

Dossier:

Psychotherapiegesetz und Psychotherapieausbildung NEU

Herausgegeben vom
Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP),
der
**Vereinigung österreichischer Psychotherapeutinnen und
Psychotherapeuten (VÖPP),**
dem
Steirischen Landesverband für Psychotherapie (STLP)
und der
Expert:innengruppe *Psychotherapiegesetz NEU*

Teil I: Positionspapiere

Stand 25.01.2023

- Positionspapier 1:** Unabdingbare Voraussetzungen für ein Ordentliches Studium der Psychotherapie, Seite 3
- Positionspapier 2:** Was ist Psychotherapie und worin unterscheidet es sich von anderen Hilfen? Seite 6
- Positionspapier 3:** Die besondere Stellung der Psychotherapie in Österreich, Seite 9
- Positionspapier 4:** Psychotherapeutische Versorgungseinrichtungen, Seite 12
- Positionspapier 5:** Psychotherapie in Zahlen, Seite 14
- Positionspapier 6:** Resolution des Psychotherapiebeirats, Seite 30
- Positionspapier 7:** Stellungnahme des ÖBVP zur Resolution des Psychotherapiebeirats, Seite 32
- Anhang:** Herausgeber:innen und Autor:innen, Seite 33

Teil II: Ausgewählte Publikationen

1. Löffler-Stastka, H. & Hochgerner, M. (2021): Versorgungswirksamkeit von Psychotherapie in Österreich. In: psychopraxis.neuropraxis 24, 57-61.
Elektronisch abrufbar unter: <https://doi.org/10.1007/s00739-020-00686-w>
2. Rieß, G., Löffler-Stastka, H. (2022): VersorgungsNOT – Psychotherapie als zentrale, aber marginalisierte Versorgungsleistung im Gesundheitssystem. In: Psychotherapie Forum (2022), 136-143. Elektronisch abrufbar unter: <https://doi.org/10.1007/s00729-022-00210-y>
3. Datler, W., Hochgerner, M., Korunka, Ch., Löffler-Stastka, H., Pawlowsky, G. (2021): Disziplin, Profession und evidenzbasierte Praxis: Zur Stellung der Psychotherapie im Gesundheitssystem. Eine Bilanz. In: Psychotherapie Forum 25, 7–21.
Elektronisch abrufbar unter: <https://doi.org/10.1007/s00729-021-00167-4>
4. Buchhinweis: Datler, W., Drossos, A., Gornik, E., Korunka, Ch. (Hrsg.): Akademisierung der Psychotherapie. Aktuelle Entwicklungen, historische Annäherungen und internationale Perspektiven. Facultas: Wien, 2023 (im Erscheinen)

Positionspapier 1

Unabdingbare Voraussetzungen für die Einrichtung von ordentlichen Studien der Psychotherapie an Österreichs Universitäten

Christian Korunka, Wilfried Datler, Henriette Löffler-Stastka,
Markus Hochgerner & Gerhard Pawlowsky

Ausgangsbasis

Die aktuelle Ausbildung von Psychotherapeut:innen ist durch das **Psychotherapiegesetz (PthG 361/1990)** geregelt. Die zweiphasige Ausbildung (Psychotherapeutisches Propädeutikum und Fachspezifikum) findet in ministeriell anerkannten Ausbildungseinrichtungen statt.

Bislang müssen die **Ausbildungskosten** weitestgehend von den angehenden Psychotherapeut:innen finanziert werden. Dies gilt auch für jene psychotherapeutischen Ausbildungen, die in wachsendem Ausmaß an Privatuniversitäten oder Universitäten in Gestalt von außerordentlichen Studien (d.h. als Universitätslehrgänge) stattfinden und zumeist in Kooperation mit anerkannten Ausbildungseinrichtungen angeboten werden.

Zur Diskussion steht nun auf politischer Ebene die Einführung von **ordentlichen Bachelor- und Masterstudien** der Psychotherapie samt einer dritten, postgradualen Ausbildungsphase an staatlichen Universitäten. Dies soll zu einer erheblichen Senkung der Ausbildungskosten für angehende Psychotherapeut:innen führen, da an österreichischen Universitäten keine oder nur minimale Studiengebühren anfallen.

Der Erhalt und Ausbau des hohen Niveaus der psychotherapeutischen Ausbildung und damit der Versorgung der Bevölkerung ist zu gewährleisten. Deshalb müssen die bestehenden **Ausbildungsstandards** auch von ordentlichen Bachelor- und Masterstudien an öffentlichen Universitäten erfüllt werden. Diese Standards zeichnen sich insbesondere durch zwei Qualitätsmerkmale aus:

- **Psychotherapeut:innen werden primär von Psychotherapeut:innen ausgebildet**, die über langjährige psychotherapeutische Behandlungserfahrung und didaktische Qualifikationen verfügen.
- Auch in den ordentlichen Studien erfolgt eine von Beginn an **durchgehende und enge Verschränkung von Theorie und Praxis** durch Theorie- und Methodikseminare in Verbindung mit intensiver psychotherapeutischer Selbsterfahrung, sowie mit Praktika und Supervision durch alle drei Ausbildungsphasen zumindest im bereits jetzt gegebenen Ausmaß. Während des Masterstudiums hat die **psychotherapeutische Behandlung** von psychisch Kranken mit Supervision zu beginnen.

Um diesen Aufgaben gerecht werden zu können, brauchen ordentliche Studien der Psychotherapie an Universitäten eine **eigenständige disziplinäre Verankerung** mit einer eigenständigen disziplinären Studien- und Organisationsstruktur. Psychotherapie ist keine Teildisziplin einer anderen Disziplin und als Profession auch keiner anderen Profession untergeordnet.

Eckpunkte für die Einrichtung ordentlicher Studien der Psychotherapie an staatlichen Universitäten

- Es bedarf der Neueinrichtung von **Instituten für Psychotherapie** an zumindest 5 öffentlichen Universitäten Österreichs (Wien, Graz, Klagenfurt, Salzburg, Innsbruck) in Ergänzung zu bereits bestehenden psychotherapiebezogenen Kliniken, Departments oder Abteilungen an Medizinischen Universitäten.
- Diese **eigenständigen** Institute sind **interfakultär oder interuniversitär** einzurichten; eine Anbindung an bestehende Institute (z.B. für Klinische Psychologie) ist für die hochqualitative und spezifische Umsetzung der psychotherapeutischen Ausbildung ungeeignet.
- An den Instituten für Psychotherapie sind **zumindest je vier Professuren** einzurichten (mit Bezug auf die vier Grundorientierungen bzw. Cluster der Psychotherapie: Psychodynamische, Humanistische und Systemische Psychotherapie sowie Verhaltenstherapie).
- Die **finanzielle und personelle Gesamtausstattung** hat den Anforderungen in Forschung und Lehre zu genügen.
- Die Institute für Psychotherapie stehen in einer von Beginn an durchgehenden und **verpflichtenden Kooperation mit psychotherapeutischen Fachgesellschaften**.
- Die Ausbildung ab dem Masterstudium weist einen **konsequenten Methodenschwerpunkt** innerhalb einer der vier Grundorientierungen/ Cluster auf.
- In der Ausbildung gilt es zur Ausübung der Psychotherapie zu qualifizieren und behandlungspraktische Kompetenzen zu vermitteln. Dies erfolgt nicht durch die primäre Vermittlung von Theorien, sondern durch **eine enge Verknüpfung von Theorie, Methodik, Praxis, Selbsterfahrung und Praxisreflexion durch alle Ausbildungsphasen hindurch**.
- Die **Ausarbeitung** kompetenzorientierter Curricula muss deshalb durch wissenschaftlich qualifizierte und zugleich **erfahrenen Psychotherapeut:innen** erfolgen. Dasselbe gilt für die **Organisation der Studien** (Studienprogrammleitung) und die **Durchführung der Lehre**. Von Letzterem kann nur in Ausnahmefällen abgewichen werden (wenn es z.B. um die Vermittlung rechtlicher Inhalte geht).
- Die berufsspezifisch notwendige und **umfangreiche Persönlichkeitsentwicklung** der Psychotherapeut:innen – als Kernelement der Ausbildung – bleibt zumindest im bisher gegebenen Ausmaß und der bisher gegebenen Qualität vom Bachelorstudium an erhalten.
- **Einzelunterricht** (Einzelselbsterfahrung, Einzelsupervision) erfolgt zumindest im Ausmaß der bislang bestehenden Curricula.
- Der seminaristische Unterricht erfolgt **grundsätzlich in Kleingruppen** (Bachelor: Maximal 25 Personen; Master und postgraduale Phase: maximal 18 Personen). Größere Vorlesungen bzw. Online-Studien werden nicht vorgesehen.
- Um die **psychotherapeutische Versorgung Österreichs** sicherzustellen, ist die finale **Anzahl von Studienplätzen** in enger Abstimmung mit einem sorgfältig ausgearbeiteten **Versorgungsplan** festzulegen.
- Dabei ist davon auszugehen, dass die Absolvierung des Bachelorstudiums der Psychotherapie wertvolle **psychosoziale Kompetenzen** vermittelt, die am Arbeitsmarkt gefragt sind, manche Studierende aber auch veranlasst, kein Masterstudium anzuschließen, weil sich ihre beruflichen Perspektiven während des Studiums verschoben haben. Dies hängt nicht nur mit der Logik des Bologna-Systems, sondern oft auch damit zusammen, dass sich Studierende für das Erlernen der Psychotherapie mit Abschluss des Bachelorstudiums persönlich nicht ausreichend qualifiziert fühlen, und stellt daher den Ausdruck einer sinnvollen Selbstselektion dar.
- Österreichweit werden daher – ersten Berechnungen zufolge – **mindestens 1500 Studienplätze im Bachelor- und 1000 Studienplätze im Masterstudium** einzurichten sein.

Zeitliche Perspektiven

Wenn die oben genannten Eckpunkte umgesetzt werden, können ordentliche Studien an öffentlichen Universitäten zügig eingerichtet werden, falls überdies

- enge Kooperationen zwischen Universitäten und Fachgesellschaften sichergestellt werden,
- Modellen der bestehenden Kooperation zwischen Universitäten und anerkannten Ausbildungseinrichtungen, die sich im postgradualen Bereich im Zuge der Einrichtung von Universitätslehrgängen bewährt haben, gefolgt wird, und
- die psychotherapeutische Behandlungspraxis in psychotherapeutischen Versorgungseinrichtungen absolviert werden kann.

Sind an öffentlichen Universitäten ordentliche Studien eingerichtet, könnten in einer **ersten Ausbauphase** einzelne Ausbildungselemente von Fachgesellschaften in Rücksprache mit Universitäten angeboten und von Universitäten angerechnet (anerkannt) werden.

In einer **zweiten Ausbauphase** gilt es dann die universitär angebotene Lehre von Universitäten und Fachgesellschaften kooperativ zu planen und durchzuführen. Auf diese Weise wird die Kontinuität zur dritten, postgradualen Ausbildungsphase sichergestellt.

Literatur

Detailliertere Ausführungen zur Einrichtung ordentlicher Studien sind zu finden in:

Datler, W., Drossos, A., Gornik, E., Korunka, Ch. (Hrsg.): Akademisierung der Psychotherapie. Aktuelle Entwicklungen, historische Annäherungen und internationale Perspektiven. Facultas: Wien, 2023 (im Erscheinen)

Positionspapier 2

Was ist Psychotherapie und worin unterscheidet sie sich von anderen Formen der Hilfe?

Wilfried Datler, Christian Korunka, Henriette Löffler-Stastka,
Markus Hochgerner & Gerhard Pawlowsky

Was ist Psychotherapie?

Psychischen und psychosomatischen Erkrankungen liegen krankheitswertige Prozesse des Erlebens, Interpretierens und missglückenden Bewältigens aktueller Lebenssituationen zugrunde, die nur schwer veränderbar und durch bloße Willensanstrengungen nicht aufgelöst werden können. Sie äußern sich in einem breiten Spektrum an Symptomen, zu denen etwa Depressionen, Ängste, Zwänge, Beeinträchtigungen des Wahrnehmens und Denkens, suizidale Impulse, Gewaltbereitschaft, Burnout oder Ess- und Entwicklungsstörungen ebenso gehören wie soziale Schwierigkeiten und Konflikte in beruflichen wie privaten Bereichen. Lebensgeschichtlich wurzeln sie in entwicklungsbeeinträchtigenden Erfahrungen durch anhaltende Konflikte, Defizite, Störungen und traumatische Erfahrungen, die nicht oder nur unzureichend verarbeitet werden konnten.

Psychotherapie ist jene Form von **Krankenbehandlung**, die **auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse** darauf abzielt, die erwähnten krankheitswertigen Prozesse des Erlebens, Interpretierens und missglückenden Bewältigens bedeutsamer Lebenssituationen – in **Verbindung mit der Erarbeitung vertrauensvoller Beziehungen** – durch **Kommunikation und Interaktion zu erkennen und zu verstehen sowie zu bearbeiten und zu verändern**, um psychische und psychosomatische Erkrankungen zu lindern und Gesundheit durch verbesserten Selbstwert, soziale Kompetenz und gesünderen Lebensstil nachhaltig und andauernd zu steigern.

Worin unterscheidet sich Psychotherapie von anderen psychosozialen Interventionsformen und warum kann Psychotherapie als Teil der Gesundheitsversorgung von anderen psychosozialen Interventionsformen nicht ersetzt werden?

Die **Verbindung von den folgenden Aspekten** ist wesentlich dafür, dass sich Psychotherapie von anderen Formen psychosozialer Behandlungs- und Interventionsformen unterscheidet und sich diesen in mancher Hinsicht auch als überlegen erweist:

- Zahlreiche wissenschaftliche Studien zeugen von **der Effizienz und Effektivität von Psychotherapie**. Die **hohe, langfristige und nachhaltige Behandlungswirksamkeit** ist für die vier Grundorientierungen/Cluster der Psychotherapie für unterschiedliche Störungsbilder in Outcome-Studien anhand von Effektstärkenanalysen nach dem RCT-Standard, Kosten-Effizienz-Studien, naturalistischen und realitätsnahen Feldstudien empirisch umfassend belegt. Evidenzbasierung und explorative Weiterentwicklung greifen in der Psychotherapieforschung optimal ineinander.
- Der Erfolg von Psychotherapie hängt in entscheidender Weise davon ab, wie psychotherapeutische Interventionen und Prozesse in der besonderen, auf die Einzelperson jeweils personalisiert abgestimmten Situation von Patient:innen in den therapeutischen Beziehungen erlebt und wahrgenommen werden. Davon hängt es ab, ob

Patient:innen die Erfahrungen, die sie in der Therapie machen, nachhaltig aufnehmen, mit subjektiver positiver Bedeutung versehen und für hilfreiche Veränderungen im Lebensverlauf nutzen können. Psychotherapie nimmt auf all diese Aspekte in Sinne **eines umfassenden personenbezogenen und individualisierten Behandlungskonzepts** Bedacht und sie ist daher grundsätzlich anders strukturiert als die bloße Anwendung von psychosozialen Techniken und Interventionen mit aufklärendem, beratenden Charakter.

- In psychotherapeutischen Behandlungen wird vielmehr ein **therapeutischer Raum** eröffnet, der es Patient:innen ermöglicht, die krankheitswertigen Prozesse des Erlebens, Interpretierens und missglückenden Bewältigens aktueller Lebenssituationen in der therapeutischen Beziehung wahrzunehmen und damit sichtbar zu machen. Dazu gehört auch das Bemühen, dabei die bestimmenden pathogenen Aspekte zu erkennen und zu erfassen, da sie oft nur verdeckt gezeigt und deshalb auch für professionell Tätige außerhalb therapeutischer Beziehungen vorerst schwer erkennbar sind. All dies wird **im Hier und Jetzt der therapeutischen Beziehung** zunehmend verständlich, erklärbar und Patient:innen folgend motivierbar, aktiv an der Veränderung ihres Erlebens und Verhaltens mitzuwirken.
- Diesen Besonderheiten der Psychotherapie werden Psychotherapeut:innen dadurch gerecht, dass sie in Verbindung mit der **Aneignung von Theorien und Methoden im Rahmen ihrer umfangreichen Ausbildung auch ihre Persönlichkeit so entwickeln** und patient:innengerecht zum Einsatz bringen, dass sie den beschriebenen Aufgaben effizient und effektiv nachkommen und den damit verbundenen Herausforderungen gerecht werden können. **Deshalb sieht die psychotherapeutische Ausbildung durch alle Phasen der Ausbildung hindurch psychotherapeutische Selbsterfahrung, Praktika und Supervision in einer Intensität und einem Ausmaß vor, wie dies in keinen anderen Ausbildungen auch nur ansatzweise der Fall ist.**
- Letzteres ist auch deshalb unverzichtbar, weil ein weit verbreitetes Merkmal psychischer und psychosomatischer Erkrankungen darin besteht, dass Hilfestellungen – etwa auf Grund schmerzlicher Vorerfahrungen und einer damit oftmals verbundenen ängstlichen, resignativen, misstrauischen oder aggressiven Grundstimmung – zunächst gar nicht als Hilfestellungen, sondern vielmehr als mangelndes Verständnis, Irritation, Kränkung oder Zeitverschwendung erlebt werden. Patient:innen können deshalb oft auch von anderen Formen der psychosozialer Hilfen (wie z.B. Beratung), die ein Mindestmaß an Motiviertheit und Lernbereitschaft voraussetzen, nicht nachhaltig profitieren. Die Zurückweisung von notwendiger Unterstützung, Stagnation von Beratungsprozessen oder Abbrüche bei nur geringen Enttäuschungen sind häufig die Folge. **In Psychotherapien werden diese entwicklungshinderlichen Tendenzen aktiv aufgegriffen, stärker als in anderen psychosozialen Prozessen fokussiert und einer nachhaltigen Behandlung zugeführt.**
- Unterschiedliche Ansätze der Psychotherapie kommen dem Umstand entgegen, dass **Patient:innen auf Grund ihrer Persönlichkeitsstrukturen und Lebenseinstellungen von unterschiedlich gestalteten Formen der Psychotherapie unterschiedlich profitieren.** Psychotherapeut:innen insbesondere durch eine umfassende und persönlichkeitsbildende Ausbildung in einem stringenten und theoretisch verankerten Ansatz ihre unterschiedlichen Stärken zum Tragen bringen. Dieser Prozess der bestmöglichen und damit wirksamsten Passung sowohl auf Therapeut:innen- als auch Patient:innenseite im Herangehen am Problemlagen wird durch die Anerkennung unterschiedlicher Grundorientierungen (Cluster) der Psychotherapie bestmöglich und therapiewirksam Rechnung getragen (**Psychodynamische Psychotherapie** im Analysieren und Erkennen der Problemlage, **Humanistische Psychotherapie** durch aktive therapeutische Begegnung und Ermutigung, **Systemische Psychotherapie** durch Analyse und Neugestaltung der sozialen Netzwerke **sowie Verhaltenstherapie** im Erlernen hilfreicher Erlebens- und Verhaltensmuster).

- Die **vier international anerkannten Grundorientierungen** der Psychotherapie zeichnen sich jeweils durch eine **stringente wissenschaftstheoretische Verankerung mit umfassender Evidenzbasierung** aus und sie weisen ein Spektrum von spezifischen methodischen Ansätzen auf. Dazu gehören beispielsweise die jeweils spezifische Konzeption der therapeutischen Beziehung, erlebnisaktivierende Methoden, Problemanalysen und Bearbeitung von Schemata, System- und Ressourcenorientierung, die Arbeit mit Übertragungsphänomenen und eine umfassende Einbeziehung des familiären und sozialen Kontexts.
- Psychotherapeut:innen, die innerhalb dieser Grundorientierungen ihre Ausbildung absolviert haben, sind – in der Lage, **psychotherapeutische und ICD Diagnostik** zu leisten und mit Patient:innen unterschiedlichen Alters **in unterschiedlichen Settings** (Einzeltherapie, Paartherapie, Familientherapie, Gruppentherapie) in der **therapeutisch angemessener Dauer und Frequenz** zu arbeiten. Dazu zählen auch Krisenintervention und psychotherapeutische Beratung, Eltern-Kleinkindpsychotherapie, Kindertherapie samt Elternarbeit, die therapeutische Arbeit mit Jugendlichen sowie Gerontopsychotherapie.
- Psychotherapeut:innen sind überdies dazu qualifiziert, mit **Vertreter:innen anderer Professionen zu kooperieren** und in angrenzenden Feldern tätig zu sein. Dazu zählt auch der Bereich der psychosozialen **Prävention**. Darüber hinaus zählt es aktuell und auch historisch zu den gesellschaftlich einflussreichen Charakteristika der Psychotherapie, dass Erkenntnisse aus psychotherapeutischen Prozessen und Forschungen von anderen Disziplinen und Professionen wie der Medizin, der Psychologie, der Pädagogik, der Philosophie oder der Sozialarbeit rezipiert und weiterentwickelt werden, während die Psychotherapie umgekehrt auch von der Auseinandersetzung mit relevanten Erfahrungen und Erkenntnissen angrenzender Disziplinen und Professionen profitiert (aktuell z.B. Genderforschung, Neuropsychologie, Systemtheorie, transkulturelle Forschung) und nicht zuletzt hilft, gesellschaftliche und kulturelle Entwicklungen zu analysieren und konstruktiv-kritisch zu diskutieren.
- Dem kommt in Österreich insbesondere der Umstand entgegen, dass dem geltenden Psychotherapiegesetz zufolge **viele Psychotherapeut:innen auf Grund ihrer „Quellenberufe“ über Mehrfachqualifikationen** verfügen und sowohl in psychotherapeutischen Praxen und Institutionen als auch in anderen Feldern des Sozial-, Gesundheits- oder Bildungswesens erfolgreich qualifiziert und tätig sind.

Positionspapier 3

Die besondere Stellung der Psychotherapie in Österreich – Rückblick und Ausblick

Christian Korunka, Wilfried Datler, Gerhard Pawlowsky,
Markus Hochgerner & Henriette Löffler-Stastka

Entscheidende Anfänge der modernen Psychotherapie sind in Österreich zu finden

Die Anfänge der modernen Psychotherapie sind vor etwa 150 Jahren zu finden. Österreichische Wissenschaftler:innen trugen dazu Bahnbrechendes bei: Persönlichkeiten wie **Sigmund Freud** und **Anna Freud**, **Alfred Adler**, **Jacob Levy Moreno** sowie **Viktor Frankl** arbeiteten in Österreich und begründeten hier – trotz vieler Kritik und starker Widerstände von Seiten der Medizin und der akademischen Psychologie – ihre psychotherapeutischen Ansätze, die bald internationale Verbreitung fanden, weiterentwickelt wurden und nach wie vor von höchster Aktualität sind.

Die genannten Persönlichkeiten und ihre Mitarbeiter:innen, die unterschiedlichen Disziplinen entstammten, befassten sich auch bald mit Fragen der **psychotherapeutischen Ausbildung**. Sie setzten Initiativen, die lokal und international zur Einrichtung von Ausbildungsinstituten und Ausbildungsordnungen führten. In Zusammenhang damit wurde erarbeitet, dass psychotherapeutische Qualifikationen nur dann in ausreichender Weise entwickelt werden können, wenn sich diese Ausbildung durch **psychotherapeutische Selbsterfahrung**, **psychotherapeutische Praxis unter Supervision** sowie **Theorieaneignung** auszeichnet. Bereits in der Zwischenkriegszeit wurden zahlreiche Ambulanzen und Beratungsstellen mit psychotherapeutischem Angebot (z.B. Mutter-Kind Beratung, für Jugendliche und Erwachsene) gegründet.

Zerstörung und Wiederaufbau nach 1945

Bereits während des Ständestaates und insbesondere mit der Machtübernahme durch den Nationalsozialismus kamen diese Entwicklungen zu einem jähen Ende, zumal sich unter den Psychotherapeut:innen viele Gegner:innen des Nationalsozialismus und Juden befanden. Jene Psychotherapeut:innen, die auswandern mussten oder flüchten konnten, setzten ihre Tätigkeiten insbesondere in Großbritannien, in Südamerika und in den USA fort.

Nur wenige psychotherapeutisch ausgebildete Persönlichkeiten wie August Aichhorn oder Oskar Spiel konnten in Wien bleiben und ihre Arbeit auch unter schwersten Bedingungen fortsetzen. Sie bemühten sich nach Ende des zweiten Weltkrieges, die Entwicklungen aus der Zeit vor der nationalsozialistischen Machtübernahme wiederum aufzunehmen. Zugleich kam es zur Anreicherung des psychotherapeutischen Spektrums durch die Rezeption von Erkenntnissen und Strömungen, die während der Zeit des Nationalsozialismus sowie in der Zeit danach in internationalen Kontexten entstanden waren. Eine gesetzliche Regelung der Psychotherapie einschließlich einer **gesetzlichen Ausbildungsregelung war ebenso überfällig geworden wie die öffentliche Finanzierung psychotherapeutischer Behandlungen**.

Von den 1980er Jahren an waren in Österreich die vier international etablierten und anerkannten Grundorientierungen der Psychotherapie etabliert (Psychodynamische Psychotherapie, Humanistische Psychotherapie, Systemische Psychotherapie, Verhaltenstherapie). Es kam 1983 zur Gründung des Dachverbandes für Psychotherapie, dessen Aktivitäten maßgeblich am Zustandekommen des **weltweit ersten Bundesgesetzes für Psychotherapie** beteiligt war, das 1990 vom Nationalrat verabschiedet wurde und 1991 in Kraft trat (Kierein et al. 1991; Wißgott 2009).

Dieses Gesetz definiert **sehr hohe und angemessene Qualitätsstandards für die Ausübung der Psychotherapie und insbesondere auch für die Ausbildung von Psychotherapeut:innen**. Im Gesetz ist überdies eine enge Verschränkung der Psychotherapie mit anderen psychosozialen Professionen und Disziplinen dadurch verankert, dass im Regelfall andere Studien oder Ausbildungen absolviert sein müssen, um mit der fachspezifischen Ausbildung beginnen zu können. Das bringt es mit sich, dass die meisten österreichischen Psychotherapeut:innen über **Mehrfachqualifikationen** verfügen. Zugleich profitiert die Psychotherapie von zahlreichen Kompetenzen und Erkenntnissen aus angrenzenden Fächern und Praxisfeldern, während umgekehrt psychotherapeutische Kenntnisse und Erfahrungen in andere Fächer und Praxisfelder einfließen. Dies dient der Steigerung **der Qualität der vernetzten psychosozialen Versorgung in Österreich** generell.

Die umfangreiche psychotherapeutische Ausbildung findet in ministeriell anerkannten Ausbildungseinrichtungen (**Fachgesellschaften**) in Gestalt einer allgemeinen psychotherapeutischen Basisausbildung (Propädeutikum) und eines darauf aufbauenden spezifischen psychotherapeutischen Fachspezifikums als zweiter Ausbildungsabschnitt statt. Eine von Beginn an konsequente **Praxis-Theorie-Verschränkung** und umfassende Elemente der **Persönlichkeitsentwicklung** der angehenden Psychotherapeut:innen sind die qualitativ bestimmenden Merkmale dieser Ausbildung. Der Unterricht findet ausschließlich in **Einzelunterricht** bzw. in **Kleingruppen** statt. **Die Qualität der österreichischen Ausbildung** ist international weit anerkannt; sie gilt als eine der besten Ausbildungen überhaupt (Heinonen et al. 2022; Orlinski et al. 2023).

Ausständig ist zugleich eine bevölkerungsweite öffentliche und vollständige Finanzierung der Psychotherapie durch Sozialversicherungsleistungen wie für somatische Erkrankungen. Derzeit gibt es nur begrenzte Zahlen an Psychotherapeut:innen in Institutionen und an vollständig finanzierten Kassenplätzen und ein knapp bemessenes Zuschusssystem.

Akademisierung der Psychotherapie und mögliche Gefahren, die mit der beabsichtigten Neufassung des Psychotherapiegesetzes verbunden sind

Seit 1991 wuchs die Mitwirkung von Universitäten an der Psychotherapieausbildung kontinuierlich (Datler et al. 2023a). Vor allem im Bereich der fachspezifischen Ausbildung entwickelten sich **elaborierte und bereits langjährige Kooperationen zwischen Universitäten und anerkannten Ausbildungseinrichtungen** mit derzeit 32 der 43 Ausbildungseinrichtungen) ausbildungsaktiven Fachgesellschaften.

Zurzeit ist die Einführung von ordentlichen Studien an öffentlichen Universitäten in Verbindung mit einer dreiphasigen Psychotherapieausbildung in Diskussion (Bachelorstudium, Masterstudium, postgraduale Phase). Auf der **psychotherapeutisch fachlichen Ebene liegen Kriterien und Konzepte vor, deren Einhaltung und Umsetzung sicherstellen würden, dass die bestehende Ausbildungs- und Versorgungsqualität erhalten** bleibt (Datler et al. 2023a,b). Von politischer Seite her liegen allerdings noch keine finanziellen Planungen vor. Es wird darauf zu achten sein, dass das „**Psychotherapiegesetz neu**“ samt einer damit verbundenen Ausbildungsordnung so konzipiert wird, dass die hohen Standards der österreichischen Psychotherapieausbildung nicht unterboten werden. Letzteres wäre jedenfalls dann der Fall, wenn die „Unabdingbare Voraussetzungen für die Einrichtung von ordentlichen Studien der Psychotherapie an Österreichs Universitäten“ nicht eingehalten würden, die im Positionspapier 1 in Übereinstimmung mit der Resolution des Psychotherapiebeirats dargelegt wurden, (siehe dazu auch die Positionspapiere 5 und 6).

Die „Psychotherapieausbildung neu“ muss vielmehr die bestehenden Standards halten und so gestaltet sein, dass sie – in Kooperation mit psychotherapeutischen Versorgungseinrichtungen und im Zusammenwirken mit der flächendeckenden Finanzierung von Psychotherapie – zum weiteren und nachhaltigen Ausbau des österreichischen

Gesundheitssysteme beiträgt, das anhaltend extrem hohe Folgekosten durch mangelnde Behandlung psychischen Leids (siehe Positionspapier 3) zu tragen hat.

Literatur

- Datler, W., Drossos, A., Gornik, E., Korunka, Ch. (Hrsg.) (2023a): Akademisierung der Psychotherapie. Aktuelle Entwicklungen, historische Annäherungen und internationale Perspektiven. Facultas: Wien, 2023 (erscheint im Frühjahr 2023)
- Datler, W., Hochgerner, M., Kierein, M., Korunka, Ch., Pawlowsky, G. und Plimon-Rohm, S. (2023b): Die Konzeption einer dreiphasigen akademischen Psychotherapieausbildung in Österreich, Teil I – III. In: Datler, W., Drossos, A., Gornik, E., Korunka, Ch. (Hrsg.) (2023a): Akademisierung der Psychotherapie. Aktuelle Entwicklungen, historische Annäherungen und internationale Perspektiven. Facultas: Wien, 2023 (erscheint im Frühjahr 2023)
- Heinonen, E., Orlinsky, D. E., Willutzki, U., Rønnestad, M. H., Schröder, T., Messina, I., Löffler-Stastka, H., Hartmann, A. (2022). Psychotherapist Trainees' Quality of Life: Patterns and Correlates. *Frontiers in Psychology*, 13: 864691. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.864691.
- Kierein, M., Pritz, A., Sonneck, G. (1991): Psychologengesetz – Psychotherapiegesetz. Kurzkomentar. Orac: Wien
- Orlinsky, D. E., Löffler-Stastka, H., Willutzki, U., Heinonen, E., Messina, I., Rønnestad M. H., Schröder, T., Hartmann, A. (2023). Ninety Psychotherapy Training Programs: Variations and Communalities. Vortrag auf der SPR Tagung in Rom im Sept 2022. Die Druckfassung ist in Begutachtung.
- Wißgott, N. (2009): Die Interessenskonflikte bei der Entstehung des österreichischen Psychotherapiegesetzes. Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science im Universitätslehrgang Psychotherapeutische Medizin, verfasst am Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie an der Donau-Universität Krems. Elektronisch abrufbar unter:
<chromeextension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.dr.wissgott.at/MEDIA/MastertheseDr.NorbertWissgott.pdf>

Positionspapier 4

Psychotherapeutische Versorgungseinrichtungen

Wilfried Datler, Markus Hochgerner, Henriette Löffler-Stastka,
Gerhard Pawlowsky & Christian Korunka

Seit der Einführung des **Psychotherapiegesetzes 1991** hat sich die Psychotherapie in Österreich in unterschiedlichen Behandlungsangeboten erfolgreich etabliert. Psychotherapie wird österreichweit dabei sowohl in Spitälern, in Rehabilitationseinrichtungen, in psychotherapeutischen Ambulanzen als auch in freier Praxis angeboten.

Auch die umfassende **Praxis im Rahmen der Ausbildung** findet derzeit in Einzelpraxen, vernetzten Ausbildungspraxen und psychotherapeutischen Ausbildungsambulanzen und im Spitalsbereich statt.

Die angestrebte **Neufassung des Psychotherapiegesetzes** bietet die Möglichkeit, diese unterschiedlichen Formen der psychotherapeutischen Versorgung und der psychotherapeutischen Ausbildung in einen neuen Rahmen der State of the Art Qualitätssicherung einzubinden. Dazu wird der folgende Vorschlag der Definition von psychotherapeutischen Versorgungseinrichtungen (mit oder ohne Ausbildungsaufgaben) gemacht:

Psychotherapeutische Versorgungseinrichtungen sind Einrichtungen des Gesundheits- oder Sozialwesens, die hilfesuchenden Menschen die Möglichkeit bieten, im direkten Kontakt mit Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten Fragen der Indikation zur Psychotherapie zu besprechen sowie psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung in Anspruch zu nehmen. Zu psychotherapeutischen Versorgungseinrichtungen zählen psychotherapeutisch orientierte Abteilungen in Krankenanstalten und Rehabilitationseinrichtungen, psychotherapeutische Ambulanzen, Primärversorgungseinheiten sowie sonstige Einrichtungen, in denen kontinuierlich Patient:innen in klinikartigen Settings psychotherapeutisch behandelt werden.

Darüber hinaus erfüllen **psychotherapeutische Versorgungseinrichtungen** die folgenden Kriterien:

- Psychotherapeutische Versorgungseinrichtungen gehören mindestens drei Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten an, wobei mit der leitenden Verantwortung der psychotherapeutischen Arbeit eine Person betraut ist, die für die Erfüllung dieser Aufgabe qualifiziert und seit mindestens fünf Jahren in die Liste der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eingetragen ist.
- Psychotherapeutische Versorgungseinrichtungen zeichnen sich durch regelmäßige Teambesprechungen, die Inanspruchnahme von Intervision und/oder Supervision, die Besprechung und Dokumentation von psychotherapeutischen Beratungs- und Behandlungsverläufen sowie den fachlichen Austausch mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufen, insbesondere mit Ärztinnen bzw. Ärzten, aus.

Psychotherapeutische Versorgungseinrichtungen mit Ausbildungsaufgaben sind psychotherapeutische Versorgungseinrichtungen, an denen Studierende der Psychotherapie bzw. Ausbildungskandidat:innen in Ausbildungssupervision psychotherapeutische Praktika absolvieren oder psychotherapeutische Praxis (Krankenbehandlung) leisten können. Als

Träger solcher psychotherapeutischer Versorgungseinrichtungen mit Ausbildungsaufgaben kommen insbesondere auch psychotherapeutische Fachgesellschaften in Frage.

Darüber hinaus erfüllen **psychotherapeutische Versorgungseinrichtungen** mit Ausbildungsaufgaben die folgenden Kriterien:

- Zumindest eine Person, die der Versorgungseinrichtung angehört und seit mindestens fünf Jahren in die Liste der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eingetragen ist, trägt die leitende Verantwortung für die ordnungsgemäße Koordination und Erfüllung der Ausbildungsaufgaben.
- Psychotherapeutische Versorgungseinrichtungen mit Ausbildungsaufgaben pflegen eine enge Zusammenarbeit mit jenen Institutionen, die ein Bachelor- oder Masterstudium der Psychotherapie bzw. die dritte, postgraduale Phase der „Psychotherapieausbildung neu“ anbieten.

Positionspapier 5

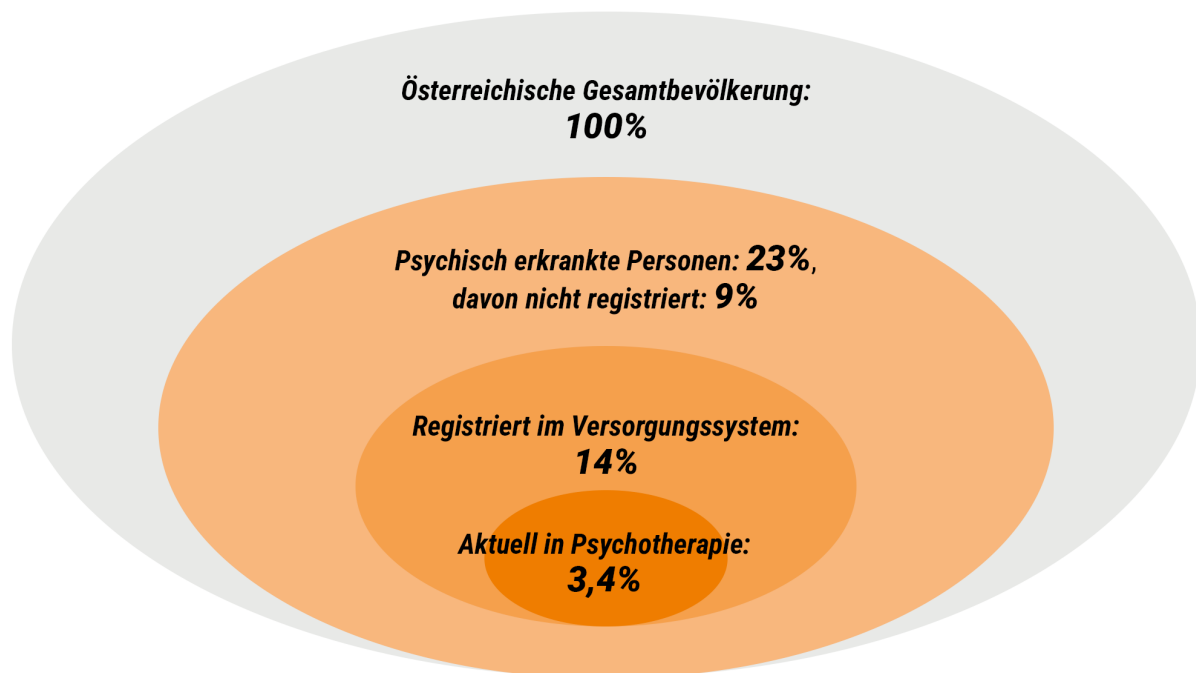
Psychotherapie in Zahlen

Stand 25.01.2023

Markus Hochgerner, Henriette Löffler-Stastka, Gerhard Pawlowsky,
Wilfried Datler & Christian Korunka

Summary

Psychisches Leid in der österreichischen Bevölkerung: 23 % der Bevölkerung erkranken jährlich an psychischen, krankheitswertigen Störungen, wobei nur 14 % im aktuellen Versorgungssystem erfasst werden. 7 % der Bevölkerung könnten für psychotherapeutische Behandlung motiviert werden. Durch die aktuellen Versorgungsangebote können derzeit lediglich die Hälfte (3,8 %) der registrierten Betroffenen (bei einer Dunkelziffer von 9 %) psychotherapeutisch behandelt werden. Der volks-wirtschaftliche Schaden aus psychischer Erkrankung beträgt jährlich € 13,9 Milliarden, somit 4,3 % des Bruttoinlandsproduktes.



Die Berufsgruppe: Derzeit üben 11.394 Personen als staatlich anerkannte Psychotherapeut:innen ihren Beruf im Median mit 24 Behandlungsstunden pro Woche aus. Eine hohe Versorgungsleistung wird zusätzlich durch die über 8.000 Ausbildungskandidat:innen der Psychotherapie geleistet, die im Rahmen ihrer Qualifikation verpflichtet sind, 600 Behandlungsstunden unter Anleitung erfahrener Kolleg:innen durchzuführen. Ähnlich wie in vergleichbaren Berufsgruppen des Gesundheitswesens ist das Durchschnittsalter sehr hoch (57,5 Jahre). In naher Zukunft ist mit einer starken Überalterung (40 % der Psychotherapeut:innen in Pension) zu rechnen.

Das Spektrum der Psychotherapie: Die Berufsgruppe repräsentiert relativ ausgewogen die vier anerkannten Grundorientierungen psychotherapeutischen Denkens und Handelns (Humanistische, Psychodynamische, Systemische Psychotherapie sowie Verhaltenstherapie) und bietet ein breites Spektrum an Grundberufen mit speziellen Behandlungsschwerpunkten (wie beispielsweise Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Depression, Angst- und Traumabehandlung, Therapie für psychisch chronisch Erkrankte, Familientherapie oder Gerontopsychotherapie) an.

Finanzierung der Ausbildung: Psychotherapie ist seit 1991 als gesetzlich anerkannter Heilberuf für psychisch Erkrankte die einzige Berufsausbildung, die weitgehend durch außeruniversitäre Fachgesellschaften getragen und privat finanziert wird, wobei die hohe Qualität (über siebenjährige Dauer, Lehre in Kleingruppen, Selbsterfahrung, Praktika, Supervision) mit entsprechend hohen Kosten (im Schnitt € 38.000 mit Streuung bis € 60.000) einhergeht. Ein Großteil der Ausbildungsgänge ist bereits jetzt akademisiert und findet an bzw. in Kooperation mit Universitäten mit einem Masterabschluss statt.

Psychotherapeutische Versorgung: Psychotherapie wird jeweils zur Hälfte freiberuflich in Privatpraxen und Institutionen angeboten. Die Psychotherapeut:innen sind in Kooperation mit der Ärztinnen- und Ärzteschaft die zentrale Säule der Versorgung psychisch Erkrankter. Eine ausreichende Versorgung von psychisch Erkrankten mit oftmals geringem Einkommen, ohne Berufstätigkeit sowie nach längerer Erkrankung ist für Betroffene schwer finanzierbar, wobei deutliche regionale Unterschiede bestehen (bessere Versorgung in den Städten, unterschiedliche Angebots- und Finanzierungsmöglichkeiten je nach Bundesland und Gesundheitskasse). Eine öffentliche Finanzierung von psychotherapeutischer Ausbildung und die durchgehende, niederschwellig erreichbare und kassenfinanzierte Versorgung mit Psychotherapie sind wesentliche Faktoren zur Minderung seelischen Leides und bedeutender gesellschaftlicher und finanzieller Kosten für Österreich.

Psychotherapie in Zahlen

1. Psychotherapeut:innen in Österreich

Nach Inkrafttreten des **Psychotherapiegesetzes** am 01.01.1991 waren mit Stand vom 31.12.1991 **950 Psychotherapeut:innen** in die Psychotherapeutenliste des Gesundheitsressorts eingetragen. Dies entsprach einer Dichte von 1,2 Psychotherapeut:innen pro 10.000 Einwohner:innen.

Seither ist eine stetige **Aufwärtsentwicklung** über 32 Jahre festzustellen: Mit Stand vom 31.12.2022 sind **11.394 Psychotherapeut:innen** mit einer Dichte von 12,61 Psychotherapeut:innen je 10.000 Einwohner:innen^{1b} in die Psychotherapeutenliste eingetragen. Auch der Anteil an Psychotherapeutinnen ist stetig ansteigend und beträgt mit Stand vom 31.12.2022 73,6 %.

2. Bedarf an Psychotherapeut:innen

Mit Stand vom 31.12.2021 waren 63,7 % der Psychotherapeut:innen ausschließlich in freier Praxis und 6,9 % ausschließlich im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses aktiv. 29,3 % erbrachten psychotherapeutische Leistungen sowohl in freier Praxis als auch in einer Institution.

Das **Durchschnittsalter** der aktuell tätigen Psychotherapeut:innen **beträgt 57,5 Jahre** (Frauen 56,5 Jahre, Männer 60,3 Jahre). 21 % der Psychotherapeut:innen sind über 65 Jahre alt. Im Betrachtungszeitraum 2012 bis 2021 zeigt sich ein kontinuierlicher **Anstieg des Durchschnittsalters**^{1c}: **40 % der Psychotherapeut:innen** werden in den kommenden 10 Jahren ihre **Berufstätigkeit einstellen** oder **einschränken**¹⁸.

Die **Unterschiede zwischen den Bundesländern** sind stark ausgeprägt^{7,8}: Wien hat mit 22,8 Psychotherapeut:innen pro 10.000 Einwohner:innen (Pth/Ew) die höchste Versorgungsdichte, das Burgenland mit 6,4 (Pth/Ew) die geringste.

Die **regionale Ungleichverteilung** und Unterversorgung ländlicher Gebiete im psychotherapeutischen Angebot je Bundesland⁷ zeigt im Einzelnen, das 41 % aller berufsberechtigten Psychotherapeut:innen ihren Berufssitz bzw. Dienstort im Bundesland Wien mit 21,5 % der österreichischen Bevölkerung haben. Ebenso gibt es im Bundesland Salzburg mit 8 % der Psychotherapeut:innen mehr Personen als dem Bevölkerungsanteil (mit 6,3 %) entspricht. Umgekehrt verhält sich die Verteilung der Psychotherapeut:innen (Pth) im Verhältnis zum Bevölkerungsanteil (B) in allen anderen Bundesländern^{1a}: Niederösterreich (Pth: 12,5 % B 18,9 %), Oberösterreich (Pth: 10,8 % B 16,8 %), in der Steiermark (Pth: 8,6 % B 14,0 %), Tirol (Pth: 8,1 % B 8,5 %), Burgenland (Pth: 2,4 % B 3,3 %) und Kärnten (Pth: 4,6 % B 6,3 %) liegen mit ihrer Psychotherapeut:innenzahl unter ihrem jeweiligen österreichischen Bevölkerungsanteil.

Die größte Diskrepanz im Psychotherapieangebot **nach politischen Bezirken** im Verhältnis von 27:1 Psychotherapeut:innen besteht zwischen Wien (Region 1., 6. - 9. und 19. Bezirk) mit 58,6 (Pth/Ew) und dem Bezirk Deutschlandsberg mit 2,15 Pth/Ew⁷.

Damit wird eine anhaltende **defizitäre Grundversorgung**^{7,8} der österreichischen Bevölkerung im Überblick der regionalen Verteilung deutlich: Rund 33 % der Psychotherapeut:innen haben derzeit ihren Berufssitz in einer Gemeinde mit weniger als 10.000 Einwohner:innen. Da zwei Drittel der österreichischen Bevölkerung in Gemeinden mit weniger als 10.000 Personen leben sind aktuell **ein Drittel der Psychotherapeut:innen für die Versorgung von etwa zwei Drittel der Bevölkerung** zuständig^{7,8}. Die Zahl der Psychotherapeut:innen, die im ländlichen Bereich ihrer beruflichen Tätigkeit nachgehen, nimmt kontinuierlich, wenn auch langsam zu.

10.693 Personen und somit 93,9 % der eingetragenen Psychotherapeut:innen besitzen die österreichische **Staatsbürgerschaft**, gefolgt von 3,5 % mit deutscher und 1,0 % mit italienischer Herkunft.

Das Psychotherapiegesetz definiert u.a. bestimmte **Grundberufe** bzw. **Studien** als Voraussetzung zur psychotherapeutischen Ausbildung: So sind aktuell 21,4 % der Psychotherapeut:innen auch in die Liste der Klinischen Psychologen eingetragen, 7,8 % haben ein pädagogisches Studium absolviert, 6,8 % sind Absolvent:innen der Sozialarbeit (Akademie, Fachhochschule FH) und 4,8 % Absolvent:innen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe und 4 % der Psychotherapeut:innen stammen aus der Medizin²⁶. Weiters besitzen 0,7 % der Psychotherapeut:innen die Berechtigung zur eigenverantwortlichen Ausübung der Musiktherapie⁶ (Stand 01.06.2020).

Die übergreifende Zuordnung der methodenspezifischen Zusatzbezeichnungen je nach Art der gewählten Ausbildungsform erfolgt nach den vier international üblichen **Grundströmungen/ Cluster** der Psychotherapie und zeigt folgende Verteilung der Psychotherapeut:innen und Ausbildungskandidat:innen (Stand 01.06.2022):

Humanistische Orientierung (E, EL, GTP, IG, IT, PZ, PD)²:

39,4 % der Psychotherapeut:innen, 44,6 % der Ausbildungskandidat:innen

Psychodynamische Orientierung (AP, GP, IP, PA, POP, ATP, DA, DG, HY, KIP, KBT, TA)³:

24,9 % der Psychotherapeut:innen, 26,1 % der Ausbildungskandidat:innen

Systemische Orientierung (SF, NLP⁴):

23,8 % der Psychotherapeut:innen, 15,0 % der Ausbildungskandidat:innen

Verhaltenstherapeutische Orientierung (VT)⁵:

11,9 % der Psychotherapeut:innen, 14,3 % der Ausbildungskandidat:innen

Rund 89 % der Psychotherapeut:innen (Stand 31.12.2021) führen eine oder mehrere fachspezifische **Zusatzbezeichnungen**², die ihre Ausbildung in einem der 23 anerkannten, spezifischen Psychotherapieverfahren in einer der vier Grundströmungen/Cluster ausweisen.

11 % der eingetragenen Psychotherapeut:innen sind ohne Zusatzbezeichnung registriert. Diese Personen aus der ersten Eintragszeit ab 1991 wurden im Rahmen der Übergangsbestimmungen als Psychotherapeut:innen in ihrer Ausbildung und Tätigkeit gleichzuhaltend den gesetzlichen Anforderungen eingetragen, ohne aus historischen Gründen die Kriterien einer einzelnen fachspezifischen Ausrichtung zu erfüllen.

3. Psychotherapieausbildung

In Summe (Propädeutikum und Fachspezifikum) befanden sich im Berichtsjahr 2021/2022 **8.682 Personen** in einer psychotherapeutischen Ausbildung, wovon rund **78 % weiblich** sind.

Erste Ausbildungsphase: Propädeutikum

Mit Stand vom 01.06.2022⁹ sind **20 Ausbildungseinrichtungen aktiv**^{9a}, die die allgemeinen Grundlagen der Psychotherapie vermitteln.

Es befinden sich insgesamt **5.041 Personen** in der propädeutischen Ausbildung, davon sind 3.937 (78,1 %) weiblich. 953 Personen (21,0 %) schlossen das psychotherapeutische Propädeutikum im Berichtsjahr 2021/2022 ab, weitere 358 Personen (7,9 %) schieden ohne Abschluss aus. **Neu aufgenommen** wurden im Berichtsjahr 2021/2022 1.824 Personen (40,3 % der Kandidat:innen). Etwa zwei Drittel der Ausbildungskandidat:innen im psychotherapeutischen Propädeutikum sind im Alter zwischen 24 und 40 Jahren.

4.459 (89 %^{1a}) der Ausbildungskandidat:innen im psychotherapeutischen Propädeutikum besitzen die österreichische **Staatsbürgerschaft**, 287 (6 %) die deutsche, 19 (0,4 %) die italienische und 269 (5 %) die Staatsbürgerschaft anderer Staaten.

Zweite Ausbildungsphase: Fachspezifikum

Mit Stand vom 01.06.2022 sind von den 47 anerkannten **fachspezifischen Ausbildungseinrichtungen**⁹ **43 aktiv** in der Ausbildung tätig^{9b} und vermitteln die speziellen Kompetenzen psychotherapeutischer Tätigkeit im Rahmen einer der vier Grundströmungen/Cluster der Psychotherapie.

Es befanden sich im Berichtsjahr 2021/2022 **4.745 Personen** in fachspezifischer Ausbildung.

Davon hatten 40 % der Ausbildungskandidat:innen keinen im Gesetz angeführten Zugangsberuf und wurden daher mit Bescheid der bzw. des jeweiligen Bundesminister:in für Gesundheit im Einzelfall zur Ausbildung zugelassen. Ihr Anteil nahm, in den letzten zehn Jahren (ausgehend von 20 %) auf dem Hintergrund neuer Berufsbilder und Ausbildungsprofile, die 1991 bei Gesetzeswerdung noch nicht existierten, stark zu¹⁰.

Im Berichtsjahr 2021/2022⁹ wurden **791 Personen** in die fachspezifische Ausbildung **aufgenommen**, **476 schlossen sie ab** und 105 Personen schieden ohne Abschluss aus. Im Berichtsjahr 2021/2022 wurden 342 Personen, das sind 43,2 % der neu Aufgenommenen, mit Bescheid zur Ausbildung zugelassen^{9c,10}.

1.800 Ausbildungskandidat:innen wurde der Status „**Psychotherapeut:in in Ausbildung unter Supervision**“ nach Absolvierung von mindestens 50 % der theoretischen und einem Großteil der praktischen Ausbildung mit der Berechtigung zur Arbeit mit Patient:innen als Psychotherapeut:in in Ausbildung unter Supervision von den fachspezifischen Ausbildungseinrichtungen zuerkannt.

Während die Anzahl an **Ausbildungsabbrüchen** im Propädeutikum 13 % beträgt und bei 25 % nach Absolvierung des Propädeutikums keine Fortsetzung in einem Fachspezifikum findet, sinkt die Zahl der Abbrüche im Fachspezifikum auf unter 3 %.

Die **Verteilung der Wohnsitze**⁹ der fachspezifischen Ausbildungskandidat:innen auf die Bundesländer (exklusive 108 Personen mit Wohnsitz im Ausland) weicht von jener der österreichischen Wohnbevölkerung ab: 45 % aller Ausbildungskandidat:innen mit Wohnsitz in Österreich leben in Wien. Ihr Anteil ist damit mehr als doppelt so hoch wie jener der Wiener:innen an der österreichischen Bevölkerung. Im Gegensatz dazu sind Ausbildungskandidat:innen aus allen anderen Bundesländern unterrepräsentiert: Vor allem der Anteil der Kandidat:innen aus dem Burgenland, Vorarlberg, Kärnten und Oberösterreich ist im Verhältnis zu den Einwohner:innen dieser Bundesländer gering.

Alter und Ausbildungsdauer: Bei Betrachtung der fachspezifischen Ausbildung beträgt das Alter im Schnitt bei Ausbildungsbeginn 32,9 Jahre und die Ausbildungsdauer laut Curricula 4,5 bis 5,3 Jahre^{9d}. Etwas mehr als ein Fünftel der fachspezifischen Ausbildungskandidat:innen ist jünger als 31 Jahre. Die 31- bis 40-Jährigen bilden mit 43,5 % die größte Gruppe, 35 % sind über 40 Jahre alt⁹.

Staatbürgerschaft: 4.307 Ausbildungskandidat:innen (91 %) im Fachspezifikum besitzen die österreichische Staatsbürgerschaft. 217 Personen (5 %), stammen aus Deutschland und 34 Personen (1 %) aus Italien. Personen aus allen anderen Herkunftsländern machen zusammen 3 % aus.

4. Bedarf und Angebot an Psychotherapie

„Von den psychisch Erkrankten bekamen 20,4 % nur Psychopharmaka, 12,4 % nur Psychotherapie und 9,7 % eine Kombination beider Therapieformen. Es gibt Anlass zur Sorge, dass 57,5 % der psychisch Kranken keinerlei Behandlung für ihre Krankheit erhielt.“¹¹

Laut aktueller Studien¹² erkranken 40 % der Bevölkerung mindestens einmal im Leben psychisch. Hierbei sind insbesondere Angst/Depression, Sucht, Depression und Somatisierungsstörungen zu nennen:

- 23,8 % der Bevölkerung leiden zu jedem Zeitpunkt des Jahres an psychischen, krankheitswertigen Störungen, davon werden
- 13,8 % im aktuellen Versorgungssystem als erkrankt registriert.
- 6,9 % der Bevölkerung und somit 50 % der registriert Erkrankten könnten für psychotherapeutische Behandlung motiviert werden¹¹. Durch die aktuellen Versorgungsangebote können derzeit lediglich die Hälfte (3,8 %) der Betroffenen psychotherapeutisch behandelt werden.

In absoluten Zahlen^{8,12} darf davon ausgegangen werden, dass von den aktuell 2,137 Mio. psychisch Leidenden (23,8% der Gesamtbevölkerung)

- **1,1 Mio. (50 %) der psychisch Erkrankten** zu einer hilfreichen psychotherapeutischen Behandlung bei angemessenen Behandlungsvoraussetzungen (Erreichbarkeit, langfristig kassenfinanziert) zur Psychotherapie **motivierbar** sind. Umgerechnet auf die aktuelle Bevölkerungszahl (Basis 2019) bedeutet dies, dass ca. 586.000 psychisch kranke Personen jährlich mit Psychotherapie zu versorgen sind.
- Im Jahr 2019 wurden 339.000 Personen¹⁵ und somit **57,8 % der erreichten psychisch Leidenden** psychotherapie relevant **behandelt**¹⁶, davon je zur Hälfte durch Psychotherapeut:innen und Ärztinnen bzw. Ärzte.¹⁵
- Die Dunkelziffer der weiterhin **nicht erfassten 8,9 % krankheitswertig psychisch Leidenden** in der österreichischen Bevölkerung und die davon psychotherapeutisch motivierbare, jedoch nicht erreichte Personengruppe von 4,45 % beträgt jährlich rund **394.000 Menschen** und ist in die Versorgungserhebung mit einzubeziehen.
- Somit können derzeit von rund 980.000 psychisch aktuell (nicht registrierten und registrierten) erkrankten und zur Psychotherapie motivierbaren Personen **34,6 % psychotherapeutisch versorgt** werden.

Im **niedergelassenen Bereich** beträgt die im Median **geleistete Stundenanzahl** je Psychotherapeut:in aktuell 10 Patient:innenstunden¹³ pro Woche. Lediglich 5 % der tätigen Berufsangehörigen erbringen 30 oder mehr Stunden¹⁴ Psychotherapie wöchentlich.

Zugleich zeigte sich in den letzten Jahren eine je Region unterschiedliche **Zunahme an angebotenen Stunden**. Beispielhaft sei hier Wien, das Bundesland mit der höchsten Versorgungsdichte angeführt: Hier stehen derzeit mehr als 3 **Vollzeitäquivalente** psychotherapeutisches Angebot pro 10.000 Einwohner:innen, das entspricht 90 Patient:innenstunden/Woche, zur Verfügung. Im Burgenland kann 1 Vollzeitäquivalent mit 30 Patient:innenstunden/Woche pro 10.000 Einwohner:innen genutzt werden. Der erhebliche Anteil der Stundenleistungen von Psychotherapeut:innen in Ausbildung unter Supervision^{13a} ist dabei noch nicht berücksichtigt.

Zur **Arbeit in Institutionen**¹⁹ fallen die regional unterschiedlichen Zahlen auf: In Wien arbeiten 19,3 % der Psychotherapeut:innen auch in Institutionen, in den Bundesländern Nieder-österreich, Oberösterreich und Steiermark nur noch 9,6 % bis 6,2 %, Tirol mit 5 %, Vorarlberg, Kärnten und Burgenland mit 2,4 % bis 1,4 %.

Die **Bereitstellung psychotherapeutischer Versorgungsstunden** könnte insbesondere verbessert werden durch

- **größere institutionelle Verankerung** der Psychotherapie im Gesundheitssystem sowie die
- **unbegrenzte Refundierung** der Honorare für Patient:innen und langfristige Bewilligungen von Psychotherapien chronisch Erkrankter in der ambulanten Versorgung (bei einem Anteil von 46 % in freier Praxis tätigen Psychotherapeut:innen).

Aus demografischer Sicht besteht beim Berufsstand der Psychotherapeut:innen wie auch in anderen Gesundheitsberufen eine **Überalterung**. Das Durchschnittsalter der aktuell tätigen Psychotherapeut:innen beträgt 57,5 Jahre (Frauen 56,5 Jahre, Männer 60,3 Jahre). 21 % der Psychotherapeut:innen sind über 65 Jahre alt. Es kann davon ausgegangen werden, dass **40 % der Psychotherapeut:innen** in den kommenden zehn Jahren altersbedingt weniger versorgungswirksam sein werden bzw. ihre **Berufsausübung einstellen**¹⁶. Während das Angebot an freiberuflichen psychotherapeutischen Wochenstunden bis zum 65. Lebensjahr im Median 10 Wochenstunden beträgt, fällt diese Zahl nach Vollendung des 65. Lebensjahres im Falle weiterer Tätigkeit auf 7 Stunden.¹⁸

5. Tätigkeitsprofil und Leistungsumfang der Psychotherapie in Österreich

Zur **Krankheitswertigkeit** der behandelten Personen²⁰ ist festzuhalten, dass 26,1 % unter schweren Störungen leiden, 43,8 % mittelgradig schwer und 30,1 % leicht psychisch erkrankt sind. 94 % der geleisteten **Gesamtstunden** betreffen Patient:innen mit einer krankheitswertigen Störung²⁰, die weiteren 6 % der Stunden können z.B. Beratungstätigkeit und therapeutische Begleitung zur Entwicklung der Persönlichkeit betreffen.

Wie bereits erwähnt, wird **freiberufliche Psychotherapie** wöchentlich im Median mit 10 Patient:innenstunden mit psychisch ausgewiesenen Erkrankten geleistet und jährlich 46 Patient:innen versorgt. 20 % der Psychotherapeut:innen behandeln zwischen 50 und 300 Patient:innen jährlich²⁰. Unter Berücksichtigung der psychotherapeutischen **Arbeit in Institutionen** (durch 54 % der

Psychotherapeut:innen) und Dokumentationstätigkeit ergibt sich eine **Wochenarbeitszeit von 24 Stunden**^{18a} im Median mit einem **Frauenanteil** von 73 %.

Als Standardangebot (99,9 %) bieten Psychotherapeut:innen Einzelpsychotherapie an, gefolgt von Paar- und Familienpsychotherapie (54,5 %) sowie Gruppenpsychotherapie (14,5 %).

Psychotherapeutische Leistungen

Im Jahr 2019 wurden durch die Sozialversicherung 76,4 Mio. € für psychotherapeutische Leistungen ausgegeben¹⁸.

Davon entfielen

- 60 % (45,84 Mio. €) auf psychotherapeutische Versorgungsvereine und Institutionen,
- 20 % (15,28 Mio. €) auf Vertrags- und Wahlärzt:innen,
- 19 % (14,51 Mio. €) auf niedergelassene Psychotherapeut:innen und
- 1 % (764.000 Tsd. €) auf Leistungen kasseneigener Einrichtungen.

Im Erhebungszeitraum 2014 (überarbeitet 2019) wurden 116.000 Personen mit Psychotherapie durch Psychotherapeut:innen erreicht, 117.000 Personen mit Interventionen der psychotherapeutischen Medizin.^{18,26}

6. Bedingungen zur notwendigen und hinreichenden psychotherapeutischen Versorgung der österreichischen Bevölkerung

Nach dem Bericht der Gesundheit Österreich¹³ stellt „das vorhandene Angebot ... eine Basisversorgung sicher, dennoch scheint in allen Bundesländern weiterer Versorgungsbedarf gegeben ...“ und es „... kann davon ausgegangen werden, dass das vorhandene Angebot den Bedarf nicht deckt.“

Folgekosten

Im Hinblick auf Maßnahmen zur Absicherung der Grundversorgung mit Psychotherapie gilt es, hohen finanziellen, sozialen und individuellen Schaden zu vermeiden:

„Die **OECD und die Europäische Kommission** beziffern die (Folge-) **Kosten psychischer Erkrankungen** in Österreich für das Jahr 2019 mit rund **4,3 % des Bruttoinlandsproduktes** auf etwa **13,9 Mrd. Euro** und betonen neben diesem finanziellen volkswirtschaftlichen Schaden auch extrem hohe individuelle sowie familiäre seelische Belastungen ... Depression oder somatische Belastungsstörungen haben die somatischen Erkrankungen im Ranking der häufigsten Krankheitsbilder in Österreich mittlerweile überholt ... Dieser Trend wird aufgrund der COVID-19-Folgeerkrankungen **um weitere 20 % steigen ... Psychotherapie muss** im österreichischen Gesundheitssystem langfristig – parallel zur und integriert mit der somatisch-medizinischen Versorgung – **jenen Stellenwert erhalten, der ihrem Nutzen entspricht.**“²⁵

Einige beispielhaft angeführte **wichtige Kostenfaktoren**^{25a} sind:

- Zwei Drittel der Frühpensionierungen resultieren aus psychischen Erkrankungen
- Die Ausgaben für Invaliditätspensionen und Rehabilitationsaufwendungen aufgrund psychischer Erkrankung stiegen z.B. zwischen 2007 und 2016 um 62 % auf € 368 Mio.
- Psychische Erkrankungen führen zu durchschnittlich 40 Tagen Krankenstand jährlich, somatische Erkrankungen zu durchschnittlich 11 Tagen
- Die Behandlung psychischer Erkrankungen in Spitälern kostet € 280 Mio.
- Die Behandlung mit Psychopharmaka kostet € 250 Mio.
- In Form von Krankengeld wurden € 71 Mio. ausgezahlt

Der Ausbau und die erweiterte **Integration psychotherapeutischer Versorgung**^{19,21,22} in das Gesundheitssystem können durch folgende Maßnahmen erfolgen:

- Ausreichende und **vollfinanzierte Kassenplätze**^{22a} sowie die stetige Valorisierung der Zuschüsse für psychotherapierelevant Erkrankte, besonders auch in ländlichen Gebieten und für vulnerable Gruppen (Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, Personen mit besonderen Bedürfnissen, Gerontopsychotherapie), kann psychisch leidende Personen langfristig gesichert unterstützen und heilen. Die **mangelnde Valorisierung** und der damit bedingte Wertverlust der Zuschüsse zu Honoraren führte 2017 zur erstmaligen Erhöhung der Zuschussleistungen bei wichtigen Kostenträgern freiberuflicher Psychotherapie: Der seit 1992 gleichbleibende Kostenzuschuss von € 21 wurde auf € 28 und ab 01.01.2023 auf € 31,50 erhöht.
- Stärker fächerübergreifende Verankerung der **Psychotherapie im Spitalssystem** mit einem angemessenen Patient:innenschlüssel
- Voraussetzung dafür ist ein **einheitlicher und uneingeschränkter Zugang** zur Psychotherapie in ganz Österreich samt vollem Kostenersatz in der Gleichstellung aller durch die WHO anerkannten Krankheitsbilder im Sinne der Versorgungsgerechtigkeit und bedarfsgerechten Versorgungsstruktur²⁵. Laut Nachfrage beim Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP)²³ betragen die **jährlichen Aufwendungen für Psychotherapie je Patient:in** z.B. in der Kärntner Gebietskrankenkasse (GKK) € 6,60 und in der Wiener GKK € 11,60.
- **Ende der Kontingentierung von Psychotherapie:** Die vorab Festlegung von Obergrenzen bezüglich Stundenanzahl und Behandlungsdauer führt zu einer Verzögerung von Behandlungsbeginn bzw. beendet langfristig stützende Psychotherapie zur Aufrechterhaltung chronisch eingengter Lebensverläufe auf bestmöglichem Niveau.

7. Finanzierung der Versorgung

Verschiedene **Formen der Versorgungsleistung** von Psychotherapie¹³ haben sich in Österreich etabliert. Zu nennen sind

- Die **Vollrefundierung** der Stundenkosten (sogenannter „Kassenplatz“): 26,8 % der Patient:innen erhalten eine Vergütung der gesamten Stundenkosten durch die jeweilige Sozialversicherung.
- Das **Teilrefundierungsmodell**: 52,2 % der Patient:innen erhalten eine teilweise Rück-
erstattung von € 31,50 bis € 40 pro Psychotherapieeinheit, unabhängig vom Kostensatz der geleisteten Stunde mit meist zwischen € 80 und € 120.
- Finanzierung **ohne Kostenzuschuss**: 21 % der Patient:innen sind **Selbstzahler:innen** ohne Kostenersatz bzw. Vollrefundierung bei Stundensätzen von € 80 bis € 120.

Kosten einer zukünftigen Vollfinanzierung von Psychotherapie

Psychische Erkrankungen wie Angst, Depression und somatoforme (psychosomatische) Erkrankungen haben organische Erkrankungen (Herz-Kreislauferkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates) als häufigste Krankheitsbilder der österreichischen Bevölkerung abgelöst^{13c}. Einschätzungen und Berechnungen bezüglich notwendiger Behandlungskosten sind wesentlich abhängig von den Zielformulierungen bezüglich einer berufsgerechten Bezahlung psychotherapeutischer Stunden in freier Praxis und Institutionen, der anzustrebenden Zahl (5% - 9%) zu erreichender und zu versorgender Patient:innen sowie der Bereitschaft zu anhaltender tatsächlicher Versorgung mit Langzeittherapie für tatsächlich chronisch schwer Erkrankte anhand kooperativer Behandlungspfade einzubeziehender Berufsgruppen analog zu somatisch Erkrankten. Wiederkehrende Erhebungen^{13c} und daraus folgende Schätzungen von Expert:innen im Bereich Krankenversicherung, Statistik, Gesundheitsministerium und Berufsverbände, die weiterer Evaluation bedürfen, gehen dabei von € 170 Mio. – € 1,1 Mia. Finanzierungskosten bei einer Gleichstellung der Versorgungskultur wie bei somatisch Erkrankten aus. Auch der erhöhte Bedarf^{13b} durch Folgen der Covid Pandemie bei Erwachsenen (plus 20%) und insbesondere bei Kindern und Jugendlichen (plus 30%) ist zu berücksichtigen.

Nutzen einer zukünftigen Vollfinanzierung von Psychotherapie

Laut aktueller Erhebungen^{13c} werden beispielsweise bei einer tatsächlichen Versorgung von 5% der psychisch Erkrankten mit Psychotherapie die Kosten durch die Ersparnisse im Bereich der volkswirtschaftlichen Folgekosten bereits kompensiert bzw. überkompensiert. Die Kompensation ergibt sich auch aus der Reduktion von somatischen Komorbiditäten bei adäquat indizierter, in Dosis und Zeit ausreichender Psychotherapie.

Psychotherapeutische Leistungen im Ausbildungskontext

Psychotherapiestunden von Psychotherapeut:innen in Ausbildung unter Supervision sowie Leistungen der Praktikant:innen im Rahmen der propädeutischen und der fachspezifischen Ausbildung sind ein wesentlicher Faktor der aktuellen Versorgungsstruktur: Es werden jährlich 900.000 Versorgungsstunden für psychisch Erkrankte ohne Möglichkeit einer Kassenrefundierung sowohl im institutionellen als auch freiberuflichen Kontext geleistet^{13a}.

8. Dauer, Kosten und Abschluss der Ausbildung

Propädeutikum

Die **Dauer des ersten Ausbildungsabschnittes/ propädeutischen Ausbildung** mit in Summe mindestens 1.250 Stunden (Theorie, Praktika, Selbsterfahrung, Abschlussprüfung) beträgt durchschnittlich 2,1 Jahre²⁴. Die **Kosten für das Propädeutikum**^{9d,24} betragen durchschnittlich € 6.800 mit einer Spanne von € 3.800 bis € 8.200. Die Kosten der propädeutischen Ausbildung an **Privatuniversitäten**^{9d} betragen durchschnittlich € 39.000 mit einer Spanne von € 19.600 bis € 57.100. Durch Anrechnung einzelner Ausbildungsteile aus abgeschlossenen Ausbildungen anerkannter Quellenberufe kann sich die Ausbildungsdauer auf ein Jahr und die Kosten um bis zu zwei Drittel reduzieren²⁴.

Fachspezifikum

Die **Dauer des zweiten Ausbildungsabschnittes/ fachspezifischen Ausbildung** mit in Summe mindestens 1.900 Stunden (Theorie, Methodik, Selbsterfahrung, Praktika, Arbeit unter Supervision, Abschlussarbeit), beträgt durchschnittlich 5,2 Jahre. Die **tatsächliche Dauer** der Ausbildungen bis zur Eintragung in die Psychotherapeutenliste wird jedoch durch deutliche Überschreitung der Mindeststundenzahlen in einzelnen Ausbildungsteilen von fachspezifischen Anbietern und die individuelle Gestaltung einzelner Ausbildungsabschnitte durch Ausbildungskandidat:innen (abhängig z.B. von der zeitgerecht möglichen Absolvierung der eigenständigen Arbeit unter Supervision bei gleichzeitiger Berufstätigkeit oder Aufgaben der Elternschaft, der Abfassung der Abschlussarbeit und Abschlussprüfung) auf bis zu 9 Jahre verlängert²⁴.

Die **Kosten für das Fachspezifikum**^{9d} belaufen sich durchschnittlich auf € 31.200, die Spannweite beträgt € 23.400 bis € 51.500. Diese Kosten hängen vorrangig von der nach oben **variablen Stundenanzahl** und den Kosten der Einzellehrtherapie (zwischen 65 und 237 Mindeststunden, bis zu 600 Stunden in Einzelfällen) und Lehrsupervision (zwischen 39 und 72 Mindeststunden im Einzelsetting) einzelner Ausbildungseinrichtungen ab. Es wird davon ausgegangen, dass diese beiden Ausbildungsteile etwa zwei Drittel der Gesamtkosten ausmachen²⁴. Die Kosten der fachspezifischen Ausbildung an **Privatuniversitäten**^{9d} belaufen sich auf € 60.000 bis € 80.000.

Kostenmindernde Faktoren der Ausbildung

Eine Kostenminderung der Ausbildungskosten ergibt sich durch die mögliche **Anrechnung von zuvor erworbenen Ausbildungsinhalten** im Propädeutikum. Im

Fachspezifikum ergibt sich eine Kostenreduktion durch den Ausbildungsabschnitt der **eigenständigen Arbeit** als Psychotherapeut:in in Ausbildung unter Supervision mit (zumindest) 600 Stunden, in dem der aktuelle Stundensatz € 10 bis € 60 mit einem mittleren Wert von € 40 je Stunde angenommen werden kann. Damit werden die **faktischen Ausbildungskosten** über beide Ausbildungsabschnitte, abhängig von den unterschiedlichen Kosten der gewählten Ausbildungsform, von allen Ausbildungskandidat:innen **um 25 % bis 50 % gemindert**. Auch diverse **Förderungen** zur beruflichen Weiterbildung werden, je nach persönlichen Voraussetzungen und Bundesland, in beiden Ausbildungsabschnitten kostenmindernd und ausbildungsunterstützend (Stichwort: Bildungskarenz für Langzeitpraktika) aktiviert.

Akademische Qualifikationen

Derzeit bieten 32 der 43 aktiven Ausbildungseinrichtungen die Möglichkeit an einen **akademischen Abschluss** zu erlangen²⁴, entweder durch Kooperation mit einer postsekundären Bildungseinrichtung oder durch ein eigenständiges akademisches Angebot. Die hierfür zusätzlich anfallenden **Kosten**²⁴ belaufen sich durchschnittlich auf etwa € 11.500 mit einer Spanne von € 7.700 bis € 20.900.

Die Anzahl der **Lehrtherapeut:innen**¹⁷ betrug zum Stichtag 01.06.2020 1.019 Personen. 64 % davon sind Frauen. Aktuelle Zahlen aus 2022²⁴ weisen eine höhere Gesamtzahl von Lehrenden mit 1.523 Personen aus, wenn auch Personen mit Lehraufträgen für Teile der fachspezifischen Ausbildung berücksichtigt werden (Lehrtherapeut:innen mit voller Lehrbefugnis: 851 Personen; Lehrbeauftragte für Teile der Ausbildung: 672 Personen).

Anmerkungen

1a: Alle folgenden Zahlenwerte wurden im Text aus Gründen der Lesbarkeit auf ganze Zahlen oder Zahlen mit einer Kommastelle gerundet.

1b: Dies entspricht einer Dichte von 12,6 Psychotherapeut:innen pro 10.000 Einwohner:innen (Pth/Ew). Mit Stand vom 31.12.2022 waren 12.378 Personen jemals in die Berufsliste eingetragen: Die Diskrepanz ergibt sich daraus, dass Personen zwischenzeitlich aus der Psychotherapeutenliste ausgetragen worden sind, weil sie ihren Beruf ruhend stellten (228 Personen), nicht mehr ausüben oder verstarben.

Die Entwicklung über 30 Jahre lautet:

31.12.1991: 950 Psychotherapeut:innen / 01,2 Pth/Ew
31.12.2001: 5.325 Psychotherapeut:innen / 06,6 Pth/Ew
31.12.2011: 7.408 Psychotherapeut:innen / 08,8 Pth/Ew
31.12.2022: 11.394 Psychotherapeut:innen / 12,6 Pth/Ew

Hinweis: Im Vergleich dazu betrug mit September 2021 die Ärztinnen- und Ärztedichte in Österreich 54,2 Personen pro 10.000 Einwohner:innen (Statista 7.1.2023)

1c: Ausgangspunkt bildet hier ein Durchschnittsalter der Frauen von 53,5 Jahren bzw. der Männer von 56,3 Jahren im Jahr 2012

2: Die Abkürzungen bedeuten im Einzelnen:

E = Existenzanalyse; EL = Existenzanalyse und Logotherapie; GTP = Gestalttheoretische Psychotherapie; IG = Integrative Gestalttherapie; IT = Integrative Therapie; PZ = Personzentrierte Psychotherapie; PD = Psychodrama.

3: AP = Analytische Psychologie; ATP = Autogene Psychotherapie; DA = Daseinsanalyse; DG = Dynamische Gruppenpsychotherapie; GPs = Gruppenpsychoanalyse / Psychoanalytische Psychotherapie; HY = Hypnosepsychotherapie; IP = Individualpsychologie; KBT = Konzentrative Bewegungstherapie; KIP = Katathym Imaginative Psychotherapie; PA = Psychoanalyse / Psychoanalytische Psychotherapie; PoP = Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie; TA = Transaktionsanalytische Psychotherapie.

4: ; SF = Systemische Familientherapie. NLPt = Neuro-Linguistische Psychotherapie, keine Ausbildungstätigkeit.

5: VT = Verhaltenstherapie.

6: Sagerschnig, Valady (2020) Ausbildungsstatistik. Gesundheit Österreich. Siehe Literaturliste

7: *Sagerschnig, Tanios (2017) Statistik der Berufsgruppen 1991-2017. Gesundheit Österreich. Siehe Literaturliste* Die genannten anteiligen Bevölkerungszahlen Österreichs je Bundesländer werden mit Stichtag 15.2.2022 ausgewiesen (Statista 7.1.2023)

8: Wancata (2017) Medizinische Universität Wien; Grabenhofer-Eggerth (2019, 2022); Sagerschnig, Grabenhofer et al (2018) Gesundheit Österreich. Siehe Literaturliste

9: Sagerschnig, Sackl, Valady (2022) Ausbildungsstatistik 2022. Gesundheit Österreich. Siehe Literaturliste

9^a: 25 propädeutische Ausbildungseinrichtungen sind anerkannt, von denen vier am Stichtag nicht ausbildeten und eine im Erhebungszeitraum mit der Ausbildung noch nicht mit ihrer Ausbildungstätigkeit begonnen hatte

9^b: Eine Ausbildungseinrichtung hatte die Ausbildung ruhend gestellt, eine bildete im Berichtsjahr keine Teilnehmer:innen aus und zwei Einrichtungen hatten ihre Ausbildungen noch nicht begonnen.

9^c: Mit Stand vom 01.06.2022 waren insgesamt 1.867 Personen (39 % aller Ausbildungskandidat:innen) im Fachspezifikum mit Bescheid zur Ausbildung zugelassen. Diese Zahlen enthalten auch jene Personen, die Zulassungsbescheide bereits zur Aufnahme in das Propädeutikum erhielten.

9^d: *Eller, Stumm (2023) Psychotherapieausbildung in Österreich. Siehe Literaturliste.*

10: Der im Gegensatz zum psychotherapeutischen Propädeutikum bedeutend höhere Anteil von Personen, die mit Bescheid zur fachspezifischen Ausbildung zugelassen werden, hängt mit der im Falle des psychotherapeutischen Fachspezifikums stärkeren gesetzlichen Eingrenzung von Berufsausbildungen zusammen („Grundberufe“), die im Psychotherapiegesetz 1991 als Aufnahmevoraussetzung taxativ definiert sind und im Rahmen der aktuellen Ausbildungsstruktur trotz akademischer Qualifikation (noch) nicht erfasst werden, sodass beispielsweise Personen, die einen Bachelor-Abschluss in Psychologie, Pädagogik oder Philosophie erworben haben, einen Zulassungsbescheid zur Absolvierung des Fachspezifikums benötigen.

11: *Wancata (2017) Prävalenz und Versorgung psychischer Krankheiten in Österreich, S. 165. Siehe Literaturliste*

12: *Wancata (2017) Prävalenz und Versorgung psychischer Krankheiten in Österreich. OECD (2020). Mental Health and Work: Austria. Paris: OECD. Rieß Gabriele, Löffler-Stastka Henriette (2022) VersorgungsNOT. Siehe Literaturliste*

13: *Grabenhofer-Eggerth, Sator (2020) Psychotherapie als Sozialversicherungsleistung. Siehe Literaturliste*

13^a: Die „Psychotherapeut:innen in Ausbildung unter Supervision“ haben eine ebenso hohe Versorgungsfrequenz wie Psychotherapeut:innen in freier Praxis nach Ausbildungsabschluss mit 10 bis 12 Stunden wöchentlich¹³ und leisten damit 2,7 Mio. Versorgungsstunden in durchschnittlich 3 Jahren ihrer Ausbildung, somit 900.000 Versorgungsstunden jährlich. Diese Leistungen erfolgen ohne Möglichkeit einer

Bezuschussung oder Abrechnung durch die Sozialversicherungen - in den meisten Fällen (lt. Bericht von Ausbildungsinstitutionen) bei einem Stundensatz von € 10 bis zu € 60.

13b: Bundesgesundheitsblatt Deutschland (2021) · 64:1512–1521 elektronisch abrufbar unter <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03291-3>

13c: Die auf den ersten Blick übergroße Spannbreite der Kostenschätzung zur angemessenen Versorgung zeigt die Heterogenität der Einschätzung wesentlicher Stakeholder im Gesundheitssystem. Durch die aus der jeweiligen Binnenlogik institutioneller Sichtweisen erschwerte gesamthafte Erfassung der vielschichten Erkrankungen von Patient:innen aus volkswirtschaftlicher Sicht (€ 13,8 Milliarden Folgeschäden jährlich) sowie die Nicht-, Fehl- oder Minderbehandlung von Patient:innen (durch zu mangelnde oder zu kurze Finanzierung, erschwerendes Antragswesen, schlechte Erreichbarkeit etc.) wird die notwendige multimodale Zusammenarbeit zentraler Behandler:innengruppen (aus Psychotherapie, Medizin, Psychologie, Sozialarbeit etc.) erschwert. Bei aktuell (2022) etwa € 80 mio. Aufwendungen für Psychotherapie überbietet jedoch sogar die kleinste angeführte Schätzung der notwendigen Mittelerhöhung (€ 170 mio.) die aktuellen Zahlungen im Gesundheitssystem um mehr als 100 %. Im Gegensatz dazu ist die sehr gut abgesicherte aktuelle Datenlage (2019-2022) eindeutig:

1. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators (2022). Elektronisch abrufbar: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(21\)00395-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(21)00395-3/fulltext);
2. Löffler-Stastka, H., & Hochgerner, M. (2021). Versorgungswirksamkeit von Psychotherapie in Österreich. Siehe Literaturliste. Elektronisch abrufbar <https://doi.org/10.1007/s00739-020-00686-w>.
3. VersorgungsNOT – Psychotherapie als zentrale, aber marginalisierte Versorgungsleistung im Gesundheitssystem (2022). Siehe Literaturliste. Elektronisch abrufbar: <https://doi.org/10.1007/s00729-022-00210-y>
4. Singer S., Blanck, J., Scholz, I. et al. (2022). Hängen die Stundenkontingente für ambulante Psychotherapie zur Behandlung von Depressionen mit deren Schweregrad zusammen? Elektronisch abrufbar unter: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00115-022-01374-3>

14: Laut Berechnungen des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie (ÖBVP) ist die notwendige Verhältniszahl je Psychotherapeut:in zur Bevölkerungsanzahl mit 1 : 2.500 bei 30 Wochenarbeitsstunden anzunehmen, ähnlich der Verhältniszahl praktischer Ärztinnen und Ärzte zur Gesamtbevölkerung. Laut dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger (HVSV) wäre der notwendige Schlüssel 1 : 3.200 im Verhältnis Psychotherapeut:innen zur Bevölkerungszahl. Neuere Zahlen aus Expert:innengruppen (2022) gehen aus psychotherapeutisch-fachlicher Sicht bei einer notwendigen und realisierten Versorgung von erwartbaren 7% der Gesamtbevölkerung von einem Bedarf an 26 000 Psychotherapeut:innen mit einer (wie aktuell gegeben) Stundenleistung von 24 h wöchentlich aus.

15: Tanios, Grabenhofer-Eggerth, Valady (2020) Analyse der Versorgungswirksamkeit. Gesundheit Österreich. Siehe Literaturliste

16: Die Prozentangaben werden auf Zahlenbasis der österreichischen Bevölkerung mit Stichtag 01.01.2019 mit 8.860.000 Personen dargestellt, da die validen Zahlen der Versorgung aus 2019 stammen. Die aktuelle Bevölkerung Österreichs beträgt (Stichtag 01.01.2022) 8.980.000 Personen (Statista, 06.01.2023). Die Bedarfsrechnung erfasst noch nicht den erwartbar erhöhten Psychotherapiebedarf aus Langzeitwirkungen der Corona-Pandemie besonders bei Kindern und Jugendlichen sowie im gerontopsychotherapeutischen Bereich, zu dem vielfältige alarmierende Zahlen aus der klinischen Praxis vorliegen, aber noch keine zusammenfassenden statistischen Werte vorliegen (können).

17: Sagerschnig, Valady (2020) Ausbildungsstatistik 2020. Sagerschnig, Sackl, Valady (2022) Ausbildungsstatistik 2022. Gesundheit Österreich. Siehe Literaturliste

18: Tanios, Grabenhofer-Eggerth, Valady (2020) Analyse der Versorgungswirksamkeit. Gesundheit Österreich. Siehe Literaturliste

18a: Ebendort, S.18

19: Sagerschnig, Grabenhofer-Eggerth, Kern (2018) Inanspruchnahme von Psychotherapie und psychiatrischer Rehabilitation im Kontext der Angebote. Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich, Wien. Siehe Literaturliste

20: Tanios, Grabenhofer-Eggerth, Valady (2020) Analyse der Versorgungswirksamkeit. Gesundheit Österreich. Siehe Literaturliste

21: Grabenhofer-Eggerth, Tanios, Sagerschnig, Kern (2019) Konzept für eine gesamthafte Lösung. Gesundheit Österreich. Siehe Literaturliste

22: *Sagerschnig, Grabenhofer-Eggerth, Kern, Sator, Zuba* (2018) Inanspruchnahme von Psychotherapie. Gesundheit Österreich. Siehe Literaturliste

22a: Die fächerübergreifende Verankerung der Psychotherapie im Spitalssystem mit einem angemessenen Patientenschlüssel wurde bereits in der 50. ASVG-Novelle 1992 mit der Gleichstellung psychotherapeutischer zur ärztlichen Tätigkeit festgelegt und in den Pflichtleistungskatalog der sozialen Krankenversicherung mit der Novellierung des Krankenanstaltengesetzes des Bundes (BGBl. Nr. 801/1993) aufgenommen.

23: Ein Überblick zu allen Bundesländern: Eine Nachfrage des *Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie* (ÖBVP, A-1030, Löwengasse 3/3) ergab (auf Zahlenbasis 2014) folgende Leistungen (gerundet) für Psychotherapie je anspruchsberechtigter Person und Bundesland in aufsteigender Reihenfolge: Kärntner GKK € 6,6; Niederösterreichische GKK € 6,9; Oberösterreichische GKK € 7,7; Steirische GKK € 7,4; Burgenländische GKK € 8,6; Tiroler GKK € 10,0; Vorarlberger GKK € 12,3; Wiener GKK € 11,6. Zu berücksichtigen ist auch, dass in den Angaben sowohl die Vollfinanzierung von Stunden als auch der Kostenzuschuss mit Teilfinanzierung und die Leistungen an Ärztinnen und Ärzte für psychotherapeutische Leistungen eingerechnet sind.

24: Die derzeitigen akademischen Programme, meist mit einem Master of Science/Psychotherapie verbunden, laufen mit der letzten Universitätsgesetznovelle 2021 mit September 2023 aus. Aktuelle Kooperationen in *Elle, Stumm* (2023). Psychotherapieausbildung in Österreich. Siehe Literaturliste

25: *Rieß, Löffler-Stastka* (2022) VersorgungsNOT; OECD-Bericht (2020); Rechnungshofbericht (2019). Siehe Literaturverzeichnis

25a: Analyse der Versorgung psychisch Kranker (2011). Hauptverband der Sozialversicherung. Siehe Literaturliste.

26: Diese Zahl bezieht sich auf die in der Psychotherapeutenliste eingetragenen Ärztinnen und Ärzte. Die nicht in der Psychotherapeutenliste eingetragenen Ärztinnen und Ärzte für psychotherapeutische Medizin sind mit dieser Zahl nicht erfasst.

Literatur

Datler Wilfried, Hochgerner Markus, Korunka Christian, Löffler-Stastka Henriette, Pawlowsky Gerhard (2021) Disziplin, Profession und evidenzbasierte Praxis: Zur Stellung der Psychotherapie im Gesundheitssystem. Eine Bilanz. Psychotherapie Forum.

Eggerth Alexander; Bednar Waltraud; Hagleitner Joachim (2010) Versorgung mit Psychotherapie 2009. Gesundheit Österreich, Wien

Eller Natalie, Stumm Gerhard. (2023; in Druck). Psychotherapieausbildung in Österreich – Überblick, Methoden, Entscheidungshilfen. Springer.

Grabenhofer-Eggerth Alexander, Tanios Aida, Sagerschnig Sophie, Kern Daniela (2019) Konzept für eine gesamthafte Lösung der psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung, Gesundheit Österreich, Wien

Grabenhofer-Eggerth Alexander; Sator Marlene (2020) *Psychotherapie als Sozialversicherungsleistung - Inanspruchnahme und Finanzierung.* Gesundheit Österreich, Wien

Grabenhofer-Eggerth Alexander; Brzozowska Zuzanna; Kern Daniela, Trauner Florian (2022) Klinisch-psychologische Behandlung als Kassenleistung Grobschätzung der finanziellen Auswirkungen aus Kassen- und makroökonomischer Sicht. Gesundheit Österreich, Wien (Unveröffentlicht)

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2011). Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter. Abschlussbericht. Salzburg

Korunka Christian, Hochgerner Markus (2023) Psychotherapie in Österreich: Der Ausbildungsweg und die berufliche Situation von Psychotherapeut/innen, in: Datler, W., Drossos, A., Gornik, E., Korunka, Ch. (Hrsg.):

Akademisierung der Psychotherapie. Aktuelle Entwicklungen, historische Annäherungen und internationale Perspektiven. Facultas: Wien

Löffler-Stastka Henriette, Hochgerner Markus (2021) Versorgungswirksamkeit von Psychotherapie in Österreich. *psychopraxis.neuropraxis*, 24, 57–61. <https://doi.org/10.1007/s00739-020-00686-w>.

OECD (2020). *Mental Health and Work: Austria*. Paris: OECD.

Pawlowsky Gerhard (2021) Zur Entwicklung der Psychotherapie in Österreich: Zahlen und Fakten. In: *Hochgerner Markus* (Hrsg.), *Grundlagen der Psychotherapie*. Facultas, Wien

Rechnungshof (2019). Versorgung psychisch Erkrankter durch die Sozialversicherung. III–260 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXVI. Reihe BUND 2019/8. Rechnungshof GZ 004.536/011–PR3/19. Wien: Rechnungshof.

Rieß Gabriele, Löffler-Stastka Henriette (2022) VersorgungsNOT – Psychotherapie als zentrale, aber marginalisierte Versorgungsleistung im Gesundheitssystem. *Psychotherapie Forum*, 26, 136–143. <https://doi.org/10.1007/s00729-022-00210-y>

Sagerschnig Sophie; Grabenhofer-Eggerth Alexander; Kern Daniela; Sator Marlene; Zuba Martin (2018) Inanspruchnahme von Psychotherapie und psychiatrischer Rehabilitation im Kontext der Angebote. Ergebnisbericht. *Gesundheit Österreich*, Wien.

Sagerschnig Sophie, Tanios Aida (2018) Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie, Musiktherapie. Statistik der Berufsgruppen 1991–2017. *Gesundheit Österreich*, Wien

Sagerschnig Sophie, Valady Sonja (2020) Ausbildungsstatistik 2020. Daten zum Ausbildungsgeschehen in Psychotherapie, Klinischer Psychologie und Gesundheitspsychologie in Österreich. *Gesundheit Österreich*, Wien

Sagerschnig Sophie (2022) Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie, Musiktherapie. Statistik der Berufsgruppen 1991–2021. *Gesundheit Österreich*, Wien (BMSGPK, unveröffentlicht)

Sagerschnig Sophie; Sackl Anita; Valady Sonja (2022) Ausbildungsstatistik 2022. Daten zum Ausbildungsgeschehen in Psychotherapie, Klinischer Psychologie und Gesundheitspsychologie in Österreich. *Gesundheit Österreich*, Wien (BMSGPK, unveröffentlicht)

Tanios Aida, Grabenhofer-Eggerth Alexander, Valady Sonja (2020) Analyse der Versorgungswirksamkeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in freier Praxis. Ergebnisbericht. *Gesundheit Österreich*, Wien

Wancata J. (2017) Prävalenz und Versorgung psychischer Krankheiten in Österreich. Abteilung für Sozialpsychiatrie. Medizinische Universität Wien

Dossier: Psychotherapiegesetz und Psychotherapieausbildung NEU

Positionspapier 6

Resolution des Psychotherapiebeirates vom 11. Oktober 2022

Psychotherapiegesetz NEU

Qualitätssicherung der psychotherapeutischen Ausbildung und Versorgung in Österreich

Der Psychotherapiebeirat begrüßt die Initiative des Gesundheitsministers, die **Psychotherapie als akademisch fundierten Heilberuf** zur Behandlung von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen und Leidenszuständen verstärkt zu verankern.

Psychische Erkrankungen stellen aktuell die größte Gruppe der Erkrankungen in Österreich dar und gehen mit enormen persönlichen, gesellschaftlichen und finanziellen Folgekosten einher. Der Kernbereich der **psychischen Behandlung** von psychisch und psychosomatisch Erkrankten wird von mehr als 11.000 Psychotherapeut:innen geleistet, die überdies bei akuten psychosozialen Krisen helfen, Beratung anbieten und mit Angehörigen anderer Heilberufe kooperieren. In diesem Sinn sichert die bundesweit tätige Profession der Psychotherapeut:innen die **psychotherapeutische Versorgung** der österreichischen Bevölkerung.

Die angestrebte Reform des Psychotherapiegesetzes hat die Aufgabe, die **Qualität der psychotherapeutischen Ausbildung in Zusammenarbeit mit Universitäten** zu sichern und die psychotherapeutische **Versorgung der Bevölkerung** zu verbessern.

Diese Ziele können nur dann erreicht werden, wenn den folgenden Grundsätzen gefolgt wird:

1. Psychotherapie als Profession und Versorgungsqualität

1.1 Psychotherapie hat sich als **eigenständige, psychotherapeutisch-wissenschaftliche fundierte Profession** mit hoher Wirksamkeit ausgewiesen. Die Zusammenführung wesentlicher und handlungsleitender Elemente aus geistes-, human-, sozial- und naturwissenschaftlichen Erkenntnissen bildet als eigenständige Disziplin die bio-psycho-soziale Wirklichkeit des Menschen ab. Psychotherapeutische Schulen stehen in stringenten und umfassenden theoretischen Verankerungen. Diese Merkmale ermöglichen individualisierte und anhaltend wirksame Heilbehandlungen, die Entwicklung von Krankheitsprävention (Resilienz) und damit bestmöglich die Vermeidung von chronischem Leid und hohen Folgekosten.

1.2 Die **psychotherapeutische Versorgung** Österreichs wird durch die anerkannt tätigen Psychotherapeut:innen und Ärztinnen und Ärzte für psychosomatische und psychotherapeutische Medizin geleistet. Die **Versorgungs- und Behandlungskompetenz** kann nur in einer psychotherapeutisch umfassend

geschulten und evidenzbasiert hilfreichen Beziehungsgestaltung individuell vermittelt und nachhaltig wirksam werden.

1.3 Die **psychotherapeutisch-akademische Fundierung** der Profession und des Berufsstandes ist Basis und Voraussetzung für die notwendige weitere Verschränkung von Hilfsangeboten in einem künftigen gesamthaften Behandlungsangebot (Mental Health Strategie) mit den angrenzenden gesetzlich anerkannten Heilberufen Medizin, Psychologie und Musiktherapie in enger Zusammenarbeit mit den Gesundheits- und Krankenkassen Österreichs.

2. Kernelemente einer akademisierten Ausbildung von Psychotherapeut:innen

2.1 Die hohe Qualität der **Ausbildung** von Psychotherapeut:innen **kann nur durch Psychotherapeut:innen** im Rahmen eines evidenzbasierten, psychotherapeutisch-wissenschaftlich fundierten Ausbildungsganges in inhaltlicher und administrativ ausgewogener Kooperation von Fachgesellschaften mit universitären Ausbildungsträgern gewährleistet werden.

2.2 Psychotherapeutische Kenntnisse, Kompetenzen, Fertigkeiten und Haltungen können nur durch eine **konsequente, longitudinal durchgehende Verschränkung von Praxis- und Theorieelementen** über alle Phasen der akademischen Ausbildung (Bachelor, Master, postgraduelle Phase) hinweg vermittelt werden. Das bedeutet, dass die Ausbildung von Beginn an und durchgängig in allen Phasen psychotherapeutische Selbsterfahrung, psychotherapeutische Supervision und psychotherapeutische Praktika beinhaltet.

2.3 Die derzeitige psychotherapeutische Ausbildung enthält **umfassende Qualitätssicherungskriterien** (Auswahl der Kandidat:innen, Psychotherapeutische Kompetenz der Lehrenden, etc.). Diese Kriterien sind in eine neue Ausbildung unter Einhaltung der **Standards and Guidelines for Quality Assurance** in the European Higher Education Area (**ESG**) zu integrieren bzw. weiterzuentwickeln. Ein herkömmliches Ausbildungsmodell (nämlich Theorieausbildung im Bachelor- und Masterstudium, praktische Ausbildung postgraduell) ist für eine psychotherapeutische Ausbildung ungeeignet.

2.4 Zur **Sicherung der psychotherapeutischen Versorgung** und zum Erhalt der Qualität der Ausbildung muss zunächst die Möglichkeit **außerordentlicher Studien in enger Kooperation mit Fachgesellschaften** gegeben bleiben. Die Überführung in ordentliche Studien ist anzustreben, dabei ist jedoch die Zahl der Ausbildungsplätze in Hinblick auf die **Garantie der psychotherapeutischen Versorgung** zu bestimmen sowie die **Fortführung der Kooperation** mit Fachgesellschaften zu sichern.

Der Psychotherapiebeirat¹

1: Einstimmiger Beschluss des Psychotherapiebeirates am 11. Oktober 2022

ÖBVP-Stellungnahme

zur Resolution des Psychotherapiebeirates vom 11. Oktober 2022

Psychotherapiegesetz NEU

Qualitätssicherung der psychotherapeutischen Ausbildung und Versorgung in Österreich

Der ÖBVP **begrüßt und unterstützt die Resolution des Psychotherapiebeirates** vom 11. Oktober 2022 zum „Psychotherapiegesetz NEU – Qualitätssicherung der psychotherapeutischen Ausbildung und Versorgung in Österreich“ und erlaubt sich zu 2.4 folgende Stellungnahme abzugeben:

2.4. Zur **Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung** und zum Erhalt der Qualität der Ausbildung muss in einem ersten Schritt der Akademisierung die Möglichkeit gegeben bleiben, **außerordentliche Studien, in enger Kooperation** mit Fachgesellschaften, einzurichten.

Ordentliche Studien an Universitäten sind möglichst zeitnah einzurichten und auszubauen.

Die **Kooperation** mit den Fachgesellschaften (Fachspezifika & Propädeutika) hat im Sinne **eines dual-kooperativen Ausbildungssystems mit methodenspezifischer Ausrichtung (durchgängige Verschränkung von psychotherapeutischer Theorie und Praxis)** zu erfolgen.

Insgesamt soll sich die **Zahl der zukünftigen Ausbildungsplätze** an den Erfordernissen für eine ausreichende **österreichweite Gesamtversorgung** orientieren.

(BUVO-Beschluss vom 26.11.2022)

Anhang

Die verantwortlichen Herausgeber:innen und Autor:innen

Für den Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP):

Mag.^a **Barbara Haid** MSc (Präsidentin des ÖBVP)

Für die Vereinigung Österreichischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (VÖPP):

Mag.^a **Sabine Sammer-Schreckenthaler** (Präsidentin der VÖPP)

Autor:innen und Mitglieder der Expert:innengruppe Psychotherapiegesetz NEU:

Univ.-Prof. Dr. **Wilfried Datler** (Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien, Vorsitzender des Anrechnungsausschusses des Psychotherapiebeirats)

Markus Hochgerner MSc MSc (Vorsitzender des Ausschusses für fachspezifische Angelegenheiten des Psychotherapiebeirats, Mitglied des Universitätsrats der Bertha von Suttner Privatuniversität, Leiter des Lehrganges Propädeutikum im Österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik)

Univ.-Prof. Dr. **Christian Korunka** (Fakultät für Psychologie der Universität Wien, Mitglied des Psychotherapiebeirats; Leiter von Universitätslehrgängen im Bereich Psychotherapie an der Universität Wien)

Univ. -Prof. Priv. Dozⁱⁿ. Dr.ⁱⁿ **Henriette Löffler-Stastka** (Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie der Medizinischen Universität Wien, Curriculumdirektorin für Universitätslehrgänge an der Medizinischen Universität Wien)

Dr. **Gerhard Pawlowsky** (Vorsitzender des Eintragungsausschusses und Beschwerdeausschusses des Psychotherapiebeirats)



Versorgungswirksamkeit von Psychotherapie in Österreich

Versorgungsnotwendigkeit und Versorgungsvolumen

Psychische Erkrankungen wie Angst, Angst und Depression gemischt sowie somatoforme Störungen haben somatische Erkrankungen im Ranking der häufigsten Krankheitsbilder der Österreicher 2019 abgelöst. Laut OECD und europäischer Kommission 2018 („Gesundheit auf einen Blick“) wurde bereits 2014 festgehalten, dass psychische Erkrankungen rund 3,5 % des österreichischen Bruttoinlandsproduktes (BIP), somit 11 Mrd. Euro Kosten und größtes individuelles und familiäres Leid erzeugen [3]. Dieser Betrag hat sich bis 2019 auf 4,3 % des BIP, somit 13,9 Mrd. Euro gesteigert. Im Rahmen der COVID-19-Folgeerkrankungen wird eine aktuelle weitere Steigerung um 20 % der genannten Krankheitsbilder in ersten Erhebungen sichtbar.

Langzeitstudien ergeben eine Prävalenz von 25–30 % psychischer Symptome und Erkrankungen im Lebenslauf [7], jedoch nur 30 % der Betroffenen werden im kassenfinanzierten Hilffsystem vorstellig.

Die Bereitschaft, psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, wäre mit guter Versorgungsstruktur bei der Hälfte der Erkrankten erreichbar. Gehen wir von einer jährlichen Bedarfzahl von (je nach Untersuchung) 3–7 % der Gesamtbevölkerung aus, entstünde ein Bedarf bei 1,5–3 % der Bevölkerung, somit ca. 125.000–250.000 Patienten jährlich bei einer durchschnittlich erwartbaren Behandlungsdauer von 25–40 Einheiten. In Summe werden derzeit unter Einbezug aller psychotherapeutischen und psychotherapienahen Ver-

sorgungsformen ca. 100 Mio. Euro für Psychotherapie jährlich ausgeschüttet. Die Inanspruchnahme von Psychotherapie bei erfassten 1,5 % der Bevölkerung ergibt jedoch ein Finanzierungsvolumen von jährlich mindestens 260 Mio. Euro bei sehr niedriger eingeschätztem Honorar von 77.- Euro je Stunde Psychotherapie [5].

Gesetzliche Grundlage für psychotherapeutische Versorgung

Psychotherapie wurde mit dem Bundesgesetz 361/1990 als Berufsbild mit der Qualifikation zur eigenständigen Behandlung psychischer, psychosozial und psychosomatisch bedingter Leidenszustände anerkannt. Wurden zum damaligen Zeitpunkt 1650 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als berufsberechtigt erfasst, sind aktuell mit 01.06.2020 bereits 10.415 Personen in die Berufsliste des für Gesundheit zuständigen Ministeriums eingetragen [4] und stellen einen wesentlichen Beitrag zur Versorgung psychisch Leidender in Österreich dar.

Behandlungsangebot und finanzieller Rahmen

Durchschnittlich werden pro Therapeut 12 Wochenstunden Psychotherapie angeboten – davon 46 % in freier Praxis. Zur Arbeit in Institutionen fallen die regional besonders unterschiedlichen Zahlen auf: Während in Wien 19,3 % der Therapeuten auch in Institutionen arbeiten, sind in den Bundesländern NÖ, OÖ und ST nur noch 9,6 bis 6,2 % in Einrichtungen des Gesundheitswesens tätig. Es folgen ST, TI

mit 6,2 bis 5,0 %, Schlusslichter sind VB, KÄ, BU mit 2,4–1,4 %. Etwa ein Drittel der Personen je Bundesland sind sowohl institutionell als auch freiberuflich tätig [6].

» Stundensätze oft ohne ausreichende Rückerstattungs-möglichkeit für Patienten

Im Jahr 2019 wurden seitens der Sozialversicherung für Psychotherapie im engeren Sinne 76,4 Mio. Euro ausgegeben. Davon entfielen 60 % auf durch Versorgungsvereine und Institutionen angebotene Psychotherapie, 20 % auf Vertrags- und Wahlärzte, 19 % auf niedergelassene Therapeuten und 1 % auf Leistungen kasseneigener Einrichtungen [2].

In Summe wurden dabei durch Psychotherapeuten 116.000 Personen erreicht, die ärztlichen Leistungen psychotherapeutischer Medizin versorgten 117.000 Personen (grober Richtwert durch Fehlen weiteren Datenmaterials). Durchschnittlich wurden 20 Therapie-stunden in Anspruch genommen. „Das vorhandene Angebot stellt eine Basisversorgung sicher, dennoch scheint in allen Bundesländern weiterer Versorgungsbedarf gegeben“ und es „kann davon ausgegangen werden, dass das vorhandene Angebot den Bedarf nicht deckt“ (ebendort, S. IV) [2].

Bezahlung und Kosten-zuschüsse

Im Jahr 1992 wurde in der 50. ASVG-Novelle (BGBl 676/1991) Psychotherapie der ärztlichen Tätigkeit gleichgestellt und in den Pflichtleistungskatalog der so-

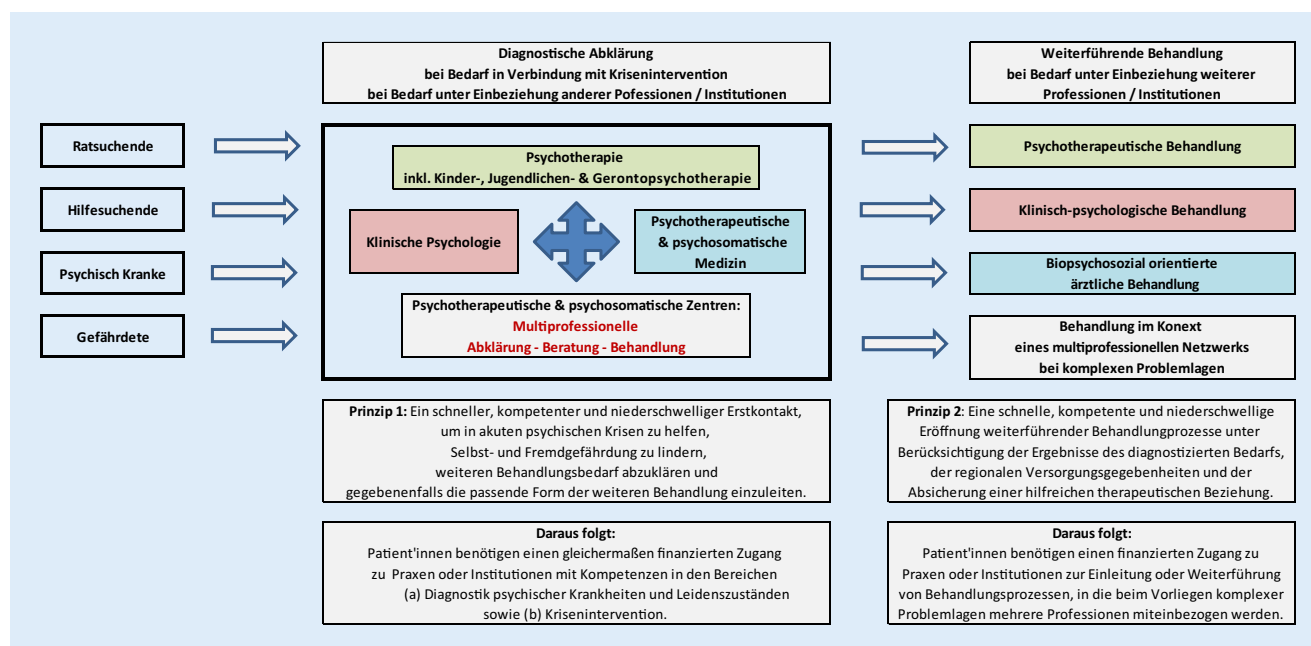


Abb. 1 ▲ Struktur der multiprofessionellen Versorgung bei psychischen und psychosomatischen Krisen und Erkrankungen in Österreich – Perspektiven 2020 (vgl. [1]).

zialen Krankenversicherung aufgenommen. Es fehlt jedoch bislang ein Gesamtvertrag. Damit werden die heterogene und je Bundesland unterschiedliche Form und der Umfang der Bezahlung ein wesentliches Moment der Versorgungswirksamkeit: Laut Statistik der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) [6] wird überwiegend Kostenzuschuss gewährt (52,2 % Rückerstattung von Teilkosten mit 28.- bis 50.- Euro pro Stunde Sachleistung) oder eine Vollrefundierung durch die Kassen (26,8 % der Patienten) getragen. Psychotherapie über Selbstzahlung (21 %) erfolgt bei durchschnittlichen Stundensätzen von 80.- bis 120.- Euro. Hinzu kommen ca. 4500 Psychotherapeuten, die im Ausbildungskontext unter Supervision eine ähnlich hohe wöchentliche Versorgungsfrequenz wie berufsrechtlich qualifizierte Therapeuten aufweisen, jedoch noch ohne Möglichkeit zur Abrechnung mit den Kassen und meist mit einem fragwürdigen Stundensatz von 10.- bis 40.- Euro ohne Rückerstattungsmöglichkeit für Patienten.

Versorgungswirksamkeit und Hindernisse

Als „versorgungswirksam“ werden lt. GÖG alle Therapeuten eingestuft, die

Patienten mit krankheitswertiger Störung versorgen [6]. Dabei wird deutlich, dass zu 26,1 % schwere und zu 43,8 % mittelgradige Störungen erfasst werden. Die Versorgung der unterschiedlichen Altersgruppen zeigt Spezialisierungen mit einem eigenständigen Weiterbildungsausweis am zuständigen Bundesministerium für Gesundheit in den Bereichen Säuglinge/Kinder (18,1 %) sowie Jugendliche (34,8 %) und ältere/alte Menschen (34,7 %).

» Patientenstatement aus der Inanspruchnahme-Erhebung: „Am hilfreichsten war die Kontinuität“

Als besonderes Manko in der Versorgungswirksamkeit zeigen sich die weiter bestehende Stigmatisierung psychischer Fragestellungen, die schwierige und bürokratische Antragstellung mit Wartezeiten bis zu mehreren Monaten, Informations- und Kommunikationsdefizite, die mangelnde Möglichkeiten zur psychosozial vernetzten Betreuung in einer geschlossenen Versorgungskette mit Angeboten und die ethisch fragwürdige

jährliche Kontingentierung der gewährten Stundenzahl je Bundesland [5].

Hilfe durch geschlossene Versorgungsketten

Diese aufschlussreiche Studie [5] mit quantitativen und qualitativen Elementen zeigt die Bedeutung der Motivation durch die soziale Umgebung und die besondere Rolle der Hausärzte in der Zuweisung zur Psychotherapie und zu den medizinischen Fachdiensten, die in gelungener Abfolge eine hilfreiche und zeitgerechte Zuweisung zu stationären Angeboten mit psychotherapeutisch weiterführender Therapie auch eine wesentliche Maßnahme der Tertiärprävention zur Vermeidung weiterer Chronifizierung, Krisenhaftigkeit und akutstationärer Aufenthalte darstellt.

Zusätzlich ist eine Vernetzung im multiprofessionellen Team von wesentlicher Bedeutung. Wie ein solches Versorgungsnetz gestaltet sein kann und welche handelnden Berufsgruppen hier effizient zusammenarbeiten müssen, ist in **Abb. 1** dargestellt (siehe auch [1]).

Der Aufbau einer multiprofessionellen Versorgungsstruktur in Österreich zur diagnostischen Abklärung und Behandlung von psychischen und psycho-

somatischen Krisen und Erkrankungen umfasst die in **Abb. 1** dargestellten Berufsgruppen. Bei Bedarf kann die Versorgung unter Einbeziehung weiterer Professionen und Institutionen aus Bereichen wie Sozialarbeit, Schuldnerberatung, Erziehungsberatung, Physiotherapie, Ergotherapie, Musiktherapie, Frühe Hilfen, Frühförderung, Psychagogik im Kontext von Schule etc. auf der Basis öffentlicher Finanzierung erfolgen (vgl. [1]).

Biopsychosoziale Versorgung – konsequente Vernetzungsarbeit

Anhand des folgenden Fallbeispiels zur Diagnostik einer Persönlichkeitsstörung und Suchterkrankung wird die Wichtigkeit eines psychosozialen Netzwerkes deutlich.

» Vernetzungsarbeit erfordert spezifische Kompetenzen

Diese Vernetzungsarbeit erfordert spezifische Kompetenzen: die Fertigkeit, eine psychiatrische Diagnostik und Differentialdiagnostik nach ICD-10/11 durchzuführen, einen Überblick über Klassifikationsschemata zu haben, um die Persönlichkeit der Patientin einzuschätzen, damit individuell abgestimmt zu intervenieren und auch prognostisch wesentliche Informationen ableiten zu können. Kenntnisse der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (OPD) und weitere Formen psychotherapeutischer Diagnostik können von Vorteil sein. Innerhalb der psychotherapeutischen Diagnostik ist für diesen Fall das Erstellen einer Strukturdiagnose (anhand der Beurteilung von Realitätsprüfung, Identität, Abwehrmechanismen) wesentlich. Allgemein zählen die Abklärung der Therapiemotivation, der Behandlungsvoraussetzungen und das Erheben der subjektiven Krankheitstheorie zu den Kernkompetenzen der psychotherapeutisch Ausgebildeten. Kenntnisse der Persönlichkeitsstörung, Unterschiede zwischen psychiatrischer Diagnostik und psychotherapeutischer Diagnostik sowie Therapieplanung und

Abfassen eines Patientenbriefes sind hier wesentlich, um adäquat versorgen zu können.

Zugewiesen von einem Allgemeinmediziner oder Psychotherapeut könnte nach erfolgter psychiatrisch/psychotherapeutischer Diagnostik ein Patientenbrief wie folgt aussehen.

Patientenbrief

(Von einem psychiatrisch/psychotherapeutischen Fachexperten an den Allgemeinmediziner).

Sehr geehrte Frau Kollegin! Sehr geehrter Herr Kollege!

Wir erlauben uns – mit Einverständnis und Wissen der Patientin – über Patientin A. zu berichten, die von Ihnen an unsere Klinik zur Psychotherapieplanung zugewiesen wurde. Die Patientin wird von Ihnen im Rahmen des Drogen-Substitutionsprogrammes behandelt. Es wurden ein psychotherapeutisches Erstgespräch und ein strukturelles Interview durchgeführt.

Zuweisungsmodus: Die Patientin betont einerseits, aus Eigeninitiative an die Klinik zu kommen, andererseits berichtet sie in ambivalenten Art und Weise, dass sie die Möglichkeit zur diagnostischen Abklärung und Psychotherapieplanung von ihrem praktischen Arzt erfuhr und von diesem auch „hierher geschickt“ wurde.

Beschreibung der Patientin: Die Patientin, 28 Jahre alt, untergewichtig, unsicher im Auftreten, wirkt vordergründig kooperativ, unterwürfig, leicht irritierbar, während des Gesprächs droht die Patientin ständig einen Wutausbruch zu entwickeln, bricht beispielsweise in Tränen aus, versucht Mitleid zu erwecken. Dies alles wirkt jedoch künstlich, gekünstelt und unecht.

Lebensgeschichte: Die Patientin sei etwa vier Wochen zu früh auf die Welt gekommen, habe die erste Zeit von der Mutter getrennt im Inkubator verbracht, sei nicht gestillt worden.

Der Vater sei wenig anwesend gewesen, die Mutter sei immer Hausfrau gewesen, habe nach der Pflichtschule keinerlei weitere Ausbildungen absolviert. Zur

psychopraxis. neuropraxis 2021 · 24:57–61
<https://doi.org/10.1007/s00739-020-00686-w>
 © Springer-Verlag GmbH Austria, ein Teil von Springer Nature 2021

H. Löffler-Stastka · M. Hochgerner

Versorgungswirksamkeit von Psychotherapie in Österreich

Zusammenfassung

Die aktuelle Versorgungssituation psychisch Kranker in Österreich wird zur Diskussion gestellt. Dabei steht eine Analyse der Versorgungswirksamkeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in freier Praxis im Vordergrund. Anhand eines Fallbeispiels wird die Wichtigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit erläutert.

Schlüsselwörter

Vernetzung · Psychotherapeutische Versorgung · Angebots-Kette · Bedarf · Multiprofessionalität

Efficacy of Psychotherapeutic Health Care in Austria

Abstract

The current health care situation of people with mental health problems is discussed. The focus of the discussion is an analysis of the effectiveness of care provided by psychotherapists in private practice. The importance of interdisciplinary cooperation is explained using a case study.

Keywords

Network · Psychotherapeutic care · Supply chain · Need · Multi-professionalism

Hochzeit der Eltern sei es nur wegen des unerwarteten Kindes und auf Druck der jeweiligen Eltern gekommen.

Die Patientin beschreibt eine konfliktreiche Ehe ihrer Eltern: Die Mutter sei alkoholabhängig gewesen, Mutter und Vater hätten zahlreiche außereheliche Beziehungen gehabt. Sie habe nachteilig den Streitereien der Eltern zuhören müssen, dabei sei es auch regelmäßig zu Handgreiflichkeiten gekommen.

Mit 15 Jahren erster Kontakt mit Drogen, über mehrere Jahre auch regelmäßiger intravenöser Konsum.

Nach Abbruch des Gymnasiums habe sie mit Gelegenheitsarbeiten begonnen, dabei häufige Wechsel der Arbeitgeber.

Die Patientin hat drei Kinder aus jeweils drei verschiedenen Partnerschaften. Von allen Männern habe sie sich nach einigen Monaten getrennt. Sie lebe derzeit in einer konflikthaften Beziehung zu einem gehbehinderten Mann, der eine Erwerbsunfähigkeitspension beziehe.

Beschwerden: Die Patientin beschreibt, dass sie schon als Kind ihre Stimmung und Befindlichkeit „wie hinter einem grauen Schleier verhüllt“ erlebt habe. Sie habe jahrelang Drogen konsumiert (auch während der Schwangerschaft; derzeit konsumiere sie in der Wohnung Cannabis) und mache sich Vorwürfe, ihren Kindern keine gute Mutter sein zu können. Ihr Ziel sei es, von dem gegenwärtig verordneten Substitutionsmittel wegzukommen und völlig abstinenz zu leben.

Einstellung der Patientin zu ihren Beschwerden: Die Patientin macht die Mutter für alle ihre Probleme verantwortlich. In der Auseinandersetzung mit der Mutter habe die Patientin beispielsweise gelernt, Drogen zur Stimmungs- und Konfliktregulation einzusetzen. Sie macht die konfliktbeladene Atmosphäre in ihrer Kindheit für ihre Probleme verantwortlich.

Selbstrepräsentanzen: Sie sei eigentlich ein positiver, sehr interessierter Mensch (Sprachen, Gitarre spielen, mit den Kindern spielen), sie werde in der Arbeit geschätzt und gemocht, könne aber von der Vergangenheit nicht loslassen, achte sehr darauf, wie sie auf andere wirke und vergesse dabei, den anderen überhaupt wahrzunehmen. Sie habe eine dauernde innere Anspannung.

Vorstellung von wichtigen Beziehungspersonen (Objektrepräsentanzen): Zu ihren Eltern habe sie keine vertrauensvolle Beziehung gehabt, vor allem der Kontakt zur Mutter sei von Geburt an gestört gewesen, auch die Mutter habe Schwierigkeiten mit der Tochter gehabt. Vor drei Jahren seien beide Eltern (beide an Karzinomen) und die Großmutter (an Altersschwäche) verstorben.

Ihre jüngste Tochter koche gerne, möchte später ein Gasthaus eröffnen, sei

harmoniebedürftig und möchte immer alle einbinden. Sie sei sehr fürsorglich und trage eine innere Traurigkeit in sich.

Nosologische und psychodynamische Krankheitshypothese: Identitätsdiffusion, Abwehr: Spaltung, Projektion, projektive Identifizierung, Idealisierung und Entwertung; Realitätsprüfung erhalten, paranoider Verarbeitungsmodus, emotionale Instabilität; die Patientin tendiert dazu, anfangs jegliche Kooperation zu bejahen (Idealisierung), um zu einem späteren Zeitpunkt das jeweilige Vorhaben wieder infrage zu stellen (Entwertung).

Diagnose: ICD-10: F12.2, F60.31.

Strukturelle Diagnose: Borderline-Persönlichkeitsorganisation.

Procedere: Wir empfehlen nach testmäßiger Erfassung des kognitiven Leistungsniveaus, Ausschluss einer Alkoholembyopathie und Spezifizierung des Motivationsstadiums der Patientin eine psychoanalytisch orientierte Psychotherapie, da die Patientin in gravierenden Bereichen ihrer Charakterstruktur so beeinträchtigt ist, dass eine rein symptomorientierte Behandlung nicht zielführend erscheint. Die mehreren Psychotherapieversuche, die bereits gemacht wurden und misslungen sind, erfordern eine enge Kooperation mit Ihnen als Allgemeinmediziner sowie Ihre Unterstützung der Behandlung. Eine grundlegende Arbeit an der Strukturierung der Persönlichkeit, insbesondere angesichts der Jugend der Patientin, erscheint sinnvoll. Wir ersuchen Sie, weiterhin längerfristig kooperativ mit uns (und dem behandelnden Psychotherapeuten) weiterzuarbeiten, da die der Erkrankung inhärenten Spaltungsprozesse möglicherweise immer wieder die Behandlung durch einen Abbruch bedrohen können.

Fazit für die Praxis

- Psychotherapeutische Hilfe wird von 1,5–3 % der Bevölkerung in Anspruch genommen.
- Je zur Hälfte werden die Betroffenen durch Psychotherapeutinnen und

Psychotherapeuten sowie durch die ärztlichen Leistungen psychotherapeutischer Medizin erreicht.

- Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in freier Praxis versorgen zu 26,1 % schwere und zu 43,8 % mittelgradige Störungen.
- Durchschnittlich werden pro Therapeut 12 Wochenstunden Psychotherapie angeboten – davon 46 % in freier Praxis.
- Es besteht ein deutlicher Mangel an Möglichkeiten zur biopsychosozial vernetzten Betreuung in einer geschlossenen Versorgungskette mit individuell abgestimmten Therapien in Dosis und Zeit.
- Eine gut abgestimmte multiprofessionelle Zusammenarbeit unter Beachtung und Kenntnis der unterschiedlichen Kompetenzen ist erforderlich.

Korrespondenzadresse



© MedUni Wien

Univ. Prof. Dr. med. univ. Henriette Löffler-Stastka
Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien
Währinger Gürtel 18–20,
1090 Wien, Österreich
henriette.loeffler-stastka@meduniwien.ac.at



© Privat

Markus Hochgerner, MSc
Messerschmidgasse 40/4,
1180 Wien, Österreich
markus@hochgerner.net

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen. Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Förderung. Open access funding provided by Medical University of Vienna.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. H. Löffler-Stastka und M. Hochgerner geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien. Für Bildmaterial oder anderweitige Angaben innerhalb des Manuskripts, über die Patienten zu identifizieren sind, liegt von ihnen und/oder ihren gesetzlichen Vertretern eine schriftliche Einwilligung vor.

Literatur

1. Datler W, Hochgerner M, Korunka C, Löffler-Stastka H, Pawlowsky G (2021) Disziplin, Profession und evidenzbasierte Praxis: Zur Stellung der Psychotherapie im Gesundheitssystem. Eine Bilanz. *psychotherapie forum* (in press)
2. Grabenhofer-Eggerth A, Sator M (2020) Psychotherapie als Sozialversicherungsleistung – Inanspruchnahme und Finanzierung. *Gesundheit Österreich, Wien*
3. OECD (2015) *Mental health and work: Austria*. OECD, Paris
4. Pawlowsky G (2021) Eine Analyse der Quellenberufe der eingetragenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Österreich. In: Hochgerner M (Hrsg) *Grundlagen der Psychotherapie*, 2. Aufl. Facultas, Wien (In Vorbereitung)
5. Sagerschnig S, Grabenhofer-Eggerth A, Kern D, Sator M, Zuba M (2018) Inanspruchnahme von Psychotherapie und psychiatrischer Rehabilitation im Kontext der Angebote. *Gesundheit Österreich, Wien*
6. Tanios A, Valady S, Grabenhofer-Eggerth A (2020) Analyse der Versorgungswirksamkeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in freier Praxis. *Gesundheit Österreich, Wien*
7. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C, Fratiglioni L, Jennum P, Lieb R, Maercker A, van Os J, Preisig M, Salvador-Carulla L, Simon R, Steinhausen H-C (2011) ECNP/EBC REPORT 2011. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 21:655–679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

Hier steht eine Anzeige.

 Springer



VersorgungsNOT – Psychotherapie als zentrale, aber marginalisierte Versorgungsleistung im Gesundheitssystem

Der Preis der Ignoranz – was kostet es uns als Gesellschaft?

Gabriele Rieß · Henriette Löffler-Stastka

Angenommen: 13. Oktober 2022
 © Der/die Autor(en) 2022

Zusammenfassung Der Artikel geht der gesellschaftsrelevanten Frage nach, welche Versorgungskonzepte und Qualitätssicherungsmaßnahmen erforderlich sind, um der Psychotherapie als Behandlung einen versorgungsrelevanten Stellenwert in der österreichischen Gesundheitsversorgung einzuräumen. Er geht auf soziologische Ursachen für den Anstieg psychischer Krankheiten sowie auf Fakten zum Bedarf, auf Prävalenzzahlen, Versorgungsdaten und -mittel ein und beschreibt, wie die Entwicklung einer Nationalen Strategie Psychische Gesundheit helfen kann, die flächendeckende Versorgung mit Psychotherapie zu verbessern.

Der Artikel beruht auf den Erkenntnissen der Autorinnen aus der Tagung 2020 „VersorgungsNOTwendigkeit – Versorgung in der NOT“ – veranstaltet von der Koordinationsstelle Psychotherapieforschung an der Gesundheit Österreich GmbH – und der vertieften Auseinandersetzung zum Thema Psychotherapieversorgung bzw. Versorgungsnot: In Fokusgruppen bzw. im Fachbeirat der Koordinationsstelle wurden die Fragen der Psychotherapieversorgung diskutiert sowie eine Literaturanalyse und vertiefende exemplarische explorative Interviews zum Thema durchgeführt. Der Artikel bietet erste Ergebnisse dieser Analysen, Recherchen, Reflexionen und die Schlussfolgerungen der Autorinnen.

Schlüsselwörter Psychotherapieversorgung · Bedarf · Gesellschaft Soziale Verantwortung · Strukturplanung

G. Rieß
 Koordinationsstelle Psychotherapieforschung, GÖG, Wien, Österreich

H. Löffler-Stastka (✉)
 Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien, Wien, Österreich
henriette.loeffler-stastka@meduniwien.ac.at

Lack of care—psychotherapy as a central but marginalized treatment and service in the health care system

The price of ignorance—what does it cost us as a society?

Summary The article addresses the socially relevant question of which care concepts and quality assurance measures are necessary to give psychotherapy a care-relevant status in the Austrian health care system, also addresses sociological causes for the increase in mental illnesses as well as facts about need, prevalence, health care data and resources, and describes how the development of a National Mental Health Strategy can help to improve the nationwide provision of psychotherapy.

The article is based on the authors' findings from the 2020 conference “VersorgungsNOTwendigkeit—Versorgung in der NOT” – organized by the Coordination Office for Psychotherapy Research at Gesundheit Österreich GmbH – and the in-depth discussion on the topic of psychotherapy supply or supply shortage: the issues of psychotherapy supply were discussed in focus groups and in the advisory board of the Coordination Office, and a literature review and in-depth explorative interviews on the topic were conducted. The article presents first results of these analyses, searches, reflections and the authors' conclusions.

Keywords Psychotherapy care · Need · Society · Social responsibility · Structure planning

Psychotherapie: marginalisierte Versorgungsleistung im österreichischen Gesundheitssystem – die Pandemie als Chance?

Momentan ist Psychotherapie – 30 Jahre nach Inkrafttreten des Psychotherapiegesetzes – immer noch als

Leistung der Sozialversicherung kaum zugänglich, da der Versorgungsausbau nicht im erforderlichen und dem im Sinne der *gesundheitlichen Chancengerechtigkeit* notwendigen Ausmaß erfolgte (Arrouas und Fleischmann 2019). Psychotherapie können sich häufig nur jene Bevölkerungsschichten leisten, die über ein überdurchschnittliches Einkommen verfügen, also eher abgesichert im (Arbeits-)Leben stehen und in vielen Fällen nicht zu den schwer und schwerst Erkrankten gehören, die diese Versorgungsleistung dringend benötigen würden. Und dies, obwohl die *Prävalenzzahlen psychischer Erkrankungen hoch* sind (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators 2022).

Psychotherapie muss im österreichischen Gesundheitssystem langfristig – parallel zur und integriert mit der somatisch-medizinischen Versorgung – jenen Stellenwert erhalten, der ihrem Nutzen entspricht. Um die aus Sicht der Finanzierungsvolumina marginalisierte Position, die der Psychotherapie im Gesundheitssystem eingeräumt wird, zu verändern, sind verschiedene Schritte erforderlich, welche im vorliegenden Artikel resümierend dargestellt werden.

Die Corona-Pandemie bzw. ihre Bekämpfung hatten massive Folgen für die psychische Gesundheit – v.a. bei Kindern und Jugendlichen (Pietrabissa et al. 2021) und machten gleichzeitig deutlich, dass psychische Gesundheit einen zentralen, unerlässlichen Faktor einer gesunden Bevölkerung darstellt. Das durch die Pandemie erstarkte gesellschaftliche Bewusstsein (Riess et al. 2021) für psychisches Leid und somit für Psychotherapie könnte ein förderlicher Nährboden und Ausgangspunkt sein für die konsolidierte Etablierung dieser Versorgungsleistung im Sinne einer Orientierung am *individuellen Bedarf* und *subjektiven Erleben* jener Menschen, die an psychischen Erkrankungen leiden.

Psychotherapie und gesellschaftlicher Kontext: Demokratie und Angst

Psychische Belastungen/Krankheiten nehmen – nicht erst seit der Pandemie – zu. Dieser alarmierende Trend steht auch in Wechselwirkung mit dem sich seit den 50er-Jahren abzeichnenden und in den letzten 20 bis 30 Jahren deutlicher gewordenen gesellschaftlichen Wandel bzw. mit der funktionellen Ausdifferenzierung moderner Gesellschaften (Löffler-Stastka und Krajic 2022): Ein sozialer Wandel hin zu demokratischeren Strukturen, neue flexible Arbeitszeitmodelle, Leistungsdruck u.v.m. führen zwar oft zu mehr Freiheit und Eigenverantwortung, aber bei manchen Menschen zu mehr Angst und Überforderung und begünstigen somit psychische Erkrankung.

Dieser Wandel kann auch im Bereich der Krankenbehandlung z.B. durch eine Neudefinition des Arzt/Ärztin-Patient:in-Verhältnisses beschrieben werden. Perspektiven von nicht ärztlichen Expert:innen bzw. ökonomische Überlegungen drängen in den Hoheitsbereich der Krankenbehandlung ein, womit auch Re-

gulierungsprozesse miteinhergingen (vgl. Einführung der Leistungsbezogenen Krankenhausfinanzierung/LKF 1995, des Psychotherapiegesetzes 1991, des Unterbringungsgesetzes 1990, etc.): dies führte zur Ökonomisierung, Technisierung, Regulierung bzw. „Verrechtlichung“ der Medizin, aber eben auch zu wichtigen Demokratisierungsprozessen.

Andererseits sind liberale Gesellschaften wegen fehlender stützender Orientierung oder Ungleichheiten im Bildungszugang immer weniger geschützt gegenüber der zunehmenden Verbreitung von Fake News und paranoiden Exzessen, wodurch *gesellschaftliche Spaltungsprozesse* befördert werden, die ihrerseits mehr Integration und Solidarität nötig machen, um der gesellschaftlichen Spaltung entgegenzuhalten. In diesem Spannungsfeld kommt der Psychotherapie ein wichtiges Gestaltungsmoment zu. Psychotherapeut:innen können auf Ebene der Gesundheitsversorgung eine wichtige Rolle einnehmen: Auf Basis einer tragfesten Beziehung fördern sie sowohl Autonomie als auch Angstreduktion und (Selbst-)Reflexion verbunden mit (Selbst-)Verantwortung im Sinne der psychischen Gesundheit. Dies wiederum ist Basis für demokratische, rationale Meinungsbildung und gesellschaftliche Teilhabe. Gesellschaftlichen Spaltungsprozessen kann so ein stabilisierendes (Selbst-)Vertrauen entgegengehalten werden.

Wie aber stellt sich die Ausgangslage (bzgl. Prävalenz psychischer Erkrankungen und Psychotherapiebedarf) für die Versorgung mit Psychotherapie dar und welchen ökonomischen Vorteil hätte eine Gesellschaft von einer funktionierenden Versorgung?

Prävalenz, Psychotherapie-Bedarf und ökonomische Bedeutung psychischer Erkrankungen

Die OECD und die Europäische Kommission beziffern die *(Folge-)Kosten psychischer Erkrankungen* in Österreich für das Jahr 2019 mit rund 4,3% des Bruttoinlandsproduktes auf etwa 13,9Mrd.€ und betonen neben diesem finanziellen volkswirtschaftlichen Schaden auch extrem hohe individuelle sowie familiäre seelische Belastungen (*Global Burden of disease*, vgl. OECD 2020 [2015]; GBD 2019 Mental Disorders Collaborators 2022; Rechnungshof 2019; Nübling et al. 2014; Statistik Austria 2020; Wancata 2017). Psychische Erkrankungen wie Angst, affektive Störungen inkl. Depression oder somatische Belastungsstörungen haben die somatischen Erkrankungen im Ranking der häufigsten Krankheitsbilder in Österreich mittlerweile überholt (vgl. auch Löffler-Stastka und Hochgerner 2021). Dieser Trend wird aufgrund der COVID-19-Folgeerkrankungen um weitere 20% steigen (Pietrabissa et al. 2021).

Eine Befragung zu Prävalenz und Versorgung psychischer Krankheiten in Österreich (Wancata 2017) an einer österreichweit repräsentativen Stichprobe ergab eine 1-Jahres-Prävalenz von rund 23% psychischer

Symptome und Erkrankungen (erhoben mittels der „Present State Examination PSE-10“ der „Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry SCAN“ zur psychiatrischen Fallidentifikation). Bei der Untersuchung des Bedarfs zeigte sich, dass nach klinischer Einschätzung der Untersucher:innen rund 14 % der Bevölkerung mit Psychotherapie versorgt werden sollten (Wancata 2017; vgl. auch Löffler-Stastka und Hochgerner 2021).

Hoher Nutzen von Psychotherapie in ökonomischen Analysen

Mit Psychotherapieversorgung befasste Gesundheitsökonom:innen konstatieren – im Kontrast zur Versorgungslage – eine *eindrückliche Kosten-Nutzen-Effizienz für Psychotherapie* im Vergleich zu anderen (rein somatischen) Interventionsformen (Rechnungshof 2019; Seitz et al. 2019; Nübling 2014; Margraf 2009). Eine Metaanalyse über 54 verfügbare Studien innerhalb von 10 Jahren mit mehr als 13.000 Patient:innen zeigt in 86 % der analysierten Studien eine Netto-Einsparung durch Psychotherapie (positives Kosten-Nutzen-Verhältnis nach Abzug der Psychotherapiekosten) nach ca. 2 Jahren (zeitlich stabile Kostenreduktionen bei stationären Leistungen und Arbeitsausfallkosten) sowie in 76 % der Studien eine Überlegenheit (bzw. einen signifikanten Zusatznutzen) in der Wirksamkeit gegenüber medikamentösen Strategien (Margraf 2009). Ebenso zeigen Kosten-Nutzen-Analysen zu Psychotherapie die Effizienz im Vergleich zu den hohen Folgekosten psychischer Erkrankungen. Beispielsweise konnten die Kosten (inkl. sekundäre Kosten wie Krankenstandstage, etc.) bei Patient:innen mit chronischer somatischer Belastungsstörung durch die in Frequenz und Dosis adäquate, integrierte psychotherapeutische Behandlung auf durchschnittlich €80.000,- pro Patient:in pro Jahr halbiert werden (Seitz et al. 2019).

Psychotherapie wäre also nicht nur *wirksamer im Vergleich zu medikamentösen Strategien*, sondern langfristig auch *billiger als keine Therapie* (Nettoeinsparung durch Psychotherapie nach ca. 2 Jahren vgl. Margraf 2009), würde sie denn solidarisch – von der Sozialversicherung – finanziert werden und im Sinne des Patientenrechts auf Versorgungszugang jenen, die an einer psychischen Erkrankung leiden, auch zur Verfügung stehen.

Aktuelle Versorgungssituation in Österreich

Die Versorgung mit Psychotherapie stellt in Österreich eine gewisse Basisversorgung dar. Die Ausgaben für Psychotherapie wurden in den letzten Jahren aber nur rudimentär aufgestockt. Derzeit werden (bezogen auf die Zahlen aus 2014 in Grabenhofer-Eggerth et al. 2020) rund 237.000 Patient:innen mit psychotherapeutischen Leistungen versorgt, also 2,8 % der Gesamtbevölkerung. Davon wurden über Versorgungs-

vereine und Institutionen etwas über 60.000 Personen (25 %) erreicht, bezuschusste Psychotherapie erhielten rund 56.000 (34 %) und 3700 Personen (2 %) wurden in kasseneigenen Einrichtungen versorgt. Durch ärztliche psychotherapeutische Leistungen wurden rund 117.000 Personen (49 %) versorgt (ebd. 2020).

Von der solidarischen Gesundheitsversorgung werden pro Jahr rund 76,4 Mio. € (bezogen auf die Zahlen aus 2014 in Grabenhofer-Eggerth et al. 2020) für die psychotherapeutische Versorgung aufgebracht. Von den Gesamtausgaben entfielen 60 % auf durch Versorgungsvereine und Institutionen erbrachte Psychotherapie, 20 % auf Leistungen durch Vertrags- und Wahlärzte, 19 % auf Kostenzuschuss zur psychotherapeutischen Behandlung bei niedergelassenen Psychotherapeut:innen und 1 % auf Leistungen kasseneigener Einrichtungen. Die Ausgaben pro versicherte Person *variieren regional beträchtlich* und orientieren sich nicht an einheitlichen Bedarfswerten. Außerdem unterscheiden sich Leistungen der Vertrags-/Wahlärzte meist von der in Versorgungsvereinen und Institutionen erbrachter Psychotherapie, zumal die Dauer ihrer Leistungen – ähnlich wie auch in kasseneigenen Einrichtungen – kürzer als 50 min ist und sich auf wenige (2–3) Sitzungen beläuft.

Dies zeigt, dass im Versorgungssystem aus Sicht der Sozialversicherungsträger *uneinheitlich definiert* ist, was unter Psychotherapie verstanden wird bzw. die (klassische) Psychotherapie durch Psychotherapeut:innen mit einem vergleichsweise geringen Finanzvolumen ausgestattet ist.

Studien für Österreich (Riess et al. 2021) zeigen weiters, dass ein niederschwelliger, kostenfreier *Zugang* zu Psychotherapie dringend erforderlich und die gesetzliche Grundlage dafür seit langem geschaffen ist (Springer-Kremser et al. 2002). Die Antrags- und Bewilligungspraxis der Krankenkassen ist aber kompliziert, was eine Hürde im Versorgungszugang und eine hohe Belastung für Patient:innen bedeutet.

Die Versorgungslage im öffentlichen Gesundheitssystem ist für Psychotherapie aber keineswegs so, wie sie für jene Menschen, die Psychotherapie dringend benötigen würden, sein sollte oder wie es Kosten-Nutzen-Analysen nahelegen. Wieso?

Die Rolle des gesellschaftlich-kollektiven Bewusstseins und die Fallstricke in der Diskussion zur Psychotherapieversorgung

Psyche und *Psychische Gesundheit* sind als Begriffe und systematisches Wissen noch immer *völlig unterrepräsentiert* in der Gesellschaft/im kollektiven Bewusstsein, v.a. aber – und das ist für das gegenständliche Thema entscheidend – auch *im Gesundheitssystem*. Wenngleich die Corona-Pandemie zumindest das kollektive Bewusstsein für psychisches Leid erhöht hat, wird psychische Gesundheit im Gesundheitssystem meist unsystematisch thematisiert, denn es fehlt häufig ein *kohärentes (theoretisches)*

Verständnis (bzw. eine *genaue Definition*) von Psyche und psychischer Gesundheit/Krankheit sowie ihrer Förderung/Behandlung durch Psychotherapie (Watzka 2022; Löffler-Stastka et al. 2009).

Folglich werden oft nur *Ausschnitte und Versorgungsfragmente* diskutiert, welche dann mit überproportionaler Energie und Finanzmittel ausgestattet werden. Es geht dann entweder ausschließlich um ein spezifisches Setting (z.B. intramural, weniger extramural/ambulant/niedergelassen), eine bestimmte Zielgruppe (z.B. Altersgruppe wie Kinder/Jugendliche), eine einzelne Behandlungsphase (z.B. Krankenbehandlung bzw. Prävention) oder ein besonderes Störungsbild (z.B. Abhängigkeitserkrankungen). Die breite Palette *aller* psychischen Erkrankungen (z.B. auch Angsterkrankungen, affektive Störungen inkl. Depressionen oder somatische Belastungsstörungen) bzw. aus Prävalenzsicht dringliche Erkrankungen spielen in der öffentlichen Thematisierung sowie in der Versorgungsdiskussion kaum eine Rolle.

Ein weiterer Fallstrick der Diskussion ist, dass *Fragen der Fachdisziplin Psychotherapie* selten als integriertes Gesamtpaket dieser Berufsgruppe (unter Inklusion angrenzender Fachdisziplinen) zugeordnet und mit dieser gemeinsam diskutiert werden: Es ist ein im Gesundheits-/Sozialsystem häufig ausgeblendetes Faktum, dass die psychotherapeutische Arbeit aus *unterschiedlichen Handlungsfeldern* und *Angeboten in verschiedenen Settings* mit *unterschiedlicher Frequenz und Behandlungsdauer* besteht. Dabei sind die *Behandlungs- bzw. Arbeitsphasen* der Psychotherapie von durchaus *sehr differenzierten Zielen* geleitet, welche wiederum ineinandergreifen: z.B. Heilung, Linderung, Stabilisierung bzw. Vermeidung der Krankheitsverschlechterung, weiters Prävention und psychosoziale Beratung etc. in unterschiedlichen Settings. Werden diese *unterschiedlichen psychotherapeutischen Handlungsfelder* inkl. ihrer Ziele getrennt voneinander diskutiert, verlangsamen Berufsgruppenrivalitäten bzw. Kompetenzstreitigkeiten (vor allem an den fachlichen Schnittstellen) die notwendige Versorgungsverbesserung, verstärken die Fragmentierung des Gesundheitssystems und erhöhen jedenfalls die Unübersichtlichkeit (bzgl. Institutionen und Berufsgruppen) für Patient:innen bzw. Hilfesuchende.

Auch die Diskussion von Ausbildungsdetails oder zu Qualitätsüberprüfung von Psychotherapie-/verfahren (als ginge es um ein neues Behandlungsverfahren im Gesundheitsdiskurs) sowie das Hereinholen neuer Berufsgruppen in das ASVG als *Kompensation für die vorliegende Mangelversorgung* mit Psychotherapie lösen folglich das Problem nicht. Die *Vermischung* bzw. das *Ausblenden* der Versorgungsebenen führt in Folge zur wechselseitigen Delegation von Finanzierungsverantwortung (vgl. Rechnungshofbericht 2019), wodurch letztlich ein Großteil der psychotherapeutischen Versorgung auf den Privatsektor (Zahlung „out of pocket“) verschoben wird. Das Problem der Unterversorgung kann NICHT allein durch eine *Steue-*

rung des Zugangs und „sparsame“ Ressourcenallokation (Stichwort: Mangelverwaltung) behoben werden.

Gegenstandsbereich von Psychotherapie und Subjektbegriff: Fachdisziplin und intuitives Alltagswissen

Möglicherweise erschwert ein spezifischer Umstand die Diskussion und trägt insbesondere zu den *auffälligen Zuständigkeitsstreitigkeiten* des psychosozialen Felds bei: Der Vor- und Nachteil des Kompetenz- und Berufsprofils der Psychotherapie ist seine am (in eine kollektive Matrix eingebetteten) Individuum und dessen subjektiv-persönlichen Erlebensweisen ausgerichtete Behandlungsform (Riess 2018). Diese hat die *Autonomieentwicklung und Selbstregulation des Menschen* im Auge und steht somit der klassischen Vorstellung einer somatisch-medizinischen Behandlung entlang biologisch-physikalisch-chemischer Paradigmen und Parameter scheinbar entgegen. Psychotherapie kann gemäß ihrem Selbstverständnis nichts außer Acht lassen, was im *subjektiv bewussten, existentiellen, vor- und unbewussten Erleben und Körpererleben* eines sozial-historisch-gesellschaftlich und ökonomisch eingebetteten Menschen wirksam und von Bedeutung ist. Selbstverständlich haben auch die Medizin und alle gesundheitsrelevanten Berufe im medizinischen Gesundheitssystem sowie im Sozialsystem (v.a. Sozialarbeit) mit diesen subjektiven und psychologischen Aspekten des Mensch-Seins zu tun und tangieren sie in ihren Arbeits- oder Behandlungsformen; aber die Psychotherapie ist jene (sehr fach-interdisziplinär arbeitende) Disziplin (Wampold und Imel 2015), die sich auf diese Fragestellung der Psychischen Gesundheit und Krankheit bzw. ihrer Gegenstandsdefinition – basierend auf den psychologischen Diskursen zu Erleben und Verhalten des Menschen – sowie ihre Weiterentwicklung und Behandlung (inkl. gegenstandsspezifischer Präventionsarbeit) als *Fachdisziplin* konzentriert.

Mangelversorgung durch Unterfinanzierung oder Verbesserung der Psychotherapieversorgung?

Das *Ausbleiben der Budgetaufstockung* (z.B. durch die Sozialversicherung) muss folglich stärker für die Mangelversorgung verantwortlich gemacht werden als etwa die Komplexität des Gegenstandsbereiches Psychotherapie bzw. eine mangelnde „Integration“ der Versorgung: Eine nicht existente Versorgungsstruktur „Psychotherapie“ kann auch nicht mit anderen Berufsgruppen bzw. mit dem medizinischen oder sozialen Sektor „integriert“ angeboten werden. Ohne den Aufbau einer systematischen Psychotherapieversorgung durch die entsprechende *Verantwortung für die Finanzierung* kann es auch keine wie auch immer geartete „integrierte Versorgung“ (vgl. Klein et al. 2012) geben und setzt sich die Stigmatisierung psychisch Erkrankter fort.

Als (erste) Schlussfolgerungen der beschriebenen Analysen (vgl. Tagung 2020 und vertiefte Auseinandersetzung in Fokusgruppe bzw. Fachbeirat, explorative Interviews und Literaturrecherche) wurden aus Sicht der Autorinnen mehrere qualitätssichernde Maßnahmen als relevant und dringlich abgeleitet, welche im Sinne einer aktuellen Nationalen Strategie Psychische Gesundheit konzipiert und bearbeitet werden könnten.

Versorgungsgerechtigkeit und bedarfsgerechte Versorgungsstruktur mit entsprechendem Budget

Wichtiges Prinzip in Bezug auf die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgungslage *im Sinne einer Orientierung am individuellen Bedarf und subjektiven Erleben/Leid von Betroffenen* ist, dass zunächst für Versorgungsgerechtigkeit gesorgt wird, und zwar durch die *Bereitstellung einer bedarfsgerechten Versorgungsstruktur Psychotherapie mit entsprechendem Budget*, die sich an der international gut untersuchten Prävalenz psychischer Erkrankungen (WHO, Deutschland, Schweiz) orientiert bzw. an den Bedarfsraten von Hilfebedürftigen, die an das System der Psychotherapieversorgung angebunden werden können (Löffler-Stastka und Hochgerner 2021).

Qualitätssicherungsinstrument Versorgungsdaten, Survey Psychische Gesundheit und Angebotserfassung

Da die Datenlage zur Psychotherapie(versorgung) in Österreich lückenhaft ist, ist es erforderlich, eine flächendeckende Gesundheitsberichterstattung Psychotherapie (Dokumentationssystem Psychotherapie PsyDok) zu konzipieren und aufzubauen. Diese sollte ergänzt werden durch die Erarbeitung eines Konzepts für einen nationalen Gesundheitssurvey Psychische Gesundheit (PsyG-Dok, vgl. Gesundheitssurvey Deutschland), welcher typische (klinische) Screening-Instrumente verwendet und eine wichtige Grundlage zu aktuellen österreichischen Prävalenzdaten als Basis für eine *bedarfsgerechte Angebotsplanung* liefern würde (vgl. Rechnungshof 2019).

Die Erarbeitung eines mehrstufigen Budgetplans, d.h. eine verbindliche *Finanzierungsstruktur/Finanzierungszuständigkeit und Budgethöhe* für Psychotherapie in allen Settings, insbesondere jedoch im niederschweligen ambulanten/niedergelassenen Setting (Psychotherapie-Ambulanzen und niedergelassene Psychotherapie) wäre zweckmäßig.

Die Erfassung (mittels einer zu konzipierenden Erhebung) und Analyse der Strukturqualität *aller vorhandenen Angebote* im psychosozialen Feld (psychosoziale Institutionen) bzw. jener Angebote, die den stationären mit dem extramuralen Versorgungsbereich verknüpfen (vgl. Entlassungsmanagement), wäre ein wichtiger Schritt, um Übersicht über relevante Systempartner der Psychotherapie zu erhalten.

Ein solches Erhebungskonzept sollte das Stundenausmaß der Beschäftigten, ihrer Berufe bzw. Weiterbildungen sowie ihre Kompetenz- und Aufgabenprofile inkludieren. Die Strukturanalyse muss auch die Finanzierungsstruktur erfassen.

Strukturplanung für Psychotherapie-Ambulanzen und niedergelassene Psychotherapie

Auf Basis der Ergebnisse oben vorgeschlagener Erhebung sollte für den ambulanten Psychotherapieversorgungsbereich eine einheitliche, idealtypische Struktur für *Psychotherapie-Ambulanzen* (Struktur- inkl. Prozessplanung) festgelegt (vgl. Child Guidance Clinic, ÖAGG psychotherapeutische Ambulanz gGmbH, div. psychotherapeutische (Universitäts-)Ambulanzen) und mittel- bis langfristig im Österreichischen Strukturplan Gesundheit ÖSG (Eglau et al. 2021) umsetzungswirksam verankert werden.

Differenzierte Bedarfs- und Angebotsplanung u. a. in der niedergelassenen Psychotherapie

Die Definition *differenzierter Bedarfs- und Angebotsformen* insbesondere für das ambulante Setting der *niederschweligen* niedergelassenen Psychotherapie-Praxen ist insofern wichtig, als dadurch der breite Begriff Psychotherapie für Verantwortliche im Gesundheitssystem verständlich aufgeschlüsselt und sichtbar gemacht wird. Völlig unabhängig von der methoden-/schulenspezifischen Ausrichtung eines Psychotherapieverfahrens muss ein/e Psychotherapeut:in je nach *individuellem Bedarf* bzw. Problem- und Störungslage der Patient:innen entscheiden, welches Angebot er/sie setzt. Außerdem muss die Definition der Versorgungswirksamkeit im Verhältnis zum Zeitaufwand (der Praxisführung) festgelegt werden.

Psychotherapieplanung: Psychotherapeutische Diagnostik und Indikationsstellung

Im Zuge der *psychotherapeutischen Diagnostik* muss eine *differenzierte i.e. individuelle Psychotherapieplanung* mit dem Ziel der *psychotherapeutischen Indikationsstellung* erfolgen: Sie unterscheidet beispielsweise zwischen (1) Krisenintervention/Akutbehandlung, (2) psychosozialer Beratung und (3) Psychotherapie, welche als (3a) Kurz- oder (3b) Langzeitpsychotherapie nieder- und hochfrequent geplant werden kann und im Zuge der probatorischen Sitzungen erprobt werden sollte.

Die fachliche Definition und Klärung der Kriterien für die differenzierte psychotherapeutische Indikationsstellung zu spezifischen Bedarfen bzw. Angeboten muss mittels Fachexpertise und spezifischer Diagnostik-Instrumente (z.B. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik) erfolgen, um Kriterien für schwer Erkrankte, aber natürlich auch für andere behandlungsbedürftige Patient:innen- und Diagnosegruppen

zu definieren und entsprechenden Angeboten zuzuordnen zu können. Dabei müssen weitere fachliche Kriterien – u. a. die aktuelle *Psychotherapiefähigkeit* – berücksichtigt werden. Entsprechende Empfehlungen können in Anlehnung an bereits etablierte Vorgehensweisen, wie sie etwa im Tiroler- oder Salzburger Modell praktiziert werden, formuliert werden.

Differenzierte Angebotsformen der Psychotherapie und definierte Stundenkontingente

Für all diese *am individuellen Bedarf orientierten differenzierten Angebotsformen* sollten *jährliche Stundenkontingente* aus Fachsicht definiert werden, die beispielsweise ein Stundenausmaß von 1–10 h für das Angebot Psychotherapeutische Diagnostik, Indikationsstellung & Therapieplanung bzw. Krisenintervention/Akutpsychotherapie oder psychosoziale Beratung (vgl. Lambert 2013) bzw. ein Stundenausmaß von 10–25 h für das Angebot Psychotherapie als Kurzbehandlung (bzw. Fokalthherapie) bzw. 25–40 (ggf. 80–160 bei höherfrequenten Therapien) Stunden pro Jahr für das Angebot der Langzeitbehandlung umfassen. Für die Langzeitbehandlung muss darüber hinaus auch die *maximale Zeitspanne* (in Jahren) für Psychotherapie im Rahmen der Versicherungsleistung transparent diskutiert und geplant werden.

Die Patient:innenperspektive

Die allgemeine Natur der Psychotherapie spiegelt einen *intimen, sehr persönlichen und an individuellen Bedürfnissen und Bestrebungen bzw. an der subjektiven Erlebnisweise orientierten zwischenmenschlichen Prozess* wider, der im genuine Interesse bzw. zum persönlichen Nutzen der Patient:in/Klient:in durchgeführt wird; diese Orientierung an der *Perspektive der Hilfesuchenden* fehlt oft in der Diskussion um Gesundheitsversorgung und muss gerade in der psychotherapeutischen Versorgungsplanung (differenzierte Bedarfsorientierung mit entsprechenden differenzierten Angebotsformen) abgebildet sein.

Niederschwelliger Zugang ins Hilffssystem: die Psychotherapeutische Sprechstunde

Im Sinne eines *niederschwelligen und extrem erleichterten Zugangs* könnte für die Leistungsschritte Psychotherapeutische Diagnostik, Indikationsstellung und Festlegen von Art der Intervention bzw. Krisenintervention/Akutpsychotherapie eine Art „Psychotherapeutische Sprechstunde“ in niedergelassenen Psychotherapeutischen Praxen konzipiert und eingeführt werden, wodurch anfragenden Patient:innen z. B. innerhalb von 14 Tagen der erste Termin von bspw. 2–10 *antrags- und kostenfreien Stunden* zur Verfügung gestellt werden kann. Innerhalb dieser Erstgespräche sollte entweder die Akut- oder Krisenintervention und/oder eine psychotherapeutische Diagnostik und

-Indikationsstellung zur weiteren (differenzierten) Therapieplanung, eine Kooperation mit Nachbardisziplinen oder eine psychosoziale Beratung bzw. Weitervermittlung ins psychosoziale Feld erfolgen – im Sinne einer *geschlossenen Versorgungskette*.

Qualitätssicherungsinstrumente für die Kooperation (Stichwort: Fall- und Helferkonferenzen) und das *Nahtstellenmanagement* zu benachbarten Berufsgruppen und Angeboten im psychosozialen Feld (insbesondere zu Sozialarbeit und Klinischer Psychologie) sollten erarbeitet bzw. vereinheitlicht zur Verfügung gestellt werden.

Definition der Psychotherapeutischen Kompetenz: Berufsprofil und Curriculum

Die Ausarbeitung des konkreten *Berufs- und Kompetenzprofils Psychotherapie* (als Förderung der Berufsgruppenentwicklung), wie es für andere Gesundheitsberufe schon lange selbstverständlich ist (vgl. Clementi et al. 2004) sowie die Definition von zu erreichenden Ausbildungszielen eines (akademischen) Curriculums Psychotherapie wären zielführend. Dies kann auch Vergleichsgrundlage zu Kompetenzprofilen der Nachbardisziplinen sein.

Psychotherapiewissenschaftliches Verständnis von Gesundheit und Krankheit der Psyche

Als Grundlage für die Strukturplanung von Psychotherapieversorgung muss das *Gesundheits- und Krankheitsverständnis für psychische Gesundheit aus psychotherapiewissenschaftlicher Sicht* formuliert werden (Riess 2018, 2016). Außerdem sind die Bestrebungen der vier cluster-spezifischen Theorie-Praxismodelle bzw. die Formulierung von Kriterien (u. a. konsistentes Gesundheits-Krankheits-Modell), die für diese fachinternen Spezifizierungen notwendig sind, auszuformulieren.

Entscheidend ist, dass die Psychotherapieversorgung zwar vernetzt zu anderen Strukturen der psychosozialen Versorgung gedacht wird, da sie ein Teil davon ist, aber als *eigenständiges Versorgungsziel* konzipiert wird, um nicht jenen Fallstricken aufzusitzen, die oben diskutiert wurden (Strotzka 1983).

Conclusio

Dem Problem der Unterrepräsentation von Psychischer Gesundheit und den sie fördernden Berufsgruppen bzw. dem Mangel an Psychotherapie kann nur anhand einer übergreifenden, systematischen Strategie, forschungsgeleitet basierend auf einem psychotherapiewissenschaftlichen Verständnis von Psychischer Gesundheit und Krankheit begegnet werden, welche alle Handlungsfelder der Psychotherapie einschließlich ihrer Settings, Störungs- und Zielgruppen sowie alle Kooperations-/Nahtstellenpartner:innen und Finanzierungsverantwortlichen bzw. Entschei-

dungsträger in den Blick nimmt, um die Versorgung mit – insbesondere ambulanter – Psychotherapie zu verbessern.

Den vielen Problemstellungen (etwa der Unterversorgung bestimmter Zielgruppen wie Kinder und Jugendliche) oder Behandlungsphasen (wie etwa Prävention) oder Symptomgruppen (z. B. Abhängigkeits-erkrankungen) oder gesellschaftlich-soziologischen Problemen (z. B. Stigmatisierung) kann nur dann effektiv begegnet werden, wenn eine wesentliche Versorgungsbasis aufgebaut wird, die Grundvoraussetzung für die Behandlung all dieser Themenfelder ist und seit Jahren u. a. von Gesundheitsökonom:innen gefordert wird: die Versorgung mit Psychotherapie insbesondere im *niederschweligen* niedergelassenen Setting.

Die Gleichstellung von psychischer mit physischer Gesundheit sowie ihrer Wiederherstellung durch Psychotherapie mit somatisch-medizinischer Versorgung ist in der gesetzlichen Gleichstellung der betreffenden Berufsgruppen bereits grundgelegt. Ihre Umsetzung in allen Settings erfordert – parallel und integriert zu allen oben genannten Maßnahmen, die in einer Nationalen Strategie Psychische Gesundheit festgelegt werden sollten, – als dringlichsten nächsten Handlungsschritt die Erstellung eines bedarfsorientierten Struktur- und Budgetplans für die nächsten Jahre zum Ausbau der Psychotherapieversorgung in Österreich, was sich v. a. im ambulanten/niedergelassenen Setting in einer massiven *Erhöhung der Ausgaben* niederschlagen sollte.

Funding Open access funding provided by Medical University of Vienna.

Interessenkonflikt G. Rieß und H. Löffler-Stastka geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Arrouas, M., & Fleischmann, A. (2019). *Gesundheitsziele Österreich. Gesundheitsziel 9. Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern*. Wien: BMSGPK. Ergänztter Bericht der Arbeitsgruppe
- Clementi, A., Patzner, G., Riess, G. (2004). *Curricula MTD*. Wien: ÖBIG.
- Eglau, K., Fülöp, G., Mildschuh, S., & Paretta, P. (2021). *Österreichischer Strukturplan Gesundheit*. In Kooperation mit GÖG. Wien: BMSGPK.
- GBD 2019 Mental Disorders Collaborators (2022). Global, regional and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*, 2022(9), 137–150.
- Grabenhofer-Eggerth, A., et al. (2020). *Psychotherapie als Sozialversicherungsleistung – Inanspruchnahme und Finanzierung*. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht tlw. überarbeitete Fassung 2019 (Datenbasis 2014). Wien: GÖG.
- Klein, Ch., et al. (Hrsg.). (2012). *Psychische Gesundheit. Strategie der Österreichischen Sozialversicherung*. Wien: Hauptverband.
- Lambert, M. J. (2013). *Bergin and garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. Aufl.). New Jersey: Wiley.
- Löffler-Stastka, H., & Hochgerner, M. (2021). Versorgungswirksamkeit von Psychotherapie in Österreich. *psychopraxis.neuropraxis*, 24, 57–61. <https://doi.org/10.1007/s00739-020-00686-w>.
- Löffler-Stastka, H., & Krajic, K. (2022). Freiheit und Verantwortung? Arzt-Patient-Beziehungen im Spannungsfeld von technologischen und gesellschaftlichen Veränderungen und persönlichen Bedürfnissen – Teil 1. In W. Schütz, F. Seebacher, H. G. Hofer & B. Nemecek (Hrsg.), *Nach 1945. Medizin in Wien nach 1945 – Strukturen, Aushandlungsprozesse, Reflexionen* (S. 645–668). Vienna: University Press.
- Löffler-Stastka, H., et al. (2009). Das Bild der Psychotherapie(n) – ein Vergleich zwischen angehenden Psychotherapeuten und Laien. *Neuropsychiatrie*, 23, 91–100.
- Margraf, J. (2009). *Kosten und Nutzen der Psychotherapie. Eine kritische Literaturlauswertung*. Heidelberg: Springer.
- Nübling, R., et al. (2014). Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland: Bedarf und Inanspruchnahme sowie Effektivität und Effizienz von Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 13, 389–397.
- OECD (2020). *Mental Health and Work: Austria*. Paris: OECD.
- Pietrabissa, G., et al. (2021). The impact of social isolation during the COVID-19 pandemic on physical and mental health: the lived experience of adolescents with obesity and their Caregivers. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 3026. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063026>.
- Rechnungshof (2019). *Versorgung psychisch Erkrankter durch die Sozialversicherung. III–260 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXVI. Reihe BUND 2019/8. Rechnungshof GZ 004.536/011–PR3/19*. Wien: Rechnungshof.
- Riess, G. (2016). „Was bisher geschah“. Prinzipien und Strategien zur Förderung der Psychotherapieforschung in Österreich. *Psychotherapie Forum*. <https://doi.org/10.1007/s00729-016-0065-8>.
- Riess, G. (2018). *Praxisorientierte Psychotherapieforschung*. Wien: GÖG.
- Riess, G., Kern, D., & Valady, S. (2021). *VersorgungsNOTwendigkeit – Versorgung in der Not. Psychotherapeutische Ver-*

- sorgungspraxis und Ausbildung zwischen Mangel, virtueller und physischer Präsenz.* Wien: GÖG.
- Seitz, T., et al. (2019). Interprofessional care improves health-related well-being and reduces medical costs for chronic pain patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 83(2), 105–127. <https://doi.org/10.1521/bumc.2019.83.01>.
- Springer-Kremser, M., et al. (2002). Can legislation provide a better match between demand and supply in psychotherapy? *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 37, 492–500.
- Statistik Austria (2020) Krankenstandsfälle seit 1990 nach Diagnose. https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/krankenstaende/index.html. Zugegriffen: 12.05.2022.
- Strotzka, H. (1983). *Fairness. Verantwortung. Fantasie. Eine psychoanalytische Alltagsethik.* Wien: Deuticke.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate—the evidence for what makes psychotherapy work* (2. Aufl.). Routledge.
- Wancata, J. (2017). *Prävalenz und Versorgung psychischer Krankheiten in Österreich. Wissenschaftlicher Bericht.* Wien: Klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie, MedUni.
- Watzka, C. (2022). *Labile Netzwerke und marginale Strukturen? Zur allmählichen Professionalisierung der Psychotherapie in Österreich und ihrer Verselbstständigung gegenüber der Medizin.* V&R unipress.

Hinweis des Verlags Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

*Disziplin, Profession und evidenzbasierte
Praxis: Zur Stellung der Psychotherapie im
Gesundheitssystem. Eine Bilanz*

**Wilfried Datler, Markus Hochgerner,
Christian Korunka, Henriette Löffler-
Stastka & Gerhard Pawlowsky**

Psychotherapie Forum

ISSN 0943-1950

Psychotherapie Forum

DOI 10.1007/s00729-021-00167-4



Your article is published under the Creative Commons Attribution license which allows users to read, copy, distribute and make derivative works, as long as the author of the original work is cited. You may self-archive this article on your own website, an institutional repository or funder's repository and make it publicly available immediately.



Disziplin, Profession und evidenzbasierte Praxis: Zur Stellung der Psychotherapie im Gesundheitssystem. Eine Bilanz

Wilfried Datler · Markus Hochgerner · Christian Korunka · Henriette Löffler-Stastka · Gerhard Pawlowsky

Angenommen: 27. Januar 2021
 © Der/die Autor(en) 2021

Zusammenfassung 30 Jahre nach der Verabschiedung des österreichischen Psychotherapiegesetzes wird die Besonderheit der Psychotherapie im Gesundheitssystem mit Bezug auf nationale Gegebenheiten und international vorliegende Forschungsergebnisse dargestellt. Dabei werden zentrale **Qualitäts- und Unterscheidungsmerkmale der Psychotherapie** im Verhältnis zur Klinischen Psychologie und zu weiteren Gesundheitsberufen unter Miteinbeziehung von evidenzbasierter Forschungsliteratur vorgestellt. Es wird deutlich gemacht, dass Psychotherapie das **bedeutsamste und weitreichendste Versorgungsangebot zur interaktionellen Behandlung psychischer Erkrankungen** darstellt. Zu den **zentralen Merkmalen** der Psychotherapie zählen die umfassenden, **evidenzbasierten** sowie wissenschaftstheoretisch und methodisch in vier Clustern verankerten **Konzepte** zur Erklärung, Diagnose und **individuellen, prozessorientierten Behandlung** von psychischen Erkrankungen sowie die im Vergleich zu ähnlichen Berufen deutlich **höhere Qualität der Ausbildung**.

Schlüsselwörter Psychotherapie · Klinische Psychologie · Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin · Ausbildung · