



Gesellschaft **kritischer**
Psychologen & Psychologinnen

Berufsvertretung
Margaretenstr. 72/3 - 4, A-1050 Wien
Tel.: + 43 1 317 88 94
Fax: + 43 1 319 89 88
buero@gkpp.at, www.gkpp.at

ZVR 103227728

An das

Bundesministerium für Gesundheit
BMG II/A/3
Radetzkystraße 2
1030 Wien

Per E-Mail "PG 2013" an

nIIA3@bmg.gv.at

begutachtungsverfahren@parlament.gv.at

Betrifft: Stellungnahme zum Entwurf eines Bundesgesetzes über die Führung der Bezeichnung Psychologin oder Psychologe und über die Ausübung der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie (Psychologengesetz 2013)

Wien, 24.6.2013

Die GkPP (Gesellschaft kritischer Psychologen und Psychologinnen) bedankt sich für die Möglichkeit zum vorliegenden Gesetzesentwurf als österreichische Berufsvertretung für PsychologInnen Stellung zu nehmen.

1. Grundsätzliche Einschätzung

Wir begrüßen ausdrücklich die Neuformulierung und Anpassung der Berufsbezeichnung, die der veränderten Studienarchitektur Rechnung trägt (§ 4)

Ausdrücklich unterstützen wir die Einbeziehung von Asylberechtigten in diesen Gesetzesentwurf sowie den in § 11 (5) formulierten Umgang mit der Erbringung von Nachweisen.

Positiv hervorheben möchten wir weiters die Absicht, den KonsumentInnen-/PatientInnenschutz zu stärken, die in großen Teilen des Entwurfs sichtbar wird.

1.1 Umfang des Gesetzes

Insgesamt muss aber festgestellt werden, dass der vorliegende Gesetzesentwurf zu detailreich und in vielen Passagen kasuistisch ist.

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.

Ein dermaßen umfangreicher Gesetzestext widerspricht der beabsichtigten

KonsumentInnenfreundlichkeit, PatientInnenrechte sind daher für betroffene PatientInnen selbst schwer ausfindig zu machen.

Zudem ist ein solchermaßen detailreicher Gesetzestext nicht dazu geeignet, die Kooperation mit anderen im Gesundheitsbereich tätigen Professionen zu fördern. Das zeigt sich schon jetzt in den medialen Äußerungen von PsychotherapeutInnen und PsychiaterInnen, die ihren Unmut an einzelnen Begrifflichkeiten festmachen und damit schon jetzt, vor Inkrafttreten des Gesetzes, die Bevölkerung verwirren. Der Anspruch, das Qualitätsniveau psychologischer Leistungen zu erhöhen und eben diese Leistungen transparent zu machen, wird somit schier einzulösen sein.

1.2 Postgraduelle Fachausbildung – Erhöhung des Stundenausmaßes

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass das im vorliegenden Gesetzesentwurf angeführte erforderliche Stundenausmaß zum Erwerb des Titels „Gesundheitspsycholog/e/in“ bzw. „Klinische/r Psycholog/e/in“ sich gegenüber den Angaben im Vorentwurf (Herbst 2011) noch weiter erhöht hat. Wir halten dies als Berufsvertretung für extrem problematisch, vor allem die junge Generation von PsychologInnen betreffend.

Die GkPP begrüßt die neu getroffene Regelung, wonach die postgraduellen Fachausbildungen im Bereich Klinische Psychologie und Gesundheits-Psychologie in Form von bezahlten Arbeitsverhältnissen zu geschehen hat. Dies ist als längst überfälliger Fortschritt zu werten und ermöglicht es, der momentanen Ausbeutung und Prekarisierung von auszubildenden AkademikerInnen entgegen zu wirken. Zugleich ist dies 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!

Unseres Erachtens ist eine Verlängerung und Verteuerung der postgraduellen Ausbildung in diesem Ausmaß ausschließlich unter zwei Bedingungen vorstellbar:

Wenn eine angemessene Bezahlung der abzuleistenden Praxis garantiert ist sowie die Anrechenbarkeit aus dem Studium deutlich erhöht wird.

Ein Schritt in diese Richtung wäre bspw. eine weitere/allgemeinere Formulierung der Zugangsvoraussetzungen zur postgraduellen Ausbildung, um die Anrechenbarkeit aus unterschiedlichen Psychologie-Master Studien zu ermöglichen. Selbstverständlich sind in diesem Zusammenhang auch die psychologischen Universitätsinstitute aufzufordern, ihr Master-Angebot dahingehend zu gestalten.

