

Behandlung durch Klinische PsychologInnen

Addendum zu Teil I



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment

LBI-HTA Projektbericht Nr.: 69

ISSN: 1992-0488

ISSN-online: 1992-0496

Behandlung durch Klinische PsychologInnen

Addendum zu Teil I



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment

Wien, November 2013

Projektteam Teil I

Projektleitung: Priv.Do^z.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 - Addendum. Addendum zu 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
Nußdörferstr. 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)
Garnisonsgasse 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
1 Addendum.....	4
1.1 Ausbildungscurricula nach Psychologengesetz 1990 der österreichischen Anbieter	4
1.2 Erhaltene Stellungnahmen österreichischer Stakeholder zu den Forschungsfragen des Bundesministeriums für Gesundheit.....	9
1.2.1 Berufsverband österreichischer PsychologInnen BÖP.....	9
1.2.2 Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie ÖBVP	15
1.2.3 Vereinigung Österreichischer Psychotherapeutinnen und Psycho-therapeuten VÖPP	19
1.3 Parlamentarische Stellungnahmen	21
1.3.1 Ausgeschlossene Stakeholder parlamentarische Gesetzesbegutachtung	21
1.3.2 Interessante Themen aus den Stellungnahmen zur parlamentarischen Begutachtung Psychologengesetz 2013 außerhalb der Forschungsfragen des Bundesministeriums für Gesundheit	23
1.4 Identifizierte Kompetenzen für klinisch-psychologische Praxis: Universität Edinburgh	29

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1-1: Curriculum Uni Klagenfurt mit Lernzielen	4
Tabelle 1.1-2: Curricula ÖTZ-NLP&NLPt und ÖAP.....	5
Tabelle 1.1-3: Curricula AVM und AAP	7
Tabelle 1.1-4: Curricula Schloss Hofen und Universität Wien.....	8
Tabelle 1.3-1: Stakeholder parlamentarische Gesetzesbegutachtung: Stellung anderer Fachrichtungen neben Gesundheits- und klinischer Psychologie.....	24
Tabelle 1.3-2: Stakeholder parlamentarische Gesetzesbegutachtung: Ausbildungsplätze – zukünftige Versorgung mit klinischen PsychologInnen.....	26
Tabelle 1.3-3: Stakeholder parlamentarische Gesetzesbegutachtung: PsychologInnenbeirat.....	27
Tabelle 1.3-4: Stakeholder parlamentarische Gesetzesbegutachtung: Form – Gesetz vs. Verordnung.....	28
Tabelle 1.4-1: Universität Edinburgh – Identifizierte Kompetenzen für klinisch-psychologische Praxis.....	29

1 Addendum

1.1 Ausbildungscurricula nach Psychologengesetz 1990 der österreichischen Anbieter

Tabelle 1.1-1: Curriculum Uni Klagenfurt mit Lernzielen

Gesetzl. festgeschriebene 10 fachliche Themenbereiche	mind. Std.	Curriculum Universität Klagenfurt ¹	Std.	Lernziel ²
Grundlagen und Methoden der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung	8	Grundlagen und Methoden der Gesundheitsförderung	10	Vertieftes Verständnis von Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung: Dabei muss neben der Notwendigkeit individueller Veränderung auch die Notwendigkeit der Änderung von organisatorischen Bedingungen und des gesellschaftlichen Rahmens erkannt werden.
Psychologische Diagnostik	16	Klinisch-psychologische Diagnostik	24	Kenntnis und Handhabung der diagnostischen Instrumente, unter Berücksichtigung ihrer Möglichkeiten und Grenzen.
Psychologische Interventionsstrategien und therapeutische Grundlagen	16	Psychologische Interventionsstrategien und therapeutische Grundhaltungen	48	Befähigung zum selbstständigen psychologischen Handeln im Sinne der Anwendung konkreter Interventionsstrategien bei verschiedenen Störungsbildern und Problemsituationen.
Rehabilitation	8	Rehabilitation	12	Einblick in die Organisation der neurologischen Rehabilitation sowie Anwendungsfelder neuropsychologischer Diagnostik und Rehabilitation bei neurologischen und neuropsychologischen Krankheitsbildern.
Supervision	8	Supervision	10	Begriffserklärung(en), Definitionen, Abgrenzung zu Coaching und Beratung sowie Selbsterfahrung, Schwerpunkte bzw. mögliche Inhalte der Supervision, Vorstellung verschiedener Supervisionskonzepte, mögliche Problembereiche in der Supervision.
Gruppenarbeit	8	Gruppenarbeit	10	Erkennen von Dynamik und Gesetzmäßigkeiten von Klein- und Großgruppen. Anleitung um Gruppen angemessen zu führen und in ihnen kompetent zu intervenieren.
Psychiatrie, Psychopathologie, Psychosomatik und Psychopharmakologie	8	Psychiatrie, Psychopathologie, Psychosomatik und Psychopharmakologie	20	Überblick über die Beschreibung von psychiatrischen Krankheitsbildern, Klassifikationen, Interventionen und interdisziplinäre Konzepte der Behandlung. Psychosomatische Krankheiten unter epidemiologischen Gesichtspunkten, Vermittlung von therapeutischen Konzepten und Behandlungsmöglichkeiten.
Erstellung von Gutachten	8	Erstellung von Gutachten	10	Indikationen, Rahmenbedingungen sowie Aufbau und Struktur von Gutachten.
Ethische Grundhaltungen	8	Ethische Grundhaltungen	10	Differenzierung des Wertebewusstseins speziell im Bereich der Psychologie und Psychotherapie; Gegenüberstellung der Rechte der Patientinnen und Patienten und der Berufspflichten; Kenntnis von Behandlungsfehlern nach Art, Häufigkeit, Entstehung, Entstehungsbedingungen und Auswirkungen auf den Behandlungserfolg.
Institutionelle, gesundheitsrechtliche und psychosoziale Rahmenbedingungen	8	Institutionelle, gesundheitsrechtliche und psychosoziale Rahmenbedingungen	10	Darstellung von legislativen Grundlagen verschiedener psychosozialer Institutionen und der klinisch-psychologischen sowie gesundheitspsychologischen Tätigkeit.
Wahlfach	-	Gerontopsychologie oder Sexualberatung oder Klinisch-psychologische Diagnostik und Behandlung im interkulturellen Kontext	12	
Gesamtumfang	160		176	

Tabelle 1.1-2: Curricula ÖTZ-NLP&NLPT und ÖAP

Gesetzl. festgeschriebene fachliche Themenbereiche	10	mind. Std.	Curriculum ÖTZ-NLP&NLPT ³	Std.	Curriculum ÖAP ⁴	Std.
Grundlagen und Methoden der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung	8	8	Grundlagen und Methoden der Gesundheitsförderung	8	Grundlagen und Methoden der Gesundheitsvorsorge und der Gesundheitsförderung	16
Psychologische Diagnostik	16	16	Ausgewählte Schwerpunkte klinisch-psychologischer Diagnostik mit Schwerpunkt Gerontopsychologie	16	Besondere Aspekte der klinisch psychologischen Diagnostik	8
Psychologische Interventionsstrategien und therapeutische Grundlagen	16	Gesamt:	60	Gesamt:	56	
		Gesundheitspsychologische Kurzinterventionen/Berufsstrategien für Klinische und GesundheitspsychologInnen	(8)			
		Nutze dein (Gesundheits-)Potential! Salutogenese und Ressourcenarbeit in der Klinischen und Gesundheitspsychologie	(8)	Psychologische Behandlung in Systemen – Schwerpunkt: Burn-out & Mobbing oder Psychologische Behandlung in Systemen – Interventionen im Krankenhaus	(8)	
		"Wie geht's uns denn?" Gesprächsführung in der Klinischen Psychologie	(8)	Psychologische Behandlung und Prävention bei Suchtproblemen	(12)	
		Psychische Traumata und Angststörungen - Behandlungsansätze und Interventionstechniken	(12)	Psychologische Behandlung bei Erwachsenen	(8)	
		Angewandte Klinische Psychologie in der Chirurgie und auf der Intensivstation	(8)	Grundlagen der Psychotraumatologie und Notfallpsychologie	(8)	
		Grundlagen psychologischer Behandlung bei Kindern und Jugendlichen	(8)	Psychologische Behandlung psychophysiologischer Störungen; Biofeedback und andere Methoden oder Angewandte Klinische Psychologie in der Chirurgie und auf der Intensivstation	(8)	
		Psychologische Arbeit im Justiz- und Gewaltbereich	(8)	Ausgewählte Interventionsstrategien der Gesundheitspsychologie oder Sexualpsychologie	(12)	
Rehabilitation	8	Gesamt:	16	Neuropsychologische Rehabilitation – Diagnostik und psychologische Behandlung	12	
		Die Rolle der klinischen Psychologie in der psychiatrischen Rehabilitation	(8)			

		Mit Zuversicht in die Zukunft. Der Beitrag der Neuropsychologie im Rehabilitationsprozess	(8)		
Supervision	8	Psychologische Supervision	8	Grundlagen der psychologischen Supervision	8
Gruppenarbeit	8	Gruppenarbeit	8	Gruppenarbeit: Theorie, praktische Methoden und Selbsterfahrung	12
Psychiatrie, Psychopathologie, Psychosomatik und Psychopharmakologie	8	Gesamt:	20	Gesamt:	24
		Psychiatrie, Psychopathologie und Psychopharmakologie	(8)	Psychiatrie, Psychopathologie und Psychopharmakologie für PsychologInnen	(12)
		Psychosomatik/ Säuglingspsychosomatik (wahlweise)	(12)	Grundlagen der Psychosomatik	(12)
Erstellung von Gutachten	8	Workshop zu Theorie und Praxis der Gutachtenerstellung	12	Zielgruppenorientierte Befund- und Gutachtenerstellung	12
Ethische Grundhaltungen	8	Ethik	8	Ethische Grundlagen psychologischen Handelns und institutionelle, psychosoziale Rahmenbedingungen	8
Institutionelle, gesundheitsrechtliche und psychosoziale Rahmenbedingungen	8	Institutionelle, gesundheitsrechtliche und psychosoziale Rahmenbedingungen	8	Gesundheitsrechtliche Rahmenbedingungen für die Ausübung des psychologischen Berufs im Gesundheitswesen	4
Gesamtumfang	160		164		160

