

Gutachterrichtlinie

Richtlinie für die Erstellung von klinisch-psychologischen und gesundheitspsychologischen Befunden und Gutachten

Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)
Radetzkystraße 2, 1030 Wien

Verlags- und Herstellungsort: Wien

Autorinnen und Autoren: Vertreterinnen und Vertreter des Gesundheitsressorts sowie des Psychologenbeirats

Druck: BMSGPK

Wien, Juni 2020

Alle Rechte vorbehalten:

Jede kommerzielle Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk, sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z. B. Internet oder CD-Rom.

Im Falle von Zitierungen im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten sind als Quellenangabe „BMSGPK“ sowie der Titel der Publikation und das Erscheinungsjahr anzugeben.

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des BMSGPK und der Autorin/des Autors ausgeschlossen ist. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorin/des Autors dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgehen.

Präambel

Die bisher bestehende Richtlinie für die Erstellung von klinisch-psychologischen und gesundheitspsychologischen Befunden und Gutachten stammte aus dem Jahre 1999. Sie wurde 2002, 2009 und zuletzt 2012 überarbeitet. Durch die Neuformulierung des Psychologengesetzes 2013 (BGBl. I Nr. 182/2013) haben sich neue Gesichtspunkte hinsichtlich der Diagnostik ergeben, die eine Aktualisierung der Richtlinien notwendig machen. In einer Arbeitsgruppe wurden diese daher neu strukturiert und erarbeitet, um die aktuelle Gesetzesmaterie und auch andere bisher erlassene Richtlinien einzuarbeiten. Dabei wurden auch nicht mehr aktuelle Inhalte gestrichen. Im Vergleich zur Richtlinie von 2012 wird in der vorliegenden eine aus vielerlei Hinsicht sinnvolle und notwendige Differenzierung in Befunderstellung/Befundung und Gutachtenserstellung und Begutachtung getroffen, ebenso wie neben allgemeinen Gesichtspunkten auch auf Unterschiede in der klinisch-psychologischen und gesundheitspsychologischen Diagnostik eingegangen wird. Insbesondere wird auf die gesetzlichen Vorgaben des Psychologengesetzes 2013 hingewiesen, das für die klinisch-psychologische Diagnostik (PG 2013, § 22 Abs. 2) einen Tätigkeitsvorbehalt vorsieht und Ausführungen zur gesundheitspsychologischen Analyse und Begutachtung (PG 2013, § 13 Abs. 2) vorgibt.

Im Anhang finden sich Ausführungen zu einigen spezifischen Bereichen, die allerdings nicht als abschließend zu betrachten sind.

Inhalt

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Präambel | 3 |
| 1 Begriffsbestimmungen | 5 |
| 1.1 Klinisch-psychologischer /gesundheitspsychologischer Befund | 6 |
| 1.2 Klinisch-psychologisches /gesundheitspsychologisches Gutachten..... | 6 |
| 2 Allgemeine Prinzipien der klinisch-psychologischen und gesundheitspsychologischen Befund- und Gutachtenserstellung | 7 |
| 3 Qualitätskriterien | 10 |
| 3.1 Zur Person der klinischen Psychologin/des klinischen Psychologen und der Gesundheitspsychologin/des Gesundheitspsychologen in ihrer/seiner psychodiagnostischen Tätigkeit | 10 |
| 3.1.1 Fachliche Kompetenz | 10 |
| 3.1.2 Persönliche Integrität | 10 |
| 3.2 Zu den Rahmenbedingungen der klinisch-psychologischen oder gesundheitspsychologischen Diagnostik..... | 11 |
| 3.3 Zur Qualität des psychologisch-diagnostischen Prozesses – Anforderungen und Kriterien..... | 11 |
| 3.3.1 Planungsphase | 12 |
| 3.3.2 Durchführungsphase..... | 13 |
| 3.3.3 Integrationsphase | 13 |
| 3.4 Formale Kriterien und Aufbau eines klinisch-psychologischen oder gesundheitspsychologischen Befundes oder Gutachtens | 14 |
| 4 Anhang..... | 17 |
| 4.1 Schwerpunkt Kinder..... | 17 |
| 4.2 Schwerpunkt Sachverständigengutachten im Bereich des Familienrechts..... | 18 |
| 4.3 Schwerpunkt Menschen mit besonderen Bedürfnissen | 18 |
| 4.4 Schwerpunkt Migrantinnen/Migranten | 19 |
| 4.5 Schwerpunkt Verkehrspsychologie | 20 |
| 4.6 Schwerpunkt Militärpsychologie | 20 |
| Literaturverzeichnis | 22 |

1 Begriffsbestimmungen

Nach Eid und Petermann (2006) sowie Kubinger (2019) beinhaltet die klinisch-psychologische und gesundheitspsychologische Diagnostik die zielgerichtete Anwendung der Methoden, Verfahren und Strategien der Psychologischen Diagnostik auf Fragestellungen der Klinischen Psychologie und der Gesundheitspsychologie. Im Mittelpunkt steht die Erfassung und Beschreibung individueller Merkmale und inter- und intraindividuelle Unterschiede von einzelnen oder mehreren Personen in Hinblick auf klinisch-psychologische und gesundheitspsychologische Fragestellungen.