1.3 Bezahlte Fachausbildungsstellen

Die massiv erhöhte Stundenerfordernis im Theorie- wie im Praxisteil der Fachausbildung in Gesundheitspsychologie und Klinischer Psychologie widerspricht insbesondere dem Diversity-Kriterium „Alter“ (s. Pkt. 1.5), da großteils junge KollegInnen im Vergleich zur jetzigen Stundenerfordernis deutlich diskriminiert würden. Über eine solche Zusatzanforderungen kann nur dann diskutiert werden, wenn bezahlte Fachausbildungsstellen gewährleistet sind (s. Pkt. 1.2). In diesem Zusammenhang sei auf zwei weitere Stellungnahmen verwiesen: Seitens *der Grünen und Unabhängigen GewerkschafterInnen (AUGE)* wird die derzeitige problematische Ist-Situation für vor allem junge KollegInnen beschrieben. Aufgrund fehlender Regelungen werden Fachauszubildende zur Aufnahme unentgeltlicher oder ungenügend bezahlter Arbeit gedrängt. Es ergibt sich eine höchst prekäre Arbeits- und Lebenssituation während der Ableistung der 1480 Praxisstunden sowie eine abzulehnende soziale Selektion (s. Diversity, Pkt. 1.5). Darunter leidet selbstverständlich auch die Qualität der Fachausbildung: Wer permanent in existentieller Sorge um den eigenen Lebensunterhalt ist, kann sich nicht mit voller Aufmerksamkeit den Inhalten der Fachausbildung widmen! Aus unserer Sicht stellt eine solche Mehrfachbelastung während der Fachausbildung zudem einen deutlichen gesundheitlichen Risikofaktor dar; dies widerspricht dem Anliegen der Förderung von Gesundheit, welches sich im Gesetzestext vielfach widerfindet, eklatant.

Die *Stellungnahme der ÖH-Studienvertretung Psychologie/ kritische Psychologie Studierende* hebt diese Problematik ebenfalls hervor und unterstreicht, dass Kliniken und psychosoziale Einrichtungen verpflichtet werden müssen, die entsprechenden Ausbildungsplätze auch wirklich zur Verfügung zu stellen. Wir empfehlen, sich hier Anregungen von entsprechenden Regelungen zur ärztlichen Fachausbildung (Turnusmodell) zu holen, ohne diese jedoch 1:1 kopieren zu wollen. Damit die Einführung von bezahlten Fachausbildungsstellen in der Praxis auch tatsächlich umgesetzt wird, bedarf es solcher zusätzlicher Regelungen und Verordnungen und des entsprechenden politischen Willens. Als Berufsvertretung unterstützen wir hierbei gerne bei der konkreten Konzeptionierung und Umsetzung!

1.4 Beispielhafte Erwähnung einzelner Fachbereiche/Tätigkeitsfelder

A&O Psychologie

Die gegenwärtig heftig eingebrachten Proteste gegen die „Subsummierung“ der A&O Psychologie unter die Gesundheitspsychologie sind zwar sachlich ungerechtfertigt, aber eine logische Folge der im vorliegenden Gesetzesentwurf an verschiedenen Stellen vorfindbaren beispielhaften Aufzählungen.

Wenn wie in § 13 die „Arbeitswelt“ zu den Tätigkeitsbereichen von GesundheitspsychologInnen gezählt wird, schließt dies natürlich keineswegs A&O PsychologInnen von ihrem angestammten Arbeitsbereich aus, leistet aber dem Glauben Vorschub, dass die „Arbeitswelt“ GesundheitspsychologInnen vorbehalten sei. Diese (hier nur eine von vielen) beispielhaften Aufzählungen sind zu unterlassen, da sie uneindeutig sind und Spielraum für Interpretationen lassen, die weder im Sinne des Gesetzgebers noch des Faches sind! Solche und ähnliche Beispielnennungen führen zudem in Fachkreisen zu einer weiteren Dynamik, die ebenfalls nicht gut zu heißen ist, nämlich die, möglichst viele Bereiche für den eigenen Fachschwerpunkt zu reklamieren (bspw. die BGF für die A&O Psychologie, obwohl es sich um einen multiprofessionellen Ansatz handelt und natürlich auch unterschiedliche psychologische Fachrichtungen einbeziehen muss).

Für die A&O Psychologie müsste vielmehr ein eigener 4. Abschnitt neu im PG geschaffen werden, der der fachlichen und praktischen Ausdifferenzierung gerade in diesem Bereich Rechnung trägt. Die

A&O Psychologie hat fundierte Qualifikationsvoraussetzungen sowie klar differenzierte Aus- und Weiterbildungskriterien der österreichischen Berufsvertretungen, zudem einen universitären fundierten Ausbildungshintergrund sowie eine sich in den letzten Jahren ständig ausdifferenzierenden praktischen Tätigkeitsbereich (vgl. ASCHG).

Dem sollte im Berufsgesetz insofern entsprochen werden, als die A&O Psychologie gleichwertig mit der Klinischen Psychologie und der Gesundheitspsychologie behandelt werden muss.

Beispielhafte Aufzählungen von Tätigkeitsbereichen (s.o) und beispielhafte Zuordnungen von Grundlagenfächern zu Klinischer oder Gesundheits-Psychologie (bspw. Neuropsychologie, Gerontopsychologie zu Klinischer Psychologie) sind zu unterlassen. Sie sind lediglich dazu geeignet, Verwirrung zu erzeugen und das Fach Psychologie in sich zu spalten – dies kann nicht die Absicht des Gesetzgebers sein.

