

Behandlung durch Klinische PsychologInnen

Teil I: Übersicht zu
Ausbildungserfordernissen
und systematische
Stakeholderanalyse zu
Aufgabengebieten und
Behandlungsmethoden

Endbericht



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment

LBI-HTA Projektbericht Nr.: 69a

ISSN: 1992-0488

ISSN-online: 1992-0496

Behandlung durch Klinische PsychologInnen

Teil I: Übersicht zu
Ausbildungserfordernissen
und systematische
Stakeholderanalyse zu
Aufgabengebieten und
Behandlungsmethoden

Endbericht



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment

Wien, November 2013

Projektteam Teil I

Projektleitung: Priv.Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Claudia Wild
Projektbearbeitung: Mag. rer.soc.oec. Nikolaus Patera
Mag.^a rer.nat. Inanna Reinsperger, MPH

Projektbeteiligung

Systematische Literatursuche: Tarquin Mittermayr, BA (Hons)

Externe Begutachtung: Dr.ⁱⁿ Tanja Zimmermann, Dipl.-Psych., Institut für Psychologie, Abteilung für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Diagnostik, Technische Universität Braunschweig
Ao. Univ.-Prof. Dr. Anton-Rupert Laireiter, Fachbereich Psychologie, AG Psychotherapie & Gerontopsychologie, Universität Salzburg

Interne Begutachtung: Dr.ⁱⁿ med. Brigitte Piso, MPH

Korrespondenz: Claudia Wild, claudia.wild@hta.lbg.ac.at

Dieser Bericht soll folgendermaßen zitiert werden/This report should be referenced as follows:

Patera N, Reinsperger I. Behandlung durch Klinische PsychologInnen, Übersicht zu Ausbildungserfordernissen und systematische Stakeholderanalyse zu Aufgabengebieten und Behandlungsmethoden. LBI-HTA Projektbericht Nr.: 69a; 2013. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment.

Interessenskonflikt

Alle beteiligten AutorInnen erklären, dass keine Interessenskonflikte im Sinne der Uniform Requirements of Manuscripts Statement of Medical Journal Editors (www.icmje.org) bestehen.

IMPRESSUM

Medieninhaber und Herausgeber:

Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH
Nußdorferstr. 64, 6 Stock, A-1090 Wien
<http://www.lbg.ac.at/de/lbg/impressum>

Für den Inhalt verantwortlich:

Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA)
Garnisongasse 7/20, A-1090 Wien
<http://hta.lbg.ac.at/>

Die HTA-Projektberichte erscheinen unregelmäßig und dienen der Veröffentlichung der Forschungsergebnisse des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Technology Assessment.

Die HTA-Projektberichte erscheinen in geringer Auflage im Druck und werden über den Dokumentenserver „<http://eprints.hta.lbg.ac.at>“ der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt:

LBI-HTA Projektbericht Nr.: 69a

ISSN: 1992-0488

ISSN-online: 1992-0496

© 2013 LBI-HTA – Alle Rechte vorbehalten

Inhalt

Inhalt	3
Zusammenfassung Teil I	5
Summary Part I	6
1 Einleitung	7
1.1 Definitionen zu klinisch-psychologischer Behandlung	7
1.2 Projektziel und Fragestellungen	8
2 Ziel und Methode Teil I	11
2.1 Ziel	11
2.2 Methode	11
3 Ergebnisse – Vergleichende Darstellung der Ausbildungserfordernisse	21
3.1 Ausbildungen international	22
3.1.1 Deutschland	22
3.1.2 Schweiz	23
3.1.3 England	25
3.1.4 Australien und Neuseeland	27
3.1.5 USA und Kanada	29
3.2 Ausbildung in Österreich	31
4 Ergebnisse – Stakeholderanalyse Österreich	41
4.1 Stellungnahmen österreichischer Stakeholder zu den Forschungsfragen	41
4.2 Stellungnahmen österreichischer Stakeholder im parlamentarischen Begutachtungsverfahren zum Psychologengesetz 2013	46
4.2.1 Systematische Darstellung der Inhalte nach Problemgebieten	46
5 Zusammenfassung und Diskussion	57
5.1 Ausbildungserfordernisse in Österreich im internationalen Vergleich	57
5.2 Einschätzung des Psychologengesetz 2013 durch Stakeholder	57
5.3 Limitationen	59
5.4 Qualitätssicherung der Ausbildung	59
5.4.1 Fokus auf Kompetenzen	60
5.4.2 Grundverständnis des Berufs	63
5.4.3 Weitere Fragen an die Qualitätssicherung der Ausbildung	64
5.4.4 Anknüpfungspunkte aus der Qualitätssicherungsdiskussion für Österreich	65
6 Zusammenfassung Teil II	67
7 Conclusio anhand der Fragestellungen des BMG	69
8 Literatur	73
9 Anhang - Suchstrategie PsycINFO und PSYINDEX	75
10 Endnoten	79

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.2-1: Darstellung des Auswahlprozesses (PRISMA Flussdiagramm).....	19
Abbildung 2.2-1: Fokus der Ausbildungsdarstellung: postgradual zur/m klinischen Psychologin/en	21
Abbildung 5.4-1: Fokus auf Kompetenzen als Schritt hin zur Orientierung am Behandlungsergebnis	60

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.2-1: Internetressourcen für die internationale Vergleichsdarstellung.....	11
Tabelle 2.2-2: Schriftlich kontaktierte Institutionen für die internationale Vergleichsdarstellung	13
Tabelle 2.2-3: Gruppierung der 8 Forschungsfragen des Bundesministeriums für Gesundheit in zwei für die Darstellung der Stellungnahmen der Stakeholder relevante Fragengruppen	13
Tabelle 2.2-4: Ein und Ausschlusskriterien für die Berücksichtigung von Stellungnahmen im parlamentarischen Begutachtungsverfahren	15
Tabelle 2.2-5: Eingeschlossene Stakeholder parlamentarische Gesetzesbegutachtung.....	16
Tabelle 3.2-1: Verteilung der AusbildungskandidatInnen Klinische und Gesundheitspsychologie auf die Anbieter in Österreich.....	33
Tabelle 3.2-2: Abzudeckende Fachbereiche in der theoretischen Ausbildung mit Mindestumfang	33
Tabelle 3.2-3: Theorieausbildung Psychologengesetz 2013: Grundmodul Klinische und Gesundheitspsychologie.....	36
Tabelle 3.2-4: Theorieausbildung Psychologengesetz 2013: Aufbaumodul Klinische Psychologie.....	36
Tabelle 3.2-5: Gegenüberstellung Ausbildungserfordernisse Psychologengesetz 2013 und 1990	37
Tabelle 3.2-6: International vergleichende Darstellung der Ausbildungserfordernisse für klinische PsychologInnen.....	39
Tabelle 4.1-1: Stellungnahmen zu den Forschungsfragen des Bundesministeriums für Gesundheit Fragenkomplex Definition und Abgrenzung „klinisch psychologischer Behandlung“	42
Tabelle 4.1-2: Stellungnahmen zu den Forschungsfragen des Bundesministeriums für Gesundheit Fragenkomplex Ausbildung, Kompetenz, Qualitätssicherung	44
Tabelle 4.2-1: Stakeholder parlamentarische Gesetzesbegutachtung: Frage BMG 1 – Definition klinisch-psychologische Behandlung	46
Tabelle 4.2-2: Stakeholder parlamentarische Gesetzesbegutachtung: Frage BMG 3 – Grenzziehung PsychologInnen/ PsychotherapeutInnen.....	48
Tabelle 4.2-3: Stakeholder Parlamentarische Gesetzesbegutachtung: Frage BMG 6 – Kompetenz klinischer PsychologInnen zur alleinigen Behandlung.....	49
Tabelle 4.2-4: Stakeholder Parlamentarische Gesetzesbegutachtung: Frage BMG 7 – Ausbildungsvoraussetzungen/ QS ausreichend für Krankenbehandlung	50
Tabelle 4.2-5: Stakeholder parlamentarische Gesetzesbegutachtung: Einstiegsvoraussetzung klinisch psychologische Lerninhalte während des Psychologiestudiums.....	54
Tabelle 4.2-6: Stakeholder parlamentarische Gesetzesbegutachtung: Einstiegsvoraussetzung Gutachten für Eignung zur Ausbildung zur/m klinischen Psychologin/en	55

Zusammenfassung Teil I

Hintergrund und Ziel

Im Juli wurde eine Neufassung des Psychologengesetzes (PG 2013) beschlossen. Die Ziele dieses Berichtsteils sind:

- ❖ Gegenüberstellung der österreichischen Ausbildungsregelungen mit internationalen
- ❖ Stakeholderanalyse zur Definition klinisch-psychologischer Behandlung und zu Ausbildungserfordernissen
- ❖ Literaturübersicht zum Stand der Diskussion um Qualitätssicherung der Ausbildung für klinische PsychologInnen

Methode

Die Ausbildungserfordernisse für klinische PsychologInnen in Deutschland, der Schweiz, England, Australien & Neuseeland, den USA & Kanada werden auf Basis von im Internet verfügbarer Information und von vertiefender E-Mail Kommunikation dargestellt. Österreichische Stakeholder wurden gezielt befragt und die Stellungnahmen zum parlamentarischen Begutachtungsverfahren des PG 2013 systematisch ausgewertet. Zur Qualitätssicherung in der Ausbildung klinischer PsychologInnen wurden sowohl eine systematische Literatursuche, als auch zwei Handsuchen durchgeführt.

Ergebnisse

Doktoratsprogramme sind in England und den USA jedenfalls, in Kanada und Australien teilweise Voraussetzungen für die Ausübung klinischer Psychologie, in Neuseeland ist es ein spezielles postgraduales Programm. In der Schweiz und Österreich ist die Theorie- und Praxisausbildung weniger verzahnt. Das PG 2013 hebt die Ausbildungsstandards an, diese bleiben aber unterhalb jener in Vergleichsländern. Stakeholder in Österreich bemängeln die fehlende Definition klinisch-psychologischer Behandlung und die mangelnde Abgrenzung zum Tätigkeitsbereich von PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen im PG 2013, manche sehen die festgelegten Ausbildungserfordernisse als nicht ausreichend für selbständige Behandlung. Bei der Qualitätssicherung der Ausbildung lässt sich international eine Orientierung an der Kompetenz ausgebildeter klinischer PsychologInnen beobachten.

Diskussion und Schlussfolgerung

Aus der Sicht der Qualitätssicherung klinisch-psychologischer Ausbildung erscheint ein Defizit der österreichischen Regelung der starke Fokus auf dem Festlegen von formalen inhaltlichen und zeitlichen Ausbildungserfordernissen ohne direkte Orientierung an der Kompetenz der AbsolventInnen zu sein. Auch fällt in Österreich die hohe Regelungsdichte der theoretischen Ausbildungskomponenten im Verhältnis zum geringen inhaltlichen Regelungsinteresse an der praktischen Ausbildung und einer schwachen Verzahnung dieser beiden Elemente auf.

Da weder Literatur und Lehrbücher noch das PG 2013 eine klare Definition von „klinisch-psychologischer Behandlung“ oder eine eindeutige Abgrenzung der sich überschneidenden „olympische Ringe“ der PSY-Berufe vorlegen, ist die Schlussfolgerung dieses Berichts, den Fokus auf die objektivierbare gemessene Behandlungskompetenz der behandelnden Personen (statt auf eine Zugehörigkeit zu Berufsgruppen) zu legen.

2013 Neufassung Psychologengesetz

Ziele des Berichts:

- Vergleich Ausbildung international – Ö
- Stakeholderanalyse zur klin.-psycholog. Behandlung

- Internetrecherche & E-Mail-Kontakte zu Regularien in D, CH, UK, AUS & NZ, USA & KAN
- Stakeholderbefragung und Auswertung parlamentarischer Stellungnahmen
- syst. Lit.-Suche QS

Doktoratsprogramm häufig Voraussetzung für klin. PsychologInnen

PG 2013 hebt Ausbildungsstandards an, bleibt aber unter verglichenen Ländern

Trend international: Fokus auf Kompetenz von AbsolventInnen ...

... diesbezüglich Nachholbedarf in Österreich

Verzahnung theoretische und praktische Ausbildung gering

tatsächliche Behandlungskompetenz bedeutsamer als Berufsgruppenzugehörigkeit

Summary Part I

Background and aim

2013 new law governing psychologists passed

aims: international comparison of training requirements and stakeholder analysis on clinical psychological treatment

In July a new law governing psychologists (Psychologengesetz PG 2013) was passed. The aims of this part of the project report are as follows:

- ✿ comparison of Austrian and international education and training requirements for clinical psychologists
- ✿ analysis of Austrian stakeholder perspectives regarding a definition of clinical psychological treatment and legal training requirements
- ✿ overview of scholarly literature on quality assurance of training of clinical psychologists

Methods

internet search on regulations in GER, CH, UK, AUS&NZ, USA&CAN
stakeholder evaluation and literature search

Education and training requirements for clinical psychologists in Germany, Switzerland, England, Australia& New Zealand, USA& Canada are described based on available information on the internet and additional e-mail correspondence with requisite institutions. Austrian stakeholder statements were invited, additionally those filed in the course of the parliamentary process for PG 2013 were systematically evaluated. On quality assurance in training of clinical psychologists both a systematic search of the literature and two hand searches were conducted.

Results

doctoral programs often prerequisites for practice
PG raises training standards - they remain behind compared countries
international trend: focus on competences ...

Doctoral programs are required for practice in clinical psychology both in England and the USA and to a lesser degree in Australia and Canada. New Zealand prescribes a special post graduate diploma. Theoretical and practical components of training are less interlinked in Switzerland and Austria. PG 2013 raises the Austrian training standards for clinical psychologists, still, they remain below those in compared countries. In the context of PG 2013 Austrian stakeholders deplore the lacking definition of clinical psychological treatment and call for a clear demarcation of the respective spheres of clinical psychologists, psychotherapists and psychiatrists. Some consider training requirements of clinical psychologists insufficient for independent practice. In terms of quality assurance of education and training an international trend towards a focus on competences is identified.

Discussion and conclusion

... wherein Austria is lacking behind
weak link between theoretical and practical training in Austria
focus on individually evaluated treatment competence more relevant than formal membership in professional group

From the perspective of quality assurance, Austria's regulatory focus on formal aspects of education and training (content, duration) with little emphasis on the competence of graduates appears problematic. In addition the regulatory focus on theoretical as opposed to practical aspects of training and the lack of coordination between the two is apparent.

Since neither the scholarly literature, nor textbooks or the Austrian law (PG 2013) offer clear delineations of the spheres of clinical psychologists, psychotherapists and psychiatrists (that metaphorically overlap like the Olympic rings), the report's conclusion is to concentrate on objectively evaluated treatment competences of the individual professional rather than on her/ his membership in a professional group.

1 Einleitung

1.1 Definitionen zu klinisch-psychologischer Behandlung

Definitionen zu klinischer Psychologie

Klinische Psychologie wird im Pschyrembel (Psychiatrie – Klinische Psychologie – Psychotherapie) als „Teilgebiet der Psychologie“ definiert, „das sich mit außergewöhnlichen psychischen Zuständen, Störungen und Krankheiten unabhängig von deren Ursache beschäftigt“. Aufgaben der klinischen Psychologie in Forschung, Lehre und klinischer Anwendung sind „Deskription, Klassifikation, Diagnostik, Epidemiologie, Ätiologie, Prävention, Therapie, Rehabilitation, Versorgung und Evaluation“. Für die systematische Beschreibung, die Erklärung und die Behandlung von psychischen Störungen, psychischen Faktoren somatischer Erkrankungen und die an ihnen beteiligten Prozesse werden v.a. „die Erkenntnisse, Methoden und Theorien der Psychologie, aber auch der Nachbardisziplinen wie Soziologie, Neurowissenschaften, Psychopharmakologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie anderen medizinischen Disziplinen“ herangezogen. Der Pschyrembel nennt folgende Verfahren im Zusammenhang mit klinischer Psychologie: „z.B. Verhaltensanalyse, psychologisches Gespräch, psychologische Diagnostik, psychologische Tests sowie als Methoden der Psychotherapie v.a. Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie“. Es wird zudem darauf hingewiesen, dass die aktuelle Bezeichnung im deutschsprachigen Raum „klinische Psychologie und Psychotherapie“ lautet¹.

In einem Lehrbuch („Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie“) wird klinische Psychologie als „diejenige Teildisziplin der Psychologie“ definiert, „die sich mit psychischen Störungen und den psychischen Aspekten somatischer Störungen/Krankheiten befasst. Dazu gehören u.a. die Themen Ätiologie/Bedingungsanalyse, Klassifikation, Diagnostik, Epidemiologie, Intervention (Prävention, Psychotherapie, Rehabilitation, Gesundheitsversorgung, Evaluation)“².

Schwierigkeit der Definition „klinisch-psychologischer Behandlung“

Der Begriff „klinisch-psychologische Behandlung“ als Tätigkeitsbegriff ist schwer zu fassen. International gibt es ihn nicht, da klinische PsychologInnen in den meisten westlichen Staaten auf Basis des Psychotherapiebegriffs operieren.³ Die Aufgabenstellungen der klinisch-psychologischen Behandlung umfassen PatientInneninformation/ -schulung/ Psychoedukation, Vorbereitung/ Nachbegleitung medizinischer Therapien, Therapie/ Behandlung von Störungen, Krankheits-/ Störungsbewältigung, Ressourcenförderung/ -aktivierung, Skills-/ Fertigkeitenförderung/ -aktivierung sowie Begleitung und Betreuung von PatientInnen und Angehörigen.⁴ Klinisch-psychologische Behandlung habe große Nähe zu Kognitiver-Verhaltenstherapie-Psychotherapie, die durch klinische PsychologInnen ausgeübt wird.⁵

Definition klin. Psychologie lt. Pschyrembel:

Teilgebiet der Psychologie, das sich mit außergewöhnlichen psychischen Zuständen, Störungen und Krankheiten unabhängig von deren Ursache beschäftigt

Definition lt. Lehrbuch für Klinische Psychologie und Psychotherapie

Tätigkeitsbegriff „klinisch-psychologische Behandlung“ schwer zu fassen: international unbekannt

**PSY-Berufsgruppen:
PsychologInnen,
PsychotherapeutInnen,
PsychiaterInnen**

**Bild für
Überschneidungen:
olympische Ringe**

Berufspolitischer Kontext

In Österreich gibt es eine Vielzahl an Berufsgruppen, die im Zusammenhang mit psychischen Störungen und Krankheiten potentielle Anlaufstellen darstellen können. Die drei engeren sogenannten PSY-Berufsgruppen sind PsychologInnen, PsychotherapeutInnen⁶ und FachärztInnen für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin (weilers auch ÄrztInnen mit sogenannten PSY-Diplomen⁷). Auf Basis der vorhandenen gesetzlichen Grundlagen ist eine trennscharfe Abgrenzung der PSY-Berufe nicht ableitbar. Zwischen den dreien gibt es Überschneidungen in der interdisziplinären Zusammenarbeit, wofür das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) konzeptiv das Bild der olympischen Ringe wählt.⁸

**Psychologengesetz 2013:
keine Definition klin.-
psychologischer
Behandlung**

**Berufsausübung nach
„bestem Wissen und
Gewissen“ ...**

**... beschränkt auf
Arbeitsgebiete und
Behandlungsmethoden
mit „nachweislich
ausreichenden
Kenntnissen und
Fähigkeiten“**

Definitionsbeiträge aus dem Psychologengesetz

Die Führung der Berufsbezeichnung „Psychologe“ oder „Psychologin“ und die Ausübung des psychologischen Berufs im Bereich des Gesundheitswesens ist im Psychologengesetz 1990 geregelt.⁹ Am 3. Juli 2013 beschloss der Nationalrat eine Neufassung, das Psychologengesetz 2013, das am 1. Juli 2014 in Kraft treten wird.¹⁰ Zur Berufsumschreibung der klinischen Psychologie legt das Gesetz neben klinisch-psychologischer Diagnostik und dem Erstellen klinisch-psychologischer Befunde und Gutachten insbesondere „die Anwendung klinisch-psychologischer Behandlungsmethoden bei Personen aller Altersstufen und Gruppen, die aufbauend auf klinisch-psychologische Diagnostik fokussiert, ziel- und lösungsorientiert ist, klinisch-psychologische Begleitung von Betroffenen und Angehörigen in Krisensituationen, klinisch-psychologische Beratung in Bezug auf verschiedene Aspekte gesundheitlicher Beeinträchtigung, ihrer Bedingungen und Veränderungsmöglichkeiten sowie die klinisch-psychologische Evaluation“ fest.¹¹ Klinisch-psychologische Behandlung wird nicht näher definiert. Weiters regelt das Gesetz, dass Berufsangehörige „ihren Beruf nach bestem Wissen und Gewissen und unter Beachtung der Entwicklung der Erkenntnisse der Wissenschaft auszuüben“ haben und sich „bei der Ausübung ihres Berufes auf jene psychologischen Arbeitsgebiete und Behandlungsmethoden zu beschränken haben, auf denen sie nachweislich ausreichende Kenntnisse und Fähigkeiten erworben haben.“¹²

1.2 Projektziel und Fragestellungen

**Juli 2011: Nationalrat
beauftragt BMG mit
Prüfung der
Möglichkeit, Kosten und
Nutzen der Aufnahme
klinisch-psychologischer
Behandlung in das ASVG**

Im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) ist bezüglich der Tätigkeit klinischer PsychologInnen derzeit die klinisch-psychologische Diagnostik verankert, nicht jedoch die Behandlung durch klinische PsychologInnen. Dazu wurde am 8. Juli 2011 im Nationalrat die folgende Entschliebung angenommen:¹³

„Der Bundesminister für Gesundheit wird ersucht, mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger die Möglichkeit, Nutzen und Kosten für eine Aufnahme der klinisch-psychologischen Behandlung in die Sozialversicherungstexte zu prüfen.“

**BMG initiiert
wissenschaftliche
Aufarbeitung**

In der Folge initiierte das Bundesministerium für Gesundheit eine wissenschaftliche Aufarbeitung. Das LBI-HTA wurde beauftragt, eine Literaturübersicht zur Behandlung durch klinische PsychologInnen zu erstellen. Dazu wurden zur Anleitung vom BMG 8 Fragestellungen formuliert:

1. Was verstehen internationale Standards unter „klinisch-psychologischer Behandlung“?
2. Für welche Diagnosen stehen wissenschaftlich gesichert wirksame klinisch-psychologische Behandlungsmethoden zur Verfügung und inwieweit handelt es sich bei den betreffenden Diagnosen um krankheitswertige Störungen, für die eine Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung vorstellbar ist?
3. Wie könnte eine Kompetenzverteilung bzw. Grenzziehung zwischen den Berufsgruppen der PsychotherapeutInnen einerseits sowie der klinischen PsychologInnen andererseits aussehen, um von vornherein ineffiziente Doppelgleisigkeiten in der Versorgung zu vermeiden?
4. Lassen sich der klinisch-psychologischen Behandlung spezifische Einsatzgebiete bzw. typische Arbeitsfelder, wie etwa bei chronischen, kardiologischen, dementiellen und psychoonkologischen Erkrankungen, bei Stoffwechselerkrankungen, bei Kindern und Jugendlichen, bei Neuropsychologie und Neurorehabilitation in Bezug auf Schlaganfälle, Arbeitsunfälle etc. zuordnen?
5. Können insbesondere zu den beschriebenen Bereichen, aber auch darüber hinaus spezifische Störungsbilder, Zielsetzungen der diagnostischen Abklärung, diagnostische Verfahren, Zielsetzungen der klinisch-psychologischen Behandlung, Behandlungsprogramme und Interventionstechniken, Dauer der Behandlung und Frequenz, Literatur für Betroffene in Form eines „Leistungskatalogs klinisch-psychologischer Interventionen“ etwa tabellarisch dargestellt werden?
6. Ist bereits gesichert, dass jede/r klinische Psychologe/in tatsächlich zur wirksamen und effizienten (alleinigen) Behandlung der im Rahmen der obigen Fragestellungen geklärten Kompetenzen befähigt ist?
7. Reichen die derzeitigen generellen Ausbildungsvoraussetzungen in klinischer Psychologie aus, um eine ausreichende Qualitätssicherung für die „klinisch-psychologische Krankenbehandlung“ zu bieten?
8. Gibt es (nationale wie auch internationale) Forschungsarbeiten oder Tätigkeiten von klinischen PsychologInnen, die seit vielen Jahren im intramuralen Bereich arbeiten, aus denen sich Erkenntnisse im Zusammenhang mit den oben genannten Fragen gewinnen lassen?

Um im Rahmen der dargelegten Problematik der Definition „klinisch-psychologischer Behandlung“ einen Beitrag zur wissenschaftlichen Bearbeitung der Aufgabenstellung des BMG zu leisten, wurden in der Übersichtsarbeit folgende zwei Aspekte adressiert: die Ausbildung klinischer PsychologInnen und der Stand der wissenschaftlichen Publikationen im Feld, beides aus internationaler Perspektive. Dafür wurden aufgrund der verschiedenen methodologischen Zugänge zwei getrennte Projektberichtsteile erstellt:

Teil I fokussierte auf die Ausbildung der klinischen PsychologInnen sowie auf Standards und Maßnahmen der Qualitätssicherung der Ausbildung. Dabei wurden Österreich, das deutschsprachige Ausland, sowie ausgewählte englischsprachige Länder verglichen. Durch ein Darlegen der konkreten Ausbildungsinhalte sollen Rückschlüsse auf die Behandlung durch derart ausgebildete klinische PsychologInnen ermöglicht werden. Zusätzlich wurden in Teil I für Österreich systematisch unterschiedliche Sichtweisen von Stakeholdern zur Behandlung durch klinische PsychologInnen dargestellt.

**Übersichtsarbeit zur
Behandlung durch
klinische
PsychologInnen
orientiert an
Forschungsfragen des
BMG**

**Fokus der
Übersichtsarbeit:
Ausbildungs-
erfordernisse und
Forschung zu
Interventionen und
Indikationen**

**Teil I: Übersicht zu
Ausbildung
international und
Einbinden von
Positionen von
Stakeholdern in Ö**

Teil II: Übersicht zu Interventionen und Indikationsbereichen

Teil II widmete sich den – in internationaler Forschung und entsprechenden Publikationen bearbeiteten – psychologischen Behandlungsmethoden sowie den Indikationsbereichen, in denen diese zum Einsatz kommen. Intention war hier, Aussagen zu den unterschiedlichen Interventionen bei psychischen Beeinträchtigungen und Erkrankungen zu machen. Diese sind ihrerseits wieder für die Gestaltung der Ausbildung von klinischen PsychologInnen relevant. Die Übersicht zu Interventionen und Indikationen der psychologischen Behandlung in der internationalen wissenschaftlichen Forschungsliteratur wurde anhand einer systematischen Literatursuche nach Cochrane Reviews und bereits vorhandenen HTA-Berichten erarbeitet.

Antworten zu BMG-Forschungsfragen auf Basis beider Teile

Die spezifischen Forschungsfragen der beiden Projektberichtsteile sowie die Beschreibung der methodischen Vorgehensweise sind den jeweiligen Methoden-Kapiteln (siehe Kapitel 2) zu entnehmen. Beiträge zu Antworten zu den Fragestellungen des BMG auf Basis der Ergebnisse beider Berichtsteile finden sich abschließend im letzten Kapitel (siehe Kapitel 7).

2 Ziel und Methode Teil I

2.1 Ziel

Teil I fokussiert einerseits auf eine vergleichende Darstellung von Ausbildungsinhalten und Ausbildungsumfang zur Ausübung des Berufs der/s klinischen Psychologin/en. Der zweite Fokus liegt auf einer Analyse der österreichischen Stakeholder bezüglich der Rahmenbedingungen klinisch-psychologischer Berufsausübung mit besonderem Fokus auf die Behandlung durch klinische PsychologInnen. Die Forschungsfragen lauten daher:

- ✿ Wie sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Ausbildung zur klinischen Psychologin/ zum klinischen Psychologen in Österreich im Vergleich zu anderen Ländern? Wie wird in anderen Ländern die Akkreditierung von Ausbildungsgängen gehandhabt? Was sagt die aktuelle internationale Literatur zur Qualitätssicherung in der Ausbildung zur klinischen Psychologin/ zum klinischen Psychologen?
- ✿ Welche Argumente und Meinungen zur Behandlung durch klinische PsychologInnen lassen sich den Stellungnahmen der Stakeholder im parlamentarischen Begutachtungsverfahren zur Neuformulierung des Psychologengesetzes und aus den Antworten der Interessensvertretungen der Berufsgruppe der PsychologInnen und der PsychotherapeutInnen auf die 8 Forschungsfragen des Bundesministeriums für Gesundheit entnehmen?

**Fokus: Ausbildungs-
erfordernisse und
Stakeholderanalyse**

**Forschungsfragen-
komplex zur Ausbildung
klin. PsychologInnen**

**Forschungsfragen-
komplex zu
Einschätzungen der
Stakeholder**

2.2 Methode

Die internationalen Vergleichsdarstellungen zur Ausbildung von klinischen PsychologInnen beruht vornehmlich auf im Internet verfügbaren Quellen zum Thema aus dem deutschsprachigen (Deutschland, Schweiz) und englischsprachigen Raum (England, Australien& Neuseeland, USA& Kanada). Die folgende Tabelle listet die benutzten Internetressourcen auf.

**Internetressourcen zu D,
CH und UK, AUS&NZ,
USA&KAN**

Tabelle 2.2-1: Internetressourcen für die internationale Vergleichsdarstellung

Land	Institution	Link
D	Bundesverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP)	www.bdp-verband.org
D	Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie	www.klinische-psychologie-psychotherapie.de
D	Bundespsychotherapeutenkammer (Bptk)	www.bptk.de
D	Kassenärztliche Vereinigung Berlin (KV-Berlin)	www.kvberlin.de
D	Psychotherapie-Portal	www.therapie.de
D	Landesprüfungsamt für Medizin, Psychotherapie und Pharmazie Nordrhein-Westfalen	www.brd.nrw.de/gesundheitssoziales/landespruefungsamt

Land	Institution	Link
CH	Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP)	www.psychologie.ch
CH	Schweizerische Vereinigung Klinischer Psychologinnen und Psychologen (SVKP)	www.svkp.ch
CH	Bundesamt für Gesundheit	www.bag.admin.ch
UK	Health and Care Professions Council (HCPC)	www.hpc-uk.org
UK	British Psychological Society (BPS)	www.bps.org.uk
UK	Division of Clinical Psychology (BPS)	www.clinicalpsychology.org.uk http://dcp.bps.org.uk/
UK	Clearing House for Postgraduate Courses in Clinical Psychology	www.leeds.ac.uk/chpccp
UK	Nationales Gesundheitssystem (NHS)	www.nhs.uk/careers/nhs-careers/explore-by-career/psychological-therapies/careers-in-psychological-therapies/psychologist/clinical-psychologist
AUS	Psychology Board of Australia	www.psychologyboard.gov.au
AUS	Australian Government Department of Health and Aging	www.health.gov.au
AUS	Australian Psychological Society (APS)	www.psychology.org.au
AUS	Australian Clinical Psychology Association (ACPA)	www.acpa.org.au
NZ	New Zealand Psychologists Board	www.psychologistsboard.org.nz
NZ	New Zealand College of Clinical Psychologists (NZCCP)	www.nzccp.co.nz
USA/ KAN	Association of State and Provincial Psychology Boards (ASPPB)	www.asppb.org
USA	American Psychological Association (APA)	www.apa.org
USA	American Board of Professional Psychology (ABPP) American Board of Clinical Psychology (ABCP)	www.abpp.org
USA	National Register of Health Service Psychologists	www.nationalregister.org
KAN	Canadian Register of Health Service Psychologists (CRHSP)	www.crhsp.ca

**zusätzlich vertiefend
E-Mail-Kontakt**

Zur Klärung spezieller Fragen zur Situation im Ausland, die sich nicht aus den konsultierten Internetressourcen erschlossen, wurden zusätzlich punktuell die in der folgenden Tabelle aufgelisteten Institutionen schriftlich kontaktiert.

Tabelle 2.2-2: Schriftlich kontaktierte Institutionen für die internationale Vergleichsdarstellung

Land	Institution	Link
D	Gemeinsamer Bundesausschuss	www.g-ba.de
D	Zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland: GKV-Bundesverband	www.gkv-spitzenverband.de
D	Freie Universität Berlin	www.fu-berlin.de
CH	Bundesamt für Gesundheit	www.bag.admin.ch
UK	Universität Edinburgh	www.ed.ac.uk

Zur Darstellung der Ausbildungserfordernisse in Österreich werden die Psychologengesetze 1990 und 2013 herangezogen. Zusätzlich wurden österreichische Stakeholder in die Erstellung des Berichts eingebunden. Mit den folgenden Stakeholdern wurde ein persönliches Gespräch geführt:

- ✧ Bundesministerium für Gesundheit (Auftraggeber des Berichts): II/A/3 Rechtsangelegenheiten ÄrztInnen, Psychologie, Psychotherapie und Musiktherapie
- ✧ Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Abteilung Vertragspartner Ärzte
- ✧ Berufsverband österreichischer PsychologInnen (BÖP)

Psychologengesetze 1990 & 2013

persönliche Gespräche mit drei Stakeholdern: BMG, HVB, BÖP

Für die Darstellung der Stakeholderanalyse wurden die 8 Forschungsfragen des Bundesministeriums für Gesundheit in zwei relevante Gruppen – Definition und Abgrenzung klinisch psychologischer Behandlung und Ausbildung/ Kompetenz und Qualitätssicherung – zusammen gefasst, wie die folgende Tabelle zeigt:

BMG Forschungsfragen in 2 Komplexe gebündelt

Tabelle 2.2-3: Gruppierung der 8 Forschungsfragen des Bundesministeriums für Gesundheit in zwei für die Darstellung der Stellungnahmen der Stakeholder relevante Fragengruppen

Nr.	Forschungsfrage Bundesministerium für Gesundheit	Gruppierung der Fragestellungen
1	Was verstehen internationale Standards unter „klinisch-psychologischer Behandlung“?	Definition und Abgrenzung
2	Für welche Diagnosen stehen wissenschaftlich gesichert wirksame klinisch-psychologische Behandlungsmethoden zur Verfügung und inwieweit handelt es sich bei den betreffenden Diagnosen um krankheitswertige Störungen, für die eine Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung vorstellbar ist?	
3	Wie könnte eine Kompetenzverteilung bzw. Grenzziehung zwischen den Berufsgruppen der PsychotherapeutInnen einerseits sowie der klinischen PsychologInnen andererseits aussehen, um von vornherein ineffiziente Doppelgleisigkeiten in der Versorgung zu vermeiden?	
4	Lassen sich der klinisch-psychologischen Behandlung spezifische Einsatzgebiete bzw. typische Arbeitsfelder, wie etwa bei chronischen, kardiologischen, dementiellen und psychoonkologischen Erkrankungen, bei Stoffwechselerkrankungen, bei Kindern und Jugendlichen, bei Neuropsychologie und Neurorehabilitation in Bezug auf Schlaganfälle, Arbeitsunfälle etc. zuordnen?	

Nr.	Forschungsfrage Bundesministerium für Gesundheit	Gruppierung der Fragestellungen
5	Können insbesondere zu den beschriebenen Bereichen, aber auch darüber hinaus spezifische Störungsbilder, Zielsetzungen der diagnostischen Abklärung, diagnostische Verfahren, Zielsetzungen der klinisch-psychologischen Behandlung, Behandlungsprogramme und Interventionstechniken, Dauer der Behandlung und Frequenz, Literatur für Betroffene in Form eines „Leistungskatalogs klinisch-psychologischer Interventionen“ etwa tabellarisch dargestellt werden?	
6	Ist bereits gesichert, dass jede/r klinische Psychologe/in tatsächlich zur wirksamen und effizienten (alleinigen) Behandlung der im Rahmen der obigen Fragestellungen geklärten Kompetenzen befähigt ist?	Ausbildung/ Kompetenz und Qualitätssicherung
7	Reichen die derzeitigen generellen Ausbildungsvoraussetzungen in klinischer Psychologie aus, um eine ausreichende Qualitätssicherung für die „klinisch-psychologische Krankenbehandlung“ zu bieten?	
8	Gibt es (nationale wie auch internationale) Forschungsarbeiten oder Tätigkeiten von klinischen PsychologInnen, die seit vielen Jahren im intramuralen Bereich arbeiten, aus denen sich Erkenntnisse im Zusammenhang mit den oben genannten Fragen gewinnen lassen?	

schriftliche Stakeholder-Stellungnahmen zu BMG-Forschungsfragen von BÖP, ÖBVP, VÖPP eingegangen

Für die Stakeholderanalyse wurden die nachstehenden zu einer schriftlichen Stellungnahme zu den Forschungsfragen des Bundesministeriums für Gesundheit eingeladen:

- ✳ Berufsverband österreichischer PsychologInnen (BÖP)
- ✳ Gesellschaft kritischer Psychologen und Psychologinnen (GkPP)
- ✳ Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP)
- ✳ Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP)
- ✳ Vereinigung Österreichischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (VÖPP)

Die drei eingegangenen Stellungnahmen an das LBI-HTA (BÖP, ÖBVP, VÖPP) sind Grundlage des ersten Teils der Stakeholderanalyse in Kapitel 4.1.

weitere Stellungnahmen zur parlamentarischen Begutachtung systematisch ausgewertet ... über Ein- und Ausschlusskriterien

Das allgemeine Begutachtungsverfahren für das Psychologengesetz 2013 lief in den Zeitraum vom 27. Mai 2013 bis zum 24. Juni 2013. Die im Parlament eingegangenen Stellungnahmen sind Grundlage des zweiten Teils der Stakeholderanalyse Österreich.

Die folgende Tabelle legt die Ein- und Ausschlusskriterien dieses Berichts für die Wiedergabe von Stellungnahmen im parlamentarischen Begutachtungsprozess zur Gesetzgebung des Psychologengesetz 2013 im Kapitel 4.2 mit Beispielen dar. Eingeschlossen wurden Stellungnahmen von Fachgesellschaften, Ausbildungsanbietern, Interessensvertretungen, öffentlichen Einrichtungen und solche aus dem universitären Kontext. Ausgeschlossen wurden Stellungnahmen von Spartenfachgesellschaften außerhalb der Psychologie, Vereinigungen im weiteren Kontext, Privatpersonen und Stellungnahmen von öffentlichen Einrichtungen im weiteren Kontext.

Tabelle 2.2-4: Ein- und Ausschlusskriterien für die Berücksichtigung von
Stellungnahmen im parlamentarischen Begutachtungsverfahren

Abkürzung	Kategorie	Ein-schluss	Beispiel	Erläuterung
FG	Fachgesellschaft	JA	Österreichische Gesellschaft für Psychologie ÖGP	Fachgesellschaften, die eine gesamte Disziplin (z.B. Psychologie) repräsentieren, wurden als relevant für einen breiten Stakeholderüberblick eingeschlossen.
S-FG-aP	Spartenfachgesellschaft – außerhalb Psychologie	NEIN	Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Gestalttheoretische Psychotherapie ÖAGP	Fachgesellschaften, die eine Sparte einer Disziplin <u>außerhalb</u> der Psychologie repräsentieren wurden ausgeschlossen, um in der Darstellung nicht übermäßig detailliert auf psychologiefremde Stakeholdergruppen einzugehen. Fachgesellschaften für Sparten <u>innerhalb</u> der Psychologie wurden allerdings eingeschlossen, um dem Psychologie-Fokus des Berichts Rechnung zu tragen. z.B. Plattform Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie in der Österreichischen Gesellschaft für Psychologie
AA	Ausbildungsanbieter	JA	Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation AVM	Kommerzielle Anbieter der im Psychologengesetz geregelten Ausbildung zum klinischen Psychologen/ zur klinischen Psychologin wurden eingeschlossen, um dem Psychologie-Fokus des Berichts Rechnung zu tragen.
IV	Interessensvertretung	JA	Berufsverband österreichischer PsychologInnen BÖP	Interessensvertretungen breiterer gesellschaftlicher Gruppen wurden ebenso eingeschlossen wie solche, mit Fokus auf psychologienahe Stakeholder.
ViwK	Vereinigung im weiteren Kontext	NEIN	Gerichtsgutachten-geschädigten-verband GGGV Industriellenvereinigung Steiermark	Interessensvertretungen und Vereinigungen engerer gesellschaftlicher Gruppen wurden ausgeschlossen, um in der Darstellung nicht übermäßig detailliert auf psychologiefremde Stakeholdergruppen einzugehen.
PP	Privatperson	NEIN	einzelner Psychologe einzelne Psychotherapeutin etc.	Die Stellungnahmen von Einzelpersonen als Stakeholder wurden nicht in die Auswertung einbezogen.
OE	Öffentliche Einrichtung	JA	Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft Hauptverband der Sozialversicherungsträger Krankenhausesellschaften der Bundesländer	Öffentliche Einrichtungen von breiterer Relevanz im Gesundheitswesen und im Sektor Psychologie wurden einbezogen.

Abkürzung	Kategorie	Einschluss	Beispiel	Erläuterung
OEiwK	Öffentliche Einrichtung im weiteren Kontext	NEIN	Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport Amt der Wiener Landesregierung	Öffentliche Einrichtungen, die sehr spezielle Stakeholdergruppen oder solche ohne Bezug zum Gesundheitswesen repräsentieren, wurden ausgeschlossen, um in der Darstellung im Sinn des Berichtsfokus nicht übermäßig detailliert auf psychologiefremde Stakeholdergruppen einzugehen.
UNI	Universitärer Kontext	JA	Universität Wien, Fakultät für Psychologie, Arbeitsgruppe Klinische Psychologie UniversitätsprofessorInnen für Psychiatrie und Psychotherapie und LeiterInnen psychiatrischer Einrichtungen	Einrichtungen aus dem universitären Kontext mit Bezug zur Psychologie wurden ob der Relevanz für die Ausbildung klinischer PsychologInnen eingeschlossen.

40 von 119 parlamentarischen Stellungnahmen eingeschlossen

Von den 119 Stellungnahmen, die im Parlament eingingen¹⁴, wurden 40 nach den Kriterien obiger Tabelle eingeschlossen, wobei zwei Stellungnahmen wortgleich waren.¹⁵ Insgesamt wurden also 39 Stellungnahmen zu den Fragengruppen systematisch nach Argumenten ausgewertet. Die folgende Tabelle listet alle diese auf. Die ausgeschlossenen Stellungnahmen finden sich im Addendum. Die Nummerierung der Stellungnahmen behält die auf der Parlamentshomepage aufscheinende Reihenfolge bei.

Tabelle 2.2-5: Eingeschlossene Stakeholder parlamentarische Gesetzesbegutachtung

Nr. ¹	Referenz Parlamentshomepage	Kategorie
1	07.06.2013 – Stellungnahme (3/SN-538/ME) von Österreichische Akademie für Psychologie	AA
2	10.06.2013 – Stellungnahme (4/SN-538/ME) von ÖBVP Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie	IV
16	12.06.2013 – Stellungnahme (45/SN-538/ME) von Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie	UNI
17	12.06.2013 – Stellungnahme (46/SN-538/ME) von Österreichische Gesellschaft für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin	FG
30	14.06.2013 – Stellungnahme (83/SN-538/ME) von Strauß Joachim, Dr., PPP Referent der ÖÄK	IV
44	19.06.2013 – Stellungnahme (113/SN-538/ME) von Universität Wien, Fakultät für Psychologie, Arbeitsgruppe Klinische Psychologie	UNI
46	19.06.2013 – Stellungnahme (116/SN-538/ME) von Österreichisches Psychologenforum, Präsident Mag. Gerald Kollmann	IV
49	20.06.2013 – Stellungnahme (122/SN-538/ME) von Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenrechtsanwaltschaft	OE
52	20.06.2013 – Stellungnahme (125/SN-538/ME) von UniversitätsprofessorInnen für Psychiatrie und Psychotherapie und LeiterInnen psychiatrischer Einrichtungen	UNI
53	20.06.2013 – Stellungnahme (126/SN-538/ME) von Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie	FG
55	20.06.2013 – Stellungnahme (129/SN-538/ME) von Bundesarbeitskammer	OE/IV
56	20.06.2013 – Stellungnahme (130/SN-538/ME) von Rechnungshof	OE

Nr. ¹	Referenz Parlamentshomepage	Kategorie
60	21.06.2013 – Stellungnahme (134/SN-538/ME) von Österreichische Ärztekammer	IV
62	21.06.2013 – Stellungnahme (137/SN-538/ME) von Wissenschaftlicher Beirat der interuniversitären Plattform Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie in der Österreichischen Gesellschaft für Psychologie (identisch mit 18)	FG
63	21.06.2013 – Stellungnahme (138/SN-538/ME) von Burgenländische Krankenanstalten Gesellschaft m.b.H. (KRAGES)	OE
64	21.06.2013 – Stellungnahme (140/SN-538/ME) von Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation	AA
67	21.06.2013 – Stellungnahme (143/SN-538/ME) von Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsges.m.b.H.	OE
70	24.06.2013 – Stellungnahme (146/SN-538/ME) von Sigmund Freud Privatuniversität Wien	UNI
73	24.06.2013 – Stellungnahme (152/SN-538/ME) von Wiener Landesverband für Psychotherapie (WLP)	IV
75	24.06.2013 – Stellungnahme (156/SN-538/ME) von Gesellschaft kritischer Psychologen und Psychologinnen (GkPP) (vgl.101)	IV/AA
76	24.06.2013 – Stellungnahme (157/SN-538/ME) von Studien- und Fakultätsvertretung Psychologie der Universität Wien	UNI
83	24.06.2013 – Stellungnahme (168/SN-538/ME) von Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband	IV
84	24.06.2013 – Stellungnahme (169/SN-538/ME) von BM f. Arbeit, Soziales u. Konsumentenschutz	OE
85	24.06.2013 – Stellungnahme (170/SN-538/ME) von Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs	IV
87	24.06.2013 – Stellungnahme (172/SN-538/ME) von Universität Wien, Fakultät für Psychologie, Institut für Angewandte Psychologie: Arbeit, Bildung, Wirtschaft	UNI
88	24.06.2013 – Stellungnahme (173/SN-538/ME) von Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.	OE
91	24.06.2013 – Stellungnahme (176/SN-538/ME) von Medizinische Universität Wien, Rechtsabteilung	UNI
92	24.06.2013 – Stellungnahme (177/SN-538/ME) von Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger	OE
96	24.06.2013 – Stellungnahme (181/SN-538/ME) von Interuniversitäre Arbeitsgemeinschaft für Psychotherapiewissenschaft und Musiktherapie	UNI
97	24.06.2013 – Stellungnahme (182/SN-538/ME) von Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen	IV/AA
99	24.06.2013 – Stellungnahme (184/SN-538/ME) von StV Psychologie Uni Graz, Thea Zeidler	UNI
101	24.06.2013 – Stellungnahme (186/SN-538/ME) von Gesellschaft kritischer Psychologen und Psychologinnen (GkPP) (vgl. 75)	IV/AA
102	24.06.2013 – Stellungnahme (187/SN-538/ME) von Österreichisches Trainingszentrum für NLP@NLPt	AA
103	24.06.2013 – Stellungnahme (188/SN-538/ME) von Österreichische Gesellschaft für Psychologie (ÖGP)	FG
106	25.06.2013 – Stellungnahme (192/SN-538/ME) von Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien	UNI

Nr. ¹	Referenz Parlamentshomepage	Kategorie
106	25.06.2013 – Stellungnahme (192/SN-538/ME) von Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien	UNI
109	25.06.2013 – Stellungnahme (195/SN-538/ME) von TILAK - Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH	OE
110	25.06.2013 – Stellungnahme (196/SN-538/ME) von BM f. Wissenschaft und Forschung	OE
115	26.06.2013 – Stellungnahme (202/SN-538/ME) von Vereinigung Österreichischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	IV
117	02.07.2013 – Stellungnahme (204/SN-538/ME) von Vorarlberger Landeskrankenhäuser	OE
118	05.07.2013 – Stellungnahme (205/SN-538/ME) von Universität Innsbruck (ident mit 62)	FG

¹ Die Nummerierung der Stellungnahmen behält die auf der Parlamentshomepage aufscheinende Reihenfolge bei. AA ... Ausbildungsanbieter, FG ... Fachgesellschaft, IV ... Interessensvertretung, OE ... Öffentliche Einrichtung, UNI ... Universitärer Kontext

**systematische
Literatursuche zu
Qualitätssicherung der
Ausbildung ...**

Für die Diskussion der Qualitätssicherung der Ausbildung klinischer PsychologInnen wurde eine systematische Literatursuche in den Datenbanken PsycINFO und PSYINDEX durchgeführt. Dafür wurden die folgenden Schlagwörter eingesetzt: (Clinical) Psychology, (Clinical) Psychologists, Professional Education & Training, Psychology Education, Clinical Psychology Graduate Training, Quality Assurance, Quality Control, Peer Evaluation, Educational Quality, Educational Program Accreditation und Professional Standards. Die Suche wurde auf englisch- sowie deutschsprachige Titel bzw. Abstracts und auf Publikationen des letzten Jahrzehnts, also mit Erscheinungsjahr ab inklusive 2003, eingeschränkt, und zuletzt am 10. Sept. 2013 aktualisiert. Die Details der Suchstrategie finden sich im Anhang. Nach Entfernung der Duplikate lagen insgesamt 37 bibliografische Zitate vor.

**und zwei zusätzliche
Handsuchen liefern 23
Artikel zur QS der
Ausbildung**

Zusätzlich zur oben dargestellten systematischen Suche in zwei spezialisierten psychologischen Literaturdatenbanken wurden zwei unsystematische Handsuchen in breiterer Form durchgeführt. In Google wurde nach internationalen Übersichtsdarstellungen rechtlicher Ausbildungserfordernisse für PsychologInnen gesucht, was zu einem zusätzlichen Artikel führte. In der Datenbank Pubmed wurde zu Qualitätssicherung der Ausbildung gesucht (Schlagwörter der Suche: Psychology, Quality Assurance, Training), was zu zwei weiteren Artikeln führte. Aus dem Studium der in der systematischen und in den beiden unsystematischen Suchen identifizierten Artikel ergaben sich 9 weitere relevante Artikel. Schlussendlich wurden 23 Artikel für die qualitative Synthese zur Qualitätssicherung der Ausbildung klinischer PsychologInnen (siehe Kapitel 5.4) und für die Ausbildungsdarstellung der Länder (siehe Kapitel 3.1) eingeschlossen. Der Auswahlprozess ist in der folgenden Abbildung dargestellt.

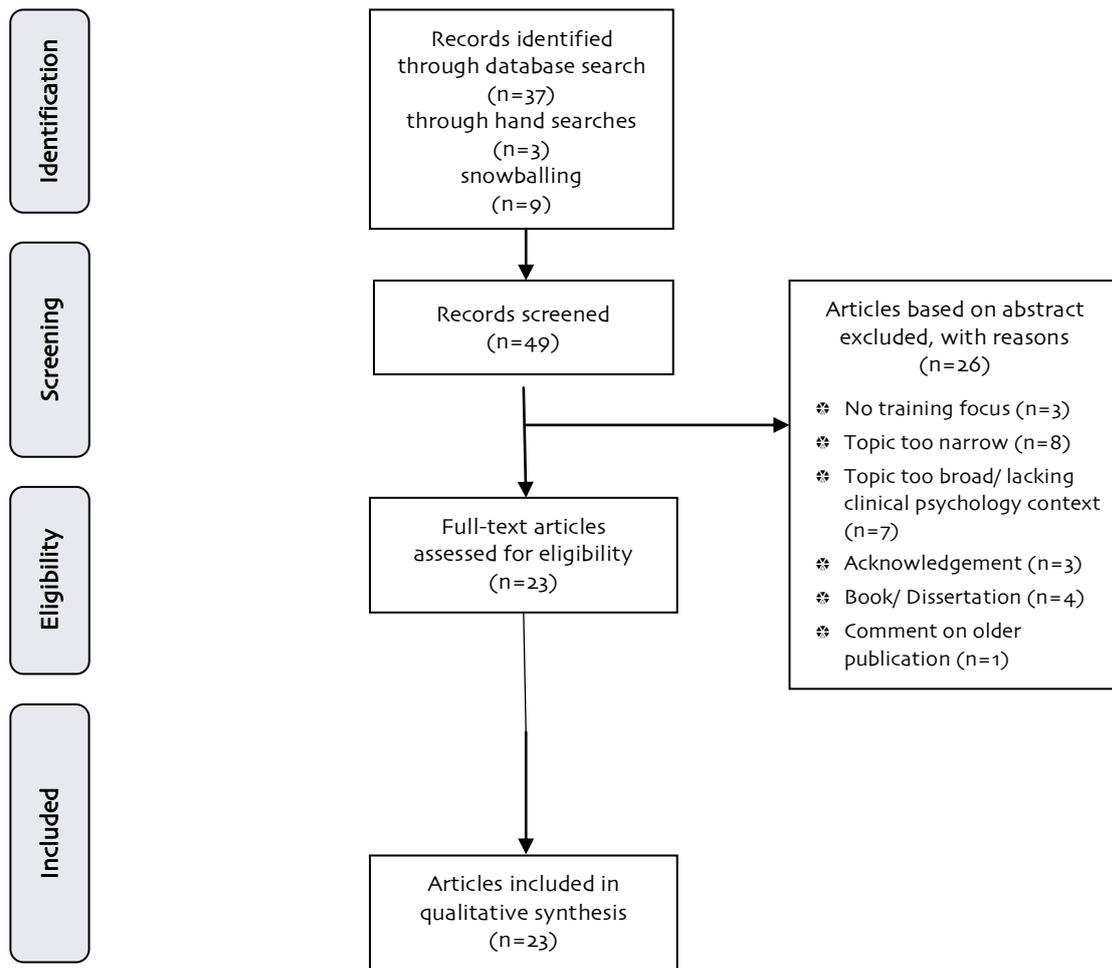


Abbildung 2.2-1: Darstellung des Auswahlprozesses (PRISMA Flussdiagramm)

3 Ergebnisse – Vergleichende Darstellung der Ausbildungserfordernisse

In diesem Ergebniskapitel sind die Ausbildungserfordernisse für PsychologInnen allgemein und für klinische PsychologInnen im Speziellen, für Deutschland, die Schweiz, England, Australien & Neuseeland sowie die USA & Kanada dargestellt. Danach werden für Österreich die aktuell nach dem Psychologengesetz 1990 geltenden Regelungen präsentiert, gefolgt von denen ab 1. Juli 2014 geltenden des Psychologengesetzes 2013. Schließlich werden die Ausbildungserfordernisse für klinische PsychologInnen in den behandelten Ländern in einer tabellarischen Vergleichsdarstellung zusammengefasst. Die Ausbildung für PsychotherapeutInnen wird im vorliegenden Bericht nicht behandelt, außer ein Stück weit für Deutschland, wo die Tätigkeit klinischer PsychologInnen im Gesundheitswesen gesetzlich nicht geregelt ist.

Ausbildungserfordernisse D, CH, UK, AUS & NZ, USA & KAN verglichen mit ...

Ö Psychologengesetz 1990 und 2013

Psychotherapieausbildung nicht Gegenstand

Die Ausbildung zur/m klinischen Psychologin/en erfolgt in der Regel aufbauend auf einem Basisstudium der Psychologie im Rahmen einer postgradualen Ausbildung. Auf diesen zweiten Ausbildungsbestandteil konzentriert sich dieses Kapitel. Nachgelagert ist das lebenslange Lernen im Beruf. Der gesamte Ausbildungsverlauf und der spezielle Fokus dieses Kapitels auf die postgraduale Ausbildung klinischer PsychologInnen werden in nachstehender Abbildung grafisch veranschaulicht.

Basisstudium – postgraduale Ausbildung klinische PsychologInnen – berufsbegleitende Weiterbildung

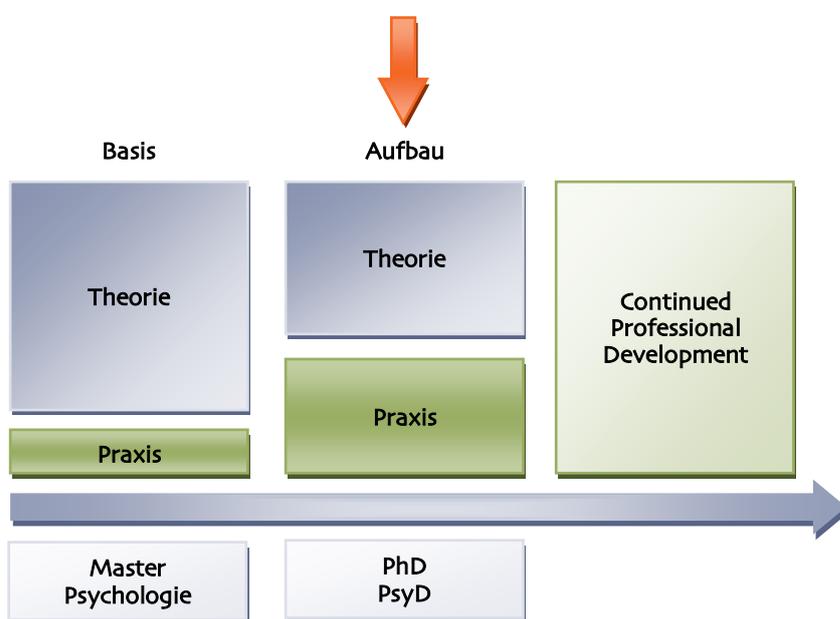


Abbildung 2.2-1: Fokus der Ausbildungsdarstellung: postgradual zur/m klinischen Psychologin/en

3.1 Ausbildungen international

3.1.1 Deutschland

**Berufsausübung
Psychologin/e in D
NICHT gesetzl. geregelt**

Gesetzliche Regelung

In Deutschland ist die Berufsausübung der/des klinischen Psychologin/en im Gesundheitswesen nicht gesetzlich geregelt, jene der/ des Psychotherapeutin/en dagegen schon. Daher wird für Deutschland auch die Psychotherapie ein Stück weit beleuchtet.

**Tätigkeit im
Gesundheitsbereich
geregelt für
psychologische
PsychotherapeutInnen,
die ärztlichen
gleichgestellt sind:
Psychotherapie-
ausbildung für beide
Voraussetzung**

Ausbildung

In Deutschland wird der Titel „Psychologe/in“ auf Basis eines mindestens fünfjährigen Hochschulstudiums anerkannt.¹⁶ Die Tätigkeit von PsychologInnen im Gesundheitsbereich ist nicht gesetzlich geregelt. Im Jahr 1999 wurde mit dem Psychotherapiegesetz die Berufsbezeichnung „psychologische/r Psychotherapeut/in“ als anerkannt. Psychologische PsychotherapeutInnen sind ärztlichen PsychotherapeutInnen gleichgestellt. Es wurde eine BundespsychotherapeutInnenkammer eingerichtet.¹⁷ Nach einem fünfjährigen Psychologiestudium mit dem Fach klinische Psychologie als Prüfungsfach, absolvieren angehende psychologische PsychotherapeutInnen ein zertifiziertes postgraduales Ausbildungsprogramm,¹⁸ mindestens 3-jährig in Vollzeit und mindestens 5-jährig in Teilzeit. Dieses beinhaltet theoretisches Wissen und praktische Elemente in zertifizierten psychiatrischen Abteilungen und psychotherapeutischen Einrichtungen, sowie Selbsterfahrung und ev. auch eine eigene Lehrpsychotherapie.

**KEIN
PsychologInnenregister**

Register

PsychologInnen im Gesundheitsbereich unterliegen in Deutschland keiner gesetzlichen Regelung, weshalb es auch kein Register für sie gibt.

**KEINE Erstattung für
Behandlungsleistungen
klin. PsychologInnen im
niedergelassenen
Bereich**

Remuneration

Klinische PsychologInnen sind in Deutschland in Krankenhäusern tätig, finanziert im Rahmen der Vergütung von Krankenhausleistungen über Fallpauschalen (DRGs). Im niedergelassenen Bereich wird die Behandlung durch klinische PsychologInnen von den gesetzlichen Krankenversicherungen nicht erstattet.

**Erstattung von
(Psycho)Therapie durch
psychologische
PsychotherapeutInnen**

Lediglich die (Psycho)Therapie durch psychologische PsychotherapeutInnen und durch Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen sind in die niedergelassene kassenärztliche Versorgung integriert. Die gesetzlichen Krankenkassen bezahlen nur psychotherapeutische Behandlungen nach den derzeit drei „als wissenschaftlich und wirtschaftlich“ anerkannten sogenannten Richtlinienverfahren: Verhaltenstherapie; tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie („Psychoanalyse“). Zwar gelten auch die psychotherapeutischen Verfahren der Systemischen Therapie und der Gesprächstherapie für Erwachsene in Deutschland als wissenschaftlich anerkannt – und kommen neben der Gestalttherapie stationär auch zum Einsatz – allerdings sind sie bisher im niedergelassenen Bereich nicht als „erstattungsfähig“ eingestuft worden und können daher nicht mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden. Viele private Krankenkassen übernehmen auch die Kosten dieser Verfahren.¹⁹

Darüber hinaus wurden folgende Neuropsychologische Therapieleistungen – zu erbringen ausschließlich durch bestimmte FachärztInnen, Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen – ab 1. Januar 2013 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab²⁰ zur Erstattung durch die gesetzlichen Krankenkasse aufgenommen:²¹ Neuropsychologische Therapie (Einzelbehandlung, bis zu 60 Sitzungen à 50 Minuten); Neuropsychologische Therapie (Gruppenbehandlung, bis zu 5 Personen, bis zu 40 Sitzungen à 100 Minuten); Erstellung eines Therapieplans und Bericht bei Therapieverlängerung.

Die neuropsychologische Diagnostik und Therapie dient der Feststellung und Behandlung von hirnganisch verursachten Störungen kognitiver Funktionen, des emotionalen Erlebens, des Verhaltens und der Krankheitsverarbeitung sowie der damit verbundenen Störungen psychosozialer Beziehungen bei bestimmten Indikationen.²² Sie soll die Versorgung insbesondere von PatientInnen mit Schlaganfall oder Schädelhirntrauma infolge eines Unfalls, meist eingeleitet während der stationären Akutphase, auch im ambulanten Bereich verbessern.²³ Zu Krankheitsbildern, bei denen neuropsychologische Leistungen ausgeschlossen sind gehören: Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit oder ohne Hyperaktivität; angeborene Intelligenzminderungen sowie Erkrankungen des Gehirns mit progredientem Verlauf im fortgeschrittenen Stadium, zum Beispiel mittel- oder hochgradige Demenz vom Alzheimerstyp. Es ist vereinbart, dass im Jahr 2015 eine Evaluation der Entwicklung der neuropsychologischen Leistungen durchgeführt wird.