Die in diesem Kontext verwendeten Begriffe sind (klinisch-psychologischer/s, resp. gesundheitspsychologischer/s) Befund und Gutachten. Generell ist unter einem klinisch-psychologischen bzw. gesundheitspsychologischen Befund oder Gutachten das jeweils schriftlich dargestellte Ergebnis eines abgeschlossenen diagnostischen Prozesses zu verstehen. Klinisch-psychologische bzw. gesundheitspsychologische Befunde und Gutachten können sich, abhängig vom gutachterlichen Auftrag und der Fragestellung, hinsichtlich des Verwendungszwecks, des Umfangs und der Zielrichtung in hohem Maße voneinander unterscheiden (s.u.).

In der Praxis werden vielfältige Bezeichnungen wie „klinisch-psychologische bzw. gesundheitspsychologische Stellungnahme“, „Befundbericht“, „gutachterliche Stellungnahme“, „Behandlungsbericht“, „Kurzbefund“, „Zusammenfassung“ oder „Kurzfassung des Gutachtens“ verwendet, welche juristisch und fachlich nicht näher definiert sind. Alle schriftlichen Äußerungen der Berufsangehörigen sind aus rechtlicher Sicht Äußerungen von Sachverständigen.

Eine klinisch-psychologische bzw. gesundheitspsychologische Stellungnahme steht nicht unbedingt im Zusammenhang mit einem diagnostischen Prozess und einer vorangegangenen Befunderhebung. Sofern es sich dabei um Antworten auf klinisch-psychologische bzw. gesundheitspsychologische Fragestellungen mit eigener Befunderhebung über bestimmte Personen handelt, kommen die Qualitätsanforderungen der gegenständlichen Richtlinie zur Anwendung.

1.1 Klinisch-psychologischer /gesundheitspsychologischer Befund

Als **klinisch-psychologischer bzw. gesundheitspsychologischer Befund** wird die primär schriftliche Darstellung der Ergebnisse einer klinisch-psychologischen bzw. gesundheitspsychologischen Untersuchung aufgrund einer klinisch-psychologischen bzw. gesundheitspsychologischen Fragestellung bzw. Überweisungsdiagnose bezeichnet. Klinisch-psychologische und gesundheitspsychologische Befunde werden insbesondere im Rahmen des Gesundheitswesens als Hinweise und Entscheidungshilfe für gesundheitsbezogene sowie andere Maßnahmen oder Entscheidungen herangezogen.

1.2 Klinisch-psychologisches /gesundheitspsychologisches Gutachten

Klinisch-psychologische und gesundheitspsychologische Gutachten stellen wissenschaftliche Leistungen dar, die darin bestehen, aufgrund wissenschaftlich anerkannter Theorien und Kriterien nach feststehenden Regeln der Gewinnung und Interpretation von Daten zu einer konkreten Fragestellung oder mehreren Teilfragestellungen Aussagen zu machen (Fisseni, 2004, S. 333ff).

Die Teil-/Fragestellung/en betrifft/betreffen bestimmte Aspekte des Erlebens und Verhaltens von einer Person oder mehreren Personen aller Altersstufen. Es handelt sich dabei um nachvollziehbare und schlüssige Antworten auf Fragen, zu welchen aufgrund der erhobenen Befunde, des Fachwissens, des aktuellen Forschungsstandes und der Berufserfahrung sowie der reflektierten Alltagserfahrung Stellung bezogen wird. Die umfassende Beantwortung der gutachterlichen Fragestellung/en wird von dem/der Auftraggeber/in als Grundlage für Maßnahmen und Entscheidungen in verschiedenen Bereichen verwendet. Die Fragestellung/en wird/werden im Rahmen eines diagnostischen Prozesses beantwortet. Im Gutachten werden dieser Prozess und die Beantwortung der Fragestellung/en nachvollziehbar dargestellt. Die im Rahmen der Begutachtung eingesetzten Methoden werden so beschrieben, dass sie nach wissenschaftlich akzeptierten Gütekriterien beurteilt werden können.

2 Allgemeine Prinzipien der klinisch-psychologischen und gesundheitspsychologischen Befund- und Gutachtenserstellung

Die allgemeinen Prinzipien der klinisch-psychologischen und gesundheitspsychologischen Befund- und Gutachtenserstellung ergeben sich aus den Berufspflichten für Gesundheitspsychologen/innen und Klinische Psychologen/innen nach dem PG 2013 (§§ 32-39) und aus den Ethikrichtlinien für Gesundheitspsychologen/innen und Klinische Psychologen/innen des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK, Ethikrichtlinie, 2018).

Persönliche und unmittelbare Berufsausübung

Die diagnostischen Leistungen im Rahmen der Erstellung von klinisch-psychologischen und gesundheitspsychologischen Befunden und Gutachten sind jeweils persönlich zu erbringen. Das Psychologengesetz erlaubt den Einsatz von Hilfspersonen, wenn diese unter Anordnung und Aufsicht der Klinischen oder Gesundheitspsychologen/innen handeln. Hier ist zu beachten, dass bei der Berufsausübung in bestimmten Arbeitsbereichen auch andere rechtliche Normen (z.B. Gesamtvertrag mit dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger oder die Landesregeln für gerichtlich beeidete Sachverständige) zur Anwendung kommen können, die den Einsatz von Hilfspersonen einschränken.

