 1 DSGVO) in einer kompakten, transparenten, verständlichen und leicht zugänglichen Form. Auf Verlangen der bzw. des Betroffenen ist auch eine mündliche Auskunftserteilung möglich. Erforderlich hierfür ist der zweifelsfreie Nachweis der Identität der betroffenen Person. Unter folgenden Voraussetzungen kann die Auskunft jedoch per Telefon, per Fax oder E-Mail erfolgen: Sicherstellung der Identität bzw. Authentizität der bzw. des Anfragenden (zB Verifizierung durch Rückruf), Sicherstellung, dass die Information nur dieser erhält (zB nicht allgemein zugängliches Fax) und Geltendmachung des Rechts auf Auskunft mittels qualifizierter elektronischer Signatur.

Den im Abs. 1 angeführten Personen ist über sämtliche erbrachte psychotherapeutische Leistungen Auskunft zu erteilen. Hierbei obliegt es der professionellen, sozialen und menschlichen Verantwortung der bzw. des Berufsangehörigen zu entscheiden, in welcher Form die notwendigen Informationen gegeben werden. Dabei ist auf die geistigen Fähigkeiten der Patientin bzw. des Patienten Bedacht zu nehmen, wobei von der bzw. dem Berufsangehörigen erwartet werden kann, die gesetzten Maßnahmen bzw. erbrachten Leistungen auch in einfachen Worten darzulegen. Was die in der Krankengeschichte enthaltenen und allen in einer Krankenanstalt behandelnden bzw. betreuenden Gesundheitsberufen zugänglichen Informationen betrifft, so gelten für eine entsprechende Auskunftserteilung die berufsrechtlichen Schranken.

Ein unmittelbar anzuwendendes Recht auf Auskunft normiert Art. 15 DSGVO, wonach jede:r, soweit sie bzw. ihn betreffende personenbezogene Daten zur automationsunterstützten Verarbeitung oder zur Verarbeitung in manuell, d.h. ohne Automationsunterstützung geführten Dateien bestimmt sind, nach Maßgabe gesetzlicher Bestimmungen das Recht auf Auskunft darüber hat, wer welche Daten über ihn verarbeitet, woher die Daten stammen, und wozu sie verwendet werden, insbesondere auch, an wen sie übermittelt werden und das Recht auf Richtigstellung unrichtiger Daten und das Recht auf Löschung unzulässigerweise verarbeiteter Daten.

Gemäß der zu Art. 15 Abs. 3 DSGVO ergangenen Rechtsprechung des EuGHs (vgl. das Urteil vom 26. Oktober 2023, C-307/22) umfasst das Auskunftsrecht auch die (kostenlose) Bereitstellung des Inhaltes einer Behandlungsdokumentation.

Hinsichtlich der in Abs. 2 normierten Auskunftspflicht ist auf die Einschränkung gegenüber der bzw. dem gesetzlichen Vertreter:in der behandelten Person hinzuweisen. Deren Auskunftsrecht ist auf Informationen eingeschränkt, deren Weitergabe das Vertrauensverhältnis der bzw. des Berufsangehörigen zur behandelten bzw. betreuten 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 sein könnte, muss geklärt werden. Insbesondere wird zu prüfen sein, in welchem Auftrag die- bzw. derjenige tätig ist, an den die Daten weitergegeben werden sollen. Über Geheimnisse darf jedenfalls ohne Einwilligung keine Auskunft an Dritte gegeben werden.

Abs. 3 normiert ausdrücklich die Auskunftspflicht über notwendige Daten, die für Erbringung von Leistungen durch Sozialversicherungsträger oder sonstige Kostenträger erforderlich ist. Da es sich bei der Dokumentation um Gesundheitsdaten gemäß Art. 4 Z 15 DSGVO handelt, müssen für die Auskunftserteilung entweder die Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten oder der gesetzlichen Vertreterin bzw. des gesetzlichen Vertreters (Abs. 1 und 2) oder eine entsprechende Legitimation durch das Gesetz selbst vorliegen. Dabei ist festzuhalten, dass sich die Rechte der betroffenen Person grundsätzlich unmittelbar anwendbar aus den Art. 12 ff. DSGVO ergeben.

Gemäß Abs. 4 ist auch über die Berufshaftpflichtversicherung Auskunft zu geben.

Durch die nunmehr normierten Auskunftspflichten bleiben die Bestimmungen des Datenschutzrechts, insbesondere Art. 15 DSGVO, unberührt.

Zu § 44:

§ 44 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 Psychologengesetzes 2013 sowie des Musiktherapiegesetzes und unterstützt zugleich die Vorbildwirkung für die Dokumentation durch Angehörige anderer Gesundheitsberufe. Die Dokumentation ist vorzugsweise digital unter Sicherstellung der entsprechenden Datensicherheit zu führen. Gemäß Art. 4 Z 1 DSGVO fallen unter „personenbezogenen Daten“ *alle Informationen, die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche Person (im Folgenden „betroffene Person“) beziehen; als identifizierbar wird eine natürliche Person angesehen, die direkt oder indirekt, insbesondere mittels Zuordnung zu einer Kennung wie einem Namen, zu einer Kennnummer, zu Standortdaten, zu einer Online-Kennung oder zu einem oder mehreren besonderen Merkmalen, die Ausdruck der physischen, physiologischen, genetischen, psychischen, wirtschaftlichen, kulturellen oder sozialen Identität dieser natürlichen Person sind, identifiziert werden kann.*

Nach Erwägungsgrund 35 der DSGVO, zählen *„zu den personenbezogenen Gesundheitsdaten alle Daten [...], die sich auf den Gesundheitszustand einer betroffenen Person beziehen und aus denen Informationen über den früheren, gegenwärtigen und künftigen körperlichen oder geistigen Gesundheitszustand der betroffenen Person hervorgehen. Dazu gehören auch Informationen über die natürliche Person, die im Zuge der Anmeldung für sowie der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen im Sinne der Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates für die natürliche Person erhoben werden, Nummern, Symbole oder Kennzeichen, die einer natürlichen Person zugeteilt wurden, um diese natürliche Person für gesundheitliche Zwecke eindeutig zu identifizieren, Informationen, die von der Prüfung oder Untersuchung eines Körperteils oder einer körpereigenen Substanz, auch aus genetischen Daten und biologischen Proben, abgeleitet wurden, und Informationen etwa über Krankheiten, Behinderungen, Krankheitsrisiken, Vorerkrankungen, klinische Behandlungen oder den physiologischen oder biomedizinischen Zustand der betroffenen Person unabhängig von der Herkunft der Daten, ob sie nun von einem Arzt oder sonstigem Angehörigen eines Gesundheitsberufes, einem Krankenhaus, einem Medizinprodukt oder einem In-Vitro-Diagnostikum stammen.“*

Der Umfang der Dokumentationspflicht bestimmt sich weitgehend nach ihren Zwecken, zu denen insbesondere die Therapiesicherung, die Beweissicherung und die Rechenschaftslegung zählen. Die Dokumentation dient nicht nur der Information der bzw. des Berufsangehörigen, sondern liegt vor allem auch im Interesse der Patientin bzw. des Patienten. Nur durch eine umfassende Aufzeichnung des Behandlungsablaufs kann eine ordnungsgemäße Behandlung – insbesondere in arbeitsteiligen Prozessen – sichergestellt werden. Darüber hinaus kommt der Dokumentation eine wesentliche Beweisfunktion im Rahmen eines etwaigen Haftungsprozesses zu.

Abs. 1 listet die wichtigsten Inhalte der psychotherapeutischen Dokumentation auf, wobei es sich jedoch nur um eine beispielhafte Aufzählung („insbesondere“) handelt. Es sind daher auch jene Maßnahmen und Ereignisse zu dokumentieren, die nicht ausdrücklich in der Bestimmung genannt werden, aber von gleicher Wichtigkeit sind. Alle wesentlichen diagnostischen Ergebnisse und therapeutischen Maßnahmen müssen in der Dokumentation enthalten sein.

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 psychotherapeutischen Behandlung bzw. Betreuung oder für diese bedeutsam geworden sind. Darüber hinaus wird im Abs. 2 der Kreis der Personen, die in die Dokumentation Einsicht nehmen dürfen, auf jene Personen erweitert, die von der Patientin bzw. dem Patienten als einsichtsberechtigt benannt wurden. Dass die behandelte Person das Recht auf Einsicht, Richtigstellung unrichtiger und Löschung unzulässigerweise verarbeiteter Daten hat, ergibt sich bereits aus der DSGVO.

Gemäß der zu Art. 15 Abs. 3 DSGVO ergangenen Rechtsprechung des EuGHs (vgl. das Urteil vom 26. Oktober 2023, C-307/22) umfasst das Auskunftsrecht auch die (kostenlose) Bereitstellung des Inhaltes einer Behandlungsdokumentation.

Sachliche Begründung für die Ausnahme von Teilen bzw. der gesamten Dokumentation vom Einsichtsrecht ist das sogenannte therapeutische Privileg. Im Einzelfall soll Berufsangehörigen die Möglichkeit der Abwägung zukommen, ob die Information aus fachlicher Rücksichtnahme allenfalls beschränkt werden, wenn die Einsichtnahme zu einer erheblichen Gefährdung des Wohls der betroffenen Patientin bzw. des betroffenen Patienten führen würde. Die Verweigerungsgründe sind in der Dokumentation auf einem eigenen Beiblatt zu dokumentieren. Ein pauschaler Hinweis auf therapeutische Kontraindikationen genügt nicht. Die Einsichtsverweigerung darf nicht schon bei jeder möglichen „Beunruhigung“ der Patientin bzw. des Patienten oder allein deswegen erfolgen, weil diese:r an einer psychischen Krankheit leidet.

Die Dauer der Aufbewahrungspflicht wird nach dem Vorbild anderer Gesundheitsberufe mit zehn Jahren festgelegt (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.

Abs. 4 regelt das rechtliche Schicksal der Dokumentation von verstorbenen Berufsangehörigen über Behandlungen, die nicht in Einrichtungen stattgefunden haben. Die Erbin bzw. den Erben oder die bzw. den sonstige:n Rechtsnachfolger:in der bzw. des verstorbenen Berufsangehörigen trifft die Verpflichtung, die Dokumentation unter Wahrung der Verschwiegenheitspflicht nach Ablauf von zehn Jahren zu vernichten. Hierbei ist selbstverständlich der Datenschutz zu wahren.

Angemessene Garantien für den Schutz der Geheimhaltungsinteressen sind die Anwendung der psychotherapeutischen Verschwiegenheitspflicht auf die Erbin bzw. den Erben oder die bzw. den sonstige:n Rechtsnachfolger:in.

Weiters besteht ein Verwendungsverbot, da die Dokumentation nicht der Öffentlichkeit zugänglich werden darf. Dieses Verwendungsverbot gilt auch für Dritte.

Eine Ton- oder Bildaufzeichnung des therapeutischen Gesprächs bzw. der Behandlung darf nur erfolgen, wenn sowohl die bzw. der Berufsangehörige als auch die bzw. der Patient:in einem derartigen Vorgehen zugestimmt hat und die Ton- oder Bildaufnahme daher auf gegenseitigem Einvernehmen beruht. Wie diesbezüglich weiter im Sinne der Verschwiegenheit mit Ton- oder Bildaufzeichnungen umzugehen ist, ist vorab mit der Patientin bzw. dem Patienten zu klären (zB an wen darf eine Weitergabe erfolgen, was fällt unter die Verschwiegenheitspflicht, Widerruf der Verwendung der Tonaufnahme zB bei Studien, etc.). Ton- und Bildaufnahmen unterliegen ebenfalls der Verschwiegenheitspflicht (Abs. 5). Mit Blick auf den Grundsatz der Speicherbegrenzung in Art. 5 Abs. 1 lit. e DSGVO war die Speicherdauer für den Verarbeitungszweck im Gesetzestext mit einer bestimmten Frist zu begrenzen.

Zu § 45:

Berufsangehörige, ihre Hilfspersonen sowie Personen, die zur Vorbereitung auf den Beruf oder im Rahmen der psychotherapeutischen Ausbildung an einer psychotherapeutischen Tätigkeit teilnehmen, sind gemäß Abs. 1 zur Verschwiegenheit über alle ihnen in Ausübung ihres Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse verpflichtet.

Die Verschwiegenheitspflicht trifft alle Berufsangehörigen, ihre Hilfspersonen sowie Auszubildende, unabhängig davon, ob diese eine Tätigkeit in Vorbereitung des Berufes durchführen oder schon selbständig psychotherapeutisch tätig werden. Sie zielt auf den Schutz jener Menschen ab, die psychotherapeutische Tätigkeiten in Anspruch nehmen und dabei ein besonderes Vertrauensverhältnis eingehen. In einem Bereich, in dem Information und Vertrauen eine zentrale Rolle spielen, soll jede missbräuchliche Verwendung von Kenntnissen, vor allem, wenn sie aus der Privatsphäre stammen, verhindert werden.

Schutzobjekt der Rechtsordnung ist das besondere Vertrauensverhältnis, das durch die Verschwiegenheitspflicht in der Beziehungsarbeit zwischen Berufsangehörigen und Patientinnen bzw. Patienten abgesichert wird. Durch diesen geschützten Rahmen soll gewährleistet werden, dass Personen überhaupt eine Psychotherapie in Anspruch nehmen. Nur wenn sie ihre psychischen Probleme offen kommunizieren, können diese entsprechend fachlich-professionell behandelt werden. So entsteht für Patientinnen bzw. Patienten, für deren Umfeld (Angehörige, Freundinnen bzw. Freunde, Berufskolleginnen bzw. Berufskollegen) und letztlich für die Allgemeinheit ein entscheidender Nutzen.

Unter Geheimnissen sind (wahre oder objektiv unwahre) Informationen oder Tatsachen zu verstehen, die nur der Trägerin bzw. dem Träger des Geheimnisses oder allenfalls noch einem begrenzten Personenkreis

bekannt sind und an denen ein natürliches Interesse der Betroffenen besteht, dass diese Außenstehenden nicht bekannt werden. Unter den Geheimnisbegriff fallen auch sogenannte „Drittgeheimnisse“. Es handelt sich dabei um Geheimnisse, welche nicht die Sphäre der Patientin bzw. des Patienten, sondern die einer bzw. eines Dritten betreffen (vgl. *Kletečka-Pulker*, Schweige-, Anzeige-, und Meldepflichten in *Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer* (Hrsg.), Handbuch Medizinrecht).

Im Zweifel ist davon auszugehen, dass bereits die Tatsache, dass sich die Patientin bzw. der Patient in psychotherapeutischer Behandlung befindet, ein schützenswertes Geheimnis. Bei der Beurteilung, welche Informationen und Tatsachen im Einzelfall tatsächlich zu wahren Geheimnissen darstellen, sind jedenfalls die Sichtweise der betroffenen Patientin bzw. des betroffenen Patienten und deren bzw. dessen Anspruch auf Geheimhaltung zu beachten. Tatsachen, die für die Patientin bzw. den Patienten selbst, deren Angehörige oder auch Dritte einen Nachteil in gesundheitlicher, wirtschaftlicher oder gesellschaftlicher Sicht bedeuten können, sind ohne Zweifel vom Geheimnisschutz erfasst.

Aufgrund der Schwierigkeit, Umfang und Inhalt der zu schützenden Geheimnisse exakt zu ermessen, bedarf es einer Übereinstimmung zwischen der bzw. dem Berufsangehörigen und der Patientin bzw. dem Patienten. Davon unberührt bleibt die Verpflichtung gemäß § 43, auch einer bzw. einem gesetzlichen Vertreter:in der behandelten oder betreuten Person sowie Personen, die von der behandelten oder betreuten Person als auskunftsberechtigt benannt worden sind, grundsätzlich alle Auskünfte über die Behandlung zu erteilen (Auskunftspflicht). Diese Auskunftspflicht ist allerdings insbesondere auf Art, Umfang und Entgelt, nicht aber auf Geheimnisse der Behandlung oder Betreuung, reduziert. Die Patientin bzw. der Patient ist zu Beginn der Behandlung durch die Berufsangehörigen darüber zu informieren, welche Auskünfte der gesetzlichen Vertreterin bzw. dem gesetzlichen Vertreter zu erteilen sind. In diesem Sinne haben auch Inhalte einer Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen oder mit einer durch eine:n Erwachsenenvertreter:in vertretenen Personen – und damit der eigentliche Behandlungsvorgang – gegenüber der bzw. dem gesetzlichen Vertreter:in oder der bzw. dem Erwachsenenvertreter:in geschützt zu bleiben, wie gegenüber allen Dritten, einschließlich Ehegattinnen bzw. Ehegatten und Verwandten, sowie privaten und öffentlichen Einrichtungen (wie zB Sozialversicherungsträgern, Kammern, Behörden). Daher sind auch bei einem „Elterngespräch“ nur die genannten Eckpunkte der Behandlung mit unmündigen Minderjährigen an die auskunftsberechtigten Personen weiterzugeben.

In Ausnahmefällen kann der Bruch der Verschwiegenheitspflicht allerdings gerechtfertigt sein, wenn einer Person gegenwärtig und unmittelbar ein bedeutender Nachteil droht und die Verletzung der Verschwiegenheitspflicht dazu dient, diesen Nachteil abzuwenden. Der Nachteil muss sich unmittelbar auf höherwertige Rechtsgüter wie zB Leben, Gesundheit oder sexuelle Integrität eines Menschen beziehen. Das betrifft sowohl das Leben und die Gesundheit der Patientin bzw. des Patienten selbst als auch einer bzw. eines Dritten. Sind solche höherwertigen Rechtsgüter gefährdet oder droht unmittelbarer, schwerwiegender Schaden, hat die bzw. der Berufsangehörige eine Interessenabwägung nach bestem Wissen und Gewissen vorzunehmen. Dabei ist es auch Aufgabe der bzw. des Berufsangehörigen, durch intensive Auseinandersetzung mit der Patientin bzw. dem Patienten herauszufinden, ob sich aus deren bzw. dessen Erzählung eine reale Gefahr ableiten lässt oder ob es sich vielmehr um deren bzw. dessen Fantasien handelt. Es gilt allerdings zu beachten, dass es sich bei der Gefährdung des Rechtsgutes nicht nur um einen bloßen Verdacht handeln darf, sondern die Gefährdung zumindest höchst wahrscheinlich und gegenwärtig sein muss. Wiegt – nach sorgfältiger Abwägung – das Interesse an der Geheimhaltung bestimmter Tatsachen weniger als der Schutz von Leben oder Gesundheit etc., darf die Verschwiegenheit ausnahmsweise in dieser Notstandslage durchbrochen werden, sofern darin die einzige Möglichkeit liegt, um die Beeinträchtigung der höherwertigen Interessen abzuwenden und die Art der Abwendung angemessen ist.

Gemäß Abs. 2 sind Hilfspersonen sowie Personen, die zur Vorbereitung auf den Beruf oder im Rahmen der psychotherapeutischen Ausbildung an einer psychotherapeutischen Tätigkeit teilnehmen, über die gesetzliche Verpflichtung zur Verschwiegenheit zu belehren, wobei dies schriftlich zu dokumentieren ist. Hilfspersonen, die im Rahmen der beruflichen Tätigkeit eingesetzt werden oder anwesend sind und daher von den Geheimnissen der Patientin bzw. des Patienten Kenntnis erlangen, sind ebenso verschwiegen, wie Personen, die etwa durch die Verarbeitung von Patientinnen- und Patientendaten Kenntnisse über deren Privatsphäre erlangen. Auch ein:e Supervisor:in, die von Berufsangehörigen zur eigenen Unterstützung herangezogen wird, ist als Hilfsperson zu betrachten.

Eine Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht gemäß Abs. 3 kann nur im Einzelfall erteilt werden, wenn die bzw. der entscheidungsfähige Patient:in nach freier Entscheidung zum Entschluss gekommen ist, von dem gesetzlich normierten Schutzinteresse abzugehen und durch Entbindung von der Verschwiegenheit ihre bzw. seine Privatsphäre preiszugeben. Die Entscheidungsfähigkeit wird bei mündigen Minderjährigen ab dem vollendeten 14. Lebensjahr gesetzlich vermutet (§ 173 Allgemeines

Bürgerliches Gesetzbuch – ABGB, JGS Nr. 946/1811, analog). Minderjährige sind Personen mit einem Lebensalter unter 18 Jahren.

Bei Minderjährigen ist als Vorfrage einer Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht immer zu beurteilen, ob die Entscheidungsfähigkeit besteht und die Minderjährigen die Tragweite ihrer Entscheidung und deren Folgen abschätzen können. Sofern dies nicht gegeben ist, kann eine gültige Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht durch die bzw. den Minderjährigen nicht erfolgen. Da es sich bei der Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht um ein höchstpersönliches Recht handelt, kann diese nicht von der bzw. dem gesetzlichen Vertreter:in oder von der bzw. dem Erwachsenenvertreter:in ersetzt werden. Für außerhalb der Psychotherapie (dh. außerhalb des Behandlungs- bzw. Betreuungsverhältnisses) bekannt gewordene Tatsachen ist keine Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht erforderlich.

Da die Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht ein höchstpersönliches Recht der bzw. des Behandelten oder Betreuten darstellt, kann nach der Judikatur des Obersten Gerichtshofes das Recht zur Entbindung einer Geheimnisträgerin bzw. eines Geheimnisträgers (Berufsangehörige:r) auch nicht wirksam auf eine:n gewillkürte:n Vertreter:in übertragen und folglich auch nicht durch diese:n ausgeübt werden. Dort, wo die Verschwiegenheitspflicht höchstpersönliche Umstände (Rechte), wie etwa die Privatsphäre der bzw. des Geschützten betreffen, ist auch die Entbindungserklärung höchstpersönlich und kann daher weder vom Gericht gemäß § 367 Exekutionsordnung – EO, RGBL. Nr. 79/1896, substituiert, noch durch Vertreter:innen, Erbinnen bzw. Erben oder eine:n Nachlasskurator:in erteilt werden („vertretungsfeindlich“, vgl. OGH 21.12.2004, 4Ob228/04i; *Frauenberger in Fasching/Konecny*³ § 321 ZPO Rz. 19 mwN; *Prohaska/Marchried*, Geheimnisschutz berufsmäßiger Parteienvertreter 58 f.; SZ 33/116; SZ 72/183; SZ 73/87). Ausnahmen von diesem Grundsatz der Vertraulichkeit von Daten aus PflEGSchaftsverfahren regelt auch § 141 Abs. 1 AußStrG, wonach Auskünfte über Einkommens- und Vermögensverhältnisse der vertretenen Person sowie Informationen zu deren Gesundheitszustand das Gericht nur dieser und ihrem gesetzlichen Vertreter erteilen darf. Nach dem Tod der vertretenen Person dürfen Erben und erbantrittserklärende Personen Auskünfte über Einkommens- und Vermögensverhältnisse der verstorbenen Person, soweit dies der Durchsetzung ihres letzten Willens dient, erteilt werden. Daran orientiert sich die Bestimmung des Abs. 3 (vgl. dazu auch RS0122813 wonach bei vermögensrechtlichen Interessen eine Entbindung durch gewillkürte Vertreter, durch ein Organ der juristischen Person und auch die gerichtliche Durchsetzung eines privatrechtlichen Anspruchs auf Entbindung möglich ist). Um Informationen, die gerade im Behandlungsverhältnis zwischen Berufsangehörigen und Patientinnen bzw. Patienten offenbart werden und der höchsten Intimsphäre angehören, angemessen zu schützen, ist eine Übertragung des Entbindungsrechts nicht möglich.

Hinsichtlich der Verschwiegenheitspflicht von Berufsangehörigen im Rahmen eines Zivilprozesses, Außerstreitverfahrens und Strafprozesses und der damit verbundenen Auslegung der Zivilprozessordnung – ZPO, RGBL. Nr. 113/1895, des AußStrG, und der Strafprozessordnung 1975 – StPO, BGBl. Nr. 631/1975, ist auf die die Rechtsprechung der ordentlichen Gerichte und die verfassungsrechtlich festgelegte Trennung der Judikative von der Exekutive hinzuweisen.

Gemäß § 321 Abs. 1 Z 3 ZPO darf die Aussage einer Zeugin bzw. eines Zeugen in Bezug auf Tatsachen, über welche sie bzw. er nicht würde aussagen können, ohne eine ihr bzw. ihm obliegende staatlich anerkannte Pflicht zur Verschwiegenheit zu verletzen, verweigert werden, insofern sie bzw. er hiervon nicht gültig entbunden wurde. Bei aufrechter Verschwiegenheitspflicht darf die bzw. der Berufsangehörige also die Aussage verweigern. Entbindet jedoch die bzw. der Patient:in sie bzw. ihn von der Verschwiegenheitspflicht, so ist sie bzw. er verpflichtet, auszusagen. Bei einer Paar-, Familien- oder Gruppentherapie wäre die Entbindung nur gültig, wenn diese durch alle Beteiligten erfolgt. Die Bestimmung des § 321 Abs. 1 Z 3 ZPO findet gemäß § 380 Abs. 1 ZPO auch Anwendung auf die Vernehmung von Parteien. Eine Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht ist, wie bereits angeführt, grundsätzlich nur durch alle an der Behandlung bzw. Betreuung beteiligten Personen möglich. Eine Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht zum Zwecke einer Zeugenaussage ist als höchstpersönliches Recht nur durch die entscheidungsfähige behandelte Person bzw. die entscheidungsfähigen behandelten Personen zulässig. Für den Fall, dass entscheidungsfähige Minderjährige die als Zeugin geladenen Berufsangehörige bzw. den als Zeugen geladenen Berufsangehörigen von ihrer bzw. seiner Verschwiegenheit entbinden, trifft diese entbundene Zeugin bzw. diesen entbundenen Zeugen die Aussagepflicht (vgl. RIS-Justiz RS0122553).

Das Bestehen des Aussageverweigerungsrechts wird auch ausdrücklich unter Punkt 2.6.3. des Erlasses des Bundesministeriums für Justiz vom 20.06.2013 zur Familiengerichtshilfe betont: „Soweit die *Familiengerichtshilfe* in diesem Zusammenhang allerdings Auskünfte von Kinderbeiständen, Psychologen/-innen, Psychotherapeuten/-innen, Mediatoren/-innen und anderen Personen, denen eine staatlich anerkannte Pflicht zur Verschwiegenheit obliegt, einholt, ist zu beachten, dass sich diese

Personen dem PflEGschaftsgericht und damit auch der Familiengerichtshilfe gegenüber auf ihre Verschwiegenheitspflicht berufen und die Auskunftserteilung beziehungsweise die Einsicht in Akten und Aufzeichnungen verweigern können. Nur im Falle einer gültigen Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht trifft auch Personen, denen eine im Sinne des § 321 Abs. 1 Z 3 ZPO staatlich anerkannte, daher gesetzlich generell-abstrakt geregelte Pflicht zur Verschwiegenheit zukommt, eine Pflicht zur Auskunftserteilung und zur Gewährung der Akteneinsicht.“

Bei einer allfälligen Ladung im obsorgerechtlichen Verfahren kann sich die bzw. der Berufsangehörige – vorbehaltlich der oben erwähnten gültigen Entbindung – auf ihre bzw. seine gesetzliche Verschwiegenheitspflicht und ihr/sein Aussageverweigerungsrecht berufen. Einer gerichtlichen Ladung ist jedenfalls nachzukommen, auf den Gebrauch des Aussageverweigerungsrechts ist vor Gericht ausdrücklich hinzuweisen.

Gemäß § 157 Abs. 1 Z 3 StPO sind neben Fachärztinnen bzw. Fachärzten für Psychiatrie (nunmehr: Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin) ua. auch Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten über das, was ihnen in dieser Eigenschaft bekannt geworden ist, zur Verweigerung der Aussage berechtigt. Trotz der allfälligen Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht „verlieren“ diese sogenannten Berufsheimnisträger:innen ihr Aussageverweigerungsrecht im Gegensatz zum Zivilprozess nicht, sodass sie trotz gültiger Entbindung ihre Aussage verweigern dürfen. Das Aussageverweigerungsrecht steht ihnen höchstpersönlich zu.

Die Geheimhaltungspflicht besteht nach herrschender Lehre auch nach dem Tod der Geheimnisträgerin bzw. des Geheimnisträgers (der Patientin bzw. des Patienten) in der Regel weiter, sodass die bzw. der Berufsangehörige grundsätzlich daran gebunden ist und auch eine Zeugenaussage vor Gericht mangels Entbindungsmöglichkeit nicht erfolgen kann, es sei denn, die bzw. der Patient:in hat die bzw. den Berufsangehörige:n noch zu Lebzeiten ausdrücklich und nachweislich von der Verschwiegenheitspflicht für den Fall des Ablebens gültig entbunden. Sofern eine solche gültige Entbindung zu Lebzeiten nicht erfolgt ist, hat die bzw. der Berufsangehörige anhand der konkreten Umstände des Einzelfalls zu prüfen, ob nach dem Tod der Patientin bzw. des Patienten das Geheimhaltungsinteresse erloschen ist oder weiterbesteht.

Die in Einrichtungen und Vereinigungen mit Betreuungsangebot für Personen im Hinblick auf Suchtgiftmissbrauch beschäftigten Personen sind gemäß § 15 Abs. 5 Suchtmittelgesetz – SMG, BGBl. I Nr. 112/1997, zur Verschwiegenheit über das, was ihnen im Rahmen dieser Tätigkeit bekannt geworden ist, verpflichtet. Im Falle von bestimmten Maßnahmen sind auf Verlangen der bzw. des Betreuten Bestätigungen über Beginn und Verlauf der gesundheitsbezogenen Maßnahme unverzüglich auszustellen. Auf schriftliches Verlangen der bzw. des Betreuten können Bestätigungen auch an die Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde, das Gericht oder die Staatsanwaltschaft übermittelt werden. In diesem Bereich ist eine einvernehmliche Zusammenarbeit zwischen der bzw. dem Berufsangehörigen und der Patientin bzw. dem Patienten zu empfehlen. Auf Grund gerichtlicher Anordnung zur Auskunftserteilung dürfen in Analogie zu § 15 SMG wohl nur die Grunddaten (Beginn und Verlauf der gesundheitsbezogenen Maßnahme usw.) übermittelt werden. Anderenfalls ist am Beginn der entsprechenden Behandlung bzw. Betreuung zu klären, welche Information an das anordnende Gericht weiterzugeben ist und daher hierzu kein Geheimnisschutz gegeben sein kann.

Im Kontext einer Haft ist die Frage des möglichen Umfangs des Geheimnisschutzes grundsätzlich vorab zu klären (beispielsweise vorgegebene Informationspflichten an die Leitung der Justizanstalt im Zusammenhang mit bestimmten Verhaltensweisen) und die bzw. der Patient:in darüber aufzuklären. Bei der Beurteilung, welche Informationen und Tatsachen neben den vorgegebenen Informationspflichten an die Justizanstalt im Einzelfall darüber hinaus tatsächlich zu wahrende Geheimnisse darstellen und welche Informationen weiterzugeben sind, ist jedenfalls die Sichtweise der betroffenen Patientin bzw. des betroffenen Patienten und deren bzw. dessen gesetzlich verankerter Anspruch auf Geheimhaltung ebenso zu beachten, wie die allenfalls unabdingbaren Anforderungen der Justizanstalt mit ihren Vorgaben der notwendigen Information im Zwangskontext.

Eine umfassende Betreuung kann in einer großen Einrichtung nur fehlerfrei funktionieren, wenn Informationen richtig und rasch weitergeleitet werden, sodass dem vorgegebenen Aufgabenbereich nachgekommen werden kann. Ein Häftling ist daher zu Beginn der Behandlung bzw. Betreuung über das zu seinem Wohl notwendige Gesamtbetreuungskonzept aufzuklären, welches unter Abstimmung der notwendigen haftbezogenen Informationspflichten an die Justizanstalt bzw. die mögliche Wahrung von Geheimnissen im Rahmen der therapeutischen Intervention zu erstellen ist.

Dies ist auch analog der Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team einer Krankenanstalt zu sehen, wonach die dort geführte Dokumentation alle Informationen zu enthalten hat, die es den anderen

Personen im Team ermöglichen, sich rasch und effizient über die bisherig erfolgten Maßnahmen und den Verlauf der Psychotherapie zu informieren.

Abs. 4 legt fest, dass die Verschwiegenheitspflicht nicht besteht, soweit Berufsangehörige der Anzeigepflicht gemäß Abs. 5 oder der Mitteilungspflicht gemäß § 37 Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz 2013 – B-KJHG 2013), BGBl. I Nr. 69/2013, nachkommen. Ergibt sich in Ausübung einer beruflichen Tätigkeit der begründete Verdacht, dass Kinder oder Jugendliche misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht werden oder worden sind oder ihr Wohl in anderer Weise erheblich gefährdet ist, und kann diese konkrete erhebliche Gefährdung eines bestimmten Kindes oder Jugendlichen anders nicht verhindert werden, ist von bestimmten Einrichtungen (wie zB Einrichtungen zur psychosozialen Betreuung, privaten Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, Kranken- und Kuranstalten) unverzüglich schriftlich Mitteilung an den örtlich zuständigen Kinder- und Jugendhilfeträger gemäß § 37 B-KJHG 2013 zu erstatten.