Erstattung von neuropsychologischen Therapieleistungen durch (u.a.) psychologische PsychotherapeutInnen

3.1.2 Schweiz

Gesetzliche Regelung

Am 1. April 2013 trat das Bundesgesetz über Psychologieberufe in Kraft, das erstmals eine Schweiz weite Regulierung mit sich brachte. Wer eine nach diesem Gesetz anerkannten Ausbildungsabschluss in Psychologie erworben hat, darf sich Psychologin/e nennen. Um im entsprechenden Fachgebiet eigenverantwortlich tätig werden zu können, ist die Weiterbildung zur Erlangung eines sogenannten „eidgenössischen Weiterbildungstitels“ vorgeschrieben. Dieses neue Qualitätslabel kann derzeit in den Fachgebieten klinische Psychologie, Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychologie, Neuropsychologie und Gesundheitspsychologie erworben werden. Weiters regelt das Gesetz Aus- und Weiterbildung sowie Berufsausübung im Fachbereich Psychotherapie umfassend.

**Psychologieberufegesetz 2013
„Weiterbildungstitel“
für eigenständige
Tätigkeit Voraussetzung**

Gesetz legt Grundsätzliches fest (z.B. Akkreditierung von Weiterbildungsgängen), dzt. in Entwicklung befindliche Details in flexiblere Verordnungen ausgelagert

Akkreditierungsorgan für Schweizerische Hochschulen eingebunden

psycholog. Fachgesellschaften eingebunden

Beispiel postgraduale Weiterbildung: SVKP - 5 Jahre Vollzeit

PsychologInnenregister in Planung

Akkreditierung Weiterbildungsgänge

Das Gesetz schreibt die Akkreditierung von Weiterbildungsgängen vor. Es legt weiters allgemeine Weiterbildungsziele²⁴ und grob die Weiterbildungsdauer²⁵ fest. Darauf aufbauend werden allgemeine Akkreditierungskriterien²⁶ für die Weiterbildungsgänge und das grobe Akkreditierungsverfahren²⁷ geregelt. Detailregelungen werden an das Department des Inneren delegiert. Die in Entwicklung befindlichen Qualitätskriterien für das Akkreditierungsverfahren werden vom Bundesamt für Gesundheit im Department des Inneren in Kooperation mit dem Organ für die Akkreditierung und Qualitätssicherung der Schweizerischen Hochschulen festgelegt. Es ist geplant, diese im Lauf des Jahres 2014 fertigzustellen. Die Akkreditierung besteht aus Selbstevaluation und Fremdevaluation. Letztere in Form einer Begutachtung durch eine Kommission, die für jedes Verfahren individuell zusammengestellt wird, und aus zwei bis drei externen und unabhängigen ExpertInnen besteht. Die Fremdevaluation wird vom Organ für die Akkreditierung und Qualitätssicherung der Schweizerischen Hochschulen organisiert und begleitet. Das Department des Inneren fällt – nach Anhörung der Psychologieberufekommission – den Akkreditierungsentscheid. Die Akkreditierung eines Weiterbildungsganges gilt für längstens sieben Jahre.

Das Department des Inneren legt in enger, kontinuierlicher Zusammenarbeit mit den betreffenden Fachgesellschaften Näheres zu Umfang und Dauer der Weiterbildungen fest. Derzeit laufen entsprechende Gespräche der Fachgesellschaften mit dem Bundesamt für Gesundheit über die Ausgestaltung der Detailbestimmungen.²⁸

Postgraduale Weiterbildung in Klinischer Psychologie der Schweizerischen Vereinigung Klinischer PsychologInnen und Psychologen SVKP

Die Weiterbildung dient zum Erwerb der Fachkompetenz, eigenverantwortlich und selbständig in den verschiedenen Tätigkeitsfeldern der klinischen Psychologie arbeiten zu können und umfasst 5 Jahre vollzeitige interdisziplinäre Arbeit in der Funktion als klinischer Psychologe/ klinische Psychologin unter Gewährleistung von Kontakt zu PatientInnen. Begleitend muss ein Curriculum im Umfang von 1.025 Stunden absolviert werden, das sich wie folgt zusammensetzt:

- ✧ Diagnostik/ Beratung/ Psychotherapie: 500 Std. (pro Einheit mind. 100 Std.)
- ✧ Selbsterfahrung: 200 Std. (davon mind. 100 Std. Einzelselbsterfahrung, mind. 50 Std. Gruppenselbsterfahrung)
- ✧ Supervision: 200 Std.
- ✧ Nachbardisziplinen: 75 Std.
- ✧ Rahmenbedingungen: 50 Std.

Register

Ein Register für PsychologInnen in Zusammenschau mit den Medizinberufen ist in der Schweiz in Planung.

Remuneration

Im Krankenhaus werden Leistungen von PsychologInnen im Rahmen der Fallpauschalen (DRGs) vergütet. PsychologInnen kommen dabei in der neuropsychologischen Diagnostik, als PsychotherapeutInnen und (v.a. in der Neurorehabilitation) im Rahmen von neuropsychologischen Behandlung (die z.B. in Form von „Gedächtnistraining“ im Frühstadium der Demenz) zum Einsatz. Die neuropsychologische Behandlung im niedergelassenen Bereich wird von der Krankenversicherung nicht vergütet. In der ambulanten Versorgung werden derzeit nur Leistungen von psychologischen PsychotherapeutInnen vergütet, die in einer Praxis eines Psychiaters/ einer Psychiaterin angestellt sind und dort arbeiten („delegierte Psychotherapie“). Ähnliches gilt für Einrichtungen der ambulanten gemeindenahen Psychiatrie oder in spezialisierten psychiatrischen Einrichtungen (z.B. im Suchtbereich), wo ebenfalls PsychologInnen angestellt sind und teils psychotherapeutisch, teils auch „sozialtherapeutisch“ tätig sind. Die Vergütung in spezialisierten Einrichtungen erfolgt in Form von Fallpauschalen (DRGs). Die psychologischen Leistungen sind dabei Bestandteil eines interdisziplinären Behandlungsprogramms. In Vorbereitung ist eine Ablösung des „Delegationsmodells“ durch ein „Anordnungsmodell“ für die Psychotherapie. Darin sollen psychologische PsychotherapeutInnen den Status von selbständigen AnbieterInnen erhalten, denen ÄrztInnen direkt PatientInnen zuweisen können.

(neuro)psychologische Behandlung im niedergelassenen Bereich NICHT vergütet ...

Remuneration lediglich von Leistungen psychologischer PsychotherapeutInnen, die in psychiatrischer Praxis angestellt sind

3.1.3 England

Gesetzliche Regelung

In England ist das Health and Care Professions Council seit 2001 mit der Regulierung von derzeit 16 Berufsgruppen betraut.²⁹ Eine davon sind PsychologInnen. Die Verpflichtung zur Registrierung besteht für PsychologInnen, wenn psychologische Expertise der Öffentlichkeit angeboten wird. Speziell reguliert werden derzeit sieben Bereiche der Psychologie. Neben klinischen PsychologInnen sind das Beratungs-, Erziehungs-, forensische, Gesundheits-, Arbeits- und SportpsychologInnen. Klinische PsychologInnen müssen ein dreijähriges³⁰ postgraduales Ausbildungsprogramm (Doctor of Clinical Psychology) absolvieren. Geschützte Berufstitel sind danach „Practitioner psychologist“ und „Registered psychologist“.

Psychologie seit 2001 neben 15 weiteren Berufsgruppen geregelt

Akkreditierung Ausbildungsgänge

Vom Health and Care Professions Council werden Ausbildungsprogramme zum Doctor of Clinical Psychology akkreditiert. Bei der Akkreditierung von Ausbildungsprogrammen für klinische Psychologie spielt die Kooperation zwischen dem Health and Care Professions Council und der British Psychological Society eine wichtige Rolle.³¹ Das Health and Care Professions Council legt Standards für Curricula und Training fest. Diese Standards sind insoweit generisch, als sie auch für die anderen regulierten Berufsgruppen gelten, und nicht spezifisch für PsychologInnen entwickelt wurden. Gleichzeitig werden qualitative Standards für Fähigkeiten der um Registrierung ansuchenden PsychologInnen in den folgenden Bereichen festgelegt:

Doctor of Clinical Psychology in akkreditiertem Programm Voraussetzung

Standards zu Curriculum und Training

Fokus auf Fähigkeiten der AbsolventInnen

- ✱ Erwartungen an um Registrierung ansuchende PsychologInnen - Z.B.: Klinische PsychologInnen müssen das Machtungleichgewicht zwischen TherapeutInnen und KlientInnen verstehen, und wie man damit passend umgeht.
- ✱ Fähigkeiten für die Anwendung in der Praxis - Z.B.: Klinische PsychologInnen müssen in der Lage sein, soziale Kontexte und organisationale Charakteristika einzuschätzen.

<p>British Psychological Society in Akkreditierung eingebunden</p>	<p>✱ Wissen, Verständnis und Fähigkeiten - Z.B.: Klinische PsychologInnen müssen Ihre Rolle über ein Spektrum verschiedener Settings und unterschiedlicher Leistungen kennen.</p>
<p>zentralisierter Zugang zum Doctor of Clinical Psychology Doktoratsstudierende angestellt Verschränkungen Theorie und Praxis</p>	<p>Die British Psychological Society ihrerseits legt detaillierte Akkreditierungskriterien zu theoretischem Inhalt, zu in der Ausbildung zu vermittelnden Erfahrungen und zu Best Practice in Lehre und praktischer Ausbildung fest. Das Handbuch „Akkreditierung durch Partnerschaft: Anleitung für Programme für Klinische Psychologie“³² deckt eine umfassende Palette von Standards ab, wie etwa zu Lernen, Forschung und Praxis, zu ethischem Arbeiten oder zu Qualitätsmanagement. Die Kompetenzen, die Doktoratsprogramme in klinischer Psychologie ihren AbsolventInnen vermittelt sollen, gliedern sich in neun Bereiche.³³ Jener zu psychologischer Intervention nennt etwa das Erkennen, wenn weitere Intervention nicht angebracht ist, oder wahrscheinlich nicht hilfreich ist, und die sensible Kommunikation dieses Umstands an KlientInnen und Angehörige als wesentlich. Das Health and Care Professions Council wiederum segnet diese Prozesse und die Regeln für deren Überwachung und Qualitätssicherung ab. In Sinn der Partnerschaft zwischen den beiden Institutionen erwerben AbsolventInnen neben dem gesetzlich geschützten Titel „Clinical Psychologist“ auch die Möglichkeit, sich bei der British Psychological Society als „Chartered Clinical Psychologist“ registrieren zu lassen.</p> <p>Der Zugang zur Ausbildung zum Doctor of Clinical Psychology an derzeit 30 Universitäten ist zentralisiert.³⁴ Eingangsvoraussetzungen sind ein universitärer Abschluss, der von der British Psychological Society als inhaltlich in ausreichendem Umfang mit Psychologie befasst akkreditiert ist³⁵ und der Nachweis von Fähigkeiten aus klinisch relevanter Erfahrung (bezahlt, unbezahlt, breites Spektrum an Settings, auch aus Kontext von klinischer Forschung). Alle Studierende des Doctor of Clinical Psychology werden vom Nationalen Gesundheitssystem (NHS), das auch die Studiengebühren übernimmt, im Rahmen eines Angestelltenverhältnisses bezahlt.³⁶ Ein anderer Zugang zur Ausbildung zur/m klinischen Psychologin/en/ steht in England nicht offen.³⁷ Die Ausbildung verschränkt theoretische und praktische Aspekte und zielt auf akademische, klinische und Forschungskompetenz. Es ist eine schriftliche Abschlussarbeit zu verfassen, die einen originären Beitrag zum Forschungsfeld klinische Psychologie liefert.</p> <p><i>“Flexibility of approach and recognition of diversity are some of the important strength of UK clinical psychology training.”³⁸</i></p>
<p>Register seit 2009</p>	<p>Register Seit 1. Juli 2009 unterhält das Health and Care Professions Council ein Register für PsychologInnen.</p>
<p>klin. PsychologInnen des NHS auch extramural aktiv</p>	<p>Remuneration Klinische PsychologInnen arbeiten im Rahmen von Angestelltenverhältnissen für das Nationale Gesundheitssystem (NHS) etwa in Krankenhäusern, Gesundheitszentren oder kommunalen psychosozialen Teams.</p>

3.1.4 Australien und Neuseeland

Gesetzliche Regelung in Australien

PsychologInnen in Australien unterliegen dem Health Practitioner Regulation National Law. Das Bundesgesetz trat am 1. Juli 2010 in Kraft. Das Gesetz reguliert neben PsychologInnen weitere 13 Berufsgruppen. Für PsychologInnen ist das Psychology Board of Australia für die Registrierung verantwortlich. Der durch die Registrierung geschützte Berufstitel ist „Psychologin/e“. Voraussetzung sind sechs Jahre akkreditierter Psychologieausbildung.³⁹

- ✧ Akkreditierter Master oder
- ✧ 5-jähriges akkreditiertes Programm plus 1 Jahr approbiertes Internship oder
- ✧ 4-jähriges akkreditiertes Programm plus 2 Jahre approbiertes Internship

Über die Registrierung als Psychologin/e hinaus, sind in acht Feldern für bereits registrierte PsychologInnen weiterführende sog. „Endorsements“ möglich. Neben klinischer Psychologie (geschützter Titel: „Klinische/er Psychologin/e“) sind dies klinische Neuropsychologie, Beratungspsychologie, forensische, Organisations-, Sport-, Erziehungs- und Entwicklungs- sowie Community-Psychologie. Voraussetzung ist in jedem Fall eine insgesamt 8-jährige Vollzeitausbildung:

- ✧ Akkreditiertes psychologisches Doktorat plus ein Jahr Praxis (approbiert; 1.540 Stunden mit mindestens 176 Stunden direktem KlientInnenkontakt; Vollzeit; unter mind. 40 Stunden Supervision einer/s approbierten Supervisorin/s – mindestens 50% durch die/den Haupt-supervisor/in der/ des Kandidatin/en/, mindestens 2/3 Einzel-supervision, die explizit auch via Telefon oder Videokonferenz erfolgen kann) oder
- ✧ Akkreditiertes Masterstudium plus zwei Jahre Praxis (approbiert; 3.080 Stunden mit mindestens 352 Stunden direktem KlientInnenkontakt; Vollzeit; unter mind. 80 Stunden Supervision)

Gesetzliche Regelung in Neuseeland

Mit dem Health Practitioners Competence Assurance Act 2003 wurden Erfordernisse für die Registrierung als Psychologin/e/ festgeschrieben. Mit der Durchführung ist das New Zealand Psychologists Board, das der/m Gesundheitsminister/in verantwortlich ist, betraut. Zur Registrierung als Psychologin/e ist mindestens ein Masters-Abschluss in Psychologie von einer akkreditierten Hochschule und ein vom Board zugelassenes Internship im Umfang von 1.500 Stunden supervidierter Praxis nachzuweisen.

Für die Registrierung als klinische/r Psychologin/e ist zusätzlich das Absolvieren eines akkreditierten postgradualen Diploms in klinischer Psychologie erforderlich, ein spezialisiertes Programm das an universitären Fakultäten für Psychologie angeboten wird. Neben der Registrierung als klinische/r Psychologin/e gibt es auch die Optionen der Registrierung als Beratungspsychologin/e und als Erziehungspsychologin/e mit analogen Zusatzanforderungen.

AUS:

seit 2010 Psychologie neben 13 weiteren Berufsgruppen geregelt

Titel „Psychologin/e“ – mind. 6 Jahre Ausbildung

„Endorsement“ in klinischer Psychologie weitere 2 Jahre Ausbildung ...

in akkreditiertem Programm

NZ:

gesetzl. Regelung seit 2003

Master Abschluss für Registrierung als Psychologe/in

klinische PsychologInnen zusätzlich akkreditiertes postgraduales Diplom

<p>Fokus auf Kompetenzen bei Akkreditierung der Ausbildungsgänge</p>	<p>Akkreditierung der Ausbildungsgänge</p>	<p>Das Psychology Board of Australia akkreditiert die Programme an Hochschulen und approbiert Internships. AbsolventInnen sollen Fähigkeiten in den Kompetenzbereichen Kenntnis der Disziplin; ethische, rechtliche und professionelle Aspekte; psychologisches Assessment und Messung; Strategien der Intervention; Forschung und Evaluation; Kommunikation und interpersonale Beziehung; Arbeiten in einem trans-kulturellen Kontext und in der Praxis mit Klientel in jedem Lebensalter entwickeln.⁴⁰ Ab Juli 2014 ist für die Registrierung als Psychologin/e das Ablegen einer einheitlichen Prüfung verpflichtend.⁴¹ Der dreistündige Multiple-choice Test wird im letzten der sechs Ausbildungsjahre abgelegt. Fokussiert wird auf die Fähigkeit, Wissen in der Praxis anzuwenden, weshalb auch Fallstudien bearbeitet werden. Die Kompetenzbereiche werden in vier Prüfungsgebieten abgefragt, eines sind Interventionen. Hier geht es um evidenzbasierte Prinzipien und Methoden der Intervention in einem breiten Spektrum von Settings. In den vier Prüfungsgebieten gilt es überdies Sensibilität für kulturelle, soziale, wertorientierte, zielgruppenspezifische oder selbst-reflektorische Fragen zu demonstrieren.</p>
<p>ab 2014: einheitliche Prüfung vor Registrierung als Psychologin/e</p>		
<p>„Endorsement“ als klin. Psychologin/e setzt weitere Fähigkeiten voraus</p>		<p>Für eine Anerkennung als klinische/r Psychologin/e, die in Australien wie oben beschrieben Endorsement genannt wird, legt das Psychology Board of Australia einen detaillierten Katalog von Fähigkeiten fest, die die/der Bewerber/in erworben haben muss.⁴² Im Kompetenzbereich „Strategien der Intervention“ geht es um Kompetenz in Psychotherapie und in Methoden der Verhaltensänderung. Im Einzelfall kann das Psychology Board of Australia die/den Bewerber/in um ein Endorsement einer Prüfung unterziehen.</p>
<p>Register in AUS & NZ</p>	<p>Register</p>	<p>Die Register werden vom Psychology Board of Australia bzw. vom New Zealand Psychologists Board geführt.</p>
<p>AUS: 2006 Initiative zum besseren Zugang zu psycholog. Leistungen im niedergelassenen Bereich ... ermöglicht ärztliche Überweisung an PsychologInnen in begrenztem Umfang</p>	<p>Remuneration</p>	<p>Seit 2004 sind in Australien – für Neuseeland liegen dazu keine Informationen vor – einige psychologische Leistungen von Medicare abgedeckt.⁴³ 2006 wurde in Reaktion auf niedrige Behandlungsraten für häufige psychische Krankheitszustände eine Initiative zur Verbesserung des Zugangs gestartet, von der auch der Zugang zu niedergelassenen psychologischen Leistungen berührt wird.⁴⁴ Eine der Intentionen der Initiative ist die Entlastung von PsychiaterInnen von weniger komplexen Fällen. In einem ersten Schritt stellen ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, PsychiaterInnen oder KinderärztInnen den psychologischen Behandlungsbedarf fest, erheben den psychischen Gesundheitsstatus detailliert und bereiten einen Behandlungsplan vor. Danach können die ÄrztInnen zu einer/m Psychologin/en überweisen.⁴⁵ Pro Kalenderjahr können 10 Einzelbehandlungen in Anspruch genommen werden, wobei überweisende ÄrztInnen nach 6 Behandlungen den Behandlungsfortschritt überprüfen. Pro Kalenderjahr können 10 Gruppenbehandlungen in Anspruch genommen werden.⁴⁶ Eine Evaluation der Initiative kommt zu einem positiven Ergebnis:</p>
		<p><i>“The findings suggest that Better Access is playing an important part in meeting the community’s previously unmet need for mental health care.”⁴⁷</i></p>

3.1.5 USA und Kanada

Gesetzliche Regelung

Um in den USA und Kanada als Psychologin/e zu praktizieren, ist eine Lizenzierung auf der Ebene des Bundesstaates oder der Provinz durch das jeweilige State oder Provincial Psychology Board notwendig. In den USA war Connecticut 1945 der erste Bundesstaat, der Lizenzierung für PsychologInnen gesetzlich vorsah.⁴⁸ 1955 bestanden in 9 US-Bundesstaaten Regelungen für die Lizenzierung. Seit 1977 gibt es in allen Bundesstaaten der USA diesbezügliche Gesetze. Die American Psychological Association gibt seit 1955 Richtlinien für bundestaatliche Regelungen zur Lizenzierung von PsychologInnen heraus. Aktuell liegen diese in der fünften Fassung aus dem Jahr 2010 vor:⁴⁹

- ❖ Ausbildung
 - ❖ Doktoratsprogramm in Psychologie, akkreditiert von der American/ Canadian Psychological Association an einer staatlich akkreditierten Hochschule
 - ❖ organisierter Ausbildungsablauf mit integriertem supervidierten Praktikum, Internship/ Training im Feld/ Labor
 - ❖ Umfang mindestens drei Jahre Vollzeit postgradual plus mindestens ein Jahr Internship
- ❖ Details zum Ausbildungscurriculum
- ❖ Praxis
 - ❖ 2 Jahre (3.000 Stunden) Vollzeit
 - ❖ aufbauend, organisiert und unter Supervision
 - ❖ Erwerb während und nach Doktoratsstudium
 - ❖ im Gesundheitswesen: mind. 1 Jahr (1.500 Stunden) Internship
 - ❖ akkreditiert von der American/ Canadian Psychological Association
 - ❖ vor Abschluss des Doktorats

Helmes gibt an, dass klinische PsychologInnen in den USA vor Beginn des strukturierten Internships im Rahmen des Doktoratsstudiums, das in der Regel etwa 2.000 Stunden umfasst, im Rahmen von Praktika bereits Erfahrung im Umfang von 3.000 Stunden gesammelt haben.⁵⁰

- ❖ Prüfung
 - ❖ schriftlich über grundlegende Kernkompetenzen⁵¹
 - ❖ mündlich/ in Verbindung mit Beispielen aus der eigenen Praxis der um Lizenzierung ansuchenden PsychologInnen

Obwohl auch in Canada die Canadian Psychological Association seit langem ein Doktoratsstudium als Voraussetzung für die Lizenzierung fordert, wird dieses heute nur in der Hälfte der kanadischen Provinzen/ Territorien verlangt. Es genügt teilweise ein Master-Abschluss für die Lizenzierung zur/m Psychologin/en. In manchen Provinzen/ Territorien erlaubt ein Master-Abschluss die Lizenzierung zum sogenannten „Psychological associate“, mit in der Praxis beinahe gleichem Tätigkeitsumfang.⁵²

**Lizenzierung im
Bundesstaat
vorgeschrieben**

**American Psychological
Association gibt
Richtlinien heraus, die
akkreditiertes Doktorat
empfehlen**

**in Kanada tlw. Master-
Abschluss ausreichend
für Lizenzierung**

tlw. stark unterschiedliche und schwer zu vergleichende Regelungen für Lizenzierung in einzelnen Bundesstaaten geforderte Mindestpraxis etwa zwischen 1.500 und 4.000 Stunden

1961 schlossen sich die Psychology Boards der USA und Kanadas zur Association of State and Provincial Psychology Boards zusammen, um die Information über die jeweiligen Lizenzierungserfordernisse zu erleichtern, und damit die Mobilität von PsychologInnen in Nordamerika zu fördern. Es wurde ein gemeinsamer grundsätzlicher Rahmen für notwendige Fähigkeiten lizenzierter PsychologInnen entwickelt.⁵³ Dieser umfasst wissenschaftliches Wissen; kritisches Denken/ Evidenzbasierte Entscheidungsfindung; interpersonale und interkulturelle Kompetenz; Professionalität/Ethik; Diagnose sowie Intervention/ Supervision und Konsultation. Lizenzierungserfordernisse im Umfang nachgewiesener psychologischer Praxis reichen etwa von 1.500 vor Abschluss des Doktorats in Virginia bis zu 2.000 vor Abschluss und 2.000 nach Abschluss des Doktorats in Oklahoma. 21 der 51 Bundesstaaten fordern für die Praxisstunden einen Prozentsatz an direktem PatientInnenkontakt, wobei 4 den direkten Kontakt nicht näher definieren. Die meisten dieser 21 Staaten fordern 25% direkten Kontakt, nur einer 40%.⁵⁴

Akkreditierung der Ausbildungsgänge

lange Tradition der Akkreditierung von Ausbildungsgängen

In den USA begannen Akkreditierungsbemühungen in klinischer Psychologie bereits kurz nach dem Ende des zweiten Weltkriegs. Die Veterans Administration wendete sich an die American Psychological Association, festzulegen, welche klinischen PsychologInnen zur Behandlung von ehemaligen Soldaten qualifiziert wären. Gleichzeitig finanzierte die Veterans Administration zusammen mit dem US Public Health Service Ausbildungen von PsychologInnen in Doktoratsstudien. Die American Psychological Association setzte 1947 das Committee on Training in Clinical Psychology ein, um Mindestqualitätsstandards für Ausbildungseinrichtungen zu formulieren. Damals wurde das Boulder Modell formuliert, das 4 Jahre postgraduale Ausbildung (Doktoratsstudium – 2 Jahre Theorie, 1 Jahr Internship, 1 Jahr Abfassen des Doktorats) nach 5 Jahren Masterstudium vorsah, und bis heute grundsätzlich gilt.⁵⁵ Lange Zeit hindurch blieben diese offen und qualitativ formuliert. Erst 1974 wurde etwa die Mindestzahl an Praxisstunden in der Ausbildung festgelegt.⁵⁶ Derzeit gibt es in den USA 370 von der American Psychological Association akkreditierte Doktoratsprogramme, mehr als 460 akkreditierte Internship-Programme und mehr als 45 akkreditierte Postdoctoral Residency Programme.⁵⁷ Bei der Canadian Psychological Association sind heute 30 Doktoratsprogramme und Internships akkreditiert.⁵⁸ Die Akkreditierung der American Psychological Association fokussiert auf die Ergebnisse der Programme (Fähigkeiten der AbsolventInnen), weniger auf institutionelle Ressourcen und Prozesse, und fördert ausdrücklich innovative Ansätze bei Lehrmethoden und Curriculumgestaltung. Die Akkreditierung betrachtet die Bereiche Philosophie des Programms, Ziele und Curriculum; Ressourcen des Programms; kulturelle und individuelle Diversität; Verhältnis Studierende-Lehrende sowie Selbsteinschätzung des Programms und Qualitätsmanagement.

**Fokus bei Akkreditierung auf Fähigkeiten der AbsolventInnen
USA derzeit 370 akkreditierte Doktoratsprogramme und 470 Internship-Programme**

**neben gesetzlicher Lizenzierung beim Bundesstaat auch freiwillige Zertifizierung in Fachgebieten möglich ...
aber unüblich**

Zusätzlich zur vorgeschriebenen Lizenzierung auf Ebene der Bundesstaaten ist beim American Board of Professional Psychology eine freiwillige Zertifizierung in einem der derzeit 14 Spezialisierungsgebiete möglich. Klinische Psychologie wird hierbei vom American Board of Clinical Psychology abgedeckt. Voraussetzung ist die erfolgreiche Lizenzierung in einem Bundesstaat und ein Fokus auf klinische Psychologie während des Doktoratsstudiums und des Internship-Programms sowie demonstrierte Erfahrung eigener Praxis in klinischer Psychologie. Beispiele aus der eigenen Praxis werden einem Peer-Review Verfahren unterzogen. Abschließend ist eine mündliche

Prüfung abzulegen. Weniger als fünf Prozent der PsychologInnen machen von dieser zusätzlichen freiwilligen Zertifizierung Gebrauch.⁵⁹

Register

Neben den Psychology Boards der Bundesstaaten gibt es in den USA für PsychologInnen im Gesundheitsbereich das National Register of Health Service Psychologists⁶⁰, bei dem man sich unter den folgenden Voraussetzungen registrieren lassen kann:⁶¹

- ✿ Lizenzierung in einem Bundesstaat
- ✿ akkreditiertes Doktorat in Psychologie
- ✿ mind. 2 Jahre (3.000 Stunden) supervidierte Praxis im Gesundheitsbereich
 - ✿ 1 Jahr (1.500 Stunden) approbiertes Internship
 - ✿ 1 Jahr (1.500 Stunden) approbierte supervidierte post-doc Praxis

Für Kanada ist die korrespondierende Organisation das Canadian Register of Health Service Psychologists.⁶² Die Registrierungsbedingungen sind wie folgt:⁶³

- ✿ akkreditiertes Doktorat
- ✿ plus alternativ
 - ✿ 2 Jahre (3.000 Stunden) approbierte supervidierte Praxis im Gesundheitsbereich (mind. 1 Jahr post-doc, mind. 1 Jahr in einem organisierten Setting des Gesundheitssystem)
 - ✿ 4 Jahre (6.000 Stunden) approbierte supervidierte Praxis im Gesundheitsbereich

Remuneration

In den USA – für Kanada liegen dazu keine Informationen vor – werden von Medicare die folgenden psychologischen Leistungen remuneriert:⁶⁴

- ✿ Psychotherapie – 10 Codes
- ✿ Psychologische und neuropsychologische Tests – 7 Codes
- ✿ Gesundheit und Verhalten – 5 Codes

USA-weites Register schreibt Voraussetzungen fest

Kanada-weites Register fordert Doktorat

USA: Medicare remuneriert psychologische Leistungen

3.2 Ausbildung in Österreich

Gesetzliche Regelung

Mit dem Psychologengesetz 1990⁶⁵, das Anfang 1991 in Kraft trat, wurde die Ausübung des Berufs der/s Psychologin/en und speziell der klinischen und GesundheitspsychologInnen erstmals geregelt. Zum Führen der Bezeichnung „Psychologin/e“ ist berechtigt, „wer an einer anerkannten postsekundären Bildungseinrichtung das Studium der Psychologie mit einem Gesamtausmaß von 300 ECTS⁶⁶ Anrechnungspunkten erfolgreich absolviert hat.“⁶⁷ Dies entspricht einem fünfjährigen Vollzeitstudium.⁶⁸ Das Psychologengesetz regelt darüber hinaus die Ausbildung zur/m Gesundheitspsychologin/en und zur/m klinischen Psychologin/en.

**Regelung erstmals 1990:
... „Psychologin/e“ nach 5 jährigem Studium
... Ausbildung zur/m klinischen Psychologin/en**

fast alle 6.500 klinischen PsychologInnen sind auch GesundheitspsychologInnen, 25% auch PsychotherapeutInnen

tatsächlicher Anteil klinisch-psychologischer Leistungen angestellter klin. PsychologInnen nicht bekannt

Klinische PsychologInnen in Zahlen

Zum Stichtag 31.12.2009 gab es in Österreich etwa 6.500 klinische PsychologInnen. Fast alle sind gleichzeitig GesundheitspsychologInnen. Etwa ein Viertel der klinischen PsychologInnen verfügt auch über die Berufsberechtigung zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie. Rund 60 % der klinischen PsychologInnen üben ihre Tätigkeit im Rahmen eines Beschäftigungsverhältnisses aus. Der Großteil der klinischen PsychologInnen arbeitet im städtischen Bereich. Etwa 80% der klinischen PsychologInnen sind weiblich.⁶⁹

Die Institutionen, in denen klinische PsychologInnen arbeiten, sind sehr vielfältig und reichen von Krankenanstalten über Einrichtungen im Bereich der Jugendwohlfahrt – z. B. sozialpädagogische Wohngemeinschaften oder Beratungsstellen zur Erziehungshilfe – bis zu Institutionen im Bildungswesen und zu Beratungsstellen für arbeitslose Personen. In welchem Ausmaß die dort beschäftigten klinischen PsychologInnen tatsächlich klinisch-psychologische Leistungen erbringen, kann nicht festgestellt werden.⁷⁰

Ausbildung zum klinischen Psychologen/ zur klinischen Psychologin nach Psychologengesetz 1990

**Zusatzqualifikation klin. PsychologInnen ...
theoretische Kompetenz
praktische Kompetenz**

Psychologiestudium plus klinisch-psychologische Zusatzqualifizierung:

Theoretisch-fachliche Kompetenz

✧ mind. 160 Std.