1.5 Zusätzlich einzubeziehen

In Ergänzung zum eingangs positiv erwähnten Abschnitt, Asylberechtigte betreffend, schlagen wir vor, auch auf andere Dimensionen von Diversity Bezug zu nehmen, wie sexuelle Orientierung, nationale Herkunft/Ethnie, Alter, Geschlecht, soziale Herkunft, geistige und körperliche Fähigkeiten, Religion und Weltanschauung.

Wie schon in diversen früheren GkPP-Stellungnahmen sowie persönlichen Gesprächen weisen wir an dieser Stelle noch einmal darauf hin, dass wir es für äußerst problematisch halten, ein Berufsgesetz ausschließlich in der männlichen Form anzugeben, zudem gerade der psychologische Beruf ein extrem frauendominierter ist. Wie schlagen die Bezeichnung PsychologInnengesetz deshalb vor.

2. Stellungnahme zu einigen wesentlichen Abschnitten

II. Hauptstück, 1. Abschnitt

§7. (1) Z.2 lit. b) und d)

Die genannten Punkte sollten allgemeiner, weniger detailliert formuliert sein, etwa orientiert an üblichen Formulierungen in Studienplänen, da nicht anzunehmen ist, dass die vorliegenden Formulierungen direkt den Fachbezeichnungen in Diplomprüfungszeugnissen noch üblichen "Diploma Supplements" (bei Master-Studien) entsprechen.

Z.B. statt:

- b) psychologischer Diagnostik mit besonderem Bezug auf gesundheitsbezogenes Erleben und Verhalten und auf psychische Störungen einschließlich Übungen
- d) psychologischen Interventionen im Bereich der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie einschließlich Übungen

Neu:

- b) psychologische Diagnostik einschließlich Übungen
- d) psychologischen Interventionsstrategien und -methoden einschließlich Übungen

Begründung:

Eine so einschränkende Formulierung wie im vorliegenden Entwurf würde, wörtlich genommen, einige, so hoffen wir, unbeabsichtigte Konsequenzen nach sich ziehen:

Einerseits ist angesichts der aktuell an den österreichischen Universitäten geltenden Diplom- bzw. Bachelor/Masterplänen anzunehmen, dass auch bei einschlägiger Spezialisierung im Master-Studium/2. Studienabschnitt des Diplom-Studiums 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“ (siehe „Erläuterungen, Besonderer Teil, §7, 2. Absatz, letzter Satz) nach sich ziehen würde. Wo sollen diese stattfinden – bzw. schärfer gefragt – wer soll daran verdienen?

Andererseits würden jene wenigen, die die genannten Voraussetzungen punktgenau erfüllen, bereits einen Großteil jener theoretischen Kompetenzen und Fertigkeiten mitbringen, die erst Inhalt und Lehrziel der postgraduellen theoretischen Ausbildung sind, und deren mögliche Anrechnung mit insgesamt 100 Einheiten (§11) gedeckelt ist...

Ergänzend weisen wir beispielhaft auf die Regelungen der Fakultät für Psychologie der Universität Wien hin, nach welchen Studierende zu einem der Masterstudien zwangszugeweiht werden. AbsolventInnen aller Master-Studiengänge würden mit zu eng gefassten Voraussetzungen noch zusätzliche Hürden in den Weg gelegt werden. Ein Nachweis im von uns oben genannten Sinne muss als Zugangskriterium zur postgraduellen Ausbildung ausreichend sein. Die entsprechenden nötigen Grundkompetenzen und das nötige Grundwissen sind dadurch in jedem Fall ausreichend gegeben.

§7. (1) Z.3 sowie (2)

Das Erfordernis der somatischen, psychischen und persönlichen Eignung halten wir trotz des dahinterliegenden nachvollziehbaren KonsumentInnenschutzgedankens für problematisch, da

„Eignung“ in diesem Zusammenhang eines differenzierten objektivierbaren Kriterienkatalogs bedürfte, 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 beeinspruchen.

§8

Die Vorschriften des §8 vollziehen die Differenzierung der Berufsbilder Gesundheitspsychologie und Klinische Psychologie für die postgraduelle Ausbildung nach. Aufgrund der durchaus sinnvollen Verschränkung der Tätigkeitsbilder in der Praxis sprechen wir uns grundsätzlich für eine gute Kombinierbarkeit und wechselseitige Durchlässigkeit der beiden Fachausbildungsstränge, was den Erwerb sowohl der theoretischen als auch praktischen Kompetenz betrifft, aus.