Die Mitteilungspflicht trifft ebenso Angehörige gesetzlich geregelter Gesundheitsberufe (auch dann, wenn sie nicht im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe tätig bzw. von ihr beauftragt worden sind), sofern sie ihre berufliche Tätigkeit nicht in einer Einrichtung ausüben. Die Mitteilungspflicht liegt insbesondere im Falle der Straftatbestände der §§ 83 ff. ([Schwere] Körperverletzung), § 92 (Quälen oder Vernachlässigen unmündiger, jüngerer oder wehrloser Personen), § 206 f. ([Schwerer] sexueller Missbrauch von Unmündigen) Strafgesetzbuch-StGB, BGBl. Nr. 60/1974, vor. Sonstige Kindeswohlgefährdungen liegen in erheblichen Beeinträchtigungen, zB Suchterkrankung von Eltern, Kindern und Jugendlichen, beharrlicher Schulverweigerung oder wiederholter Abgängigkeit (vgl. Erlass des Bundesministeriums für Justiz vom 23.08.2013, GZ BMJ-S691.007/0003-IV 3/2013).

Berufsrechtliche Vorschriften zur Verschwiegenheit stehen der Erfüllung der Mitteilungspflicht gemäß B-KJHG 2013 nicht entgegen. Es ist allerdings davon auszugehen, dass eine Mitteilungspflicht nur bei einem „begründeten Verdacht“ besteht, also, wenn über die bloße Vermutung hinausgehende, konkrete Anhaltspunkte für eine Gefährdung eines konkreten, namentlich bekannten Kindes oder Jugendlichen vorliegen. Die Anhaltspunkte ergeben sich aus den von den Meldepflichtigen wahrgenommenen Tatsachen und Schlüssen, die sie aus ihrem fachlichen Wissen und ihrer Berufserfahrung ziehen. Dabei kann es sich zB um Beobachtungen im Verhalten von Kindern und Jugendlichen oder Inhalte von Gesprächen mit Kindern, Jugendlichen und deren Eltern oder weiteren Personen handeln. Eine Mitteilungspflicht besteht nur dann, wenn diese konkrete erhebliche Gefährdung eines bestimmten Kindes oder Jugendlichen anders nicht verhindert werden kann, d.h. sofern andere wirksame Schutzmaßnahmen, wie zB professionelle Intervention oder Hilfe, zur Verfügung stehen. Die bzw. der Berufsangehörige wird hier die entsprechende Güterabwägung sorgfältig durchzuführen und erst dann eine Entscheidung nach bestem Wissen und Gewissen und auf Grund ihres bzw. seines professionellen Verständnisses zu treffen haben.

Abs. 5 regelt die Anzeigepflicht von Berufsangehörigen gemäß Gewaltschutzgesetz 2019. Demzufolge besteht die Verschwiegenheitspflicht nicht, soweit die bzw. der Berufsangehörige der Anzeigepflicht an die Kriminalpolizei oder Staatsanwaltschaft nachkommen. Eine Anwendung dieser Bestimmung auf Hilfspersonen oder Auszubildende sieht das Gesetz nicht vor. In welcher Form eine Anzeige an die Kriminalpolizei oder Staatsanwaltschaft zu erfolgen hat, ist im Gesetz nicht vorgegeben. Ebenso bleibt der zeitliche Rahmen, in dem eine Anzeige erfolgen muss, offen. Die bzw. der Berufsangehörige ist daher angehalten, jeden Einzelfall auf seine konkreten Umstände zu prüfen, wobei die geeignete Form und der geeignete zeitliche Rahmen der Anzeige von den Berufsangehörigen im Einzelfall zu entscheiden sind. Die Anzeigepflicht setzt eine Ausübung der beruflichen Tätigkeit, das Bestehen eines begründeten Verdachts und das Vorliegen einer gerichtlich strafbaren Handlung voraus. Unter beruflicher Tätigkeit versteht man die Anwendung der jeweiligen Qualifikation gegenüber der Patientinnen bzw. Patienten im Rahmen des vertraglich vereinbarten professionellen Settings. Das Vorliegen eines begründeten Verdachtes erfordert eine über die bloße Möglichkeit hinausgehende qualifizierte Wahrscheinlichkeit, die durch objektive Umstände nahegelegt und durch entsprechende Beweise untermauert sein muss (vgl. VwGH 11.06.2002, 99/01/0437). Der Wortlaut „gerichtlich strafbare Handlung“ bedeutet, dass ein entsprechendes Delikt im StGB oder in Sondergesetzen normiert sein muss.

Z 1 stellt klar, dass die Anzeigepflicht dann besteht, wenn durch die gerichtlich strafbare Handlung der Tod oder eine schwere Körperverletzung herbeigeführt wurde. Ebenso sieht der Gesetzgeber eine Anzeigepflicht bei jenen Handlungen vor, die den Tatbestand einer Vergewaltigung erfüllen. Unter einer schweren Körperverletzung versteht man eine länger als 24 Tage dauernde Gesundheitsschädigung oder eine länger als 24 Tage dauernde Berufsunfähigkeit. Darüber hinaus fällt darunter ebenso eine an sich schwere Körperverletzung (dazu zählen in aller Regel Knochenbrüche mit Ausnahme von kleinen Knochen von geringer Bedeutung [zB Nasenbein, Bruch einer Rippe, Grundglied der dritten Zehe]) (vgl. *Burgstaller/Fabrizy in Höpfel/Ratz, WK² StGB § 84 Rz. 6-23, Stand 05.01.2018, rdb.at*). Wer eine Person

mit Gewalt, durch Entziehung der persönlichen Freiheit oder durch Drohung mit gegenwärtiger Gefahr für Leib oder Leben (§ 89 StGB) zur Vornahme oder Duldung des Beischlafs oder einer dem Beischlaf gleichzusetzenden geschlechtlichen Handlung nötigt, begeht den Tatbestand der Vergewaltigung (vgl. § 201 StGB).

Z 2 nennt vier weitere Straftatbestände, die zur Anzeige gebracht werden müssen: Wenn Kinder oder Jugendliche misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht werden oder worden sind. Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sind Kinder bzw. Jugendliche (Minderjährige; vgl. § 21 Abs. 2 ABGB und § 74 Abs. 1 Z 3 StGB). Unter Misshandlung wird allgemein jede Einwirkung physischer Kraft auf den Körper verstanden, die das körperliche Wohlbefinden nicht ganz unerheblich beeinträchtigt. Das trifft auf Fußtritte, Ohrfeigen, Faustschläge, Umstoßen, Zu-Boden-Werfen und ganz allgemein auf das Zufügen eines nicht ganz unerheblichen körperlichen Schmerzes zu (vgl. *Burgstaller/Fabrizy in Höpfel/Ratz*, WK² StGB § 83 Rz. 24, Stand 05.01.2018, rdb.at). Qualen sind einen längeren Zeitraum andauernde oder sich wiederholende Schmerzen, Leiden oder Angstzustände, die mit einer erheblichen Beeinträchtigung des psychischen oder physischen Wohlbefindens verbunden sind (vgl. *Jerabek/Ropper in Höpfel/Ratz*, WK² StGB § 92 Rz. 12, Stand 01.08.2018, rdb.at). Vernachlässigen bedeutet einen erheblichen Mangel an Bereitschaft, seinen Pflichten nachzukommen, typischer Weise also qualifizierte Untätigkeit. Von der bzw. Vom Täter:in gut gemeinte, aus objektiver Sicht aber falsche Entscheidungen sind im Regelfall nicht erfasst (vgl. *Jerabek/Ropper in Höpfel/Ratz*, WK² StGB § 92 Rz. 15, Stand 01.08.2018, rdb.at). Unter sexuellem Missbrauch versteht man geschlechtliche Handlungen der Täterin bzw. des Täters am Tatopfer, vom Tatopfer an der bzw. dem Täter:in vorgenommene geschlechtliche Handlungen sowie die Verleitung des Tatopfers, geschlechtliche Handlungen an einer bzw. einem Dritten vorzunehmen oder von einer bzw. einem Dritten an sich selbst vornehmen zu lassen. Dies erfolgt unter Ausnutzung der mangelnden Reife oder einer Zwangslage des Kindes oder Jugendlichen (vgl. *Philipp in Höpfel/Ratz*, WK² StGB § 207b Rz. 14^{f.}, Stand 01.06.2018, rdb.at); *Philipp in Höpfel/Ratz*, WK² StGB § 205 Rz. 10^{ff.}, Stand 01.06.2018, rdb.at).

Z 3 regelt die Anzeigepflicht bei Übergriffen gegen nicht handlungs- oder entscheidungsfähige oder wegen Gebrechlichkeit, Krankheit oder einer geistigen Behinderung wehrlose Volljährige, die misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht werden oder worden sind. Entscheidungsfähig ist, wer die Bedeutung und die Folgen seines Handelns im jeweiligen Zusammenhang verstehen, seinen Willen danach bestimmen und sich entsprechend verhalten kann. Dies wird im Zweifel bei Volljährigen vermutet (vgl. § 24 Abs. 2 ABGB). Handlungsfähigkeit ist die Fähigkeit einer Person, sich im jeweiligen rechtlichen Zusammenhang durch eigenes Handeln zu berechtigen und zu verpflichten. Soweit nichts anderes bestimmt ist, setzt sie Entscheidungsfähigkeit voraus (vgl. § 24 Abs. 1 ABGB). Geistige Behinderungen werden auch als mentale Retardierung, Intelligenzminderung oder Lernbehinderung bezeichnet. Es handelt sich dabei um einen andauernden Zustand deutlich unterdurchschnittlicher kognitiver Fähigkeiten sowie damit verbundener Einschränkungen des affektiven Verhaltens (vgl. *Höllwerth in Gitschthaler/Höllwerth*, AußStrG II § 4 HeimAufG Rz. 13, Stand 01.10.2017, rdb.at). Eine Person ist wehrlos, wenn auf Grund ihrer körperlichen oder geistigen Verfassung ein Widerstand unmöglich, aussichtslos oder zumindest unzumutbar ist, wenn deren Verteidigungswille gebrochen ist (vgl. *Schwaighofer in Höpfel/Ratz*, WK² StGB § 100 Rz. 5, Stand 01.06.2016, rdb.at).

In Abs. 6 sind Ausnahmen von der Anzeigepflicht geregelt, die dazu führen, dass die Verschwiegenheitspflicht in folgenden Fällen wieder gilt:

Die Anzeige würde dem ausdrücklichen Willen der entscheidungsfähigen Patientin bzw. des entscheidungsfähigen Patienten widersprechen. Da die Entscheidungsfähigkeit und nicht die Fähigkeit, sich durch eigenes Handeln berechtigen oder verpflichten zu können, hier von Relevanz ist, ist auf diese abzustellen. Der ausdrückliche Wille kann sich in verschiedener Weise manifestieren. Eine diesbezüglich genaue Dokumentation durch die Berufsangehörigen ist dafür jedenfalls unabdingbar (Z 1). Von einer unmittelbaren Gefahr spricht man, wenn das Rechtsgut einer „imminenten“ Bedrohung ausgesetzt ist. Erforderlich ist eine enge räumliche und zeitliche Nahebeziehung zwischen Gefährdungshandlung und bedrohtem Rechtsgut. So liegt etwa eine konkrete Gefährdung für das Leben, die Gesundheit oder die körperliche Sicherheit dann vor, wenn sich eine bestimmte Situation so drohend zugespitzt hat, dass sie erfahrungsgemäß nahezu zwangsläufig zu einer Beeinträchtigung von Leib oder Leben führt (vgl. VwGH 30.05.2001, 95/12/0338). Würde durch eine Anzeige ein größerer Schaden für die Patientin bzw. den Patienten entstehen als durch die Unterlassung der Anzeige, kann es im Rahmen einer Rechtsgüterabwägung grundsätzlich zulässig sein, geringer wertige Interessen zu beeinträchtigen, wenn darin die einzige Möglichkeit liegt, um eine Beeinträchtigung von höherwertigen Interessen abzuwenden und wenn die Art der Abwendung angemessen scheint. Diese Ausführungen gelten ebenso für § 32 Abs. 5 Z 2 MuthG sowie § 37 Abs. 5 Z 2 Psychologengesetz 2013.

Z 2 stellt auf eine Beeinträchtigung der beruflichen Tätigkeit im konkreten Fall ab, die eines persönlichen Vertrauensverhältnisses bedarf. Seit Entwicklung der Profession der Psychotherapie ist diese eine gefahrgeneigte Tätigkeit und die Beobachtung von Gefahrenlagen systemimmanent. Das bedeutet, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten jederzeit Ausnahmesituationen nach bestem Wissen und Gewissen zu beurteilen haben. Im Zentrum der Betrachtung steht dabei das besondere Vertrauensverhältnis, da ohne persönliches Vertrauensverhältnis die berufliche Tätigkeit nicht durchgeführt werden kann. So sieht bereits 924 der Beilagen zu den stenographischen Protokollen des Nationalrates, XVIII. Gesetzgebungsperiode, zum Strafprozessänderungsgesetz 1993 auf S 27 ua. vor, dass *„[d]ie Verschwiegenheit der beratenden, betreuenden und behandelnden Personen eine unabdingbare Voraussetzung für den Erfolg ihrer Tätigkeit darstellt. [...] Wenn [...] ein vertraulicher Umgang mit Informationen nicht (lückenlos) zugesagt werden kann, wird dadurch eine offene, rückhaltlose Information und ein volles Vertrauensverhältnis beeinträchtigt, oder aber es wird auf die Beratung oder Behandlung überhaupt verzichtet.“* Sollte daher in einer unmittelbaren Gefahrensituation die Notwendigkeit einer Information an Dritte, wie etwa eine Anzeige an die Kriminalpolizei, erforderlich sein, haben sich Berufsangehörige nach bestem Wissen und Gewissen nach Durchführung einer Rechtsgüterabwägung für die Weitergabe auch von Geheimnissen als adäquate Lösung zu entscheiden. Dies gilt auch für den in der Praxis vorkommenden Fall eines unmittelbar bevorstehenden Suizids (für diesen besteht mangels strafrechtlicher Relevanz keine Anzeigepflicht), in dem aufgrund der Garantienstellung der Berufsangehörigen eine solche Rechtsgüterabwägung nach bestem Wissen und Gewissen jedenfalls durchgeführt werden muss. Letztlich wird nach Vornahme einer berufsspezifischen Interessenabwägung zu entscheiden sein, ob überwiegende Interessen im Einzelfall v.a. anhand fachlicher Kriterien für oder gegen eine Anzeige sprechen. Diese Ausführungen gelten ebenso für § 32 Abs. 5 Z 1 MuthG sowie § 37 Abs. 5 Z 1 Psychologengesetz 2013.

In Z 3 werden in einem Dienstverhältnis stehende Berufsangehörige angesprochen. Keine Anzeigepflicht besteht, wenn eine entsprechende Meldung an die bzw. den Dienstgeber:in erstattet worden und durch diesen eine Anzeige an die Kriminalpolizei oder die Staatsanwaltschaft erfolgt ist. Da es für die Strafverfolgung nicht zielführend, sondern eher behindernd wäre, wenn regelmäßig mehrfache Anzeigen über dieselbe Straftat bei den Sicherheitsbehörden eingehen, soll bei Berufsausübung im Arbeitsverhältnis die Möglichkeit bestehen, dass die Verdachtslage der Berufsangehörigen zunächst im Dienstweg gemeldet wird und die formelle Anzeige dann durch die bzw. den Dienstgeber:in an die Sicherheitsbehörde erfolgt. Eine verpflichtende Inanspruchnahme dieses Ausnahmetatbestands besteht allerdings nicht, insbesondere in jenen Fällen, in denen ein rasches Handeln durch die Berufsangehörigen geboten und/oder eine Bereitschaft der Dienstgeberin bzw. des Dienstgebers zur Anzeige nicht zu erwarten sind.

Eine genaue Dokumentation durch die Berufsangehörigen ist in allen Anwendungsfällen des Abs. 6 unabdingbar.

Anzumerken bleibt, dass noch andere, insbesondere strafrechtliche Normen, wie etwa § 286 StGB, oder die bereits erwähnte Garantienstellung nach § 2 StGB, zu beachten sind.

Vorgesehen ist weiters, dass in Fällen des Abs. 5 Z 2 die Anzeige unterbleiben kann, wenn sich der Verdacht gegen Angehörige (§ 72 StGB) richtet, sofern dies das Wohl des Kindes oder Jugendlichen erfordert und eine Mitteilung an die Kinder- und Jugendhilfeträger und gegebenenfalls eine Einbeziehung einer Kinderschutzeinrichtung an einer Krankenanstalt erfolgt. Unter Angehörigen einer Person sind folgende Personen zu verstehen: ihre Verwandten und Verschwägerten in gerader Linie, ihr Ehegatte oder eingetragene:r Partner:in und die Geschwister der Ehegattin bzw. des Ehegatten oder eingetragenen Partnerin bzw. Partners, ihre bzw. seine Geschwister und deren Ehegatten oder eingetragene Partner:innen, Kinder und Enkel, die Geschwister ihrer bzw. seiner Eltern und Großeltern, ihre bzw. seine Vettern und Basen, der Vater oder die Mutter ihres Kindes, ihre Wahl- und Pflegeeltern, ihre Wahl- und Pflegekinder sowie Personen, über die ihnen die Obsorge zusteht oder unter deren Obsorge sie stehen. Personen, die miteinander in Lebensgemeinschaft leben, werden wie Angehörige behandelt, Kinder und Enkel einer von ihnen werden wie Angehörige auch der anderen behandelt (vgl. § 72 StGB).

Gemäß Abs. 7 gilt die Verschwiegenheitspflicht nicht für den Fall der Erstellung eines Gutachtens gegenüber der bzw. dem Auftraggeber:in des Gutachtens im Zusammenhang mit Informationen und Tatsachen, die Thema der Begutachtung sind. Voraussetzung ist, dass die zu begutachtende Person über diesen Umstand vor der Begutachtung aufgeklärt worden ist.

Gemäß Abs. 8 besteht keine Verschwiegenheitspflicht, falls ein:e Berufsangehörige:r ihr bzw. ihm in Ausübung ihres bzw. seines Berufes anvertraute oder bekannt gewordene Geheimnisse „in eigener Sache“ vorbringen muss, um sich in einem behördlichen oder gerichtlichen Verfahren zu verteidigen oder behauptete Schadenersatzansprüche abzuwehren. Die bzw. der Berufsangehörige darf in diesem Rahmen

„in eigener Sache“ Berufsgeheimnisse im unbedingt notwendigen Ausmaß preisgeben (vgl. OGH 25.04.2012, 7 Ob 50/12x). Gleiches gilt, um eine Honorarforderung gegen die Patientin bzw. den Patienten durchzusetzen. Da die Patientin bzw. den Patienten eine Entgeltspflicht für erbrachte Behandlungsleistungen trifft, muss es für die bzw. den Berufsangehörige:n im Falle des Zahlungsverzugs möglich sein, ihren bzw. seinen Anspruch auf Zahlung des Entgeltes geltend zu machen. Der Patientin bzw. dem Patienten wäre nachweislich ein Mahnschreiben unter Fristsetzung mit der Information zu übermitteln, dass bei Nichtzahlung entsprechende Schritte, wie die Beauftragung einer Rechtsanwältin bzw. eines Rechtsanwaltes oder allenfalls eines Inkassobüros oder eine gerichtliche Klage, eingeleitet werden. Die Beauftragung eines Inkassobüros oder eine gerichtliche Klage stellen keine Verletzung der Verschwiegenheitspflicht dar. Die Informationen über die Behandlung bzw. Betreuung sind allerdings auch in diesem Zusammenhang auf das unbedingt notwendige Ausmaß zu beschränken.

Wer die Verschwiegenheitspflicht verletzt, begeht, sofern die Tat nicht den Tatbestand einer in die Zuständigkeit der Gerichte fallenden strafbaren Handlung bildet, eine Verwaltungsübertretung und ist mit Geldstrafe bis zu 5 000 Euro zu bestrafen (§ 55).

Hinzuweisen ist im Zusammenhang mit der Verschwiegenheitspflicht ergänzend auf § 121 StGB, wonach mit Freiheitsstrafe bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen zu bestrafen ist, wer ein Geheimnis offenbart oder verwertet, das den Gesundheitszustand einer Person betrifft und das ihr bzw. ihm ua. bei berufsmäßiger Ausübung eines gesetzlich geregelten Gesundheitsberufes ausschließlich kraft ihres bzw. seines Berufes anvertraut worden oder zugänglich geworden ist und dessen Offenbarung oder Verwertung geeignet ist, ein berechtigtes Interesse der Person zu verletzen, die ihre bzw. seine Tätigkeit in Anspruch genommen hat oder für die sie in Anspruch genommen worden ist. Täterin oder Täter sind jedoch nur auf Verlangen der in ihrem Interesse an der Geheimhaltung Verletzten zu verfolgen (Privatanklagedelikt).

Zu § 46:

Aufgrund der besonderen Sensibilität der Materie und da in der Vergangenheit häufig Fragen in diesem Zusammenhang aufgetreten sind, wird die Psychotherapie bei Minderjährigen in § 46 gesondert geregelt. Minderjährige sind Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Unmündige Minderjährige sind Minderjährige, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Mündige Minderjährige sind Minderjährige, die zwar das 14. Lebensjahr, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben. Der Begriff des Kindes ist rechtlich ident mit dem Begriff der bzw. des Minderjährigen.

Abs. 1 stellt fest, dass bei einer psychotherapeutischen Behandlung Minderjähriger die Rechte, Bedürfnisse und Erwartungen aller Beteiligten zu berücksichtigen sind und diesen gegenüber eine professionelle Haltung zu wahren ist. Bei Kindern und Jugendlichen können relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld in die Therapie einbezogen werden. Das bedeutet, dass auch andere Personen als die Eltern oder Partner:innen an der Therapie teilnehmen können – zum Beispiel Lehrer:innen oder Erzieher:innen. Die Bezugspersonen können bereits in der Sprechstunde und in den probatorischen Sitzungen einbezogen werden.

Abs. 2 führt die Einwilligungsfähigkeit gesondert aus. Seit dem Kindschaftsrechts-Änderungsgesetz – KindRÄG 2001, BGBl. I Nr. 135/2000, besteht nunmehr seit 1. Juli 2001 gemäß § 146c Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch – ABGB, JGS Nr. 946/1811, eine gesetzlich festgeschriebene Regelung für die Einwilligung in medizinische Behandlungen von Minderjährigen. Im Rahmen des Kindschafts- und Namensrechts-Änderungsgesetzes 2013 – KindNamRÄG 2013, BGBl. I Nr. 15/2013, erfolgte eine Neugliederung und Umnummerierung der das Kindschaftsrecht regelnden Paragraphen im ABGB, sodass sich die Regelung ohne wesentliche inhaltliche Änderung in § 173 ABGB wiederfindet wie folgt:

„(1) Einwilligungen in medizinische Behandlungen kann das entscheidungsfähige Kind nur selbst erteilen; im Zweifel wird das Vorliegen dieser Entscheidungsfähigkeit bei mündigen Minderjährigen vermutet. Mangelt es an der notwendigen Entscheidungsfähigkeit, so ist die Zustimmung der Person erforderlich, die mit der gesetzlichen Vertretung bei Pflege und Erziehung betraut ist.

(2) Willigt ein entscheidungsfähiges minderjähriges Kind in eine Behandlung ein, die gewöhnlich mit einer schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder der Persönlichkeit verbunden ist, so darf die Behandlung nur vorgenommen werden, wenn auch die Person zustimmt, die mit der gesetzlichen Vertretung bei Pflege und Erziehung betraut ist.

(3) Die Einwilligung des entscheidungsfähigen Kindes sowie die Zustimmung der Person, die mit Pflege und Erziehung betraut ist, sind nicht erforderlich, wenn die Behandlung so dringend notwendig ist, dass der mit der Einholung der Einwilligung oder der Zustimmung verbundene Aufschub das Leben des Kindes gefährden würde oder mit der Gefahr einer schweren Schädigung der Gesundheit verbunden wäre.“

Die Pflege und Erziehung als Teilbereiche der Obsorge kommt jener Person bzw. jenen Personen zu, der bzw. denen diese Aufgaben von der Rechtsordnung übertragen worden sind. Dies sind im Regelfall die Eltern, wobei jeder Elternteil grundsätzlich für sich alleine entscheidungsbefugt ist. Es können jedoch auch andere Personen mit der Pflege und Erziehung betraut sein (zB Großeltern, Pflegeeltern oder der Jugendwohlfahrtsträger). Im Hinblick auf die Einwilligungs- und allfällige Zustimmungserfordernisse für die psychotherapeutische Behandlung von Minderjährigen ist festzuhalten, dass diejenige Person die Einwilligung oder Zustimmung zu erteilen hat, die mit der gesetzlichen Vertretung im Bereich der Pflege und Erziehung betraut ist. Dies ergibt sich aus § 181 Abs. 4 ABGB: *„Fordert das Gesetz die Einwilligung oder Zustimmung der mit Pflege und Erziehung betrauten Personen (Erziehungsberechtigten), so ist die Erklärung der mit der gesetzlichen Vertretung in diesem Bereich betrauten Person notwendig, aber auch hinreichend, sofern nicht Abweichendes bestimmt ist.“*

Im Regelfall kommt einer Person, die mit der Pflege und Erziehung betraut ist, auch die gesetzliche Vertretung in diesen Bereichen zu. Dies wird in der Regel ein Elternteil eines ehelichen Kindes oder die Mutter eines unehelichen Kindes sein. Allerdings gibt es auch davon abweichende Fälle. So kommt etwa einem minderjährigen Elternteil zwar die Pflege und Erziehung zu, nicht aber die gesetzliche Vertretung.

Die Einwilligung als höchstpersönliches Recht ist Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts und dient der rechtlichen Legitimation der Behandlung als Eingriff in die körperlich-seelische Integrität eines Menschen. Die Einwilligung ist daher vom Abschluss des Behandlungsvertrages streng zu trennen. Das Selbstbestimmungsrecht ist durch das Delikt der „Eigenmächtigen Heilbehandlung“ in § 110 StGB auch justizstrafrechtlich geschützt. Demnach ist eine Behandlung, wenn sie auch nach den Regeln der Wissenschaft erfolgt, ohne Einholung der Einwilligung strafbar. Davon ausgenommen ist lediglich eine Behandlung bei Gefahr im Verzug.

Damit eine Person in eine Behandlung einwilligen kann, muss sie einwilligungsfähig sein. Die Einwilligungsfähigkeit ist dann gegeben, wenn die Person einsichts- und urteilsfähig ist. Einsichts- und Urteilsfähigkeit liegt dann vor, wenn die Person Grund und Bedeutung der Behandlung einsehen und nach dieser Einsicht ihren Willen bestimmen kann. Auf die Geschäftsfähigkeit kommt es hierbei nicht an.

Der Begriff der „medizinischen Behandlung“ in § 173 ABGB lehnt sich an den Begriff der Heilbehandlung des § 110 StGB an. Er umfasst somit nicht nur die medizinische Heilbehandlung in engerem Sinn (therapeutische Maßnahmen), sondern auch diagnostische, prophylaktische und schmerzlindernde Maßnahmen, selbst wenn sie nicht nach den anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft erfolgen, etwa bei Heilversuchen oder alternativ- bzw. komplementärmedizinischen Verfahren. Überdies fallen unter den Begriff der „medizinischen Behandlung“ auch Verabreichungen von Arzneimitteln, Transfusionen, Transplantationen, aber auch kosmetische Operationen.

§ 173 ABGB ist auch auf Geburtshilfe, Gesundheits- und Krankenpflege, Zahnbehandlung, Leistungen medizinisch-technischer Dienste, aber auch auf Piercen und Tätowieren anwendbar. Diese Bestimmung richtet sich somit nicht nur an die Angehörigen medizinischer Gesundheitsberufe (insbesondere Ärztinnen bzw. Ärzte, Zahnärztinnen bzw. Zahnärzte, Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste, Hebammen, Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe), sondern an alle, die – wenn auch nur im Einzelfall – medizinische Behandlungen, wie etwa im Rahmen von Erster Hilfe, durchführen. Keine medizinische Behandlung im Sinne dieser Bestimmung ist dagegen der in den §§ 96 ff. StGB gesondert geregelte Schwangerschaftsabbruch.

Psychotherapie ist vom Gesetzgeber als eigenständige Wissenschaft anerkannt worden und somit kein Teilgebiet der Medizin. Daher ist eine Subsumtion der Psychotherapie unter den Begriff der „medizinischen Behandlung“ nicht geboten. Vielmehr ist einer analogen Anwendung des § 173 ABGB bei psychotherapeutischen Behandlungen von Minderjährigen durch Berufsangehörige der Psychotherapie der Vorrang zu geben. Zu betonen ist, dass sich durch die analoge Anwendung des § 173 ABGB in der Praxis für die Einholung der Einwilligung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie keinerlei Besonderheiten ergeben. Es gelten die gleichen Grundsätze wie für Einwilligungen in medizinische Behandlungen. Maßgeblich für die Beantwortung der Frage, wer die Einwilligung in die psychotherapeutische Behandlung eines Minderjährigen erteilt, ist die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit (Einsichts- und Urteilsfähigkeit) der zu behandelnden Minderjährigen. Bei der Beurteilung der Einsichts- und Urteilsfähigkeit werden Alter, Reife, Gesundheitszustand, Persönlichkeit und andere Faktoren auf Seiten der Minderjährigen, aber auch die Schwere des Eingriffs, die mit seiner Vornahme oder seinem Unterbleiben verbundenen Risiken und mögliche Spätfolgen auf Grundlage des Standes der Wissenschaft ausschlaggebend sein. Primär kommt es darauf an, ob die bzw. der Minderjährige – bezogen auf die psychotherapeutische Behandlung – hinsichtlich der Diagnose, der psychotherapeutischen Möglichkeiten und der denkbaren Alternativen sowie hinsichtlich der jeweiligen Chancen und Risiken, den Wert der von der Entscheidung betroffenen Güter und Interessen erfassen und

sein Verhalten nach dieser Einsicht ausrichten kann. Die Beurteilung der Einsichts- und Urteilsfähigkeit obliegt der bzw. dem behandelnden Berufsangehörigen der Psychotherapie und hat aufgrund aller in die Betrachtung einzubeziehender Umstände einzelfallbezogen zu erfolgen.

Abs. 3 normiert die Verpflichtung zur umfassenden Aufklärung der mit der Obsorge betrauten Personen. In diesem Zusammenhang kommt der Wahrnehmung der psychotherapeutischen berufsrechtlichen Verpflichtung zur Information und Aufklärung der Minderjährigen besondere Bedeutung zu. Weiters besteht die berufsrechtliche Verpflichtung zur Dokumentation jener Umstände, aus denen die Berufsangehörigen der Psychotherapie auf das Fehlen der Einsichts- und Urteilsfähigkeit geschlossen hat.

Die „umfassende Aufklärung“ einer bzw. eines entscheidungsfähigen Minderjährigen hat sich nach Ansicht des Bundesministeriums für Justiz auch nur auf die behandlungsbezogenen Aspekte zu erstrecken und nicht notwendigerweise auf die Fragen des Behandlungsvertrages wie zB Preis gemäß § 42 Abs. 2 Z 5 und Absagerungen im Sinne des § 42 Abs. 2 Z 6, weil der Behandlungsvertrag auch in Vertretung von den Obsorgeberechtigten geschlossen werden kann. Die Einwilligungsfähigkeit ist nur auf die Behandlung an sich bezogen und setzt keine Geschäftsfähigkeit zum Abschluss eines entsprechenden Vertrages voraus. Dem Anwendungsbereich des § 173 ABGB unterliegen nach der Rechtsprechung des OGH (3 Ob 3/11d) auch klinisch-psychologische und psychotherapeutische Behandlungen.

Fehlt Minderjährigen nach Beurteilung der Berufsangehörigen der Psychotherapie die notwendige Einsichts- und Urteilsfähigkeit, so ist für die psychotherapeutische Behandlung die Einwilligung jener Person erforderlich, die mit der gesetzlichen Vertretung im Bereich der Pflege und Erziehung betraut ist (vgl. § 173 Abs. 1 ABGB analog in Verbindung mit § 181 Abs. 4 ABGB). Im Übrigen sieht das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz – KAKuG, BGBl. Nr. 1/1957, in § 8 Abs. 3 eine korrespondierende Regelung vor. So dürfen Behandlungen an „Pflegerlingen“ nur mit deren Einwilligung durchgeführt werden; fehlt dem Pflegerling in diesen Angelegenheiten die Einsichts- und Urteilsfähigkeit, so ist die Zustimmung der gesetzlichen Vertretung erforderlich.

Mangels gegenteiliger Anhaltspunkte dürfen Berufsangehörige der Psychotherapie davon ausgehen, dass einem Elternteil die gesetzliche Vertretung im Bereich der Pflege und Erziehung zusteht und dieser daher die Einwilligung geben oder verweigern darf. Sind beide Elternteile mit der Obsorge betraut, so ist jeder Elternteil für sich allein entscheidungsbefugt (§ 167 Abs. 1 ABGB analog), sodass die Einholung der Einwilligung von einem Elternteil ausreicht. Gibt jedoch in der Folge der andere Elternteil eine von der ersten abweichenden Erklärung ab, gilt nach Ansicht des Gesundheitsressorts Folgendes: Da es sich bei der Einwilligung um eine jederzeit widerrufliche Erklärung handelt, gilt die letzte Erklärung. Wenn die Eltern gleichzeitig Gegenteiliges erklären, liegt keine Einwilligung vor. Festzuhalten ist, dass Berufsangehörige der Psychotherapie in einem solchen Fall die Möglichkeit hat, im Sinne einer Anregung das Gericht anzurufen, das in der Folge die erforderliche Einwilligung ersetzen kann, wenn keine gerechtfertigten Gründe für die Weigerung der gesetzlichen Vertretung vorliegen. Zuständig ist wiederum das Pflgerschaftsgericht (Bezirksgericht, in dessen Sprengel die bzw. der Minderjährige ihren bzw. seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat).