Freiwilligkeit (Informierte Zustimmung) und Aufklärung

Klinisch-psychologische bzw. gesundheitspsychologische diagnostische Untersuchungen sowie der Einsatz bestimmter Verfahren und Methoden dürfen nur mit der Zustimmung der betroffenen Person(en) und/oder ihres/r gesetzlichen Vertreters/in Anwendung finden (Freiwilligkeit). Entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen ist eine umfassende Information als Grundlage für die Zustimmung des/der Patienten/in zur Befund- oder Gutachtenserstellung zu erteilen. Diese Information beinhaltet das Ziel der Untersuchung,

die Vorgangsweise bei der psychologischen Diagnostik sowie Informationen über geplante diagnostische Verfahren, die Kosten und allfällige Möglichkeiten der Kostenübernahme sowie die damit verbundene erforderliche Datenweitergabe. Bei einer notwendigen Änderung der Vorgangsweise während der Diagnostik ist eine erneute Zustimmung einzuholen. Die Aufklärung muss auch die Verarbeitung von Daten, insbesondere hinsichtlich der Weitervermittlung der Daten an Dritte, beinhalten. Bei Vorliegen eingeschränkter Freiwilligkeit ist auch über die möglichen Folgen bei einer Verweigerung der Zustimmung zur Teilnahme aufzuklären (s. Aufklärungspflicht, PG 2013, § 34). Auf eine der zu begutachtenden Person angemessene Aufklärung ist zu achten, insbesondere im Hinblick auf das Alter, auf besondere Bedürfnisse, geringe Deutschkenntnisse oder kulturelle Hintergründe.

Auskunftspflicht

Patientinnen und Patienten haben ein Recht auf Auskunft über das Ergebnis der Untersuchung. Außer in Fällen gerichtlicher Beauftragung und soweit das Setting nicht dagegenspricht, sind die zu begutachtenden Personen über die Ergebnisse der klinisch-psychologischen bzw. gesundheitspsychologischen Untersuchung und über die Beantwortung der gegebenen Fragestellung zu informieren. Eine mündliche Mitteilung der Ergebnisse hat den Vorteil, dass die Patientinnen (die Patienten) Fragen stellen können und einzelne allenfalls nicht verständliche Inhalte des Gutachtens geklärt werden können (s. Auskunftspflicht, PG 2013, § 36). Auf eine der zu begutachtenden Person angemessene Erklärung der Untersuchungsergebnisse ist zu achten, insbesondere im Hinblick auf das Alter, auf besondere Bedürfnisse, geringe Deutschkenntnisse oder kulturelle Hintergründe.

Dokumentationspflicht und Aufbewahrung

Die Dokumentation umfasst insbesondere folgende Punkte: die erfolgten Aufklärungsschritte, die Art und den Umfang der psychologischen Diagnostik sowie signifikante Ergebnisse und Diagnosen, die Fragestellung(en) bzw. den Auftrag der psychologischen Diagnostik, die Konsultation anderer Berufsangehöriger bzw. Angehörige anderer Gesundheitsberufe, die Übermittlung von Daten und Informationen an Dritte sowie allfällige Empfehlungen, aber auch allfällige Auffälligkeiten im diagnostischen Prozess. Die Aufbewahrungsfrist für Unterlagen beträgt 10 Jahre in freier Praxis bzw. 30 Jahre in Krankenanstalten, daher auch gleichartig für andere Institutionen. Bei der

Aufbewahrung ist der Datenschutz zu beachten (s. Dokumentationspflicht, PG 2013, § 35 und Dokumentationsrichtlinie).

Verschwiegenheitspflicht

Es muss von Beginn des Auftragsverhältnisses an zwischen Klinischer Psychologin/Klinischem Psychologen und/oder Gesundheitspsychologin /Gesundheitspsychologen und der zu untersuchenden Person ausdrücklich klargestellt und vereinbart werden, dass der Zweck der klinisch-psychologischen bzw. gesundheitspsychologischen Befund- oder Gutachtenserstellung darin besteht, dass Informationen über die zu untersuchende Person gewonnen und weitergegeben werden sollen. Von vornherein muss geklärt werden, dass Tatsachen im Zusammenhang mit der geplanten und erforderlichen klinisch-psychologischen bzw. gesundheitspsychologischen Befundung/Begutachtung keinesfalls als Geheimnisse angesehen werden können und notwendigerweise an konkrete Personen/Institutionen weitergegeben werden müssen.

Für Informationen aus der Anamnese/Exploration oder für Befundergebnisse, die nicht für die Befund- oder Gutachtenserstellung relevant sind, ist die Verschwiegenheitspflicht ebenfalls einzuhalten. Sofern erforderlich, ist festzuhalten, dass bestimmte Informationen nicht näher ausgeführt werden können, weil der Proband/die Probandin dazu keine näheren Angaben macht.

Ethische Aspekte

Klinische Psychologinnen/Klinische Psychologen respektieren das Recht auf Privatsphäre, Vertraulichkeit, Selbstbestimmung und Autonomie in Übereinstimmung mit ihren beruflichen Verpflichtungen und dem Gesetz (EFPA, Meta-Code, 2005, PG 2013). Eine respektvolle und freundliche Behandlung der zu begutachtenden Personen ist selbstverständlich ebenso wie die Vermeidung von Vorgehensweisen, die auf Befangenheit beruhen oder zu ungerechter Diskriminierung führen können. Bei der Aufklärung sowie bei der Erstellung von Befunden und Gutachten ist auf eine klare und verständliche Sprache zu achten. Bei Kindern ist auf eine kindgerechte Aufklärung zu achten. Bei Personen mit Migrationshintergrund ist auf eine kultursensitive Vorgangsweise zu achten. Bei Menschen mit besonderen Bedürfnissen ist ebenso auf eine angemessene Aufklärung und entsprechend sensible und angemessene Vorgangsweise zu achten. Für detaillierte Ausführungen wird auf die Ethikrichtlinie des BMGSPK (2018) verwiesen.