§8(1)

verlängert die Ausbildung nicht nur gegenüber den geltenden Bestimmungen (PG 1990) erheblich, sondern auch gegenüber dem Vorentwurf von 2011.

zu 1.: Insbesondere 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, zumal, wie bereits zu §7(1)Z2 ausgeführt, bereits von einem wesentlich höheren Niveau theoretischer fachlicher Kompetenz ausgegangen wird, welchem durch die Anrechnungsmöglichkeiten des §11 nur unzureichend Rechnung getragen wird. Die Verlängerung auf 285 Einheiten, wie im Entwurf von 2011 vorgeschlagen, ist mehr als genug!

§8(1)

Zu 2.a) aa) bzw. b) ba) „Erwerb praktischer fachlicher Kompetenz...durch eine praktische Fachausbildungstätigkeit (...) im Rahmen von *Arbeitsverhältnissen*...“

Grundsätzlich begrüßen wir sehr, dass die praktische Ausbildung im Rahmen von Arbeitsverhältnissen stattfinden soll, die den AusbildungskandidatInnen eine geregelte Subsistenz ermöglicht. Aber bedeutet dies nicht auch, dass PsychologInnen, die ihre Praxis in einer Institution mit „Taschengeldmodell“ oder unentgeltlich absolvieren, diese nicht angerechnet bekommen, weil kein "Arbeitsverhältnis" vorliegt? Da wir als Berufsvertretung und Ausbildungseinrichtung die Lage ausgezeichnet kennen, müssen wir 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, §196) vorsieht.

Oder sind ergänzende Regelungen und Maßnahmen durch das Gesundheitsministerium diesbezüglich noch vorgesehen oder angedacht?

§8(2) (siehe auch §10)

Die strenge Parallelisierung von Praxisstunden und theoretischer Ausbildung im Grund- bzw. Aufbaumodul ist nicht realitätsangemessen. Es handelt sich nicht um praktische Übungen, in denen das gerade erworbene theoretische Wissen in der Praxis erprobt werden soll, sondern um praktische Tätigkeit, die sich an den Anforderungen der Realität orientiert. Zudem ist eine solche Forderung ausschließlich dann zu erheben, wenn ein Rechtsanspruch auf Praxisstellen besteht. Dieser Passus müsste offener formuliert oder ein Rechtsanspruch geschaffen werden. Eine Verschränkung von Theorie und Praxis ist zu begrüßen, jedoch keine so detaillierte inhaltliche Zuordnung; zudem ist GkPP-Stellungnahme, Juni 2013

unrealistisch, dass Praxiseinrichtungen ohne Verpflichtung dazu eine solche Parallelisierung freiwillig vornehmen, außer, es ist in ihrem eigenen Interesse. Ebenso gibt die Formulierung des Abs.2 keinen Hinweis darauf, wer dafür zu sorgen hat, dass diese Parallelisierung stattfindet; wenn dies in der Verantwortung der AusbildungskandidatInnen liegen sollte, dann trifft es das schwächste Glied!

§8(3)

Wie soll damit umgegangen werden, wenn die Maximaldauer von 5 Jahren aus anderen als den in diesem Absatz unverschuldet überschritten wird, insbesondere, wenn die praktische Ausbildung nicht im vollen Umfang parallel zur theoretischen Ausbildung erfolgen kann, etwa durch den Mangel an - zulässigen – Praxisausbildungsplätzen (vgl. §§15(1)1.d und 24(1)1.b und d))

§9

Zum Thema „Ausbildungseinrichtungen“ ist grundsätzlich kritisch anzumerken, dass für **Praxisausbildungseinrichtungen** im vorliegenden Entwurf keinerlei Voraussetzungen oder Verpflichtungen formuliert wurden (anders hier wieder das Ärztegesetz, dass durch eine Reihe von Vorschriften das Ausbildungsinteresse der AusbildungskandidatInnen schützt). Unter der Voraussetzung, dass für angehende Klinische und Gesundheits-PsychologInnen die Ausbildungsbedingungen verschärft werden, ist es dringend notwendig, solche Praxis-Ausbildungseinrichtungen vermehrt in die Pflicht zu nehmen und auch zu überprüfen, wie auch die mehr als 20-jährige Erfahrung des Psychologenbeirats anlässlich der Begutachtung von Eintragungsanträgen gezeigt hat. Unter anderem sollten Ausbildungsverpflichtungen für bestimmte Einrichtungen, insbesondere der Krankenanstalten, festgeschrieben werden, siehe oben.

§10

Hier gilt Ähnliches wie für §8, siehe dort, eine Eins-zu-eins – Umsetzung von gelernten Inhalten in die praktische Tätigkeit ist nicht realitätsangemessen und entspricht nicht einer postgraduell absolvierten Praxis in Institutionen.

Die im §10 erwähnten „Ausnahmefälle“, die die Praxisstelle mehr als drei Mal wechseln (müssen), sind bereits in der momentanen Situation keineswegs Einzelfälle, würden bei strikter Einhaltung der oben erörterten "Parallelisierung" voraussichtlich zum Regelfall; ansonsten würden die AusbildungskandidatInnen noch mehr als jetzt den Praxiseinrichtungen ausgeliefert, siehe auch letzter Satz zu §8(2).

II. Hauptstück, 2. Abschnitt

§13(3)

Auf die Nennung von Beispielen sollte weitgehend verzichtet werden, da diese großteils willkürlich gewählt sind und nur einen kleinen Teil der möglichen gesundheitspsychologischen Behandlung darstellen (insbesondere legt die rasante Fach- und Wissenschaftsentwicklung der letzten Jahre gerade im Bereich der Gesundheitspsychologie eine offenere Formulierung nahe, um zukünftige Entwicklungen besser integrieren zu können). Zudem schränken sie die fachlichen Inhalte unnötig ein. Dies sollte für den gesamten Entwurf der PG-Novellierung gelten. Detaillierungen können und sollen dann Inhalt von Verordnungen gem. § 46 Z.1 und 2 sein!

Neuformulierungsvorschläge:

Statt:

1. Die gesundheitspsychologische Behandlung von Einzelpersonen, Paaren, Familien und Gruppen in GkPP-Stellungnahme, Juni 2013

Bezug auf Gesundheitsverhalten, insbesondere auf Risikoverhalten wie Ernährung, Bewegung, Rauchen

Neu:

1. Die gesundheitspsychologische Behandlung von Einzelpersonen, Paaren, und Gruppen in Bezug auf Gesundheitsverhalten, insbesondere auf gesundheitsbezogenes Risikoverhalten

Statt:

§13(3)4. Die Entwicklung, Durchführung und Evaluation von gesundheitspsychologischen Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung in den Handlungsfeldern Partnerschaft, Arbeitsplatz, Schule, soziales Wohnumfeld und Krankenanstalt

Neu:

3. Die Entwicklung, Durchführung und Evaluation von gesundheitspsychologischen Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung

Beispielhafte Aufzählungen sollten eher in die Erläuterungen integriert und dort im Hinblick auf die weitere Entwicklung von Praxisfeldern offen gehalten werden.

§14 (gilt analog für §23)

Grundsätzlich ist festzuhalten:

Erstens, dass die in §14 angeführten Mindesteinheiten pro Bereich in Summe der Gesamtdauer entsprechen. Das bedeutet, dass es keine Wahlmöglichkeiten gibt, dass die Gestaltungsspielräume für AusbildungsteilnehmerInnen nicht mehr gegeben sind (nicht einmal universitäre Studienpläne sind so "verschult"). Das wäre eine Qualitätseinbuße. Wir schlagen dringend vor, die Mindesteinheiten pro Bereich herunterzusetzen, darüber hinaus verweisen wir auf die Anmerkungen zu §8(1)1.

Zweitens, dass die in §14 angeführten Themenbereiche dermaßen detailreich formuliert sind, dass inhaltliche Gestaltungsspielräume im Hinblick auf die zu erwartende theoretische und praktische Weiterentwicklung des Faches Gesundheitspsychologie kaum übrigbleiben, auch wenn für den heutigen Zeitpunkt durchaus argumentiert werden kann, dass der Stand des Faches damit wiedergegeben wird. Die Erfahrung mit PG 1990 zeigt, dass mit einer Novellierung von PG 2013 wohl die nächsten 20 Jahre nicht zu rechnen ist, und daher offenere oder abstraktere Formulierungen angebrachter wären.

§14(2) 1.

Formulierung vom §23 (2) 1. Übernehmen, da Rahmenbedingungen nicht „anzuwenden“, sondern „einzubeziehen“ sind

§14(2) 4. und 5.

Was ist mit „psychologische Gesundheitsleistungen“ gemeint? Sind die anderen geforderten Kompetenzen und Fertigkeiten (Z 3, ZZ 5-9) keine "Gesundheitsleistungen"?

Meinen die Punkte 4. und 5. Unterschiedliches? Auch aus den Erläuterungen ist dies nicht zu erschließen – hier ergäbe sich eine Möglichkeit der „Einheiteneinsparung“ im Sinne unserer Forderungen oben und zu §8.

§14(2) 9.

Die „Beachtung von transkulturellen und von Gender-Aspekten“ hat nicht nur in „psychologischen Behandlungsmaßnahmen zu erfolgen, sondern generell.

„Beachtung von transkulturellen und von Gender-Aspekten“ müsste also in §14(1) stehen.

§14(3)

siehe §14 grundsätzlich. Auch hier wären die Mindeststunden herabzusetzen.