Eine Einwilligung durch Minderjährige und zusätzliche Zustimmung durch die gesetzliche Vertretung für den Bereich der Pflege und Erziehung ist in folgenden Fällen erforderlich: Für Behandlungen, die gewöhnlich mit einer schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder der Persönlichkeit Minderjähriger verbunden sind, ist zusätzlich zur Einwilligung einsichts- und urteilsfähigen Minderjähriger auch die Zustimmung der gesetzlichen Vertretung für den Bereich der Pflege und Erziehung erforderlich (§ 173 Abs. 2 ABGB analog in Verbindung mit § 181 Abs. 4 ABGB).

Zu Frage, wann eine Behandlung gewöhnlich mit einer schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder der Persönlichkeit des Kindes verbunden ist, kann ausgeführt werden wie folgt: Die Bestimmung des § 173 Abs. 2 ABGB stellt auf gewöhnlich eintretende Beeinträchtigungen ab. Damit soll das Zustimmungserfordernis auf jene Fälle beschränkt werden, in denen die Maßnahme regelmäßig, üblicherweise mit schweren oder (alternativ) nachhaltigen Beeinträchtigungen verbunden ist. Atypische Risiken und Verläufe, auch wenn sie in einer gewissen, jedoch geringen Anzahl der Fälle auftreten, bleiben außer Betracht. Eine schwere Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit kann dann angenommen werden, wenn sie die Qualität einer schweren Körperverletzung im Sinne des § 84 StGB erreicht. Eine schwere Körperverletzung im Sinne des § 84 StGB liegt dann vor, wenn sie mit einer 24 Tage übersteigenden Gesundheitsschädigung verbunden ist, oder aufgrund einer Gesamtbeurteilung der Umstände der Körperverletzung, wie etwa die Wichtigkeit des betroffenen Organs oder Körperteils, die Dauer der körperlichen Beeinträchtigung, die Krankheitserscheinungen, die Gefährlichkeit des Zustandes und die Unbestimmtheit des Heilungsverlaufs, als „an sich schwer“ zu qualifizieren ist. Eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit liegt dann vor, wenn die Beeinträchtigung der Persönlichkeit länger als 24 Tage andauert (etwa durch die Verabreichung von Psychopharmaka). Unter einer

nachhaltigen Beeinträchtigung ist im Wesentlichen eine dauernde Beeinträchtigung bzw. eine solche zu verstehen, die nur sehr schwer – wenn überhaupt – wieder beseitigt werden kann, wie zB die Verabreichung die Persönlichkeit auf Dauer verändernder Substanzen.

Psychotherapie stellt in der Regel keine Behandlung dar, die gewöhnlich mit einer schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder der Persönlichkeit verbunden ist, die über 24 Tage hinausgeht. Dies bedeutet, dass im Regelfall für die psychotherapeutische Behandlung von Minderjährigen die Zustimmung der gesetzlichen Vertretung für den Bereich der Pflege und Erziehung nicht erforderlich ist, wenn die Einwilligung einwilligungsfähiger Minderjähriger vorliegt. Sollte jedoch in Ausnahmefällen die psychotherapeutische Behandlung als gravierende Behandlung im oben dargestellten Sinn zu qualifizieren sein, muss die Zustimmung der gesetzlichen Vertretung für den Bereich der Pflege und Erziehung eingeholt werden. Die Einholung der Zustimmung stellt dann zugleich auch eine berufsrechtliche Verpflichtung dar, die sich auch aus der Berufspflicht der Berufsausübung nach bestem Wissen und Gewissen ergibt. Hinzuweisen ist weiters darauf, dass die Nichteinholung der Zustimmung der gesetzlichen Vertretung für den Bereich der Pflege und Erziehung auch schadenersatzrechtliche Folgen auslösen kann.

Bei Gefahr im Verzug gilt Folgendes: Sowohl die Einwilligung der Minderjährigen oder der gesetzlichen Vertretung für den Bereich der Pflege und Erziehung (bzw. allenfalls bei gravierenden Behandlungen seine Zustimmung) sind dann nicht erforderlich, wenn die Behandlung so dringend notwendig ist, dass der mit der Einholung der Einwilligung oder der Zustimmung verbundene Aufschub das Leben der Minderjährigen gefährden würde oder mit der Gefahr einer schweren Schädigung der Gesundheit verbunden wäre. In diesen Fällen ist die psychotherapeutische Behandlung auch ohne Einwilligung bzw. Zustimmung rechtmäßig. Gefahr im Verzug könnte etwa bei einer psychotherapeutischen Behandlung, insbesondere in Form von Krisenintervention, von suizidgefährdeten, essgestörten oder suchtkranken Minderjährigen vorliegen.

Abs. 4 normiert die Verpflichtung zur umfassenden Aufklärung der bzw. des entscheidungsfähigen Minderjährigen. Ist die bzw. der Minderjährige einsichts- und urteilsfähig, muss die bzw. der Berufsangehörige der Psychotherapie die Einwilligung der bzw. des Minderjährigen einholen. Bei mündigen Minderjährigen wird das Vorliegen der Einsichts- und Urteilsfähigkeit im Zweifel gesetzlich vermutet (§ 173 Abs. 1 ABGB analog). Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass die Einwilligungsfähigkeit bei unmündigen Minderjährigen im Zweifel nicht vermutet wird. An dieser Stelle sei betont, dass es sich nur um eine im Zweifel geltende Vermutung handelt, die eine selbständige Beurteilung durch Berufsangehörige für Psychotherapie nicht ersetzt, welche sodann zu einem von dieser gesetzlichen Zweifelsregel abweichenden Ergebnis führen kann. Weiters sei auf die Möglichkeit hingewiesen, dass im Zweifelsfall Berufsangehörige der Psychotherapie das Gericht anrufen können, das in der Folge von Amts wegen die fehlende Einwilligungsfähigkeit aussprechen kann. Allerdings kommt den Berufsangehörigen der Psychotherapie im Gegensatz zu den mit der Obsorge betrauten Personen kein diesbezügliches Antragsrecht zu, sodass ein Tätigwerden des Gerichts lediglich angeregt werden kann. Zuständig ist das PflEGschaftsgericht (Bezirksgericht, in dessen Sprengel die bzw. der Minderjährige ihren bzw. seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat). Ist nach den Umständen offenkundig, dass der bzw. dem Minderjährigen nach den oben dargestellten Grundsätzen die erforderliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit fehlt (etwa aufgrund einer schweren geistigen Behinderung), bedarf es keiner Anrufung des Gerichts nach § 175 ABGB.

Abs. 5 normiert gesondert für den Bereich der Psychotherapie von Minderjährigen die Verschwiegenheitspflicht. Hierzu wird auf die Erläuterung zu § 45 verwiesen.

Zu § 47:

Adressatinnen bzw. Adressaten der im § 47 verankerten Meldepflicht zur Sicherstellung der Richtigkeit und Aktualität der Daten in der Berufsliste sind die Berufsangehörigen. Diese Meldepflicht stellt eine Berufspflicht dar und bezieht sich sowohl auf die obligatorischen, als auch auf die fakultativen Daten. Insbesondere hervorgehoben sind die in Abs. 1 aufgezählten für einen Nachweis der Berufstätigkeit an sich erforderlichen Daten.

Eine Verletzung der Meldepflicht wird gemäß Abs. 2 bewusst als einzige psychotherapeutische Berufspflicht nicht unter Verwaltungsstrafe gestellt, da es in der Vergangenheit aufgrund von kleinsten Versehen zu überschießenden Verwaltungsstrafverfahren gekommen ist. Ein Hinweis auf eine versäumte Meldung sollte in diesen Fällen ausreichend sein.

Zu § 48:

§ 48 normiert analog zu anderen Berufsgesetzen für Gesundheitsberufe Regelungen, welche Informationen, die in der Öffentlichkeit erscheinen, und somit den Aspekt der Werbebeschränkung betreffen.

Werbung und Ankündigungen von Berufsangehörigen der Psychotherapie in der Öffentlichkeit zu fachlichen Gesichtspunkten sind gemäß Abs. 1 auf das sachlich Gebotene zu beschränken. Dies gilt auch für die Information über den eigenen psychotherapeutischen Arbeitsbereich, den Berufsangehörige aufgrund ihrer Aus-, Fort- und Weiterbildung besonders beherrschen. Es besteht somit das Gebot zur klaren Bezeichnung der tatsächlich praktizierten psychotherapiewissenschaftlichen Ausrichtung.

Berufsangehörige der Psychotherapie haben die gesetzlich normierte Berufsbezeichnung gemäß § 8 zu führen und ihren Berufssitz im Rahmen ihrer freiberuflichen Tätigkeit gemäß § 38 Abs. 5 zu kennzeichnen. Dies dient im Interesse der Sicherstellung einer entsprechenden Markttransparenz im Berufsverkehr. Informationen, die darüber hinaus geführt werden dürfen, wären insbesondere: Adresse, Telefonnummer, Sprechstunden, Zusatz- und Weiterbildungsbezeichnungen, akademische Grade, Hinweise auf die soziale Krankenversicherung, Hinweise auf das Setting (wie etwa Einzel-, Gruppen-, Paar- oder Familientherapie), Hinweise auf eine spezialisierte Praxis für bestimmte Altersgruppen, besondere Sprachkenntnisse, Mitgliedschaften in Fachvereinigungen, Arbeitsschwerpunkte, die sich etwa aus der psychotherapiewissenschaftlichen Ausrichtung ergeben, und zielgruppenorientierte Weiterbildungen (Krebserkrankungen, Suchtkrankheiten etc.).

Für den Fall, dass gleichzeitig andere Professionen im psychosozialen Bereich ausgeübt werden, können auch Hinweise auf diese angeführt werden. Dies gilt auch für Interaktionsverfahren, die noch nicht als psychotherapeutische Methode anerkannt sind. Zu beachten ist dabei allerdings, dass im Interesse einer sachgerechten Patientinnen- bzw. Patienteninformation nicht der Eindruck vermittelt werden darf, es handle sich bei einem solchen Verfahren um eine anerkannte psychotherapeutische Methode. Unter diesen Voraussetzungen könnte, unter entsprechender Abhebung von den unmittelbar auf den psychotherapeutischen Beruf abstellenden Informationen, beispielsweise auf eine Ausbildung im Bereich der Sozialen Arbeit, der Klinischen Psychologie, der Gesundheitspsychologie, der Medizin oder auf ein Leistungsangebot zum Beispiel in körperorientierten Interaktionsverfahren hingewiesen werden. Voraussetzung ist allerdings jeweils, dass es sich um eine wahrheitsgemäße und sachliche Information, nicht etwa um irreführende oder nicht überprüfbare Aussagen, handelt.

Bei Werbung und Ankündigungen in der Öffentlichkeit ist fachlichen Gesichtspunkten strikt der Vorrang vor kommerziellen Gesichtspunkten einzuräumen. Diese sollen jedoch ausreichende Information über Art, Umfang und Indikation der angebotenen Leistungen enthalten.

Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten haben die absichtliche Verbreitung von standeswidrigen und unsachlichen Information durch Dritte oder juristische Personen zu unterlassen. Ebenso haben Berufsangehörige in zumutbarer Weise dafür zu sorgen, dass standeswidrige und unsachliche Information durch Dritte oder juristische Personen unterbleibt, selbst wenn dies nicht direkt von ihnen veranlasst wurde. So sollten die Namen von Berufsangehörigen und der nach dem Psychotherapiegesetz zulässigen Bezeichnung nur in einem gesundheitlichen und sachlichen Kontext erwähnt werden. Dagegen wird die wiederholte betonte, auffällige und reklamehafte Nennung des Namens in Verbindung mit einem gleichzeitig geschalteten Inserat im selben Medium als unsachlich angesehen. Insgesamt ist bei der Anzeige in Printmedien auf die angemessene (nicht marktschreierische) Größe und Häufigkeit der Schaltung zu achten.

Im Hinblick auf die Wahrung des Standesansehens, insbesondere zur Wahrung der Würde und Ehre des Berufes sowie zur Einhaltung eines lautereren Verhaltens gegenüber Patientinnen bzw. Patienten und anderen Berufsangehörigen, sollen Anrufe zu Werbezwecken ohne vorherige Einwilligung sowie Fernseh-, Radio-, Kino-, Plakat- und Internetwerbung (wie etwa Werbebanner auf fremden Webseiten) gänzlich unterlassen werden.

Berufsangehörige der Psychotherapie achten darauf, jede unsachliche, unwahre, diskriminierende oder das Ansehen des Berufsstandes beeinträchtigende Information in der Öffentlichkeit, in den Print- und digitalen Medien zu unterlassen. Die Grenze zur unerlaubten Information ist jedenfalls dort zu ziehen, wo es sich nicht mehr um wahre und sachliche, also insbesondere mit der psychotherapeutischen Berufsausübung bzw. mit der Tätigkeit im psychosozialen Bereich im Zusammenhang stehende, sachgerechte Informationen für Patientinnen bzw. Patienten handelt.

Unsachlich ist eine psychotherapeutische Information insbesondere, wenn sie wahrheitswidrige, fachfremde, irreführende oder marktschreierische Werbung (wie etwa Ankündigungen, die nicht wörtlich, sondern als nicht ernst gemeinte Übertreibung aufgefasst werden) enthält oder Informationen beinhaltet, die wissenschaftlichen Erkenntnissen oder psychotherapeutischer Erfahrung widersprechen. Unsachlich ist auch das Erwecken unerfüllbarer Erwartungshaltungen bei Patientinnen bzw. Patienten. Unter

fachfremder Werbung sind Behandlungsangebote, Hinweise auf Ausbildungen, erlernte Techniken oder Methoden zu verstehen, die vom Berufsbild der Berufsangehörigen der Psychotherapie nicht erfasst sind, wie etwa esoterische Dienstleistungen, Astrologie, Aromatherapie, Bachblütentherapie oder Steintherapie, aber auch Hinweise auf Heilslehren oder ähnliches. Davon zu unterscheiden wären vom Berufsbild der Psychotherapie erfasste Tätigkeiten, wie Autogenes Training, Aufstellungsarbeit, Trauma-Arbeit, Biofeedback oder tiergestützte Therapie etc. Unwahr ist eine Information, wenn sie den Tatsachen nicht entspricht. Diskriminierend ist eine Information, wenn sie jemand anderen benachteiligt. Eine das Ansehen des Berufsstandes beeinträchtigende Information liegt vor bei

- herabsetzenden Äußerungen über Berufsangehörigen der Psychotherapie, ihre Tätigkeit und ihrer methodenspezifischen Ausrichtung sowie bei vergleichender Werbung,
- Erweckung des Eindrucks einer wahrheitswidrigen psychotherapeutischen Exklusivität,
- Selbstanpreisung der eigenen Person oder Leistungen durch aufdringliche bzw. marktschreierische Darstellung,
- Anbieten von psychotherapeutischen Leistungen im Rahmen von Auktionen und die Verteilung von Gutscheinen für psychotherapeutische Leistungen,
- unwahrer und ungerechtfertigter Titelführung,
- Verteilung von Flugblättern und Postwurfsendungen, Versendung von E-Mails, Telefaxschreiben oder Informationsfoldern etc. an einen über die eigenen Patientinnen und Patienten hinausgehenden Personenkreis sowie außerhalb des gesundheitsberuflichen Kontextes,
- Reklame- oder Hinweisaufschriften auf einem (Kraft-)Fahrzeug unabhängig davon, wer Eigentümer:in oder Benutzer:in desselben ist,
- Vorträgen oder öffentlichen Auftritten, die inhaltlich einer an potenzielle Patientinnen und Patienten gerichteten Werbeveranstaltung gleichkommen oder
- Anrufen zu Werbezwecken ohne vorherige Einwilligung.

Während Abs. 1 eine Werbebeschränkung für Berufsangehörige beinhaltet, soll durch Abs. 2 unter anderem auch eine Umgehung der Werbebeschränkung durch andere physische und juristische Personen ausgeschlossen werden und ein an das in § 31 Tierärztegesetz – TÄG, BGBl. I Nr. 171/2021, normierte Werbeverbot eingeführt. Aus Schutz der Allgemeinheit und hilfesuchenden Personen vor irreführenden, unseriösen und falschen Äußerungen betreffend Psychotherapie(-angebot) ist eine solche Einschränkung des Rechts auf freie Meinungsäußerung nach Art. 10 MRK sachlich und verhältnismäßig.

Zu § 49:

§ 49 entspricht der bisher bereits geltenden Bestimmung über ein Provisionsverbot, die insbesondere eine freie und nur sachlich beeinflusste Wahl der behandelnden Person unterstützt und sich als sehr praktikabel erwiesen hat.

Unzulässig ist aufgrund von Abs. 1 zB die Zusammenarbeit zwischen einer bzw. einem Berufsangehörigen und einer Ärztin bzw. einem Arzt, derzufolge die bzw. der Berufsangehörige für jede Patientin bzw. jeden Patienten, die bzw. der an die Ärztin bzw. den Arzt erfolgreich weiterüberwiesen wird, eine Vergütung erhält. Zulässig ist hingegen die Zahlung einer umsatzabhängigen Franchisegebühr, wenn diese keinen materiellen Vorteil für die Zuweisung von Patientinnen bzw. Patienten, sondern das Entgelt für vielfältige Leistungen (auch Werbemaßnahmen) eines Franchisegebers darstellt (OGH 09.03.1999, 4 Ob 21/99p).

Eine Umgehung des Provisionsverbots durch andere physische und juristische Personen soll ebenfalls ausgeschlossen werden (Abs. 2).

Zu § 50:

§ 50 folgt dem bewährten Vorbild der bisherigen Regelung über die Haftpflichtversicherung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gemäß § 16b Psychotherapiegesetz BGBl. Nr. 361/1990, über die allgemein beeidete und gerichtlich zertifizierte Sachverständige und Dolmetscher:innen gemäß § 2a Sachverständigen- und Dolmetschergesetz – SDG, BGBl. Nr. 137/1975, sowie dem Psychologengesetz 2013 und dem Musiktherapiegesetz.

Die Pflicht zum Abschluss und zur Aufrechterhaltung einer Haftpflichtversicherung trifft die zur eigenverantwortlichen Berufsausübung berechtigten Berufsangehörigen ebenso wie jene Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten in Fachausbildung unter Lehrsupervision sowie Personen, die einen Anpassungslehrgang absolvieren.

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:innen, die Beitragsleistung zur Haftpflichtversicherung übernehmen. Die Fachauszubildenden werden von dieser Verpflichtung ebenso erfasst. Von der Berufshaftpflichtversicherung ausgenommen sind Einrichtungen, die eine allgemeine Versicherung abgeschlossen haben, die den Anforderungen gemäß Abs. 3 gleichkommt.

Der verpflichtende Abschluss einer Haftpflichtversicherung setzt die Vorgaben der Patientenmobilitätsrichtlinie 2011/24/EU um: *Für Behandlungen im Hoheitsgebiet des betreffenden Mitgliedstaats bestehen Systeme der Berufshaftpflichtversicherung, eine Garantie oder eine ähnliche Regelung, die im Hinblick auf ihren Zweck gleichwertig oder im Wesentlichen vergleichbar und nach Art und Umfang dem Risiko angemessen ist* (Art. 4 Abs. 2 lit. d), und entspricht im Wesentlichen § 16b Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1990.

Die Berufshaftpflichtversicherung ist vor Aufnahme der psychotherapeutischen Berufsausübung zur Deckung der daraus entstehenden Schadenersatzansprüche bei einem zum Geschäftsbetrieb in Österreich berechtigten Versicherer abzuschließen und während der Dauer der Berufsausübung aufrechtzuerhalten.

Zu § 51:

§ 51 enthält eine Verordnungsermächtigung für die bzw. den für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister:in zur Erlassung eines Ethik- und Berufskodex. Dieser soll nach Möglichkeit sämtliche bisherigen Richtlinien für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und insbesondere den Berufskodex umfassen und diese in Verordnungform verpflichtend für die psychotherapeutische Berufsausübung machen.

Der Ethik- und Berufskodex soll keine personenbezogenen Daten enthalten, sondern der Konkretisierung des Verhaltens von Berufsangehörigen, die bei der Berufsausübung der Psychotherapie nach bestem Wissen und Gewissen vorzugehen haben, dienen. Eine Verarbeitung von personenbezogenen Daten ist weder vorgesehen noch intendiert und auch nicht Ziel und Zweck dieser Bestimmung.

Zu § 52:

Eine Beendigung der Berufstätigkeit durch die bzw. den Berufsangehörige:n ist der Behörde schriftlich mitzuteilen (Abs. 1). Dem Schriftlichkeitsgebot wird sowohl durch ein Schreiben in Papierform als auch in elektronischer Form Genüge getan.

Bei fehlendem Arbeitsort in Österreich wird eine Beendigung der Berufstätigkeit gesetzlich vermutet und ist bescheidmäßig festzustellen (Abs. 2).

In der Folge ist eine Streichung aus der Berufsliste vorzunehmen (Abs. 3).

Ebenso ist im Falle des Ablebens einer bzw. eines Berufsangehörigen eine Streichung aus der Berufsliste vorzunehmen (Abs. 4).

Sämtliche in § 52 normierte Tatbestände sind von Amtswegen wahrzunehmen (Abs. 5).

Aus Gründen der Nachvollziehbarkeit und damit auch Patientinnen- und Patientensicherheit sowie Schutz der Öffentlichkeit sind diese Daten nicht zu löschen.

Zu § 53:

§ 53 normiert die Möglichkeit des Ruhens der Berufsberechtigung. Diese erfolgt aufgrund eines zeitweiligen Verzichts durch die bzw. den Berufsberechtigte:n oder aufgrund einer Maßnahme gemäß § 53 Abs. 6 Z 11 oder 12 (Abs. 1). Insbesondere soll es Berufsangehörigen möglich sein, freiwillig für einen bestimmten Zeitraum auf die Berufsausübung zu verzichten.

Ein freiwilliger Verzicht ist gemäß Abs. 2 zu melden und wird sofort bei Eintreffen der Meldung rechtswirksam und kann jederzeit zurückgenommen werden.

Ab dem Zeitpunkt der Abgabe einer Meldung über die Rücknahme oder nach Ablauf ihres bzw. seines Verzichts dürfen Berufsangehörige ihren Beruf wieder ausüben (Abs. 3).

Zu betonen ist, dass im Falle der Selbstverpflichtung oder Verhängung einer Maßnahme aufgrund der Erschütterung der Vertrauenswürdigkeit oder bei mangelnder gesundheitlicher Eignung der bzw. dem Berufsangehörigen die Berufsausübung der Psychotherapie gemäß Abs. 4 für die in diesem Zusammenhang bestimmte Zeit verboten ist.

Zu § 54:

§ 54 regelt die Entziehung der Berufsberechtigung und die daraus folgende Streichung aus der Berufsliste. Im Zusammenhang mit der Normierung der Vollziehung durch die Landeshauptleute im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung werden die bisherigen Bestimmungen des Psychotherapiegesetzes, BGBl. Nr. 361/1990, betreffend Erlöschen der Berufsberechtigung und Streichung aus der Berufsliste nach Vorbild des Psychologengesetzes 2013 neugestaltet und im Sinne der einschlägigen höchstgerichtlichen Judikatur ausformuliert. Dazu gehört nunmehr auch das Nichtvorliegen einer notwendigen Berufshaftpflichtversicherung im Sinne des § 50. Sollte während der Berufsausübung keine Berufshaftpflichtversicherung mehr abgeschlossen sein, wäre der verpflichteten Person von der Landeshauptfrau bzw. vom Landeshauptmann bescheidmäßig die Berufsberechtigung zu entziehen.

Festzuhalten ist, dass diesen Bestimmungen vorrangig Präventivcharakter zukommt.

Zu Abs. 1:

Abs. 1 legt die Grundlage für die Führung von Verwaltungsverfahren und die Erlassung von Bescheiden zur Entziehung der Berufsberechtigung durch die Landeshauptleute.

Betreffend verwaltungsverfahrenrechtliche Vorgaben ist auf die Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1991 – AVG, BGBl. Nr. 51/1991, zu verweisen, die uneingeschränkt zur Anwendung kommen.

Berufsangehörige, auf die sich die Tätigkeit der Behörde bezieht, sind Partei im Verfahren.

Die verfahrensrechtliche Mitwirkungspflicht der bzw. des Berufsangehörigen als Partei des Verfahrens ist in § 39 AVG normiert. Diese bezieht sich im vorliegenden Fall insbesondere auf die aktive Mitwirkung am Verfahren, Befolgung von Anordnungen hinsichtlich fachlicher Begutachtungen, insbesondere der gesundheitlichen (somatischen und psychischen Eignung) oder der Vertrauenswürdigkeit, sowie Erfüllung von Maßnahmen gemäß Abs. 6. Entscheidender Faktor für den Erfolg von Maßnahmen zur Wiederherstellung der Vertrauenswürdigkeit ist die Mitwirkung der bzw. des betroffenen Berufsangehörigen. Die bzw. der Berufsangehörige hat aktiv am Verfahren mitzuwirken, behördlichen Anordnungen im Rahmen des Verfahrens Folge zu leisten und vorgeschriebene Maßnahmen zu erfüllen. Eine mangelnde Mitwirkung am Verfahren wirkt sich in der Folge ebenfalls auf die (mangelnde) Vertrauenswürdigkeit der bzw. des Berufsangehörigen aus.

Beschwerdeführenden Personen kommt hingegen kein Parteienstatus zu, sie sind Zeuginnen bzw. Zeugen im Verfahren. Diesen kommen somit auch kein Recht auf Akteneinsicht oder sonstige Parteienrechte zu. Gegenstand eines Verwaltungsverfahrens zur Entziehung der Berufsberechtigung in Verbindung mit dem Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 ist die Überprüfung der Voraussetzungen für die selbständige Berufsausübung der Psychotherapie. Die Gründe für die Entziehung der Berufsberechtigung sind auch von Amts wegen wahrzunehmen.

Gemäß § 8 AVG sind Personen, die eine Tätigkeit der Behörde in Anspruch nehmen oder auf die sich die Tätigkeit der Behörde bezieht, Beteiligte und, insoweit sie an der Sache vermöge eines Rechtsanspruches oder eines rechtlichen Interesses beteiligt sind, Parteien. Nach den Gesetzesmaterialien ist ein Rechtsanspruch der „Anspruch auf eine bestimmte behördliche Tätigkeit“, während die bzw. der rechtliche Interessent:in (lediglich) einen Anspruch auf ein bestimmtes Verfahren hat (*Hengstschläger/Leeb*, AVG § 8 (Stand 01.01.2014, rdb.at) Rz. 2). Die Frage der Parteistellung gemäß § 8 AVG ist nach der Judikatur „ausgehend von“ bzw. „aus“ der Gesamtrechtsordnung einschließlich des Privatrechts zu beurteilen (VwGH 17.09.2002, 2002/01/0377; 09.09.2003, 2002/01/0133; vgl. auch VfSlg 4227/1962; siehe ferner FB IX, 72 sowie mwN *Thienel*, Verwaltungsakt 99 f.). Parteistellung kommt danach allen Personen zu, deren subjektive Rechtssphäre im Verfahren unmittelbar berührt wird (VwSlg 9751 A/1979; VwGH 24.5.2005, 2005/05/0014; VfSlg 12.861/1991; 14.024/1995; 17.201/2004), deren, auch privatrechtliche, Rechtsstellung durch den Bescheid eine Änderung erfahren kann (VwSlg 10.476 A/1981; VfSlg 4227/1962). Ein Verwaltungsstrafverfahren nach der StVO berührt die Leistungspflicht und das Regressrecht der Kfz-Versicherung und deren Privatrechtssphäre nur mittelbar, sodass der Versicherungsgesellschaft keine Parteistellung gemäß § 24 VStG in Verbindung mit § 8 AVG zukommt (VwSlg 9751 A/1979; vgl. auch *Moritz*, 16. ÖJT I/2, 65 f.). Dabei betont allerdings auch der VwGH zum Teil, dass die Parteistellung kraft Berührung von Privatrechten voraussetzt, dass deren Wahrung der Verwaltungsbehörde vom (gemeint: Verwaltungsrechts-)Gesetzgeber zur Pflicht gemacht wird (VwGH 19.09.1990, 89/01/0409; 20.12.1991, 90/17/0313; 10.07.1997, 97/07/0015; ferner die Einschränkung in VwGH 09.09.2003, 2002/01/0133 auf privatrechtliche Vorschriften, die „in einer Beziehung“ zur gegenständlichen Angelegenheit stehen). Ein allfälliger Bescheid oder Maßnahmen der Landeshauptfrau bzw. des Landeshauptmannes im Beschwerdeverfahren berührt die Rechtsstellung der beschwerdeführenden Person nicht direkt. Selbst eine Streichung der Partei aus der Berufsliste hätte keine Auswirkungen auf private oder öffentlich-rechtliche Rechte der beschwerdeführenden Person. Das private Recht auf Schadenersatz der beschwerdeführenden Person würde nicht unmittelbar durch einen Bescheid

oder Maßnahmen des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministeriums gestaltet, weshalb diese bloße Beteiligte des Verfahrens ist. Die Verletzung eines eigenen subjektiven Rechts der beschwerdeführenden Person durch einen Bescheid oder Maßnahmen der Landeshauptfrau bzw. des Landeshauptmannes ist nicht einmal möglich (vgl. *Hengstschläger/Leeb*, AVG § 8 (Stand 01.01.2014, rdb.at) Rz. 9). Die Verletzung ihres Eigentums und der finanzielle Schaden wären bereits eingetreten und getrennt von dem Verwaltungsverfahren aufgrund der berufsrechtlichen Beschwerde zu behandeln. Bei der Beurteilung der Frage, woran man ein subjektives Recht erkennt (vgl. *Ringhofer*, Strukturprobleme 66 ff.), kommt es auf den Schutzzweck der Norm an (VwSlg 14.037 A/1994; *Adamovich/Funk* 384 f.; *Wessely*, Eckpunkte 147). Es ist im Sinne der „Schutznormtheorie“ darauf abzustellen, ob ausschließlich öffentliche Interessen oder auch die Interessen einer besonders betroffenen und von der Allgemeinheit abgrenzbaren Person für die Entstehung der Norm maßgebend waren. Diese Voraussetzung ist jedenfalls dann gegeben, wenn der Einzelne in einem Leistungsbescheid zu einem Tun, Unterlassen oder Dulden verpflichtet wird (siehe auch VwGH 24.05.2005, 2005/05/0014) oder wenn ein Bescheid die Einschränkung eines Rechts (zB den Entzug einer Lenkberechtigung) oder eine belastende Feststellung zum Gegenstand hat (*Wessely*, Eckpunkte 82). In Beschwerdeverfahren trifft dies ausschließlich auf die beschwerte Berufsangehörige bzw. den beschwerten Berufsangehörigen zu. Bloß faktische, insbesondere auch wirtschaftliche Interessen vermitteln nach der Rechtsprechung keine Parteistellung (*Hengstschläger/Leeb*, AVG § 8 (Stand 01.01.2014, rdb.at) Rz. 7). Soweit die Verwaltungsvorschriften nicht ausdrücklich die Rechtsvorschriften nennen, aus denen sich subjektive Rechte ergeben (vgl. § 6 Abs. 2 nÖ BauO [VwGH 15.07.2003, 2002/05/0245]), oder gar ausdrücklich regeln, wem in einem bestimmten Verfahren kraft subjektiven Rechts Parteistellung zukommt (= Legalpartei; vgl. etwa § 31e EibG; vgl. auch *Wessely*, Eckpunkte 151 ff.), ist im Wege der Auslegung zu prüfen, ob durch die maßgeblichen Rechtsvorschriften nur eine Rechtspflicht der Behörde oder auch ein subjektives Recht einer bestimmten Person begründet wird (vgl. VwGH 25.10.2000, 2000/06/0109; 26.02.2003, 2000/03/0328; 27.11.2012, 2011/03/0226; ferner *Ringhofer*, Strukturprobleme 76). Das Psychotherapiegesetz beinhaltet als maßgebliches Materienengesetz keine Regelung, wem in einem Verwaltungsverfahren Parteienstellung zukommt. Schutzzweck der entsprechenden Bestimmungen des Materiengesetzes ist der Schutz der Allgemeinheit und der Patientinnen bzw. Patienten einer bzw. eines Berufsangehörigen vor einer nicht lege artis durchgeführten Behandlung, Betreuung bzw. Therapie oder durch eine Berufsangehörige bzw. einen Berufsangehörigen, die bzw. der nicht die Voraussetzungen zur Berufsausübung verfügt. Die anzuwendenden Normen wurden im öffentlichen Interesse erlassen. Nicht Schutzzweck ist hingegen die Unterstützung der Verfolgung allfälliger privatrechtlicher Forderungen einer beschwerdeführenden Person. Eine Parteistellung kann nur im Zusammenhang mit einem konkreten Verwaltungsverfahren bestehen (VwGH 17.01.1992, 89/17/0239). Nach § 8 AVG sind Personen nämlich nur Parteien, insoweit sie an der Sache kraft eines bereits bestehenden (vgl. VwGH 15.06.1987, 87/10/0005; *Hellbling* 123), eigenen (vgl. VwGH 11.09.2003, 2002/07/0141) subjektiven Rechts beteiligt sind. „Sache“ im Sinne dieser Bestimmung ist die den Gegenstand des Verfahrens bildende, von der Behörde durch den Spruch des Bescheides zu regelnde Angelegenheit (VwGH 23.05.2002, 99/07/0026). Dieser wird durch den maßgeblichen Sachverhalt in Verbindung mit dem Inhalt der zur Anwendung kommenden (Verwaltungs-)Rechtsvorschriften konstituiert (vgl. VwSlg 13.357 A/1991; VwGH 23.05.2002, 2001/07/0133). Die Parteistellung besteht also nicht losgelöst von einem Verwaltungsverfahren, sondern die Partei ist die bzw. der künftige Adressat:in des (bei amtswegigen Verfahren: möglicherweise) zu erlassenden Bescheides (*Thienel*, ZfV 1996, 5).

