

An die
Österreichische Ärztekammer
Weihburggasse 10-12
1010 Wien

Per E-Mail: begutachtung@aerztekammer.at

Wien am, 22.04.2026

Betrifft: 7. Novelle der KEF-RZ-V 2015

Der Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen (BÖP) bedankt sich für die Einladung zur Stellungnahme zu dem gegenständlichen Entwurf und beehrt sich zu obig benannter Thematik nachstehende

STELLUNGNAHME

abzugeben:

Der Berufsverband der Österreichischen Psychologinnen und Psychologen (BÖP) begrüßt die 7. Novelle der KEF-RZ-V 2015. Besonders positiv hervorzuheben ist die systematische Weiterentwicklung der ärztlichen Ausbildung durch Einführung kompetenzbasierter Level sowie die inhaltliche Modernisierung der Rasterzeugnisse. Positiv vermerken wir insbesondere, dass der Entwurf psychologische Aspekte der ärztlichen Tätigkeit mehrfach explizit anspricht, wie insbesondere die Gesprächsführung mit Menschen mit psychischen Erkrankungen, die Indikation und

Grenzen psychologischer Interventionen sowie der verstärkte Fokus auf Kinder- und Gewaltschutz. Diese Entwicklungen entsprechen einem modernen Verständnis von Medizin. Wir erlauben uns jedoch zu folgenden zwei Punkten eine Stellungnahme sowie Anregungen abzugeben:

1. Psychologischer Testverfahren

In der neu gefassten Anlage 13 (Kinder- und Jugendheilkunde) werden psychologische Testverfahren erstmals nicht nur als Kenntnisinhalt (Indikation und Grenzen), sondern auch als Fertigkeit auf Level 1 aufgenommen. Dies stellt eine genuine Erweiterung der ärztlichen Ausbildungsinhalte dar, die sowohl fachlich als auch rechtlich einer Einordnung bedarf. Durch die Einführung der Levelsystematik kommt es zudem zu einer qualitativen Verschiebung: Auch wenn Level 1 zunächst nur das Beobachten vorsieht, setzt dies voraus, dass ausbildende Fachärzt:innen entsprechende Verfahren demonstrieren und anwenden (können). Damit wird implizit eine Anwendungskompetenz auf Facharzniveau unterstellt, deren regelhafter Einsatz aus fachlicher Sicht kritisch zu hinterfragen ist.

Das Psychologengesetz 2013 normiert die Klinische Psychologie als eigenständigen Gesundheitsberuf. § 22 Abs 2 sieht die **klinisch-psychologische Diagnostik** in Bezug auf gesundheitsbezogenes und gesundheitsbedingtes Verhalten und Erleben sowie auf Krankheitsbilder und darauf aufbauend die **Erstellung klinisch-psychologischer Befunde und Gutachten** als einen **den Klinischen Psycholog:innen vorbehaltenen Tätigkeitsbereich** vor. Die Erläuterungen zum Psychologengesetz heben dazu hervor, dass diese Bereiche (klinisch-psychologische Diagnostik, darauf aufbauende Befundung und Begutachtung) gerade deshalb unter Tätigkeitsvorbehalt gestellt wurden, weil dafür spezifisch klinisch-psychologische Fachkompetenz „**unablässig**“ ist.

§ 22 Abs 6 hält zwar fest, dass durch diese Bestimmungen das Ärztegesetz 1998, nicht berührt wird. Dies bedeutet aber nicht, dass jede testbezogene Tätigkeit beliebig austauschbar ist, und es lässt sich daraus auch nicht der Umkehrschluss ableiten,

dass die Anwendung psychologischer Testverfahren durch Ärzt:innen damit als regelhafte Alternative zur klinisch-psychologischen Diagnostik anzusehen wäre. Es kann zwar Überschneidungen geben, was aber keine Freizeichnung für unklare Kompetenzverschiebungen sein kann.

Der den Klinischen Psycholog:innen vorbehaltene Tätigkeitsbereich ist insbesondere dann zu berücksichtigen, wenn komplexe klinisch-psychologische Fragestellungen zu bearbeiten sind, zur Beantwortung derselben mehrere Testverfahren gleichzeitig kombiniert eingesetzt werden müssen, differenzialdiagnostische Abklärungen zu erfolgen haben, Intelligenz-, sowie kognitive Funktions- und Leistungstests umfassend interpretiert werden müssen oder komplexe Fragen der Arbeitsfähigkeit, des Kindeswohls, der Erziehungsfähigkeit oder indizierter Behandlungsmaßnahmen zu beantworten sind. Dazu sind kurze orientierende Screenings im ärztlichen Kontext nicht in der Lage und daher entsprechend klar abzugrenzen. Aber genau diese Einschränkung und Abgrenzung fehlt im Entwurf und ist im Sinne der Aufgabendifferenzierung und Rechtsklarstellung zu ergänzen.

