

Bundesministerium für Gesundheit – II/A/3
Bundesminister Alois Stöger
Radetzkystraße 2
1030 Wien

Ergeht per E-Mail an:
IIA3@bmg.gv.at sowie begutachtungsverfahren@parlament.gv.at

Wien, 10. Juni 2013

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)

Sehr geehrter Herr Bundesminister,

der Österreichische Bundesverband für Psychotherapie spricht sich in wesentlichen Punkten gegen den vorliegenden Entwurf des Psychologengesetzes aus.

Inhaltliche Begründung:

1. Tätigkeitsvorbehalt bezüglich der klinisch-psychologischen Diagnostik
2. Definition der „klinisch-psychologischen Behandlung“ von Menschen mit krankheitswertigen psychischen Störungen
3. Mangelnde Qualität der psychologischen Berufsausbildung

Kritik an der Vorgehensweise:

- Die PSY-Gesetze sind eng miteinander verknüpft und weisen sowohl wichtige Überschneidungs- als auch Abgrenzungsbereiche auf. Im Vorfeld eines solchen Gesetzesvorhabens wäre daher die Einbindung der betroffenen PSY-Berufe und die Erarbeitung von Konsens-Modellen zu erwarten. Die PsychotherapeutInnen und (Fach-)ÄrztInnen für psychotherapeutische Medizin waren in keinsten Weise mit einbezogen. Im Speziellen sollte das Psychologen-Gesetzes nur gleichzeitig mit dem Psychotherapie-Gesetz novelliert werden, da diese Gesetze 1990 gleichzeitig entstanden und zahlreiche Bestimmungen in Analogie enthalten. Eine einseitige Novellierung ausschließlich im Interesse der PsychologInnen ist abzulehnen.
- Eine Begutachtungsfrist wurde eingeräumt, die Einbeziehung der ExpertInnen-Meinungen und Einwände aus der Begutachtung scheint aber – folgt man dem parlamentarischen Terminplan und soll das Gesetz noch in dieser Legislaturperiode eingebracht werden - nicht vorgesehen.
24.06.2013: Ende der Begutachtungsfrist, bereits einen Tag (!) danach, am
25.06.2013: Ministerrat
27.06.2013: Gesundheitsausschuss
03. bis 05.07.2013: letzte Plenarsitzungen in dieser Legislaturperiode
Eine solche Vorgangsweise steht im krassen Widerspruch zu den „Standards der Öffentlichkeitsbeteiligung. Empfehlungen für die gute Praxis“, Bundeskanzleramt, April 2008.

Diese Standards betonen einen respektvollen, fairen und wertschätzenden Umgang der handelnden Personen und Institutionen miteinander, um das Vertrauen in die Politik zu stärken. „Berücksichtigen“ heißt gemäß dieser Standards, dass die beteiligten MitarbeiterInnen „die verschiedenen in den Stellungnahmen vorgebrachten Argumente fachlich prüfen, allenfalls mit den Beteiligten diskutieren, nachvollziehbar bewerten und danach in die Überlegungen ... Ihres Rechtsaktes einfließen lassen.“

„Speed-kills“ ist wohl gerade im heiklen Bereich der Behandlung psychisch Kranker nicht angebracht.

Es wird daher gefordert, das Gesetz zur ordnungsgemäßen Behandlung zurück zu stellen.

Ad 1) Zum Tätigkeitsvorbehalt:

Die Erläuterungen zu § 13 Abs. 5 und 6 (und damit auch zu § 22 Abs. 5 und 6) scheinen zum Ausdruck bringen zu wollen, dass die Tätigkeit aller bundesgesetzlich geregelten verwandten Berufe (also auch die der PsychotherapeutInnen) vom Tätigkeitsvorbehalt für PsychologInnen ausgenommen sein sollen. Diese Absicht wird im Text des Gesetzentwurfes selbst aber nur unzulänglich und unklar umgesetzt:

§ 13 Abs 6 und § 22 Abs. 6 sind sprachlich missglückt: Nicht die Tätigkeiten „durch Psychologinnen und Psychologen“ sollen unberührt bleiben, sondern umgekehrt: die Tätigkeiten jener anderen Berufe (ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen usw.) sollen durch den hier normierten Tätigkeitsvorbehalt nicht berührt werden. Da die vorangehenden Absätze 4 und 5 explizit „ausschließend“ formuliert sind, ist jedenfalls eine ebenso klare Fassung des Absatzes 6 zu fordern.