Eine beschwerdeführende Person ist jedenfalls nicht Adressat:in eines betreffend die bzw. den Berufsangehörige:n möglicherweise zu erlassenden Bescheides oder dieser durch die Behörde vorgeschriebenen Maßnahmen. Es kann daher auch aus diesem Grund einer beschwerdeführenden Person keine Parteistellung in einem Verwaltungsverfahren zukommen, welches eine:n Berufsangehörige:n betrifft.

Zumindest bei Normen innerstaatlichen Ursprungs vermittelt das bloß faktische, insb. auch wirtschaftliche Interesse (vgl. auch *Grabenwarter*, 16. ÖJT I/1, 23 f.) an der Einhaltung von Vorschriften des objektiven Rechts nach ständige Rechtsprechung des VwGH noch nicht die Parteistellung einer (weiteren) Person (VwGH 21.01.2003, 2002/07/0160; 30.06.2011, 2008/03/0107; 21.10.2011, 2011/03/0190). Anderes gilt nur dann, wenn diese Interessen (Dritter) zu rechtlichen erhoben werden (VwGH 09.10.1996, 96/03/0245; 21.1.2003, 2002/07/0160; 28.02.2006, 2005/03/0232), wenn also die anzuwendenden Normen erkennen lassen, dass sie insofern nicht nur im öffentlichen Interesse (vgl. auch VwGH 05.05.2003, 2003/10/0012), sondern dass sie auch im Interesse des jeweiligen – besonders betroffenen (VfSlg 17.220/2004 [Rz. 13]) – Privaten erlassen wurden (vgl. VwGH 22.02.1999, 98/17/0355; 26.02.2003, 2000/03/0328; VfSlg 9000/1980; siehe auch AB 1925, 10; näher *Pöschl* in FS Wimmer). Mangels einer solchen Berechtigung gründet sich das faktische (wirtschaftliche) Interesse an der Beachtung der entsprechenden Norm des objektiven Rechts (zB über den Gemeingebrauch an

öffentlichen Straßen [VwSlg 11.522 A/1984; VwGH 22.09.1998, 98/05/0168]) auf eine bloße Reflexwirkung (VwSlg 14.826 A/1998; VfGH 11.12.2012, B 822/11) und kann daher allenfalls die Stellung als bloß Beteiligter begründen.

Die entsprechenden Normen des Psychotherapiegesetzes sind (nur) im öffentlichen Interesse gelegen, da sie das Ziel verfolgen, die Allgemeinheit vor diesem Gesetz unterliegenden Berufsangehörigen zu schützen, welche die im entsprechenden Materiengesetz determinierten Behandlungen bzw. Therapien nicht nach bestem Wissen und Gewissen und daher nicht *lege artis* durchführen. Hingegen kann den einschlägigen Rechtsvorschriften nicht jener Schutzzweck entnommen werden, Private (und sei es auch die beschwerdeführende Person) bei der Durchsetzung gerichtlicher Haftungsansprüche zu unterstützen.

Gemäß § 57 Abs. 1 AVG ist, wenn es sich bei Gefahr im Verzug um unaufschiebbare Maßnahmen handelt, die Behörde berechtigt, einen Bescheid auch ohne vorausgegangenes Ermittlungsverfahren zu erlassen („Mandatsbescheid“). Nach herrschender Lehre steht die Gebrauchnahme von der in § 57 Abs. 1 zweiter Fall AVG eingeräumten Befugnis im Ermessen der Behörde. Danach hat die Behörde bei ihrer Entscheidung die Wahrscheinlichkeit und das Ausmaß des drohenden Schadens sowie die Dringlichkeit einer Abwehrmaßnahme und die voraussichtliche Dauer des Ermittlungsverfahrens und dessen Vorteile zu veranschlagen (vgl. *Hengstschläger* 2 Rz. 427; *Thienel* 3 192; *Walter/Mayer* Rz. 571; vgl. aber auch *Walter/Thienel* AVG § 57 Anm. 5). Nach *Hellbling* „wandelt sich das Recht“ der Behörde, von § 57 AVG Gebrauch zu machen, „ohne Zweifel in eine Pflicht um“, wenn die öffentlichen Interessen eine sofortige Maßnahme erheischen (*Hellbling* 329). Auch den Gesetzesmaterialien liegt die Auffassung zugrunde, dass die Behörde zur Verhütung einer Gefahr „mitunter“ sofort eingreifen „muss“ und in solchen Fällen „berechtigt und verpflichtet“ ist, die unaufschiebbaren Verfügungen ohne weiteres zu erlassen (AB 1925, 17). Es wäre also keinesfalls mit § 57 Abs. 1 AVG vereinbar, ein ordentliches Verfahren durch- bzw. weiter (zu Ende) zu führen, obwohl die Behörde zum Ergebnis gelangt, dass eine Verfügung wegen Gefahr im Verzug unaufschiebbar ist.

Die sachliche und örtliche Zuständigkeit der Behörden richtet sich gemäß § 1 AVG nach den Vorschriften über ihren Wirkungsbereich und nach den Verwaltungsvorschriften. Soweit die in § 1 AVG erwähnten Vorschriften über die örtliche Zuständigkeit nichts bestimmen, richtet sich diese gemäß § 3 Z 2 und 3 AVG in Sachen, die sich auf den Betrieb eines Unternehmens oder einer sonstigen dauernden Tätigkeit beziehen: nach dem Ort, an dem das Unternehmen betrieben oder die Tätigkeit ausgeübt wird oder werden soll; in sonstigen Sachen: zunächst nach dem Hauptwohnsitz (Sitz) der bzw. des Beteiligten, und zwar im Zweifelsfall des belangten oder verpflichteten Teiles, dann nach ihrem bzw. seinem Aufenthalt, dann nach ihrem bzw. seinem letzten Hauptwohnsitz (Sitz) im Inland, schließlich nach ihrem bzw. seinem letzten Aufenthalt im Inland, wenn aber keiner dieser Zuständigkeitsgründe in Betracht kommen kann oder Gefahr im Verzug ist, nach dem Anlass zum Einschreiten. Kann jedoch auch danach die Zuständigkeit nicht bestimmt werden, so ist die sachlich in Betracht kommende oberste Behörde zuständig.

Zu Abs. 2:

Abs. 2 enthält eine demonstrative Aufzählung von Gründen für mangelnde gesundheitliche Eignung.

Unter gesundheitlicher Eignung ist grundsätzlich die somatische/physische Fähigkeit, den Beruf entsprechend den beruflichen Anforderungen fachgerecht auszuüben, sowie neben der entsprechenden Intelligenz und psychischen Stabilität auch die Fähigkeit, entsprechende Strategien zur persönlichen Bewältigung der psychischen Anforderungen des jeweiligen Berufs zu entwickeln und Sorge für die eigene Psychohygiene tragen zu können, zu verstehen.

Die Beurteilung des Vorliegens der gesundheitlichen Eignung unterliegt einer genauen Einzelfallprüfung, welche die Patientinnen- und Patientensicherheit, das verfassungsgesetzlich gewährleistete Recht auf Erwerbsausübungsfreiheit sowie die Grundsätze der UN-Behindertenkonvention jedenfalls zu berücksichtigen hat.

Eine somatische Beeinträchtigung, welche die Berufsausübung verunmöglicht, kann bei so schweren körperlichen Gebrechen vorliegen, die eine ordnungsgemäße Verrichtung der berufsspezifischen Tätigkeiten zu weiten Teilen oder zur Gänze verhindern, und bei übertragbaren Krankheiten, sofern diese ein Risiko für die Sicherheit der Patientinnen bzw. Patienten, des sonstigen Gesundheitspersonals oder der Öffentlichkeit darstellen. Das Vorliegen oder mangelnde Vorliegen der somatischen Eignung ist durch ein entsprechendes fachärztliches Sachverständigengutachten festzustellen.

Eine psychische Beeinträchtigung liegt insbesondere vor bei psychischen Erkrankungen oder Störungen, Alkohol- oder anderwärtiger Substanzabhängigkeit bzw. mangelnder Wahrnehmungs-, Empathie- und Selbstreflexionsfähigkeit, die der Erfüllung der Berufspflichten, insbesondere der Wahrung des Wohls der Patientinnen bzw. Patienten, entgegenstehen und eine ordnungsgemäße Verrichtung der

berufsspezifischen Tätigkeiten verhindern. Das Vorliegen oder mangelnde Vorliegen der psychischen Eignung ist durch ein psychotherapeutisches, klinisch-psychologisches bzw. fachärztlich-psychiatrisches Sachverständigengutachten festzustellen.

Im Falle der Einholung eines Sachverständigengutachtens sind bevorzugt Personen, die in der Gerichtssachverständigenliste eingetragen sind, oder sonstige für die Fragestellung besonders ausgewiesene Expertinnen bzw. Experten als Gutachter:innen heranzuziehen. Bei der Auswahl der Gutachterin bzw. des Gutachters müssen mögliche Befangenheitsgründe beachtet werden. Entsprechend dem Auftrag sind von der bzw. dem Gutachter:in detaillierte Fragestellungen zu entwickeln, die mit geeigneten wissenschaftlichen Methoden und Verfahren beantwortet werden. Das Gutachten muss formalen und inhaltlichen Qualitätskriterien genügen. Im Falle eines klinisch-psychologischen Gutachtens sind die Richtlinien zum Erstellen von klinisch-psychologischen Befunden und Gutachten des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministeriums zu beachten.

Seitens des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministeriums sind in der Vergangenheit beispielsweise folgende Beeinträchtigungen bzw. Umstände im Hinblick auf das Vorliegen der gesundheitlichen Eignung folgendermaßen beurteilt worden:

- Impfstatus: § 17 Abs. 3 Epidemiegesetz 1950, wonach für Personen, die sich berufsmäßig mit der Krankenbehandlung, der Krankenpflege oder Leichenbesorgung beschäftigen, die Beobachtung besonderer Vorsichten angeordnet werden können, ist nicht rein präventiv zu sehen, sondern erfordert einen konkreten Anlassfall, wie das Auftreten einer meldepflichtigen Krankheit. Daher kann die gesundheitliche Eignung lediglich mangels Vorliegens eines bestimmten Impfstatus des bzw. der Berufsangehörigen nicht versagt werden (Näheres siehe: Impfpfehlungen des Gesundheitsministeriums für das Gesundheitspersonal in Österreich).
- HIV-Infektion: Nach derzeitigem Stand des Wissens ist der uneingeschränkte Einsatz von HIV-positiven Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern im Gesundheitswesen möglich, vorausgesetzt es werden bestimmte Richtlinien eingehalten. Die uneingeschränkte Tätigkeit ist möglich, wenn die bzw. der Berufsangehörige eine dauerhaft stabile Viruslast von <50 Kopien HIV RNA/ml aufweist, mindestens vierteljährliche Kontrollen der HI-Viruslast durchführen lässt, in regelmäßiger arbeitsmedizinischer Betreuung und in regelmäßiger Betreuung von HIV-Spezialistinnen bzw. HIV-Spezialisten steht und verhaltenspräventive Maßnahmen konsequent beachtet.
- Hepatitis-C-Infektion: Eine Hepatitis-C-Infektion führt nicht in jedem Fall zum Verlust der gesundheitlichen Eignung für Gesundheitsberufe, vielmehr ist auf die Infektiosität abzustellen, die von der Viruskonzentration im Blut abhängig ist. Des Weiteren ist das mit der Ausübung des jeweiligen Berufs verbundene Ansteckungsrisiko zu berücksichtigen.
- Chronische Erkrankungen: Chronische Erkrankungen, wie beispielsweise pulmonale Erkrankungen oder Herzerkrankung, die zwar die Leistungsfähigkeit der bzw. des Berufsangehörigen beeinträchtigen und allenfalls zu einer Selbstgefährdung im Rahmen der Berufsausübung führen können, nicht aber eine Gefährdung für die Patientinnen bzw. Patienten darstellen, hindern die gesundheitliche Eignung nicht.
- Epilepsie: Bei chronischen Erkrankungen, wie zB Epilepsie, kann unter der Voraussetzung einer entsprechenden medikamentösen Behandlung die gesundheitliche Eignung für die Ausübung eines Gesundheitsberufs gegeben sein. Im Rahmen der Verantwortlichkeiten der Berufsangehörigen sowie auch der Dienstgeber:innen kann es allerdings erforderlich sein, dass diese grundsätzlich nicht alleine tätig werden, sondern eine zweite Person bei einem eventuell auftretenden Krankheitsschub die entsprechenden Maßnahmen ergreifen kann.
- Körperliche Beeinträchtigungen: Nicht vorübergehende körperliche Beeinträchtigungen (Behinderungen), wie zB Hör- und Sehbeeinträchtigungen, Erfordernis von Prothesen, Gehhilfen bzw. Rollstuhl, die dazu führen, dass nicht alle im Berufsbild enthaltenen Tätigkeiten auch tatsächlich durchgeführt werden können, bedeuten nicht automatisch das Fehlen der gesundheitlichen Eignung. Unter Berücksichtigung der UN-Behindertenkonvention, des Diskriminierungsverbots und der Eigenverantwortung der bzw. des Berufsangehörigen wäre die gesundheitliche Eignung zu bejahen, sofern eine Berufsausübung im Sinne der erworbenen Qualifikation grundsätzlich möglich ist.
- Maßnahmenvollzug: Da eine strafrechtliche Unterbringung in einem forensisch-therapeutischen Zentrum nicht unter den Begriff der gerichtlichen Verurteilung zu subsumieren ist, fällt die Anordnung eines Maßnahmenvollzugs gemäß § 21 Abs. 1 StGB nicht unter den Tatbestand der mangelnden Vertrauenswürdigkeit. In diesen Fällen wäre allerdings die gesundheitliche Eignung zu überprüfen.

- Erwachsenenvertretung: Die Bestellung einer Erwachsenenvertreterin bzw. eines Erwachsenenvertreters ist einerseits im Hinblick auf das Vorliegen der Entscheidungsfähigkeit relevant, kann aber andererseits auch Zweifel am Vorliegen der gesundheitlichen Eignung bewirken und ist daher auch unter diesem Aspekt im Hinblick auf die Art und den Umfang der Vertretung im Zusammenhang mit den Erfordernissen des jeweiligen Berufs zu prüfen.

Im Rahmen der Überprüfung der psychischen Eignung sind insbesondere Fragestellungen, ob

- Hinweise auf eine psychische Störung vorliegen, die eine Berufsausübung zum Zeitpunkt des Verfahrens unmöglich machen bzw. Hinweise auf mangelnde Verlässlichkeit und Glaubwürdigkeit vorliegen, die eine Berufsausübung insbesondere im Gesundheitswesen zum Zeitpunkt des Verfahrens ausschließen,
- Persönlichkeitsakzentuierungen vorliegen, die insbesondere die Handlungs-, Kontroll- und Kommunikationsfähigkeit in einer Weise einschränken, die eine Berufsausübung ausschließen,
- zwar keine prinzipiellen Hinderungsgründe vorliegen, aber doch Einschränkungen der psychischen Eignung, die im Rahmen Berufsausübung bearbeitet werden sollten,
- Belastbarkeit, Stresstoleranz, Reflexionsvermögen, Anpassungsfähigkeit und Konfliktbewältigungsstrategien in ausreichendem Ausmaß gegeben sind,
- Ressourcen wie insbesondere Empathie-, Bindungs-, Beziehungs- und Distanzierungsfähigkeit, die insbesondere im Patientinnen- bzw. Patientenkontakt notwendige Voraussetzungen für eine Berufsausübung darstellen, in ausreichendem Ausmaß gegeben sind,

zu beantworten.

Unbeschadet des Vorliegens der gesundheitlichen Eignung im Sinne der berufsrechtlichen Regelungen können sich im Zusammenhang mit der Berufsausübung bei besonderen gesundheitlichen Umständen bzw. Defiziten einerseits besondere bzw. erhöhte Sorgfaltsverpflichtungen der bzw. des Berufsangehörigen zum Fremd- und Selbstschutz und andererseits dienst- und organisationsrechtliche Sorgfaltspflichten der Arbeitgeberin bzw. des Arbeitgebers sowohl für die Arbeitnehmer:innen als auch für die Patientinnen bzw. Patienten ergeben.

Zu Abs. 3:

Abs. 3 nennt demonstrativ die wichtigsten Fälle des Wegfalls der Vertrauenswürdigkeit. Der Entwurf orientiert sich hierbei an den bisherigen Regelungen des Psychologengesetzes 2013.

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. Der Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere die Berufspflichten konkretisierende berufsspezifische Richtlinien bieten insbesondere Anhaltspunkte für die Berufsausübung nach bestem Wissen und Gewissen, insbesondere in Hinblick auf die Lauterkeit der Ziele und die 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 unionsrechtliche 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 der bzw. dem Betreffenden zukommt oder nicht (vgl. insb. VwGH 21.12.1999, 97/19/0787). Die bzw. 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 zu der/dem Betreffenden zu berücksichtigen. Der entscheidende Gesichtspunkt ist hierbei, dass sich die zuständige Behörde auf die Vertrauenswürdigkeit der/des Betreffenden bei der Ausübung des Berufes verlassen können muss, weil eine lückenlose Kontrolle nicht möglich ist (vgl. insb. VwGH 18.07.2002, 99/09/0107, und VwGH 04.04.2001, 2001/09/0040).

Im Zusammenhang mit der Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit sind entsprechend der einschlägigen Judikatur des Verwaltungsgerichtshofs (vgl. insbesondere VwGH 01.10.2002, 99/03/0147; VwGH 18.07.2002, 99/09/0107; VwGH 04.04.2001, 2001/09/0040; VwGH 27.09.2007, 2006/1/0230; VwGH

vom 10.06.2015, 2013/11/0210, VwGH vom 19.12.2018, Ra 2018/03/0122) die persönlichen Eigenschaften und das Gesamtverhalten einer bzw. eines Berufsangehörigen dahingehend zu prüfen, ob diese geeignet sind, Vertrauen in die Berufsausübung zu wecken. Es darf nicht der leiseste Zweifel an der Gesetzestreue, Korrektheit, Sorgfalt, Charakterstärke einer bzw. eines Berufsangehörigen sowie an ihrem bzw. seinem Pflichtbewusstsein bestehen. Bei dieser Beurteilung ist ein strenger Maßstab anzulegen, wobei auch ein einmaliges gravierendes Fehlverhalten Vertrauensunwürdigkeit begründen kann. Unmaßgeblich ist, in welchen Bereichen die Ursachen für den Verlust der Vertrauenswürdigkeit gelegen sind, weil es nur darauf ankommt, ob das erforderliche Maß an Vertrauenswürdigkeit der bzw. dem Berufsangehörigen überhaupt zukommt oder nicht. Auch ein Verhalten, das nicht im Zusammenhang mit der Tätigkeit als Psychotherapeut:in steht, kann Vertrauensunwürdigkeit der bzw. des Berufsangehörigen begründen (vgl. VwGH vom 28.02.2020, Ra 2020/03/0012, in Zusammenhang mit VwGH 02.09.2019, Ra 2019/03/0105, 03.06.2019, Ra 2019/03/0060, 19.12.2018, Ra 2018/03/0122, 23.02.2018, Ro 2017/03/0025, 11.10.2017, Ro 2017/03/0024, 28.06.2017, Ra 2017/03/0066). Umso mehr können Berufspflichtverletzungen einer bzw. eines Berufsangehörigen Zweifel an ihrer bzw. seiner verlässlichen Berufsausübung und damit ihrer bzw. seiner Vertrauenswürdigkeit begründen (vgl. VwGH 27.01.2020, Ra 2020/03/0005). Auch ein einmaliges gravierendes Fehlverhalten kann Vertrauensunwürdigkeit begründen (vgl. VwGH vom 19.12.2018, Ra 2018/03/0122). Ausgehend davon, dass ein:e Berufsangehörige:r dann vertrauenswürdig ist, wenn sie bzw. er nach ihrer bzw. seiner gesamten Geisteshaltung und Sinnesart ein Persönlichkeitsbild vermittelt, das bei Berücksichtigung aller für das Gemeinschaftsleben belangreichen Richtungen ein in sie bzw. ihn gesetztes Vertrauen zu rechtfertigen vermag, ergeben sich folgende wesentliche Merkmale der erforderlichen Vertrauenswürdigkeit für die Berufsausübung als Psychotherapeut:in:

- a) Die bzw. der Berufsangehörige muss auch für die Zukunft Gewähr für die Erfüllung der bestehenden besonderen Anforderungen an die Berufsausübung bieten können.
- b) Für die Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit ist das Gesamtverhalten der bzw. des Berufsangehörigen daraufhin zu prüfen, ob diese geeignet ist, Vertrauen in die Berufsausübung zu wecken, und ob die bzw. der Betreffende bei der Erfüllung der Berufspflichten als verlässlich angesehen werden kann.
- c) Entscheidend ist, ob das bisherige Verhalten auf ein Persönlichkeitsbild schließen lässt, das mit jenen Interessen in Einklang steht, deren Wahrung der bzw. dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister:in oder der Landeshauptfrau bzw. dem Landeshauptmann obliegt.
- e) In diesem Kontext ist auch das Vertrauen der Allgemeinheit zu einer Psychotherapeutin bzw. einem Psychotherapeuten zu berücksichtigen, wobei der entscheidende Gesichtspunkt hierbei ist, dass sich die bzw. der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister:in oder die Landeshauptfrau bzw. der Landeshauptmann auf die Vertrauenswürdigkeit einer bzw. eines Berufsangehörigen bei der Berufsausübung verlassen können muss, weil eine lückenlose Kontrolle nicht möglich ist.

Richtungsweisende höchstgerichtliche Entscheidungen zur Vertrauenswürdigkeit von Berufsangehörigen der Psychotherapie finden sich insbesondere wie folgt: VwGH 2011/11/0056; VwGH 2013/11/0210; LVwG Wien VGW-101/V/073/1566/2016.

Zu näheren Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit sind in jedem Fall der Ethik- und Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten heranzuziehen.

Bei der Entziehung der Berufsberechtigung wegen Wegfalls der Vertrauenswürdigkeit handelt es sich nicht um eine Strafe, sondern um eine administrative Maßnahme zum Schutz der Öffentlichkeit vor nicht vertrauenswürdigen Berufsangehörigen (vgl. VGW-172/062/1272/2020 in Zusammenhang mit VwGH 20.06.2006, 2004/11/0202). Bei der Vertrauenswürdigkeit geht es nur um die Frage der persönlichen, nicht aber der fachlichen Eignung, die abschließend über die Prüfung der Ausbildungserfordernisse kontrolliert werden soll (vgl. (vgl. *Wallner in Neumayr/Resch/Wallner*, GmundKomm² § 6 ÄrzteG 1998 (Stand 01.01.2022, rdb.at) Rz 3ff.).

Nicht vertrauenswürdig in diesem Kontext ist jedenfalls,

1. gegen wen bestimmte strafrechtliche Verurteilungen vorliegen bzw. wenn nach der Eigenart der strafbaren Handlung und nach der Persönlichkeit der bzw. des Verurteilten die Begehung der gleichen oder einer ähnlichen strafbaren Handlung bei der Berufsausübung zu befürchten ist, das sind jene Verurteilungen, die aus Gründen des Patientinnen- und Patientenschutzes eine verlässliche Berufsausübung nicht erwarten lassen,
2. wer eine geschlechtliche Handlung an einer Patientin bzw. einem Patienten vornimmt oder von dieser bzw. diesem an sich vornehmen lässt oder wer eine Patientin bzw. einen Patienten zu einer geschlechtlichen Handlung mit einer anderen Person oder, um sich oder einen Dritten geschlechtlich

zu erregen oder zu befriedigen, dazu verleitet, eine geschlechtliche Handlung an sich selbst vorzunehmen.

Als Anlässe für Beschwerden von Patientinnen bzw. Patienten oder deren Angehörigen sind insbesondere zu nennen: sexueller, emotionaler, sozialer, wirtschaftlicher, finanzieller, religiöser, spiritueller, esoterischer oder sonstiger Missbrauch, körperliche Gewaltanwendung, Verletzung der Verschwiegenheitspflicht und sonstiger Berufspflichten (zB Dokumentationspflicht, Aufklärungspflicht, Auskunftspflicht, Werbebeschränkung, Berufsausübung lege artis), finanzielle Ungereimtheiten (zB Abrechnung, Bereicherung der bzw. des Berufsangehörigen, Ausstellung falscher oder keiner Honorarnoten), Erstellen von „Ferndiagnosen“, Verabreichung von Arzneimitteln, Verabreichung von Drogen, Verkauf von „Drogenfrei“-Bestätigungen, eigenmächtige Heilbehandlung, Vermischung von Psychotherapie mit esoterischen und anderen nicht-therapeutischen Angeboten (zB auf Folder, Website) sowie atmosphärische Verstimmungen, mangelhaft erlebte Empathie, Missverständnisse und Kränkungserlebnisse.

Ursächlich für behördliches Tätigwerden von Amts wegen können beispielsweise ein strafgerichtliches Urteil, Strafantrag bzw. Strafverfahren oder die Bestellung einer Erwachsenenvertretung für die bzw. den Berufsangehörige:n sein.

Anhand von sexuellem Missbrauch bzw. sexuellen Übergriffen im Rahmen von Psychotherapie, der bzw. die zu den schwersten Berufspflichtverletzungen zählt bzw. zählen, wird beispielhaft erläutert wie folgt:

Die psychotherapeutische Beziehung stellt ein zeitlich begrenztes Arbeitsbündnis mit definierten Rollen dar. Sie unterscheidet sich von anderen Beziehungen durch das Machtungleichgewicht zwischen der bzw. dem Berufsangehörigen und der Patientin bzw. dem Patienten. Die bzw. der Berufsangehörige befindet sich aufgrund ihres bzw. seines Fachwissens und ihrer bzw. seiner Fachkompetenz gegenüber der Patientin bzw. dem Patienten in einer Machtposition. Die Beziehung ist daher asymmetrisch. Darüber hinaus erfährt die bzw. der Berufsangehörige im Laufe der Behandlung, Therapie oder Betreuung sehr persönliche Informationen über die Schwierigkeiten und Ressourcen der Patientin bzw. des Patienten und ihrer bzw. seiner Bezugspersonen (*Butcher et al*, 2009). Patientinnen bzw. Patienten, die Hilfe suchen, sind in einer verletzbaren Position. Sie benötigen daher einen sicheren Rahmen, auf den sie sich verlassen können. Die Grenzen der professionellen Beziehung stellen diesen Rahmen dar, der psychotherapeutische Beziehungen professionell und sicher macht. Diese Grenzen sind gekennzeichnet durch die Rahmenbedingungen, wie beispielsweise das Setting, die Frequenz und Dauer der Sitzungen, den Behandlungsort oder die Erreichbarkeit zwischen den Sitzungen. Klare Grenzen definieren die angemessene Interaktion zwischen der bzw. dem Berufsangehörigen und der Patientin bzw. dem Patienten (*Sarkar*, 2004, *Clipson*, 2008).

Psychotherapie ist ein gesetzlich geregelter Gesundheitsberuf, in dem das Wohl der Patientinnen bzw. Patienten an erster Stelle steht. Die Definition der Rahmenbedingungen ist Teil der Aufklärung am Beginn des therapeutischen Prozesses (*Fisher, Oransky*, 2008). Die/Der Berufsangehörige ist aufgrund der Fachkompetenz die Expertin bzw. der Experte, die bzw. der die beruflichen Rahmenbedingungen vorgibt und für die Einhaltung dieser Rahmenbedingungen verantwortlich ist. Auch aufgrund des Machtungleichgewichtes und der verletzbaren Position der Hilfesuchenden ist ausschließlich die bzw. der Berufsangehörige für die Einhaltung und Sicherung dieses klar definierten Rahmens verantwortlich. Patientinnen bzw. Patienten müssen darauf vertrauen können, dass die bzw. der Berufsangehörige professionell und sicher mit ihnen interagiert. Dies kennzeichnet einen wesentlichen Unterschied der therapeutischen Arbeitsbeziehung zu einer freundschaftlichen Beziehung, in der in der Regel beide Personen gleichberechtigt die Bedingungen der Freundschaft definieren. Die Beziehung zwischen Therapeutinnen bzw. Therapeuten einerseits und Patientinnen bzw. Patienten andererseits bleibt somit bei aller möglichen Nähe und Wichtigkeit der Beziehung für den therapeutischen Prozess immer eine professionelle Beziehung, eine Vermischung mit anderen Beziehungsformen wie Freundschaft, intimer bzw. sexueller Beziehung, Arbeitsverhältnis etc. ist ausnahmslos ausgeschlossen. Im Gegensatz zur Alltagsbeziehung herrscht in der therapeutischen Beziehung keine Wechselseitigkeit vor, da Berufsangehörige gewährleisten, dass sie keine Eigeninteressen verfolgen.

Die Besonderheit besteht auch in einem besonderen Vertrauensverhältnis. In einer psychotherapeutischen Beziehung ist es unabdingbar, dass die bzw. der Patient:in darauf vertrauen kann, dass die bzw. der Berufsangehörige den therapeutischen Rahmen uneingeschränkt schützt, respektiert und nicht missbraucht.

Missbrauch liegt vor, wenn unter Verletzung der Pflichten, die mit dem Behandlungs-, Beratungs- und Betreuungsverhältnis verbunden sind, das Vertrauen der anvertrauten Person zu Erfüllung eigener Interessen ausgenutzt wird. *Gutheil und Gabbard* (1993, zit. nach *Sarkar*, 2004) unterscheiden innerhalb des therapeutischen Rahmens Grenzüberschreitungen und Grenzverletzungen. Beispiele für

Grenzüberschreitungen sind beispielsweise das Überziehen der Sitzungsdauer oder körperliche Berührungen am Arm. Grenzüberschreitungen sind je nach Kontext bezüglich ihrer Auswirkungen auf die Patientin bzw. den Patienten bzw. zu beurteilen und können positive, neutrale oder schädliche Konsequenzen haben (*Pope, Keith-Spiegel*, 2008). Beispiele für Grenzverletzungen sind das Annehmen unangemessener Geschenke, unangemessene Berührungen oder Verletzungen der Verschwiegenheitspflicht. Grenzverletzungen sind in jedem Fall schädlich und müssen vermieden werden. Die Bewertung, ob eine Grenzüberschreitung oder eine Grenzverletzung vorliegt, kann oft nur getroffen werden, wenn der Kontext berücksichtigt wird (*Franke, Riecher-Rössler*, 2013). Nach *Glass* (2003) erhöhen Grenzüberschreitungen das Risiko von Grenzverletzungen. Dies wird in der Literatur auch als „slippery slope“ bezeichnet. Meist beginnt eine Grenzverletzung mit kleineren Grenzüberschreitungen, wie beispielsweise Treffen außerhalb der Praxis, gemeinsamen Café- oder Restaurantbesuchen (*Gottlieb, Younggren*, 2009).

Die besondere Schutzbedürftigkeit der Patientinnen bzw. Patienten ergibt sich aus der Eigenart der psychotherapeutischen Behandlung, welche die Patientin bzw. den Patienten regelmäßig in eine tiefgreifende Abhängigkeit zu der bzw. dem Berufsangehörigen geraten lässt und dieser bzw. diesem eine große Machtstellung verleiht. Aus diesem Grund schließen weder ein Einverständnis der Patientin bzw. des Patienten noch der Umstand, dass die Initiative zu einer außertherapeutischen Beziehung von der Patientin bzw. dem Patienten ausgegangen sein mag, den Tatbestand aus. Die massiv iatrogen schädigenden Auswirkungen von außertherapeutischen Beziehungen und Verstrickungen mit ihren Patientinnen bzw. Patienten durch Berufsangehörige der Psychotherapie sind hinlänglich bekannt und wissenschaftlich nachgewiesen.

Aus fachlicher Sicht ist deutlich, dass jede Behandlungsbeziehung eine Abhängigkeitsbeziehung und damit ein „Anvertraut-Sein“ bedingt. Diese psychische Abhängigkeit ist in fachlicher Hinsicht sogar erforderlich, um eine therapeutische Wirkung erzielen zu können, da die bzw. der Patient:in sich in einer vertrauensvollen Beziehung, die an die Eltern-Kind-Interaktion angelehnt ist, (zumindest) teilweise mit der bzw. dem Berufsangehörigen und deren bzw. dessen Bewältigungskompetenzen identifiziert und identifizieren soll.