Tabelle 1.1-3: Curricula AVM und AAP

Gesetzl. festgeschriebene 10 fachliche Themenbereiche	mind. Std.	Curriculum AVM ⁵	Std.	Curriculum AAP ⁶	Std.
Grundlagen und Methoden der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung	8	Grundlagen und Methoden der Gesundheitsförderung	11	Grundlagen und Methoden der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung	16
Psychologische Diagnostik	16	Gesamt:	17	Gesamt: Psychologische Diagnostik und psychologische Interventionsstrategien und therapeutische Grundlagen	60
		Grundlagen klinisch psychologischer Diagnostik und ICD/DSM	(11)		
		Diagnostik bei Interventionen	(6)		
Psychologische Interventionsstrategien und therapeutische Grundlagen	16	Gesamt:	64	Klinisch-Psychologische Diagnostik und Intervention bei Kindern	(15)
		Klinische und gesundheitspsychologische Interventionen 1: Prozessmodelle	(6)		
		Klinische und gesundheitspsychologische Interventionen 2: Standardmethoden	(11)	Klinisch-Psychologische Diagnostik und Intervention bei Jugendlichen	(15)
		Klinische und gesundheitspsychologische Interventionen 3: Beratung	(8)		
		Klinische Interventionen 1: Krisenintervention, Akutinterventionen, Notfall	(8)		
		Klinische Interventionen 2: Angst, Zwang und Depression	(11)	Klinisch-Psychologische Diagnostik und Intervention bei Erwachsenen	(15)
		Klinische Interventionen 3: Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen	(10)		
		Klinische Interventionen 4: Stoffgebundene Abhängigkeiten	(10)	Klinisch-Psychologische Diagnostik und Intervention bei älteren Menschen	(15)
Rehabilitation	8	Grundlagen; Psychiatrische und Rehabilitation chronischer Erkrankungen	11	Psychologische und Neuropsychologische Rehabilitation	16
Supervision	8	Grundlagen, Theorien und Methoden; Coaching	11	Supervision	8
Gruppenarbeit	8	Methoden und Modelle psychologischer Gruppenarbeit	11	Gruppenarbeit	8
Psychiatrie, Psychopathologie, Psychosomatik und Psychopharmakologie	8	Allgemeine Psychopathologie und Psychopharmakologie	10	Psychiatrie, Psychopathologie, Psychosomatik und Psychopharmakologie	16
Erstellung von Gutachten	8	Begutachtung: Allgemeines; Erstellung von GA, Kriterien psychologischer GA	8	Gesamt	20
				Erstellung von Gutachten	(10)
				Erstellung von Gutachten, Vertiefung	(10)
Ethische Grundhaltungen	8	Berufsrecht/Berufsethik für Psychologen (Gesetze, Verordnungen, Ethikcodices)	16	Ethische Grundhaltungen	8
Institutionelle, gesundheitsrechtliche und psychosoziale Rahmenbedingungen	8	Ambulante freie Praxis, Institutionen, Patientenrechte, Konsumentenschutz	10	Institutionelle, gesundheitsrechtliche und psychosoziale Rahmenbedingungen	8
Gesamtumfang	160		172		160

Tabelle 1.1-4: Curricula Schloss Hofen und Universität Wien

Gesetzl. festgeschriebene 10 fachliche Themenbereiche	mind. Std.	Curriculum Schloss Hofen ⁷	Std.	Curriculum Universität Wien ⁸	Std.
Grundlagen und Methoden der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung	8	Gesamt:	16	Gesundheitsförderung in Theorie und Praxis	8
		Grundlagen Gesundheitsvorsorge I	(8)		
		Grundlagen Gesundheitsvorsorge II	(8)		
Psychologische Diagnostik	16	Gesamt:	24	Strukturiertes Klinisches Interview	12
		Exploration, Tiefeninterview	(8)		
		Neuropsychologische Diagnostik	(8)		
		Psychologische Diagnostik Kindes- und Jugendalter	(8)		
Psychologische Interventionsstrategien und therapeutische Grundlagen	16	Gesamt:	46	Gesamt:	56
		Beziehungsgestaltung	(11,5)		
		Entspannungsprogramme	(8)	Klinisch-psychologische Behandlung	(12)
		Klinische Psychologie im Suchtbereich	(11,5)	Psychologie in der Pädiatrie	(8)
		Klinische Psychologie in der Geriatrie	(3,5)	Notfallpsychologie und Psychotraumatologie	(8)
		Schmerz	(3,5)	Sexualität	(8)
		Aspekte der Krisenintervention	(8)	Arbeit und Gesundheit	(8)
Rehabilitation	8	Extramurale Versorgung	8	Angewandte Klinische Neuropsychologie und Rehabilitation	12
				Supervision	8
Supervision	8	Supervision	8	Psychologische Gesprächsführung	12
Gruppenarbeit	8	Gruppenarbeit	8	Einführung und Case Study	8
Psychiatrie, Psychopathologie, Psychosomatik und Psychopharmakologie	8	Gesamt:	24	Gesamt	20
		Psychosomatik	(16)	Klinische Psychologie in der Psychiatrie	(12)
		Psychiatrie, Psychopathologie	(8)	Einführung in die Psychopharmakologie	(8)
Erstellung von Gutachten	8	Erstellen von Gutachten	8	Psychologische Begutachtung	12
Ethische Grundhaltungen	8	Ethische Grundlagen	8	Intellektuelle Behinderung	8
Institutionelle, gesundheitsrechtliche und psychosoziale Rahmenbedingungen	8	Gesamt:	11,5	Rechtliche Rahmenbedingungen	8
		Rahmenbedingungen	(8)		
		Berufspolitische Aspekte	(3,5)		
Gesamtumfang	160		161,5		156

1.2 Erhaltene Stellungnahmen österreichischer Stakeholder zu den Forschungsfragen des Bundesministeriums für Gesundheit

1.2.1 Berufsverband österreichischer PsychologInnen BÖP



Bundesministerium für Gesundheit
Mag. Gabriele Jansky-Denk, II/A/3
Radetzkystraße 2
1030 Wien

Geschäftszahl: BMG-93400/0101-II/A/3/2012

Wien, 19.09.2012

Betreff: Entschließungsantrag des Nationalrates betreffend die Aufnahme klinisch-psychologischer Behandlung in die Sozialversicherungsgesetze; Anfrage bezüglich einer wissenschaftlichen Aufarbeitung

Sehr geehrte Frau Ministerialrätin Mag. Jansky-Denk,

wir bedanken uns herzlich für die Übermittlung des Fragenkataloges zur klinisch-psychologischen Behandlung, auf den wir uns wie folgt zu antworten erlauben:

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

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. Hier stehen seit einiger Zeit evidenzbasierte Interventionen im Vordergrund (APA, 2006; Spring 2007), d.s. Vorgehensweisen, die empirisch umfassend geprüft wurden und sich bewährt haben.

Klinisch-psychologische Behandlung baut auf Theorien und Modellen der wissenschaftlich vorwiegend empirisch orientierten Psychologie auf und basiert auf dem biopsychosozialen Rahmenkonzept (siehe Anlage Kryspin-Exner, 2008). Es handelt sich um Interventionen, die bei der Behandlung psychischer Störungen, psychischer Aspekte somatischer Erkrankungen sowie in Krisensituationen und in der Rehabilitation Anwendung finden. Je nach Komplexitätsebene sind psychische Funktionen, Funktionsmuster oder interpersonelle Systeme Ansatzpunkte (siehe Anlage Perrez & Baumann, 2011).

Klinisch-psychologische Behandlung setzt konkret an der jeweils diagnostizierten Störung an, folgt einem Behandlungsplan und hat ein definiertes Ziel, dessen Erreichen mithilfe klinisch-psychologischer Evaluation überprüft werden kann. Klinisch-psychologische Behandlung umfasst eine Vielzahl wissenschaftlich abgesicherter psychologischer Interventionsformen.

Berufsverband Österreichischer PsychologInnen, Möllwaldplatz 4/4/39, 1040 Wien, www.boep.or.at
ZVR: 968109293

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.

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?

Bausteine klinisch-psychologischer Behandlung sind bei allen psychischen Störungen, wie sie im ICD – 10, der International Classification of Diseases der WHO, angeführt sind, einsetzbar, der Behandlungsfokus ist jedoch vom Störungsbild abhängig. Während beispielsweise bei Angststörungen die Störung an sich behandelt werden kann, sind es bei der Schizophrenie vorwiegend Funktionsmuster (z.B. Problemlöseverhalten) sowie interpersonelle Systeme (siehe z.B. Kommunikation mit Angehörigen entsprechend dem expressed emotion Konzept).

Exemplarisch können folgende Diagnosen und die dazugehörigen evidenzbasierten klinisch-psychologischen Behandlungsmethoden genannt werden (Sturmeij, & Hersen (Eds.) 2012):

- a) Demenz und dazugehörige kognitive Störungen (ICD-10 F00 – F02):
Randomized Controlled Trials bestätigen die Wirksamkeit klinisch-psychologischer Behandlungsformen bei Depression und Angststörung von DemenzpatientInnen.
- b) Depression und dysthymische Störungen (ICD-10 F32-33):
Es liegen auch hier Studien vor, die die Wirksamkeit klinisch-psychologischer Behandlungsformen bei Depression und dysthymischen Störungen bestätigen.
- c) Kann durch weitere Beispiele (Sturmeij & Hersen (Eds.) 2012) ergänzt werden

3. Wie könnte eine Kompetenzverteilung bzw. Grenzziehung zwischen den Berufsgruppen der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einerseits sowie der klinischen Psychologinnen und klinischen Psychologen andererseits aussehen, um von vornherein ineffiziente Doppelgleisigkeiten in der Versorgung zu vermeiden?

Eine Grenzziehung ist aufgrund der nicht unterscheidbaren Begriffe Psychotherapie und „klinisch-psychologische Behandlung“ letztlich wissenschaftlich nicht möglich. Wie man aber auch zwischen AllgemeinärztInnen (aber mit Facharzt-Status) und FachärztInnen der Spezialdisziplinen (beide Gruppen aber als FachärztInnen gleichrangig) unterscheidet, könnte man die klinisch-psychologische Behandlung mehr als allgemeine Versorgung bei psychischen Störungen, aber auch in der somatischen Medizin und der Rehabilitation sehen, während die Psychotherapie nur für psychische Störungen zuständig wäre.

Die auf Psychotherapieschulen aufbauende Psychotherapie gemäß

Berufsverband Österreichischer PsychologInnen, Möllwaldplatz 4/4/39, 1040 Wien, www.boep.or.at
ZVR: 968109293

Österreichischem Psychotherapiegesetz ist methodenorientiert, d.h. selektiv. Schulenorientierte TherapeutInnen können daher nur eine Teilmenge von PatientInnen versorgen. Die klinisch-psychologische Behandlung durch klinische PsychologInnen ist in ihrer konzeptuellen Breite mit der psychiatrischen Behandlung, basierend auf Medizinstudium und fachärztlicher Ausbildung, vergleichbar. Die klinisch-psychologische Behandlung findet multidisziplinär in enger Zusammenarbeit mit ÄrztInnen und anderen Gesundheitsberufen, wie etwa PsychotherapeutInnen und ErgotherapeutInnen statt

Klinisch-psychologische Behandlung ist effizient, indem für die Mehrzahl der Behandelten 10-30 Behandlungseinheiten ausreichend sind, um befriedigende Erfolge zu erreichen.