Der formulierte generelle Ausschließlichkeitsanspruch bezüglich der klinisch-psychologischen Diagnostik würde bedeuten, dass künftig die Diagnosestellung von psychischen Störungen und die Klassifikation nach den gebräuchlichen Diagnoseschemata ICD und DSM nur noch durch Klinische PsychologInnen erfolgen dürften. Darüber hinaus dürften auch standardisierte diagnostische Interviews und Testverfahren (z. B. Fragebögen, Checklisten, strukturierte Interviews) nur noch von Klinischen PsychologInnen angewendet werden.

Das würde bedeuten, dass PsychotherapeutInnen und (Fach-)ÄrztInnen für psychotherapeutische Medizin künftig bei der Diagnosestellung ihrer PatientInnen mit psychischen Störungen keine strukturierten Interviews, standardisierten Fragebögen, Checklisten etc. anwenden dürften. Eine solche, fachlich völlig unbegründete Einschränkung, widerspricht nicht nur der seit langem üblichen Praxis der Diagnosestellung auch dieser Berufsgruppen, sondern würde auch die Arbeit in Wissenschaft und Forschung in einem nicht vertretbaren Ausmaß behindern.

Der Tätigkeitsvorbehalt hinsichtlich der Diagnostik psychischer Erkrankungen ist aus diesem Grund abzulehnen und sollte aus dem Gesetzesentwurf gestrichen werden.

Ad 2) Definition von „psychologischer Behandlung“. Fehlende Einschränkung der „psychologischen Behandlung“ hin zur psychotherapeutischen Tätigkeit, die PsychotherapeutInnen und (Fach-)ÄrztInnen mit Ausbildung zur psychotherapeutischen Medizin vorbehalten ist.

Der Tätigkeitsbereich der klinischen Psychologie umfasst laut Gesetzesentwurf die „klinisch-psychologische Behandlung von krankheitswertigen Störungen“ bzw. auch die „Behandlung von Personen mit psychischen Krankheiten und Störungen“.

In den Erläuterungen werden einige Anwendungsbereiche klinisch-psychologischer Behandlung beispielhaft genannt. Es werden spezifische Anwendungsbereiche hervorgehoben, die „umfassenden klinisch-psychologischen Interventionen und Maßnahmen“ zugänglich sein sollen. Diese umfassen die Bewältigung bei Belastungssituationen, chronische Schmerzbehandlung, neuropsychologische Rehabilitation, Interventionen in der Kardiologie, Behandlung bei Tumorpatienten und Stoffwechselerkrankungen.

Über diese Anwendungsbereiche hinaus schließt der Gesetzgeber aber auch die Behandlung aller psychisch Kranken durch PsychologInnen nicht aus.

Zugleich erklären weder der Gesetzestext noch die Erläuterungen, was die so genannte „psychologische Behandlung“ eigentlich ist und worin sie sich von einer Psychotherapie und der Behandlung durch (Fach-)ÄrztInnen für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin unterscheidet. Die bestehende Unsicherheit zeigt sich auch darin, dass das Ludwig Boltzmann Institut erst kürzlich beauftragt wurde, eine Literaturübersicht zu Behandlungsmethoden und Anwendungsfeldern der „psychologischen Behandlung“ zu erstellen.

Die Fachliteratur zur internationalen Wirksamkeitsforschung bezieht sich bei der Beforschung psychosozialer Interventionsformen durchgängig auf Psychotherapie. Eine „psychologische Behandlung“ wie sie im Gesetzestext dargestellt wird, die nicht eigentlich Psychotherapie ist, ist in der Fachwelt nicht bekannt. „Psychologische Behandlung“ greift auf Interventionsformen zurück, die Teil psychotherapeutischer Gesamtkonzepte sind und daher ausschließlich in der Verantwortung psychotherapeutisch ausgebildeter Berufsgruppen durchgeführt werden sollen.

Die Psychotherapieforschung begründet die Notwendigkeit zur fundierten psychotherapeutischen Ausbildung bei der Behandlung psychischer Störungen mit der Komplexität des Menschen und damit, dass Symptome ohne Berücksichtigung der Persönlichkeitsdisposition und ohne umfassendes Konzeptwissen nicht behandelt werden können. Pure Störungsbilder, wie sie in den psychiatrischen Diagnose- und Klassifikationssystemen vereinfachend dargestellt werden, existieren in der Realität nicht. Psychische Erkrankungen gehen in der Regel mit einem hohen Ausmaß an Komorbidität, unterschiedlicher Symptomschwere, vielgestaltigen Formen von Chronifizierung und tief greifenden Lebensproblemen einher.

Die Komplexität und Vielgestaltigkeit psychischer Störungsbilder erfordern zur Behandlung die Erfahrung und Kompetenz von PsychotherapeutInnen, die technisch variabel auf die Erfordernisse der PatientInnen und Situationen eingehen können.