Praktisch-fachliche Kompetenz

✧ 1.480 Std. „im psychosozialen Feld“, davon 800 Std. „fach-einschlägige Einrichtung“

✧ 120 Std. begleitende Supervision

Übergangsregelung zum Psychologengesetz 2013:

✧ Lehrgangstart nach „altem“ Modus bis einschließlich Juni 2014 möglich

✧ Abschluss der Theorieausbildung „alt“ bis Juni 2016

✧ Abschluss der Praxisausbildung „alt“ bis Juni 2019

Postgraduale Ausbildung zur/m klinischen Psychologin/en in Zahlen

dtz. 10 vom Gesundheitsministerium anerkannte Anbieter theoretischer Ausbildung für PsychologInnen ist postgraduale Ausbildung für Arbeit im österr. Gesundheitswesen essenziell

Derzeit bieten neun Anbieter die theoretische Ausbildung in klinischer Psychologie an, die vom geltenden Psychologengesetz 1990 gefordert wird. Die Ausbildungsanbieter sind dazu verpflichtet, jährlich über die AusbildungskandidatInnen, das Lehrpersonal und die Lehrtätigkeit an das Bundesministerium für Gesundheit zu berichten. Jährlich beenden etwa 500-600 Personen die Ausbildung zur klinischen Psychologin/ zum klinischen Psychologen erfolgreich.⁷¹ Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Verteilung der AusbildungskandidatInnen auf die Anbieter. Die Sigmund-Freud-Privatuniversität wurde vom Gesundheitsministerium jüngst mit Wirksamkeit vom 1. März 2013 als 10. Ausbildungseinrichtung anerkannt. Sie ist nicht in der Tabelle enthalten. Eine postgraduale Ausbildung ist für PsychologInnen, die im Gesundheitswesen arbeiten wollen, faktisch zu einer unabdingbaren Voraussetzung geworden.⁷²

Tabelle 3.2-1: Verteilung der AusbildungskandidatInnen
Klinische und Gesundheitspsychologie auf die Anbieter in Österreich⁷³

Ausbildungseinrichtungen	Anzahl KandidatInnen
Serviceorganisation des BÖP GmbH – Österreichische Akademie für Psychologie (ÖAP)	263
Gesellschaft kritischer Psychologen und Psychologinnen (GkPP)	130
Österreichische Akademie für Psychologie (AAP)	123
Universität Wien, Fakultät für Psychologie, Universitätslehrgang zum klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen	40
Schloss Hofen Zentrum für Wissenschaft und Weiterbildung	45
Österreichisches Trainingszentrum für Neuro-Linguistisches Programmieren und Neuro-Linguistische Psychotherapie (ÖTZ-NLP & NLPT)	33
Alpen-Adria-Universität Klagenfurt	36
Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation, Ausbildungslehrgang Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie (AVM)	14
Summe	684

Stichtag: 1. 6. 2012, Quelle: BMG; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die mindestens 160 Stunden theoretisch-fachlicher Ausbildung haben laut Psychologengesetz 1990 folgende Bereiche in einem festgelegten Mindestumfang abzudecken:

mind. 160 Std. Theorie

Tabelle 3.2-2: Abzudeckende Fachbereiche in der theoretischen Ausbildung mit Mindestumfang

Gesetzl. festgeschriebene 10 fachliche Themenbereiche	mind. Std.
Grundlagen und Methoden der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung	8
Psychologische Diagnostik	16
Psychologische Interventionsstrategien und therapeutische Grundlagen	16
Rehabilitation	8
Supervision	8
Gruppenarbeit	8
Psychiatrie, Psychopathologie, Psychosomatik und Psychopharmakologie	8
Erstellung von Gutachten	8
Ethische Grundhaltungen	8
Institutionelle, gesundheitsrechtliche und psychosoziale Rahmenbedingungen	8
Umfang festgelegt	96
Umfang flexibel	64
Gesamtumfang mindestens	160

Innerhalb der gesetzlichen Vorgaben gibt es für die Ausbildungsanbieter gewisse Spielräume. Sie können einerseits entscheiden, welche konkreten Inhalte in den breiteren Themenbereichen vermittelt werden, andererseits können sie die zeitliche Gewichtung teilweise festlegen. Von den 160 vorgeschriebenen Stunden, sind 96 von der Gewichtung gesetzlich bereits determiniert. Die verbleibenden 64 Stunden können von den Ausbildungsanbietern frei gewichtet werden.

Gesetz erlaubt gewisse Flexibilität bei der Gewichtung der Ausbildungsinhalte

**Inhaltliche Detailanalyse
der theoretischen
Ausbildungscurricula
zeigt: Anbieter legen
Fokus auf
psychologische
Interventionsstrategien**

Das Curriculum der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt formuliert für jeden fachlichen Themenbereich Lernziele. In der zeitlichen Gewichtung legt sie, wie viele Anbieter, besonderes Gewicht auf den Bereiche psychologische Interventionsstrategien (48 Stunden bei einer Vorgabe von mindestens 16 Stunden) und bietet ein Wahlfach aus Gerontopsychologie, Sexualberatung oder klinisch-psychologischer Diagnostik und Behandlung im interkulturellen Kontext an. Das Curriculum des Österreichischen Trainingszentrums für Neuro-Linguistisches Programmieren und Neuro-Linguistische Psychotherapie (ÖTZ-NLP & NLPt) legt den zeitlichen Schwerpunkt ebenfalls auf die Interventionsstrategien (60 Stunden bei einer Vorgabe von mindestens 16 Stunden). Die Serviceorganisation des Bundesverbands österreichischer PsychologInnen BÖP GmbH – Österreichische Akademie für Psychologie (ÖAP) hat ihren Schwerpunkt ebenfalls dort (56 Stunden bei einer Vorgabe von mindestens 16 Stunden) und legt einen zweiten auf Psychiatrie, Psychopathologie, Psychopharmakologie und Psychosomatik (24 Stunden bei einer Vorgabe von mindestens 8 Stunden). Die Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation (AVM) hat ihre Schwerpunkte im Curriculum auf Intervention (64 Stunden bei einer Vorgabe von mindestens 16 Stunden) sowie auf dem Themenbereich ethische Grundhaltungen – Berufsrecht und Berufsethik (16 Stunden bei einer Vorgabe von mindestens 8 Stunden). Die Österreichische Akademie für Psychologie (AAP) unterrichtet Diagnostik und Intervention nicht in getrennten Blöcken, sondern zielgruppenorientiert zusammengefasst (Kinder, Jugendliche, Erwachsene, ältere Menschen). Ein zeitlicher Schwerpunkt wird dort auf die Erstellung von Gutachten gelegt (20 Stunden bei einer Vorgabe von mindestens 8 Stunden). Das Curriculum von Schloss Hofen – Zentrum für Wissenschaft und Weiterbildung, legt ebenfalls einen Fokus auf Intervention (46 Stunden bei einer Vorgabe von mindestens 16 Stunden) sowie auf Psychosomatik, Psychiatrie und Psychopathologie (24 Stunden bei einer Vorgabe von mindestens 8 Stunden). Die Universität Wien, Fakultät für Psychologie, Universitätslehrgang zum klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen unterrichtet in ihrem Curriculum ebenfalls mit Fokus auf Intervention (56 Stunden bei einer Vorgabe von mindestens 16 Stunden).

**46 bis 64 Stunden zu
psycholog. Intervention**

Der für den vorliegenden Bericht besonders relevante Themenbereich „Psychologische Interventionsstrategien und therapeutische Grundlagen“, der im obigen Absatz mit „Intervention“ umschrieben wurde, wird von allen Anbietern über das gesetzlich vorgeschriebene Mindestmaß von 16 Stunden gelehrt und zwar im Umfang zwischen 46 Stunden (Schloss Hofen) und 64 (Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation AVM).⁷⁴

Im Addendum finden sich die konkreten Ausbildungscurricula der beschriebenen Anbieter.

**Ausbildung zur/m klinischen Psychologin/en nach dem neuen
Psychologengesetz 2013**

**Neuformulierung
Psychologengesetz 2013
weitet Ausbildungs-
erfordernisse aus ...**

Ab Herbst 2014 gelten für die Ausbildung zur/m klinischen Psychologin/en die erweiterten Regelungen des Psychologengesetz 2013.⁷⁵

Theoretisch fachliche Kompetenz (zu absolvieren Teilzeit innerhalb von mind. 12 Monate) in einer akkreditierten Ausbildungseinrichtung, in Ausbildungsgruppen zu max. 15 Personen

sowohl in Theorie ...

✿ mind. 340 Einheiten (à 45 Minuten)

✿ 220 Einheiten Grundmodul (gemeinsam mit auszubildenden GesundheitspsychologInnen, Abschluss mit schriftlicher Wissensprüfung anhand von Fragenkatalogen)

- ✿ 120 Einheiten Aufbaumodul (Abschluss durch zwei selbst durchgeführte Fallstudien zur Dokumentation selbständiger und anwendungsorientierter wissenschaftlicher Arbeit)

Praktisch fachliche Kompetenz

- ✿ klinisch-psychologische Tätigkeit im Zusammenhang mit krankheitswertigen Störungen: 2.098 Stunden im Rahmen von Arbeitsverhältnissen (innerhalb von max. 5 Jahren), davon zumindest 500 Stunden gleichzeitig begleitend zur theoretischen Ausbildung im Grundmodul sowie Aufbaumodul
- ✿ Fallsupervision zumindest 120 Einheiten (mind. 40 Einheiten Einzelsupervision)
- ✿ Selbsterfahrung zumindest 76 Einheiten (mind. 40 Einheiten Einzelselbsterfahrung)

Abschließend wird eine mündliche Abschlussprüfung vor einer Kommission des Gesundheitsministeriums abgehalten.

Laufende Fortbildungsverpflichtung

- ✿ 150 Einheiten innerhalb von 5 Jahren

Grund-⁷⁶ und Aufbaumodul⁷⁷ für den Erwerb der theoretisch fachlichen Kompetenz sind inhaltlich und umfänglich im Gesetz weiter detailliert, wie die folgenden beiden Tabellen zeigen. Die begrenzte Flexibilität bei der umfänglichen Gewichtung der Inhalte, die für die Anbieter der theoretischen Ausbildung im Psychologengesetz 1990 noch bestand, fällt mit dem Psychologengesetz 2013 weg. Von besonderem Interesse für den vorliegenden Bericht ist der Umfang jener theoretischen Ausbildungsinhalte, die klinisch-psychologischer Behandlung zugeordnet werden können. Aus dem gemeinsamen Grundmodul mit GesundheitspsychologInnen wären das „Akutintervention, Krisenintervention, Notfallpsychologie und Erste Hilfe“, „Beratungsmethoden und Beratungssettings“ sowie „Psychologische Behandlungsmaßnahmen bei Personen aller Altersstufen und Gruppen“ im Umfang von zusammen 80 Einheiten. Das klinisch-psychologisch spezifische Aufbaumodul enthält an behandlungsorientierten theoretischen Inhalten „Techniken und Interventionsstrategien der klinisch-psychologischen Behandlung und Beratung“ und „Einsatz klinisch-psychologischer Mittel bei verschiedenen psychischen Störungsbildern unter Abgrenzung zu medizinischen Aspekten und im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen“ im Umfang von zusammen 60 Einheiten. Insgesamt schreibt das Psychologengesetz 2013 also 140 Einheiten (à 45 Minuten) an klinisch-psychologisch behandlungsrelevanten Theorieinhalten vor.

als auch deutlich in geforderter Praxis ...

Selbsterfahrung erstmals verpflichtend ...

und führt laufende Fortbildungsverpflichtung für klin. PsychologInnen ein

Ausbildung neu umfasst 140 Einheiten (105 Stunden) zu Intervention

Tabelle 3.2-3: Theorieausbildung Psychologengesetz 2013: Grundmodul Klinische und Gesundheitspsychologie

Inhalt	Umfang (1 Einheit = 45 Min.)
Gesundheitsrechtliche, berufsrechtliche und psychosoziale Rahmenbedingungen	15 EH
Ethik	15 EH
Gesprächsführung und Kommunikation	30 EH
Psychologische Gesundheitsleistungen im intra- und extramuralen Bereich, in der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen	15 EH
Psychologische Konzepte der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung	15 EH
Akutintervention, Krisenintervention, Notfallpsychologie und Erste Hilfe	30 EH
Beratungsmethoden und Beratungssettings	30 EH
Strategien, Methoden und Techniken der Diagnostik	15 EH
Psychologische Behandlungsmaßnahmen bei Personen aller Altersstufen und Gruppen	20 EH
Psychopharmakologie und Psychopathologie	10 EH
Evaluation von psychologischen Leistungen und Qualitätssicherung	10 EH
Erstellung von Befunden und Erstattung von Zeugnissen, Gutachten und Stellungnahmen	15 EH
Gesamtumfang mind.	220 EH

Tabelle 3.2-4: Theorieausbildung Psychologengesetz 2013: Aufbaumodul Klinische Psychologie

Inhalt	Umfang (1 Einheit = 45 Min.)
Strategien und Methoden der differentialdiagnostischen Abklärung	30 EH
Erstellen von klinisch-psychologischen Befunden und Sachverständigentätigkeit im Bereich der klinischen Psychologie	15 EH
Techniken und Interventionsstrategien der klinisch-psychologischen Behandlung und Beratung	30 EH
Einsatz klinisch-psychologischer Mittel bei verschiedenen psychischen Störungsbildern unter Abgrenzung zu medizinischen Aspekten und im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen	30 EH
PatientInnenmanagement und Schnittstellenmanagement	15 EH
Gesamtumfang mind.	120 EH

Theorie:	Die folgende Tabelle stellt die Ausbildungserfordernisse nach dem alten Psychologengesetz 1990 jenen des neuen 2013 gegenüber. Die theoretischen Anteile wurden von 160 Stunden auf 340 Einheiten ausgeweitet. ⁷⁸ Die praktische Ausbildung wurde von 1.640 Stunden (davon 800 Stunden in facheinschlägiger Einrichtung) auf 2.188 Stunden erhöht. Das Psychologengesetz 2013 legt erstmals fest, dass diese im Rahmen von (bezahlten) Arbeitsverhältnissen zu erfolgen hat. Die Vorgabe von 120 Stunden begleitender Supervision blieb unverändert. ⁷⁹ Neu hinzugekommen ist die Verpflichtung zu mindestens 76 Einheiten Einzelselbsterfahrung. Im Psychologengesetz 2013 wird erstmals eine laufende Fortbildungsverpflichtung von 150 Einheiten innerhalb von 5 Jahren, also im Schnitt jährlich 30 Einheiten, dekretiert.
1990: 160 Stunden	
2013: 255 Stunden	
Praxis:	
1990: 1.640 Stunden	
2013: 2.188 Stunden (verpflichtend bezahlt, näher an PatientIn)	

Tabelle 3.2-5: Gegenüberstellung Ausbildungserfordernisse Psychologengesetz 2013 und 1990

	Psychologengesetz 2013	Psychologengesetz 1990
Dauer	mind. 12 Monate - max. 5 Jahre ab Aufnahme	mind. 10 Monate
Umfang	2.500 Stunden. (60 min.)	1.640 Stunden
Theorie	mind. 340 Einheiten (45 min.) max. 15 TeilnehmerInnen	mind. 160 Std. max. 15 TeilnehmerInnen (Beschluss Psychologenbeirat)
	Grundmodul: allgemeine Ausbildung gemeinsam mit GesundheitspsychologInnen: mind. 220 EH	keine Aufteilung in Grund- und Aufbau-modul
	Aufbaumodul: besondere Ausbildung mind. 120 EH	
Praktisch fachliche Kompetenz	mind. 2.188 Std.	mind. 1.480 Std. im psychosozialen Feld
	davon 500 Std. begleitend zu Grund- und Aufbaumodul	davon 800 Std. in „facheinschlägiger Einrichtung“
	durch praktische Fachausbildungstätigkeiten im Rahmen von Arbeitsverhältnissen: mind. 2.098 Std. Wechsel höchstens 3x, in Ausnahmefällen (KH, Zivildienst, Karenz etc.) öfters	keine Regelung
	mind. 120 EH begleitende Supervision (davon mind. 40 EH Einzelsupervision)	120 Std. begleitende Supervision
	76 EH Selbsterfahrung, mind. 40 EH als Einzel-Selbsterfahrung bei max. 2 Personen	Selbsterfahrung nicht vorgesehen
Evaluierung	Theorie Grundmodul: schriftliche Prüfung (Fragenkatalog) Theorie Aufbaumodul: 2 selbstdurchgeführte Fallstudien Abschlussprüfung vor einer 4-köpfigen Prüfungskommission	Prüfung
Anrechnungen	postgraduell innerhalb der letzten 10 Jahre Höchstmaß: ein Drittel der gesamten theoretischen Ausbildungsinhalte (max. 100 EH) muss schriftlich begründet werden; ist dem Ansuchen um Eintragung beizulegen	möglich
Regelungen auch für bereits eingetragene Klinische PsychologInnen	laufende Fortbildungspflicht über 150 EH innerhalb von 5 Jahren	keine laufende Fortbildungsverpflichtung
	Berufsausübung nach bestem Wissen und Gewissen	
	Aufklärungspflicht	
	Dokumentationspflicht	
	Auskunfts- und Verschwiegenheitspflicht	
Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung		

<p>Register der zur selbständigen Berufsausübung berechtigten</p>	<p>Register Das Bundesministerium für Gesundheit führt seit 1990 eine Liste der selbständig zur Berufsausübung berechtigten klinischen PsychologInnen und GesundheitspsychologInnen.⁸⁰</p>
<p>KEINE niedergelassene Remuneration von psycholog. Behandlungsleistungen</p>	<p>Remuneration Im niedergelassenen Bereich ist in Österreich nur die klinisch-psychologische Diagnostik eine gesetzliche Leistung der Krankenversicherung.</p>
<p>Vergleich der Ausbildungs-erfordernisse:</p>	<p>Das Kapitel zu gesetzlichen Regelungen und Ausbildungserfordernissen schließt in der nachstehenden Tabelle mit einer vergleichenden Darstellung der Ausbildungserfordernisse zur/m klinischen Psychologin/en in den oben vorgestellten Ländern.</p>
<p>nur D regelt Berufsausübung nicht UK, USA, tlw. AUS & KAN fordern Doktorat, NZ postgrad. Diplom</p>	<p>Von den betrachteten Ländern ist die Berufsausübung von PsychologInnen im Gesundheitswesen nur in Deutschland nicht gesetzlich geregelt. Voraussetzung für den Beginn einer spezialisierenden Ausbildung in klinischer Psychologie ist überall ein abgeschlossenes Psychologiestudium. In England, den USA und teilweise auch in Australien und Kanada ist für klinische PsychologInnen ein Doktoratsstudium in Psychologie eine Ausbildungsvoraussetzung. Neuseeland fordert ein spezielles postgraduales Diplom in klinischer Psychologie. Die Schweiz und Österreich verlangen kein integriertes Ausbildungsprogramm. Theorieausbildung und Praxis dort sind weniger eng miteinander verzahnt und die Ausbildung kann auch in Teilzeit erfolgen.</p>
<p>Ö, CH: kein integriertes Programm für Theorie und Praxis</p>	<p>Die Ausbildungserfordernisse in Österreich werden durch das Psychologengesetz 2013 – mit Übergangsregelungen – erhöht. Die theoretische Ausbildung wird im Umfang von 160 Stunden auf 340 Einheiten (à 45 Minuten) erweitert. Die praktische Ausbildung, im Rahmen derer bisher ein halbes Jahr in facheinschlägigen Einrichtungen erfolgen musste, dauert jetzt 1,5 Jahre im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses. Zusätzlich zu Supervision schreibt das Psychologengesetz 2013 erstmals das Absolvieren von Selbsterfahrung im Ausmaß von 76 Einheiten vor.</p>
<p>Ö: Neuerungen durch Gesetz 2013: - Ausweitung Theorie, Praxis - Selbsterfahrung - Weiterbildung</p>	<p>Für klinisch-psychologische Behandlung im niedergelassenen Bereich sehen Australien und die USA ein bestimmtes Maß an Remuneration durch Medicare vor. In Deutschland, der Schweiz und Österreich erfolgt dort keine Remuneration. In England erbringen beim Nationalen Gesundheitssystem (NHS) angestellte klinische PsychologInnen auch Behandlungsleistungen für den niedergelassenen Bereich.</p>
<p>D, CH, Ö keine Remuneration klin.-psycholog. Behandlung extramural</p>	<p>Für klinisch-psychologische Behandlung im niedergelassenen Bereich sehen Australien und die USA ein bestimmtes Maß an Remuneration durch Medicare vor. In Deutschland, der Schweiz und Österreich erfolgt dort keine Remuneration. In England erbringen beim Nationalen Gesundheitssystem (NHS) angestellte klinische PsychologInnen auch Behandlungsleistungen für den niedergelassenen Bereich.</p>

Tabelle 3.2-6: International vergleichende Darstellung der Ausbildungserfordernisse für klinische PsychologInnen

Land	Gesetzl. Regelung Psychologieberufe ⁸¹	Voraussetzung für Beginn der Ausbildung	Zusätzlicher akademischer Abschluss nach Beenden der Ausbildung	Dauer der Ausbildung (Vollzeit, in Jahren)	Praxis (J.)	Theorie (Std.)	Supervision (Std.)	Selbsterfahrung (Std.)	Fortbildung (Std.)	Danach öffentliche Remuneration? ⁸²
D	nein ⁸³	-	-	-	-	-	-	-	-	nein ⁸⁴
CH	ja	Psychologiestudium	-	5	laufend	625	200	200	-	nein
UK	ja	Psychologiestudium, klinisch relevante Praxis	Doktorat	3	laufend	Integriertes NHS ⁸⁵ finanziertes Doktoratsstudienprogramm, Anstellung beim NHS währenddessen			angestellt beim NHS	
AUS	ja	Psychologiestudium und Praxis (6 Jahre)	Doktorat	2	1	Integriertes Doktoratsstudienprogramm	40	-	40	Medicare
AUS	ja	Psychologiestudium und Praxis	Master (sofern nicht schon absolviert)	2	2	Integriertes Studienprogramm	80	-	80	Medicare
NZ	ja	Master in Psychologie und 1 Jahr Praxis	Postgraduate Diploma	2	laufend	Integriertes postgraduales Studienprogramm			k.A.	
USA	ja	Master in Psychologie (5 Jahre) oder Honours (4 Jahre) plus 1 Jahr Vorbereitung	Doktorat	4	1 Jahr vor Abschluss, zusätzlich 1-3 Jahre postdoc	Integriertes Doktoratsstudienprogramm			Medicare	
Ö alt	ja	Psychologiestudium (5 Jahre)	-	Theoriecurriculum in Teilzeit mind. 10 Monate	1 (davon 0,5 fach-einschlägig)	160	120	-	-	nein
Ö neu	ja	Psychologiestudium (5 Jahre)	-	Theoriecurriculum in Teilzeit mind. 1 Jahr, max. 5 Jahre	1,5	340 (Einheiten à 45 Min.)	120 (Einheiten à 45 Min.)	76 (Einheiten à 45 Min.)	-	nein

4 Ergebnisse – Stakeholderanalyse Österreich

Dieses Ergebniskapitel befasst sich mit einer Stakeholderanalyse zu Österreich. Zuerst werden die beim LBI-HTA eingegangenen Stellungnahmen zu den vom Bundesministerium für Gesundheit formulierten Forschungsfragen dargestellt. Hernach werden die eingeschlossenen Stellungnahmen des parlamentarischen Gesetzesbegutachtungsverfahrens zur Neuformulierung des Psychologengesetzes (Zeitraum 27. Mai 2013 bis 24. Juni 2013) systematisch aufbereitet präsentiert.

3 Stellungnahmen zu Forschungsfragen BMG
systematische Analyse parlamentarische Begutachtung

4.1 Stellungnahmen österreichischer Stakeholder zu den Forschungsfragen

Von drei Stakeholdern liegen dem LBI-HTA schriftliche Stellungnahmen zu den Forschungsfragen des Bundesministeriums für Gesundheit vor:

- ✦ Berufsverband österreichischer PsychologInnen (BÖP)
- ✦ Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP)
- ✦ Vereinigung Österreichischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (VÖPP)

schriftliche Stellungnahmen PSY-Interessensvertretungen

Von der Gesellschaft kritischer Psychologen und Psychologinnen (GkPP) liegt dazu ein vom ÖBVP übermitteltes Dokument vor: „Positionspapier in Zusammenarbeit und Abstimmung mit dem ÖBVP zur Unterscheidung zwischen Psychotherapie und psychologischer Behandlung: Klinisch-psychologische Behandlung“. Dieses wurde als vierte Quelle in die folgende vergleichende Darstellung einbezogen.

Nur der Berufsverband österreichischer Psychologinnen und Psychologen (BÖP) orientierte sich in seiner schriftlichen Stellungnahme direkt an allen 8 Forschungsfragen des Bundesministeriums für Gesundheit (vgl. Kapitel 1.3). Für ein Nebeneinanderstellen der Einschätzungen der Stakeholder in diesem und im folgenden Kapitel liegt Material zu 5 Forschungsfragen (zu Fragen 1, 3, 4, 6, 7, jedoch nicht zu Fragen 2, 5, 8) vor, die zu zwei Fragenkomplexen zusammengefasst wurden:

Material zu zwei Fragenkomplexen von Interesse für BMG

1. Definition und Abgrenzung „klinisch psychologischer Behandlung“ (Fragen 1, 3, 4)
2. Ausbildung/ Kompetenz, mit Fokus auf „klinisch psychologische Behandlung“, und Qualitätssicherung der Ausbildung (Fragen 6, 7)

Fragengruppe Definition und Abgrenzung

Für den Bundesverband österreichischer PsychologInnen (BÖP) stellen „klinisch psychologische Behandlungen/ Therapien ein breites Spektrum von Interventionsmethoden“ dar. Dadurch können alle möglichen Interventionsformen mit einbezogen werden. Als breites Interventionskonzept ist klinisch-psychologische Behandlung nicht methoden- sondern versorgungsorientiert.