KlientInnen/PatientInnen und auch ProfessionistInnen (ÄrztInnen, Personen aus der Sozial- und Pflegearbeit) wünschen sich zunächst eine Beseitigung von Problemen und Schwierigkeiten. Diese kann durch klinisch-psychologische Behandlung gut initiiert werden. Auf der Ebene der psychischen Funktionen (Wahrnehmung, Gedächtnis, Problemlösefähigkeit), der Funktionsmuster (Stress, Kommunikationseinschränkung, soziale Unsicherheit, etc.) sowie der interpersonellen Systeme (Probleme in Partnerschaft, Familie, am Arbeitsplatz). Bei somatischen Erkrankungen stehen die Akzeptanz sowie die Bewältigung des Leidens im Vordergrund; weiters gilt es, neue Formen der Lebensgewohnheiten sowie des Lebensstils zu initiieren. Viele Betroffene finden die Erreichung und längerfristige Einhaltung der genannten Ziele als ausreichend – nur ein Teil strebt darüber hinausgehende Entwicklung sowie Bearbeitung tiefgründiger Schwierigkeiten von vorneherein bzw. in weiterer Folge an; hier wären dann psychotherapeutische Verfahren indiziert.

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?

Sämtliche in der Fragestellung genannten Erkrankungen bzw. Teilgebiete der Psychologie sind bereits Anwendungsgebiete klinisch-psychologischer Behandlung. So wird etwa bei Diabetes an der Änderung der Lebensgewohnheiten und der Herstellung von Compliance gearbeitet. Zu dieser und anderen klinisch-psychologisch behandelbaren Erkrankungen gibt es eine Fülle von evidenzbasiertem Wissen (siehe auch Sturmey, & Hersen (Eds.) 2012) und wissenschaftlicher Expertise. Zusammenfassend sind es die somatischen Störungen, die Störungsgruppe hirnganischer Beeinträchtigung inklusive der Altersbeeinträchtigungen (Gerontologie), der Neuropsychologie- und Neurorehabilitationsbereich sowie die Diagnosen des ICD-10, die unter F zusammengefasst sind, wie Angststörungen (hier insbesondere die soziale Phobie, u.a. unterstützt durch neue Technologien wie Internet und virtuelle Realität), die affektiven Störungen, die Schizophrenie (Interaktion mit Angehörigen, soziale Integration, Organisation von Freizeitverhalten, Initiierung und Stabilisierung von Beschäftigung und Arbeit) und diverse andere.

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?

Eine umfassende Zusammenschau in tabellarischer Form finden Sie in dem beigefügten ExpertInnenpapier "Leistungskatalog klinisch-psychologischer Behandlung nach ICD-10 Diagnosen", erstellt 2011 vom Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen.

6. Ist bereits gesichert, dass jede klinische Psychologin und jeder klinische Psychologe tatsächlich zur wirksamen und effizienten (alleinigen) Behandlung der im Rahmen der obigen Fragestellungen geklärten Kompetenzen befähigt ist?

Die Befähigung ist durch die umfassende Ausbildung und die gesetzlich verankerte verpflichtende kontinuierliche fach einschlägige Weiterbildung gewährleistet.

Klinische PsychologInnen absolvieren nach den §§ 1, 4-8 Psychologengesetz 1990 (BGBl Nr. 360/1990) ein mind. fünf Jahre dauerndes Universitätsstudium der Psychologie im Ausmaß von mind. 2250 Stunden, davon mind. 400 Stunden klinische Psychologie inklusive einem 6-wöchigen Pflichtpraktikum sowie eine postgraduelle Ausbildung zum/zur klinischen PsychologIn, in welcher sie ihre im Studium gewonnenen Kenntnisse in Hinblick auf Wissen zu Ätiologie, Nosologie und Behandlung von Störungen zusammenfassen und erweitern.

Die theoretisch (160 Stunden vertiefender Theorieunterricht) und praktisch (1480 Stunden Praxis und 120 Stunden Supervision) ausgebildeten Klinischen PsychologInnen werden in einer Liste des Bundesministeriums für Gesundheit geführt und sind gemäß § 3 Abs 2 Z 2 Psychologengesetz 1990 (BGBl Nr. 360/1990) zur Prävention, Diagnose, Begutachtung und Behandlung von Verhaltensstörungen, psychischen Veränderungen und Leidenszuständen befugt.

Ein/e PsychologIn mit Vollstudium und der postgraduellen Ausbildung zum/zur klinischen PsychologIn hat somit eine Ausbildungszeit von 370,4 ECTS, d.h. von 6 Jahren (siehe Tabelle).

Darüber hinaus empfiehlt der Berufsverband Österreichischer PsychologInnen folgende Qualifikationsvoraussetzungen für Klinische PsychologInnen, die im Rahmen von Kassenleistungen klinisch-psychologische Behandlung anbieten möchten:

- Eine zumindest 2-jährige klinisch-psychologische Tätigkeit im Bereich der klinisch-psychologischen Behandlung (nach Eintragung in die Liste der KP) in einer anerkannten Einrichtung.
- Nachweis von zumindest 100 eigenbehandelten Fällen mit krankheitswertigen Störungen mittels anonymisierter Befunde bzw. Gutachten.
- Eine je mindestens 25%ige Tätigkeit mit den PatientInnengruppen Erwachsene und Kinder.
- Eine Tätigkeit, die zumindest drei der folgenden Krankheitsgruppen abdeckt:

Berufsverband Österreichischer PsychologInnen, Möllwaldplatz 4/4/39, 1040 Wien, www.boep.or.at
ZVR: 968109293

- Entwicklungsstörungen
- geriatrische Störungen
- affektive Störungen
- Persönlichkeitsstörungen
- hirnorganische Störungen

7. Reichen die derzeitigen generellen Ausbildungsvoraussetzungen in Klinischer Psychologie aus, um eine ausreichende Qualitätssicherung für die „klinischpsychologische Krankenbehandlung“ zu bieten?

Ja. Die derzeitigen Ausbildungsvoraussetzungen im Sinne des österreichischen Psychologengesetzes basieren auf den internationalen wissenschaftlichen Erkenntnissen der Klinischen Psychologie im speziellen und der Psychologie im Allgemeinen. Durch die ständige Evaluation der Lehrgänge wird die Ausbildung auf aktuellstem Niveau gehalten.

Zur Sicherung europaweiter einheitlicher Standards der Ausbildungsinhalte und Qualifikationen von Klinischen PsychologInnen hat der Dachverband der europäischen PsychologInnenkammern und PsychologInnenvereinigungen, die European Federation of Psychologists Associations (EFPA) in einem mehrjährigen Beratungsprozess Richtlinien für die Verleihung eines Europäischen Zertifikats in Psychologie, EuroPsy, beschlossen:

Voraussetzungen für den Erwerb von EuroPsy

1. Erfolgreicher Abschluss eines Hauptfachstudiums der Psychologie von mindestens 10 Semestern (entsprechend 300 Credits gem. ECTS).
Diese Voraussetzung wird in Österreich bisher vom Magisterstudiengang Psychologie und künftig von den konsekutiven Studiengängen Bachelor of Science + Master of Science erfüllt. EuroPsy sieht für das Psychologiestudium Mindestinhalte und Mindestumfänge vor (siehe: www.europsy.eu; www.europsy.at)
2. Einjährige Berufspraxis nach dem Magister- bzw. Master-Abschluss unter Supervision eines berufserfahrenen Psychologen bzw. einer berufserfahrenen Psychologin (bei Vollzeittätigkeit, entsprechend 60 Credits). Diese Voraussetzung wird in Österreich durch die postgraduelle Ausbildung in Klinischer- und Gesundheitspsychologie und Verkehrspsychologie bereits erfüllt. In anderen Fachbereichen gelten Übergangsregelungen bis Richtlinien für die Supervision sowie ein entsprechendes Netz qualifizierter SupervisorInnen aufgebaut sind. In Österreich wird für eine Übergangsphase der Nachweis einer 5-jährigen Berufspraxis als Äquivalent zur 1-jährigen Supervisionsphase akzeptiert.
3. Verpflichtung zur Einhaltung der berufsethischen Standards der EFPA bzw. der Ethikrichtlinien des Bundesministeriums für Gesundheit (Psychologenbeirat).
4. Bestandteil des Qualitätsstandards ist auch eine regelmäßige Fort- und Weiterbildung. Die Gültigkeit von EuroPsy ist deshalb zunächst auf 7 Jahre begrenzt. Danach ist eine Rezertifizierung vorgesehen.

Ein wesentlicher Vorteil des EuroPsy aus österreichischer Sicht liegt darin, dass sich die EFPA auf einen europäischen Standard verständigt hat, der dem

Berufsverband Österreichischer PsychologInnen, Möllwaldplatz 4/4/39, 1040 Wien, www.boep.or.at
ZVR: 968109293

bisherigen Ausbildungsstandard in Österreich sehr ähnlich ist. Damit sind in maßgeblichen Bereichen kaum Anpassungen in Österreich erforderlich und die Qualifikationsstandards gesichert.

8. Gibt es (nationale wie auch internationale) Forschungsarbeiten über Tätigkeiten von klinischen Psychologinnen und klinischen Psychologen, die seit vielen Jahren im intramuralen Bereich arbeiten, aus denen sich Erkenntnisse im Zusammenhang mit den oben genannten Fragen gewinnen lassen?

Es gibt diverse nationale und internationale Publikationen spezifischer Ausrichtung sowie Überblicksarbeiten, die sich auch auf den intramuralen Bereich beziehen. Hierzu eine Auswahl:

- Pfammatter, M., Junghan, U., Brenner, H. (2006). Efficacy of Psychological Therapy in Schizophrenia: Conclusions From Meta-analyses. *Schizophrenia Bulletin* vol. 32 no. S1 pp. 64–S80
- Roder, V. et al. (2008). Integriertes Psychologisches Therapieprogramm bei schizophren Erkrankten (IPT). (6. Aufl.) Berlin: Beltz
- Rehse, B. & Pukrop, R. (2003). Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: meta analysis of 37 published controlled outcome studies. *Patient Education and Counseling*, 50(2), 179-186.
- Kulzer, B., Hermanns, N., Reinecker, H., Haak, T. (2007), Effects of self-management training in Type 2 diabetes: a randomized, prospective trial. *Diabetic Medicine* 24 (4), 415-423.
- ÖBIG (2005). Neuropsychologische und psychosoziale Versorgung von Menschen nach einem Schädel-Hirn-Trauma. Wien
- ÖBIG (2012). Klinisch-psychologische Versorgung in Krankenanstalten und Rehabilitationszentren 2011
- Sturmey, P. & Hersen, M. (Eds.).(2012).Handbook of evidence based practice in clinical psychology. (Vol 1: Child and adolescent disorder; Vol 2: Adult disorder). Hoboken, New Jersey: Wiley.