3 Qualitätskriterien

3.1 Zur Person der klinischen Psychologin/des klinischen Psychologen und der Gesundheitspsychologin/des Gesundheitspsychologen in ihrer/seiner psychodiagnostischen Tätigkeit

Die gesetzlichen Voraussetzungen zur Ausübung des klinisch-psychologischen bzw. gesundheitspsychologischen Berufes (PG 2013) sowie insbesondere die Verpflichtung zur Fortbildung (Fortbildungsrichtlinie) sowie die Verpflichtung zur Beschränkung der Tätigkeit auf Bereiche, in denen die notwendigen speziellen Sachkenntnisse erworben wurden, sind wesentliche Kriterien der Qualitätssicherung. Die erforderliche wissenschaftliche Kompetenz wird vorausgesetzt.

Neben den allgemeinen Berufspflichten und ethischen Aspekten (Ethikrichtlinie) der klinisch-psychologischen Tätigkeit bzw. gesundheitspsychologischen Tätigkeit sind, bezogen auf die Person der Psychologin bzw. des Psychologen, für das Erstellen von klinisch-psychologischen bzw. gesundheitspsychologischen Befunden und Gutachten vor allem folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

3.1.1 Fachliche Kompetenz

- Orientierung an wissenschaftlichen Prinzipien und Standards
- Kenntnis und Anwendung des aktuellen Wissenstandes – „state of the art“
- Verpflichtung zur kontinuierlichen Fort- und Weiterbildung
- Verpflichtung zur Beschränkung auf nachweislich erworbene psychologischdiagnostische Verfahren und Arbeitsbereiche
- Kenntnis und Anwendung rechtlicher und berufsethischer Normen

3.1.2 Persönliche Integrität

- Neutralität und Unbefangenheit
- Unabhängigkeit (Objektivität)
- Verschwiegenheit
- Ökonomie der gutachterlichen Tätigkeit

- Kostentransparenz
- Persönliche und unmittelbare Berufsausübung

3.2 Zu den Rahmenbedingungen der klinisch-psychologischen oder gesundheitspsychologischen Diagnostik

Die Rahmenbedingungen, unter denen Befunde und Gutachten erstellt werden, müssen bestimmten Qualitätskriterien genügen. Die Untersuchungssituation ist so zu gestalten, dass optimale Arbeitsbedingungen gewährleistet sind: z.B. genügend Platz, gute Lichtverhältnisse, keine Störungen, angenehme Temperatur und ausreichend Frischluft. Die Anleitungen zur Durchführung eines Verfahrens sind unbedingt zu beachten. Bei der Terminvereinbarung sind unübliche Tageszeiten zu vermeiden und tageszeitbedingte Leistungsschwankungen zu berücksichtigen.

Die Erreichbarkeit, die Ausstattung und Infrastruktur einer psychologischen Praxis bzw. einer Örtlichkeit, an der psychologische Untersuchungen vorgenommen werden, zählen ebenfalls zu den Qualitätskriterien (Strukturqualität). Die Anpassung oder flexible Gestaltung der Untersuchungssituation auf die Bedürfnisse von Kindern oder Menschen mit besonderen Bedürfnissen ist zu beachten.

3.3 Zur Qualität des psychologisch-diagnostischen Prozesses – Anforderungen und Kriterien

Generell orientiert sich klinisch-psychologische und gesundheitspsychologische Diagnostik an den allgemeinen Kriterien psychologischen Diagnostizierens, wie Orientierung an Prozessmodellen, Nachvollziehbarkeit und Transparenz sowie Orientierung an wissenschaftlich-diagnostischen Kriterien (Fisseni, 2004; Kubinger, 2009; Proyer & Ortner, 2017).

Befundung und Begutachtung erfolgen im Rahmen eines diagnostischen Prozesses, der aus verschiedenen Phasen besteht (Fisseni, 2004; Proyer & Ortner, 2017). Das vollständige Durchlaufen dieses Prozesses kann als diagnostisches Qualitätskriterium angesehen werden. Die einzelnen Schritte des diagnostischen Prozesses wurden von Ziegler und Bühner (2012) in drei Phasen gegliedert:

3.3.1 Planungsphase

Der Prozess beginnt in der Regel mit einer Fragestellung eines Auftraggebers. Vor der Auftragsannahme muss geprüft werden, ob die Fragestellung prinzipiell mit psychologischen Mitteln und Methoden beantwortet werden kann, ob sie ethisch verantwortbar ist und ob seitens des Berufsangehörigen genügend Fachwissen und Fachkompetenz zur Beantwortung der Fragestellung vorhanden ist. Bei Unklarheiten ist der Auftrag durch Rücksprache mit dem Auftraggeber zu klären. Aus der nicht-psychologischen Fragestellung werden im ersten Schritt fachpsychologische Fragestellungen (spezifische Hypothesen) gebildet (Westhoff & Kluck, 2013). Im letzten Schritt der Planungsphase erfolgt die Operationalisierung der zu untersuchenden Konstrukte, Merkmale und Hypothesen, das bedeutet, die Auswahl der Untersuchungsmethoden und Verfahren, um Informationen zur Beantwortung der Hypothesen zu sammeln. Die Auswahl der Untersuchungsverfahren muss aus der Fragestellung und den daraus abgeleiteten Hypothesen nachvollziehbar sein.