In der psychotherapeutischen Behandlung werden bestimmte, entwicklungspsychologisch betrachtet eingeschränkte, behinderte oder fehlende Funktionen einer Patientin bzw. eines Patienten so bearbeitet, dass sie nach Möglichkeit nachreifen können. Um eine solche psychische Veränderung erreichen zu können, sind eine Lockerung der psychischen Strukturen und damit eine mindestens partielle Regression notwendig, die mit einem Teilverlust ihrer bzw. seiner Autonomie einhergehen. Diese Veränderungen werden durch den Leidensdruck auf Seiten der Patientin bzw. des Patienten gefördert und ermöglicht. Andererseits machen die genannten eingeschränkten Funktionen sowie die regressiven Prozesse mit Lockerung der intrapsychischen Strukturen eine psychisch erkrankte Patientin bzw. einen psychisch erkrankten Patienten auch besonders verletzlich und anfällig, ebenso wie ein Kind gegenüber einer erwachsenen wichtigen Bezugsperson, die – wie die bzw. der Berufsangehörige – über mehr Macht, Informationen und größere Kompetenzen verfügt. Diese Konstellation bedingt deshalb zwangsläufig ein strukturelles Machtgefälle, das ua. *Tschan* (2005) überzeugend beschrieben hat. Er führt aus, dass ein besonderes Vertrauensverhältnis besteht und auch bestehen muss, um eine Gesundung erreichen zu können. Dies kann allerdings nur geschehen, wenn dem besonderen Schutzbedürfnis der Patientin bzw. des Patienten mit dem Abstinenzgebot Rechnung getragen wird (*Ramshorn Privitera*, 2013; *Schleu, Hillebrand, Gutmann*, 2007). Daher bedingt eine psychotherapeutische Behandlungsbeziehung immer auch eine erwünschte psychische Abhängigkeit der Patientin bzw. des Patienten von der bzw. dem Berufsangehörigen. Ein „Anvertraut-Sein“ ergibt sich daraus notwendigerweise. Vergleichbar mit der Situation zwischen Eltern und Kindern sind Patientinnen bzw. Patienten „anvertraut“ und daher auch einem Missbrauch der psychotherapeutischen Macht weitgehend schutzlos ausgeliefert.

Das Sich-Öffnen in dem besonderen Vertrauensverhältnis einer psychotherapeutischen Behandlungsbeziehung führt zu einer Reduktion der Hemmungen und Schutzmechanismen, die in Alltagsbeziehungen bestehen. Dies begründet eine grundlegend asymmetrische Beziehungssituation mit einer ungleichen Verteilung von Macht und Ohnmacht. Die leidende Patientin bzw. der leidende Patient erfährt in der Psychotherapie in intensiver Weise Aufmerksamkeit, Einfühlung und Zuwendung. Dies löst starke affektive, zumeist sehr positive Reaktionen aus: Sympathie, Zuneigung, Geborgenheits- und auch Liebesgefühle. Diese Regungen sind natürliche Produkte einer Behandlung, die benötigt werden, um die intrapsychische Problematik der Patientin bzw. des Patienten zu bearbeiten und verändern.

Es liegt stets ein Missbrauch vor, wenn eine außertherapeutische (zB persönliche, wirtschaftliche, sexuelle) Beziehung im Rahmen der Psychotherapie vorkommt. Auch ein „bewusstes Ausnutzen“ der Gelegenheit durch die bzw. den Berufsangehörige:n, die ihre bzw. seine durch das Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnis begründete Vertrauensstellung bietet, ist immer gegeben.

Missbrauch in einer Psychotherapie ist immer eine vorsätzliche Tat. Die bzw. der Berufsangehörige geht in die therapeutische Beziehung und arbeitet mit der Patientin bzw. dem Patienten an deren bzw. dessen Ängsten und Nöten. Dabei erlebt die Patientin bzw. der Patient die Berufsangehörige bzw. den Berufsangehörigen als hilfreiche, verlässliche Bezugsperson. Sie bzw. er vertraut sich an und öffnet sich. Jede bzw. jeder Berufsangehörige, die bzw. der in der Behandlungssituation eine persönliche Beziehung zu ihrer bzw. ihrem bzw. seiner bzw. seinem in emotionaler Abhängigkeit befindlichen Patientin bzw. Patienten eingeht, nutzt dieses Vertrauen aus und missbraucht die Patientin bzw. den Patienten, indem sie bzw. er sie bzw. ihn zur Befriedigung eigener Interessen und Bedürfnisse instrumentalisiert.

Die emotionalen Bedürfnisse der bzw. des Berufsangehörigen werden in die therapeutische Beziehung wie ein Fremdkörper implantiert, welcher die psychische Heilung der Patientin bzw. des Patienten für die Zukunft behindert oder gar verhindert und ihr bzw. ihm erhebliche zusätzliche Schäden zufügt. Die Psychotherapie verfehlt völlig ihren Zweck, die konstitutionelle Abhängigkeit der Patientin bzw. des Patienten von der/dem Behandler:in wird nicht beendet, sondern vertieft. Aus diesem Grund ist jeder außertherapeutische Kontakt in der Psychotherapie als missbräuchlich und als Verletzung des Grundsatzes des „Nicht-Schadens“ (*Beauchamp, Childress, 2013*) anzusehen.

Bei der Pflicht zur Abstinenz und bei den Bestimmungen, die vorschreiben, dass das Handeln von Berufsangehörigen sich am Wohl der Patientin bzw. des Patienten auszurichten hat und dass bewusste Schädigungen zu vermeiden sind, handelt es sich nicht um bloße Nebenpflichten, sondern um zentrale und unverzichtbare Berufspflichten, deren Verletzung ein massives Schadenspotential für die geschützten Rechtsgüter der Patientinnen bzw. Patienten birgt.

Eine „unabhängige“ Freundschaft oder sonstige außertherapeutische Beziehung ist im Rahmen einer Psychotherapie nicht vorstellbar, da diese konstitutiv durch ein strukturelles Machtgefälle und eine Lockerung psychischer Strukturen bei der Patientin bzw. dem Patienten charakterisiert ist, aufgrund derer in der Behandlung eine Beziehung auf gleicher Augenhöhe gar nicht möglich ist. Die leidende Patientin bzw. der leidende Patient erfährt im Rahmen der Behandlung bzw. Therapie in intensiver Weise Aufmerksamkeit, Empathie und Zuwendung. In diesem Kontext entstehen regelhaft Affekte wie Zuneigung, Sympathie und auch Liebesgefühle der bzw. dem Berufsangehörigen gegenüber (Übertragungen), die als Motivatoren und notwendige Voraussetzung für die psychische Umstrukturierung gelten, welche zur Heilung oder zur Linderung psychischer Störungen führt. Solche positiven Affekte sind konstitutiv für die therapeutische Beziehung und können nicht als von dieser unabhängig angesehen werden. Die emotionale Sphäre der Betroffenen ist nicht teilbar; eine Teilung widerspräche der grundlegenden Dynamik therapeutischer Behandlungsprozesse. Die oben genannten positiven Affekte dürfen auf keinen Fall in ein konkretes Handeln mit Beteiligung der bzw. des Berufsangehörigen münden (Ausagieren) (vgl. *Andrea Schleu, Giulietta Tibone, Thomas Gutmann und Jürgen Thorwart* in *Psychotherapeutenjournal* 1/2018).

Schadensfolgen aufgrund sexuellen Missbrauchs in der Psychotherapie wurden beispielsweise von *Pfäfflin* (2009) sowie von *Pope* und *Vasquez* (2007) beschrieben. Auch sexuelle Kontakte von Berufsangehörigen zu früheren Patientinnen bzw. Patienten (nach Therapieende) wirken sich schädlich auf die Patientinnen bzw. Patienten aus (zB *Shavit, 2005*).

Im Zusammenhang mit einer strafrechtlichen Verurteilung wird erläutert wie folgt:

Das Erkenntnis des Verwaltungsgerichtes Wien, VGW-172/062/1272/2020 vom 15.06.2020 führt in Zusammenhang mit einem Verfahren zur Streichung aus der Ärzteliste wegen strafrechtlicher Verurteilung aus: Die Verurteilung zu einer bedingten Freiheitsstrafe von eineinhalb Jahren wegen § 3g VerbotsG ist so gravierend, dass sie auch disziplinarrechtlich die Streichung aus der Ärzteliste zur Folge haben kann (vgl. § 139 Abs. 1 Z 4 und Abs. 4 in Verbindung mit § 136 Abs. 2 Z 2 ÄrzteG 1998, siehe auch *Wallner* in *Neumayr/Resch/Wallner*, Gmundner Kommentar zum Gesundheitsrecht 2016, § 139 ÄrzteG Rz 5, wonach eine Streichung aus der Ärzteliste auch bei Verurteilungen nach § 136 Abs. 2 ÄrzteG 1998 in Frage kommt, vgl. „insbesondere“ in § 139 Abs. 4 ÄrzteG 1998). Dies muss angesichts der Schwere der Verurteilung nach Ansicht des Verwaltungsgerichtes sinngemäß bei der Beurteilung des § 4 Abs. 2 Z 2 ÄrzteG 1998 berücksichtigt werden können, welche ebenfalls die Streichung aus der Ärzteliste zur Folge hat. Dabei spielt es nach der Rechtsprechung keine Rolle, dass ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen dem Fehlverhalten und der beruflichen Tätigkeit fehlt. Diese Aussagen können auf die Streichung aus der Berufsliste im Bereich der Psychotherapie übertragen werden.

Zu Abs. 4 bis 7:

Die Abs. 4 bis 7 verfolgen vorrangig das Ziel, im Rahmen einer überschaubaren Regelung im Vorfeld des gänzlichen Verlusts der Vertrauenswürdigkeit Reaktionsmöglichkeiten durch die Behörde anzubieten, die über verwaltungsstrafrechtliche Sanktionen hinausgehen und insbesondere die spezifischen Interessen

von Patientinnen bzw. Patienten und der Allgemeinheit im Hinblick auf eine verlässliche Berufsausübung durch Berufsangehörige der Psychotherapie berücksichtigen.

Abs. 4 schafft in diesem Sinne die Möglichkeit, im Rahmen des Verfahrens zu prüfen, ob durch die Erfüllung von Maßnahmen und gegebenenfalls durch welche Maßnahmen die gesundheitliche Eignung bzw. die erschütterte Vertrauenswürdigkeit der bzw. des Berufsangehörigen wiederhergestellt werden könnte, sodass eine weitere Berufsausübung der Berufsangehörigen vertretbar ist. Zentral bei dieser Beurteilung ist, dass durch die Behörde im Sinne der höchstgerichtlichen Judikatur ein strenger Maßstab anzulegen ist, zumal die Sicherheit bzw. Gesundheit der Patientinnen bzw. Patienten ausnahmslos im Zentrum steht.

Abs. 5 bietet nunmehr – wie bereits im Psychologengesetz 2013 vorgesehen – die Möglichkeit, im Rahmen des Verfahrens eine von der bzw. dem Berufsangehörigen bestimmte Berufsvertretung, der sie bzw. er als Mitglied angehört, anzuhören. Die Berufsvertretung kann in diesem Rahmen Maßnahmen gemäß Abs. 6 empfehlen.

Neu verankert wird in Abs. 5 zudem die Möglichkeit, dass Berufsvertretungen bzw. freiwillige Interessenvertretungen im Bereich der Psychotherapie – sofern ein entsprechender Bedarf besteht – in ihrem Bereich Schlichtungs- bzw. Beschwerdestellen einrichten können, die auf freiwilliger Basis bei Bedarf klärende und vermittelnde Tätigkeiten zwischen Patientinnen bzw. Patienten und deren behandelnden Berufsangehörigen anbieten. In diesem Zusammenhang ist beispielhaft auf die jahrzehntlang bewährte Praxis des „Berufsethischen Gremiums“ des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie (ÖBVP) hinzuweisen. Im Berufsethischen Gremium (BEG) sind die Beschwerde- und Schlichtungsstellen der Landesverbände des ÖBVP jeweils durch eine Delegierte bzw. einen Delegierten vertreten. Die Beschwerde- und Schlichtungsstellen beschäftigen sich mit Verfehlungen gegenüber den berufsethischen Grundsätzen gemäß dem Berufskodex sowie mit Verstößen gegen Berufspflichten von Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten. Das BEG ist ein Forum zum Austausch und zur Weiterentwicklung der Qualität psychotherapeutischer Arbeit, wobei einheitliche Standards für die Bearbeitung von Patientenbeschwerden und qualitätssichernde Maßstäbe für die Psychotherapie aus der praktischen Erfahrung im Umgang mit Beschwerden entwickelt wurden bzw. werden.

Abs. 6 enthält eine demonstrative Aufzählung geeigneter Maßnahmen im Sinne des Abs. 4. Diese Maßnahmen sind als erste 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. Die in Abs. 6 aufgezählten Maßnahmen entsprechen den langjährigen Erfahrungen aus der Vollzugspraxis und können in vielen Fällen zu einer Wiederherstellung der Vertrauenswürdigkeit bzw. der gesundheitlichen Eignung führen und somit unter Wahrung der Patientinnen- bzw. Patientensicherheit einen Verlust der Berufsberechtigung verhindern.

Den Berufsangehörigen steht im Falle der Vorschreibung von Maßnahmen die Möglichkeit offen, sich zur Erfüllung der Maßnahmen selbst zu verpflichten. In diesem Fall ist kein Bescheid durch die Behörde zu erlassen.

Gemäß Abs. 7 wird, sofern die bzw. der Berufsangehörige die zu treffende Maßnahme oder Maßnahmen gemäß Abs. 6 nicht bereits auf Grund einer Selbstverpflichtung trifft, die Verpflichtung der Landeshauptfrau bzw. des Landeshauptmannes zur Erlassung eines Bescheids bezüglich der zu treffenden Maßnahme oder Maßnahmen normiert. Bei der Auswahl der von der bzw. dem Berufsangehörigen zu treffenden Maßnahmen sind die Interessen von Geschädigten, das öffentliche Wohl, das Ansehen des Berufsstandes und das allfällige Vorliegen von Gefahr im Verzug angemessen zu berücksichtigen.

Zu Abs. 8:

Das Nichtabsolvieren oder mangelhafte Absolvieren von auferlegten Maßnahmen wirkt sich direkt auf die Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit aus. In diesem Fall ist die Berufsberechtigung zu entziehen.

Hingegen ist nach Feststellung der vollständigen und ausreichenden Erfüllung aller Maßnahmen das Verfahren in der Folge einzustellen.

Zu Abs. 9:

Über die Unterbrechung der Berufsausübung, die Entziehung der Berufsberechtigung und die Vorschreibung von Maßnahmen ist das für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerium als listenführende Behörde unverzüglich zu verständigen, das in der Folge den entsprechenden Eintrag in der Berufsliste vorzunehmen hat.

Zu Abs. 10:

Zur Einführung eines Vorwarnmechanismus führt der Erwägungsgrund 29 der Richtlinie 2013/55/EU Folgendes aus:

„Diese Richtlinie trägt dazu bei, ein hohes Niveau an Gesundheits- und Verbraucherschutz zu gewährleisten. In der Richtlinie 2005/36/EG sind bereits detaillierte Verpflichtungen der Mitgliedstaaten zum Informationsaustausch vorgesehen. Diese Verpflichtungen sollten verstärkt werden. Künftig sollten die Mitgliedstaaten nicht nur auf Ersuchen um Information reagieren, sondern ihre zuständigen Behörden sollten auch die Befugnis erhalten, innerhalb der Grenzen ihrer Zuständigkeiten die zuständigen Behörden anderer Mitgliedstaaten proaktiv vor Berufsangehörigen zu warnen, die nicht mehr berechtigt sind, ihren Beruf auszuüben. Für Angehörige der Gesundheitsberufe ist ein besonderer Vorwarnmechanismus unter der Richtlinie 2005/36/EG erforderlich. Dies sollte auch für Tierärzte sowie für Berufsangehörige gelten, die Tätigkeiten mit Bezug auf die Erziehung Minderjähriger ausüben, einschließlich Berufsangehörigen, die in Kinderbetreuungseinrichtungen und im Bereich frühkindlicher Erziehung tätig sind. Die Pflicht zur Übermittlung einer Vorwarnung sollte nur für die Mitgliedstaaten gelten, in denen diese Berufe reglementiert sind. Alle Mitgliedstaaten sollten gewarnt werden, wenn ein Berufsangehöriger aufgrund des Vorliegens von disziplinarischen Sanktionen oder einer strafrechtlichen Verurteilung nicht mehr das Recht hat, in einem Mitgliedstaat — auch nur vorübergehend — die beruflichen Tätigkeiten auszuüben. Die Vorwarnung sollte alle verfügbaren Einzelheiten des begrenzten oder unbegrenzten Zeitraums enthalten, für den die Beschränkung oder Untersagung gilt.“

Dem entsprechend sieht Art. 56a Abs. 1 der Richtlinie 2005/36/EG vor, dass die zuständigen Behörden eines Mitgliedstaats die zuständigen Behörden aller anderen Mitgliedstaaten über eine:n Berufsangehörige:n eines Gesundheit- oder Erziehungsberufs unterrichten, der bzw. dem von nationalen Behörden oder Gerichten die Ausübung der beruflichen Tätigkeit im Hoheitsgebiet dieses Mitgliedstaats ganz oder teilweise — auch vorübergehend — untersagt worden ist oder diesbezügliche Beschränkungen auferlegt worden sind:

Diese Verpflichtung wird im Rahmen der Regelungen über die Verfahren betreffend Entziehung der Berufsberechtigung bzw. Untersagung der Berufsausübung umgesetzt, wobei die Registrierungsbehörden die entsprechenden Warnungen im Wege des IMI durchzuführen haben.

Darüber hinaus ist in Art. 56a Abs. 3 der Richtlinie 2005/36/EG vorgesehen, dass die zuständigen Behörden eines betroffenen Mitgliedstaats die zuständigen Behörden aller übrigen Mitgliedstaaten spätestens drei Tage nach Annahme der Gerichtsentscheidung mittels einer Warnung über das IMI von der Identität von Berufsangehörigen, die die Anerkennung einer Qualifikation gemäß dieser Richtlinie beantragt haben und bei denen später gerichtlich festgestellt wurde, dass sie dabei gefälschte Berufsqualifikationsnachweise verwendet haben, unterrichten.

Diese Verpflichtung wird im Rahmen der Regelungen über die Anerkennungsverfahren umgesetzt, wobei die Anerkennungsbehörde bei Verdacht von gefälschten Berufsqualifikationsnachweisen zur Prüfung dieser Vorfrage eine entsprechende Sachverhaltsdarstellung an die Staatsanwaltschaft melden und das Anerkennungsverfahren bis zur rechtskräftigen Entscheidung der Strafgerichte gemäß § 38 AVG aussetzen wird.

Hinsichtlich des gemäß Art. 56a Abs. 6 der Richtlinie 2005/36/EG vorzusehenden Rechts der/des Betroffenen zur Überprüfung und gegebenenfalls Berichtigung der Warnung wird die bereits für den Vorwarnmechanismus im Zusammenhang mit Dienstleistungen normierte entsprechende Regelung des § 21 Abs. 4 DLG übernommen.

Die Durchführungsverordnung (EU) 2015/983 enthält folgende Vorschriften über den Vorwarnmechanismus:

- Aufgaben der zuständigen Behörden beim Umgang mit ein- und ausgehenden Warnungen,
- Funktionen des IMI in Bezug auf die Rücknahme, Änderung oder Löschung von Warnungen,
- Zugriff zu den Warnungen, wobei im Sinne des Datenschutzes sicherzustellen ist, dass nur den von der Warnung unmittelbar betroffenen Behörden Zugang zum Vorwarnmechanismus gewährt wird.

Zu Abs. 11:

Abs. 11 sieht eine dem Psychologengesetz 2013 nachempfundene Bestimmung vor, wonach die bzw. der Berufsangehörige, der bzw. dem aufgrund mangelnder Vertrauenswürdigkeit, insbesondere aufgrund schwerwiegender Behandlungsfehler, die Berufsberechtigung entzogen worden ist und nach Ablauf von fünf Jahren die Wiedereintragung in die entsprechende Berufsliste beantragt, von sich aus ihre bzw. seine wiederhergestellte Vertrauenswürdigkeit belegen muss. Dies kann sie bzw. er tun, in dem sie bzw. er beweist, dass sie bzw. er von sich aus fachliche Hilfe gesucht, Reue ohne äußeren Druck gezeigt bzw. den Wunsch nach Entschuldigung und Schadensmilderung geäußert hat und diesem von sich aus

nachgekommen ist, Betroffenheit über den angerichteten Schaden zeigt und als Form der Wiedergutmachung eine Überweisung der bzw. des geschädigten Patientin bzw. Patienten an eine andere Kollegin bzw. einen anderen Kollegen veranlasst oder die Kosten für eine Folgebehandlung übernommen hat sowie die Einsicht zeigt, dass eine Schädigung des Berufsstandes durch ihr bzw. sein unethisches Verhalten stattgefunden hat.

Zu § 55:

§ 55 normiert, wie in der bisherigen gesetzlichen Regelung vorgesehen, Strafbestimmungen bei Verstößen gegen diverse Vorgaben dieses Entwurfs. Insgesamt dienen die Strafbestimmungen sowohl dem Schutz der potentiell betroffenen Konsumentinnen bzw. Konsumenten vor unseriöser Anwendung der Psychotherapie als auch dem Schutz der Berufsangehörigen gegenüber unzulässigen Eingriffen in die in diesem Gesetz normierten Vorbehalte. Die Regelung orientiert sich an der korrespondierenden Bestimmung des Psychologengesetz 2013. Bei den aufgelisteten Straftatbeständen handelt es sich, wie in der überwiegenden Zahl der Tatbilder des Verwaltungsstrafrechtes, um sogenannte „Ungehorsamsdelikte“, die mit einer Störung einer Ordnungsfunktion und einer allenfalls damit verbundenen abstrakten Gefährdung von Rechtsgütern einhergehen, während zum Tatbestand einer gerichtlich strafbaren Handlung in der Regel der Eintritt eines Schadens oder zumindest einer konkreten Gefahr gehört.

Die Verwaltungsstrafbestimmungen erfassen neben den Berufspflichtverletzungen auch den Berufsschutz (Abs. 1), den Tätigkeitsschutz (Abs. 2) und den Bezeichnungsschutz, Meldepflichten sowie anderer Berufspflichten (Abs. 4). Von der Strafbestimmung sind nicht nur Personen erfasst, die einen in diesem Bundesgesetz geregelten Beruf unbefugtermaßen ausüben (Abs. 1 Z 1), sondern auch insbesondere Institutionen, die Personen für eine Tätigkeit heranziehen, die den in diesem Bundesgesetz geregelten Beruf nicht ausüben dürfen (Abs. 1 Z 2). Patientinnen und Patienten sowie Klientinnen und Klienten, die über die Berechtigung der Berufsausübung nach diesem Bundesgesetz getäuscht werden, werden nur bei bewusster Kenntnis über diese Tatsache umfasst. Eine entsprechend höhere Strafdrohung wird für Wiederholungstäterschaft sowie bei Auftreten gravierender Folgen festgelegt.

Verstöße gegen die Meldepflicht sind von den Verwaltungsstrafbestimmungen ausgenommen, da sich in der Praxis gezeigt hat, dass die entsprechende Strafdrohung zu keiner Verbesserung der Meldungen geführt hat und der Meldepflicht in der Regel lediglich aufgrund von Versehen oder Vergessen nicht nachgekommen wird.

In Abs. 5 wird eine Mindeststrafhöhe von 250 Euro normiert, da es sich bei den entsprechenden Vergehen um nicht nur leichte Berufspflichtverletzungen mit nicht außer Acht zu lassenden Folgen handelt.

Gemäß Abs. 6 ist auch der Versuch strafbar.

Im Sinne des § 27 Abs. 1 Verwaltungsstrafgesetz 1991 – VStG, BGBl. Nr. 52/1991, stellt Abs. 7 klar, dass die Bezirksverwaltungsbehörde, in deren Sprengel die Verwaltungsübertretung begangen worden ist, auch wenn der zum Tatbestand gehörende Erfolg in einem anderen Sprengel eingetreten ist, die örtlich zuständige Behörde ist. Dies wird im Regelfall der Sprengel des Arbeitsortes bzw. Berufssitzes sein.

Zu § 56:

In § 56 erfolgt die Normierung des Psychotherapiebeirates.

Der Psychotherapiebeirat gemäß Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1990, übt seine Tätigkeit in Vollsitzungen aus und tagt zumindest viermal im Jahr. Zur Erfüllung der dem Psychotherapiebeirat gesetzmäßig übertragenen Aufgaben wurden Fachausschüsse konstituiert, die ihre vorbereitende Tätigkeit vor allem am Beiratstag vor der Vollsitzung durchführten (Eintragungsausschuss für die Listeneintragungen, Arbeitsgruppe Eignungsansuchen für die Zulassung zur Psychotherapieausbildung, Fachspezifikumsausschuss für die Anerkennung von Ausbildungseinrichtungen für das Propädeutikum und das Fachspezifikum). Mangels einer gesetzlich anerkannten Interessenvertretung wurden Richtlinien im Ethikausschuss des Psychotherapiebeirates ausgearbeitet und das Beschwerdemanagement im Beschwerdeausschuss des Psychotherapiebeirates abgewickelt. Bei besonderem Bedarf wurden auch Zwischentermine abgehalten. Die Ergebnisse von Ausschüssen (Vorbereitung von Beschlussfassungen, Vorbegutachtungen, wie etwa beim Eintragungsausschuss für die jeweilige Listeneintragung) werden für die Abstimmung bei der Vollsitzung in entsprechender Anzahl vervielfältigt zur Verfügung gestellt. Im Rahmen der Berichterstattung aus den Ausschüssen durch die Ausschussvorsitzende bzw. den Ausschussvorsitzenden in der Vollsitzung wurde der Informationsaustausch zwischen den Vertreterinnen bzw. Vertretern der entsendeten Institutionen (Beiratsmitglieder) gewährleistet.

Der Psychotherapiebeirat hat in seinen insgesamt 128 Vollsitzungen von 13. Februar 1991 bis 10. Dezember 2019 und Fachausschüssen einen besonders wichtigen Beitrag geleistet

- bei der Prüfung der Anerkennung von Psychotherapiemethoden und der propädeutischen und fachspezifischen Ausbildungseinrichtungen unter einheitlichen Qualitätskriterien (inkl. externer Überprüfung der Wirksamkeit durch die GÖG). Derzeit gibt es 22 Psychotherapiemethoden und 46 Fachspezifika sowie 21 Propädeutika, welche die Ausbildung anbieten;
- bei der Ausarbeitung von Richtlinien. 18 Richtlinien, Leitlinien und Informationen (zB psychotherapeutische Diagnostik, Berufskodex, praxisorientierte Psychotherapieforschung) zur Qualitätssicherung wurden beschlossen;
- bei der Begutachtung der Ansuchen um Aufnahme in die psychotherapeutische propädeutische bzw. fachspezifische Ausbildung („Eignungsansuchen“);
- bei der Begutachtung der Eintragungen von 11 904 berufsberechtigten Personen;
- im Hinblick auf Visitationen der Ausbildungseinrichtungen sowie
- bei der Begutachtung und Behandlung von Beschwerdefällen.

Zur Vorbereitung des Entwurfes des Psychotherapiegesetzes neu fanden laufend sogenannte Koordinierungssitzungen mit den Vorsitzenden der verschiedenen Fachausschüsse im Psychotherapiebeirat statt, um die jeweiligen Themenkomplexe entsprechend abzudecken. Folgende Themen wurden im Rahmen der 27 Koordinationssitzungen im Zeitraum 25. November 2014 bis 28. Jänner 2020 diskutiert:

- Verankerung der psychotherapeutischen Diagnostik in Berufsbild und Kompetenzbereich
- Verschwiegenheitspflicht
- Universitätsreife als Zugangskriterium zur Psychotherapieausbildung
- Erhöhung der Supervisionsstunden und der praktischen Tätigkeit sowie Umbenennung von „Psychotherapeut:in Ausbildung unter Supervision“ in „Psychotherapeut:in in Fachausbildung unter Lehrsupervision“
- Bessere Absicherung der Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten unter Lehrsupervision im Hinblick auf die praktische Tätigkeit
- Stärkung der Beratungskompetenz im ersten Ausbildungsabschnitt
- Inhalte des ersten Ausbildungsabschnitts: Klinische Psychologie und Entwicklungspsychologie; Rehabilitation und die Inklusiv Pädagogik; psychotherapierelevante Diagnostiken und Begutachtung; Forschung und Wissenschaft unter besonderer Berücksichtigung psychotherapierelevanter Wissenschaften, Einführung in die kultur- und genderspezifischen, institutionellen, gesundheitsrechtlichen und psychosozialen Rahmenbedingungen
- psychotherapeutische Einzel- oder Gruppenselbsterfahrung im ersten Ausbildungsabschnitt von nunmehr 60 Einheiten soll in Gestalt eines kohärenten Prozesses von zumindest 30 Einheiten absolviert werden
- Inhalte des zweiten Ausbildungsabschnitts: Psychotherapeutische Diagnostik, Methodik und Technik, sowie rechtliche Rahmenbedingungen; Persönlichkeits-, Prozess- und Interaktionstheorien; psychotherapeutische Begutachtung; psychotherapeutische Forschung
- Benennung der Lehreinheiten in Stunden, dabei handelt es sich um Mindestanforderungen
- Verankerung der psychotherapeutischen Lehrpraxen als zugelassene Praktikumsstellen
- Berufsangehörige in den ersten zwei Jahren erhöhte Fortbildungspflicht mit Pflichtinhalten zur Qualitätssicherung
- Anrechnungen
- Abschluss der Ausbildung mit verpflichtender Abschlussarbeit und kommissioneller Prüfung
- Regelung der Präsenzzeit im Gesetz
- Aus- und Fortbildungsinhalte mit Bezug auf Opfer von Gewalt einschließlich Krisenintervention: körperliche, psychische, soziale und strukturelle Gewalt (vgl. Staatenbericht zur Umsetzung des Übereinkommens des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt)
- Berufshaftpflichtversicherung im Angestelltenverhältnis und von Ausbildungskandidatinnen bzw. Ausbildungskandidaten in freier Praxis
- Ausstattung von Praxen: Trennung von Privaträumen und Praxisräumen

- Psychotherapeutische Dokumentation sollte wegen Verschwiegenheit nach dem Tod des bzw. der Berufsangehörigen vernichtet werden
- Werbung in der Psychotherapie
- Provisionsverbot
- Überlegung, die Strafsätze bei Verstoß gegen den Bezeichnungsvorbehalt zu erhöhen sowie einen Berufsvorbehalt einzuführen
- Verpflichtende Fortbildung im Bereich Ethik
- Qualifikation und Evaluation der Lehrenden
- Ausbildungscurricula für Lehrende
- Selbstverantwortlichen Umgang bei Onlinetherapie ermöglichen
- Beschwerdemanagement: Verfehlungen im berufsethischen Sinne sind klar zu benennen; Stufenprinzip betreffend Vertrauenswürdigkeit mit unterschiedlichen Maßnahmen, Wiedereintragsmöglichkeit mit Auflagen, wie etwa engmaschige Supervision
- Beiratszusammensetzung soll erhalten bleiben, jedoch Entlastung bei Routinepunkten (Entkoppelung der Eintragungen), Entscheidungsfindung, Informationstransfer an die Ausbildungseinrichtungen, Aufwandsentschädigung für Beiratsmitglieder und Jahresbeschränkungen der Mitglieder
- mögliche Verankerung der Ausschüsse im Gesetz.

Der Psychotherapiebeirat soll gemäß dem vorliegenden Entwurf – wie bisher – auch weiterhin als Expertengremium mit dem notwendigen psychotherapeutischen Fachwissen zur inhaltlich-fachlichen Beratung und Unterstützung des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministeriums insbesondere in Aus-, Fort- und Weiterbildungsangelegenheiten sowie in Angelegenheiten der wissenschaftlichen Psychotherapieforschung zur Verfügung stehen. Der Entwurf verzichtet wie bereits das Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1990, auf die Schaffung einer berufsständischen Vertretung durch eine Kammer. Anstelle einer gesetzlichen beruflichen Interessenvertretung, deren Aufgaben mit Sicherheit umstritten wären, sieht der Entwurf vor, einen vorrangig aus Berufsangehörigen bestehenden Psychotherapiebeirat bei dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zu belassen. Dieses Expertinnen- bzw. Expertengremium hat das Recht, in allen die Berufsangehörigen betreffenden wesentlichen Fragen gehört zu werden. Durch die Einbindung des Psychotherapiebeirats in die hoheitliche Vollziehung als Beratungsorgan der für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin bzw. des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministers sollen die für eine fundierte Entscheidung notwendigen fachlichen Grundlagen durch ausgewählte Repräsentantinnen bzw. Repräsentanten vorbereitet werden (Abs. 1).

Die Aufgaben des Psychotherapiebeirates werden an die Aufgaben des Psychologenbeirates gemäß Psychologengesetz 2013 bzw. die neuen gesetzlichen Vorgaben des vorliegenden Entwurfs angepasst, wobei einige der bisherigen Aufgaben aufgrund der geänderten Erfordernisse entfallen.

Den Vorsitz im Psychotherapiebeirat führt gemäß Abs. 2 die bzw. der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister:in. Diese:r kann sich durch eine:n Bedienstete:n des entsprechenden Bundesministeriums vertreten lassen.

Abs. 3 listet die Mitglieder bzw. die entsendenden Organisationen auf. Die Zusammensetzung des Beirats gewährleistet, dass Berufsangehörige der Psychotherapie stets selbst über ihre Angelegenheiten beraten können. Den Ausbildungseinrichtungen und den psychotherapeutischen Interessenvertretungen kommt dabei ein wichtiger Stellenwert zu.

Aufgrund der Einrichtung eines Musiktherapiebeirates wird in Abs. 3 Z 6 die Möglichkeit geschaffen, auch ein Mitglied des Musiktherapiebeirates – analog zur Entsendung eines Mitgliedes des Psychologenbeirates (vgl. Z 5) – in den Psychotherapiebeirat zu entsenden.