Literaturverzeichnis:

American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285

Sturmey, P. & Hersen, M. (Eds.).(2012).Handbook of evidence based practice in clinical psychology. (Vol 1: Child and adolescent disorder; Vol 2: Adult disorder). Hoboken, New Jersey: Wiley.

BÖP-Leistungskatalog: klinisch-psychologische Behandlung nach ICD-10 Diagnosen (2011)

Perrez, M. & Baumann, U. (Hrsg.). (2011). Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie (4. Aufl.). Bern: Huber

1.2.2 Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie ÖBVP



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment
Garnisongasse 7/20
1090 Wien

Wien, am 04. Juni 2013

Stellungnahme für das Ludwig Boltzmann Institut – Forschungsvorhaben Übersichtsarbeit „psychologische Behandlung“

„Behandlung durch klinische PsychologInnen“ – Abgrenzung zur Psychotherapie

Grundsätzlich ist eine klare fachliche Abgrenzung der „Behandlung durch klinische PsychologInnen“ zur Psychotherapie erforderlich – schon alleine aufgrund der legislativen Problematik Psychotherapiegesetz (PthG) und PsychologInnengesetz (PG). Im Entwurf zum neuen PsychologInnengesetz (PG neu) werden von dessen Erläuterungen unterschiedliche Begriffe und Definitionen verwendet, durchgängig wird ungenau und zugleich grenzüberschreitend zur Psychotherapie, wie sie im PthG geregelt ist, formuliert. Es entsteht der Eindruck, man will den „Laien“ suggerieren, dass „psychologische Behandlung“ mit psychotherapeutischer Behandlung gleichgesetzt werden kann, ohne dass PsychologInnen die Kompetenzen erwerben müssen, die für die Psychotherapie gesetzlich vorgeschrieben sind und in einer kompletten Psychotherapie-Ausbildung erworben werden müssen.

Grundsätzliches

Änderung des PsychologInnengesetzes ohne gleichzeitige Änderung des PthG nicht sinnvoll, zeitliche Bindung aufgrund zahlreichen Parallelen, Überschneidungsbereichen und wichtigen Abgrenzungs- und Finanzierungsfragen im Bereich Praktika (nunmehr für PsychologInnen im Angestelltenverhältnis) unbedingt erforderlich.

Klare fachliche Abgrenzung und Einschränkung der „psychologischen Behandlung“ zur Psychotherapie erforderlich. Im Gesetzestext und in den Erläuterungen verschieden, durchgängig ungenau und zugleich grenzüberschreitend. Es entsteht der Eindruck, dass die „psychologische Behandlung“ mit psychotherapeutischer Behandlung gleichgesetzt werden soll, ohne aber die Kompetenzen zu haben, die für die Psychotherapie notwendig sind und nur in einer kompletten Psychotherapie-Ausbildung erworben werden können.

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:

- **Kognition:** Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit, Gedächtnis, Wahrnehmung
- **Psychophysiologie:** Entspannung, Körperwahrnehmung, Biofeedback, Schmerzbehandlung
- **Sozialverhalten:** Kommunikationstraining, Selbstsicherheitstraining, Stärkung von Selbst-kontrollmechanismen, Soziale Wahrnehmung

Mitglied des Europäischen Verbandes für Psychotherapie - EAP :: Member of the World Council for Psychotherapy - WCP
1030 Wien :: Löwengasse 3/5/6 :: T +43.1.512 70 90. 0 :: F +43.1.512 70 90. 44 :: oebvp@psychotherapie.at :: www.psychotherapie.at
ZVR-Zahl 631430174 :: DVR 0738506 :: UID.Nr. ATU56420233

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?"

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.

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:

- 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

Zuletzt in Kürze zu den wichtigsten im LBI-HTA-Link gestellten Forschungsfragen:

- Der vorliegende PG neu-Entwurf wird von vornherein ineffiziente Doppelgleisigkeiten in der Versorgung enorm vermehren, was schon in der 7. Forschungsfrage im verwendeten Terminus „klinisch-psychologische Krankenbehandlung“ deutlich wird.
- Die auf Basis des bisherigen als auch des neu-konzipierten PG ausgebildeten klinische PsychologInnen sind aufgrund der dort vorgeschriebenen Ausbildung nicht ausreichend befähigt zur umfassenden, wirksamen und effizienten Krankenbehandlung.

Zu fordern ist jedenfalls der Ausschluss „psychologischer Behandlung“ bei Vorliegen einer Indikation zur Psychotherapie.

Bei der psychotherapeutischen Behandlung liegt der Schwerpunkt auf der umfassenden Behandlung des gesamten Spektrums psychischer und psychosomatischer Erkrankungen mit dem Ziel, Symptome zu lindern, wobei krankmachende Lebensumstände, Verhaltens- oder Persönlichkeitsaspekte erkannt und verändert werden sollen, wenn dies zur langfristigen und nachhaltigen psychischen Stabilisierung bzw. Gesundung zweckmäßig ist. Psychotherapie umfasst neben umfassenden Behandlungen auch psychotherapeutische Beratung, Krisenintervention und Kurzzeittherapien.

Psychotherapie ist grundsätzlich indiziert, wenn

- **Krankheitsbilder aus dem Bereich der psychischen und psychosomatischen Erkrankungen vorliegen.** Zu deren Verständnis und Behandlung muss der psychosoziale und lebensgeschichtliche Kontext umfassend miteinbezogen und auf der Basis eines anerkannten methodenspezifischen Konzeptes eingeordnet werden. Das

erfordert eine umfassende Störungslehre und prozessorientierte psychotherapeutische Diagnostik. Daraus wird ein Behandlungskonzept erstellt, das mit einbezieht, ob die Indikation zur Psychotherapie gegeben ist. Wenn die für die Psychotherapie erforderliche Behandlungsmotivation, Einsichts- und Reflexionsfähigkeit bei der PatientIn, sowie Übereinstimmung zw. PatientIn und PsychotherapeutIn in Bezug auf Krankheitsentstehung etc. besteht (siehe psychotherapeutische Diagnostikleitlinie), ist eine Psychotherapie wegen ihrer nachgewiesenen Wirksamkeit und Nachhaltigkeit anzubieten. Die diagnostische Abklärung und Vorweg-Indikationsstellung zur Psychotherapie erfordert generell die Kompetenz zur Diagnostik psychischer und psychosomatischer Erkrankungen. Über die Indikationsstellung sowie über die Art, die Ausrichtung und die zu setzenden Behandlungsschritte befindet die PsychotherapeutIn im konkreten Behandlungsfall selbst, weisungsungebunden und eigenverantwortlich.

- Wenn die Voraussetzungen für eine Psychotherapie sowohl aus diagnostischer Sicht als auch aufgrund der PatientInnen-Variablen gegeben sind, sollte die **Behandlung von psychischen und psychosomatischen Störungen und Erkrankungen grundsätzlich in einer Psychotherapie durch entsprechend ausgebildete PsychotherapeutInnen** erfolgen. Eine andere Behandlung als durch Psychotherapie ist nur dann vertretbar, wenn Faktoren dominieren, die eine Psychotherapie unzureichend erscheinen lassen, z. B. aufgrund von Faktoren wie psychotherapieunbeeinflussbare Krankheit, fehlende individuelle Eignung, mangelnde Stabilität oder mangelnde Motivation der PatientIn.
- **Kurzinterventionen u. ä. Interventionen aus der psychologischen Behandlung sollten bei Symptomen tiefer liegender psychischer und psychosomatischer Krankheiten nicht anstelle einer indizierten längerfristigen Psychotherapie nahe gelegt werden.** Bei bestimmten Symptomatiken (z. B. Depression mit zerebraler Funktionsstörung) kann aber die Einbeziehung bzw. Bevorzugung psychologischer Behandlungsformen erforderlich sein.

Zum Schutz von PatientInnen und um nicht den irreführenden Eindruck zu erwecken, es handle sich bei der „psychologischen Behandlung“ um eine Psychotherapie, ist bei krankheitswertigen Störungen zu fordern, das Wort „Therapie“ als (Zusatz-)Bezeichnung oder Wortbestandteil für klinisch-psychologische Leistungen zu unterlassen.

Dieses Problem ist in der Praxis bereits evident: Es werden häufig z. B. „Kindertherapie“, „Traumatherapie“, „Therapie bei Persönlichkeitsstörungen“ etc. von Nicht-PsychotherapeutInnen angeboten.

Die Behandlungs-Tätigkeiten, die während der Ausbildung unter Fachaufsicht und Anleitung im fachlichen Austausch im multiprofessionellen Team von Gesundheitsberufen, durchgeführt werden, können laut vorliegendem Gesetzesentwurf nach Erhalt der Berufsberechtigung auch alleine und freiberuflich ausgeführt werden.

„Psychologische Behandlung“ von psychischen Störungen und Erkrankungen ist im freiberuflichen Bereich mangels Grenzziehung aber abzulehnen. Die freiberufliche Behandlung psychischer Störungen ist zudem EU-weit auch für PsychologInnen an das Absolvieren einer kompletten Psychotherapieausbildung gebunden.

„Therapie“-Nennung sollte aufgrund der Befähigung zur umfassenderen beziehungs-dynamischen Diagnostik und Therapieprozess-Gestaltung PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen für psychotherapeutische Medizin vorbehalten bleiben. Anderenfalls entstünde eine gefährliche Rechtsunsicherheit, ein unübersichtlicher Behandlungs-Graubereich und unzumutbare Intransparenz für KonsumentInnen und PatientInnen im ohnehin schwer durchschaubaren Psy-Bereich. Die eindeutige Konkretisierung der Berufsbilder und Tätigkeitsbereiche sollte nicht nur die Ausübung der Patientenrechte stärken, sondern auch die Kooperation zwischen den unterschiedlichen Gesundheitsberufen in Anerkennung und Abgrenzung der jeweiligen Kompetenzen und Selbsteingrenzungen erleichtern – mit diesem

Gesetzesentwurf wäre aber das Gegenteil der Fall, verbunden mit der Minimierung von Klarheit und Verständlichkeit für die PatientInnen.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Eva Mückstein', written in a cursive style.