Siehe §13(2): auf Beispiele sollte auch hier verzichtet werden, daher:

Statt:

2. Strategien, Methoden und Techniken der gesundheitspsychologischen Diagnostik und Behandlung in spezifischen Tätigkeitsfeldern, wie insbesondere der Schmerz-, Krankheits-, Stressbewältigung sowie deren Evaluation

Neu:

2. Strategien, Methoden und Techniken der gesundheitspsychologischen Diagnostik und Behandlung in spezifischen Tätigkeitsfeldern sowie deren Evaluation

§15(1) 1. b), c)

Wiederum: Auf Beispiele sollte verzichtet werden

Statt:

b) Diagnostik und Behandlung von Einzelpersonen und Gruppen in Bezug auf die verschiedenen psychischen Aspekte gesundheitsbezogenen Risikoverhaltens (z.B. Ernährung, Bewegung, Substanzmissbrauch, Stressbewältigung)

c) Planung, Durchführung und Evaluation von gesundheitsfördernden Maßnahmen und Projekten in verschiedenen Settings (Kindergarten und Schule; Arbeitsplatz und Betrieb, soziales Wohnumfeld, Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung), insbesondere im Rahmen von Projekten

Neu:

b) Diagnostik und Behandlung von Einzelpersonen und Gruppen in Bezug auf die verschiedenen psychischen Aspekte gesundheitsbezogenen Risikoverhaltens

c) Planung, Durchführung und Evaluation von gesundheitsfördernden Maßnahmen und Projekten in verschiedenen Settings, insbesondere im Rahmen von Projekten

§15(1) 1. d)

Zu verändern analog §24(1) 1. d): Streichung der Stundenausmaßes von 300

Es ist verwunderlich, dass die – prinzipiell wünschenswerte – multiprofessionelle Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen bei angehenden GesundheitspsychologInnen in einem bestimmten Mindeststundenausmaß zu erfolgen hat und bei angehenden Klinischen PsychologInnen nicht!

§15(1) 2. und 3. (analog für §24(1) 2. und 3.)

Grundsätzlich empfehlen wir, den Begriff *Selbsterfahrung* durch *Selbstreflexion* zu ersetzen.

Ein Festlegen des Settings, wie hier formuliert, das Vorschreiben bspw. von Einzelsupervision (unter 2.) lehnen wir ab.

Statt:

2. eine die Tätigkeit gemäß Abs. 1 begleitende gleichzeitige Fallsupervision in der Gesamtdauer von zumindest 100 Einheiten, die anhand konkreter Fallbeispiele eine unterstützende Hilfestellung und Beratung gewährleistet, wovon zumindest 30 Einheiten in Einzelsupervision zu absolvieren sind und

3. eine während der Dauer des allgemeinen theoretischen Teils (Grundmodul) der Ausbildung zu absolvierende Selbsterfahrung im Ausmaß von zumindest 76 Einheiten, wovon zumindest 40 Einheiten in Einzelselbsterfahrung bei höchstens zwei Personen zu absolvieren sind.

Neu:

2. eine die Tätigkeit gemäß Abs. 1 begleitende gleichzeitige Fallsupervision in der Gesamtdauer von zumindest 100 Einheiten, die anhand konkreter Fallbeispiele eine unterstützende Hilfestellung und Beratung gewährleistet und

3. eine während der Dauer des allgemeinen theoretischen Teils (Grundmodul) der Ausbildung zu absolvierende Selbstreflexion im Ausmaß von zumindest 76 Einheiten bei höchstens zwei Personen zu absolvieren sind.

§18(2) und analog §27(2)

Die Formulierungen „ist der in Aussicht genommene und entsprechend räumlich und sachlich ausgestattete Arbeitsort anzuführen, der von einem allfälligen Wohnbereich zu trennen ist“ und „ist ein Dienstgebarnachweis über die Tätigkeit als Gesundheitspsychologe/in zu erbringen“ halten wir für äußerst problematisch. Viele junge KollegInnen stehen, wenn sie zum Zeitpunkt der Erlangung der Berufsberechtigung in einem aufrechten Arbeitsverhältnis stehen oder ein solches in Aussicht haben, aus Gründen, die nicht in der Tätigkeit selbst, sondern wegen z.B. Lohnkosteneinsparungen seitens des Arbeitgebers nicht in einer Dienstverwendung unter der Bezeichnung „Gesundheitspsychologe/in“. Das Einfordern dieser teureren Dienstverwendung, um dieses Erfordernis für die Eintragung zu erfüllen, würde sie aller Erfahrung nach eher den Job kosten, als zu einer Höherstufung führen.

Ähnlich erginge es jenen KollegInnen, die zum Zeitpunkt der Erlangung der Berufsberechtigung (noch) nicht über eine Praxis(mitbenutzung) verfügen und eine freiberufliche Tätigkeit z.B. im Rahmen gesundheitsfördernder Projekte ausüben oder anstreben. Der „Arbeitsort“ kann in so einem Fall unbestimmt oder rasch wechselnd sein, erfüllt oft nicht die Kriterien der oben genannten Formulierung. In beiden Fällen müsste die Nichtausübung des Berufes gemeldet werden, obwohl er de facto ausgeübt wird! Hier schießt die vorliegende Regelung weit über das notwendige und hinreichende Maß hinaus.