Methodische Bestandteile der psychologischen Diagnostik sind (Eigen- und Fremd-) Anamnesen, Exploration, Verhaltens- und Interaktionsbeobachtung(en) sowie der Einsatz von standardisierten psychologischen Verfahren (Skalen, Interviews, standardisierte Tests) und ggf. auch psychophysiologische Verfahren (z.B. Biofeedback). Es sollen möglichst viele unterschiedliche Datenquellen zur wechselseitigen Absicherung der Schlussfolgerungen herangezogen werden (wie insbesondere auch Aktenbefunde, Exploration, Verhaltens- und Interaktionsbeobachtungen, Fragebögen, teil- oder vollstandardisierte Interviews, psychologische Tests). Als psychologische Verfahren im obigen Sinne sind insbesondere jene anzusehen, auf die das Verzeichnis der Testverfahren des Leibniz-Zentrums für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID) der Universität Trier verweist. Die Einschätzung der Qualität der standardisierten psychologisch-diagnostischen Verfahren erfolgt auf Basis des Manuals, der Publikationen und Rezensionen, die in der Regel unabhängige Stellungnahmen darstellen (z.B. Diagnostik- und Testkuratorium, <https://www.psyndex.de/index.php?wahl=Testkuratorium>). Bei der Verwendung von psychodiagnostischen Verfahren ist die Angemessenheit der Vergleichsstichprobe und die Aktualität der Normierung zu beachten. Standardisierte psychologische Methoden zur Datenerhebung weisen psychometrische Gütekriterien wie Objektivität, Reliabilität, Validität, Fairness und Zumutbarkeit. Weitere Gütekriterien sind Eichung, Ökonomie, Nützlichkeit und Unverfälschbarkeit (Kubinger, 2019).

Die psychologisch-diagnostischen Verfahren und deren Auswahl, Vorgabe, Auswertung und Interpretation verlangen klinisch-psychologisches und gesundheitspsychologisches Fachwissen und entsprechende Fachkompetenz.

3.3.2 Durchführungsphase

Der Untersuchungsplan beinhaltet die Überlegungen, in welcher Reihenfolge Verfahren vorgegeben werden und berücksichtigt auch eventuelle Pausen. Die Aufklärung der zu untersuchenden Person muss vor der Durchführung der Untersuchung erfolgen. Auf Störungsfreiheit und gute Arbeitsbedingungen ist während der Untersuchung zu achten.

Bei der Durchführung der Verfahren ist auf eine regelkonforme Anwendung nach den Vorgaben der Manuale zu achten. Auch bei der Auswertung und Interpretation der Ergebnisse sind die Vorgaben der Manuale genau zu beachten. Auswertung und Interpretation berücksichtigen sowohl die objektiven Befunde als auch die qualitativen Ergebnisse der Verhaltens- und Interaktionsbeobachtung sowie die subjektiven Mitteilungen der untersuchten Person.

3.3.3 Integrationsphase

Anhand der Ergebnisse wird geprüft, ob die einzelnen Hypothesen angenommen werden können oder verworfen werden müssen. In manchen Fällen lässt sich die Fragestellung mit den gewonnenen Informationen nicht ausreichend beantworten und es ist daher notwendig, eine weitere Untersuchung durchzuführen oder andere Verfahren einzusetzen.

Die Ergebnisse der psychologischen Untersuchung sollen verständlich und nachvollziehbar dargestellt werden. Testwerte sind anzugeben, soweit möglich in Form von Prozenträngen, da diese unmittelbar die Position der Testperson in Bezug auf die gemessene Eigenschaft innerhalb der Referenzpopulation beschreiben und für Laien eine intuitive Plausibilität besitzen.

Aus allen relevanten Ergebnissen werden nach vorab festgelegten Entscheidungsstrategien Schlussfolgerungen gezogen, diese sind nachvollziehbar zu beschreiben. Unbedingte Voraussetzung für die Gewährleistung der Nachvollziehbarkeit

ist die Trennung von Ergebnisdarstellung und Interpretation. Bei widersprüchlichen Ergebnissen sind diese zu diskutieren. Die Fragestellung des Auftraggebers wird vollständig beantwortet. Auf mögliche Einschränkungen der Aussage des Gutachtens wird hingewiesen. Ob die Beantwortung der Fragestellung in schriftlicher oder mündlicher Form erfolgt, ist mit dem Auftraggeber zu klären. In der Regel wird aber eine schriftliche Abfassung des Befundes/des Gutachtens als fachlicher Standard angesehen.

3.4 Formale Kriterien und Aufbau eines klinisch-psychologischen oder gesundheitspsychologischen Befundes oder Gutachtens

Je nach Fragestellung und Anwendungsbereich werden unterschiedliche Anforderungen an den Inhalt und Umfang klinisch-psychologischer und gesundheitspsychologischer Befunde und Gutachten gestellt, die teilweise in eigenen Gesetzen oder Richtlinien geregelt sind. Somit können Inhalt und der Umfang des Gutachtens oder Befundes je nach Zweck desselben und den Vereinbarungen mit dem Auftraggeber stark variieren. Das schriftliche Ergebnis der Diagnostik sollte aber in jedem Fall in klarer und verständlich formulierter Form abgefasst werden.