Dr.ⁱⁿ Eva Mückstein
Präsidentin des ÖBVP

1.2.3 Vereinigung Österreichischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten VÖPP



Stellungnahme zum Thema „Behandlung durch klinische PsychologInnen“.

Beide Gesetzesregelungen - sowohl für die Führung der Bezeichnung klinische/r PsychologIn/ GesundheitspsychologIn als auch PsychotherapeutIn - sehen sehr eindeutigen Schutz dieser Berufsbezeichnungen vor und definieren, wem diese Bezeichnung vorbehalten ist bzw. unter welchen Voraussetzungen diese zu führen ist.

Die gesetzliche Definition einer klinisch-psychologische Behandlung ist bis heute wenig differenziert: Es ist unklar, bei welchen Krankheits - oder Störungsbildern eine klinisch-psychologische Behandlung vorzusehen und indiziert ist. Weiters sind sowohl die Behandlungskonzepte und Behandlungsmethoden nur in einigen wenigen Teilbereichen ausgearbeitet. Im Gegensatz dazu hat die psychotherapeutische Heilbehandlung im Gesetzestext eine genau umrissene Definition.

Der Gesetzestext zur klinisch-psychologischen Behandlung dagegen zählt einige mögliche Arbeitsbereiche auf, bleibt jedoch eine differenzierte Beschreibung der Tätigkeiten schuldig.

Im Psychologengesetz (§8) (§5 Abs.2 Z1) wird ausdrücklich erwähnt, dass klinische PsychologInnen und GesundheitspsychologInnen für die Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge besonders geeignet sind. Als mögliche Arbeitsbereiche werden weiters genannt:

Rehabilitation (§5 Abs.2 Z 4); Kenntnis rehabilitativer Maßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen, Prävention, Gruppenarbeit, Erstellung von Gutachten.

Im Gegensatz dazu wird im Psychotherapiegesetz die Berufstätigkeit des Psychotherapeuten sehr genau umschrieben. (§1. (1) PthG)

Aus der ebenfalls sowohl inhaltlich als auch umfangsmäßig genau differenzierten Vorschreibung der Ausbildung geht hervor, dass eine intensive Auseinandersetzung mit der eigenen Person als Voraussetzung für die Profession erfolgen muss; außerdem ist ersichtlich, dass in der Ausbildung eine ausführliche Beschäftigung mit Krankheitsbildern, psychopathologischer Persönlichkeitsentwicklung, Interventionstechniken und Behandlungsprozessen verpflichtend vorgesehen ist. All das lässt erkennen, dass die psychotherapeutische Profession die Behandlung psychisch kranker Menschen zur Aufgabe hat.

Stellt man die Ausbildungen gegenüber, ergibt sich folgendes Bild:

Die derzeitige Ausbildung zum klinischen Psychologen umfasst 1640 Stunden (davon 160 Theorieausbildung, 120 St. Supervision von klin. Psychologen, 1450 St. Praktische Tätigkeit und daraus Abgabe von 200 Diagnostik-Protokollen), die zum Psychotherapeuten 3215 (davon 1135 St Theorie und 2080 St. praktische Ausbildung mit Selbsterfahrung, Supervision Praktikum und Praktische Behandlungstätigkeit unter Supervision von Lehrtherapeuten), die auch genauestens nach Mindeststundenanzahl die Inhalte der Ausbildung festlegt und außerdem einen für die Behandlung psychischer Leiden essentiellen Selbsterfahrungsanteil enthält.



Es ist allerdings festzuhalten, dass ein Teil der theoretischen Inhalte, die die Psychotherapieausbildung vorsieht (z. B: Allgemeine Psychologie, Entwicklungspsychologie) bereits im Psychologiestudium enthalten ist.

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.

Aus unserer Sicht sind die Einsatzbereiche klinisch - psychologischer Behandlung eher im Sinne von manualgeleiteten Anwendungen gegeben:

Neurorehabilitation, wie zum Beispiel Aufmerksamkeitstrainings, Förderung der Konzentrationsfähigkeit, des Gedächtnis, der Wahrnehmung, Kompensation und Coping bei bleibenden hirnganischen Defiziten und deren psychische Verarbeitung
Bei Kindern: Behandlung von Lerndefiziten, Förderung bei Lese- und Rechtschreibschwächen, Rechenschwächen u.ä, Aufmerksamkeitstrainings, Förderung der Konzentrationsfähigkeit, des Gedächtnis, der Wahrnehmung, Training der Exekutivfunktionen

Relaxationsverfahren, Biofeedback, Förderung der Körperwahrnehmung durch Trainings,

Übende Verfahren im Sinne von Trainings der Kommunikation, der Selbstsicherheit, der Selbstkontrolle, Gruppentrainings zur Stärkung der sozialen Kompetenz, Affektkontrolle, Angstbewältigungstraining, Stressbewältigung.

Bei chronischen Erkrankungen oder Erkrankungen, die Einschränkungen mit sich bringen: Krankheitsverarbeitung, Arbeit mit Angehörigen, Krankheitsmanagement, Förderung der Compliance, Umgang mit Krisen

Notfallpsychologie als Spezialausbildung für Katastropheneinsätze und zur Vorbeugung einer posttraumatischen Belastungsstörung.

Beiden Professionen, die Klinische Psychologie wie auch die Psychotherapie, sind berufsethische Verpflichtungen vorgeschrieben, die nur zu erfüllen sind, wenn deren Arbeitsfelder klar und eindeutig beschrieben und abgegrenzt sind.

Ass.-Prof. Dr. Jutta Fiegl
Präsidentin der VÖPP
(Vereinigung Österreichischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten)

Wien, 31.Mai 2013

1.3 Parlamentarische Stellungnahmen

1.3.1 Ausgeschlossene Stakeholder parlamentarische Gesetzesbegutachtung

Nr. ¹	Referenz Parlamentshomepage	Kategorie
3	11.06.2013 – Stellungnahme (6/SN-538/ME) von Ganahl Bettina	PP
4	11.06.2013 – Stellungnahme (16/SN-538/ME) von Amendt-Lyon Nancy, Dr.	PP
5	11.06.2013 – Stellungnahme (21/SN-538/ME) von Eisner Maria, Mag.	PP
6	11.06.2013 – Stellungnahme (22/SN-538/ME) von Schulte Klaus, Dr.	PP
7	11.06.2013 – Stellungnahme (24/SN-538/ME) von Riplitsch Elisabeth, Mag.	PP
8	11.06.2013 – Stellungnahme (25/SN-538/ME) von Breuer Ursula, Mag.	PP
9	12.06.2013 – Stellungnahme (27/SN-538/ME) von Ahamer Franz, Dr.	PP
10	12.06.2013 – Stellungnahme (28/SN-538/ME) von Bruckner Gerhard E., Dipl.-Ing. Mag.	PP
11	12.06.2013 – Stellungnahme (31/SN-538/ME) von Mayer Maria, Dr.	PP
12	12.06.2013 – Stellungnahme (32/SN-538/ME) von Striebel Julia, Mag.	PP
13	12.06.2013 – Stellungnahme (33/SN-538/ME) von Bierbaum Markus, Mag.	PP
14	12.06.2013 – Stellungnahme (34/SN-538/ME) von Panhofer Bernhard, Dr.	PP
15	12.06.2013 – Stellungnahme (35/SN-538/ME) von Wieser Elfriede, Dr.	PP
18	12.06.2013 – Stellungnahme (52/SN-538/ME) von Zolles Michaela	PP
19	12.06.2013 – Stellungnahme (54/SN-538/ME) von Fohleitner Karin, Mag.a	PP
20	12.06.2013 – Stellungnahme (55/SN-538/ME) von Varga Edit, Dipl. Ing.	PP
21	12.06.2013 – Stellungnahme (56/SN-538/ME) von Diercks Christine, Dr., WIENER PSYCHOANALYTISCHE VEREINIGUNG, Vorsitzende	S-FG-aP
22	12.06.2013 – Stellungnahme (57/SN-538/ME) von Herzog Thomas, Dr.	PP
23	12.06.2013 – Stellungnahme (58/SN-538/ME) von Burian Wilhelm, Dr., Grossmann-Garger Brigitte, Dr.	PP
24	12.06.2013 – Stellungnahme (59/SN-538/ME) von Hacker Josef, MSc, Psychotherapeut	PP
25	13.06.2013 – Stellungnahme (64/SN-538/ME) von Kleissner Rudolf, Mag.	PP
26	13.06.2013 – Stellungnahme (65/SN-538/ME) von Dell'mour-Kast Theres	PP
27	13.06.2013 – Stellungnahme (68/SN-538/ME) von Zacher Ilse	PP
28	14.06.2013 – Stellungnahme (78/SN-538/ME) von Sattler Sabine, Mag.	PP
29	14.06.2013 – Stellungnahme (79/SN-538/ME) von Österreichische Balint-Gesellschaft (öbg), Präsident Dr. Hans-Peter Edlhaime, MSc	S-FG-aP
31	14.06.2013 – Stellungnahme (86/SN-538/ME) von Weinschenk Brigitte, Psychotherapeutin	PP
32	17.06.2013 – Stellungnahme (91/SN-538/ME) von Mag. (FH) Markus Mittemaskogler	PP
33	17.06.2013 – Stellungnahme (93/SN-538/ME) von Mag. Christine Fesenmayr, Psychotherapeutin	PP
34	17.06.2013 – Stellungnahme (94/SN-538/ME) von Univ.-Prof. Dr. August Ruhs, FA f. Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalytiker	PP
35	17.06.2013 – Stellungnahme (95/SN-538/ME) von Dr. Bernhard Handlbauer, Klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologie, Psychotherapeut	PP
36	17.06.2013 – Stellungnahme (96/SN-538/ME) von Mag. Alexandra Liehmann	PP
37	17.06.2013 – Stellungnahme (99/SN-538/ME) von Fuchs Renata, MAS	PP
38	17.06.2013 – Stellungnahme (100/SN-538/ME) von Arbeitsgemeinschaft Personzentrierte Psychotherapie, Gesprächsführung und Supervision (APG)	S-FG-aP
39	17.06.2013 – Stellungnahme (104/SN-538/ME) von GGGV Gerichtgutachten-geschädigtenverband Österreich	ViwK
40	18.06.2013 – Stellungnahme (109/SN-538/ME) von Amt der Kärntner Lan-	OEiWK