Um die Arbeitsfähigkeit des Beirats zu gewährleisten, ist für jedes Mitglied ein Ersatzmitglied als Stellvertreterin bzw. Stellvertreter zu nominieren.

Jene in Abs. 4 gelisteten Personen(-gruppen) können nicht Mitglieder des Psychotherapiebeirates sein. Diese Bestimmung soll insbesondere die Unabhängigkeit des Beirates als Beratungsgremium sicherstellen.

Abs. 5 sieht eine auf fünf Jahre befristete Ernennung der Mitglieder und Ersatzmitglieder durch die bzw. den für das Gesundheitswesen zuständige:n Bundesminister:in, die bzw. der den Vorsitz führt, vor. Bei der Ernennung ist auch Bedacht darauf zu nehmen, dass die verschiedensten psychotherapeutischen Methoden und Arbeitsbereiche durch die entsprechenden Fachexpertinnen bzw. Fachexperten vertreten

sind, sodass eine umfassende Expertise und erforderliche Sachkompetenz für die Wahrnehmung der übertragenen Aufgaben gewährleistet wird. Abs. 5 bildet weiters die Basis dafür, dass Mitglieder und Ersatzmitglieder ihre allfällige Verhinderung mitzuteilen haben, damit die für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin bzw. der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister unverzüglich für Ersatz sorgen kann, um die Arbeitsfähigkeit des Beirats nicht zu gefährden.

Gemäß Abs. 6 müssen die Mehrheit der in Abs. 2 angeführten Mitglieder selbst Berufsangehörige der Psychotherapie sein, da sonst eine Diskussion, Beurteilung und Beratung in psychotherapeutisch-fachlichen Themen und Fragen nicht möglich wäre. Ebenso haben die Mitglieder und Ersatzmitglieder aus dem Psychologenbeirat und dem Musiktherapiebeirat der entsprechenden Berufsgruppe anzugehören.

Abs. 7 normiert, dass die Entsendung von Mitgliedern in den Beirat in der Eigenverantwortung der entsendenden Organisationen steht und somit eine mangelnde Entsendung das Zusammentreten des Beirats nicht gehindert wird.

Die Aufgaben des Psychotherapiebeirates, welche über die Beratung der zuständigen Bundesministerin bzw. des zuständigen Bundesministers hinausgehen, werden in Abs. 8 demonstrativ aufgezählt. Das Wort „Mitwirkung“ stammt aus den vergleichbaren Regelungen des Psychologenbeirates im Psychologengesetz 2013. Dabei werden vom Psychotherapiebeirat keine personenbezogenen Daten verarbeitet. Dieser soll nicht mehr über einzelne Anträge entscheiden, sondern fachliche Themenbereiche, welche die Berufsangehörigen allgemein betreffen, behandeln.

Zu § 57:

Den psychotherapeutischen Berufsvertretungen, insbesondere dem Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP), ist es ein besonderes Anliegen, dass für berufsrechtliche Fragen verschiedener Art neben dem Psychotherapiebeirat ein eigenständiges Gremium zur Beratung der für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin bzw. des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministers eingerichtet wird. Es wird daher in § 57 ein Gremium für Berufsangelegenheiten etabliert, das analog zum Psychotherapiebeirat bei dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium einzurichten ist (Abs. 1). Die Anzahl der Mitglieder liegt zwischen zehn bis maximal 15 Personen.

Den Vorsitz des Gremiums für Berufsangelegenheiten übernimmt gemäß Abs. 2 die bzw. der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister:in oder eine sie bzw. ihn vertretende Bedienstete bzw. ein sie bzw. ihn vertretender Bediensteter des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministeriums.

Eine besondere Rolle im Gremium für Berufsangelegenheiten werden dabei gemäß Abs. 3 die Mitglieder der österreichweit tätigen psychotherapeutischen Berufsvertretung, wie dem Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie und der Vereinigung österreichischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, einnehmen. Zusätzlich soll seitens des Dachverbands der Sozialversicherungsträger die Möglichkeit bestehen, höchstens drei Vertreterinnen bzw. Vertreter der gesetzlichen Sozialversicherung in das Gremium für Berufsangelegenheiten zu entsenden.

Jene in Abs. 4 gelisteten Personen(-gruppen) können nicht Mitglieder des Psychotherapiebeirates sein. Diese Bestimmung soll insbesondere die Unabhängigkeit des Beirates als Beratungsgremium sicherstellen.

Abs. 5 sieht eine auf fünf Jahre befristete Ernennung der Mitglieder und Ersatzmitglieder durch die bzw. den für das Gesundheitswesen zuständige:n Bundesminister:in, die bzw. der den Vorsitz führt, vor. Bei der Ernennung ist auch Bedacht darauf zu nehmen, dass die verschiedensten psychotherapeutischen Methoden und Arbeitsbereiche durch die entsprechenden Fachexpertinnen bzw. Fachexperten vertreten sind, sodass eine umfassende Expertise und erforderliche Sachkompetenz für die Wahrnehmung der übertragenen Aufgaben gewährleistet wird. Abs. 4 bildet weiters die Basis dafür, dass Mitglieder und Ersatzmitglieder ihre allfällige Verhinderung mitzuteilen haben, damit die bzw. der für das Gesundheitswesen zuständige:n Bundesminister:in unverzüglich für Ersatz sorgen kann, um die Arbeitsfähigkeit des Gremiums nicht zu gefährden.

Die Aufgaben des Gremiums für Berufsangelegenheiten fokussieren gemäß Abs. 6 auf Fragen der psychotherapeutischen Versorgung, Erstattung von Gutachten in Angelegenheiten der psychotherapeutischen Versorgung, Erarbeitung von Unterlagen in grundsätzlichen berufsrechtlichen Fragen der Psychotherapie und Darlegung von Anliegen der psychotherapeutischen Berufsvertretung.

Zu § 58:

Die Organisation und Führung der Geschäfte des Psychotherapiebeirats und des Gremiums für Berufsangelegenheiten sollen einheitlich erfolgen und werden daher gemeinsam in § 58 normiert.

Die Vollsitzungen werden gemäß Abs. 1 von der bzw. dem Vorsitzenden einberufen und sollen zumindest zweimal pro Jahr stattfinden, um eine kontinuierliche Arbeit zu gewährleisten. Die Einberufung wird nicht an fixe Termine gebunden, sodass zeitlich flexibel und anlassbezogen die entsprechende Fachexpertise eingeholt werden kann.

Die Sitzungen sind gemäß Abs. 2 nicht öffentlich, um offen und unbeeinflusst fachlich diskutieren zu können. Um zu gewährleisten, dass ausschließlich die Mitglieder bzw. Ersatzmitglieder an den Sitzungen teilnehmen, haben diese ihre Identität auf Verlangen nachzuweisen.

Wie auch in anderen Gremien üblich, soll es gemäß Abs. 3 auch im Rahmen des Psychotherapiebeirats und des Gremiums für Berufsangelegenheiten möglich sein, weitere Personen, die über spezielles Fachwissen verfügen, als externe Auskunftspersonen zu den Sitzungen beizuziehen, um die Expertise zu erweitern. Diese Regelung gewährleistet, dass für besondere Fragestellungen jederzeit entsprechende Expertinnen bzw. Experten beigezogen werden können. Die Auskunftspersonen sind allerdings, da sie nicht Mitglieder sind, nicht stimmberechtigt.

Die Tätigkeit sowohl im Psychotherapiebeirats als auch im Gremium für Berufsangelegenheiten erfolgt gemäß Abs. 4 ehrenamtlich, d.h. ohne Bezahlung und lediglich unter allfälliger Reisekostenvergütung. Alle an den Sitzungen teilnehmenden Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Abs. 5 soll gewährleisten, dass durch das Nichterscheinen mehrerer Mitglieder die Sitzung nicht blockiert wird und legt daher fest, dass unabhängig von der Anzahl der anwesenden Mitglieder bzw. Ersatzmitglieder die Beschlussfähigkeit nach einer Wartezeit von 30 Minuten gegeben ist.

Gemäß Abs. 6 werden Beschlüsse mit einfacher Stimmenmehrheit gefasst. Eine einfache Mehrheit hat, wer mehr Stimmen oder Anteile auf sich vereint als alle anderen in ihrer Gesamtheit. Eine absolute Mehrheit hat hingegen, wer mehr Stimmen oder Anteile auf sich vereint als alle anderen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung der Stimmenthaltungen oder neutralen Anteile.

Abs. 7 normiert die Vorgangsweise bei Befangenheit. Gemäß § 7 AVG haben sich Verwaltungsorgane der Ausübung ihres Amtes zu enthalten und ihre Vertretung zu veranlassen ua. in Sachen, an denen sie selbst, einer ihrer Angehörigen oder eine von ihnen vertretene schutzberechtigte Person beteiligt sind, in Sachen, in denen sie als Bevollmächtigte einer Partei bestellt waren oder noch bestellt sind, sowie wenn sonstige wichtige Gründe vorliegen, die geeignet sind, ihre volle Unbefangenheit in Zweifel zu ziehen.

In Abs. 8 wird die Möglichkeit zur Willensbildung durch die Fassung von Umlaufbeschlüssen bzw. die Abhaltung der Sitzungen und der Meinungsbildung in mediengestützten Formaten, wie beispielsweise per Videokonferenz, ergänzt. Auch bei physischer Anwesenheit kann eine vorhergehende Beratung im Rahmen einer Video- oder Telefonkonferenz erfolgen. Selbstverständlich muss hierbei der Datenschutz gewährleistet sein. Die Formulierung orientiert sich an Beispielen aus der Rechtsordnung, wie etwa § 9 Hochschulinnen- und Hochschülerschaftsgesetz 2014 – HSG 2014, BGBl. I Nr. 45/2014.

Zur Sicherstellung der Erfüllung ihrer Aufgaben haben sowohl der Psychotherapiebeirat als auch das Gremium für Berufsangelegenheiten gemäß Abs. 9 eine Geschäftsordnung zu beschließen, die in der Folge von der bzw. dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister:in zu genehmigen ist. In den Geschäftsordnungen werden insbesondere nähere Ausführungen zu den gesetzlichen Vorgaben festzuhalten sein und können Bereiche wie Stimmübertragungen oder Umlaufbeschlüsse, vergleichbar mit §§ 8, 9 HSG 2014, geregelt werden.

Zur Durchführung und Gewährleistung der organisatorischen Arbeiten und Erfordernisse ist gemäß Abs. 10 ein „Büro des Psychotherapiebeirates und des Gremiums für Berufsangelegenheiten“ bei dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium einzurichten.

Zu § 59:

Die Übergangsbestimmungen haben zum Ziel, die gemäß Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1990, einerseits bereits in die Berufsliste eingetragenen Berufsangehörigen und andererseits noch nach dieser Regelung in Ausbildung befindlichen Personen in das neue Regime überzuführen. Mit der Bestimmung des § 59 werden alle Personen erfasst, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Bundesgesetzes eine Berufsberechtigung als Psychotherapeut:in haben. Alle zu diesem Zeitpunkt in die Psychotherapeutenliste gemäß § 17 Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1990, eingetragenen Personen sind weiterhin zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie und zur Führung der Berufsbezeichnung, Zusatz- und Weiterbildungsbezeichnungen gemäß § 8 berechtigt.

Zu §§ 60 bis 62:

Es werden sowohl für die Ausbildung in der Psychotherapie als auch korrespondierend dazu für die Ausbildungseinrichtungen und in der Folge für die Eintragung in die Berufsliste bewusst lange Übergangszeiträume gewährt, in dem die in Ausbildung befindlichen Personen die bereits auf Grundlage

der bisher geltenden Regeln begonnene Ausbildung abschließen können. Dies soll im Sinne der Rechtssicherheit ebenso für jene Personen gelten, die zwar noch nicht mit der Ausbildung angefangen sind aber bereits für eine Ausbildung verbindlich angemeldet haben und bis zum Stichtag jene beginnen werden. Andernfalls ist unter Nutzung von Anrechnungsmöglichkeiten in die neuen Ausbildungsregelungen umzusteigen.

Die Bestimmung des § 60 Abs. 1 Z 2 gilt unabhängig davon, ob ein Eignungsansuchen vor oder nach Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes gestellt wurde.

Im Sinne der Gleichstellung und der Information der Öffentlichkeit sind ab 1. Oktober 2026 die für das psychotherapeutische Fachspezifikum anerkannten Ausbildungseinrichtungen verpflichtet, der für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin bzw. dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister jene Ausbildungskandidatinnen und Ausbildungskandidaten zu melden, die zumindest zwei Drittel des Praktikums und jeweils mindestens die Hälfte der gesetzlich vorgeschriebenen Ausbildungsstunden an Selbsterfahrung und Theorie absolviert haben. Dabei ist auf das der zuständigen Bundesministerin bzw. dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister vorgelegten Curriculums abzustellen. Bei der Beurteilung der Erreichung dieses Ausbildungsstadiums ist von der Ausbildungseinrichtung jedenfalls auf die Kenntnisse sämtlicher methodenspezifischer Techniken zu achten. Die die für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin bzw. den für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister hat die gemeldeten Personen gemäß § 23 Abs. 7 in die Berufsliste unter sinngemäßer Anwendung des § 23 Abs. 8 bis 10 einzutragen. Diese Meldepflicht verhindert, dass nur Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Fachausbildung unter Lehrsupervision nach den neuen Ausbildungsbestimmungen für die Öffentlichkeit nachvollziehbar registriert sind, während jene Personen, die nach den Übergangsbestimmungen des Psychotherapiegesetzes, BGBl. Nr. 361/1990, nicht aufscheinen (§ 60 Abs. 7).

Gemäß § 62 können Personen, die eine Ausbildung nach den Bestimmungen des Übergangsrechts absolviert haben, bis längstens 1. März 2039 einen Antrag zur Eintragung in die Berufsliste (Psychotherapie) stellen. Diese Personen sind von den Voraussetzungen der Nachweise nach § 22 Abs. 1 Z 3 ausgenommen.

Zu § 63:

§ 63 normiert Übergangsregelungen für anhängige Verfahren. Verfahren betreffend Entziehung der Berufsberechtigung sind, sofern sie zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Bundesgesetzes bei der zuvor zuständigen Behörde anhängig sind, gemäß Abs. 1 auch von dieser fortzuführen und abzuschließen. Sämtliche Neuanträge bzw. Eingaben sind ab diesem Zeitpunkt von den in diesem Entwurf festgelegten Behörden zu behandeln. Nicht anzuwenden sind die Bestimmungen zur Anhörung oder Begutachtung des Psychotherapiebeirates. Im Sinne des Übergangsrechts entfallen die Voraussetzungen gemäß § 10 Abs. 1 Z 5 und 6 Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1990.

Sollte die neue Rechtslage Personen im Hinblick auf den Zugang bzw. die Fortführung der psychotherapeutischen Ausbildung besserstellen, sind die Verfahren unter Berücksichtigung des § 60 abzuschließen (Abs. 2). Dies folgt dem Beispiel des § 1 Abs. 2 VStG, des § 4 Abs. 2 Finanzstrafgesetz – FinStrG, BGBl. Nr. 129/1958 idF BGBl. Nr. 21/1959, und dem studienrechtlichen Günstigkeitsgebot.

Die Strafbestimmungen für Zuwiderhandlungen gegen Anordnungen oder Verbote gemäß § 55 sind gemäß Abs. 3 nur auf Sachverhalte anzuwenden, die sich nach dem Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes ereignen. Dies gewährleistet, dass keine rückwirkenden Strafen verhängt werden können.

Zu § 64:

Gemäß § 64 sind die gemäß der bisherigen Rechtslage im Falle des Todes aufbewahrten Dokumentationen über psychotherapeutische Leistungen mit Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes durch den Rechtsnachfolger nach Ablauf von zehn Jahren unwiederbringlich zu vernichten. Dies trägt der neuen Regelung in § 44 Rechnung.

Zu § 65:

Diese Bestimmung soll, gleichlautend wie § 40 Abs. 2 Psychologengesetz 2013 und § 18 Abs. 3 MuthG unterschiedliche Verständigungspflichten betreffend Berufsangehörige der Psychotherapie regeln. Die Vorgängerregelung dazu findet sich in § 19 Abs. 5 Psychotherapiegesetz. Der Bezug auf die Bezugsausübung hat daher zu entfallen, da ein:e Berufsangehörige:r eine Straftat, zB einen Mord, ohne Bezug auf die Berufsausübung begehen kann und dies trotzdem für die für den Vollzug des Psychotherapiegesetzes zuständigen Behörde von Bedeutung ist.

Abweichend von § 126 Abs. 1 Außerstreitgesetz – AußStrG, BGBl. I Nr. 111/2003, betrifft die Verständigungspflicht nicht nur für die Bestellung bzw. Eintragung einer gerichtlichen, sondern auch einer gewählten oder gerichtlichen Erwachsenenvertretung.

Zu § 66:

Die Zuständigkeit zur Vollziehung dieses Bundesgesetzes durch die für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin bzw. den für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister ergibt sich aus Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG und dem Bundesministeriengesetz 1986. Die Zuständigkeit zur Vollziehung der §§ 11 und 12 dieses Bundesgesetzes durch die für das Universitäts- und Hochschulwesen zuständige Bundesministerin bzw. den für das Universitäts- und Hochschulwesen zuständigen Bundesminister ergibt sich aus Art. 10 Abs. 1 Z 12a B-VG und dem Bundesministeriengesetz 1986.

Zu § 67:

Abs. 1: Als grundsätzliches Inkrafttretensdatum wird der 1. Jänner 2025 normiert.

In Abs. 2 wird das Inkrafttreten der die akademisierte Psychotherapieausbildung betreffender Bestimmungen mit 1. Oktober 2026 bestimmt. Dies soll den Universitäten eine entsprechende Vorlaufzeit für die Einrichtung von Psychotherapiestudien und den dazugehörigen Fakultäten und Instituten samt Lehrstühlen im Hinblick auf die notwendigen Leistungsvereinbarungen mit dem Bundesministerium für Finanzen und Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung ermöglichen.

Zu § 68:

Mit Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes treten das Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1991, das EWR-Psychotherapiegesetz, BGBl. I Nr. 114/1999, und die EWR-Psychotherapieverordnung, BGBl. II Nr. 409/1999, mit Ausnahme der §§ 59 bis 65 (Übergangsrecht) außer Kraft. Da das psychotherapeutische Fachspezifikum bis Oktober 2038 abgeschlossen werden kann, ist es erforderlich, dass für diese Zeit auch die die Ausbildung nach dem Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1991, betreffenden Ausbildungsregelungen weiterhin anwendbar bleiben (Abs. 2).

Zu Art. 2 und 3 (Änderung des Musiktherapiegesetzes und des Psychologengesetzes 2013):

Zu Abkürzung Psychologengesetz 2013:

Um die Zitierung des Psychologengesetzes 2013 zu erleichtern, wird eine Kurzbezeichnung neu geschaffen.

Zu Inhaltsverzeichnis Musiktherapiegesetz und Psychologengesetz 2013:

Das Inhaltsverzeichnis des Musiktherapiegesetzes und des Psychologengesetzes 2013 wird jeweils richtiggestellt und ergänzt.

Zu § 6 Abs. 4 Musiktherapiegesetz:

Der Entfall des § 6 Abs. 4 Musiktherapiegesetz ergibt sich aus dem nicht mehr bestehenden Regelungsbedarf, insbesondere auch im Hinblick auf grundrechtliche Erwägungen insbesondere der Berufsausübungsfreiheit.

Zu §§ 12 und 13 Abs. 2, § 14a Abs. 1 Z 3, § 20 Abs. 3, § 36 Abs. 1 Z 4 sowie § 37 Abs. 1 Z 5 Musiktherapiegesetz, § 16 Abs. 1 Z 4, § 18 Abs. 3 und 5, § 25 Abs. 1 Z 4, § 27 Abs. 3 und Abs. 5 Psychologengesetz 2013:

Im Sinne einer Vereinheitlichung der Wortwahl im Musiktherapiegesetz, Psychologengesetz 2013 und Psychotherapiegesetz 2022 wird jeweils nach dem Wort „gesundheitliche“ der Klammerausdruck „somatische und psychische“ sowie zur besseren Lesbarkeit eine weitere Gliederungsebene eingefügt. Es erfolgt zudem eine Ergänzung dieses Klammerausdrucks in allen weiteren erforderlichen Gesetzesstellen.

Zu § 14 Abs. 1 und 3, § 14a Abs. 3, 6, 7 und 8, § 14e Abs. 1, § 15 Abs. 2, 4, 5, 6, 7, 9 und 10, § 14a Abs. 2 und 3, § 14a Abs. 6, § 14a Abs. 8 sowie § 15 Abs. 8 Musiktherapiegesetz, § 40 Psychologengesetz 2013:

Im Musiktherapiegesetz und Psychologengesetz 2013 erfolgt entsprechend der Regelung im Psychotherapiegesetz 2024 eine Überarbeitung der Regelungen betreffend die Beendigung der Berufstätigkeit durch Berufsangehörige (siehe hierzu die Ausführungen zu Art. 1 §§ 52 ff.). Im Zuge dessen wird jeweils die Wortfolge „Bundesminister/in für ...“ durch „Landeshauptfrau/Landeshauptmann“ und „Bundesministerium für ...“ durch die nunmehr gebräuchliche Bezeichnung ersetzt.

Die Verwaltungsübertretungen des Abs. 4 betreffen solche, die eine verlässliche Berufsausübung nicht erwarten lassen aus Gründen des Patientinnen- und Patientenschutzes.

Zu § 14 Abs. 1 und 1a Musiktherapiegesetz:

Im Sinne der Diktion der Richtlinie 2005/36/EG wird das Wort „Anerkennung“ in § 14 Abs. 1 und 1a Musiktherapiegesetz jeweils durch das Wort „Berufsanerkennung“ ersetzt.

Zu § 16 Musiktherapiegesetz, §§ 21 und 30 Psychologengesetz 2013:

§ 16 Musiktherapiegesetz und §§ 21 und 30 Psychologengesetz 2013 regeln die Folgen von Beendigung der Berufstätigkeit und Tod von Berufsangehörigen.

Eine Beendigung der Berufstätigkeit ist der Behörde schriftlich bekanntzugeben, wobei ein fehlender Arbeitsort in Österreich auch bei fehlender Bekanntgabe ex lege zu einer Beendigung der Berufstätigkeit führt. Eine Beendigung der Berufstätigkeit zieht jedenfalls eine Streichung aus der jeweiligen Berufsliste nach sich.

Die Beendigung der Berufstätigkeit wird in der Berufsliste als öffentliches Datum vermerkt, da diesen Berufsangehörigen das Recht zusteht, ihre Berufsbezeichnung mit dem Hinweis auf Nichtausübung weiterhin zu führen. Der bisherige Eintrag ist behördenintern evident zu halten.

Nach dem Tod einer/eines Berufsangehörigen ist kein öffentliches Datum mehr sichtbar.

Zuständige Behörde ist jene Landeshauptfrau bzw. Landeshauptmann, in deren bzw. dessen Sprengel sich der Ort der beruflichen Tätigkeit befindet.

Zu § 17 Musiktherapiegesetz, §§ 21b und 30b Psychologengesetz 2013:

§ 17 Musiktherapiegesetz und §§ 21b und 30b Psychologengesetz 2013 regeln die Entziehung der Berufsberechtigung und Streichung aus der jeweiligen Berufsliste.

Im Zusammenhang mit der Normierung der Vollziehung durch die Landeshauptleute im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung werden die bisherigen Bestimmungen betreffend Erlöschen der Berufsberechtigung und Streichung aus der Berufsliste im Musiktherapiegesetz und Psychologengesetz 2013 (wie auch im Psychotherapiegesetz 2024 vorgesehen) nach Vorbild des Psychologengesetzes 2013 neugestaltet bzw. im Sinne der einschlägigen höchstgerichtlichen Judikatur ausformuliert.

Es entspricht unmittelbar den verfassungsrechtlichen Vorgaben des Art. 102 B-VG, eine Vollziehung im Bereich der genannten Materien durch die Landeshauptfrau/den Landeshauptmann zu normieren.

Zudem sind die Bestimmungen betreffend die bei dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium verbliebenen Kompetenzen anzupassen.

Festzuhalten ist, dass diesen Bestimmungen vorrangig Präventivcharakter zukommt.

Zu Abs. 1:

Abs. 1 legt die Grundlage für die Führung von Verwaltungsverfahren und die Erlassung von Bescheiden zur Entziehung der Berufsberechtigung durch die Landeshauptleute.

Betreffend verwaltungsverfahrenrechtliche Vorgaben ist auf die Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1991 – AVG, BGBl. Nr. 51/1991, zu verweisen, die uneingeschränkt zur Anwendung kommen.

Berufsangehörige, auf die sich die Tätigkeit der Behörde bezieht, sind Partei im Verfahren.

Die verfahrensrechtliche Mitwirkungspflicht des bzw. der Berufsangehörigen als Partei des Verfahrens ist in § 39 AVG normiert. Diese bezieht sich im vorliegenden Fall insbesondere auf die aktive Mitwirkung am Verfahren, Befolgung von Anordnungen hinsichtlich fachlicher Begutachtungen, insbesondere der gesundheitlichen (somatischen und psychischen Eignung) oder der Vertrauenswürdigkeit, sowie Erfüllung von Maßnahmen gemäß Abs. 6. Entscheidender Faktor für den Erfolg von Maßnahmen zur Wiederherstellung der Vertrauenswürdigkeit ist die Mitwirkung des bzw. der betroffenen Berufsangehörigen. Die bzw. Der Berufsangehörige hat aktiv am Verfahren mitzuwirken, behördlichen Anordnungen im Rahmen des Verfahrens Folge zu leisten und vorgeschriebene Maßnahmen zu erfüllen. Eine mangelnde Mitwirkung am Verfahren wirkt sich in der Folge ebenfalls auf die (mangelnde) Vertrauenswürdigkeit der bzw. des Berufsangehörigen aus.

Beschwerdeführenden Personen kommt hingegen kein Parteienstatus zu, sie sind Zeuginnen bzw. Zeugen im Verfahren. Diesen kommen somit auch kein Recht auf Akteneinsicht oder sonstige Parteienrechte zu. Gegenstand eines Verwaltungsverfahrens zur Entziehung der Berufsberechtigung gemäß Musiktherapiegesetz, Psychologengesetz 2013 bzw. Psychotherapiegesetz in Verbindung mit dem Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 ist die Überprüfung der Voraussetzungen für die selbständige Berufsausübung der Musiktherapie, Gesundheitspsychologie, Klinischen Psychologie bzw. Psychotherapie. Die Gründe für die Entziehung der Berufsberechtigung sind auch von Amts wegen wahrzunehmen.

Gemäß § 8 AVG sind Personen, die eine Tätigkeit der Behörde in Anspruch nehmen oder auf die sich die Tätigkeit der Behörde bezieht, Beteiligte und, insoweit sie an der Sache vermöge eines Rechtsanspruches oder eines rechtlichen Interesses beteiligt sind, Parteien. Nach den Gesetzesmaterialien ist ein Rechtsanspruch der „Anspruch auf eine bestimmte behördliche Tätigkeit“, während der rechtliche Interessent (lediglich) einen Anspruch auf ein bestimmtes Verfahren hat (*Hengstschläger/Leeb*, AVG § 8 (Stand 01.01.2014, rdb.at) Rz. 2). Die Frage der Parteistellung gemäß § 8 AVG ist nach der Judikatur „ausgehend von“ bzw. „aus“ der Gesamtrechtsordnung einschließlich des Privatrechts zu beurteilen (VwGH 17.9.2002, 2002/01/0377; 09.09.2003, 2002/01/0133; vgl. auch VfSlg 4227/1962; siehe ferner FB IX, 72 sowie mwN *Thienel*, Verwaltungsakt 99 f). Parteistellung kommt danach allen Personen zu, deren subjektive Rechtssphäre im Verfahren unmittelbar berührt wird (VwSlg 9751 A/1979; VwGH 24.05.2005, 2005/05/0014; VfSlg 12.861/1991; 14.024/1995; 17.201/2004), deren, auch privatrechtliche, Rechtsstellung durch den Bescheid eine Änderung erfahren kann (VwSlg 10.476 A/1981; VfSlg 4227/1962). Ein Verwaltungsstrafverfahren nach der StVO berührt die Leistungspflicht und das Regressrecht der Kfz-Versicherung und deren Privatrechtssphäre nur mittelbar, sodass der Versicherungsgesellschaft keine Parteistellung gemäß § 24 VStG in Verbindung mit § 8 AVG zukommt (VwSlg 9751 A/1979; vgl. auch *Moritz*, 16. ÖJT I/2, 65 f.). Dabei betont allerdings auch der VwGH zum Teil, dass die Parteistellung kraft Berührung von Privatrechten voraussetzt, dass deren Wahrung der Verwaltungsbehörde vom (gemeint: Verwaltungsrechts-)Gesetzgeber zur Pflicht gemacht wird (VwGH 19.09.1990, 89/01/0409; 20.12.1991, 90/17/0313; 10.07.1997, 97/07/0015; ferner die Einschränkung in VwGH 09.09.2003, 2002/01/0133 auf privatrechtliche Vorschriften, die „in einer Beziehung“ zur gegenständlichen Angelegenheit stehen). Ein allfälliger Bescheid oder Maßnahmen der Landeshauptfrau bzw. des Landeshauptmannes im Beschwerdeverfahren berührt die Rechtsstellung der beschwerdeführenden Person nicht direkt und sogar eine Streichung der Partei aus der/den Berufsliste(n) hätte keine Auswirkungen auf private oder öffentlich-rechtliche Rechte der beschwerdeführenden Person. Das private Recht auf Schadenersatz der beschwerdeführenden Person würde nicht unmittelbar durch einen Bescheid oder Maßnahmen der zuständigen Behörde gestaltet, weshalb diese bloße Beteiligte des Verfahrens ist. Die Verletzung eines eigenen subjektiven Rechts der beschwerdeführenden Person durch einen Bescheid oder Maßnahmen der Landeshauptfrau bzw. des Landeshauptmannes ist nicht einmal möglich (vgl. *Hengstschläger/Leeb*, AVG § 8 (Stand 01.01.2014, rdb.at) Rz. 9). Die Verletzung ihres bzw. seines Eigentums und der finanzielle Schaden wären bereits eingetreten und getrennt von dem Verwaltungsverfahren aufgrund der berufsrechtlichen Beschwerde. Bei der Beurteilung der Frage, woran man ein subjektives Recht erkennt (vgl. *Ringhofer*, Strukturprobleme 66 ff.), kommt es auf den Schutzzweck der Norm an (VwSlg 14.037 A/1994; *Adamovich/Funk* 384 f; *Wessely*, Eckpunkte 147). Es ist im Sinne der „Schutznormtheorie“ darauf abzustellen, ob ausschließlich öffentliche Interessen oder auch die Interessen einer besonders betroffenen und von der Allgemeinheit abgrenzbaren Person für die Entstehung der Norm maßgebend war. Diese Voraussetzung ist jedenfalls dann gegeben, wenn der bzw. die Einzelne in einem Leistungsbescheid zu einem Tun, Unterlassen oder Dulden verpflichtet wird (siehe auch VwGH 24.05.2005, 2005/05/0014) oder wenn ein Bescheid die Einschränkung eines Rechts (zB den Entzug einer Lenkberechtigung) oder eine belastende Feststellung zum Gegenstand hat (*Wessely*, Eckpunkte 82). In Beschwerdeverfahren trifft dies ausschließlich auf die bzw. den beschwerte:n Berufsangehörige:n zu. Bloß faktische, insbesondere auch wirtschaftliche Interessen vermitteln nach der Rechtsprechung keine Parteistellung (*Hengstschläger/Leeb*, AVG § 8 (Stand 01.01.2014, rdb.at) Rz. 7). Soweit die Verwaltungsvorschriften nicht ausdrücklich die Rechtsvorschriften nennen, aus denen sich subjektive Rechte ergeben (vgl. § 6 Abs. 2 nÖ BauO [VwGH 15.07.2003, 2002/05/0245]), oder gar ausdrücklich regeln, wem in einem bestimmten Verfahren kraft subjektiven Rechts Parteistellung zukommt (= Legalpartei; vgl. etwa § 31e EISBG; vgl. auch *Wessely*, Eckpunkte 151 ff.), ist im Wege der Auslegung zu prüfen, ob durch die maßgeblichen Rechtsvorschriften nur eine Rechtspflicht der Behörde oder auch ein subjektives Recht einer bestimmten Person begründet wird (vgl. VwGH 25.10.2000, 2000/06/0109; 26.02.2003, 2000/03/0328; 27.11.2012, 2011/03/0226; ferner *Ringhofer*, Strukturprobleme 76). Das Musiktherapiegesetz, das Psychologengesetz 2013 und das Psychotherapiegesetz beinhalten als maßgebliche Materiengesetze keine Regelung, wem in einem Verwaltungsverfahren Parteistellung zukommt. Schutzzweck der entsprechenden Bestimmungen der genannten Materiengesetze ist der Schutz der Allgemeinheit und der Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten einer bzw. eines Berufsangehörigen vor einer nicht lege artis durchgeführten Behandlung, Betreuung bzw. Therapie oder durch eine:n Berufsangehörige:n, die bzw. der nicht die Voraussetzungen zur Berufsausübung verfügt. Die anzuwendenden Normen wurden im öffentlichen Interesse erlassen. Nicht Schutzzweck ist hingegen die Unterstützung der Verfolgung allfälliger privatrechtlicher Forderungen einer beschwerdeführenden Person. Eine Parteistellung kann nur im Zusammenhang mit einem konkreten Verwaltungsverfahren bestehen (VwGH 17.01.1992, 89/17/0239). Nach § 8 AVG sind Personen nämlich nur Parteien, insoweit sie an der Sache kraft eines bereits bestehenden (vgl. VwGH 15.06.1987, 87/10/0005; *Hellbling* 123), eigenen (vgl. VwGH 11.09.2003, 2002/07/0141) subjektiven Rechts beteiligt sind. „Sache“ im Sinne

dieser Bestimmung ist die den Gegenstand des Verfahrens bildende, von der Behörde durch den Spruch des Bescheides zu regelnde Angelegenheit (VwGH 23.05.2002, 99/07/0026). Dieser wird durch den maßgeblichen Sachverhalt in Verbindung mit dem Inhalt der zur Anwendung kommenden (Verwaltungs-)Rechtsvorschriften konstituiert (vgl. VwSlg 13.357 A/1991; VwGH 23.05.2002, 2001/07/0133). Die Parteistellung besteht also nicht losgelöst von einem Verwaltungsverfahren, sondern die Partei ist der künftige Adressat des (bei amtswegigen Verfahren: möglicherweise) zu erlassenden Bescheides (*Thienel*, ZfV 1996, 5).