Ein **schriftlicher Befund** enthält folgende Elemente:

- Adressat bzw. Zuweiser/Zuweiserin,
- Name und Geburtsdatum der Patient/in,
- Fragestellung des Zuweisers/der Zuweiserin,
- allfällige Überweisungsdiagnose,
- Datum der Untersuchung,
- Hinweise auf Vorbefunde (falls vorhanden),
- verwendete Untersuchungsverfahren (Testnamen und geläufige Abkürzungen),
- Ergebnisse der Anamnese/Exploration, wenn notwendig, auch einer Fremdanamnese,
- Ergebnisse der Verhaltensbeobachtung,
- Darstellung der Ergebnisse aller psychologisch-diagnostischen Verfahren (z.B. Fragebögen, Tests),
- Zusammenfassung der Ergebnisse,
- allfällige Empfehlungen zur Weiterbehandlung,

- Unterschrift der/des Berufsangehörigen.

Ein **schriftliches Gutachten** umfasst folgende Elemente:

- **Daten** (Deckblatt):
 - Name und Adresse der Gutachterin / des Gutachters
 - Name und Adresse des Auftraggebers/der Auftraggeberin
 - Name und Geburtsdatum / Geburtsdaten der untersuchten Person(en)
 - die Fragestellung der Auftraggeberin/des Auftraggebers
 - Ort und Datum der Abfassung
- **Gutachterlicher Auftrag** (Auftraggeber/in, gutachterliche Fragestellung)
- **Darstellung der Vorgeschichte** (Bisheriger Sachverhalt) unter Bezug auf Aktenlage und Vorbefunde
- **Detaillierte und konkrete psychologische Fragestellungen** (Anforderungsprofil bzw. psychologische Hypothesen): diese ergeben sich aus den gutachterlichen Fragestellungen und Vorinformationen
- **Untersuchungsplan und –ablauf:** Untersuchungssetting, Zeit, Ort, untersuchte Personen, anwesende Personen, psychologisch-diagnostische Verfahren, Einsatz von Hilfskräften
- **Verwendete psychologisch-diagnostische Verfahren bzw. Informationsquellen:** Nennung, Beschreibung und Auswahlkriterien der Untersuchungsmethoden, Angaben der Personen, Anamnese, Exploration, Interview, Testverfahren, Interaktionsbeobachtung, Verhaltensbeobachtung, Gelegenheitsbeobachtungen. Werden Teile der Befundaufnahme – soweit dies zulässig ist – von qualifizierten Hilfspersonen übernommen, so ist dies im Gutachten zu vermerken.
- **Darstellung der Untersuchungsergebnisse (auch Untersuchungsbericht, Befund):** Die relevanten Daten aus der Untersuchung werden inklusive umerischer Einzelergebnisse und deren Relevanz im Befund wiedergegeben
- **Zusammenfassung der Ergebnisse**
- **Beantwortung der klinisch-psychologischen bzw. gesundheitspsychologischen Fragestellungen:** Integration und Interpretation

der Ergebnisse im Hinblick auf die Fragestellungen im psychologischen Befund. Auch zu allfälligen Widersprüchen in den Einzelergebnissen ist Stellung zu nehmen.

- **Schlussfolgerung:** Beantwortung der gutachterlichen Fragestellung, soweit möglich und nötig Angabe des Grades der Wahrscheinlichkeit der Aussagen, allenfalls Diskussion der Ergebnisse, gutachterliches Kalkül
- **Literatur:** nur die wörtlich oder sinngemäß zitierte Literatur ist anzuführen
- **Unterschrift des Gutachters** (allgemein beeidete und gerichtlich zertifizierte Sachverständige haben das Rundsiegel hinzuzufügen)
- **Anhang** (z.B. Testformulare, Explorationstranskripte, von den untersuchten Personen beigebrachte Schriftstücke)

Vorschläge zur Gliederung eines psychologischen Gutachtens finden sich in Proyer und Ortner (2017), Westhoff und Kluck (2013) sowie in den Ausführungen des Diagnostik- und Testkuratoriums der Föderation Deutscher Psychologinnenvereinigungen (2017).

4 Anhang

4.1 Schwerpunkt Kinder

Von der Klinischen Psychologin (dem Klinischen Psychologen) und Gesundheitspsychologin (Gesundheitspsychologen) ist eine vertrauensvolle Beziehung zum Kind herzustellen. Das Kind soll – entsprechend seinem Entwicklungsstand und seiner Reife – über den Zweck und Ablauf der Untersuchung informiert werden. Es ist wichtig, dass Kinder in einer möglichst entspannten, störungsfreien und vertrauensvollen Atmosphäre untersucht werden. Die für das Kindesalter spezifischen Ausdrucksmittel (wie z.B. Spielen, Zeichnen) können je nach Alter des Kindes integrierender Bestandteil der Untersuchung sein. Die Informationen, die im Zuge der Anwendung solcher altersspezifischen Ausdrucksmittel erhoben werden, dürfen jedoch nur soweit in das diagnostische Urteil mit einfließen, als eine sorgfältige Überprüfung – auf Basis der bekannten Gütekriterien (insbesondere eine Validierung an anderen diagnostischen Informationsquellen) – erfolgte.

Die Sprache der Klinischen Psychologin (des Klinischen Psychologen) und Gesundheitspsychologin (Gesundheitspsychologen) soll dem Alters- und Entwicklungsniveau des Kindes angepasst sein. Längere Wartezeiten und die Anwesenheit des Kindes bei belastenden Explorationen der Bezugspersonen (z.B. über Gewalterlebnisse) sollten vermieden werden.