	desregierung	
41	18.06.2013 – Stellungnahme (110/SN-538/ME) von Weber Germain, Univ. Prof. Dr.	PP
42	18.06.2013 – Stellungnahme (111/SN-538/ME) von Industriellenvereinigung Steiermark	ViwK
43	18.06.2013 – Stellungnahme (112/SN-538/ME) von Amt der Niederösterreichischen Landesregierung	OEiWK
45	19.06.2013 – Stellungnahme (115/SN-538/ME) von Wolfger Robert, Dr.	PP
47	19.06.2013 – Stellungnahme (117/SN-538/ME) von Forum Personenzentrierte Praxis, Ausbildung und Forschung	S-FG-aP
48	19.06.2013 – Stellungnahme (121/SN-538/ME) von BM für Finanzen	OEiWK
50	20.06.2013 – Stellungnahme (123/SN-538/ME) von Dr. Sonja Brustbauer, Psychotherapeutin	PP
51	20.06.2013 – Stellungnahme (124/SN-538/ME) von Alternative und Grüne GewerkschafterInnen/Unabhängige GewerkschafterInnen	ViwK
54	20.06.2013 – Stellungnahme (127/SN-538/ME) von Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche, klientenzentrierte Psychotherapie und personensorientierte Gesprächsführung (ÖGWG)	S-FG-aP
57	20.06.2013 – Stellungnahme (131/SN-538/ME) von Bundeskanzleramt - Frauen- und Gleichstellungssektion	OEiWK
58	20.06.2013 – Stellungnahme (132/SN-538/ME) von Amt der Tiroler Landesregierung, Verfassungsdienst	OEiWK
59	20.06.2013 – Stellungnahme (133/SN-538/ME) von Wirtschaftsforum der Führungskräfte (WdF)	ViwK
61	21.06.2013 – Stellungnahme (136/SN-538/ME) von Pelikan Johanna, Mag.	PP
65	21.06.2013 – Stellungnahme (141/SN-538/ME) von Bundeskanzleramt - Sektion III	OEiWK
66	21.06.2013 – Stellungnahme (142/SN-538/ME) von Amt der Wiener Landesregierung	OEiWK
68	24.06.2013 – Stellungnahme (144/SN-538/ME) von Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport, Abteilung Fremdlegislative und internationales Recht	OEiWK
69	24.06.2013 – Stellungnahme (145/SN-538/ME) von Krobath Jana, Dr. med.	PP
71	24.06.2013 – Stellungnahme (147/SN-538/ME) von Bundesministerium für europäische und internationale Angelegenheiten, Völkerrechtsbüro	OEiWK
72	24.06.2013 – Stellungnahme (150/SN-538/ME) von Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Gestalttheoretische Psychotherapie (ÖAGP)	S-FG-aP
74	24.06.2013 – Stellungnahme (153/SN-538/ME) von Rimmel Andreas, Prim. Prof. Dr. Dr. Dipl. Psych.	PP
77	24.06.2013 – Stellungnahme (160/SN-538/ME) von De Dominicis Rita, Dr.	PP
78	24.06.2013 – Stellungnahme (161/SN-538/ME) von Silbermayr Ernst, Dr.	PP
79	24.06.2013 – Stellungnahme (163/SN-538/ME) von Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA)	OEiWK
80	24.06.2013 – Stellungnahme (164/SN-538/ME) von Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs (VVO)	ViwK
81	24.06.2013 – Stellungnahme (165/SN-538/ME) von Amt der Salzburger Landesregierung	OEiWK
82	24.06.2013 – Stellungnahme (166/SN-538/ME) von Sozialwirtschaft Österreich	ViwK
86	24.06.2013 – Stellungnahme (171/SN-538/ME) von Industriellen Vereinigung	ViwK
89	24.06.2013 – Stellungnahme (174/SN-538/ME) von Lebenshilfe Österreich	ViwK
90	24.06.2013 – Stellungnahme (175/SN-538/ME) von Bundeskanzleramt - Verfassungsdienst	OEiWK
93	24.06.2013 – Stellungnahme (178/SN-538/ME) von Österreichischer Städtebund	OEiWK

94	24.06.2013 – Stellungnahme (179/SN-538/ME) von Wissenschaftliche Leitung des interuniversitären Universitätslehrganges Psychotherapeutisches Propädeutikum	ViwK
95	24.06.2013 – Stellungnahme (180/SN-538/ME) von VertretungsNetz - Sachwalterschaft, Patientenanwaltschaft, Bewohnervertretung	ViwK
98	24.06.2013 – Stellungnahme (183/SN-538/ME) von Institut für Sozialdienste (IfS) Vorarlberg	ViwK
100	24.06.2013 – Stellungnahme (185/SN-538/ME) von Asylgerichtshof	OEiwK
104	24.06.2013 – Stellungnahme (189/SN-538/ME) von Psychologische Praxis safe-place	PP
105	24.06.2013 – Stellungnahme (190/SN-538/ME) von Salaberger Margarete, Mag.	PP
107	25.06.2013 – Stellungnahme (193/SN-538/ME) von Amt der Steiermärkischen Landesregierung	OEiwK
108	25.06.2013 – Stellungnahme (194/SN-538/ME) von BM f. Wirtschaft, Familie und Jugend	OEiwK
111	21.06.2013 – Stellungnahme (198/SN-538/ME) von Verein Netzwerk Psyche+ Verein für Seelische Gesundheit und Mobile Psychotherapie	ViwK
112	26.06.2013 – Stellungnahme (199/SN-538/ME) von Elstner Thomas, Dr.	PP
113	26.06.2013 – Stellungnahme (200/SN-538/ME) von Bauernfeind Natascha	PP
114	26.06.2013 – Stellungnahme (201/SN-538/ME) von Wirtschaftskammer Österreich	ViwK
116	01.07.2013 – Stellungnahme (203/SN-538/ME) von BM f. Inneres	OEiwK
119	05.07.2013 – Stellungnahme (206/SN-538/ME) von BM f. Justiz	OEiwK

¹ Die Nummerierung der Stellungnahmen behält die auf der Parlamentshomepage aufscheinende Reihenfolge bei.

OEiwK ... Öffentliche Einrichtung im weiteren Kontext, PP ... Privatperson, S-FG-aP ... Sparten-Fachgesellschaft-außerhalb Psychologie, ViwK ... Vereinigung im weiteren Kontext

1.3.2 Interessante Themen aus den Stellungnahmen zur parlamentarischen Begutachtung Psychologengesetz 2013 außerhalb der Forschungsfragen des Bundesministeriums für Gesundheit

Stellung psychologischer Fachrichtungen

Die in der folgenden Tabelle dargestellten Stellungnahmen gehen auf die Stellung anderer psychologischer Fachrichtungen zu den im Gesetz explizit geregelten Gebieten der Gesundheitspsychologie und der klinischen Psychologie ein. Das Psychologengesetz beziehe sich nur auf die Tätigkeiten von PsychologInnen im Gesundheitswesen (Nr. 70) und schon im engeren Regelungsgebiet des Gesetzes entspreche die Aufspaltung in Gesundheitspsychologie und klinische Psychologie nicht der heute üblichen Sichtweise des Menschen (Nr. 2, 103). Unterschiedliche Anwendungsfelder der Psychologie stünden gleichberechtigt nebeneinander, eine Unterordnung dieser unter Gesundheitspsychologie sei fachlich ungerechtfertigt (Nr. 75, 103), insbesondere wird hier die Arbeits- Organisations- und Wirtschaftspsychologie genannt (Nr. 84, 87, 96, 101, 118). Gesundheitsförderung hänge mit vielen Bereichen der Psychologie zusammen (Nr. 76).

Aufspaltung in Gesundheitspsychologie und klinische Psychologie problematisiert

Arbeits- Organisations- und Wirtschaftspsychologie vernachlässigt

Tabelle 1.3-1: Stakeholder parlamentarische Gesetzesbegutachtung: Stellung anderer Fachrichtungen neben Gesundheits- und klinischer Psychologie

Nr. ¹	Kat.	Inhalt	Seite
2	IV	Aufspaltung in Gesundheitspsychologie und klinische Psychologie entspricht in keinsten Weise dem Stand der heute üblichen Sichtweise des Menschen.	4
70	UNI	Das Gesetz bezieht sich lediglich auf die Tätigkeiten von Psychologen im Gesundheitswesen. So fühlen sich viele PsychologInnen gezwungen, unter die derzeitige gerade für andere Psychologebereufe ungeeigneten Fortbildungen und Regelungen zu schlüpfen.	2
75	IV	Im Wissenschaftsdiskurs besteht Einigkeit darüber, dass unterschiedliche Anwendungsfelder der Psychologie gleichberechtigt nebeneinander bestehen. Die Unterordnung gleichrangiger Teildisziplinen unter das Gebiet der Gesundheitspsychologie ist fachlich ungerechtfertigt.	1, 2
		Die Arbeits- und Organisationspsychologie ist kein Teilgebiet der Gesundheitspsychologie. Der Fokus der Gesundheitspsychologie unterscheidet sich grundsätzlich von jenem der Arbeits- und Organisationspsychologie, die über ein breites Wissen über Verbesserungsmöglichkeiten der Bedingungen in der Arbeitswelt und Vermeidung von arbeitsbedingten Erkrankungen verfügt: verhaltenspräventiv vs. verhältnispräventiv.	1, 2
76	UNI	Gesundheitsförderung hängt mit vielen Teilbereichen der Psychologie zusammen.	5
84	OE	Der Entwurf nimmt nicht ausreichend Bezug auf die Tätigkeit von PsychologInnen außerhalb der Gesundheits- und klinischen Psychologie. Insbesondere wird das Feld der Arbeitspsychologie nicht hinreichend deutlich abgegrenzt bzw. es entsteht durch vereinzelte Bezugnahmen doch wieder der Eindruck, dass auch dieses Fachgebiet mit erfasst sein soll.	1
87	UNI	Bezogen auf Arbeits- Organisations- und Wirtschaftspsychologie schließen wir uns den Kritikpunkten und Argumenten der interuniversitären Plattform Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie in der ÖGP (118) an.	
96	UNI	Aus der Berufsbild-Definition der Gesundheitspsychologie ergeben sich Probleme hinsichtlich anderer psychologischer Arbeitsfelder und Disziplinen wie etwa der ABO- bzw. AOW-Psychologie, die nunmehr als Spezialisierung der Gesundheitspsychologie nachgeordnet erscheint, ihrerseits aber einen eigenständigen Fach- und Anwendungsbereich darstellt. Selbiger wäre allenfalls mit einem eigenen Berufsbild in das PG zu integrieren, nicht aber als nachgeordnete Spezialisierung der Gesundheitspsychologie auszuweisen.	8
101	IV/AA	Für die A&O Psychologie müsste ein eigener Abschnitt neu im PG geschaffen werden, der der fachlichen und praktischen Ausdifferenzierung gerade in diesem Bereich Rechnung trägt (gleichwertig mit der Klinischen Psychologie und der Gesundheitspsychologie).	3, 4
103	FG	Die gegenwärtige Psychologie weist ein breites Feld von Teildisziplinen auf. Der Gesetzesentwurf berücksichtigt jedoch nur die beiden Teildisziplinen Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie. Die der Realität nicht entsprechende und auch nicht begründbare Überhöhung einer Teildisziplin der Psychologie verbunden mit einer Abwertung der anderen Teildisziplinen wird abgelehnt. Es erscheint auch die Abgrenzung zwischen Gesundheits- und Klinischer Psychologie durchgehend künstlich und problematisch.	2, 3
118	FG	Es wird fälschlicherweise unterstellt, die Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie wäre ein Untergebiet der Gesundheitspsychologie. Dies wird besonders deutlich in der Ausklammerung der bedingungsbezogenen Arbeits- und Organisationsgestaltung (Verhältnisprävention) und dem einseitigen fokussieren auf die Verhaltensprävention und -konditionierung. Wir fordern den Gesetzgeber auf für die Anwendungsfelder Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie, Medienpsychologie, Pädagogische Psychologie (incl. Bildungspsychologie), Rechtspsychologie, Umweltpsychologie und Verkehrspsychologie, mindestens aber für die Arbeits-Organisations- und Wirtschaftspsychologie, die Möglichkeit zu eröffnen, explizite Curricula einzureichen, die eine gleichwertige postgraduale Ausbildung wie für Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie festschreiben.	1, 2