BÖP: klin.-psycholog. Behandlung als breites Interventionskonzept

Für die Gesellschaft kritischer Psychologen und Psychologinnen (GkPP) ist klinisch-psychologische Behandlung fokussiert, ziel- und lebensweltorientiert. Die Gesellschaft kritischer Psychologen und Psychologinnen (GkPP) und der Österreichische Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP) definierten

GkPP und ÖBVP definieren gemeinsam Anwendungsfelder

<p>VÖP sieht klin.-psycholog. Behandlung eher im Sinn von manualgeleitet</p>	<p>gemeinsam Anwendungsfelder klinisch psychologischer Behandlung: Kognition, Psychophysiologie, Sozialverhalten, Krankheitsverarbeitung und störungsspezifische Behandlung wie Affekt- oder Aggressionskontrolle.</p> <p>Der Österreichische Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP) verweist darüber hinaus auf das deutsche Psychotherapeutengesetz, das psychologische Tätigkeiten außerhalb der Heilkunde verortet.</p> <p>Für die Vereinigung österreichischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (VÖPP) sind die Einsatzgebiete klinisch-psychologischer Behandlung eher im Sinn von Manual geleiteten Anwendungen, wie Aufmerksamkeitstraining in der Neurorehabilitation, Behandlung von Lerndefiziten bei Kindern, Relaxationsverfahren, Trainings der Kommunikation, Umgang mit Krisen und Notfallpsychologie zur Vorbeugung einer posttraumatischen Belastungsstörung, gegeben.</p> <p>Die vom LBI-HTA kondensierten Inhalte der Stellungnahmen zum Fragenkomplex Definition und Abgrenzung „klinisch psychologischer Behandlung“ finden sich in der folgenden Tabelle.</p>
<p>Stellungnahme BÖP enthält auch Leistungskatalog</p>	<p>Die vollständigen schriftlichen Stellungnahmen der Stakeholder finden sich im Addendum. Jene des Berufsverbands österreichischer Psychologinnen und Psychologen (BÖP) enthält auch einen Leistungskatalog klinisch-psychologischer Behandlung nach ICD-10 Diagnosen.⁸⁶</p>

Tabelle 4.1-1: Stellungnahmen zu den Forschungsfragen des Bundesministeriums für Gesundheit Fragenkomplex Definition und Abgrenzung „klinisch psychologischer Behandlung“

Fragenkomplex zu Definition und Abgrenzung „klinisch psychologischer Behandlung“	
BÖP	<p>„Die Wissenschaft Psychologie hat unterschiedlichste Behandlungsmethoden entwickelt, die charakterisiert sind durch den Einsatz psychologischer Mittel, d.h. Methoden, die im Erleben und Verhalten ihren Ansatzpunkt haben. Das breiteste Spektrum von Interventionsmethoden stellt der Bereich der klinisch-psychologischen Behandlungsmethoden/Therapien dar.</p> <p>...</p> <p>Klinisch-psychologische Behandlung baut auf Theorien und Modellen der wissenschaftlich vorwiegend empirisch orientierten Psychologie auf und basiert auf dem biopsychosozialen Rahmenkonzept.</p> <p>...</p> <p>Klinisch-psychologische Behandlung umfasst eine Vielzahl wissenschaftlich abgesicherter psychologischer Interventionsformen. Im Gegensatz zu einzelnen Therapieschulen basiert die klinisch-psychologische Behandlung auf der gesamten Breite der empirischen Psychologie, sodass dadurch alle möglichen Interventionsformen mit einbezogen werden können. Als breites Interventionskonzept ist sie nicht methoden- sondern versorgungsorientiert und entspricht damit dem heutigen Qualitätsbegriff der Gesundheitsversorgung.“</p>
GkPP	<p>„Psychologische Behandlung wird als ein "übergreifendes Konzept für Technologien, die sich auf das Gesamt der empirischen Psychologie stützen" (Baumann 2008, S.1), verstanden, nicht als eine allgemeine Psychotherapieschule.“</p> <p>„Psychologische Behandlungsmethoden basieren auf sozialpsychologischen, lerntheoretischen, wahrnehmungs-, persönlichkeits- und entwicklungspsychologischen Erkenntnissen und werden in der Prävention, Behandlung und Rehabilitation angewendet. Unter klinisch-psychologischer Intervention werden sämtliche Formen professioneller psychologischer Unterstützung bei der Bewältigung vorwiegend psychischer, aber auch sozialer und körperlicher Beeinträchtigungen und Störungen zusammengefasst (Bastine, 1992). Diese Interventionen umfassen den gesamten klinischen Bereich in dem psychische oder psychosoziale Beeinträchtigungen auftreten (z.B. Kardiologie, Onkologie, Palliative Care, Transplantationschirurgie, Unfalltraumatologie, Diabetes, Behinderungen ...)</p>

Fragenkomplex zu Definition und Abgrenzung „klinisch psychologischer Behandlung“	
GkPP	<p>Klinisch-psychologische Interventionen reichen von einer unmittelbar personen-bezogenen Arbeit mit den Betroffenen bis zur Veränderung sozialer Gegebenheiten, die die psychische oder körperliche Gesundheit gefährden. Anwendungsfelder:</p> <p>Kognition : Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit, Gedächtnis, Wahrnehmung</p> <p>Psychophysiologie: Entspannung, Körperwahrnehmung, Biofeedback, Schmerzbehandlung</p> <p>Sozialverhalten: Kommunikationstraining, Selbstsicherheitstraining, Stärkung von Selbstkontrollmechanismen, Soziale Wahrnehmung</p> <p>Krankheitsverarbeitung: Psychoedukation, Complianceförderung, Krankheitsmanagement, Rückfallprophylaxe, Krisenintervention</p> <p>Störungsspezifische Behandlung: Affekt- u. Aggressionskontrolle, Skills- Training, Konflikt- u. Stressbewältigung“</p> <p>„Klinisch-psychologische Behandlung</p> <p>Formuliert einen Behandlungsvertrag, in dem die Behandlungsziele und die eingesetzten Methoden formuliert werden und gegebenenfalls ein Zeitrahmen bestimmt wird. Sie ist fokussiert, zielorientiert, lebenswelt-orientiert.“</p>
ÖBVP	<p>„Die Anwendungsfelder klinisch-psychologischer Interventionen werden EU-weit von der anerkannten Fachwelt je nach Vorerfahrung der BehandlerIn hauptsächlich in den Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens gesehen und reichen von einer unmittelbar personenbezogenen Arbeit mit den Betroffenen bis zur Veränderung sozialer Gegebenheiten, die die psychische oder körperliche Gesundheit gefährden in folgenden Bereichen (<i>angelehnt an GkPP, Anm. LBI-HTA</i>):</p> <p>Kognition: Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit, Gedächtnis, Wahrnehmung</p> <p>Psychophysiologie: Entspannung, Körperwahrnehmung, Biofeedback, Schmerzbehandlung</p> <p>Sozialverhalten: Kommunikationstraining, Selbstsicherheitstraining, Stärkung von Selbstkontrollmechanismen, Soziale Wahrnehmung</p> <p>Krankheitsverarbeitung: Psychoedukation, Complianceförderung, Krankheitsmanagement, Rückfallprophylaxe, Krisenintervention</p> <p>Störungsspezifische Behandlung: Affekt- u. Aggressionskontrolle, Skills-Training, Konflikt- u. Stressbewältigung</p> <p>So definiert zum Beispiel das Psychotherapeutengesetz Deutschlands im Artikel 1 § 1 Abs. 3 psychologische Tätigkeiten als naturgemäß außerhalb der Krankenbehandlung:</p> <p><i>"...psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte und sonstiger Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben"</i>“</p>
VÖPP	<p>„Aus unserer Sicht sind die Einsatzbereiche klinisch - psychologischer Behandlung eher im Sinne von Manual geleiteten Anwendungen gegeben:</p> <p>Neurorehabilitation, wie zum Beispiel Aufmerksamkeitstrainings, Förderung der Konzentrationsfähigkeit, des Gedächtnis, der Wahrnehmung, Kompensation und Coping bei bleibenden hirnganischen Defiziten und deren psychische Verarbeitung</p> <p>Bei Kindern: Behandlung von Lerndefiziten, Förderung bei Lese- und Rechtschreibschwächen, Rechenschwächen u.ä., Aufmerksamkeitstrainings, Förderung der Konzentrationsfähigkeit, des Gedächtnis, der Wahrnehmung, Training der Exekutivfunktionen</p> <p>Relaxationsverfahren, Biofeedback, Förderung der Körperwahrnehmung durch Trainings</p> <p>Übende Verfahren im Sinne von Trainings der Kommunikation, der Selbstsicherheit, der Selbstkontrolle, Gruppentrainings zur Stärkung der sozialen Kompetenz, Affektkontrolle, Angstbewältigungstraining, Stressbewältigung</p> <p>Bei chronischen Erkrankungen oder Erkrankungen, die Einschränkungen mit sich bringen: Krankheitsverarbeitung, Arbeit mit Angehörigen, Krankheitsmanagement, Förderung der Compliance, Umgang mit Krisen</p> <p>Notfallpsychologie als Spezialausbildung für Katastropheneinsätze und zur Vorbeugung einer posttraumatischen Belastungsstörung.“</p>

Fragengruppe Ausbildung/ Kompetenz und Qualitätssicherung der Ausbildung

**für BÖP gewährleistet
PG 2013 Befähigung zur
klin.-psycholog.
Behandlung**

Für den Bundesverband österreichischer PsychologInnen (BÖP) ist die Befähigung zur klinisch-psychologischen Behandlung durch die umfassende Ausbildung und die gesetzlich verankerte verpflichtende kontinuierliche fach einschlägige Weiterbildung gewährleistet. Darüber hinaus empfiehlt er weitere Qualitätsvoraussetzungen (s. folgende Tabelle) für klinische PsychologInnen, die im Rahmen von Kassenleistungen klinisch-psychologische Behandlungen anbieten möchten.⁸⁷

**ÖBVP: europaweit ist
umfassende
Psychotherapie-
ausbildung
Voraussetzung für
umfassende Behandlung
psychischer
Erkrankungen
PG 2013 verändere
nichts an Qualität der
Ausbildung**

Der Österreichische Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP) erachtet klinische PsychologInnen für die umfassende Behandlung psychischer Störungen des gesamten Diagnosespektrums, das in der niedergelassenen Praxis auftritt, für nicht ausreichend qualifiziert. Er unterstreicht, dass europaweit für die umfassende Behandlung psychischer Erkrankungen eine langjährige und wissenschaftlich fundierte Psychotherapieausbildung erforderlich sei. Die im Psychologengesetz 2013 konzipierte 5-jährige Ausbildung verschleierte, dass sich qualitativ nichts verändert habe. Bei einer Befragung aller PsychotherapeutInnen, die gleichzeitig klinische PsychologInnen sind, die der Österreichische Bundesverbands für Psychotherapie (ÖBVP) im Mai 2013 durchführte, gaben 91% an, dass sie ohne psychotherapeutische Ausbildung keine psychische Krankenbehandlung durchführen könnten oder wollten.

**VÖPP: Kompetenz in
Beziehungsarbeit
(Therapeut/in –
Patient/in) fehlt**

Für die Vereinigung österreichischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (VÖPP) gilt es als erwiesen, dass einer der wichtigsten Wirkfaktoren der Behandlung psychischer Erkrankungen die Psychotherapeut-Patient-Beziehung ist. Die Skills, die in der Ausbildung die Kompetenz in der professionellen Ausübung dieser Beziehungsarbeit sicherstellen, fehlten für die Vereinigung österreichischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (VÖPP) sowohl in der postgradualen Ausbildung zum Klinischen Psychologen als auch im Psychologiestudium.

Die vom LBI-HTA kondensierten Inhalte der Stellungnahmen zum Fragenkomplex Ausbildung/ Kompetenz, mit Fokus auf „klinisch psychologische Behandlung“, und Qualitätssicherung der Ausbildung finden sich in der folgenden Tabelle.

Tabelle 4.1-2: Stellungnahmen zu den Forschungsfragen des Bundesministeriums für Gesundheit Fragenkomplex Ausbildung, Kompetenz, Qualitätssicherung

Fragenkomplex zu Ausbildung/ Kompetenz, mit Fokus auf „klinisch psychologische Behandlung“, und Qualitätssicherung der Ausbildung	
BÖP	<p>„Die Befähigung ist durch die umfassende Ausbildung und die gesetzlich verankerte verpflichtende kontinuierliche fach einschlägige Weiterbildung gewährleistet.“</p> <p>„Darüber hinaus empfiehlt der Berufsverband Österreichischer PsychologInnen folgende Qualifikationsvoraussetzungen für Klinische PsychologInnen, die im Rahmen von Kassenleistungen klinisch-psychologische Behandlung anbieten möchten:</p> <p>Eine zumindest 2-jährige klinisch-psychologische Tätigkeit im Bereich der klinisch-psychologischen Behandlung (nach Eintragung in die Liste der KP) in einer anerkannten Einrichtung.</p> <p>Nachweis von zumindest 100 eigenbehandelten Fällen mit krankheitswertigen Störungen mittels anonymisierter Befunde bzw. Gutachten.</p> <p>Eine je mindestens 25%ige Tätigkeit mit den PatientInnengruppen Erwachsene und Kinder.</p>

Fragenkomplex zu Ausbildung/ Kompetenz, mit Fokus auf „klinisch psychologische Behandlung“, und Qualitätssicherung der Ausbildung	
BÖP	Eine Tätigkeit, die zumindest drei der folgenden Krankheitsgruppen abdeckt: Entwicklungsstörungen geriatrische Störungen affektive Störungen Persönlichkeitsstörungen hirnorganische Störungen“
GkPP	-
ÖBVP	<p>„Auch durch die neu konzipierte PsychologInnengesetz-Ausbildung (PG neu) sind klinische PsychologInnen für die umfassende Behandlung psychischer Störungen des gesamten Diagnosespektrums, das in der niedergelassenen Praxis auftritt, nicht ausreichend qualifiziert.“</p> <p>...</p> <p>„Europaweit ist für die umfassende Behandlung psychischer Erkrankungen eine lang-jährige und wissenschaftlich fundierte Psychotherapieausbildung erforderlich. Auch in Deutschland erfordert Krankenbehandlung durch PsychologInnen zusätzlich zum Psychologiestudium eine komplette Psychotherapieausbildung.“</p> <p>...</p> <p>„Im PG neu wird eine 5-jährige postgraduale Ausbildung konzipiert: Die quantitative Ausrüstung verschleierte, dass sich qualitative nichts verändert hat. Die extreme Ausweitung des Stundenausmaßes erscheint überzogen, auch vom Psychologie-Fachlichen her unbegründet. Die Umsetzung bisher gelebter und bewährter Praxis - viele klinische PsychologInnen machen Psychotherapieausbildung – wird dadurch zudem enorm erschwert.“</p> <p>...</p> <p>„Umfrage unter klinischen PsychologInnen, die auch PsychotherapeutInnen sind zur „psychologischen Behandlung“: Da sich die Abgrenzung zwischen psychologischer Behandlung und Psychotherapie zu einer brisanten Frage entwickelt, hat der ÖBVP im Mai eine Befragung aller PsychotherapeutInnen, die auch klinische PsychologInnen sind durchgeführt. Die Frage lautete: "Sind klinische PsychologInnen OHNE Psychotherapieausbildung Ihrer Ansicht nach zur umfassenden Behandlung von psychischen Störungen in der niedergelassenen Praxis ausreichend ausgebildet?"</p> <p>„Die Rückmeldungen von 88 Personen bis Ende Mai waren erstaunlich einheitlich und zum Teil ausführlich begründet. 91 % der PsychotherapeutInnen, die auch klinische PsychologInnen sind meinen, dass sie ohne psychotherapeutischer Ausbildung keine psychische Krankenbehandlung durchführen könnten und wollten.“</p> <p>„Einige PsychotherapeutInnen, die sich an der Umfrage beteiligt haben, sind auch SupervisorInnen bzw. postgraduale Ausbilder der klinischen PsychologInnen und sprechen diesen jede Fähigkeit zur Krankenbehandlung psychischer Störungen ab. Häufigste Begründungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✿ klinische PsychologInnen sind unsicher im Umgang mit PatientInnen ✿ keine Erfahrung/Ausbildung in Gesprächsführung ✿ fehlende Selbsterfahrung (Vielfachnennung) ✿ kein Wissen über Therapieprozesse in Einzel- oder Gruppensetting ✿ keine Erfahrung mit Beziehungsgestaltung in therapeutischen Settings ✿ haben keine Ausbildung zur umfassenden Behandlung von psychischen Störungen ✿ keine Theorie des Menschenbildes ✿ Fehlen von tiefenpsychologischen Kenntnissen ✿ nur oberflächliche Kenntnis von Therapiemethoden ✿ erprobten Techniken ✿ Beratung - kurzfristige Entlastung“
VÖPP	„Als erwiesen gilt, dass einer der wichtigsten Wirkfaktoren der Behandlung psychischer Erkrankungen die Psychotherapeut-Patient-Beziehung ist. Die Skills, die in der Ausbildung die Kompetenz in der professionellen Ausübung dieser Beziehungsarbeit sicherstellen, fehlen sowohl in der postgradualen Ausbildung zum Klinischen Psychologen als auch im Psychologiestudium.“

4.2 Stellungnahmen österreichischer Stakeholder im parlamentarischen Begutachtungsverfahren zum Psychologengesetz 2013

4.2.1 Systematische Darstellung der Inhalte nach Problemgebieten

39 Stellungnahmen eingeschlossen In diesem Kapitel werden die 39 eingeschlossenen Stellungnahmen im parlamentarischen Begutachtungsprozess zur Gesetzwerdung des Psychologengesetz 2013 nach Fragengruppen organisiert dargestellt.

Fragengruppe Definition und Abgrenzung „klinisch psychologischer Behandlung“

Kritik an unklarer Definition psychologischer Behandlung Die folgende Tabelle gibt Einschätzungen der Stakeholder wieder, die in Bezug zur ersten Forschungsfrage des Bundesministeriums für Gesundheit an den vorliegenden Bericht nach einer Definition klinisch-psychologischer Behandlung stehen. Die elf angeführten Stellungnahmen konstatieren eine unklare und unbestimmte Definition von psychologischer Behandlung in Gesetzesentwurf und Erläuterungen. Drei Stellungnahmen unterstreichen, dass es auch international keine Definition für psychologische Behandlung, die von Psychotherapie verschieden wäre, gibt. Neun Stellungnahmen konstatieren eine fehlende Abgrenzung zur Tätigkeit von PsychotherapeutInnen und FachärztInnen für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin im Gesetzesentwurf. Drei Stellungnahmen beschreiben eine mögliche gesetzliche Definition von psychologischer Behandlung:

3 Stellungnahmen schlagen mögliche Definitionsinhalte vor

- ✿ Nr. 16: „adjuvante Interventionen, wie beispielsweise eine Psychoedukation“
- ✿ Nr. 53: „Beratung und Begleitung bzw. psychologische Interventionen“
- ✿ Nr. 60: „wie beispielsweise kognitives Training, Entspannungsübungen, Biofeedback, Psychoedukation, Selbstsicherheitstraining etc.“

Tabelle 4.2-1: Stakeholder parlamentarische Gesetzesbegutachtung: Frage BMG I – Definition klinisch-psychologische Behandlung

Nr. ¹	Kat.	Inhalt	Seite
2	IV	... weder der Gesetzestext noch die Erläuterungen erklären, was die so genannte „psychologische Behandlung“ eigentlich ist und worin sie sich von einer Psychotherapie und der Behandlung durch (Fach-)ÄrztInnen für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin unterscheidet.	3
16	UNI	Weder der Gesetzestext noch der Kommentar geben Aufschluss darüber, was eine klinisch-psychologische Behandlung eigentlich ist und wie sie sich von der Psychotherapie bzw. einer Behandlung durch eine FachärztIn für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin oder eine FachärztIn mit PSY-III Diplom unterscheidet. In der Fachliteratur zur empirischen Wirksamkeitsforschung psychosozialer Interventionen wird so gut wie immer von Psychotherapie gesprochen, so dass es kaum eine im Gesetzestext so genannte „klinisch-psychologische Behandlung“ geben dürfte, die nicht im Grunde als Psychotherapie anzusehen ist. Ausnahmen sind lediglich adjuvante Interventionen, wie beispielsweise eine Psychoedukation, die Teil eines therapeutischen Gesamtkonzeptes sind, das unter fachärztlicher Verantwortung durchgeführt wird.	3

Nr. ¹	Kat.	Inhalt	Seite
52	UNI	Es wird nicht definiert, was mit klinisch-psychologischer Behandlung gemeint ist (es gibt auch keine entsprechende nationale oder internationale Definition dazu). Dieser Gesetzesentwurf lässt völlig ungeklärt, wie diese sich von Psychotherapie nach Psychotherapiegesetz oder Psychotherapeutischer Medizin entsprechend Ärztegesetz unterscheidet.	1
53	FG	Die Definition der klinisch-psychologischen Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen ist unklar und von der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung nicht klar abgegrenzt. In allen Abschnitten des vorliegenden Gesetzesentwurfs sowie im Kommentar ist daher der Begriff „klinisch-psychologische Behandlung“ jeweils zu ersetzen durch „Beratung und Begleitung bzw. psychologische Interventionen“.	1, 3
60	IV	Der Gesetzesentwurf definiert die Berufsbilder und die beabsichtigte künftige Tätigkeit Klinischer PsychologInnen bzw. von GesundheitspsychologInnen in einem hohen Maß unklar und unbestimmt. Weder der Gesetzestext noch die Erläuternden Bemerkungen geben Aufschluss darüber, was unter einer klinisch-psychologischen Diagnostik bzw. Behandlung zu verstehen ist und wie sie sich zur ärztlichen Tätigkeit abgrenzen. Die künftigen konkreten Aufgabenfelder sind sowohl für GesundheitspsychologInnen, als auch Klinische PsychologInnen nicht ausreichend genau beschrieben. Der Gesetzgeber muss klare Regelungen/Abgrenzungen treffen und das Gesetz daher unbedingt klarstellen, was unter klinisch-psychologischer Diagnostik/Behandlung zu verstehen ist bzw. welche Behandlungsmethoden als klinisch-psychologische Behandlungsmethoden anzusehen sind: wie beispielsweise kognitives Training, Entspannungsübungen, Biofeedback, Psychoedukation, Selbstsicherheitstraining etc.	2, 3, 5
67	OE	Damit wird in der Behandlung von psychisch Erkrankten neben der Psychiatrie und psychotherapeutischen Medizin und der Psychotherapie ein drittes Kompetenzfeld aufgemacht, das noch dazu unscharf beschrieben ist.	2, 3
73	IV	„Klinisch-psychologische Behandlung“ wie in diesem Entwurf definiert, ist wissenschaftlich nicht fundiert und international und EU-weit auch nicht bekannt. Es konnte keine ausreichende Klarheit gewonnen werden, was „klinisch-psychologische Behandlung“ im Unterschied zur Psychotherapie eigentlich sein soll.	2
91	UNI	Es ist nicht klar definiert, was eine klinisch-psychologische Behandlung ist und wie sie sich von der Psychotherapie (nach Psychotherapiegesetz) bzw. einer Therapie durch eine FachärztIn für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin oder eine ÄrztIn mit PSY-Diplom unterscheidet.	2
92	OE	In hohem Ausmaß offen und unklar bleiben die Einsatzgebiete der klinischen Psychologie. Was soll die klinische Psychologie in Zukunft leisten? Eine exakte gesetzliche Definition der Tätigkeitsbereiche soweit eine exakte Abgrenzung zu anderen Disziplinen sind nicht erfolgt.	2
109	OE	Es fehlt eine klare Definition der „klinisch-psychologischen Behandlung“ und vor allem ist die Kompetenzabgrenzung hinsichtlich der ärztlichen, insbesondere psychiatrisch-psychotherapeutischen Tätigkeiten unzureichend.	1
115	IV	Die Definition einer klinisch-psychologischen Behandlung bleibt weiterhin nicht gänzlich geklärt.	2

¹ Die Nummerierung der Stellungnahmen behält die auf der Parlamentshomepage aufscheinende Reihenfolge bei. FG ... Fachgesellschaft, IV ... Interessensvertretung, OE ... Öffentliche Einrichtung, UNI ... Universitärer Kontext

Grenzziehung PsychologInnen/ PsychotherapeutInnen

Kritik an unklarer Grenzziehung zwischen PSY-Berufen

Die folgende Tabelle gibt Einschätzungen der Stakeholder wieder, die in Bezug zur dritten Forschungsfrage des Bundesministeriums für Gesundheit an den vorliegenden Bericht nach der Grenzziehung PsychologInnen - PsychotherapeutInnen stehen. Die sieben Stellungnahmen sehen eine ungenügende Unterscheidung zu PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen, Nr. 106 auch zu Beratung und Heilpädagogik. Nr. 49 spricht von „Verunsicherungspotenzial“, Nr. 60 von „Konfliktpotenzial“ und Nr. 96 von „berufspolitischer Brisanz“.

Tabelle 4.2-2: Stakeholder parlamentarische Gesetzesbegutachtung:
Frage BMG 3 – Grenzziehung PsychologInnen/ PsychotherapeutInnen

Nr. ¹	Kat.	Inhalt	Seite
49	OE	Die Unterscheidung zwischen "klinisch-psychologischer Behandlung" und Psychotherapie scheint völlig ungenügend und hat die Formulierung im Entwurf in der vorgesehenen Form großes Verunsicherungspotential.	1
55	OE/IV	Fehlen einer klaren Arbeitsteilung zwischen PsychologInnen, PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen der Fachrichtung Psychiatrie.	2
60	IV	Gesetzesentwurf bietet in hohem Maße Konfliktpotential zwischen Ärzteschaft und PsychologInnen.	
91	UNI	Die Differenzierung zwischen Gesundheitspsychologie und klinischer Psychologie lässt eine klare Definition und Kompetenzabgrenzung vermissen. Die Kompetenzen sind nicht klar von allgemeinen ärztlichen Aufgaben und im Speziellen von psychiatrischen Aufgaben abgegrenzt.	1
96	UNI	Es zeigt sich die fehlende Abgrenzung zur psychotherapeutischen und ärztlichen Sphäre und deren berufspolitische Brisanz. Das Tätigkeitsprofil erscheint insgesamt nicht „ausreichend bestimmt“ und „unsicher“.	7
106	UNI	Die Tätigkeitsbereiche, die für Klinische Psychologinnen und Psychologen beschrieben werden überschneiden sich mit den Tätigkeitsbereichen von Repräsentantinnen und Repräsentanten der Psychotherapie, der Beratung, der Heilpädagogik, der Psychiatrie oder der Psychosomatik.	
118	FG	Im Hinblick auf die Abgrenzung zu anderen Berufen im psychosozialen Feld (insbesondere der Psychotherapie) schließen wir uns grundsätzlich den Bedenken bezüglich dieser Abgrenzung an.	

¹ Die Nummerierung der Stellungnahmen behält die auf der Parlamentshomepage aufscheinende Reihenfolge bei. FG ... Fachgesellschaft, IV ... Interessensvertretung, OE ... Öffentliche Einrichtung, UNI ... Universitärer Kontext

Fragengruppe Ausbildung/ Kompetenz, mit Fokus auf „klinisch psychologische Behandlung“, und Qualitätssicherung der Ausbildung

9 Stellungnahmen sehen alleinige Behandlungs- qualifikation klin. PsychologInnen NICHT

Die folgende Tabelle gibt Einschätzungen der Stakeholder wieder, die in Bezug zur sechsten Forschungsfrage des Bundesministeriums für Gesundheit nach der Kompetenz klinischer PsychologInnen zur alleinigen Behandlung stehen. Diese wird von den neun Stellungnahmen verneint. Sechs Stellungnahmen begründen dies mit unzureichender Ausbildung, Stellungnahme Nr. 92 urgiert eine Einschränkung der Behandlung auf das enge individuell erworbene Expertisengebiet, wie etwa Neuropsychologie.

Tabelle 4.2-3: Stakeholder Parlamentarische Gesetzesbegutachtung:
Frage BMG 6 – Kompetenz klinischer PsychologInnen zur alleinigen Behandlung

Nr. ¹	Kat.	Inhalt	Seite
16	UNI	Klinische PsychologInnen dürfen keine Psychotherapie ausüben und sollten nur klar zu definierende adjuvante Interventionen durchführen. Die eigenständige Behandlung von psychisch kranken PatientInnen muss FachärztInnen und PsychotherapeutInnen vorbehalten bleiben.	3
53	FG	Die unzureichende Ausbildung (Qualität, Dauer) kann nicht zu eigenverantwortlicher Behandlungskompetenz führen. Diese ist nur durch eine umfassende fachärztliche Ausbildung in Psychiatrie und Psychotherapeutischer Medizin gewährleistet.	3
60	IV	Insgesamt lässt sich erkennen, dass Qualität, Struktur und Dauer der postgraduellen Ausbildung nur zu einer im derzeitigen Umfang bestehenden Befugnis hinsichtlich Diagnostik (und zu keiner Erweiterung) bzw. nicht zu eigenverantwortlicher Behandlungskompetenz führen kann. Das im Entwurf umschriebene Berufsbild steht zur definierten Ausbildung in keiner Relation und ist viel zu weitgehend!	8
67	OE	Damit wird in der Behandlung von psychisch Erkrankten neben der Psychiatrie und psychotherapeutischen Medizin und der Psychotherapie ein drittes Kompetenzfeld aufgemacht, das auf einer Ausbildung fußt, die im Vergleich zur ärztlichen und therapeutischen Berufsgruppe über einen deutlich geringeren Umfang an spezifischer Qualifikation für die Behandlung psychischer Erkrankungen verfügt. Die Frage der Qualifikation in der Behandlung psychisch Erkrankter ist unbefriedigend gelöst.	3
88	OE	Die vorgesehene Ausweitung des Aufgaben- bzw. Berechtigungsfeldes wird als kritisch angesehen. Insbesondere in Krankenanstalten tätige klinische Psychologen verfügen über eine deutlich geringere Qualifikation für die (Akut-) Behandlung psychisch kranker Patienten, als Fachärzte für Psychiatrie.	1
91	UNI	Klinische PsychologInnen dürfen keine Psychotherapie ausüben und sollten nur klar zu definierende adjuvante Interventionen durchführen. Eigenständige Behandlung von psychisch kranken PatientInnen muss FachärztInnen und PsychotherapeutInnen vorbehalten bleiben.	2
		Psychologen (ebenso wie andere Berufsgruppen) dürfen ohne ärztliche Begutachtung nicht behandeln.	1
92	OE	Diagnostikerfahrung, Ausbildungsstätte und –qualität sollten Kriterien für eine gezielte, im Gesetz definitiv benannte Behandlung sein. Z. B. sollte ein in der Neuropsychologie Ausgebildeter neuropsychologisch behandeln dürfen.	
96	UNI	Eine Erweiterung der Berufsbefugnisse der Klinischen PsychologInnen im Vergleich zur bestehenden Regelung kann nicht nachvollzogen werden.	8
103	FG	Kritisch sind die viel zu gering ausfallenden Ausbildungsstunden im Bereich der klinisch-psychologischen Behandlung zu sehen. Dass Personen mit so unzureichender Ausbildung ein solch wichtiges Tätigkeitsgebiet ausüben dürfen, ist bedrohlich und fahrlässig. Die Konsequenz kann und darf jedoch nicht sein dieses Gebiet zu streichen, sondern vielmehr es inhaltlich zu präzisieren und umfangmäßig zu erweitern. Sowohl im Rahmen der theoretischen wie auch der praktischen Anwendung sollte der Bereich der „klinisch-psychologischen Behandlung“ als zentraler Kompetenzbereich Klinischer PsychologInnen stärker hervorgehoben werden. Dies sollte sowohl durch eine Anhebung der (theoretischen und methodischen) Ausbildungsstunden (auf mindestens das Doppelte) wie auch durch eine Nennung von dokumentierten Mindestbehandlungs- und Supervisionsstunden in der praktischen Ausbildung erfolgen.	4, 10
109	OE	Für die eigenverantwortliche Behandlungskompetenz ist die zu absolvierende Ausbildung in Hinblick auf Qualität und Dauer mangelhaft.	