§20 (5)

Bezugnehmend auf den bereits mehrfach erwähnten Grundsatz des Vermeidens von Beispielen im Gesetzestext selbst schlagen wir vor, den Passus „wie insbesondere Sportpsychologie oder Arbeitspsychologie“ im letzten Satz zu streichen. Er illustriert lediglich einen Teil aktueller berufspolitischen Debatten und führt zu mehr Missverständnissen, als dass er etwas klärt, welches die Aufgabe eines Gesetzestextes wäre.

§21 (4) und analog §30 (4)

Der Begriff „Vertrauenswürdigkeit“ ist hier unklar, da er schon an anderer Stelle in diesem Entwurf (§18 Abs 4) anders konnotiert vorkommt.

Unter (4) 1. Wird der Begriff „Mahnung“ verwendet, auch dieser Begriff ist unklar. Wer mahnt aufgrund welcher Bestimmungen? U.E. kann eine Mahnung und/oder ein Ahnden nur unter festgelegten Kriterien erfolgen – diese sind aber an keiner Stelle explizit gemacht.

II. Hauptstück, 3. Abschnitt

§24(1) a) und b)

Die in a) erwähnten „psychologischen Einflussfaktoren bei anderen Krankheiten“ müssten inhaltlich auch in b) ergänzt werden, da psychologische Behandlung ebenfalls bei Problembereichen zur Anwendung kommt, die mit „anderen Krankheiten“ in Zusammenhang stehen.

§29(5)

Bezugnehmend auf den bereits mehrfach erwähnten Grundsatz des Vermeidens von Beispielen im Gesetzestext selbst schlagen wir vor, den Passus „wie insbesondere Gerontopsychologie, Kinder- und Jugendlichenpsychologie oder Neuropsychologie“ im letzten Satz zu streichen. Er illustriert lediglich einen Teil aktueller berufspolitischen Debatten und führt zu mehr Missverständnissen, als dass er etwas klärt, welches die Aufgabe eines Gesetzestextes wäre.

§30 (wie auch andere §§)

Es erscheint nicht ganz nachvollziehbar, warum bspw. das „Erlöschen der Berufsberechtigung“ doppelt angeführt wird, obwohl die Bestimmungen für Klinische und Gesundheits-PsychologInnen ident sind.

II. Hauptstück, 4. Abschnitt

Berufspflichten der Gesundheitspsychologinnen und Gesundheitspsychologen sowie der Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen

Die im 4. Abschnitt ausgeführten Berufspflichten sehen wir als begrüßenswert im Sinne des KonsumentInnenschutz. Sie erhöhen die Transparenz und Überprüfbarkeit gesundheits- und klinisch psychologischer Leistungen, wirken qualitätsverbessernd und stärken dadurch auch die Rechte von KlientInnen resp. PatientInnen.

§33(2)

Wir betrachten die Fortbildungspflicht grundsätzlich als positiv, lehnen jedoch die „Glaubhaftmachung“ alle fünf Jahre ab – hier handelt es sich um eine Schlechterstellung gegenüber anderen Gesundheitsberufen, insbesondere den ÄrztInnen, die solche Nachweise nicht verpflichtend einreichen müssen..

§35 Dokumentationspflicht

Anzumerken ist dennoch der erwartbare immense Zusatzaufwand für Klinische und Gesundheits-PsychologInnen. In erster Linie bedeutet die umfassende Dokumentationspflicht einen beträchtlichen Mehraufwand für den/die einzelne Fachkolleg/e/in. Hierfür sind zusätzliche Ressourcen zur Verfügung zu stellen, in Anlehnung an die schon existierende Kassenfinanzierung im diagnostischen Bereich, die die Dokumentation separat ausweist. Wie eine Vergütung vor allem für selbständig tätige Klinische und Gesundheits-PsychologInnen ohne institutionellen Hintergrund aussehen könnte, GkPP-Stellungnahme, Juni 2013

gilt es zu überlegen! Eine aufwendige Dokumentationspflicht darf nicht ausschließlich zu Lasten der FachkollegInnen bzw. der KlientInnen gehen.

§39 Berufshaftpflichtversicherung

Bei der angeführten Mindestversicherungssumme von Euro 400 000 müsste genau überprüft werden, wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, dass ein Schadensfall in dieser Höhe eintritt. Noch viel mehr gilt dies aber für die Summe für Personenschäden (Euro 2 Millionen!). Diese Summe scheint in jedem Fall überhöht, da im Zuge psychologischer Dienstleistungen ein solch hoher Personenschaden gar nicht vorstellbar ist!

Die Mindestversicherungssumme ist in beiden Fällen deutlich herabzusetzen und an mögliche realistische Schadensfälle anzupassen.

II. Hauptstück, 6. Abschnitt

Psychologenbeirat

§41 Einrichtung des Psychologenbeirats

Entsprechend unserer Forderung, den Kurztitel des Gesetzes, der Signalwirkung hat, gendersensibel zu formulieren (PsychologInnengesetz), fordern wir auch hier die Änderung der Bezeichnung auf „PsychologInnenbeirat“!