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

Mögliche Wirkung des Psychologengesetz 2013 auf die zukünftige Zahl klinischer PsychologInnen

Die folgende Tabelle präsentiert Inhalte von Stellungnahmen, die sich mit den zu erwartenden Auswirkungen des Psychologengesetz 2013 auf die zukünftige Versorgung mit klinischen PsychologInnen befassen. Zum einen sieht das Psychologengesetz 2013 erstmals explizit die Absolvierung der Praxis im Rahmen von bezahlten Ausbildungsverhältnissen vor. Bisher waren die Praktika realiter ganz überwiegend entweder gänzlich unbezahlt, oder folgten dem sogenannten „Taschengeldmodell“ von monatlich 400.- Euro für eine Vollzeitstelle. Diese Neuregelung wird aus Gründen der Fairness und als Qualitätssicherung der Ausbildung, auf die sich die PsychologInnen nunmehr finanziell abgesichert voll konzentrieren können sollten, gesehen. Die Neuregelung würde auf der anderen Seite zu deutlich höheren Aufwendungen (Nr. 67: „2-3x höherer Aufwand als bisher“) für Institutionen, in denen praktisch ausgebildet wird, führen. Da vom Gesetzgeber keine begleitenden Maßnahmen zur Finanzierung der Ausbildungsplätze vorgesehen sind, wird ein deutlicher Rückgang (Nr. 1: „minus 30-50%“, Nr. 96: „deutlich“, Nr. 109: „wesentlich“) des Ausbildungsangebots für die praktisch fachliche Qualifikation erwartet. Durch die Ausweitung der fachlich theoretischen Ausbildung werde es zu einer Kostensteigerung (Nr. 1: „von EUR 2.500.- auf EUR 7.500.- bis EUR 10.000.-“) kommen. Da die theoretische Ausbildung privat zu finanzieren ist, in der Regel von StudienabgängerInnen, wird damit gerechnet, dass sich viele diese nicht mehr werden leisten können. Beides zusammen – der erwartete Rückgang an praktischen Ausbildungsplätzen und die finanzielle Hürde der theoretischen Ausbildung – würde zu einem versorgungsrelevanten Rückgang der Zahl von AbsolventInnen in klinischer Psychologie führen.

Neuregelung wird zu deutlich höheren Aufwendungen für Ausbildung im Rahmen bezahlter Arbeitsverhältnisse führen ...

... Resultat wohl weniger Plätze

privat zu tragende Kosten für theoretische Ausbildung werden steigen

insgesamt wird daher Rückgang der AbsolventInnenzahlen in klinischer Psychologie erwartet

Tabelle 1.3-2: Stakeholder parlamentarische Gesetzesbegutachtung: Ausbildungsplätze
– zukünftige Versorgung mit klinischen PsychologInnen

Nr. ¹	Kat.	Inhalt	Seite
1	AA	Realistisch, dass sich Angebot an Praktikumsplätzen halbieren oder auf ein Drittel reduzieren wird, psychologische Versorgungssicherheit wäre zu überprüfen.	3
		Rolle der Ausbildungseinrichtungen wird zunehmen (Feststellung der Eingangsqualifikation, Anrechnung, Prüfung der Praxiszeiten) Listenführung für Praxisstellen bei jeder Ausbildungseinrichtung separat (Redundanz) Steigerung der Lehrgangskosten [für die theoretisch fachliche Qualifizierung wegen der quantitativen Ausweitung und obiger Argumente, Anm. LBI-HTA] auf das 3-4. fache zu erwarten (von EUR 2.500.- auf EUR 7.500.- bis 10.000.-)	2, 3
2	IV	Praktika im Angestelltenverhältnis sind eine langjährige Forderung beider Berufsgruppen – nunmehr aber nur für PsychologInnen vorgesehen. PsychotherapeutInnen würden ab Inkrafttreten dieses Gesetzes bei der Suche nach Praktikumsplätzen eine massive Benachteiligung erfahren. Es blieben weniger und nur die unbezahlten Praktikumsplätze für PsychotherapeutInnen, die in ihrer Ausbildung aber ebenso wie PsychologInnen auf die zur Verfügung stehenden Praktikumsplätze angewiesen sind. Durch die einseitige Änderung nur für PsychologInnen wären nachteilige Auswirkungen auf die Stellung von PsychotherapeutInnen im institutionellen Umfeld anzunehmen.	4
63	OE	Die praktische Ausbildung im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses mit entsprechender Entgeltleistungspflicht führt unweigerlich zu erheblichen Mehrkosten für die Ausbildungsstätten.	1
67	OE	Die klinisch-praktische Ausbildung soll nunmehr verpflichtend im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses erfolgen. Dies bedeutet gegenüber der bisherigen Abwicklung über ein Praktikum einen zwei- bis dreimal so hohen Aufwand für die Träger der Ausbildung.	1
75	IV	Eklatante Ungleichbehandlung zur Ärzteausbildung, welche in Form von gesicherten Arbeitsverhältnissen ohne private Zusatzkosten absolviert werden kann.	1
		Es ist damit zu rechnen, dass de facto kaum bezahlte Praxisausbildungsplätze zur Verfügung stehen werden.	
76	UNI	Um sicherzustellen, dass die Auszubildenden angemessen bezahlt werden, und dass es zu keiner Reduktion der Ausbildungsplätze kommt, sind wahrscheinlich weitere gesetzliche Regelungen notwendig.	1
88	OE	Es ist mit einem erhöhten Ressourcenaufwand für Krankenanstaltenträger zu rechnen. Dies könnte dazu führen, dass Ausbildungsplätze nicht mehr bzw. nicht im ausreichenden Ausmaß zur Verfügung gestellt werden.	1
96	UNI	Die praktischen Ausbildungseinrichtungen (des Bundes, der Länder, aber auch privater Träger) haben zukünftig mit Mehrausgaben für die Entlohnung zu rechnen. Es sei denn, die Anzahl der Ausbildungsstellen oder die Anzahl der angestellten Klin. oder GesundheitspsychologInnen wird deutlich reduziert.	4
		Die Kriterien für praktische Ausbildungseinrichtungen stellen eine enorme Erhöhung der Anforderungen an Ausbildungsstellen dar. Diese werden in der Regel nur mehr durch Krankenanstalten zu erfüllen sein. Es ist daher zu erwarten, dass zu wenige Ausbildungsplätze zur Verfügung stehen werden. Dazu gesellen sich erhöhte Ausbildungskosten, die von den AusbildungskandidatInnen selbst zu tragen sind. Da die meisten AbsolventInnen unmittelbar nach dem Psychologiestudium in die Ausbildung einsteigen, ist zu erwarten, dass eine nicht geringe Anzahl der InteressentInnen sich die Ausbildung nicht leisten können. Beides ist im Hinblick auf die Gewährleistung der Versorgungssicherheit kritisch zu überprüfen.	9
99	UNI	Durch die Ausweitung der theoretischen und praktischen Ausbildung wird es zu enormen Kostensteigerungen kommen. Dies ist vor allem für junge Auszubildende, die ihre Ausbildung direkt nach dem Studienabschluss beginnen wollen, eine enorme Belastung.	1
		Die praktische Fachausbildungstätigkeit im Rahmen von seit längerem geforderten Arbeitsverhältnissen wird zu einer geringeren Zahl an Ausbildungsstellen führen, wenn es nicht attraktiv bleibt, auszubilden, somit langfristig zu einem bedenklichen Mangel an PsychologInnen.	1
101	IV/AA	Die postgraduellen Fachausbildungen in Form von bezahlten Arbeitsverhältnissen ist die wichtigste Maßnahme zur Erhöhung der Qualität der Ausbildung, da die KollegInnen sich dadurch ohne permanente Existenzsorgen voll auf die Inhalte ihrer Ausbildung konzentrieren können. Sollte es jedoch beim derzeitigen „Taschengeldmodell“ (400 Euro für eine Vollzeitstelle) bleiben, kann eine derart hohe Stundenausweitung, wie oben angesprochen, nur als zynische Schikane gegenüber jungen FachkollegInnen bezeichnet werden.	2
		Wir müssen leider davon ausgehen, dass nur ein Bruchteil der in Frage kommenden Praxiseinrichtungen willens oder in der Lage sein wird, solche "Arbeitsverhältnisse" zu schaffen, zumal der Entwurf keine flankierenden Regelungen und Maßnahmen zur Schaffung solcher "Arbeitsverhältnisse" (anders das Ärztegesetz) vorsieht. Unter anderem sollten Ausbildungsverpflichtungen für bestimmte Einrichtungen, insbesondere der Krankenanstalten, festgeschrieben werden	6, 7
109	OE	Vor dem Hintergrund der Entgeltleistungspflicht ist davon auszugehen, dass bei gleichbleibender finanzieller Lage die Anzahl der Ausbildungsstellen in Zukunft wesentlich geringer wird und langfristig ein Engpass in der Psychologen/-innen-Ausbildung entsteht.	2

¹ Die Nummerierung der Stellungnahmen behält die auf der Parlamentshomepage aufscheinende Reihenfolge bei.