Eine beschwerdeführende Person gegen eine:n Berufsangehörige:n ist jedenfalls nicht Adressat:in eines betreffend die bzw. den Berufsangehörige:n möglicherweise zu erlassenden Bescheides oder dieser durch die Behörde vorgeschriebenen Maßnahmen. Es kann daher auch aus diesem Grund einer beschwerdeführenden Person keine Parteistellung in einem Verwaltungsverfahren betreffend eine:n Berufsangehörige:n der Musiktherapie, Gesundheitspsychologie, Klinischen Psychologie bzw. Psychotherapie zukommen.

Zumindest bei Normen innerstaatlichen Ursprungs vermittelt das bloß faktische, insb. auch wirtschaftliche Interesse (vgl. auch *Grabenwarter*, 16. ÖJT I/1, 23 f.) an der Einhaltung von Vorschriften des objektiven Rechts nach ständige Rechtsprechung des VwGH noch nicht die Parteistellung einer (weiteren) Person (VwGH 21.01.2003, 2002/07/0160; 30.06.2011, 2008/03/0107; 21.10.2011, 2011/03/0190). Anderes gilt nur dann, wenn diese Interessen (Dritter) zu rechtlichen erhoben werden (VwGH 09.10.1996, 96/03/0245; 21.01.2003, 2002/07/0160; 28. 2. 2006, 2005/03/0232), wenn also die anzuwendenden Normen erkennen lassen, dass sie insofern nicht nur im öffentlichen Interesse (vgl. auch VwGH 05.05.2003, 2003/10/0012), sondern dass sie auch im Interesse des jeweiligen – besonders betroffenen (VfSlg 17.220/2004 [Rz. 13]) – Privaten erlassen wurden (vgl. VwGH 22.02.1999, 98/17/0355; 26.02.2003, 2000/03/0328; VfSlg 9000/1980; siehe auch AB 1925, 10; näher *Pöschl* in FS Wimmer). Mangels einer solchen Berechtigung gründet sich das faktische (wirtschaftliche) Interesse an der Beachtung der entsprechenden Norm des objektiven Rechts (zB über den Gemeingebrauch an öffentlichen Straßen [VwSlg 11.522 A/1984; VwGH 22.09.1998, 98/05/0168]) auf eine bloße Reflexwirkung (VwSlg 14.826 A/1998; VfGH 11.12.2012, B 822/11) und kann daher allenfalls die Stellung als bloß Beteiligter begründen.

Die entsprechenden Normen des Musiktherapiegesetzes, des Psychologengesetzes 2013 und des Psychotherapiegesetzes sind (nur) im öffentlichen Interesse gelegen, da sie das Ziel verfolgen, die Allgemeinheit vor diesem Gesetz unterliegenden Berufsangehörigen zu schützen, die die im entsprechenden Materiengesetz determinierten Behandlungen bzw. Therapien nicht nach bestem Wissen und Gewissen und daher nicht lege artis durchführen. Hingegen kann den einschlägigen Rechtsvorschriften nicht jener Schutzzweck entnommen werden, Private (und sei es auch die beschwerdeführende Person) bei der Durchsetzung gerichtlicher Haftungsansprüche zu unterstützen.

Gemäß § 57 Abs. 1 AVG ist, wenn es sich bei Gefahr im Verzug um unaufschiebbare Maßnahmen handelt, die Behörde berechtigt, einen Bescheid auch ohne vorausgegangenes Ermittlungsverfahren zu erlassen („Mandatsbescheid“). Nach herrschender Lehre steht die Gebrauchnahme von der in § 57 Abs. 1 zweiter Fall AVG eingeräumten Befugnis im Ermessen der Behörde. Danach hat die Behörde bei ihrer Entscheidung die Wahrscheinlichkeit und das Ausmaß des drohenden Schadens sowie die Dringlichkeit einer Abwehrmaßnahme und die voraussichtliche Dauer des Ermittlungsverfahrens und dessen Vorteile zu veranschlagen (vgl. *Hengstschläger* 2 Rz. 427; *Thienel* 3 192; *Walter/Mayer* Rz. 571; vgl. aber auch *Walter/Thienel* AVG § 57 Anm. 5). Nach *Hellbling* „wandelt sich das Recht“ der Behörde, von § 57 AVG Gebrauch zu machen, „ohne Zweifel in eine Pflicht um“, wenn die öffentlichen Interessen eine sofortige Maßnahme erheischen (*Hellbling* 329). Auch den Gesetzesmaterialien liegt die Auffassung zugrunde, dass die Behörde zur Verhütung einer Gefahr „mitunter“ sofort eingreifen „muss“ und in solchen Fällen „berechtigt und verpflichtet“ ist, die unaufschiebbaren Verfügungen ohne weiteres zu erlassen (AB 1925, 17). Es wäre also keinesfalls mit § 57 Abs. 1 AVG vereinbar, ein ordentliches Verfahren durch- bzw. weiter (zu Ende) zu führen, obwohl die Behörde zum Ergebnis gelangt, dass eine Verfügung wegen Gefahr im Verzug unaufschiebbar ist.

Die sachliche und örtliche Zuständigkeit der Behörden richtet sich gemäß § 1 AVG nach den Vorschriften über ihren Wirkungsbereich und nach den Verwaltungsvorschriften. Soweit die in § 1 AVG erwähnten Vorschriften über die örtliche Zuständigkeit nichts bestimmen, richtet sich diese gemäß § 3 Z 2 und 3 AVG in Sachen, die sich auf den Betrieb eines Unternehmens oder einer sonstigen dauernden Tätigkeit beziehen: nach dem Ort, an dem das Unternehmen betrieben oder die Tätigkeit ausgeübt wird oder werden soll; in sonstigen Sachen: zunächst nach dem Hauptwohnsitz (Sitz) des Beteiligten, und zwar im Zweifelsfall des belangten oder verpflichteten Teiles, dann nach seinem Aufenthalt, dann nach seinem letzten Hauptwohnsitz (Sitz) im Inland, schließlich nach seinem letzten Aufenthalt im Inland, wenn aber keiner dieser Zuständigkeitsgründe in Betracht kommen kann oder Gefahr im Verzug ist, nach dem

Anlass zum Einschreiten; kann jedoch auch danach die Zuständigkeit nicht bestimmt werden, so ist die sachlich in Betracht kommende oberste Behörde zuständig.

Zu Abs. 2:

Abs. 2 enthält eine demonstrative Aufzählung von Gründen für mangelnde gesundheitliche Eignung.

Unter gesundheitlicher Eignung ist grundsätzlich die somatische/physische Fähigkeit, den Beruf entsprechend den beruflichen Anforderungen fachgerecht auszuüben, sowie neben der entsprechenden Intelligenz und psychischen Stabilität auch die Fähigkeit, entsprechende Strategien zur persönlichen Bewältigung der psychischen Anforderungen des jeweiligen Berufs zu entwickeln und Sorge für die eigene Psychohygiene tragen zu können, zu verstehen.

Die Beurteilung des Vorliegens der gesundheitlichen Eignung unterliegt einer genauen Einzelfallprüfung, die die Patientensicherheit, das verfassungsgesetzlich gewährleistete Recht auf Erwerbsausübungsfreiheit sowie die Grundsätze der UN-Behindertenkonvention jedenfalls zu berücksichtigen hat.

Eine somatische Beeinträchtigung, die die Berufsausübung verunmöglicht, kann bei so schweren körperlichen Gebrechen vorliegen, die eine ordnungsgemäße Verrichtung der berufsspezifischen Tätigkeiten zu weiten Teilen oder zur Gänze verhindern, und übertragbaren Krankheiten, sofern diese ein Risiko für die Sicherheit der Patientinnen bzw. Patienten, des sonstigen Gesundheitspersonals oder der Öffentlichkeit darstellen. Das Vorliegen oder mangelnde Vorliegen der somatischen Eignung ist durch ein entsprechendes fachärztliches Sachverständigengutachten festzustellen.

Eine psychische Beeinträchtigung liegt insbesondere vor bei psychischen Erkrankungen oder Störungen, Alkohol- oder anderwärtigen Substanzabhängigkeit bzw. mangelnder Wahrnehmungs-, Empathie- und Selbstreflexionsfähigkeit, die der Erfüllung der Berufspflichten, insbesondere der Wahrung des Wohls der Patientinnen und Patienten oder Klientinnen und Klienten, entgegenstehen und eine ordnungsgemäße Verrichtung der berufsspezifischen Tätigkeiten verhindern. Unter psychischen Erkrankungen oder Störungen sind beispielsweise Neurosen, Psychopathien, Psychosen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen zu verstehen. Das Vorliegen oder mangelnde Vorliegen der psychischen Eignung ist durch ein klinisch-psychologisches bzw. fachärztlich-psychiatrisches Sachverständigengutachten festzustellen.

Im Falle der Einholung eines Sachverständigengutachtens sind bevorzugt Personen, die in der Gerichtssachverständigenliste eingetragen sind, oder sonstige für die Fragestellung besonders ausgewiesene Expertinnen bzw. Experten als Gutachter:innen heranzuziehen. Bei der Auswahl der Gutachterin bzw. des Gutachters müssen mögliche Befangenheitsgründe beachtet werden. Entsprechend dem Auftrag sind von der/dem Gutachter:in detaillierte Fragestellungen zu entwickeln, die mit geeigneten wissenschaftlichen Methoden und Verfahren beantwortet werden. Das Gutachten muss formalen und inhaltlichen Qualitätskriterien genügen. Im Falle eines klinisch-psychologischen Gutachtens sind die Richtlinien zum Erstellen von klinisch-psychologischen Befunden und Gutachten des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministeriums zu beachten.

Seitens des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministeriums sind in der Vergangenheit beispielsweise folgende Beeinträchtigungen bzw. Umstände im Hinblick auf das Vorliegen der gesundheitlichen Eignung folgendermaßen beurteilt worden:

- Impfstatus: § 17 Abs. 3 Epidemiegesetz 1950, wonach für Personen, die sich berufsmäßig mit der Krankenbehandlung, der Krankenpflege oder Leichenbesorgung beschäftigen, die Beobachtung besonderer Vorsichten angeordnet werden können, ist nicht rein präventiv zu sehen, sondern erfordert einen konkreten Anlassfall, wie das Auftreten einer meldepflichtigen Krankheit. Daher kann die gesundheitliche Eignung lediglich mangels Vorliegens eines bestimmten Impfstatus des/der Berufsangehörigen nicht versagt werden (Näheres siehe: Impfeempfehlungen des Gesundheitsministeriums für das Gesundheitspersonal in Österreich).
- HIV-Infektion: Nach derzeitigem Stand des Wissens ist der uneingeschränkte Einsatz von HIV-positiven Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern im Gesundheitswesen möglich, vorausgesetzt es werden bestimmte Richtlinien eingehalten. Die uneingeschränkte Tätigkeit ist möglich, wenn die/der Berufsangehörige eine dauerhaft stabile Viruslast von <50 Kopien HIV RNA/ml aufweist, mindestens vierteljährliche Kontrollen der HI-Viruslast durchführen lässt, in regelmäßiger arbeitsmedizinischer Betreuung und in regelmäßiger Betreuung von HIV-Spezialistinnen/Spezialisten steht und verhaltenspräventive Maßnahmen konsequent beachtet.
- Hepatitis-C-Infektion: Eine Hepatitis-C-Infektion führt nicht in jedem Fall zum Verlust der gesundheitlichen Eignung für Gesundheitsberufe, vielmehr ist auf die Infektiosität abzustellen, die von der Viruskonzentration im Blut abhängig ist. Des Weiteren ist das mit der Ausübung des jeweiligen Berufs verbundene Ansteckungsrisiko zu berücksichtigen.

- Chronische Erkrankungen: Chronische Erkrankungen, wie beispielsweise pulmonale Erkrankungen oder Herzerkrankung, die zwar die Leistungsfähigkeit der/des Berufsangehörigen beeinträchtigen und allenfalls zu einer Selbstgefährdung im Rahmen der Berufsausübung führen können, nicht aber eine Gefährdung für die Patientinnen/Patienten bzw. Klientinnen/Klienten darstellen, hindern die gesundheitliche Eignung nicht.
- Epilepsie: Bei chronischen Erkrankungen, wie zB Epilepsie, kann unter der Voraussetzung einer entsprechenden medikamentösen Behandlung die gesundheitliche Eignung für die Ausübung eines Gesundheitsberufs gegeben sein. Im Rahmen der Verantwortlichkeiten der Berufsangehörigen sowie auch der Dienstgeber:innen kann es allerdings erforderlich sein, dass diese grundsätzlich nicht alleine tätig werden, sondern eine zweite Person bei einem eventuell auftretenden Krankheitsschub die entsprechenden Maßnahmen ergreifen kann.
- Körperliche Beeinträchtigungen: Nicht vorübergehende körperliche Beeinträchtigungen (Behinderungen), wie zB Hör- und Sehbeeinträchtigungen, Erfordernis von Prothesen, Gehhilfen bzw. Rollstuhl, die dazu führen, dass nicht alle im Berufsbild enthaltenen Tätigkeiten auch tatsächlich durchgeführt werden können, bedeuten nicht automatisch das Fehlen der gesundheitlichen Eignung. Unter Berücksichtigung der UN-Behindertenkonvention, des Diskriminierungsverbots und der Eigenverantwortung der bzw. des Berufsangehörigen wäre die gesundheitliche Eignung zu bejahen, sofern eine Berufsausübung im Sinne der erworbenen Qualifikation grundsätzlich möglich ist.
- Maßnahmenvollzug: Da eine strafrechtliche Unterbringung in einem forensisch-therapeutischen Zentrum nicht unter den Begriff der gerichtlichen Verurteilung zu subsumieren ist, fällt die Anordnung eines Maßnahmenvollzugs gemäß § 21 Abs. 1 Strafgesetzbuch nicht unter den Tatbestand der mangelnden Vertrauenswürdigkeit. In diesen Fällen wäre allerdings die gesundheitliche Eignung zu überprüfen.
- Erwachsenenvertretung: Die Bestellung einer Erwachsenenvertreterin bzw. eines Erwachsenenvertreters ist einerseits im Hinblick auf das Vorliegen der Entscheidungsfähigkeit relevant, kann aber auch Zweifel am Vorliegen der gesundheitlichen Eignung bewirken und ist daher auch unter diesem Aspekt im Hinblick auf die Art und den Umfang der Vertretung im Zusammenhang mit den Erfordernissen des jeweiligen Berufs zu prüfen.

Im Rahmen der Überprüfung der psychischen Eignung sind insbesondere Fragestellungen, ob

- Hinweise auf eine psychische Störung vorliegen, die eine Berufsausübung zum Zeitpunkt des Verfahrens unmöglich machen bzw. Hinweise auf mangelnde Verlässlichkeit und Glaubwürdigkeit vorliegen, die eine Berufsausübung insbesondere im Gesundheitswesen zum Zeitpunkt des Verfahrens ausschließen,
- Persönlichkeitsakzentuierungen vorliegen, die insbesondere die Handlungs-, Kontroll- und Kommunikationsfähigkeit in einer Weise einschränken, die eine Berufsausübung ausschließen,
- zwar keine prinzipiellen Hinderungsgründe vorliegen, aber doch Einschränkungen der psychischen Eignung, die im Rahmen der Berufsausübung bearbeitet werden sollten,
- Belastbarkeit, Stresstoleranz, Reflexionsvermögen, Anpassungsfähigkeit und Konfliktbewältigungsstrategien in ausreichendem Ausmaß gegeben sind,
- Ressourcen wie insbesondere Empathie-, Bindungs-, Beziehungs- und Distanzierungsfähigkeit, die insbesondere im Patientinnen- und Patientenkontakt notwendige Voraussetzungen für eine Berufsausübung darstellen, in ausreichendem Ausmaß gegeben sind,

zu beantworten.

Unbeschadet des Vorliegens der gesundheitlichen Eignung im Sinne der berufsrechtlichen Regelungen können sich im Zusammenhang mit der Berufsausübung bei besonderen gesundheitlichen Umständen/Defiziten einerseits besondere bzw. erhöhte Sorgfaltsverpflichtungen der/des Berufsangehörigen zum Fremd- und Selbstschutz und andererseits dienst- und organisationsrechtliche Sorgfaltspflichten der Arbeitgeberin bzw. des Arbeitgebers sowohl für die Arbeitnehmer:innen als auch für die Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten ergeben.

Zu Abs. 3:

Abs. 3 nennt demonstrativ die wichtigsten Fälle des Wegfalls der Vertrauenswürdigkeit. Der Entwurf orientiert sich hierbei an den bisherigen Regelungen des Psychologengesetzes 2013.

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 Ethikrichtlinien bzw. der Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere die Berufspflichten konkretisierende berufsspezifische 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 unionsrechtliche 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 anzulegen. 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 der bzw. dem Betreffenden zukommt oder nicht (vgl. insb. VwGH 21.12.1999, 97/19/0787). Die bzw. 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 zu der bzw. dem Betreffenden zu berücksichtigen. Der entscheidende Gesichtspunkt ist hierbei, dass sich die zuständige Behörde auf die Vertrauenswürdigkeit der bzw. des Betreffenden bei der Ausübung des Berufes verlassen können muss, weil eine lückenlose Kontrolle nicht möglich ist (vgl. insb. VwGH 18.07.2002, 99/09/0107, und VwGH 04.04.2001, 2001/09/0040).

Im Zusammenhang mit der Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit sind entsprechend der einschlägigen Judikatur des Verwaltungsgerichtshofs (vgl. insbesondere VwGH 01.10.2002, 99/03/0147; VwGH 18.07.2002, 99/09/0107; VwGH 04.04.2001, 2001/09/0040; VwGH 27.09.2007, 2006/1/0230; VwGH vom 10.06.2015, 2013/11/0210, VwGH vom 19.12.2018, Ra 2018/03/0122) die persönlichen Eigenschaften und das Gesamtverhalten einer/eines Berufsangehörigen dahingehend zu prüfen, ob diese geeignet sind, Vertrauen in die Berufsausübung zu wecken. Es darf nicht der leiseste Zweifel an der Gesetzestreue, Korrektheit, Sorgfalt, Charakterstärke einer bzw. eines Berufsangehörigen sowie an ihrem/seinem Pflichtbewusstsein bestehen. Bei dieser Beurteilung ist ein strenger Maßstab anzulegen, wobei auch ein einmaliges gravierendes Fehlverhalten Vertrauensunwürdigkeit begründen kann. Unmaßgeblich ist, in welchen Bereichen die Ursachen für den Verlust der Vertrauenswürdigkeit gelegen sind, weil es nur darauf ankommt, ob das erforderliche Maß an Vertrauenswürdigkeit der bzw. dem Berufsangehörigen überhaupt zukommt oder nicht. Auch ein Verhalten, das nicht im Zusammenhang mit der Tätigkeit als Musiktherapeut:in, Gesundheitspsychologin bzw. Gesundheitspsychologe, Klinische Psychologin bzw. Klinischer Psychologe bzw. Psychotherapeut:in steht, kann Vertrauensunwürdigkeit der bzw. des Berufsangehörigen begründen (vgl. VwGH vom 28.02.2020, Ra 2020/03/0012, in Zusammenhang mit VwGH 02.09.2019, Ra 2019/03/0105, 03.06.2019, Ra 2019/03/0060, 19.12.2018, Ra 2018/03/0122, 23.02.2018, Ro 2017/03/0025, 11.10.2017, Ro 2017/03/0024, 28.06.2017, Ra 2017/03/0066). Umso mehr können Berufspflichtverletzungen einer bzw. eines Berufsangehörigen Zweifel an ihrer/seiner verlässlichen Berufsausübung und damit ihrer/ bzw. einer Vertrauenswürdigkeit begründen (vgl. VwGH 27.01.2020, Ra 2020/03/0005). Auch ein einmaliges gravierendes Fehlverhalten kann Vertrauensunwürdigkeit begründen (vgl. VwGH vom 19.12.2018, Ra 2018/03/0122). Ausgehend davon, dass ein:e Berufsangehörige:r dann vertrauenswürdig ist, wenn sie/er nach ihrer/seiner gesamten Geisteshaltung und Sinnesart ein Persönlichkeitsbild vermittelt, das bei Berücksichtigung aller für das Gemeinschaftsleben belangreichen Richtungen ein in sie/ihn gesetztes Vertrauen zu rechtfertigen vermag, ergeben sich folgende wesentliche Merkmale der erforderlichen Vertrauenswürdigkeit für die Berufsausübung als Musiktherapeut:in, Gesundheitspsychologin bzw. Gesundheitspsychologe, Klinische Psychologin bzw. Klinischer Psychologe und Psychotherapeut:in:

- a) Die bzw. Der Berufsangehörige muss auch für die Zukunft Gewähr für die Erfüllung der bestehenden besonderen Anforderungen an die Berufsausübung bieten können.
- b) Für die Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit ist das Gesamtverhalten der bzw. des Berufsangehörigen daraufhin zu prüfen, ob diese geeignet ist, Vertrauen in die Berufsausübung zu wecken, und ob die bzw. der Betreffende bei der Erfüllung der Berufspflichten als verlässlich angesehen werden kann.
- c) Entscheidend ist, ob das bisherige Verhalten auf ein Persönlichkeitsbild schließen lässt, das mit jenen Interessen in Einklang steht, deren Wahrung der bzw. dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister:in bzw. der Landeshauptfrau bzw. dem Landeshauptmann obliegt.

- e) In diesem Kontext ist auch das Vertrauen der Allgemeinheit zu einer Musiktherapeutin bzw. einem Musiktherapeuten, einer Gesundheitspsychologin bzw. einem Gesundheitspsychologen, einer Klinischen Psychologin bzw. einem Klinischen Psychologen oder einer Psychotherapeutin bzw. einem Psychotherapeuten zu berücksichtigen, wobei der entscheidende Gesichtspunkt hierbei ist, dass sich die bzw. der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister:in bzw. die Landeshauptfrau bzw. der Landeshauptmann auf die Vertrauenswürdigkeit einer bzw. eines Berufsangehörigen bei der Berufsausübung verlassen können muss, weil eine lückenlose Kontrolle nicht möglich ist.

Richtungsweisende höchstgerichtliche Entscheidungen zur Vertrauenswürdigkeit von Berufsangehörigen der Psychotherapie, Gesundheitspsychologie und Klinischen Psychologie finden sich insbesondere wie folgt: VwGH 2011/11/0056; VwGH 2013/11/0210; LVwG Wien VGW-101/V/073/1566/2016.

Zu näheren Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit sind in jedem Fall der Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bzw. die Ethik-(und Berufs-)richtlinien für Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten, Gesundheitspsychologinnen und Gesundheitspsychologen sowie Klinische Psychologinnen und Klinische Psychologen heranzuziehen, die von dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium in Zusammenarbeit mit den Berufsgruppen und ausgewählten Expertinnen und Experten erarbeitet wurden und auf der Homepage des Ressorts veröffentlicht sind.

Bei der Entziehung der Berufsberechtigung wegen Wegfalls der Vertrauenswürdigkeit handelt es sich nicht um eine Strafe, sondern um eine administrative Maßnahme zum Schutz der Öffentlichkeit vor nicht vertrauenswürdigen Berufsangehörigen (vgl. VGW-172/062/1272/2020 in Zusammenhang mit VwGH 20.06.2006, 2004/11/0202). Bei der Vertrauenswürdigkeit geht es nur um die Frage der persönlichen, nicht aber der fachlichen Eignung, die abschließend über die Prüfung der Ausbildungserfordernisse kontrolliert werden soll (vgl. *Wallner in Neumayr/Resch/Wallner*, GmKomm2 § 6 ÄrzteG 1998 (Stand 01.01.2022, rdb.at) Rz 3 ff.).

Nicht vertrauenswürdig in diesem Kontext ist jedenfalls,

1. gegen wen bestimmte strafrechtliche Verurteilungen vorliegen bzw. wenn nach der Eigenart der strafbaren Handlung und nach der Persönlichkeit der bzw. des Verurteilten die Begehung der gleichen oder einer ähnlichen strafbaren Handlung bei der Berufsausübung zu befürchten ist, das sind jene Verurteilungen, die aus Gründen des Patientinnen- und Patientenschutzes eine verlässliche Berufsausübung nicht erwarten lassen,
2. wer eine geschlechtliche Handlung an einer Patientin bzw. einem Patienten vornimmt oder von dieser bzw. diesem an sich vornehmen lässt oder wer eine Patientin bzw. einen Patienten zu einer geschlechtlichen Handlung mit einer anderen Person oder, um sich oder einen Dritten geschlechtlich zu erregen oder zu befriedigen, dazu verleitet, eine geschlechtliche Handlung an sich selbst vorzunehmen.

Als Anlässe für Beschwerden von Patientinnen/Patienten bzw. Klientinnen/Klienten oder deren Angehörigen sind insbesondere zu nennen: Sexueller, emotionaler, sozialer, wirtschaftlicher, finanzieller, religiöser, spiritueller, esoterischer oder sonstiger Missbrauch, körperliche Gewaltanwendung, Verletzung der Verschwiegenheitspflicht und sonstiger Berufspflichten (zB Dokumentationspflicht, Aufklärungspflicht, Auskunftspflicht, Werbebeschränkung, Berufsausübung *lege artis*), finanzielle Ungereimtheiten (zB Abrechnung, Bereicherung der bzw. des Berufsangehörigen, Ausstellung falscher oder keiner Honorarnoten), Erstellen von „Ferndiagnosen“, Verabreichung von Arzneimitteln, Verabreichung von Drogen, Verkauf von „Drogenfrei“-Bestätigungen, eigenmächtige Heilbehandlung, Vermischung von Psychotherapie mit esoterischen und anderen nicht-therapeutischen Angeboten (zB auf Folder, Website) sowie atmosphärische Verstimmungen, mangelhaft erlebte Empathie, Missverständnisse und Kränkungserlebnisse.

Anlässe für behördliches Tätigwerden von Amts wegen können beispielsweise ein strafgerichtliches Urteil, Strafantrag bzw. Strafverfahren oder die Bestellung einer Erwachsenenvertretung für die/den Berufsangehörige:n sein.

Anhand von sexuellem Missbrauch bzw. sexuellen Übergriffen im Rahmen von Musiktherapie, Gesundheitspsychologie, Klinischer Psychologie und Psychotherapie, der/die zu den schwersten Berufspflichtverletzungen zählt/zählen, wird beispielhaft erläutert wie folgt:

Die musiktherapeutische, gesundheitspsychologische, klinisch-psychologische und psychotherapeutische Beziehung stellt ein zeitlich begrenztes Arbeitsbündnis mit definierten Rollen dar. Sie unterscheidet sich von anderen Beziehungen durch das Machtungleichgewicht zwischen der bzw. dem Berufsangehörigen und der Klientin dem Klienten bzw. der Patientin bzw. dem Patienten. Die bzw. Der Berufsangehörige

befindet sich aufgrund ihres/seines Fachwissens und ihrer/seiner Fachkompetenz gegenüber der Klientin bzw. dem Klienten bzw. Patientin bzw. Patienten in einer Machtposition. Die Beziehung ist daher asymmetrisch. Darüber hinaus erfährt die bzw. der Berufsangehörige im Laufe der Behandlung, Therapie oder Betreuung sehr persönliche Informationen über die Schwierigkeiten und Ressourcen der Klientin bzw. des Klienten bzw. der Patientin bzw. des Patienten und ihrer bzw. seiner Bezugspersonen (*Butcher et al*, 2009). Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten, die Hilfe suchen, sind in einer verletzlichen Position. Sie benötigen daher einen sicheren Rahmen, auf den sie sich verlassen können. Die Grenzen der professionellen Beziehung stellen diesen Rahmen dar, der musiktherapeutische, gesundheitspsychologische, klinisch-psychologische und psychotherapeutische Beziehungen professionell und sicher macht. Diese Grenzen sind gekennzeichnet durch die Rahmenbedingungen, wie beispielsweise das Setting, die Frequenz und Dauer der Sitzungen, den Behandlungsort oder die Erreichbarkeit zwischen den Sitzungen. Klare Grenzen definieren die angemessene Interaktion zwischen der bzw. dem Berufsangehörigen und der Klientin bzw. dem Klienten oder Patientin bzw. Patienten (*Sarkar*, 2004, *Clipson*, 2008).

Musiktherapie, Gesundheitspsychologie, Klinische Psychologie und Psychotherapie sind gesetzlich geregelte Gesundheitsberufe, in denen das Wohl der Klientinnen und Klienten sowie Patientinnen und Patienten an erster Stelle steht. Die Definition der Rahmenbedingungen ist Teil der Aufklärung am Beginn des therapeutischen Prozesses (*Fisher, Oransky*, 2008). Die bzw. Der Berufsangehörige ist aufgrund der Fachkompetenz die Expertin bzw. der Experte, die bzw. der die beruflichen Rahmenbedingungen vorgibt und für die Einhaltung dieser Rahmenbedingungen verantwortlich ist. Auch aufgrund des Machtungleichgewichtes und der verletzlichen Position der Hilfesuchenden ist ausschließlich die bzw. der Berufsangehörige für die Einhaltung und Sicherung dieses klar definierten Rahmens verantwortlich. Klientinnen und Klienten sowie Patientinnen und Patienten müssen darauf vertrauen können, dass die bzw. der Berufsangehörige professionell und sicher mit ihnen interagiert. Dies kennzeichnet einen wesentlichen Unterschied der therapeutischen Arbeitsbeziehung zu einer freundschaftlichen Beziehung, in der in der Regel beide Personen gleichberechtigt die Bedingungen der Freundschaft definieren. Die Therapeut:in- bzw. Behandler:in-Patient:in-Beziehung bleibt somit bei aller möglichen Nähe und Wichtigkeit der Beziehung für den therapeutischen Prozess immer eine professionelle Beziehung, eine Vermischung mit anderen Beziehungsformen wie Freundschaft, intimer bzw. sexueller Beziehung, Arbeitsverhältnis etc. ist ausnahmslos ausgeschlossen. Im Gegensatz zur Alltagsbeziehung herrscht in der therapeutischen Beziehung keine Wechselseitigkeit vor, da Berufsangehörige gewährleisten, dass sie keine Eigeninteressen verfolgen.

Die Besonderheit besteht auch in einem besonderen Vertrauensverhältnis. In einer musiktherapeutischen, gesundheitspsychologischen, klinisch-psychologischen bzw. psychotherapeutischen Beziehung ist es unabdingbar, dass die bzw. der Patient:in bzw. Klient:in darauf vertrauen kann, dass die bzw. der Berufsangehörige den therapeutischen Rahmen uneingeschränkt schützt, respektiert und nicht missbraucht.

Missbrauch liegt vor, wenn unter Verletzung der Pflichten, die mit dem Behandlungs-, Beratungs- und Betreuungsverhältnis verbunden sind, das Vertrauen der anvertrauten Person zu Erfüllung eigener Interessen ausgenutzt wird. *Gutheil* und *Gabbard* (1993, zit. nach *Sarkar*, 2004) unterscheiden innerhalb des therapeutischen Rahmens Grenzüberschreitungen und Grenzverletzungen. Beispiele für Grenzüberschreitungen sind beispielsweise das Überziehen der Sitzungsdauer oder körperliche Berührungen am Arm. Grenzüberschreitungen sind je nach Kontext bezüglich ihrer Auswirkungen auf die Klientin bzw. den Klienten oder die Patientin bzw. den Patienten zu beurteilen und können positive, neutrale oder schädliche Konsequenzen haben (*Pope, Keith-Spiegel*, 2008). Beispiele für Grenzverletzungen sind das Annehmen unangemessener Geschenke, unangemessene Berührungen oder Verletzungen der Verschwiegenheitspflicht. Grenzverletzungen sind in jedem Fall schädlich und müssen vermieden werden. Die Bewertung, ob eine Grenzüberschreitung oder eine Grenzverletzung vorliegt, kann oft nur getroffen werden, wenn der Kontext berücksichtigt wird (*Franke, Riecher-Rössler*, 2013). Nach *Glass* (2003) erhöhen Grenzüberschreitungen das Risiko von Grenzverletzungen. Dies wird in der Literatur auch als „slippery slope“ bezeichnet. Meist beginnt eine Grenzverletzung mit kleineren Grenzüberschreitungen, wie beispielsweise Treffen außerhalb der Praxis, gemeinsamen Café- oder Restaurantbesuchen (*Gottlieb, Younggren*, 2009).