Ein reduktionistisch-manualisiertes Behandlungsmodell kann nur auf Symptome abzielen und muss zugrunde liegende Persönlichkeits- bzw. Lebensproblematiken vernachlässigen. Damit steigen die Gefahr von Fehlbehandlung und Chronifizierung sowie die Rückfallswahrscheinlichkeit. Auch wird bei den Betroffenen die fälschliche Vorstellung genährt, man könne die psychische Erkrankung bei einer BehandlerIn „abgeben“, einfach „reparieren“ lassen, anstatt an sich zu arbeiten.

Klinische PsychologInnen wären künftig berechtigt, unabhängig alle psychischen Störungen mit allen empirisch überprüften Psychotherapiemethoden zu behandeln ohne dafür eine komplette Psychotherapie-Ausbildung durchlaufen zu haben.

Da die Ausübung von Psychotherapie in Österreich PsychotherapeutInnen und (Fach-)ÄrztInnen für psychotherapeutische Medizin vorbehalten ist, sollte im Psychologen-Gesetz eine eindeutige Eingrenzung der psychologischen Behandlung vorgenommen werden. Klinische PsychologInnen dürfen keine Psychotherapie ausüben, ihr Tätigkeitsbereich soll auf klar umschriebene Interventionen beschränkt bleiben. Die eigenständige Behandlung von psychisch Kranken muss PsychotherapeutInnen und (Fach-)ÄrztInnen für psychotherapeutische Medizin vorbehalten bleiben, wie es im Ärzte- und Psychotherapie-Gesetz geregelt ist.

Deshalb sollte § 22 (3) Z 1 gestrichen werden. § 22 (3) Z 2 - 5 soll die Tätigkeit der Klinischen PsychologIn abschließend definieren.

Ad 3) Mangelnde Ausbildungsqualität

Der Entwurf verwischt durch quantitative Aufrüstung der Ausbildung die qualitativen Unterschiede hin zur psychotherapeutischen Qualifikation. Die neu für eine Gesamtdauer von 3 bis 5 (!) Jahren konzipierte postgraduale Ausbildung erscheint einerseits quantitativ stark ausgeweitet, andererseits für den „Behandlungsbereich“ sowohl quantitativ als auch qualitativ ungenügend. GesundheitspsychologInnen und klinische PsychologInnen sind auch mit der neuen Ausbildung

insbesondere für die umfassende Behandlung des gesamten Diagnosespektrums psychischer Störungen, wie es in der niedergelassenen Praxis auftritt, nicht qualifiziert.

Die Behandlung psychischer Störungen erfordert eine durchgängige und wissenschaftlich fundierte Metatheorie über die Entstehung und Behandlung von Krankheiten wie sie in der Psychotherapie vermittelt werden.

Psychotherapeutisches Arbeiten erfordert eine Ausbildung als Persönlichkeitsentwicklungsprozess in langen Ausbildungs-Beziehungsprozessen, während in der psychologischen Ausbildung keine genuine Linie einer Auseinandersetzung mit einem stringenten Menschenbild und Theoriekonzept gefordert wird.

Als mangelhaft zu betrachten ist zudem:

- Keine ausreichende Qualifikation der Lehrpersonen für Selbsterfahrung
- Keine ausreichende Qualifikation der SupervisorInnen

Die zur Ausbildung hinzukommende Selbsterfahrung im Ausmaß von 76 Stunden, davon 40 Einheiten im Einzelsetting kann laut Entwurf § 15 (3) und § 24 (3) auch bei Klinischen PsychologInnen und GesundheitspsychologInnen absolviert werden, die dafür in keiner Weise qualifiziert sind. Selbsterfahrung bleibt ein länger dauerndes, konsequentes Anwenden der zu erlernenden Methode und der Dynamik eigener psychischer Veränderung entlang der individuellen Psychodynamik. Klinische PsychologInnen und GesundheitspsychologInnen, die nicht zugleich PsychotherapeutInnen sind, sind für Lehrtherapien und Selbsterfahrung selbst nicht ausgebildet. Die angesprochene Form der Selbsterfahrung dient daher bestenfalls einer didaktischen Schulung nützlicher Anwendungen nach allgemeinen Kriterien psychosozialer Vermittlung. Ein auf Reflexion und Persönlichkeitsentwicklung ausgerichteter Selbsterfahrungsprozess kann unter diesen Voraussetzungen nicht erreicht werden. Dieser Einwand gilt analog für die Supervision.