AA ... Ausbildungsanbieter, IV ... Interessensvertretung, OE ... Öffentliche Einrichtung, UNI ... Universitärer Kontext

Ausgestaltung des PsychologInnenbeirats

Das Psychologengesetz 2013 räumt dem/r Bundesminister/in für Gesundheit gegenüber dem Psychologengesetz 1990 umfassendere Kompetenzen bei der Ausgestaltung des PsychologInnenbeirats ein. Dies wird in den Stellungnahmen in nachstehender Tabelle kritisch kommentiert.

gestärkte Rolle des Bundesministers wird kritisiert

Tabelle 1.3-3: Stakeholder parlamentarische Gesetzesbegutachtung: PsychologInnenbeirat

Nr. ¹	Kat.	Inhalt	Seite
2	IV	Befristete Ernennung durch Bundesminister dazu angetan, die Unabhängigkeit der Fachexpertise aus der Berufsgruppe in Frage zu stellen.	5
44	UNI	... veränderte Form des Psychologenbeirates, der nicht mehr von den Berufsvertretungen beschickt wird, was möglicherweise die Pluralität der Ansichten der betroffenen Berufsvertretungen einschränkt.	3
55	OE/IV	Die Novelle räumt dem/der Bundesminister/in für Gesundheit einen größeren Handlungsspielraum bei der Besetzung des Psychologenbeirates ein. Diese Neuregelung führt zu einer intransparenten Besetzungspolitik.	4
101	IV/AA	Es wird dem Bundesminister mehr Spielraum bei der Besetzung eingeräumt, was in Folge zu erhöhter Intransparenz bei der Besetzung führt. Dies würde bedeuten, dass der Minister in die internen Entscheidungen der Universitäten und Berufsgruppen, welche Personen als Mitglieder des Beirates bestimmt werden, eingreifen kann.	12
		Mitglieder der psychologischen Universitätsinstitute als Ausbildungsinstitutionen sollten ebenfalls verpflichtend beigezogen werden.	12
		Die Sitzungen sollen nicht ehrenamtlich stattfinden, sondern der Zeitaufwand, neben Reise und Unterkunft, soll in angemessener Form abgegolten werden.	13
118	FG	Die Beschränkung der Mitglieder auf Berufsangehörige aus der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie widerspricht in eklatanter Weise der Berufspraxis der in der europäischen Union tätigen angewandten PsychologInnen, die in weiteren Anwendungsfeldern arbeiten.	4

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

Juristische Form des Psychologengesetzes 2013

Das erste österreichische Psychologengesetz 1990 wurde erstmals nach 23 Jahren mit dem Psychologengesetz 2013 neuformuliert. Die Stellungnahmen in nachstehender Tabelle kritisieren die juristische Form der Regelung vieler Details direkt im Gesetz (Nr. 103: „negatives Beispiel extremer Detailsteuerung bei gleichzeitig schwacher bis fehlender Qualitätssicherung und z.T. schwammigen Formulierungen“). In der Schweiz etwa, legt das Psychologieberufegesetz⁹ konzis Grundsätzliches fest und überlässt die Detailregelungen Verordnungen, die deutlich zeitnäher den sich ändernden Anforderungen (Nr. 101: „ständige Weiterentwicklung des Faches Psychologie“) angepasst werden können.

Regelung vieler Details im Gesetz selbst (statt flexibler über Verordnungen) wird beanstandet

Schweiz als positives Gegenbeispiel

Tabelle 1.3-4: Stakeholder parlamentarische Gesetzesbegutachtung: Form – Gesetz vs. Verordnung

Nr. ¹	Kat.	Inhalt	Seite
96	UNI	Die konkret zu fordernden Ausbildungsinhalte sollten nicht unmittelbar im Gesetzestext festgeschrieben werden. Stattdessen soll die Möglichkeit eröffnet werden, die erforderlichen Inhalte im Verordnungsweg festzulegen und bei Bedarf schneller adaptieren zu können.	3
101	IV/AA	Wir würden ein schlankes Gesetz vorziehen, das der ständigen Weiterentwicklung des Faches Psychologie insofern Rechnung trägt, als es offener formuliert ist und ermöglicht, Veränderungen und Präzisierungen bspw. einzelner Teildisziplinen rasch über den Verordnungsweg zu regeln.	2
103	FG	Der Entwurf ist ein negatives Beispiel extremer Detailsteuerung bei gleichzeitig schwacher bis fehlender Qualitätssicherung und z.T. schwammigen Formulierungen. Notwendige Detailaspekte sollten jedoch in Form von Verordnungen geregelt werden.	4

¹ Die Nummerierung der Stellungnahmen behält die auf der Parlamentshomepage aufscheinende Reihenfolge bei.

AA ... Ausbildungsanbieter, FG ... Fachgesellschaft, IV ... Interessensvertretung, UNI ... Universitärer Kontext

1.4 Identifizierte Kompetenzen für klinisch-psychologische Praxis: Universität Edinburgh

Tabelle 1.4-1: Universität Edinburgh – Identifizierte Kompetenzen für klinisch-psychologische Praxis

Identifying Competence in Clinical Psychology Practice	
A. Knowledge and understanding	
1.	Understand contemporary psychological theories and the application of the scientific knowledge base in clinical psychology to underpin clinical and research practice
2.	Integrate prior knowledge in novel situations, enhancing their professional ability to think critically, creatively, and reflectively; and to evaluate the impact of planned psychological interventions
3.	Develop, conduct and evaluate research, that is both ethical and of clinical relevance within the NHS and other settings
4.	Apply appropriate assessment procedures, develop appropriate formulations, and carry out appropriate interventions with clients, recognising and observing appropriate professional boundaries and standards of competence, and conducting appropriate appraisal of the impact of such procedures in service delivery systems, using highly developed self-reflective skills
5.	Understand the importance of fostering productive and therapeutic working alliances with clients, while maintaining awareness of the wider social setting of interventions, and balancing the needs of clients and service delivery systems
6.	Understand the range of service delivery models available for interventions at individual, group and systemic levels with a variety of client groups
7.	Understand consultancy models and the importance of consultancy as an advance practice skill
B. Subject specific competence	
1.	Obtain, summarise and synthesise clinical and research material from a range of appropriate sources
2.	Demonstrate skills in the psychological assessment and theoretically based formulation of clinical cases
3.	Critically evaluate psychological theories and models as they are applied in clinical psychology practice and research
4.	Demonstrate understanding in the application of theoretically based treatment in regards to clinical cases
5.	Consider and appraise the relative benefits of different models and approaches in clinical practice and research
6.	Critically evaluate conceptual and methodological issues and debates in clinical psychology practice and applied research
7.	Work in collaboration with others to conduct and report research to test theories of psychological problems and evaluate interventions
8.	Work independently when conducting and reporting research in a number of applied areas in clinical psychology
9.	Demonstrate competence in the selection and implementation of appropriate methodological designs for the evaluation of efficacious and effective interventions in practice
10.	Demonstrate competence in the process of clinical effectiveness and audit
11.	Demonstrate competence in the planning and execution of clinically applied research
3. Transferrable skills	
1.	Demonstrate the ability to apply the breadth of psychological science in practice, synthesising and apply theory in practice across disciplinary boundaries.
2.	Use the knowledge base of psychological science to assess, formulate and develop psychological interventions.
3.	Use transferable knowledge, skills, and values from prior experience and apply these in novel situations.
4.	Use scientific principles of critical evaluation and analytical thinking to apply theories in practice to develop interventions for a range of client groups and service needs
5.	Demonstrate competence in conducting analyses of problems, while considering a range of possible solutions
6.	Demonstrate the ability to interact and work effectively with a range of health professionals in multi-disciplinary settings
7.	Demonstrate competence in written communication skills across placements, understanding the need to consider the needs of different consumers of psychological reports, letters, and research outputs.
4. Personal and professional skills	
1.	Develop awareness of the impact of diversity and difference when working with a range of clients and in a range of services.
2.	Understand their responsibilities towards clients they come in contact with. Trainees will understand the need to remain cognisant of the ethical demands in practice and remain bound by the BPS code of conduct.
3.	Develop an awareness of the inherent power imbalance between practitioners and recipients of their care and minimise the potential for the abuse of this power imbalance.
4.	Know the professional responsibilities of working within the limits of one's competence and the duty to seek su-

	pervision as appropriate.
5.	Know the importance of continuing professional development with respect to the duty of care to clients, carers, and within systems.
6.	Know their responsibility for managing personal learning needs and maintaining strategies for developing these. In addition trainees will understand how to use supervision and feedback as a way of reflecting upon personal learning needs.
7.	Know that they have a personal responsibility to develop strategies to minimise the emotional and physical impact of practice and where necessary seeking appropriate support and supervision.
8.	Know they have a duty and responsibility to maintain collaborative working arrangements with colleagues, fellow psychologists, and service users.
5. Communication skills	
1.	Understand the need to develop skills in effective communication with colleagues from other health professions. Providing psychological information in a manner appropriate to the needs of the audience.
2.	Demonstrate good communication and teaching skills for the purpose of presenting clinical and non-clinical psychological information, at an individual, group, and delivery system level.
3.	Develop competence in the delivery of information to people with a wide range and levels of ability. Taking account of the needs of learners and participants in any training as well as respecting the needs of others to benefit from a variety of teaching methods. Trainees will understand that clarity of communication is essential in ethical practice in research such that any participant in research has a right to a full understanding of the extent of their involvement and their rights within the research relationship.
4.	Understand the need for clarity and precision in communication within supervision.
5.	Develop skills, knowledge and values that will equip them to function as an effective member of multi-disciplinary teams.
6.	Understand change processes in organisations and service delivery systems that are likely to come into contact with as part of their practice.
7.	Apply transferable knowledge, skills and values when working at the level of organisations.
8.	Develop understandings of the need for consultancy in practice and when working at a consultative level will be fully cognisant of the boundaries of competence when providing advice and consultation.

Quelle: Laidlaw (2011), Tabelle 1 - Abridged from the University of Edinburgh/NHS (Scotland) Doctoral Programme Specification

¹ Curriculum des Universitätslehrgangs zur Klinischen Psychologin/ zum Klinischen Psychologen und zur Gesundheitspsychologin/ zum Gesundheitspsychologen an der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt, Beilage 2, Dezember 2012

²Curriculum des Universitätslehrgangs zur Klinischen Psychologin/ zum Klinischen Psychologen und zur Gesundheitspsychologin/ zum Gesundheitspsychologen an der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt, Oktober 2007.

³ www.psychologenkurs.at/kgp-lehrgangsinfos.htm

⁴ per Email übermitteltes Curriculum

⁵ www.institut-avm.at/kliniker/klinischepsychologie5.html

⁶ www.aap.co.at/akademie/KGH04_Informationen.pdf

⁷ per Email übermitteltes Curriculum

⁸ www.postgraduatecenter.at/klinges/lehrplan-und-module

⁹ Schweizer Bundesgesetz über die Psychologieberufe (PsyG) vom 18. März 2011, in Kraft gesetzt am 1. April 2013, BBl 2011 2707