¹ Die Nummerierung der Stellungnahmen behält die auf der Parlamentshomepage aufscheinende Reihenfolge bei. FG ... Fachgesellschaft, IV ... Interessensvertretung, OE ... Öffentliche Einrichtung, UNI ... Universitärer Kontext

Kritik an Inhalt und Qualitätssicherung der Ausbildung

Ausbildungsvoraussetzung/ Qualitätssicherung für Krankenbehandlung

Die folgende Tabelle gibt Einschätzungen der Stakeholder wieder, die in Bezug zur siebenten Forschungsfrage des Bundesministeriums für Gesundheit an den vorliegenden Bericht nach Ausbildungsvoraussetzungen und Qualitätssicherung sowie deren Ausreichen für die Krankenbehandlung durch klinische PsychologInnen stehen. Über die inhaltlichen Anmerkungen zu Ausbildung und Qualitätssicherung in den 17 dargestellten Stellungnahmen hinaus, sprechen 6 der Ausbildung die Qualifizierung zur Krankenbehandlung ab:

- ✿ Nr. 2: Die „postgraduale Ausbildung erscheint einerseits quantitativ stark ausgeweitet, andererseits für den „Behandlungsbereich“ sowohl quantitativ als auch qualitativ ungenügend.“ Ein auf Reflexion und Persönlichkeitsentwicklung ausgerichteter Selbsterfahrungsprozess kann unter diesen Voraussetzungen nicht erreicht werden.
- ✿ Nr. 30: „zu hohe Anteile an praktischer Ausbildung, keine ausreichende Qualifikation der Lehrenden/ Supervisoren“
- ✿ Nr. 53: „Unverzichtbare Voraussetzung ist eine ausreichende Lehrtherapie und Selbsterfahrung, die im Psychologengesetz viel zu gering ist.“ „Auch können keine ausreichenden Kompetenzen und Fertigkeiten in Gesprächsführung erwartet werden.“
- ✿ Nr. 60: „Eine ausreichende Lehrtherapie und Selbsterfahrung ist als unverzichtbare Voraussetzung für die umfassende Behandlung psychischer Störungen anzusehen.“ „Mit der Ausbildung erwirbt man keine ausreichenden Kompetenzen in Kommunikation und Gesprächsführung.“
- ✿ Nr. 64: „In der Ausbildung sind der klinisch-psychologischen Behandlung im konkreten zu wenig Stunden eingeräumt.“
- ✿ Nr. 103: „Es wird bezweifelt, ob die zu vermittelnden Inhalte in den angeführten Zeiten gehaltvoll und kompetenzfördernd vermittelt werden können.“

Tabelle 4.2-4: Stakeholder Parlamentarische Gesetzesbegutachtung:
Frage BMG 7 – Ausbildungsvoraussetzungen/ QS ausreichend für Krankenbehandlung

Nr. ¹	Kat.	Inhalt	Seite
2	IV	Der Entwurf verwischt durch quantitative Aufrüstung der Ausbildung die qualitativen Unterschiede hin zur psychotherapeutischen Qualifikation. Die neu für eine Gesamtdauer von 3 bis 5 (!) Jahren konzipierte postgraduale Ausbildung erscheint einerseits quantitativ stark ausgeweitet, andererseits für den „Behandlungsbereich“ sowohl quantitativ als auch qualitativ ungenügend.	3
		Als mangelhaft zu betrachten ist zudem: <ul style="list-style-type: none"> ✿ - Keine ausreichende Qualifikation der Lehrpersonen für Selbsterfahrung ✿ - Keine ausreichende Qualifikation der SupervisorInnen Selbsterfahrung kann auch bei Klinischen PsychologInnen und GesundheitspsychologInnen absolviert werden, die dafür in keiner Weise qualifiziert sind. Ein auf Reflexion und Persönlichkeitsentwicklung ausgerichteter Selbsterfahrungsprozess kann unter diesen Voraussetzungen nicht erreicht werden. Dieser Einwand gilt analog für die Supervision.	4
17	FG	In der Ausbildung fehlt Biopsychosoziale Medizin bzw. Psychosomatische Medizin völlig.	2

Nr. ¹	Kat.	Inhalt	Seite
17	FG	In der Ausbildung fehlt Biopsychosoziale Medizin bzw. Psychosomatische Medizin völlig.	2
30	IV	<p>Aus fachlicher Sicht finden sich zahlreiche Einwände gegen die Ausbildungsqualität der Psychologinnen, In einer Zeit, in der die Medizin evidenzbasiert ausbildet und handelt, bestehen im Ausbildungsbereich massive Mängel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✿ Die Ausbildung Psychologie verfügt nicht über eine durchgängige, wissenschaftliche Metatheorie über die Entstehung und Behandlung von Krankheiten. ✿ zu hohe Anteile an praktischer Ausbildung ✿ keine ausreichende Qualifikation der Lehrenden ✿ keine ausreichende Qualifikation der Supervisoren 	2, 3
46	IV	Um sicherzustellen, dass die Selbsterfahrung von Personen angeleitet wird, die eine umfassende berufliche Praxis mitbringen, sollte als Qualifikation eine zumindest zehnjährige einschlägige Berufserfahrung im Gesundheitswesen gefordert werden.	3
		Spezialisierungen: Wir erachten es als sinnvoll, genauere Bestimmungen für den Umfang und das Ausmaß an Weiterbildungscurricula zum Nachweis der vermittelten Theorie zu treffen. Ebenfalls sinnvoll wäre es, sich dabei an bereits bestehenden Weiterbildungscurricula zu orientieren und eine Untergrenze von 120 Einheiten vorzusehen.	4
		Zusätzlich auch Intervision als mögliche Form der Fortbildung.	4
		Übergangsbestimmungen: Vorgesehen werden müsste auch eine Bestimmung über das Auslaufen der Übergangsregelungen generell (z.B. 10 Jahre nach dem In-Kraft-Treten des Gesetzes).	6
53	FG	<p>Auch setzt die psychotherapeutische Behandlung nach internationalen wissenschaftlichen Standards eine umfassende Ausbildung, die das Erlernen einer wissenschaftlich fundierten Psychotherapiemethode beinhaltet voraus.</p> <p>Unverzichtbare Voraussetzung ist eine ausreichende Lehrtherapie und Selbsterfahrung, die im Psychologengesetz viel zu gering ist. Auch können keine ausreichenden Kompetenzen und Fertigkeiten in Gesprächsführung erwartet werden.</p>	2
		Die Ausbildungseinrichtungen für klinische Psychologie sollten genauer definiert werden und zwingend psychiatrische Kliniken bzw. Abteilungen vorsehen, da nur dort Erfahrungen und Kompetenzen mit dem breiten Spektrum, unterschiedlichen Schweregraden und Verläufen von psychischen Erkrankungen gemacht werden können.	3
60	IV	Die Norm, dass der postgraduelle Erwerb praktischer fachlicher Kompetenz in einer facheinschlägigen Einrichtung des Gesundheitswesens zu erfolgen hat findet sich nicht.	7, 8
		Es werden keine Anforderungen an Ausbildungseinrichtungen zum Erwerb praktischer fachlicher Kompetenz (z.B. geeignete Einrichtungen des Gesundheitswesens, psychiatrische Krankenanstalten etc.) normiert. Immerhin müssen Erfahrungen und Kompetenzen mit einem breiten Spektrum, unterschiedlichen Schweregraden und Verläufen von psychischen Erkrankungen gemacht werden können. Eine Auflistung aller Praxisstellen ist im Sinne der Transparenz notwendig.	
		Eine ausreichende Lehrtherapie und Selbsterfahrung ist als unverzichtbare Voraussetzung für die umfassende Behandlung psychischer Störungen anzusehen, 76 Einheiten, wie der Entwurf dies vorsieht, sind als Mindestausmaß viel zu gering.	8
		Ein wesentlicher Bestandteil der psychotherapeutischen Ausbildung ist auch die langjährige Ausbildung in Gesprächsführung, die im vorliegenden Gesetzesentwurf für GesundheitspsychologInnen und Klinische PsychologInnen lediglich jeweils 30 Einheiten (!) umfasst. Damit erwirbt man keine ausreichenden Kompetenzen in Kommunikation und Gesprächsführung.	8

Nr. ¹	Kat.	Inhalt	Seite
64	AA	Ergänzungsvorschlag: Gruppensupervision mit einer Gruppengröße von maximal 3-4 Personen	1
		Im Rahmen des Erwerbs der theoretischen fachlichen Kompetenz in Klinischer Psychologie sind der klinisch-psychologischen Behandlung im konkreten zu wenig Stunden eingeräumt worden, Ergänzungsvorschläge: <ul style="list-style-type: none"> ✿ 50% mehr zu Techniken und Interventionsstrategien der klinisch-psychologischen Behandlung und Beratung ✿ 150% mehr zu klinisch-psychologischen Maßnahmen bei verschiedenen Störungsbildern 	1, 2
		Wir empfehlen, dass ein Mindestmaß an Behandlungsstunden festgelegt, dokumentiert und durch Supervision bestätigt werden soll.	2
67	OE	Aus unserer Sicht wäre es sinnvoll, wenn die Ausbildung nach einem einheitlichen Curriculum erfolgt. Nur so ist die Vergleichbarkeit garantiert.	1
70	UNI	Verlängerung der Praktikumszeiten sind nicht inhaltlich begründet, sie sind künftige Erschwernis für angehende PsychologInnen ohne wirklichen Benefit.	1
88	OE	Im Sinne der auf EU-Ebene angestrebten Vereinheitlichung der Ausbildung erschiene es wünschenswert, auch die Curricula für die praktische Ausbildung zu vereinheitlichen. Eine solche Vereinheitlichung erschiene auch im Lichte der Patientensicherheit und zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen Patientenbehandlung angezeigt.	1
96	UNI	Der Entwurf sieht eine vollständige, taxative Auflistung der Ausbildungsinhalte vor. Dies widerspricht der Dynamik der Wissenschaft in den genannten Bereichen.	8
		Es ist nicht ausreichend geklärt, welchen Kriterien Fortbildungsveranstaltungen genügen müssen. Vor allem für im universitären Bereich tätige Klinische Psychologen und Gesundheitspsychologen bleiben Fragen offen. Es sollte etwa geklärt werden, inwiefern etwa Kongressteilnahmen oder andere wissenschaftliche Veranstaltungen bzw. die Vorbereitung/ Eigenstudium von Literatur zur Vorbereitung von Lehre anerkannter wären.	10
101	IV/AA	Die Erhöhung der erforderlichen Theoriestunden um mehr als die Hälfte halten wir im Hinblick auf die gegenüber 1990 deutlich differenziertere und intensiviertere universitäre Vorausbildung für begründungsbedürftig.	6
		Für Praxisausbildungseinrichtungen sind keinerlei Voraussetzungen oder Verpflichtungen formuliert (anders das Ärztegesetz, das durch eine Reihe von Vorschriften das Ausbildungsinteresse der AusbildungskandidatInnen schützt). Es ist dringend notwendig, solche Praxis- Ausbildungseinrichtungen vermehrt in die Pflicht zu nehmen und auch zu überprüfen.	7
102	AA	Die vorgeschriebene Anzahl der Ausbildungsstunden in Methodik, Selbsterfahrung und Krisenintervention ist für den Gewerbeschein Lebens- und Sozialberatung LSB höher als die im neuen PG Entwurf normierte.	2
		Gesundheits- und klinischen PsychologInnen, die selbst keine Selbsterfahrung hatten, sollen laut Entwurf Selbsterfahrung vermitteln.	3
103	FG	Die wissenschaftliche Perspektive des Faches muss erkennbar in gesetzlichen Regelungen über postgraduale Ausbildungen in Psychologie berücksichtigt werden. Im Gesetzesentwurf wird jedoch der wissenschaftlichen Verankerung nur in unzureichender Weise Rechnung getragen.	3
		Gravierende Mängel bzgl. der vorgesehenen Qualitätssicherung: Für die Ausbildungseinrichtungen respektive für deren Curricula ist keine Akkreditierung vorgesehen. Die Qualitätssicherung (inkl. einzusetzenden Methoden und einer Festlegung der Evaluationsberechtigten) sollte verankert und an ein unabhängiges Gremium mit entsprechender Expertise (z.B. Akkreditierungsrat oder wissenschaftlicher Beirat) delegiert und nicht von der Politik selbst wahrgenommen werden.	3, 4, 8
		Unklar bleibt, wie Fallstudien rechtlich konzipiert sind. Sind es Zulassungsarbeiten die man bestanden haben muss, da man sonst nicht zur mündlichen Abschlussprüfung zugelassen werden kann? Wer bewertet die Fallstudien? Unklar bleibt auch, was bei einer ungenügenden Fallstudie geschieht und wie oft man eine solche wiederholen kann.	8

Nr. ¹	Kat.	Inhalt	Seite
103	FG	Zudem wird bezweifelt, ob die zu vermittelnden Inhalte in den angeführten Zeiten gehaltvoll und kompetenzfördernd vermittelt werden können. Es wird daher vorgeschlagen, die Umfänge der Aufbaumodule entsprechend zu erhöhen.	9
		Aus Qualitätsgründen wäre hier eine maximale Gruppengröße für Supervisionsgruppen festzulegen.	9
		Beim Erwerb praktisch fachlicher Kompetenz sollte Mindestmaß an dokumentierten Behandlungsstunden festgelegt und durch Supervision bestätigt werden.	10
		Die Beratung ist auch für Klinische PsychologInnen ein zentraler Tätigkeitsbereich, der unbedingt auch in die praktische Ausbildung aufgenommen werden sollte.	10
		Bei der Fortbildungspflicht sollte die Lektüre bestimmter Fachliteratur und der Besuch spezifischer Lehrveranstaltungen vorgesehen werden.	10
		Berufsangehörige haben zwar eine Dokumentationspflicht und Fortbildungspflicht; weitere Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der psychologischen Leistungen sind jedoch nicht vorgesehen wie z.B. die aktive Teilnahme an qualitätssichernden Maßnahmen (dies ist z.B. in der deutschen Psychotherapieversorgung mittlerweile Standard).	3
109	OE	Die praktischen Ausbildungen sollten nach einem einheitlichen Curriculum erfolgen, um einerseits die Vergleichbarkeit und andererseits die Mobilität der Auszubildenden zu ermöglichen.	2
115	IV	Das Ausmaß der Selbsterfahrungsstunden erscheint uns etwas gering, obzwar ja nicht die Beziehungsarbeit wie in der Psychotherapie im Vordergrund steht, sondern die edukative, übende Intervention.	3
		Es ist nicht fach- und sachgerecht vorzusehen, dass Selbsterfahrung von Personen durchzuführen ist, die selbst aufgrund Ihrer bisherigen Ausbildung keine Selbsterfahrung absolvieren mussten (Klinische PsychologInnen, GesundheitspsychologInnen).	4
118	FG	Eine Anrechnung oder Teilanrechnung universitär erworbene Kenntnisse und Fertigkeiten ist weder für Theorie- noch für Praxismodule vorgesehen. Dies bringt nicht nur eine unnötige Verlängerung der kostspieligen Ausbildung mit sich, sondern bedroht für die Theorieausbildung auch die Qualität, da sich die forschungsgeleitete Lehre an den Universitäten inhaltlich und didaktisch eher am aktuellen Stand des Fachs orientiert, als Theoriemodule, die von Praktikern angeboten werden, deren Ausbildung oft viele Jahre zurück liegt.	3

¹ Die Nummerierung der Stellungnahmen behält die auf der Parlamentshomepage aufscheinende Reihenfolge bei. AA ... Ausbildungsanbieter, FG ... Fachgesellschaft, IV ... Interessensvertretung, OE ... Öffentliche Einrichtung, UNI ... Universitärer Kontext

Einstiegsvoraussetzungen für die Ausbildung klinischer PsychologInnen

Das Gesetz sieht für die Zulassung zur Ausbildung zur/m klinischen Psychologin/en das Absolvieren einschlägiger klinisch-psychologischer Lehrveranstaltungen bereits im Rahmen des Psychologiestudiums vor. Diese Einstiegsvoraussetzung wird in den in der folgenden Tabelle dargestellten Stellungnahmen problematisiert.

Kritik an Einstiegsvoraussetzungen in Ausbildung

Tabelle 4.2-5: Stakeholder parlamentarische Gesetzesbegutachtung:
Einstiegsvoraussetzung klinisch psychologische Lerninhalte während des Psychologiestudiums

Nr. ¹	Kat.	Inhalt	Seite
1	AA	Nachholen von Lehrveranstaltungen, wo? Universitäten? Auch Ausbildungseinrichtungen nach PG?	3
76	UNI	Mit Sicherheit schließt diese Zugangsbeschränkung mehr als die Hälfte der AbsolventInnen des Diplomstudiums Psychologie und einen erheblichen Teil der AbsolventInnen des Masterstudiums der Psychologie von einer Ausbildung aus, die in vielen Berufsfeldern der Psychologie als Grundvoraussetzung für eine Anstellung gilt.	3
96	UNI	Die Koppelung des Erwerbs der Kenntnisse und Fertigkeiten an ein Studium der Psychologie ist hoch problematisch. Hochschulen müssen unter Rücksichtnahme auf die „Employability“ ihrer AbsolventInnen ihre Curricula an die Vorgaben des PG anpassen – und zwar ungeachtet weiterer wissenschaftlicher Entwicklungen, die unter Umständen in einigen Jahren andere Schwerpunktsetzungen nahelegen würden.	3
101	IV/AA	Angesichts der aktuell an den österreichischen Universitäten geltenden Studienplänen ist anzunehmen, dass auch bei einschlägiger Spezialisierung der größte Teil der AbsolventInnen des Studiums der Psychologie trotz besten Willens nicht in der Lage sein würde, die genannten Voraussetzungen zu erfüllen – was einen zusätzlichen kostenpflichtigen Markt für „Nachhol-Lehrgänge“ nach sich ziehen würde. Wo sollen diese stattfinden – bzw. schärfer gefragt – wer soll daran verdienen?	5
		Wir weisen beispielhaft auf die Regelungen der Fakultät für Psychologie der Universität Wien hin, nach welchen Studierende zu einem der Masterstudien zwangszuteilt werden.	5
		Jene wenigen, die die genannten Voraussetzungen punktgenau erfüllen, würden bereits einen Großteil jener theoretischen Kompetenzen und Fertigkeiten mitbringen, die erst Inhalt und Lehrziel der postgraduellen theoretischen Ausbildung sind, und deren mögliche Anrechnung gedeckelt ist.	5

¹ Die Nummerierung der Stellungnahmen behält die auf der Parlamentshomepage aufscheinende Reihenfolge bei. AA ... Ausbildungsanbieter, IV ... Interessensvertretung, UNI ... Universitärer Kontext

Gutachten für die Eignung zur Ausbildung

Kritik an Gutachten zur Eignung zur Ausbildung

Das Gesetz sieht für die Zulassung zur Ausbildung zur/m klinischen Psychologin/en ein Gutachten für die Eignung zur Ausbildung vor. Diese Einstiegsvoraussetzung wird in den in der folgenden Tabelle dargestellten Stellungnahmen problematisiert.

Tabelle 4.2-6: Stakeholder parlamentarische Gesetzesbegutachtung:
Einstiegsvoraussetzung Gutachten für Eignung zur Ausbildung zur/m klinischen Psychologin/en

Nr. ¹	Kat.	Inhalt	Seite
2	IV	Feststellung der psychischen Eignung für die Zulassung zur Ausbildung durch Gutachten: Eingriff in Grundrecht auf Wahrung der Privatsphäre: Beibringen des Gutachtens durch den Betroffenen selbst möglich? Wie und durch wen erfolgt die Auswahl der GutachterIn?	5
76	UNI	Willkürliche oder persönliche Kriterien der Begutachtung?	5
101	IV/AA	Die „Eignung“ in diesem Zusammenhang bedürfte eines differenzierten objektivierbaren Kriterienkatalogs, der erstens nicht allein den Werthaltungen der darüber befindenden (Theorie-) Ausbildungseinrichtung unterworfen sein sollte, und zweitens, den Betroffenen im Falle eines Ausschlusses von der Ausbildung eine Grundlage geben sollte, die Entscheidung zu beeinträchtigen.	6

¹ Die Nummerierung der Stellungnahmen behält die auf der Parlamentshomepage aufscheinende Reihenfolge bei. AA ... Ausbildungsanbieter, IV ... Interessensvertretung, UNI ... Universitärer Kontext

Bei der Analyse der Stellungnahmen zur parlamentarischen Begutachtung des Psychologengesetz 2013 kristallisierten sich vier weitere, über die engeren Forschungsfragen des Bundesministeriums für Gesundheit hinausgehende Themen heraus:

1. Stellung psychologischer Fachrichtungen untereinander
2. Mögliche Wirkung des Psychologengesetz 2013 auf die zukünftige Zahl klinischer PsychologInnen
3. Ausgestaltung des PsychologInnenbeirats
4. Juristische Form des Psychologengesetzes 2013

Die systematische Darstellung dazu findet sich im Addendum.

Themengebiete aus der Stakeholderanalyse außerhalb der Forschungsfragen des BMG im Addendum

5 Zusammenfassung und Diskussion

5.1 Ausbildungserfordernisse in Österreich im internationalen Vergleich

Die Regelung des Psychologieberufes ist in vielen Ländern in Bewegung, sei es durch rezente erstmalige einheitliche Regelungen (Schweiz, Australien, Neuseeland) oder durch eine Neuregelung (Österreich). In den USA und Kanada fehlen einheitliche nationale Regelungen. In Deutschland ist der Psychologieberuf im Gesundheitswesen gesetzlich nicht geregelt. Es lässt sich allgemein ein Trend hin zu Objektivierung und zu einer stringenter regelgeleiteter Administration der Registrierung klinischer PsychologInnen und der Akkreditierung von Ausbildungsprogrammen erkennen. In den USA, in Kanada, in Australien und in der Schweiz lassen sich Bestrebungen hin zur Orientierung an der durch die Ausbildung tatsächlich vermittelte Kompetenz der klinischen PsychologInnen erkennen, und weg von einer Inputorientierung in Form der Regelung von Lehrinhalten und Stundenvorgaben. Österreich spielt in diesem Feld keine aktive Rolle.

In einigen untersuchten Ländern sind für klinische PsychologInnen über den Masterstudiengang hinausgehende Studienabschlüsse vorgesehen. Ein Doktorat ist in den USA, in einigen Provinzen Kanadas und in England verpflichtend, in Australien ein möglicher Weg. In Neuseeland ist ein spezielles postgraduales Diplom in klinischer Psychologie zu absolvieren.

In Österreich bringt die Neuregelung der Ausbildung zur/m klinischen Psychologin/en im Psychologengesetz 2013 gegenüber dem Psychologengesetz 1990 eine Ausweitung sowohl der theoretischen als auch der praktischen Ausbildungsinhalte. Wurden bisher de facto zwischen 46 und 64 Stunden interventionsbezogenes theoretisches Wissen vermittelt, werden es beginnend mit Herbst 2014 105 Stunden (140 Einheiten) sein, davon 45 Stunden (60 Einheiten) mit speziell klinisch-psychologischem Behandlungsfokus sein. Zusätzlich sieht das Psychologengesetz 2013 verpflichtende Selbsterfahrung im Umfang von 76 Einheiten vor. Die Ausweitung der praktischen Ausbildung von bisher 1.480 Stunden (davon 800 facheinschlägig) auf nunmehr 2.188 Stunden im Rahmen eines (bezahlten) Arbeitsverhältnisses ist die zweite wichtige ausbildungsbezogene Neuregelung des Psychologengesetz 2013. Damit wird sich Österreich – nach Ablauf der gesetzlichen Übergangsfrist – in puncto formales quantitatives Anforderungsniveau für die Berufsausübung als klinische/r Psychologin/e ein Stück weit zum Niveau der Vergleichsländer hinaufbewegen.

5.2 Einschätzung des Psychologengesetz 2013 durch Stakeholder

Eine zugespitzte Formulierung zur in der Praxis fehlenden Abgrenzung der Psychologieberufe aus der Literatur - *psy nebula*⁸⁸ – beschreibt einen Hauptkritikpunkt der Stakeholder aus dem parlamentarischen Begutachtungsverfahren zum Entwurf des Psychologengesetz 2013. Dem Gesetzgeber wird vorgeworfen, das Tätigkeitsfeld klinischer PsychologInnen und speziell die klinisch-psychologische Behandlung nicht definiert zu haben. Der auf die Begutachtung folgende sogenannte gesamtändernde Abänderungsantrag im

Psychologieberufe wurden jüngst in vielen Staaten geregelt

Trend zu ...

Objektivierung der Ausbildungs-voraussetzungen

Orientierung an Kompetenzen (statt an Lehrinhalten und Stundenumfang)

Doktorat in UK, USA, tlw. AUS&KAN gefordert

PG 2013 hebt Ausbildungs-erfordernisse an ...

(Theorie, Praxis, Selbsterfahrung, Weiterbildung)

Annäherung an Niveau der verglichenen Länder

Vorwurf an Gesetzgeber: fehlende Definition klin.-psycholog. Behandlung

Gesundheitsausschuss des Parlaments, der die Änderungen zum Begutachtungsentwurf des Psychologengesetz 2013 vor der Beschlussfassung im Nationalrat enthält,⁸⁹ trägt in Reaktion auf die breite Kritik kaum etwas zur Aufklärung bei indem er dazu nur schreibt:⁹⁰

„Als ein Beispiel für ein klinisch-psychologisches Mittel kann das Expositi-onstraining angeführt werden.“

**Vorwurf an PG 2013:
fehlende Abgrenzung
PSY-Berufe**

**Schwierigkeit der
Abgrenzung findet sich
auch in der
internationalen
Forschungsliteratur**

Aus dieser Unklarheit ergibt sich die ebenfalls oftmalig kritisierte mangelnde Abgrenzung zur Tätigkeit von PsychotherapeutInnen und FachärztInnen für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin. Gleiches wäre darüber hinaus für die Abgrenzung zu weiteren Berufsgruppen, etwa jener der Lebens- und SozialberaterInnen, zu konstatieren.⁹¹ Hier sei angemerkt, dass dieses Abgrenzungsproblem auch in der internationalen Fachliteratur reflektiert wird:

“[Psychological interventions and psychotherapy] The lack of uniform legal definition of these professional activities in the domain of health care hampers quality control of training programs and delivered services and complicates coordination of care.”⁹²

**daher Fokus auf
Kompetenzen statt auf
Berufszugehörigkeit als
Schlussfolgerung des
vorliegenden Berichts**

Da weder Literatur und Lehrbücher noch das Psychologengesetz 2013 erlauben eine eindeutige Abgrenzung der sich überschneidenden „olympische Ringe“ der PSY-Berufe (PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, FachärztInnen für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin) zu treffen, ist die Schlussfolgerung der vorliegenden Arbeit, den Fokus auf objektivierbar gemessene Behandlungskompetenz der behandelnden Personen (statt auf Zugehörigkeit zu Berufsgruppen) zu legen.

Die Frage einer möglichen Remuneration klinisch-psychologischer Behandlung durch die Sozialversicherung, analog zur im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz verankerten klinisch-psychologischen Diagnostik, wird in den Stellungnahmen der Stakeholder zum parlamentarischen Begutachtungsverfahren nicht adressiert. Hierzu äußerte sich allerdings nach Ablauf der parlamentarischen Begutachtung und vor dem Beschluss des Psychologengesetz 2013 im Nationalrat der Gesetzgeber:

„Im Übrigen ist zur Wendung ‚klinisch-psychologische Behandlungsmethoden‘ zu betonen, dass die Indikation für derartige Maßnahmen jedenfalls nicht zwingend den Schluss zulässt, es liege eine Krankenbehandlung im sozialversicherungsrechtlichen Sinn vor.“⁹³

5.3 Limitationen

Limitationen bei der vergleichenden Darstellung der Ausbildungserfordernisse

Die erste Limitation des vorliegenden Berichts ergibt sich aus dem gerade zur Qualitätssicherung der klinisch-psychologischen Ausbildung ausgeführten. Die Darstellung der Ausbildungssituation in Deutschland, der Schweiz, in England, in den USA & Kanadas, in Australien & Neuseelands und schließlich in Österreich erfolgte weitestgehend anhand von Lehrinhalten und Stundenvorgaben, also anhand von Ausbildungsinputs, die noch nichts über die resultierende Kompetenz klinischer PsychologInnen und noch weniger über die letztlich bei den PatientInnen ankommenden Behandlungsergebnisse aussagen. Daraus sind keine letztgültigen Aussagen über die outcomerelevante Ausbildungsqualität möglich. Auch fokussierte die Betrachtung der Ausbildungen der klinischen PsychologInnen, und dies gilt vor allem für Österreich, auf den Zeitraum nach Abschluss des (in der Regel fünfjährigen) Psychologiestudiums. Für eine tiefschürfendere Beurteilung der Ausbildungsqualität wäre jedoch, wieder im Sinn der Orientierung an der Kompetenz klinischer PsychologInnen und am PatientInnen-Outcome, eine Betrachtung des Gesamtorchesters des Ausbildungsverlaufs über alle Stationen hinweg angebracht.

Internationale Darstellung der Ausbildungserfordernisse bleibt auch weitgehend auf Niveau der Lehrinhalte/ Stundenvorgaben, da konkrete Kompetenzorientierung schwierig zu erfassen

Limitationen der Stakeholderanalyse Österreich

Bei der Stakeholderanalyse war der Bericht bemüht, eine möglichst breite Palette an Einschätzungen zur Behandlung durch klinische PsychologInnen zu präsentieren, und in der Auswahl der Stakeholder sowie in der anschließenden Darstellung der Meinungen transparent und regelgeleitet vorzugehen. Dafür bot sich das zeitgleich zur Berichterstellung stattfindende öffentliche parlamentarische Stellungnahmeverfahren zur Neuformulierung des Psychologengesetzes an. Ein dabei möglicherweise problematischer Aspekt ist allerdings, dass Stakeholder in der Begutachtung von Gesetzen wohl eher dann geneigt sind, Stellungnahmen abzugeben, wenn sie kritische Diskussionsbeiträge liefern wollen oder gar ihre Interessen durch den Gesetzesentwurf bedroht fühlen. Dies führte wohl auch im vorliegenden Fall zu einer gewissen Verzerrung ins - hier der klinisch-psychologischen Behandlung gegenüber - eher negativ Eingestellte, deren Grad schwer einzuschätzen, die aber jedenfalls bei der Rezeption des Berichts durch die LeserInnen zu berücksichtigen ist.

parlamentarischer Begutachtungsprozess bringt Bias in Stellungnahmen mit sich

5.4 Qualitätssicherung der Ausbildung

Der internationale Stand der wissenschaftlichen Diskussion zur Qualitätssicherung in der psychologischen Ausbildung wird in diesem Unterkapitel auf Grundlage der systematischen und der beiden freien Literatursuchen wiedergegeben. Bei der Qualitätssicherung psychologischer Ausbildung geht es um zwei grundsätzliche Fragen:⁹⁴

Literatursuchen zu Stand der Diskussion um QS der Ausbildung

1. Wie wird Ausbildungsqualität festgelegt und gemessen? (Ev. auch: Wer legt die Qualität fest?) Diese Frage führt zu einem Fokus auf Kompetenzen.
2. Was ist die wissenschaftliche Rolle im Verhältnis zur klientInnen-orientiert praktizierenden Rolle einer/s klinischen Psychologin/en?

Grundfragen zu QS

Diese Frage betrifft das Grundverständnis des Berufs der/s klinischen Psychologin/en.

Nach der Behandlung dieser beiden Kernfragen im Kapitel 5.4.1 und 5.4.2 werden im Kapitel 5.4.3 weitere in der Literatur thematisierte Fragen zur Qualitätssicherung der Ausbildung benannt. Im Kapitel 5.4.4 werden schließlich Anknüpfungspunkte aus der Diskussion für die konkrete Ausbildungssituation des neuen österreichischen Psychologengesetz 2013 identifiziert.

5.4.1 Fokus auf Kompetenzen

Regelung der Ausbildung bisher traditionell über Lehrinhalte und Umfang
Absolvieren der Ausbildung führt aber nicht automatisch zu Kompetenz
Trend zu stärkerer Orientierung an Ergebnissen der Ausbildung zeichnet sich international ab

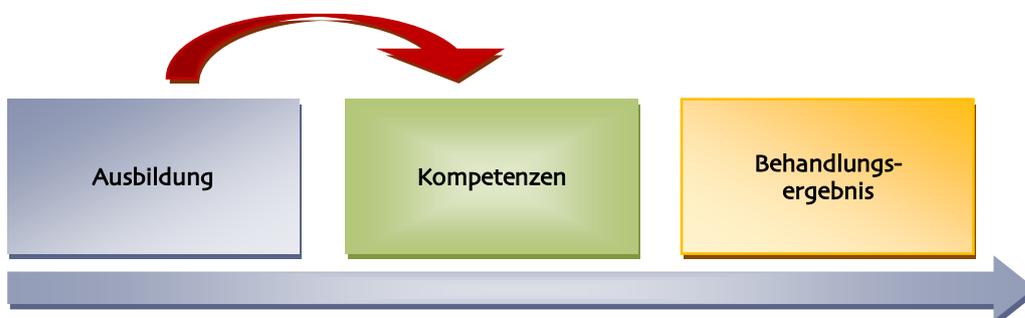
Weg von der formalen Input- und hin zur klientInnenorientierten Kompetenzorientierung

Traditionell war die Ausbildung in klinischer Psychologie durch die Vorgabe von Inputs gekennzeichnet. Lehrinhalte wurden vorgegeben und der Umfang von Kursen, Supervision oder Selbsterfahrung wurde zeitlich geregelt. „*Temporal training criteria ignore the much more important issue of what is trained and how it is trained.*“⁹⁵ Die Zusammenstellung der unterschiedlichen Ausbildungskomponenten erfolgte selten nachvollziehbar begründet.

„*Training criteria have been primarily deprived from accepted wisdom, rather than from a sound body of data.*“⁹⁶

Das Absolvieren gewisser Ausbildungsinputs ist nicht gleichbedeutend mit der tatsächlichen Aneignung der intendierten Kompetenzen.⁹⁷ International zeichnet sich deshalb eine Abwendung von einer reinen Inputbetrachtung ab und die Ergebnisse der Ausbildung rücken mehr und mehr ins Blickfeld.⁹⁸ Bei der Ausbildungsgestaltung nimmt der Fokus auf Kompetenzen und auf deren Messung zu.⁹⁹ Tatsächlich angeeignete Kompetenzen sind einen Schritt näher am Behandlungsergebnis, das bei der/m Patientin/en ankommt, und um das es bei allen Qualitätsbemühungen letztlich immer geht. Die folgende Abbildung verdeutlicht den Wechsel des Fokus von der Ausbildung hin zu Kompetenzen mit dem roten Pfeil.

Abbildung 5.4-1: Fokus auf Kompetenzen als Schritt hin zur Orientierung am Behandlungsergebnis



Kompetenz meint die generelle berufliche Eignung, die sich in Wissen, Fähigkeiten, Einstellungen und deren Zusammenspiel spiegelt.¹⁰⁰ Darüber hinaus ist auch das Trainieren von Fertigkeiten (englisch „capabilities“) des Umgangs mit Veränderung, das Trainieren von Fertigkeiten des Generierens neuen Wissens und von Fertigkeiten des fortgesetzten persönlichen und professionellen Wachstums wichtig, genauso wie die Verbesserung der Fähigkeit der/s klinischen Psychologin/en zur realistischen Selbsteinschätzung und Selbstreflexion.