Klinisch-psychologische Testverfahren erfordern fundierte Kenntnisse in Testtheorie und Testmethodik, psychologischer Methodenlehre und Psychometrie, Normanwendung und fachgerechter Interpretation sowie die Kenntnis der entsprechenden inhaltlich-psychologischen Grundlagen der erhobenen Konstrukte, die in dieser Form weder im Medizinstudium noch in der fachärztlichen Ausbildung systematisch vermittelt werden (können). Eine undifferenzierte oder unbedachte Anwendung psychologischer Tests birgt daher das Risiko diagnostischer Fehleinschätzungen und von konsekutiven Fehlurteilen – mit z.T. besonders schwerwiegenden Auswirkungen im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde.

Aus fachlicher Sicht ist der ärztliche Einsatz psychologischer Testverfahren nur dann vertretbar, wenn er sich auf klar eingegrenzte, klinisch indizierte Fragestellungen beschränkt und validierte Kurzscreenings verwendet werden, deren Ergebnisse ausschließlich der Orientierung und (globalen) Indikationsstellung dienen. Insbesondere dürfen diese keinesfalls eine umfassende und differenzierte klinisch-psychologische Diagnostik ersetzen, sondern sollen vielmehr deren Notwendigkeit begründen und eine entsprechende Zuweisung zur Folge haben.

Zu berücksichtigen ist dabei auch, dass die Situation von Fachärzt:innen für Psychiatrie bzw. Ärzt:innen mit entsprechender Zusatzqualifikation differenzierter zu beurteilen ist, da hier vertiefte Kenntnisse und Erfahrungen im Umgang mit psychologisch-diagnostischen Instrumenten vorliegen können. Dies unterstreicht jedoch gerade die Notwendigkeit, den Kompetenzrahmen für andere Fachrichtungen, wie die Kinder- und Jugendheilkunde, klar zu definieren.

Vor diesem Hintergrund erscheint eine präzisere Terminologie sinnvoll und notwendig. Begriffe wie „orientierende Screening-Instrumente“ oder „klinische Ratingskalen und orientierende Screenings“ sind fachlich enger, klinisch klarer und rechtlich weniger missverständlich. Sie ermöglichen die Abbildung sinnvoller Ausbildungsinhalte, ohne den Eindruck zu erwecken, es handle sich dabei um eine umfassende klinisch-psychologische Testdiagnostik oder sogar deren Ersatz.

Die derzeitige unspezifische Verwendung des Begriffs „psychologische Testverfahren“ birgt die Gefahr, diese notwendige Abgrenzung zu nivellieren oder gar aufzuheben und langfristig ein Kompetenzverständnis zu fördern, das weder dem Patient:innenschutz noch einer klaren interprofessionellen Zusammenarbeit gerecht wird. Eine entsprechende Präzisierung würde daher sowohl den Ausbildungszielen als auch den gesetzlich verankerten Kompetenzverteilungen unterschiedlicher Gesundheitsberufe besser entsprechen.

2. Einbeziehung Klinischer Psycholog:innen in die Ausbildung

Der BÖP sieht in der vorliegenden Novelle, insbesondere durch die Einführung des Kompetenzlevelsystems und die interdisziplinäre Ausrichtung, eine gute Grundlage für eine stärkere strukturelle Einbindung der Klinischen Psychologie in die ärztliche Ausbildung. Wir würden es daher begrüßen, wenn Klinische Psychologinnen und Psychologen künftig in geeigneten Ausbildungsabschnitten als Lehrende oder Supervisor:innen beigezogen werden könnten. Gemeinsame Lehr- und Besprechungsformate könnten dazu beitragen, das wechselseitige Verständnis der beruflichen Zuständigkeiten sowie eine fundierte Überweisungspraxis frühzeitig zu fördern, insbesondere zum Nutzen einer integrierten, qualitativ hochwertigen Versorgung der Patient:innen.

Wir stehen für weiterführende Gespräche sehr gerne zur Verfügung und würden eine Einbindung des BÖP in die Erarbeitung einschlägiger Präzisierungen begrüßen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



a.o. Univ.-Prof.in Dr.in Beate Wimmer-Puchinger

Präsidentin des Berufsverbandes Österreichischer Psychologinnen und Psychologen



Mag.a Christina Maria Beran

Vizepräsidentin des Berufsverbandes Österreichischer Psychologinnen und Psychologen



a.o. Univ.-Prof. i.R., Priv.-Doz. Dr. Anton-Rupert Laireiter

Vizepräsident des Berufsverbandes Österreichischer Psychologinnen und Psychologen