Bei der Untersuchung von Kindern bis zu 6 Jahren werden deutlich unterscheidbare Bereiche für Gespräch, Spiel und Testung in den Räumlichkeiten empfohlen. Der Bereich für die Testung sollte im Blickfeld des Kindes möglichst wenig Ablenkung bieten. Auf weitere individuelle Anpassungsmöglichkeiten (höhenverstellbarer Stuhl oder Tisch, feste Unterlage, ...) ist zu achten. Ein Untersucherverhalten, das eine Balance zwischen freundlicher Aufgeschlossenheit und aufgabenbezogener Sachlichkeit hält, sowie eine kindgemäße Ausdrucksweise und eine freundliche Sprache werden empfohlen. Bei der Terminplanung sind Anfahrtszeiten zu berücksichtigen, um eine Übermüdung des Kindes zu vermeiden. Der Zeitrahmen für die Diagnostik sollte bei Kindern im Kindergartenalter höchstens 90 Minuten umfassen, idealerweise eher am Vormittag. Weitere Besonderheiten bei der Diagnostik von Kinder werden von Irblich & Renner (2009) ausgeführt.

Bei der klinisch-psychologischen Diagnostik von Kindern und Jugendlichen sollten allfällige Diagnosen nach dem Multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 angegeben werden.

4.2 Schwerpunkt Sachverständigengutachten im Bereich des Familienrechts

Für die Sachverständigentätigkeit im Familienrecht wird auf die „Empfehlung für die Erstellung von klinisch-psychologischen und gesundheitspsychologischen Sachverständigen im Bereich des Familienrechts“ (BMASGK, Stand: Juli 2018) verwiesen.

4.3 Schwerpunkt Menschen mit besonderen Bedürfnissen

Die klinisch-psychologische Diagnostik bei Personen mit intellektueller Beeinträchtigung ist ein komplexer Prozess, der auf mehreren Ebenen mit unterschiedlichen Methoden ablaufen sollte (multidimensionale Diagnostik).

Bei der Durchführung ist auf das Entwicklungsniveau der Person und deren kommunikative Möglichkeiten zu achten. Die Fragen sollten kurz, konkret und deutlich formuliert sein. Informationen über den Entwicklungsstand, die Entwicklungs- und Bildungsgeschichte, die Krankengeschichte einschließlich Komorbiditäten und störungsrelevanter Rahmenbedingungen sollten durch Befragung von mehreren zuverlässigen, unabhängigen Quellen erhoben werden. Die Anamnese wird durch eine Verhaltensbeobachtung und Verhaltensanalyse ergänzt. Neben dem kognitiven ist auch das soziale und emotionale Entwicklungsniveau sowie die Persönlichkeitsentwicklung ein Bestandteil der Untersuchung.

Der verantwortliche Umgang setzt umfassendes diagnostisches Wissen, die Kenntnis geeigneter Verfahren sowie ausreichender Erfahrung mit der Untersuchung intellektuell beeinträchtigter Personen der jeweiligen Altersgruppe voraus.

4.4 Schwerpunkt Migrantinnen/Migranten

Als Migrantinnen und Migranten sind hier Personen gemeint, die Angehörige der ersten Migrantengeneration sind und eine eigene Migrationserfahrung haben.

Die Herausforderung an die psychologische Diagnostik bei MigrantInnen stellen einen Mangel an diagnostischen Verfahren, die für diese Gruppe geeignet sind sowie eine hohe Sprachvielfalt. Dem Testgütekriterium Testfairness kommt hier eine besondere Bedeutung zu, es soll eine systematische Diskriminierung bestimmter Personengruppen aufgrund bestimmter Merkmale wie Geschlecht, ethnische oder soziokulturelle Herkunft vermieden werden. Bei Personen, die über keine ausreichenden Deutschkenntnisse verfügen, ist deshalb von einer relevanten Fehlerquote auszugehen. Aufgrund der unterschiedlichen kulturellen Hintergründe können Fragen in anderer Weise interpretiert werden als von der einheimischen Bevölkerung.

Die kulturfaireren Testverfahren sind so konstruiert, dass die Bearbeitung der Aufgaben weitgehend unabhängig von sprachlichen Kompetenzen oder anderen Kulturtechniken ist. Jedoch zeigt sich auch in diesen Tests noch eine Restkonfundierung mit sprachlicher Kompetenz bzw. Kultur. Der Einsatz sprachfreier Verfahren ist zudem nicht für alle Fragestellungen möglich. Die Erstellung einer äquivalenten Version eines vorliegenden Testverfahrens in andere Herkunftssprachen ist ein aufwändiger Prozess. Maehler et al (2018) listen bereits vorhandene Verfahren für Personen mit Migrationshintergrund für verschiedene Anwendungsbereiche auf.

Im Rahmen einer kultursensiblen Diagnostik sollten folgende vier Bereiche beachtet werden:

- a) die kulturelle Identität der Person
- b) kulturell gebundene Leidenskonzepte
- c) psychosoziale Stressoren und kulturelle Besonderheiten von Vulnerabilität und Resilienz
- d) kulturelle Eigenschaften der Beziehungen zwischen dem oder der betroffenen Person und dem Berufsangehörigen

In der transkulturellen klinisch-psychologischen und gesundheitspsychologischen Diagnostik ist der Einsatz von diplomierten Dolmetscherinnen (diplomierten

Dolmetschern) für die Befundung/Begutachtung erforderlich. Als Ausnahme gilt, dass bei seltenen Sprachen wie z.B. afrikanischen Sprachen, auch auf Sprachmittlerinnen (Sprachmittler) zurückgegriffen werden kann; diese müssen allerdings für ihre Aufgabe und ihre Rolle im diagnostischen Prozess von der Psychologin (dem Psychologen) entsprechend vorbereitet werden.