Die besondere Schutzbedürftigkeit der Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten ergibt sich aus der Eigenart der musiktherapeutischen, gesundheitspsychologischen, klinisch-psychologischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung, die die Patientin bzw. den Patienten oder die Klientin bzw. den Klienten regelmäßig in eine tiefgreifende Abhängigkeit zur bzw. zum Berufsangehörigen geraten lässt und dieser bzw. diesem eine große Machtstellung verleiht. Aus diesem Grund schließen weder ein Einverständnis der Patientin bzw. des Patienten oder Klientin bzw. Klienten noch der Umstand, dass die

Initiative zu einer außertherapeutischen Beziehung von der Patientin bzw. dem Patienten oder der Klientin bzw. dem Klienten ausgegangen sein mag, den Tatbestand aus. Die massiv iatrogen schädigenden Auswirkungen von außertherapeutischen Beziehungen und Verstrickungen mit ihren Patientinnen bzw. Patienten oder Klientinnen bzw. Klienten durch Berufsangehörige der Musiktherapie, Gesundheitspsychologie, Klinischen Psychologie und insbesondere Psychotherapie sind hinlänglich bekannt und wissenschaftlich nachgewiesen.

Aus fachlicher Sicht ist deutlich, dass jede Behandlungsbeziehung eine Abhängigkeitsbeziehung und damit ein „Anvertraut-Sein“ bedingt. Diese psychische Abhängigkeit ist in fachlicher Hinsicht sogar erforderlich, um eine therapeutische Wirkung erzielen zu können, da die Patientin bzw. der Patient oder Klientin bzw. Klient sich in einer vertrauensvollen Beziehung, die an die Eltern-Kind-Interaktion angelehnt ist, (zumindest) teilweise mit der bzw. dem Berufsangehörigen und deren bzw. dessen Bewältigungskompetenzen identifiziert und identifizieren soll.

In der musiktherapeutischen, gesundheitspsychologischen, klinisch-psychologischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung werden bestimmte, entwicklungspsychologisch betrachtet eingeschränkte, behinderte oder fehlende Funktionen einer Patientin bzw. eines Patienten oder Klientin bzw. Klienten gefördert, sodass sie nachreifen können. Um eine solche psychische Veränderung erreichen zu können, sind eine Lockerung der psychischen Strukturen und damit eine mindestens partielle Regression notwendig, die mit einem Teilverlust ihrer bzw. seiner Autonomie einhergehen. Diese Veränderungen werden durch den Leidensdruck auf Seiten der Patientin bzw. Patienten oder Klientin bzw. Klienten gefördert und ermöglicht. Andererseits machen die genannten eingeschränkten Funktionen sowie die regressiven Prozesse mit Lockerung der intrapsychischen Strukturen eine:n psychisch erkrankte:n Patientin bzw. Patienten oder Klientin bzw. Klienten auch besonders verletzlich und anfällig, ebenso wie ein Kind gegenüber einer erwachsenen wichtigen Bezugsperson, die – wie die bzw. der Berufsangehörige – über mehr Macht, Informationen und größere Kompetenzen verfügt. Diese Konstellation bedingt deshalb zwangsläufig ein strukturelles Machtgefälle, das unter anderen *Tschan* (2005) überzeugend beschrieben hat. Er führt aus, dass ein besonderes Vertrauensverhältnis besteht und auch bestehen muss, um eine Gesundung erreichen zu können. Dies kann allerdings nur geschehen, wenn dem besonderen Schutzbedürfnis der Patientin bzw. des Patienten oder Klientin bzw. Klienten mit dem Abstinenzgebot Rechnung getragen wird (*Ramshorn, Privitera, 2013; Schleu, Hillebrand, Gutmann, 2007*). Daher bedingt eine musiktherapeutische, gesundheitspsychologische, klinisch-psychologische bzw. psychotherapeutische Behandlungsbeziehung immer auch eine erwünschte psychische Abhängigkeit der Patientin bzw. des Patienten oder Klientin bzw. Klienten von der bzw. dem Berufsangehörigen. Ein „Anvertraut-Sein“ ergibt sich daraus notwendigerweise. Vergleichbar mit der Situation zwischen Eltern und Kindern sind Patientinnen bzw. Patienten „anvertraut“ und daher auch einem Missbrauch der musiktherapeutischen, gesundheitspsychologischen, klinisch-psychologischen bzw. psychotherapeutischen Macht weitgehend schutzlos ausgeliefert.

Das Sich-Öffnen in dem besonderen Vertrauensverhältnis einer musiktherapeutischen, gesundheitspsychologischen, klinisch-psychologischen bzw. psychotherapeutischen Behandlungsbeziehung führt zu einer Reduktion der Hemmungen und Schutzmechanismen, die in Alltagsbeziehungen bestehen. Dies begründet eine grundlegend asymmetrische Beziehungssituation mit einer ungleichen Verteilung von Macht und Ohnmacht. Die bzw. Der leidende Patient:in bzw. Klient:in erfährt in der Musiktherapie, Gesundheitspsychologie, Klinischen Psychologie bzw. Psychotherapie in intensiver Weise Aufmerksamkeit, Einfühlung und Zuwendung. Dies löst starke affektive, zumeist sehr positive Reaktionen aus: Sympathie, Zuneigung, Geborgenheits- und auch Liebesgefühle. Diese Regungen sind natürliche Produkte einer Behandlung, die benötigt werden, um die intrapsychische Problematik der Patientin bzw. des Patienten oder Klientin bzw. Klienten zu bearbeiten und verändern.

Es liegt stets ein Missbrauch vor, wenn eine außertherapeutische (zB persönliche, wirtschaftliche, sexuelle) Beziehung im Rahmen der Musiktherapie, Gesundheitspsychologie, Klinischen Psychologie bzw. Psychotherapie vorkommt. Auch ein „bewusstes Ausnutzen“ der Gelegenheit durch die bzw. den Berufsangehörige:n, die ihre bzw. seine durch das Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnis begründete Vertrauensstellung bietet, ist immer gegeben. Missbrauch in einer musiktherapeutischen, gesundheitspsychologischen, klinisch-psychologischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung ist immer eine vorsätzliche Tat. Die bzw. Der Berufsangehörige geht in die therapeutische Beziehung und arbeitet mit der Patientin bzw. dem Patienten oder Klientin bzw. Klienten an deren bzw. dessen Ängsten und Nöten. Dabei erlebt die bzw. der Patient:in bzw. Klient:in die bzw. den Berufsangehörige:n als hilfreiche, verlässliche Bezugsperson. Sie bzw. Er vertraut sich an und öffnet sich. Jede:r Berufsangehörige, die bzw. der in der Behandlungssituation eine persönliche Beziehung zu ihrer bzw. ihrem oder seiner bzw. seinem in emotionaler Abhängigkeit befindlichen Patientin bzw. Patienten oder Klientin bzw. Klienten eingeht, nutzt dieses Vertrauen aus und missbraucht seine:n Patientin bzw. Patient

oder Klientin bzw. Klienten, indem sie bzw. er sie bzw. ihn zur Befriedigung eigener Interessen und Bedürfnisse instrumentalisiert.

Die emotionalen Bedürfnisse der/des Berufsangehörigen werden in die therapeutische Beziehung wie ein Fremdkörper implantiert, welcher die psychische Heilung der Patientin bzw. des Patienten oder Klientin bzw. Klienten für die Zukunft verhindert und ihr bzw. ihm erhebliche zusätzliche Schäden zufügt. Die Musiktherapie, Gesundheitspsychologie, Klinische Psychologie bzw. Psychotherapie verfehlt völlig ihren Zweck, die konstitutionelle Abhängigkeit der Patientin bzw. des Patienten oder Klientin bzw. Klienten von der bzw. dem Behandelnden wird nicht beendet, sondern vertieft. Aus diesem Grund ist jeder außertherapeutische Kontakt in der Musiktherapie, Gesundheitspsychologie, Klinischen Psychologie bzw. Psychotherapie als missbräuchlich und als Verletzung des Grundsatzes des „Nicht-Schadens“ (*Beauchamp, Childress, 2013*) anzusehen.

Bei der Pflicht zur Abstinenz und bei den Bestimmungen, die vorschreiben, dass das Handeln von Berufsangehörigen sich am Wohl der Patientin bzw. des Patienten oder Klientin bzw. Klienten auszurichten hat und dass bewusste Schädigungen zu vermeiden sind, handelt es sich nicht um bloße Nebenpflichten, sondern um zentrale und unverzichtbare Berufspflichten, deren Verletzung ein massives Schadenspotential für die geschützten Rechtsgüter der Patientinnen bzw. Patienten oder Klientinnen bzw. Klienten birgt.

Eine „unabhängige“ Freundschaft oder sonstige außertherapeutische Beziehung ist im Rahmen einer musiktherapeutischen, gesundheitspsychologischen, klinisch-psychologischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung nicht vorstellbar, da diese konstitutiv durch ein strukturelles Machtgefälle und eine Lockerung psychischer Strukturen bei der Patientin bzw. dem Patienten oder Klientin bzw. Klienten charakterisiert ist, aufgrund derer in der Behandlung eine Beziehung auf gleicher Augenhöhe gar nicht möglich ist. Die bzw. Der leidende Patient:in bzw. Klient:in erfährt im Rahmen der Behandlung bzw. Therapie in intensiver Weise Aufmerksamkeit, Empathie und Zuwendung. In diesem Kontext entstehen regelhaft Affekte wie Zuneigung, Sympathie und auch Liebesgefühle der/dem Berufsangehörigen gegenüber (Übertragungen), die als Motivatoren und notwendige Voraussetzung für die psychische Umstrukturierung gelten, welche zur Heilung oder zur Linderung psychischer Störungen führt. Solche positiven Affekte sind konstitutiv für die therapeutische Beziehung und können nicht als von dieser unabhängig angesehen werden. Die emotionale Sphäre der Betroffenen ist nicht teilbar; eine Teilung widerspräche der grundlegenden Dynamik therapeutischer Behandlungsprozesse. Die oben genannten positiven Affekte dürfen auf keinen Fall in ein konkretes Handeln mit Beteiligung der/des Berufsangehörigen münden (Ausagieren) (vgl. *Schleu, Tibone, Gutmann, Thorwart* in *Psychotherapeutenjournal* 1/2018).

Schadensfolgen aufgrund sexuellen Missbrauchs in der Musiktherapie, Gesundheitspsychologie, Klinischen Psychologie bzw. Psychotherapie wurden beispielsweise von *Pfäfflin* (2009) sowie von *Pope, Vasquez* (2007) beschrieben. Auch sexuelle Kontakte von Berufsangehörigen zu früheren Patientinnen bzw. Patienten oder Klientinnen bzw. Klienten (nach Therapieende) wirken sich schädlich auf die Patientinnen bzw. Patienten oder Klientinnen bzw. Klienten aus (zB *Shavit, 2005*).

Im Zusammenhang mit einer strafrechtlichen Verurteilung wird erläutert wie folgt:

Das Erkenntnis des Verwaltungsgerichtes Wien, VGW-172/062/1272/2020 vom 15. Juni 2020 führt in Zusammenhang mit einem Verfahren zur Streichung aus der Ärzteliste wegen strafrechtlicher Verurteilung aus: Die Verurteilung zu einer bedingten Freiheitsstrafe von einhalb Jahren wegen § 3g VerbotsG ist so gravierend, dass sie auch disziplinarrechtlich die Streichung aus der Ärzteliste zur Folge haben kann (vgl. § 139 Abs. 1 Z 4 und Abs. 4 in Verbindung mit § 136 Abs. 2 Z 2 ÄrzteG 1998, siehe auch *Wallner* in *Neumayr/Resch/Wallner*, Gmundner Kommentar zum Gesundheitsrecht 2016, § 139 ÄrzteG Rz 5, wonach eine Streichung aus der Ärzteliste auch bei Verurteilungen nach § 136 Abs. 2 ÄrzteG 1998 in Frage kommt, vgl. „insbesondere“ in § 139 Abs. 4 ÄrzteG 1998). Dies muss angesichts der Schwere der Verurteilung nach Ansicht des Verwaltungsgerichtes sinngemäß bei der Beurteilung des § 4 Abs. 2 Z 2 ÄrzteG 1998 berücksichtigt werden können, welche ebenfalls die Streichung aus der Ärzteliste zur Folge hat. Dabei spielt es nach der Rechtsprechung keine Rolle, dass ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen dem Fehlverhalten und der beruflichen Tätigkeit fehlt. Diese Aussagen können auf die Streichung aus den Berufslisten im Bereich der Musiktherapie, Gesundheitspsychologie, Klinischen Psychologie und Psychotherapie übertragen werden.

Die Abs. 4 bis 7 verfolgen vorrangig das Ziel, im Rahmen einer überschaubaren Regelung im Vorfeld des gänzlichen Verlusts der Vertrauenswürdigkeit Reaktionsmöglichkeiten durch die Behörde anzubieten, die über verwaltungsstrafrechtliche Sanktionen hinausgehen und insbesondere die spezifischen Interessen von Patientinnen bzw. Patienten oder Klientinnen bzw. Klienten und der Allgemeinheit im Hinblick auf

eine verlässliche Berufsausübung durch Berufsangehörige der Musiktherapie, Gesundheitspsychologie, Klinischen Psychologie und Psychotherapie berücksichtigen.

Abs. 4 schafft in diesem Sinne die Möglichkeit, im Rahmen des Verfahrens zu prüfen, ob durch die Erfüllung von Maßnahmen und gegebenenfalls durch welche Maßnahmen die gesundheitliche Eignung bzw. die erschütterte Vertrauenswürdigkeit der bzw. des Berufsangehörigen wiederhergestellt werden könnte, sodass eine weitere Berufsausübung der Berufsangehörigen vertretbar ist. Zentral bei dieser Beurteilung ist, dass durch die Behörde im Sinne der höchstgerichtlichen Judikatur ein strenger Maßstab anzulegen ist, zumal die Sicherheit bzw. Gesundheit der Patientinnen bzw. Patienten oder Klientinnen bzw. Klienten ausnahmslos im Zentrum steht.

Abs. 5 bietet nunmehr in allen Berufsgesetzen die Möglichkeit, im Rahmen des Verfahrens eine von der bzw. dem Berufsangehörigen bestimmte Berufsvertretung, der sie/er als Mitglied angehört, anzuhören. Die Berufsvertretung kann in diesem Rahmen Maßnahmen gemäß Abs. 6 empfehlen.

Neu verankert wird in Abs. 5 zudem die Möglichkeit, dass Berufsvertretungen in den Bereichen Musiktherapie, Gesundheitspsychologie, Klinische Psychologie und Psychotherapie – sofern ein entsprechender Bedarf besteht – in ihrem Bereich Beschwerdestellen (teilweise auch Schlichtungsstellen genannt) einrichten können, die auf freiwilliger Basis bei Bedarf klärende und vermittelnde Tätigkeiten zwischen Patientinnen bzw. Patienten oder Klientinnen bzw. Klienten und deren behandelnden Berufsangehörigen anbieten. In diesem Zusammenhang ist beispielhaft auf die jahrzehntlang bewährte Praxis des „Berufsethischen Gremiums“ des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie (ÖBVP) hinzuweisen. Im Berufsethischen Gremium (BEG) sind die Beschwerde- und Schlichtungsstellen der Landesverbände des ÖBVP jeweils durch eine:n Delegierte:n vertreten. Die Beschwerde- und Schlichtungsstellen beschäftigen sich mit Verfehlungen gegenüber den berufsethischen Grundsätzen gemäß dem Berufskodex sowie mit Verstößen gegen Berufspflichten von Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten. Das BEG ist ein Forum zum Austausch und zur Weiterentwicklung der Qualität psychotherapeutischer Arbeit, wobei einheitliche Standards für die Bearbeitung von Patientenbeschwerden und qualitätssichernde Maßstäbe für die Psychotherapie aus der praktischen Erfahrung im Umgang mit Beschwerden entwickelt wurden bzw. werden.

Abs. 6 enthält eine demonstrative Aufzählung geeigneter Maßnahmen im Sinne des Abs. 4. Diese Maßnahmen sind als erste 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. Die in Abs. 6 aufgezählten Maßnahmen entsprechen den langjährigen Erfahrungen aus der Vollzugspraxis und können in vielen Fällen zu einer Wiederherstellung der Vertrauenswürdigkeit bzw. der gesundheitlichen Eignung führen und somit unter Wahrung der Patientinnen- und Patientensicherheit einen Verlust der Berufsberechtigung verhindern.

Den Berufsangehörigen steht im Falle der Vorschreibung von Maßnahmen die Möglichkeit offen, sich zur Erfüllung der Maßnahmen selbst zu verpflichten. In diesem Fall ist kein Bescheid durch die Behörde zu erlassen.

Gemäß Abs. 7 wird, sofern der bzw. die Berufsangehörige die zu treffende Maßnahme oder Maßnahmen gemäß Abs. 6 nicht bereits auf Grund einer Selbstverpflichtung trifft, die Verpflichtung der Landeshauptfrau bzw. des Landeshauptmannes zur Erlassung eines Bescheids bezüglich der zu treffenden Maßnahme oder Maßnahmen normiert. Bei der Auswahl der von der bzw. dem Berufsangehörigen zu treffenden Maßnahmen sind die Interessen von Geschädigten, das öffentliche Wohl, das Ansehen des Berufsstandes und das allfällige Vorliegen von Gefahr im Verzug angemessen zu berücksichtigen.

Zu Abs. 8:

Das Nichtabsolvieren oder mangelhafte Absolvieren von auferlegten Maßnahmen wirkt sich direkt auf die Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit aus. In diesem Fall ist die Berufsberechtigung zu entziehen.

Hingegen ist nach Feststellung der vollständigen und ausreichenden Erfüllung aller Maßnahmen das Verfahren in der Folge einzustellen.

Zu Abs. 9:

Über die Unterbrechung der Berufsausübung, vorläufige behördliche Untersagung der Berufsausübung, die Entziehung der Berufsberechtigung und die Vorschreibung von sowie die Einstellung des Verfahrens ist das für Gesundheitswesen zuständige Bundesministerium als listenführende Behörde unverzüglich zu verständigen, das in der Folge den entsprechenden Eintrag in der Berufsliste vorzunehmen hat. Aus Gründen der Nachvollziehbarkeit und damit auch Patientinnen- und Patientensicherheit sowie Schutz der Öffentlichkeit sind diese Daten nicht zu löschen.

Zu Abs. 10:

Zur Einführung eines Vorwarnmechanismus führt der Erwägungsgrund 29 der Richtlinie 2013/55/EU Folgendes aus:

„Diese Richtlinie trägt dazu bei, ein hohes Niveau an Gesundheits- und Verbraucherschutz zu gewährleisten. In der Richtlinie 2005/36/EG sind bereits detaillierte Verpflichtungen der Mitgliedstaaten zum Informationsaustausch vorgesehen. Diese Verpflichtungen sollten verstärkt werden. Künftig sollten die Mitgliedstaaten nicht nur auf Ersuchen um Information reagieren, sondern ihre zuständigen Behörden sollten auch die Befugnis erhalten, innerhalb der Grenzen ihrer Zuständigkeiten die zuständigen Behörden anderer Mitgliedstaaten proaktiv vor Berufsangehörigen zu warnen, die nicht mehr berechtigt sind, ihren Beruf auszuüben. Für Angehörige der Gesundheitsberufe ist ein besonderer Vorwarnmechanismus unter der Richtlinie 2005/36/EG erforderlich. Dies sollte auch für Tierärzte sowie für Berufsangehörige gelten, die Tätigkeiten mit Bezug auf die Erziehung Minderjähriger ausüben, einschließlich Berufsangehörigen, die in Kinderbetreuungseinrichtungen und im Bereich frühkindlicher Erziehung tätig sind. Die Pflicht zur Übermittlung einer Vorwarnung sollte nur für die Mitgliedstaaten gelten, in denen diese Berufe reglementiert sind. Alle Mitgliedstaaten sollten gewarnt werden, wenn ein Berufsangehöriger aufgrund des Vorliegens von disziplinarischen Sanktionen oder einer strafrechtlichen Verurteilung nicht mehr das Recht hat, in einem Mitgliedstaat — auch nur vorübergehend — die beruflichen Tätigkeiten auszuüben. Die Vorwarnung sollte alle verfügbaren Einzelheiten des begrenzten oder unbegrenzten Zeitraums enthalten, für den die Beschränkung oder Untersagung gilt.“

Dem entsprechend sieht Art. 56a Abs. 1 der Richtlinie 2005/36/EG vor, dass die zuständigen Behörden eines Mitgliedstaats die zuständigen Behörden aller anderen Mitgliedstaaten über eine:n Berufsangehörige:n eines Gesundheit- oder Erziehungsberufs unterrichten, der/dem von nationalen Behörden oder Gerichten die Ausübung der beruflichen Tätigkeit im Hoheitsgebiet dieses Mitgliedstaats ganz oder teilweise — auch vorübergehend — untersagt worden ist oder diesbezügliche Beschränkungen auferlegt worden sind:

Diese Verpflichtung wird im Rahmen der Regelungen über die Verfahren betreffend Entziehung der Berufsberechtigung bzw. Untersagung der Berufsausübung umgesetzt, wobei die Registrierungsbehörden die entsprechenden Warnungen im Wege des IMI durchzuführen haben.

Darüber hinaus ist in Art. 56a Abs. 3 der Richtlinie 2005/36/EG vorgesehen, dass die zuständigen Behörden eines betroffenen Mitgliedstaats die zuständigen Behörden aller übrigen Mitgliedstaaten spätestens drei Tage nach Annahme der Gerichtsentscheidung mittels einer Warnung über das IMI von der Identität von Berufsangehörigen, die die Anerkennung einer Qualifikation gemäß dieser Richtlinie beantragt haben und bei denen später gerichtlich festgestellt wurde, dass sie dabei gefälschte Berufsqualifikationsnachweise verwendet haben, unterrichten.

Diese Verpflichtung wird im Rahmen der Regelungen über die Anerkennungsverfahren umgesetzt, wobei die Anerkennungsbehörde bei Verdacht von gefälschten Berufsqualifikationsnachweisen zur Prüfung dieser Vorfrage eine entsprechende Sachverhaltsdarstellung an die Staatsanwaltschaft melden und das Anerkennungsverfahren bis zur rechtskräftigen Entscheidung der Strafgerichte gemäß § 38 AVG aussetzen wird.

Hinsichtlich des gemäß Art. 56a Abs. 6 der Richtlinie 2005/36/EG vorzusehenden Rechts der bzw. des Betroffenen zur Überprüfung und gegebenenfalls Berichtigung der Warnung wird die bereits für den Vorwarnmechanismus im Zusammenhang mit Dienstleistungen normierte entsprechende Regelung des § 21 Abs. 4 DLG übernommen.

Die Durchführungsverordnung (EU) 2015/983 enthält folgende Vorschriften über den Vorwarnmechanismus:

- Aufgaben der zuständigen Behörden beim Umgang mit ein- und ausgehenden Warnungen,
- Funktionen des IMI in Bezug auf die Rücknahme, Änderung oder Löschung von Warnungen,
- Zugriff zu den Warnungen, wobei im Sinne des Datenschutzes sicherzustellen ist, dass nur den von der Warnung unmittelbar betroffenen Behörden Zugang zum Vorwarnmechanismus gewährt wird.

Zu Abs. 11:

Die bzw. Der Berufsangehörige, der bzw. dem aufgrund mangelnder Vertrauenswürdigkeit, insbesondere aufgrund schwerwiegender Behandlungsfehler, die Berufsberechtigung entzogen worden ist und nach Ablauf von fünf Jahren die Wiedereintragung in die entsprechende Berufsliste beantragt, muss von sich aus ihre/seine wiederhergestellte Vertrauenswürdigkeit belegen. Dies kann sie/er tun, in dem sie/er beweist, dass sie/er von sich aus fachliche Hilfe gesucht, Reue ohne äußeren Druck gezeigt bzw. den Wunsch nach Entschuldigung und Schadensmilderung geäußert hat und diesem von sich aus

nachgekommen ist, Betroffenheit über den angerichteten Schaden zeigt und als Form der Wiedergutmachung eine Überweisung der bzw. des geschädigten Patientin bzw. Patienten oder Klientin bzw. Klienten an eine:n andere:n Kollegin bzw. Kollegen veranlasst und/oder die Kosten für eine Folgebehandlung übernommen hat sowie die Einsicht zeigt, dass eine Schädigung des Berufsstandes durch ihr bzw. sein unethisches Verhalten stattgefunden hat.

Zu § 18 Musiktherapiegesetz:

§ 18 ist im Gleichklang mit den anderen Bestimmungen an die Übertragung der Vollziehung an die Länder anzupassen.

Die Verwaltungsübertretungen des Abs. 4 betreffen solche, die eine verlässlich Berufsausübung nicht erwarten lassen aus Gründen des Patientinnen- und Patientenschutzes.

Zu § 26 Abs. 5 Musiktherapiegesetz:

Entsprechend den bereits im Psychologengesetz 2013 geltenden Regelungen und parallel zu den nunmehr vorgesehenen Bestimmungen des Psychotherapiegesetzes 2024 wird auf besonderen Wunsch der Berufsgruppe auch im Musiktherapiegesetz normiert, dass bisherige Berufsangehörige nach Beendigung der Berufstätigkeit bzw. bei Berufsausübung außerhalb von Österreich ihre Berufsbezeichnung im privaten Bereich, sofern kein Bezug zu einer Berufsausübung gegeben ist, weiterhin mit einem Zusatz als Hinweis auf die Nichtausübung des Berufes führen dürfen. Dies gilt nicht für Personen, denen die Berufsberechtigung entzogen worden ist.

Zu § 27 Abs. 6 Musiktherapiegesetz, § 32. Abs. 7 Psychologengesetz 2013:

Ebenso wie Berufsangehörige der Psychotherapie nach den im Psychotherapiegesetz 2024 vorgesehenen Vorgaben wird auch für Berufsangehörige der Gesundheitspsychologie, Musiktherapie sowie der Klinischen Psychologie die regelmäßige Teilnahme an bundesweiten Qualitätsberichterstattungen normiert. Diese sollen angelehnt an Patientinnen und Patientenbefragungen bei den Trägern der Krankenanstalten gemäß § 5b Abs. 6 des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes – KAKuG, BGBl. Nr. 1/1957, unter Berücksichtigung der Unterschiede im niedergelassenen Bereich und der jeweiligen Berufsausübung sein.

Zu § 27a Musiktherapiegesetz, § 32a Psychologengesetz 2013:

Im Sinne der Stärkung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe (vgl. Regierungsprogramm 2020-2023) wäre mit diesen Bestimmungen Parallelbestimmungen zu der im Entwurf des Psychotherapiegesetzes 2024 vorgesehenen Regelung für Online-Psychotherapie auch für die Bereiche des musiktherapeutischen, gesundheitspsychologischen und klinisch-psychologischen Arbeitens vorzusehen. Die Vertraulichkeit ist jedenfalls von Seiten der bzw. des Berufsangehörigen zu wahren und ist soweit möglich die Kenntnisnahme von Inhalten und Gesprächen durch Dritte auszuschließen.

Angemessene Garantien für den Schutz der Geheimhaltungsinteressen der Betroffenen sind die im Musiktherapiegesetz und Psychologengesetz 2013 normierten Berufspflichten, insbesondere die Verschwiegenheitspflicht, sowie Datensicherungsmaßnahmen (etwa verschlüsselte Kommunikation, Endgerät am aktuellen Stand der Technik, Zugriff auf das Endgerät nur durch die bzw. den Berufsangehörige:n).

Zu §§ 34a bis 34e Musiktherapiegesetz:

Im Zuge der schrittweisen Vereinheitlichung des Musiktherapiegesetzes, des Psychologengesetzes 2013 und des Psychotherapiegesetzes wird entsprechend den Vorgaben des Psychologengesetzes 2013 und des Psychotherapiegesetzes ein Musiktherapiebeirat normiert.

Für die fachlich inhaltliche Verwaltung und Vollzug der Angelegenheiten der Musiktherapie im Rahmen des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministeriums wird als Expertengremium ein Musiktherapiebeirat zur fachlichen Beratung und Unterstützung mit dem notwendigen Fachwissen eingerichtet. Die Struktur des Musiktherapiebeirats ist dem Psychologenbeirat und dem Psychotherapiebeirat sowie 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 10 bis 15 Berufsangehörigen durch die bzw. den für das Gesundheitswesen zuständige:n Bundesminister:in, die bzw. der den Vorsitz führt, vor. Bei der Ernennung ist auch Bedacht darauf zu nehmen, dass die verschiedensten musiktherapeutischen Arbeitsbereiche durch die entsprechenden Fachexpertinnen und 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 Universitäten und Fachhochschulen eingebracht werden, aus denen die/der für das Gesundheitswesen zuständige

Bundesminister:in ihre bzw. seine Wahl treffen wird. Insbesondere wird aber jedenfalls ein Drittel dieser Mitglieder aus den Berufsvertretungen entsprechend ihrer Mitgliederzahl aus den verschiedenen Fachbereichen auszuwählen und zu ernennen sein. Sinnvollerweise ist daher von den musiktherapeutischen Berufsvertretungen 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 Musiktherapiebeirat werden die Besetzungsvorschläge aus der derzeit an Mitgliedern größten musiktherapeutischen Berufsvertretung „Österreichischer Berufsverband der MusiktherapeutInnen“ eine entsprechend repräsentative Berücksichtigung finden. Dabei ist auf die Besetzung von mindestens der Hälfte der Mitglieder durch Frauen zu achten.

Über diese Mitgliederanzahl hinaus besteht seitens der Österreichischen Ärztekammer und auch seitens des bei dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium eingerichteten Psychotherapiebeirates sowie des Psychologenbeirates die Möglichkeit, eine:n Vertreter:in in den Musiktherapiebeirat zu entsenden. Es wird auf fest vorgegebene Termine verzichtet und auf Einberufung nach Bedarf, wobei Sitzungen mindestens zweimal jährlich stattzufinden haben, normiert, um anlassbezogen die Fachmeinung der Expertengruppe einholen zu können. Zudem wird die Möglichkeit geschaffen, die Sitzungen auch als Videokonferenz durchzuführen. Gleichsam wie die Termine des Psychotherapiebeirates sind die Termine des Musiktherapiebeirates öffentlich auf der Website des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministeriums anzukündigen.

Die wesentlichen Aufgaben des Musiktherapiebeirats bestehen in der Beratung zu fachlich musiktherapeutischen Themen, Gutachtenserstellung sowie inhaltlich-fachlich Beratung ua. im Zuge der Verordnungserlassung. Als zusätzliche Struktur neben dem Musiktherapiebeirat wird der Ausschuss des Musiktherapiebeirates in Analogie zum Ausschuss des Psychologenbeirates etabliert. Die aus dem Musiktherapiebeirat zu wählenden fünf Mitglieder des Ausschusses, von denen wiederum eine:r zur bzw. zum Vorsitzenden gewählt wird, haben im Bedarfsfall ihre Expertise für Vollzugsaufgaben im Zusammenhang mit der Prüfung der Qualifikation von neuen Ausbildungseinrichtungen einzubringen. Dabei werden weder vom Musiktherapiebeirat noch vom Ausschuss personenbezogenen Daten verarbeitet. Diese soll nicht über einzelne Anträge entscheiden, sondern fachliche Themenbereiche die Berufsangehörige allgemein betreffen behandeln.

Gegebene Anlässe für die Durchführung eines Umlaufbeschlusses (§ 34c Abs. 3) können etwa Pandemien, Endemien aber auch Gründe der Verwaltungsvereinfachung und Zweckmäßigkeit sein.

Zur Bezeichnung des 7. bis 9. Abschnittes Musiktherapiegesetz:

Aufgrund der Einfügung eines neuen 7. Abschnittes im Musiktherapiegesetz erfolgt eine entsprechende neue Nummerierung des bisherigen 7., 8. und 9. Abschnittes.

Zu § 37a Musiktherapiegesetz, § 49a Psychologengesetz 2013:

In § 37a Musiktherapiegesetz und § 49a Psychologengesetz 2013 wird jeweils klargestellt, dass die bei dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zum Zeitpunkt des Inkrafttretens anhängigen Verfahren von diesem fortzuführen und abzuschließen sind.

Nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens eingelangte Anträge sind von den Landeshauptleuten im Rahmen von entsprechenden Verwaltungsverfahren zu bearbeiten.

Zu § 39 Abs. 6 Musiktherapiegesetz, § 50 Abs. 9 Psychologengesetz 2013:

§ 39 Abs. 6 Musiktherapiegesetz und § 50 Abs. 9 Psychologengesetz 2013 normieren das jeweilige Inkrafttreten mit 01. Jänner 2025.

§ 41 Abs. 4 Psychologengesetz 2013:

Aufgrund der Einrichtung eines Musiktherapiebeirates wird in § 41 Abs. 4 Psychologengesetz 2013 die Möglichkeit geschaffen, auch ein Mitglied des Musiktherapiebeirates – analog zur Entsendung eines Mitglied des Psychotherapiebeirates in den Psychologenbeirat – in den Psychologenbeirat zu entsenden.

Zu § 51 Psychologengesetz 2013 samt Überschrift:

Mit Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes treten das EWR-Psychologengesetz, BGBl. I Nr. 113/1999, und die EWR-Psychologenverordnung, BGBl. II Nr. 408/1999, außer Kraft.