Im vorliegenden Entwurf finden bezüglich der Besetzung des Beirats die psychologischen Berufsvertretungen und die psychologischen Institute der Universitäten Berücksichtigung. Jedoch erscheint uns die Gewichtung veränderungswürdig. Durch die im Gesetzesentwurf vorgenommene ausführliche Differenzierung der Klinischen und der Gesundheits-Psychologie mit ihren zahlreichen Schwerpunkten scheint es notwendig, die Anzahl der beigezogenen Mitglieder aus den Berufsverbänden zu erhöhen, diese sollten die Hälfte der Mitglieder ausmachen und aus Bereichen der Klinischen **und** der Gesundheits-Psychologie kommen.

Mitglieder der psychologischen Universitätsinstitute als Ausbildungsinstitutionen sollten ebenfalls verpflichtend beigezogen werden.

Es wird dem Bundesminister mehr Spielraum bei der Besetzung eingeräumt, was in Folge zu erhöhter Intransparenz bei der Besetzung führt.

Hier erachten wir eindeutiger Regeln als wünschenswert und zielführend.

Bezüglich der Zusammensetzung ist festzulegen, wie hoch der Anteil der Mitglieder zu sein hat, die den Universitäten zuzurechnen sind. Deren Gewicht im Bereich der Aus- und Weiterbildung ist abzubilden! Wir schlagen vor, dass mindestens 30% der Mitglieder aus den Universitäten und mindestens 50% der Mitglieder aus den Berufsvertretungen beschickt werden.

Sowohl seitens der Universitäten als auch seitens der Berufsvertretungen muss auf jeden Fall ein Entsendungsrecht (!) bestehen, anstatt der vorgeschlagenen Ernennung durch den Minister. Im vorliegenden Entwurf würde dies bedeuten, dass der Minister in die internen Entscheidungen der Universitäten und Berufsgruppen, welche Personen als Mitglieder des Beirates bestimmt werden, eingreifen kann. Dies ist auf keinen Fall akzeptabel und muss dringend geändert werden!

§43 Sitzungen des Psychologenbeirats

Im Gegensatz zum alten Gesetz (1990, § 20, Abs 2) wird keine verpflichtende Frequenz der Sitzungen

festgelegt. Im Sinn einer kontinuierlichen Arbeit des Beirats schein uns dies jedoch notwendig. Wir schlagen vor, die bisherige Frequenz (mindestens 2 Mal pro Halbjahr) beizubehalten.

Zu Abs 5: Der Mitglieder des Beirats ermöglichen es dem BMG, die Verantwortung insbesondere für die Berufsausübung im Bereich der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie fachlich profund und qualifiziert wahrzunehmen. Die Sitzungen sollen daher nicht ehrenamtlich stattfinden, sondern der Zeitaufwand, neben Reise und Unterkunft, soll in angemessener Form abgegolten werden.

§44 Ausschuss des Psychologenbeirats

Die Einrichtung des im Gesetzesentwurf genannten Ausschusses als stabiles über fünf Jahre arbeitendes Gremium scheint eine sinnvolle und begrüßenswerte Neuerung. Jedoch kann für ein solches Arbeitsgremium, das auf Ersuchen des Bundesministers jederzeit einberufen werden kann, keinesfalls ehrenamtliche Tätigkeit verlangt werden. In allen bisherigen Überlegungen (siehe auch Vorentwurf 2011) ist für die Ausschussarbeit eine finanzielle Entschädigung vorgesehen. Diese ist im endgültigen Gesetz jedenfalls explizit anzuführen.

II. Hauptstück, 7. Abschnitt

§46

zu ZZ 1. und 2: In Anbetracht der in diesem Entwurf bis ins kleinste Detail geregelten theoretischen Ausbildung stellt sich die Frage, welche Verordnungen hierzu zusätzlich noch erlassen werden sollen bzw. können – etwa ein „Skriptum von Amts wegen“ oder Regelungen zur zu verwendenden Präsentationssoftware?

3. ist völlig unklar: Was ist gemeint mit Verordnungen über „Organisationsstruktur der Ausbildungseinrichtungen“?

II. Hauptstück, 9. Abschnitt

§48 (4) und (5)

Wir schlagen die Ergänzung des jeweils letzten Satzes wie folgt vor:

„ ... gilt §11, von den Beschränkungen der Anrechnung gemäß §11 (2) und (3) kann abgesehen und ausschließlich auf die Gleichwertigkeit der absolvierten Inhalte abgestellt werden.“.

Begründung: Die bisherigen Erfahrungen bei der Begutachtung von Eintragungsanträgen im Psychologenbeirat zeigen, dass bei der Mehrzahl der Personen, die bislang nur eine der beiden Berufsberechtigungen erworben haben, dies im mangelnden Nachweis der einschlägigen **praktischen** fachlichen Kompetenz im Bereich der jeweils fehlenden Berufsberechtigung begründet lag.

Mag. Manfred Buchner (Vizeobmann)

Mag.^a Andrea Birbaumer

Dr.ⁱⁿ Reinhilde Trinks