Weitere Bedenken beziehen sich auf folgende Punkte:

- **Die Aufspaltung in Gesundheitspsychologie und klinische Psychologie** entspricht in keinsten Weise dem Stand der heute üblichen Sichtweise des Menschen. Die Grenzen zwischen Gesundheit und Krankheit verlaufen fließend, auf wissenschaftlicher Ebene hat man sich auf ein Menschenbild geeinigt, das somatische, psychische und soziale Aspekte für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit mit einbeziehen. Beide PsychologInnen-Gruppen arbeiten in der Prävention und Behandlung, sowohl in der Gesundheitsvorsorge als auch in der Krankenbehandlung. Eine Trennung wie sie der Gesetzgeber im Entwurf vorsieht bedeutet einen Rückschritt im Bezug auf das Wissenschaftsmodell vom Menschen. Mit dieser Regelung vergrößert sich die Intransparenz und die Rechtsunsicherheit für die PatientInnen, da eine solche strikte Aufspaltung in der Praxis nicht lebbar ist und daher auch im berufsrechtlichen Sinn nicht eingefordert werden kann.
- **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.
- **Im Bezug auf die finanziellen Auswirkungen** erscheinen die angegebenen 200 bis 300 PsychologInnen, die die praktische Ausbildung künftig im Rahmen von Arbeitsverhältnissen absolvieren sollen, bei jährlich 500 bis 600 PsychologInnen, die nach der postgradualen Ausbildung in die Liste eingetragen werden, weit unterschätzt. Zudem wären vorsorglich bereits auch die PsychotherapeutInnen mit zu berücksichtigen, die künftig ebenfalls Anspruch auf Praktika im Angestelltenverhältnis haben müssen.

- **Krankenkassenfinanzierung und Auswirkungen auf das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG):** Das vorliegende Psychologengesetz erschwert auch dem Kassenleister die Einschätzung der Behandlungsnotwendigkeiten und vermittelt den fälschlichen Eindruck von einfacher Reparaturmöglichkeit durch „psychologische Behandlung“ anstelle einer fundierten psychotherapeutischen Krankenbehandlung. Chronifizierungen und Verlängerung von PatientInnen-Karrieren wären die Folge.
- **Fragen zum Erlöschen der Berufsberechtigung und die Feststellung der psychischen Eignung für die Zulassung zur Ausbildung sind u. a. an ein klinisch-psychologisches oder fachärztlich psychiatrisches Gutachten gebunden.**
(§ 7 Voraussetzungen für die Ausbildung und § 21 Erlöschen der Berufsberechtigung)

Um Eingriffe in das Grundrecht auf Wahrung der Privatsphäre durch diese grundsätzlich sehr problematische Bestimmung zur Beiziehung bestimmter Gutachten zur Frage der Eignung zu verhindern, ist eine Konkretisierung zu fordern: Zu präzisieren wäre, ob die Beibringung des Gutachtens durch den Betroffenen selbst möglich ist, wie und durch wen die Auswahl der GutachterIn erfolgt.

§ 21 (6) und (7): Der Bundesminister kann im Beschwerdefall oder bei Verlust der Vertrauenswürdigkeit einer Berufsangehörigen mit Bescheid Maßnahmen zur Glaubhaftmachung des Bestehens oder Wiederherstellung der Vertrauenswürdigkeit erlassen. Im äußersten Fall bis hin zur Streichung der Berufsberechtigung für mindestens fünf Jahre. Gegen derartige Bescheide des Bundesministers für Gesundheit in Bundesangelegenheiten (wie hier) ist ein Beschwerderecht an das Bundesverwaltungsgericht gegeben (Art 130 Abs. 1 Z 1, 131 Abs. 2 B-VG in der Fassung BGBl I Nr. 51/2012).

Ein geordnetes Disziplinarverfahren und Verfahrensbestimmungen zur Feststellung gröblicher Verletzungen von Berufspflichten bzw. eines Verstoßes gegen solche Pflichten (§ 21 Abs. 4 Z 1) fehlen und sind zu fordern.

- Die in Abschnitt 4 und 5 normierten Berufs- und Informationspflichten sind zu begrüßen.
- **Änderung der Struktur und der Aufgaben des Psychologenbeirats.** Statt Delegation aus der Berufsgruppe sieht Abschnitt 6 nunmehr eine befristete Ernennung von 15 bis 20 Berufsangehörigen durch den Bundesminister für Gesundheit vor. Die Einberufung des Psychologenbeirats soll künftig durch den Bundesminister und nur noch nach Bedarf erfolgen. Hinsichtlich der präjudiziellen Wirkung einer solchen Bestimmung für die Novellierung des Psychotherapiegesetzes ist darauf hinzuweisen, dass die Ernennung durch den Bundesminister dazu angetan ist, die Unabhängigkeit der Fachexpertise aus der Berufsgruppe in Frage zu stellen.

Für den ÖBVP



Dr.ⁱⁿ Eva Mückstein
Präsidentin