4.5 Schwerpunkt Verkehrspsychologie

Die vorliegende Richtlinie ist auch als Orientierungshilfe für verkehrspsychologische Stellungnahmen gemäß § 17 FSG-GV zu betrachten. Sie dient auch dazu, Standards zu vereinheitlichen und die Qualität der verkehrspsychologischen Stellungnahmen bundesweit anzugleichen.

Eine verkehrspsychologische Stellungnahme ist eine Leistung, die den im Folgenden genannten rechtlichen und berufsethischen Normen, den wissenschaftlichen Erkenntnissen der Psychologie, dem aktuellen Wissensstand der Verkehrspsychologie sowie den internationalen Standards verpflichtet ist.

Inhalt der verkehrspsychologischen Stellungnahme ist die Beurteilung der kraftfahrerspezifischen Eignungsvoraussetzungen zum Lenken von Kraftfahrzeugen im Sinne des FSG und der FSG-GV.

Berechtigt zur Abgabe von verkehrspsychologischen Stellungnahmen sind ausnahmslos Verkehrspsychologinnen (Verkehrspsychologen), die im Sinne des § 20 FSG-GV auf Grund ihrer spezifischen Ausbildung, ihrer fachspezifischen Erfahrung sowie ihres durch die verpflichtende Weiterbildung gewährleisteten Fachwissens vom Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie anerkannt sind.

4.6 Schwerpunkt Militärpsychologie

Die vorliegende Richtlinie dient als Orientierungshilfe für die Erstellung von klinisch-psychologischen und gesundheitspsychologischen Befunden und Gutachten im Bereich der Militärpsychologie. Die Richtlinie bezieht sich auf die Tätigkeit von Klinischen Psychologinnen (Klinischen Psychologen) und Gesundheitspsychologinnen (Gesundheitspsychologen), die als Amtssachverständige der Militärbehörden tätig sind.

Exemplarische Anwendungsbereiche:

- Untersuchungen im Rahmen der Stellung,
- Eignungsuntersuchungen für Militärpolizei, Kader, Spezialfunktionen, etc.,
- Prüfung der Selbst- und Fremdgefährdung für Soldatinnen und Soldaten für den Auslandseinsatz
- Dienstfähigkeitsuntersuchungen

Bei den Untersuchungen ist bei der Methodenwahl auf die geeignete Präzisionsstufe im Sinne der DIN EN ISO 10075-3 zu achten.

Literaturverzeichnis

Ethikrichtlinie des Gesundheitsressorts

Fortbildungsrichtlinie des Gesundheitsressorts

Diagnostik- und Testkuratorium der Föderation Deutscher Psychologinnenvereinigungen (2017). Qualitätsstandards für psychologische Gutachten.

Eid, M. & Petermann, F (2006). Aufgaben, Zielsetzungen und Strategien der Psychologischen Diagnostik. In: F. Petermann & M. Eid (Hrsg.), Handbuch der psychologischen Diagnostik (S. 15 – 25). Göttingen: Hogrefe.

European Federation of Psychologist's Associations (EFPA, 2005). Ethischer Meta-Code. <http://www.efpa.eu/ethics/efpa-guidelines>.

Fisseni, H.-J., (2004). Lehrbuch der psychologischen Diagnostik (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Irblich D. & Renner G (2009). Diagnostik in der Klinischen Kinderpsychologie. Göttingen: Hogrefe.

Kubinger, K. D. (2019). Psychologische Diagnostik – Theorie und Praxis psychologischen Diagnostizierens. Göttingen: Hogrefe

Kubinger, K.D. & Ortner, T.M. (2010). Psychologische Diagnostik in Fallbeispielen. Göttingen: Hogrefe.

Maehler. D.B., Shajek, A. & Brinkmann, H.U. (2018). Diagnostik bei Migrantinnen und Migranten. Ein Handbuch. Göttingen: Hogrefe.

Pospeschill M., & Spinath F.M. (2009). Psychologische Diagnostik. München: Ernst Reinhard Verlag.

Proyer R.T., & Ortner T.M. (2017). Praxis der Psychologischen Gutachtenerstellung (2. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber

Renner, W. (2006). Kultursensible klinische Diagnostik von Traumafolgen. Messtheoretische Grundlagen und Leitlinien zur Begutachtung. In: K. Ottomeyer, & W. Renner (Hrsg.), Interkulturelle Traumadiagnostik: Probleme, Befunde und Richtlinien für die Begutachtung von Asylsuchenden. Klagenfurt: Drava.

Schmidt-Atzert, L., & Amelang, M. (2012). Psychologische Diagnostik (5., vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Berlin: Springer-Verlag.

Westhoff, K., & Kluck, M.-L. (2013). Psychologische Gutachten schreiben und beurteilen. Berlin: Springer Verlag.

Ziegler, M., & Bühner, M. (2012). Grundlagen der Psychologischen Diagnostik. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. Springer Fachmedien.



**Bundesministerium für
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz**
Radetzkystraße 2, 1030 Wien
+43 1 711 00-0
[sozialministerium.at](https://www.sozialministerium.at)