Seit den 1990er Jahren stellt die Akkreditierung von Ausbildungsprogrammen in den USA gezielt auf Kompetenzen ab, also auf die Ergebnisse von Ausbildung und Training, die bei der/m klinischen Psychologin/en ankommen. Kompetenz wird seit 2002 im Ethikcode der American Psychological Association ein eigener Abschnitt gewidmet, in dem es u.a. um Praktizieren nur innerhalb des eigenen Kompetenzbereichs und um ein laufendes Bemühen, die eigene Kompetenz zu erhalten und zu entwickeln, geht.¹⁰¹ Ausbildungsinstitutionen müssen ihre Programme auf psychologische Kernkompetenzen hin ausrichten, und sich auf die Kompetenzerreichung ihrer Studierenden in den unterschiedlichen Domänen konzentrieren. Durch eine Evaluierung/ Messung dieser Ergebnisse ist die Effektivität der Ausbildung zu belegen.¹⁰² Dies beginnt bei den Curricula von Doktoratsprogrammen, reicht weiter zu organisierten aufbauenden Internship-Programmen und endet bei supervidierten Postdoc-Programmen zur weiteren Entwicklung professioneller klinisch-psychologischer Kompetenz.¹⁰³

2002 wurde in den USA dazu eine wissenschaftliche Konferenz abgehalten.¹⁰⁴ Die Bedeutung des Identifizierens, Vermittelns und Überprüfens von relevanten Kompetenzen zog sich durch die Konferenzschwerpunkte individuelle Kompetenz und Kompetenz kultureller Diversität¹⁰⁵; Kompetenz in wissenschaftsorientierter Praxis¹⁰⁶; Kompetenz in Diagnose¹⁰⁷; Kompetenz in interprofessioneller Zusammenarbeit¹⁰⁸ und Kompetenz in Supervision¹⁰⁹.

Der Konferenzschwerpunkt zu klinischer Intervention arbeitete zur Implementation von Interventionen die folgenden spezifischen Kompetenzen heraus:¹¹⁰

- ✧ Implementieren des Behandlungsplans
- ✧ Umgang mit speziellen Situationen, wie suizidalen KlientInnen
- ✧ rechtzeitiger Abschluss der Intervention¹¹¹
- ✧ Zusammenarbeit mit anderen AkteurInnen im Gesundheitswesen
- ✧ Verantwortlicher Umgang mit der eigenen Person¹¹²:
“... *competent clinicians develop specific strategies of self-care that enable them to maintain their intervention competence.*”¹¹³

Die schottische Universität Edinburgh hat für ihr gemeinsam mit dem Nationalen Gesundheitssystem (NHS) angebotenes Doktoratsprogramm in klinischer Psychologie, in dem die Verschränkung von Theorie und Praxis einen sehr hohen Stellenwert hat, Fähigkeiten für die klinisch-psychologische Praxis definiert.¹¹⁴ Diese finden sich im Addendum.

Ergebnisorientierte Ausbildung zur/m Psychologin/en benötigt vorausdefinierte Benchmarks spezifischer Kompetenzen, die Vergewisserung, wie diese am besten pädagogisch erreicht werden können und anerkannte Instrumente, um Kompetenzen zu messen oder zu prüfen. Das Wissen, wie kompetenzorientierte Ausbildung zu optimalen Ergebnissen führen kann, ist noch begrenzt. Die Forschung zu diesen Fragen ist jedoch in Bewegung gekommen,¹¹⁵ wobei nach wie vor ein Großteil der Literatur durch Kommentare und Diskussion geprägt ist, und direkte Evaluationen von Ausbildungen sehr selten sind.¹¹⁶

Definition „Kompetenz“ und „Fertigkeiten/ engl. capabilities“

USA: Akkreditierung unterstützt schon länger Fokus der Ausbildungsprogramme auf Kernkompetenzen und deren Erreichen ... sowohl bei theoretischen Inhalten als auch bei der praktischen Ausbildung/ Internship-Programm

gewisse Forschungsstradition der Auseinandersetzung mit Fragestellungen der kompetenzorientierten QS entsteht

Beispiel für Fähigkeitenkatalog in Addendum

Kompetenzorientierung benötigt definierte Benchmarks und Instrumente der Messung – beides in Entwicklung

Evaluation von Kompetenzen als besondere auch methodische Herausforderung mögliche Anleihen für innovative Methoden auch aus Nachbardisziplinen wie Medizin

Für die Ausbildung in klinischer Psychologie grundlegend wichtige Fragen, wie etwa, ob Supervision tatsächlich zu einer Verbesserung der therapeutischen Qualität der/s Supervidierten und in der Folge zu einem besseren Behandlungsergebnis bei den KlientInnen führt, wurden in der Forschungsliteratur bisher weitgehend ignoriert.¹¹⁷ Generell mangelt es an evidenzbasiertem Wissen über die Ausgestaltung von Ausbildung und Training zur/m klinischen Psychologin/en.

„Our evidence base for training clinical therapeutic behaviours is significantly less well developed than our evidence base for the therapies that we train.“¹¹⁸

Das Fehlen passender Evaluationsmethoden des Erwerbs von Kompetenzen ist in der Praxis eine weitere große Herausforderung:

„Ways to assess such competencies remain elusive.“¹¹⁹

Das Messen von Wissen ist methodisch leichter und daher besser entwickelt als das Messen von klinischen Fähigkeiten oder als das Evaluieren anderer Kompetenzbereiche und persönlicher Einstellungen.¹²⁰ Klinische Psychologie evaluiert die Fähigkeiten von Auszubildenden in klinischer Praxis oftmals über von der/m Supervisor/in ausgefüllten (Likert) Skalen, die als unzuverlässig gelten, da sie bei verschiedenen klinischen SupervisorInnen nicht die gleichen Resultate erbringen. Bisweilen kommen narrative Beschreibungen der klinischen Leistungen der in Ausbildung befindlichen Person meist ohne Standardisierung zum Einsatz.¹²¹ Entwicklungen in anderen Fächern, wie etwa der Medizin, wo 360-Grad-Evaluationen der/s Auszubildenden gleichzeitig durch PatientInnen, durch andere Auszubildende, durch Lehrende und durch Selbsteinschätzung ebenso eingesetzt werden wie SchauspielerInnen, die in der Prüfungssituation StandardpatientInnen darstellen, könnten Vorbildwirkung für die klinische Psychologie entwickeln.¹²² Strukturierte Beobachtung von Auszubildenden mit einer speziellen kompetenzorientierten Checkliste als Hilfsmittel oder Videoaufzeichnungen als Unterstützung für strukturiertes Feed-back stellen weitere neuere Ansätze bei der Evaluierung klinischer Kompetenz dar.¹²³ Eine Arbeitsgruppe der American Psychological Association entwickelte grundlegende Leitlinien und Empfehlungen für das Messen von Kompetenz.¹²⁴ Die unbestrittene Schwierigkeit der Evaluation in der Ausbildung erworbener Kompetenzen kann jedoch kein Argument für die primäre Evaluierung der Ausbildungsqualität auf Basis von traditionellen Inhalts- und Stundenvorgaben sein.¹²⁵

Zeitpunkt der Kompetenzevaluation

laufende Kompetenzevaluierung auch zur Unterstützung des Lernfortschritts

Während der Ausbildung kommt Abschlussprüfungen und größeren Abschlussarbeiten in der Regel große Bedeutung zu. Im Sinn eines graduellen Kompetenzentwicklungsansatzes kann es sinnvoll sein, den einseitigen Fokus auf Abschlussequaliation dadurch abzumildern, dass der begleitenden Kompetenzerhebung größeres Augenmerk geschenkt wird, was auch für die individuelle zeitnahe Unterstützung einer/s Studierenden im Ausbildungs-verlauf von Vorteil sein kann.¹²⁶

Kompetenzprüfung isoliert nur zu wenigen Zeitpunkten problematisch

Bei der Akkreditierung findet die Kompetenzprüfung meist nur zum Zeitpunkt der erstmaligen Akkreditierung/ Registrierung/ Listeneintragung statt. Danach gibt es keine externe Evaluierung der sich entwickelnden Kompetenz mehr, ganz zu schweigen von einer regelmäßigen Evaluierungsroutine über das gesamte Berufsleben hinweg.

Die Selbsteinschätzung der/s registrierten Psychologin/en und die Erwartung, dass PsychologInnen reflektiert ausschließlich im eigenen engeren Kompetenzbereich tätig sind, stehen hinfort im Vordergrund,¹²⁷ meist in Verbindung mit einem Disziplinarwesen.

Zuletzt bringt Kompetenzorientierung in einem von so vielen Berufsgruppen beanspruchten Gesundheitsmarkt wie dem der psychologisch-psychotherapeutisch-psychiatrischen Behandlung einen weiteren wichtigen Vorteil. Der standes- und machtpolitische Fokus auf die Ausgangsprofession tritt in den Hintergrund und die objektivierbare gemessene Behandlungskompetenz der einzelnen Person tritt in den Vordergrund.

Weder Literatur und Lehrbücher noch das österreichische Psychologengesetz 2013 erlauben eine eindeutige Abgrenzung der sich überschneidenden „olympische Ringe“ der PSY-Berufe (PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, FachärztInnen für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin). Die Versorgung der PatientInnen sollte sich im Licht des Obigen daran orientieren, welche Behandlungskompetenzen die jeweiligen LeistungserbringerInnen im Rahmen von qualitätsgesicherten Aus-, Fort- und Weiterbildungen tatsächlich erworben haben, nicht an der formalen Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe.

**Herausforderung:
lebenslanges Lernen**

**Orientierung an objektiv
evaluierter Kompetenz
auch als Lösung für
standespolitische
Konflikte über
(lukrative)
Tätigkeitsfelder im
Gesundheitswesen**

5.4.2 Grundverständnis des Berufs

Das Boulder Modell des Scientist Practitioner

Die nach ihrem Austragungsort im US-Bundesstaat Colorado benannte Boulder Conference on Graduate Education in Clinical Psychology der American Psychological Association definierte im Jahr 1949 den nach wie vor dominierenden Ausbildungsstandard klinischer Psychologie: gleiches Gewicht für Wissenschaft und Praxis. Angehende klinische PsychologInnen sollten an einer Universität – traditionell mit dem Abschluss eines Doctor of Philosophy PhD¹²⁸ - ausgebildet und in die Lage versetzt werden, sowohl als WissenschaftlerInnen in akademischen, als auch praktizierend in klinischen Settings tätig zu werden.¹²⁹ Die Boulder Konferenz setzte auch einen ersten Schritt zur Kompetenzorientierung in der Ausbildung.¹³⁰

**Boulder Modell:
gleiches Gewicht für
Wissenschaft und Praxis
PhD**

Das Vail Modell fokussiert mehr auf die Arbeit mit KlientInnen

Die ebenfalls nach ihrem Austragungsort im US-Bundesstaat Colorado benannte Vail Conference on Professional Training in Psychology propagierte 1973 einen Ausbildungsansatz, der die Interaktion mit KlientInnen in den Vordergrund stellt, und die/den angehende/n Psychologin/en nicht mehr als Wissenschaftler/in im engeren Sinn begreift, sondern als wissenschaftlich geschulte/n kritische/n Rezipientin/en von Forschungsergebnissen. Am Vail Modell orientierte Ausbildungen verleihen demnach auch nicht den traditionellen Doctor of Philosophy PhD sondern einen Doctor of Psychology PsyD.

**Vail Modell:
Interaktion mit Klient/in
rückt in den
Vordergrund
PsyD**

- Matrix Modell:**
 - bezieht neben Einzelpersonen auch gesellschaftliche Gruppen und Institutionen als Fokuspunkte ein
 - Vernetzung Theorie und Praxis
- Würfel Modell:**
 - stufenweise entwicklerische Perspektive

Zwei weitere Ausbildungsmodelle

Für die kompetenzorientierte Entwicklung von Ausbildungsprogrammen werden zwei weitere, komplexere Ausbildungsmodelle vorgeschlagen. Das Matrix-Modell baut Elemente positiver Psychologie in das Curriculum ein, indem es Stärken und Schwächen der KlientInnen betont und einen niederschwelligeren und präventionsorientierten Interventionsansatz vertritt. Das Modell beinhaltet vier konzeptive Niveaus: Individuelles, Interpersonelles, Institutionelles und Gesellschaftliches. Das Modell sieht nicht nur einzelne KlientInnen als Ziel klinisch-psychologischer Intervention sondern auch Gruppen und Institutionen. In der Operationalisierung wird dem Mentoring in verschiedenen Kontexten in der Ausbildung ein hoher Wert beigemessen, und die Bedürfnisse einzelner gesellschaftlicher Gruppen werden in den Fokus gerückt. Der akademische und klinische Bereich sollen stärker verbunden werden.¹³¹ Das Würfel-Modell¹³² hebt den Verlauf des Kompetenzerwerbs über die Zeit hervor, was bei der Ausbildungsgestaltung die entwicklerische Perspektive in Phasen stärkt.¹³³

5.4.3 Weitere Fragen an die Qualitätssicherung der Ausbildung

- Literatur thematisiert auch Fragen etwa nach ...
- Umfang der Ausbildung**
- Niederschlag der Kompetenzorientierung in der tatsächlich bei PatientInnen ankommenden Behandlungsqualität**
- Optimierung der Evaluation von Fähigkeiten**
- gesellschafts- und machtpolitische Aspekte gesetzlicher Regelungskompetenz**

Das Ziel der Qualitätssicherung der Ausbildung zur/m klinischen Psychologin/en ist letztlich immer die Verbesserung des PatientInnen-Outcomes. Es geht weder um ideale Ausbildungen noch um perfekte PsychologInnen als Werte an sich. Neben den oben beleuchteten grundsätzlichen Fragen nach Kompetenzorientierung und beruflichem Grundverständnis stellen sich in der betrachteten Forschungsliteratur weitere zukünftig zu beantwortende Fragen:

- ✿ Wie umfangreich sollen Ausbildungen sein? Was ist der optimale Ausbildungsumfang im Sinn bestmöglicher erzielter klinischer Praxis?
- ✿ Wie effektiv ist die Messung von Kompetenz für die Verbesserung der klinischen Praxis, die bei PatientInnen ankommt?
- ✿ Wie gelingt die Integration von didaktischer Wissensvermittlung und supervidierter Praxis (Praktika, Internship)?
- ✿ Wie ist die richtige Balance zwischen Prüfen von Fachwissen und Evaluieren von Fähigkeiten der praktischen Umsetzung? Mit welchen Instrumenten können beide am besten bewerkstelligt werden?
- ✿ Wo ist die Prüfung der Praxiszulassung zu verorten: bei Ministerien oder bei unabhängigen Boards?
- ✿ Welche Rollen sollen berufspolitische Interessensvertretungen, Anbieter von privat zu finanzierenden Ausbildungen neben wissenschaftlichen Fachgesellschaften, VertreterInnen der Öffentlichkeit (BürgerInnen, potenzielle KlientInnen und PatientInnen) und Regulierungsbehörden bei der Akkreditierung spielen?

5.4.4 Anknüpfungspunkte aus der Qualitäts-sicherungsdiskussion für Österreich

Österreich fokussiert nach wie stark auf quantitative Ausbildungsregelungen statt direkt auf Kompetenzerwerb. Die auch im Psychologengesetz 2013 weiter vorherrschenden quantitativen Regelungsinhalte sind allerdings ohne näheres Ergründen, in wie weit die Praxis der Ausbildung tatsächlich geeignet ist, den AusbildungsteilnehmerInnen klinisch-psychologische Leistungserbringung näherzubringen, nur eingeschränkt aussagekräftig. Letztlich kommt es weniger auf den Umfang der Bestandteile und auch weniger auf die Qualität einzelner an, sondern auf deren Zusammenspiel in einem, wenn auch im österreichischen Fall virtuellen, Ausbildungsprogramm. Das Psychologengesetz 2013 bringt trotzdem vor allem eine quantitative Ausweitung der Ausbildungserfordernisse. Der inhaltlichen Qualitätsverbesserung der Ausbildung wird hingegen weniger Augenmerk geschenkt. Im Gegensatz dazu räumt die internationale Forschungsliteratur der Reflexion darüber, was in der Ausbildung unterrichtet wird und in welcher Form der Wissenserwerb erfolgt, Priorität gegenüber einer reinen umfangreichen Ausweitung der Ausbildungserfordernisse ein.

„It is clearly incorrect to assume that more training in professional psychology equates to better performance as a professional psychologist. ... Enhancing competence is more likely to be achieved by restructuring what is taught, and how teaching is done, than by increasing the duration of professional education.“¹³⁴

Eine umfassende inhaltliche Akkreditierungspflicht der praktischen Ausbildungskomponente fehlt in Österreich nach wie vor. Das Psychologengesetz 2013 schreibt die Akkreditierung von Anbietern der theoretischen Ausbildung zur/m klinischen Psychologin/en vor und macht Vorgaben für deren theoretische Curricula. Konkrete inhaltliche Vorgaben für die Gestaltung der praktischen Ausbildung fehlen aber genauso wie eine Akkreditierungspflicht der praktischen Ausbildungskomponente anhand solcher Vorgaben. Im Gegensatz dazu erfolgt der Kompetenzerwerb klinischer PsychologInnen in den mit Österreich verglichenen Ländern oft im Rahmen von Studienprogrammen, die sämtliche Ausbildungskomponenten (Theorie, Praktika vor der Aufnahme in das Internship, strukturiertes Internship) koordinieren oder sogar integrieren. Akkreditiert werden nicht nur die Universitäten, sondern auch die Internship-Programme und supervidierte postdoktorale Praxisprogramme. Wie sich die Ausbildungsqualität in diesen aufeinander abgestimmten und umfassend akkreditierten Programmstrukturen im verglichenen Ausland zu der Ausbildungsqualität in der österreichischen Kombination aus akkreditierten theoretischen Ausbildungskomponenten und bestenfalls lose koordinierten nicht umfassend akkreditierten praktischen Ausbildungskomponenten verhält, ist eine für Kompetenzerwerb und Behandlungsqualität wichtige Frage. Das bis in die 1970er Jahre in England praktizierte Ausbildungsmodell aus 4 Jahren wissenschaftlicher Psychologie in Kombination mit 2 Jahren supervidierte Praxis, das dem gängigen österreichischen Modell nicht unähnlich war, wird in der Literatur als „an awful training route“¹³⁵ beschreiben, da es weder ein Mindestmaß an erworbenen klinischen Fähigkeiten garantiert, noch den Kontakt zu PatientInnen unterschiedlicher Altersgruppen mit einem Mindestspektrum an unterschiedlichen Diagnosen und Schweregraden sicher stellt, noch gewährleistet, dass SupervisorInnen dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechende evidenzbasierte klinische Praxis vermitteln.¹³⁶

Gesamtwirkung der Ausbildung auf Kompetenzerwerb und letztlich Behandlungsqualität zählt

PG 2013 hält hingegen an punktuellen Vorgaben inhaltlicher und quantitativer Natur fest

QS der praktischen Ausbildung im PG 2013 kaum berücksichtigt

keine Akkreditierungspflicht

keine Förderung des mit der Theorie vernetzten Programmcharakters auch der praktischen Ausbildung

**Kompetenzorientierung
erfordert
grundlegenden
Kulturwandel**

Aus dem aktuellen Stand der publizierten Diskussion zur Qualitätssicherung der Ausbildung in klinischer Psychologie ergibt sich, international graduell unterschiedlich, noch ein weiter Weg hin zur kompetenzorientierten Ausbildung klinischer PsychologInnen. Der notwendige Mut mit Althergebrachtem zu brechen brauche einen umfassenden Kulturwandel.¹³⁷ Eine australische Perspektive darauf liest sich so:

“A competency-based curriculum, encompassing competencies as a goal and also as the subject of assessment, rather than a variety of knowledge per se, remains elusive within Australia. ... Perhaps it is time to throw the Australian clinical psychology training cookbook out.”¹³⁸

6 Zusammenfassung Teil II

Hintergrund und Ziel: In Österreich ist derzeit die klinisch-psychologische Diagnostik im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz verankert, nicht jedoch die Behandlung durch Klinische PsychologInnen. Im Rahmen dieses Projekts im Auftrag des österreichischen Gesundheitsministeriums war das Ziel des vorliegenden Berichtsteils II, eine Literaturübersicht zu Behandlungsmethoden und Anwendungsbereichen der klinisch-psychologischen Behandlung zu erstellen.

Methode: Es wurde eine systematische Literatursuche in 2 Datenbanken (Cochrane, CRD) durchgeführt. Die Datenextraktion fokussierte v.a. auf Informationen zu Indikationsbereichen und psychologischen Interventionen. Ein englischsprachiges Lehrbuch wurde als zusätzliche Quelle herangezogen. Die extrahierten Informationen wurden indikationsweise nach ICD-10 Klassifizierungen zusammengefasst und aufbereitet.

Ergebnisse: Durch die systematische Suche standen 332 Referenzen für die Literatúrauswahl zur Verfügung. Insgesamt wurden 44 Cochrane Reviews und 7 HTA-Berichte zu folgenden ICD-10 Kategorien eingeschlossen: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19), Affektive Störungen (F30-F39), Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48), Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59), Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69), Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98).

Es wurde eine Vielzahl an unterschiedlichen Behandlungsmethoden, die als „psychologische Interventionen“ in den Übersichtsarbeiten und dem Lehrbuch angeführt wurden, extrahiert, wobei die kognitive Verhaltenstherapie am häufigsten genannt wurde. Weitere häufig erwähnte Interventionen umfassten z.B. die psychodynamische Therapie, Beratung, Entspannungstherapie, interpersonelle Therapie, Hypnotherapie oder kognitive Therapie.

Für einen ersten Überblick hinsichtlich der Evidenzlage zur Wirksamkeit wurden für jede Übersichtsarbeit die Anzahl der inkludierten Primärstudien und PatientInnen sowie die Schlussfolgerungen der Review-AutorInnen wiedergegeben. Viel Forschungstätigkeit gibt es z.B. im Bereich der Depression und der posttraumatischen Belastungsstörung. Es wurden relativ wenige Reviews identifiziert, die sich mit Kindern und Jugendlichen befassten.

Diskussion und Schlussfolgerungen: Die Grenzziehung zwischen psychologischen Interventionen und z.B. psychosozialen, Schulungs- oder Beratungsmaßnahmen ist teilweise nur schwer möglich. Aufgrund der oftmals synonymen Verwendung der Begriffe „psychologisch“ und „psychotherapeutisch“, die in anderen Rahmenbedingungen sowie einem anderen Psychotherapieverständnis in den meisten westlichen Staaten im Vergleich zu Österreich begründet ist, ist die Abgrenzung zwischen diesen beiden Bereichen auf Basis der internationalen Forschungsliteratur nicht trennscharf möglich.

Der vorliegende Berichtsteil bietet eine Übersicht zu Indikationsbereichen und Behandlungsmethoden in der internationalen wissenschaftlichen Literatur und liefert erste Hinweise auf die Wirksamkeit der genannten Interventionen. Die hier präsentierten Ergebnisse können Anhaltspunkte für weiterführende detaillierte Evidenzanalysen geben, die neben der Wirksamkeit in bestimmten Indikationsbereichen auch die Dauer und Intensität sowie die LeistungserbringerInnen näher analysieren sollten.

Ziel des Berichtsteils II: Literaturübersicht zu Behandlungsmethoden und Anwendungsbereichen der klinisch-psychologischen Behandlung...

...anhand einer systematischen Literatursuche in Cochrane und CRD

44 Cochrane Reviews und 7 HTAs wurden eingeschlossen

identifizierte Indikationsbereiche (ICD-10):

F1, F3, F4, F5, F6, F9

Vielzahl an Behandlungsmethoden

am häufigsten: kognitive Verhaltenstherapie (CBT)

erster Überblick zur Evidenzlage durch Wiedergabe der Schlussfolgerungen der Review-AutorInnen

Abgrenzung zu z.B. psychosozialen und Schulungsmaßnahmen sowie zur Psychotherapie schwierig

Übersicht zu Indikationen und Interventionen:

Anhaltspunkte für weiterführende Evidenzanalysen

7 Conclusio anhand der Fragestellungen des BMG

An dieser Stelle soll abschließend auf die in Kapitel 1.2 angeführten, vom BMG formulierten Fragestellungen Bezug genommen werden und die wichtigsten Ergebnisse beider Berichtsteile anhand dieser Fragestellungen zusammengefasst werden.

1. Was verstehen internationale Standards unter „klinisch-psychologischer Behandlung“?

- ❖ Weder Literatur und Lehrbücher noch das Psychologengesetz 2013 geben eine klare Definition von „klinisch-psychologischer Behandlung“. Dies ist auch aus den deutschsprachigen Definitionen von „Klinischer Psychologie“ ersichtlich (Kapitel 1, Teil 1.1 und 1.2).
- ❖ In Teil I werden die unterschiedlichen Voraussetzungen zur Durchführung „klinisch-psychologischer Behandlung“ durch den Vergleich nationaler und internationaler Ausbildungswege und Zulassungsvoraussetzungen für klinische PsychologInnen dargestellt (Kapitel 3, Teil 3.1).
- ❖ Weiters werden in Teil I Antworten zu dieser Frage aus Perspektive unterschiedlicher Stakeholder wiedergegeben und die parlamentarischen Stellungnahmen zu diesem Themenkomplex zusammengefasst (Kapitel 4, Teil 4.1).
- ❖ Teil II benennt Interventionen, welche in internationalen, englischsprachigen Forschungsarbeiten am häufigsten als „psychological interventions“ genannt werden. Die 10 am häufigsten genannten Interventionen sind meist Überbegriffe (z.B. kognitive Verhaltenstherapie), von denen manche in Österreich als eigene psychotherapeutische Fachrichtungen (Fachspezifikum) angeboten werden. Spezifische Einzelinterventionen, die sich hinter den Überbegriffen verbergen (und die unter Umständen im Rahmen der klinisch-psychologischen Ausbildung gelehrt werden), wurden aufgrund der thematischen Breite im Rahmen dieses Projekts nicht näher analysiert. (Teil II, Kapitel 5).

2. Für welche Diagnosen stehen wissenschaftlich gesichert wirksame klinisch-psychologische Behandlungsmethoden zur Verfügung und inwieweit handelt es sich bei den betreffenden Diagnosen um krankheitswertige Störungen, für die eine Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung vorstellbar ist?

- ❖ Aufgrund der Breite des potentiellen Indikationsspektrums klinisch psychologischer Behandlungen, wurden weder in Teil I noch Teil II der vorliegenden Arbeit Wirksamkeitsanalysen zu klinisch-psychologischen Behandlungsmethoden durchgeführt (indikations-spezifische „Hinweise zur Evidenzlage“ siehe jedoch Teil II, Kapitel 4).
- ❖ Forschungstätigkeit zur Frage der Wirksamkeit psychologischer Interventionen (auf Ebene von systematischen Reviews und HTA-Berichten) wurde in den meisten F-Kategorien des ICD-10 („Psychische und Verhaltensstörungen“) identifiziert. Psychologische Interventionen im Rahmen von somatischen Erkrankungen (z.B. Schmerzen, onkologische Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Krankheiten des Nervensystems, Krankheiten des Atmungssystems, Krankheiten

„klinisch-psychologische Behandlung“:

- Literatur/ Lehrbücher/ Gesetz ermöglichen keine klare Definition
- Ausbildungsvergleich international und Stakeholderanalyse des Berichts als Beiträge zu Antwort
- Benennung von „psychological interventions“ aus internationaler Forschungsliteratur

Diagnosen und Behandlungsmethoden:

- keine Wirksamkeitsanalysen durchgeführt
- Literatur (Forschung) zu den meisten F-Kategorien des ICD-10

- des Verdauungssystems, Hauterkrankungen etc.) wurden der Kategorie F54 „Psychische Faktoren und Verhaltensauffälligkeiten bei andersorts klassifizierten Krankheiten“ zugeordnet (Teil II, Kapitel 4).
- „Krankheitswertigkeit“:**
- prinzipiell ICD-10 Kategorisierung
 - im ASVG geregelt
 - Refundierung letztlich politische Entscheidung
- ✦ Der Großteil der Indikationen ließ sich eindeutig einer ICD-10 Kategorie zuordnen (Kapitel 4, Teil II), was darauf hindeutet, dass es sich bei den untersuchten Diagnosen um „Krankheiten und verwandte Gesundheitsprobleme“ handelt, für welche prinzipiell Diagnoseschlüssel existieren.
 - ✦ Die Krankheitswertigkeit von Störungen ist im ASVG geregelt (regelwidrige Körper- oder Geisteszustände, die eine Krankenbehandlung erfordern).
 - ✦ Ob Maßnahmen zur Prävention, Diagnostik oder Therapie einer Störung bzw. Erkrankung von der gesetzlichen Krankenversicherung refundiert werden sollen, ist keine wissenschaftliche Fragestellung, sondern erfordert eine (Versicherungs-)politische und strategische Entscheidung.
- „Behandlungsbedarf“**
- nicht allein auf Basis von ICD-10
 - Einsatz von ICF möglich
- ✦ Die ICD-10 Codierung lässt allgemein per se keine Rückschlüsse auf den Schweregrad der diagnostizierten Erkrankung und die damit verbundene, von PatientInnen und BetreuerInnen bzw. BehandlerInnen wahrgenommene Funktionseinschränkung (und daher in weiterer Folge auf die Behandlungsbedürftigkeit) zu.
 - ✦ Um die Behandlungsbedürftigkeit besser abbilden zu können wird zunehmend (z.B. in Deutschland im Bereich der Rehabilitation) der ICF („Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“) zur Feststellung unterschiedlicher (z.B. körperlicher, psychischer, sozialer etc.) Funktionsniveaus eingesetzt.
- Grenzziehung zwischen den Berufsgruppen:**
- 3. Wie könnte eine Kompetenzverteilung bzw. Grenzziehung zwischen den Berufsgruppen der PsychotherapeutInnen einerseits sowie der klinischen PsychologInnen andererseits aussehen, um von vornherein ineffiziente Doppelgleisigkeiten in der Versorgung zu vermeiden?*
- Literatur und Gesetz nicht eindeutig
 - PSY-Berufe überschneiden sich („olympische Ringe“)
 - Ausbildungsvergleich international und Stakeholderanalyse des Berichts liefern Anhaltspunkte für klin. PsychologInnen
 - Versorgung sollte sich an den erworbenen Behandlungskompetenzen orientieren
- ✦ Weder Literatur und Lehrbücher noch das Psychologengesetz 2013 erlauben eine eindeutige Abgrenzung der sich überschneidenden „olympische Ringe“ der PSY-Berufe (PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, FachärztInnen für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin).
 - ✦ Die weitgehend synonyme Verwendung der Begriffe „psychologische“ bzw. „psychotherapeutische“ Behandlung in der internationalen Literatur macht deutlich, dass sowohl die Kompetenzverteilung als auch die Grenzziehung zwischen den Berufsgruppen klinischer PsychologInnen und PsychotherapeutInnen nicht eindeutig ist (Kapitel 3-5, Teil II).
 - ✦ Die in Teil I dargestellten Ausbildungsinhalte geben allgemeine Anhaltspunkte zu den im Rahmen der Ausbildung erworbenen Kompetenzen klinischer PsychologInnen (Kapitel 3, Teil I).
 - ✦ Die Sichtweise der unterschiedlichen Stakeholder wurde in Teil I dargestellt (Kapitel 4, Teil I).
 - ✦ Die Versorgung der PatientInnen sollte sich an deren Behandlungsbedarf (geeignete Therapie für die jeweils vorliegende Störung/ Funktionseinschränkung) und daher folglich daran orientieren, welche Behandlungskompetenzen die jeweiligen LeistungserbringerInnen im Rahmen von qualitätsgesicherten Aus-, Fort- und Weiterbildungen tatsächlich erworben haben, nicht an der formalen Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe.

4. Lassen sich der klinisch-psychologischen Behandlung spezifische Einsatzgebiete bzw. typische Arbeitsfelder, wie etwa bei chronischen, kardiologischen, dementiellen und psychoonkologischen Erkrankungen, bei Stoffwechselerkrankungen, bei Kindern und Jugendlichen, bei Neuropsychologie und Neurorehabilitation in Bezug auf Schlaganfälle, Arbeitsunfälle etc. zuordnen?

- ❖ Diagnosespezifische Einsatzgebiete lassen sich aus der Übersicht der Ausbildungsinhalte nicht ableiten (Kapitel 3, Teil I).
- ❖ Einzelne Stakeholderstellungen geben Hinweise auf potentielle Arbeitsfelder (Kapitel 4, Teil I).
- ❖ Einsatzgebiete für psychologische Interventionen finden sich in den analysierten Forschungsarbeiten sowohl im therapeutischen als auch im präventiven Kontext (Kapitel 4, Teil II).
- ❖ Zu allen in der Fragestellung genannten Arbeitsbereichen (mit Ausnahme von dementiellen Erkrankungen und Neuropsychologie/Neurorehabilitation) wurden Übersichtsarbeiten identifiziert (Kapitel 4, Teil II). Aufgrund der thematischen Breite war es im Rahmen dieses Projekts nicht möglich, sämtliche potentiellen Arbeitsbereiche abzudecken. Weitere Arbeitsfelder könnten u.a. auch die folgenden Bereiche umfassen [76]: z.B. Demenz, neuropsychologische Störungen, Operationsvor- und Nachbetreuung, Gynäkologie, gerontologische Erkrankungen, psychische und psychosomatische Erkrankungen im Alter.
- ❖ Im Bereich der psychologischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen wurde ein Forschungsdefizit deutlich (Kapitel 4, Teil II).

5. Können insbesondere zu den beschriebenen Bereichen, aber auch darüber hinaus spezifische Störungsbilder, Zielsetzungen der diagnostischen Abklärung, diagnostische Verfahren, Zielsetzungen der klinisch-psychologischen Behandlung, Behandlungsprogramme und Interventionstechniken, Dauer der Behandlung und Frequenz, Literatur für Betroffene in Form eines „Leistungskatalogs klinisch-psychologischer Interventionen“ etwa tabellarisch dargestellt werden?

- ❖ Vom Berufsverband Österreichischer PsychologInnen (BÖP) wurde bereits ein Leistungskatalog erstellt.
- ❖ Dieser wurde im Rahmen dieses Berichts keiner Analyse bzw. Bewertung hinsichtlich der Evidenzbasierung unterzogen.
- ❖ Die vorliegende Analyse von Übersichtsarbeiten, HTA-Berichten und Lehrbüchern (Teil II) liefert auf dieser hoch aggregierten Ebene keine näheren Informationen zur Diagnostik (Assessmentinstrumenten), Behandlungsdauer und -frequenz, Art der Leistungserbringung (z.B. Programminhalt) und zu den LeistungserbringerInnen (Berufsgruppe) (Kapitel 4, Teil II).
- ❖ Für die Wirksamkeitsüberprüfung einzelner Interventionen in den jeweiligen Indikationsbereichen bedarf es der Erstellung von Einzelassessments, die auch detaillierte Informationen zu Diagnostik, Interventionen, Dauer und Frequenz der Leistungserbringung enthalten sollten.
- ❖ Eine Bewertung (Appraisal) der Ergebnisse des vorliegenden Projektberichts durch die betroffene(n) Berufsgruppe(n) hinsichtlich der Bedeutung für den österreichischen Versorgungskontext ist indiziert. In Folge könnte dies auch eine Kontrastierung mit dem BÖP-Leistungskatalog umfassen.

Einsatzgebiete/ Arbeitsfelder

lt. Literatur:

- Interventionen präventiv & therapeutisch
- zahlreich
- wenig Forschung zu Kindern & Jugendlichen

Leistungskatalog:

- bereits von BÖP erstellt
- im Rahmen des Projekts nicht auf Evidenzbasierung überprüft
- Einzelassessments zur Wirksamkeit wären erforderlich, sollten auch Informationen zu Diagnostik, Dauer, Frequenz, Art der Leistungserbringung enthalten
- Bewertung der Ergebnisse durch Berufsgruppen notwendig

- Befähigung zur Behandlung:**
- sollte durch gesetzlich definierte Ausbildung prinzipiell gegeben sein
 - Arbeit mit KlientInnen als PsychotherapeutIn durch Ausbildung zu klinischer/m PsychologIn alleine nicht möglich
6. *Ist bereits gesichert, dass jede/r klinische Psychologe/in tatsächlich zur wirksamen und effizienten (alleinigen) Behandlung der im Rahmen der obigen Fragestellungen geklärten Kompetenzen befähigt ist?*
- ✳ Zu Fragen der Wirksamkeit und Effizienz können auf Basis des vorliegenden Projektberichts keine Aussagen getroffen werden (siehe Fragen 2 und 5).
 - ✳ Grundsätzlich darf angenommen werden, dass eine in ihrem Umfang und ihren Inhalten gesetzlich definierte Ausbildung an einer akkreditierten Ausbildungseinrichtung zur Behandlung befähigt (Kapitel 3, Teil I).
 - ✳ Einige der am häufigsten in der internationalen wissenschaftlichen Literatur genannten Behandlungsmethoden werden in ihrer „Gesamtheit“ in Österreich im Rahmen psychotherapeutischer Ausbildungen gelehrt (Kapitel 5, Teil II). Ohne psychotherapeutische Zusatzausbildung (psychotherapeutisches Fachspezifikum) ist die selbstständige Arbeit mit KlientInnen als PsychotherapeutIn allein auf Basis der Ausbildung zur/m klinischen PsychologIn (Kapitel 3, Teil I) nicht möglich. Spezifische Einzelinterventionen wurden aufgrund der thematischen Breite im Rahmen dieses Projekts nicht näher analysiert.
- Qualitätssicherung:**
- Ausbildung mit Psychologengesetz 2013 aufgewertet
 - sollte sich an Ergebnissen (=Kompetenzen der AbsolventInnen) statt Definition von formalen Ausbildungsanforderungen orientieren
7. *Reichen die derzeitigen generellen Ausbildungsvoraussetzungen in klinischer Psychologie aus, um eine ausreichende Qualitätssicherung für die „klinisch-psychologische Krankenbehandlung“ zu bieten?*
- ✳ Die Ausbildung zum/zur klinischen PsychologIn wurde mit dem neuen Psychologengesetz 2013 sowohl quantitativ (z.B. Erhöhung der Stundenzahl in Theorie und Praxis) als auch qualitativ (z.B. verpflichtende Absolvierung von Selbsterfahrungseinheiten) aufgewertet (Kapitel 3, Teil I).
 - ✳ Die gesetzliche (österreichische) Regelung der Ausbildung definiert formale inhaltliche und zeitliche Ausbildungsanforderungen (Kapitel 3, Teil I). Aus der Sicht des aktuellen Forschungsstands zur Qualitätssicherung klinisch psychologischer Ausbildung erscheint hingegen eine Orientierung an den Ergebnissen der Ausbildung, also den Kompetenzen der AbsolventInnen, erstrebenswert (Kapitel 6, Teil I).
- Erfahrungen aus dem intramuralen Bereich**
- vorliegende Übersicht zu psychologischen Interventionen Setting-unabhängig
 - würde z.B. Befragung der Berufsgruppe erfordern
8. *Gibt es (nationale wie auch internationale) Forschungsarbeiten oder Tätigkeiten von klinischen PsychologInnen, die seit vielen Jahren im intramuralen Bereich arbeiten, aus denen sich Erkenntnisse im Zusammenhang mit den oben genannten Fragen gewinnen lassen?*
- ✳ Aufgrund der gewählten Methode (siehe auch Frage 5) liefert der vorliegende Berichtsteil II eine Übersicht zu psychologischen Interventionen in verschiedenen Indikationsbereichen, unabhängig vom Setting der Leistungserbringung (Kapitel 3-5, Teil II).
 - ✳ Für die Darstellung der Einsatzgebiete und Abbildung der Erfahrungen („Erkenntnisse“) von Klinischen PsychologInnen im intramuralen Bereich empfiehlt sich die Anwendung sozialwissenschaftlicher Methoden (z.B. Fokusgruppen-Interview, Befragung von Klinischen PsychologInnen im klinischen Kontext etc.).

8 Literatur

- Arredondo P, Shealy C, Neale M; Logan Winfrey L. Consultation and Interprofessional Collaboration: Modeling for the Future. *Journal of Clinical Psychology*. 2004;60(7):787-800.
- Baker TB, McFall RM, Shoham V. Current Status and Future Prospects of Clinical Psychology: Toward a Scientifically Principled Approach to Mental and Behavioral Health Care. *Psychol Sci Public Interest*. 2009;9(2):67-103.
- Bieschke KJ, Fouad NA, Collins Jr. FL, Halonen JS. The Scientifically-Minded Psychologist: Science as a Core Competency. *Journal of Clinical Psychology*. 2004;60(7):713-723.
- Bouchard JP. A proposal for reforming psychologists's training in France and in the European Union. *Encephale*. 2009;35(1):18-24.
- Dyck MJ, O'Donovan A. What are the Benefits of Longer Training in Psychology? *Australian Psychologist*. 2002;38(3):214-215.
- Falender CA, Erickson Cornish JA et al. Defining Competencies in Psychology Supervision: A Consensus Statement. *Journal of Clinical Psychology*. 2004;60(7):771-785.
- Hagleitner J, Sagerschnig S, Yilmaz M. Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie. Berufsgruppen 1991-2009. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen 2010, Wien.
- Helmes E, Pachana NA. Issues in training in clinical psychology in Australia: Interplay between training goals and legal standards of practice. *Australian Psychologist*. 2006;41(2):104-11.
- Helmes E, Wilmoth D. Training in Clinical Psychology in Australia: A North American Perspective. *Australian Psychologist*. 2002;37(1):52-55.
- Henderson Daniel J, Roysircar G, Abeles N, Boyd C. Individual and Cultural-Diversity Competency: Focus on the Therapist. *Journal of Clinical Psychology*. 2004;60(7):755-770.
- Herman M, Sharer N. Trying to Summarize State Licensure Laws for Psychologists: Burial by Grains of Salt. *Training and Education in Professional Psychology*. 2013;7(2):123-133.
- Hunsley J, Barker KK. Training for Competency in Professional Psychology: A Canadian Perspective. *Australian Psychologist*. 2011;46:142-145.
- Kaslow NJ, Rubin NJ et al. Guiding Principles and Recommendations for the Assessment of Competence. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2007;30(5):441-451.
- Kavanagh DJ. Training clinical psychologists: The current situation and a way forward. *Australian Psychologist*. 2011;46:65-66.
- Kierein M. Klinisch-psychologische Behandlung und Psychotherapie aus der Sicht des Psychotherapiegesetzes und des Psychologengesetzes sowie des neuen Psychologengesetzes 2013. Vortrag auf der Tagung „Klinisch-psychologische Behandlung und/ oder Psychotherapie. Abgrenzung und Berührungspunkte“, Sigmund Freud Privatuniversität, 11. Okt. 2013, Wien.
- Knight BG. Training in Professional Psychology in the US: An Increased Focus on Competency Attainment. *Australian Psychologist*. 2011;46:140-141.
- Krishnamurthy R, VandeCreek L et al. Achieving Competency in Psychological Assessment: Directions for Education and Training. *Journal of Clinical Psychology*. 2004;60(7):725-739.
- Laidlaw K, Gillanders D. Clinical Psychology Training in the UK: Towards the Attainment of Competence. *Australian Psychologist*. 2011;46:146-150.
- Laireiter AR. Klinisch-psychologische Behandlung. Perspektiven aus Sicht der Klinischen Psychologie und des Psychologengesetzes. Vortrag auf der Tagung „Klinisch-psychologische Behandlung und/ oder Psychotherapie. Abgrenzung und Berührungspunkte“, Sigmund Freud Privatuniversität, 11. Okt. 2013, Wien.
- Maiden R, Knight BG, Howe JL, Kim S. Accreditation in the profession of psychology: a cautionary tale. *Gerontol Geriatr Educ*. 2012;33(1):55-74.
- Margraf J, editor. *Psyhyrembel Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie*. Berlin: de Gruyter; 2009.
- Norcross JC. Psychotherapist self-care: Practitioner-tested, research-informed strategies. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2000;31:710-713.
- Pachana NA, Sofronoff K, Scott T, Helmes E. Attainment of Competencies in Clinical Psychology Training: Ways Forward in the Australian Context. *Australian Psychologist*. 2011;46:67-76.
- Perrez M, Baumann U, editors. *Lehrbuch klinische Psychologie - Psychotherapie*. 4., aktualisierte Aufl.. Bern: Huber; 2011.
- Pirkis J, Ftanou M, Williamson M, Machlin A, Spittal MJ, Bassilios B, Harris M. Australia's Better Access Initiative: An Evaluation. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011;45:726-39.

- Rodolfa E, Bent R, Eisman E, Nelson P, Rehm L, Ritchie P. A cube model for competency development: Implications for psychology educators and regulators. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2005;36:347–354.
- Rubin NJ, Bebeau M et al. The competency movement within psychology: An historical perspective. *Professional Psychology. Research and Practice*. 2007;38(5): 452–462.
- Sagerschnig S, Grabenhofer-Eggerth A, Hagleitner J, Yilmaz M. Ausbildungsstatistik 2012 – Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen 2012, Wien.
- Skilbeck C. Training in the UK and in the land Down Under. *Clinical Psychology*. 2004;39:35-35.
- Snyder CR, Elliott TR. Twenty-first century graduate education in clinical psychology: A four-level matrix model. *Journal of Clinical Psychology*. 2005;61:1033–1054.
- Spruill J, Rozensky RH, Stigall TT, Vasquez M, Phillips Bingham R, De Vaney Olvey C. Becoming a Competent Clinician: Basic Competencies in Intervention. *Journal of Clinical Psychology*. 2004; 60(7):741–754.
- Van Broeck N, Lietaer G. Psychology and psychotherapy in health care: A review of legal regulations in 17 European countries. *European Psychologist*. 2008;13(1):53-63.
- Vollmer, S., H. Spada, et al. Expertise in clinical psychology. The effects of university training and practical experience on expertise in clinical psychology. *Frontiers in Psychology*. 2013;4:141.
- Weiss S, Füzsl S, Lanske P, Lust A, Oberleitner-Tschan C, Wenda S. Gesundheitsberufe in Österreich. Bundesministerium für Gesundheit 2012, Wien.

9 Anhang

Suchstrategie PsycINFO und PSYINDEX

Database: PsycINFO <1806 to September Week 1 2013>, PSYINDEXplus Literature and Audiovisual Media <1977 to July 2013>, PSYINDEXplus Tests <1945 to May 2013>

Search Strategy:

-
- 1 *Clinical Psychology/ or *Psychology/ (30160)
 - 2 *Psychologists/ or *Clinical Psychologists/ (17142)
 - 3 1 or 2 (45611)
 - 4 "Professional Education & Training ".cc. (46447)
 - 5 *Psychology Education/ (6507)
 - 6 *Clinical Psychology Graduate Training/ (1868)
 - 7 4 or 5 or 6 (52119)
 - 8 3 and 7 (2830)
 - 9 Quality assurance.ti,ab. (2143)
 - 10 *Quality Control/ or *Peer Evaluation/ or *Educational Quality/ (5246)
 - 11 *Educational Program Accreditation/ (428)
 - 12 *Professional Standards/ (5450)
 - 13 (assess* adj1 psycholog*).ti,ab. (4619)
 - 14 9 or 10 or 11 or 12 or 13 (17030)
 - 15 8 and 14 (122)
 - 16 limit 15 to abstracts (121)
 - 17 limit 16 to english abstracts [Limit not valid in PsycINFO,PSYINDEXplus Tests; records were retained] (118)
 - 18 limit 17 to english language (110)
 - 19 limit 18 to german abstracts [Limit not valid in PsycINFO,PSYINDEXplus Tests; records were retained] (110)
 - 20 limit 19 to german language [Limit not valid in PsycINFO; records were retained] (110)

10.09.2013

10 Endnoten

-
- ¹ Markgraf (2009), S. 646 f.
- ² Perrez (2011), S. 32
- ³ Laireiter (2013), Folie 3
- ⁴ Laireiter (2013), Folie 29
- ⁵ Laireiter (2013), Folie 25
- ⁶ Die Ausübung der Psychotherapie ist im Psychotherapiesgesetz (BGBl. 361/1990) geregelt.
- ⁷ PSY-Diplome: 3 aufeinander aufbauende Weiterbildungs-Diplome der Österreichischen Ärztekammer (Psy-1 = Psychosoziale Medizin, Psy-2= Psychosomatische Medizin, Psy-3 = Psychotherapeutische Medizin)
- ⁸ Kierein (2013)
- ⁹ BGBl. 360/1990
- ¹⁰ BGBl. 182/2013, Kleine Teile des Psychologengesetzes 2013 treten bereits am 25. Okt. 2013 bzw. am 21. Dez. 2013 in Kraft. Das alte Psychologengesetz 1990 tritt mit Ablauf des 30. Juni 2014 außer Kraft.
- ¹¹ Psychologengesetz 2013, BGBl. 182/2013, § 22
- ¹² Psychologengesetz 2013, BGBl. 182/2013, § 32
- ¹³ 1378 der Beilagen XXIV. GP – Ausschussbericht NR – Entschließungstext, www.parlament.gv.at
- ¹⁴ www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/ME/ME_00538/index.shtml
- ¹⁵ Die wortgleichen Stellungnahmen waren 106 und 68. Stellungnahmen 75 und 101 kommen von der gleichen Institution. Stellungnahme 87 unterstützt Stellungnahme 103.
- ¹⁶ Vollmer (2013); dort ist auch exemplarisch der Studiengang der Universität Freiburg näher beschrieben.
- ¹⁷ Van Broeck (2008)
- ¹⁸ Für beispielsweise Nordrhein-Westfalen vgl.: Bezirksregierung Düsseldorf, Landesprüfungsamt für Medizin, Psychotherapie und Pharmazie: Staatlich anerkannte Ausbildungsstätten gemäß § 6 PsychThG für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten
- ¹⁹ www.therapie.de/psyche/info/fragen/unterschied-psychotherapeut-psychologe-psihiater/was-bezahlt-die-krankenkasse/
- ²⁰ Unter Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) versteht man im deutschen Gesundheitswesen ein Verzeichnis, nach dem vertragsärztlich erbrachte, ambulante oder belegärztliche Leistungen mit der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Es handelt sich somit um ein Vergütungssystem der ärztlichen Versorgung in Deutschland, vgl.: Wikipedia.
- ²¹ Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 24. Nov.2011
- ²² Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) in der Fassung vom 17. Januar 2006, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006; Nr. 48 (S. 1523), in Kraft getreten am 1. April 2006, zuletzt geändert am 24. November 2011, veröffentlicht im Bundes-anzeiger 2012; Nr. 31 (S. 747), in Kraft getreten am 24. Februar 2012; s.: www.kvberlin.de/20praxis/20qualitaet/10qsleistung/leistungen_ueberblick/qs_neuropsych/mvv_rl.pdf
- ²³ www.kvberlin.de/20praxis/20qualitaet/10qsleistung/leistungen_ueberblick/qs_neuropsych/
- ²⁴ Bundesgesetz über die Psychologieberufe vom 18. März 2011, Art. 5
- ²⁵ Bundesgesetz über die Psychologieberufe vom 18. März 2011, Art. 6
- ²⁶ Bundesgesetz über die Psychologieberufe vom 18. März 2011, Art. 13
- ²⁷ Bundesgesetz über die Psychologieberufe vom 18. März 2011, Art. 14-21
- ²⁸ Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen www.psychologie.ch/de/aus_weiter_ fortbildung/weiterbildung_br_fachtitel/fsp_fachtitel.html
- ²⁹ Das Health and Care Professions Council reguliert etwa auch KunsttherapeutInnen, Biomedizinische WissenschaftlerInnen, ErgotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen, LogopädInnen und SozialarbeiterInnen.
- ³⁰ Ausnahme: Universität Edinburgh, 4-5 Jahre
- ³¹ Accreditation through Partnership, vgl. Laidlaw (2011)
- ³² The British Psychological Society. Accreditation through partnership handbook. Guidance for clinical psychology programmes, Leicester, September 2012; s. www.bps.org.uk/careers-education-training/accredited-courses-training-programmes/useful-accreditation-documents/cli
- ³³ The British Psychological Society. Doctoral programmes in clinical psychology: required competencies mapping document; s. www.bps.org.uk/careers-education-training/accredited-courses-training-programmes/useful-accreditation-documents/cli
- ³⁴ Clearing House for Postgraduate Courses in Clinical Psychology
- ³⁵ sog. Graduate Basis for Chartered Membership (GBC) Standard
- ³⁶ Jedes Jahr stehen in etwa 600 Ausbildungsplätze zur Verfügung. Ein Bewerber/ eine Bewerberin von 6 erhält tatsächlich einen Ausbildungsplatz. Über 99% der StudienanfängerInnen schließen in der Folge auch mit dem Doctor of Clinical Psychology ab. Vgl. www.leeds.ac.uk/chpccp/BasicNumbers.html
- ³⁷ Laidlaw (2011)
- ³⁸ Laidlaw (2011)
- ³⁹ Für registrierte PsychologInnen sind jährlich 30 Stunden Fortbildung – inkl. 10 Stunden Supervision – verpflichtend.

- 40 Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter, höheres Alter
- 41 Psychology Board of Australia. National psychology examination curriculum; s. www.psychologyboard.gov.au/Registration/National-psychology-exam.aspx
- 42 Psychology Board of Australia. Guidelines on area of practice endorsements; s. www.psychologyboard.gov.au/Endorsement/Further-information.aspx
- 43 Australian Psychological Society. Fees and rebates; s. www.psychology.org.au/community/fees_rebates
- 44 Better Access to Psychiatrists, Psychologists and General Practitioners through the Medicare Benefits Schedule
- 45 Australian Psychological Society. APS Fact Sheet Medicare rebates for mental health services provided by psychologists; July 2013, s. www.psychology.org.au/Assets/Files/2013-Medicare-fact-sheet-mental-health-rebates.pdf und Australian Government Department of Health and Aging. Medicare subsidies primary care mental health services fact sheet; Jan. 2009, s. [www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/F3896D1E02667807CA257474001A1C42/\\$File/utifact.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/F3896D1E02667807CA257474001A1C42/$File/utifact.pdf)
- 46 Werte für 2013; 2009 galten noch 12 Einzelbehandlungen (unter besonderen Umständen 18) und 12 Gruppenbehandlungen pro Kalenderjahr.
- 47 Pirkis (2011)
- 48 Herman (2013)
- 49 American Psychological Association. Model Act for State Licensure of Psychologists. Adopted by the Council as APA Policy Feb. 20. 2010, s. www.apa.org/about/policy/model-act-2010.pdf
- 50 Helmes (2006)
- 51 Examination for Professional Practice of Psychology EPPP, computerbasiert, multiple-choice, vgl. Rubin (2007)
- 52 Hunsley (2011)
- 53 Hunsley (2011); Nach wie vor ist allerdings neben dem Grundproblem der unterschiedlichen Regulierungsdetails in einzelnen Bundesstaaten der USA alleine schon das Auffinden von Informationen darüber in der Praxis sehr schwierig, vgl. Herman (2013).
- 54 Herman (2013)
- 55 Helmes (2002)
- 56 Maiden (2012), Helmes (2002)
- 57 Stand 2009, vgl. American Psychological Association. Guidelines and Principles for Accreditation of Programs in Professional Psychology; s. www.apa.org/ed/accreditation/about/policies/guiding-principles.pdf; die American Psychological Association akkreditiert seit 1996 auch Postdoc-Pro-gramme, vgl. Rubin (2007)
- 58 Hunsley (2011)
- 59 Rubin (2007)
- 60 www.nationalregister.org
- 61 sog. "National Register Credential"
- 62 www.crhsp.ca
- 63 sog. "Canadian Register of Health Service Psychologists credential"
- 64 www.apapracticentral.org/update/2012/11-29/medicare-payment.aspx
- 65 BGBl. Nr. 361/1990, in Kraft bis Ablauf des 30. Juni 2014
- 66 ECTS European Credit Transfer System, vgl. http://de.wikipedia.org/wiki/European_Credit_Transfer_System
- 67 Psychologengesetz 2013, BGBl. Nr. 182/2013 § 4, in Kraft ab 1. Juli 2014
- 68 1 ECTS = 25 Arbeitsstunden; 1 Studienjahr = 60 ECTS = 1.500 Arbeitsstunden
- 69 Hagleitner (2010)
- 70 Hagleitner (2010)
- 71 Sagerschnig (2012)
- 72 Hagleitner (2010)
- 73 Sagerschnig (2012), Tabelle 5.2
- 74 Die Gesellschaft klinischer Psychologinnen und Psychologen GkPP stellte ihr Curriculum dem LBI-HTA vor Drucklegung nicht zur Verfügung.
- 75 Übergangsregelung zum Psychologengesetz 2013: Lehrgangsstart nach „altem“ Modus bis einschließlich Juni 2014 möglich, Abschluss der Theorieausbildung „alt“ bis Juni 2016, Abschluss der Praxisausbildung „alt“ bis Juni 2019.
- 76 Psychologengesetz 2013, § 23 (2) regelt in 12 Ziffern detailliert Inhalte und Umfang.
- 77 Psychologengesetz 2013, § 23 (3) regelt in 5 Ziffern detailliert Inhalte und Umfang.
- 78 Eine Einheit entspricht 45 Minuten. Die im Psychologengesetz 2013 vorgegebenen 340 Einheiten Theorieausbildung entsprechen also 255 Stunden (à 60 Minuten)
- 79 Das Psychologengesetz 2013 gibt 120 Einheiten à 45 Minuten vor, was 90 Stunden (à 60 Minuten) entspricht.
- 80 Hagleitner (2010); Aus der Liste können keine Aussagen über Arbeitsschwerpunkte oder über das Ausmaß der psychologischen Tätigkeit der einzelnen Personen getroffen werden.
- 81 im Gesundheitsbereich
- 82 extramuraler psychologischer Behandlung durch öffentlichen Zahler
- 83 nur psychologische PsychotherapeutInnen
- 84 lediglich neuropsychologische Therapie durch psychologische PsychotherapeutInnen
- 85 National Health Service
- 86 Leistungskatalog klinisch-psychologischer Behandlung nach ICD-10 Diagnosen, erstellt vom Berufsverband Österreichischer PsychologInnen, 2011.
- 87 Derzeit beinhaltet das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) die psychologische Diagnostik als Teil des Leistungskatalogs der Krankenkassen, nicht jedoch die psychologische Behandlung.

-
- ⁸⁸ Bouchard (2009); Dass dieses Gefühl nicht nur in der einschlägigen Fachliteratur vorherrscht, macht etwa auch der Titel einer Sendung der Radio Österreich 1 Sendereihe „Radiodoktor“ vom 29. Juli 2013 klar: „Psychologen, Psychotherapeuten, Psychiater – die dreieiiigen Psy-Drillinge oder: Wer hilft mir jetzt?“
- ⁸⁹ 2572 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXIV. GP
- ⁹⁰ zu §22
- ⁹¹ Parlamentskorrespondenz Nr. 675 vom 18.07.2013
- ⁹² Van Broeck (2008)
- ⁹³ Gesamtändernder Abänderungsantrag im Gesundheitsausschuss, zu §22, vgl. 2572 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXIV. GP
- ⁹⁴ Maiden (2012)
- ⁹⁵ Dyck (2002)
- ⁹⁶ Kavanagh (2011)
- ⁹⁷ Pachana (2011)
- ⁹⁸ Kavanagh (2011)
- ⁹⁹ Kaslow (2007); Rubin (2007) spricht für die USA von einem „*national zeitgeist*“.
- ¹⁰⁰ Rubin (2007)
- ¹⁰¹ Rubin (2007)
- ¹⁰² Rubin (2007)
- ¹⁰³ Association of Psychology Postdoctoral and Internship Centers APPIC, s. www.appic.org und Association of Directors of Psychology Training Clinics APTC, s. www.aptc.org
- ¹⁰⁴ Competencies Conference: Future Directions in Education and Credentialing in Professional Psychology - Den Ergebnissen widmete das Journal of Clinical Psychology eine Sondernummer: Vol. 60, Issue 7, July 2004.
- ¹⁰⁵ Henderson Daniel (2004)
- ¹⁰⁶ Bieschke (2004)
- ¹⁰⁷ Krishnamurthy (2004)
- ¹⁰⁸ Arredondo (2004)
- ¹⁰⁹ Falender (2004)
- ¹¹⁰ Spruill (2004)
- ¹¹¹ Dies schließt das Erkennen von KlientInnen, die dazu tendieren, Interventionen vorzeitig abzubrechen, in gleicher Weise ein wie das Erkennen von KlientInnen, die dazu tendieren, auch noch dann in Interventionssettings zu verbleiben, wenn kein weiterer Interventionsfortschritt geschieht.
- ¹¹² Norcross (2000), S. 710, zitiert in Spruill (2004)
- ¹¹³ Spruill (2004)
- ¹¹⁴ Laidlaw (2011)
- ¹¹⁵ Kavanagh (2011)
- ¹¹⁶ Pachana (2011)
- ¹¹⁷ Pachana (2011), Hunsley (2011)
- ¹¹⁸ Laidlaw (2011)
- ¹¹⁹ Pachana (2011), vgl. auch Spruill (2004)
- ¹²⁰ Kaslow (2007)
- ¹²¹ Knight (2011)
- ¹²² Maiden (2012), Knight (2011)
- ¹²³ Laidlaw (2011)
- ¹²⁴ Kaslow (2007)
- ¹²⁵ Pachana (2011)
- ¹²⁶ Pachana (2011) schlägt ein beispielhaftes Evaluierungsinstrument vor, dass ausbildungs-begleitend alle 6 oder 12 Monate eingesetzt wird.
- ¹²⁷ Rubin (2007)
- ¹²⁸ Maiden (2012)
- ¹²⁹ Pachana (2011)
- ¹³⁰ Rubin (2007)
- ¹³¹ Snyder and Elliott (2005), zitiert in Pachana (2011)
- ¹³² Cube-Modell, entwickelt im Rahmen der Competencies Conference: Future Directions in Education and Credentialing in Professional Psychology 2002.
- ¹³³ Rodolfa (2005) zitiert in Pachana (2011), Rubin (2007)
- ¹³⁴ Dyck (2002)
- ¹³⁵ Skilbeck (2004), S. 34, zitiert in Helmes (2006)
- ¹³⁶ Helmes (2006)
- ¹³⁷ Kaslow (2007)
- ¹³⁸ Pachana (2011)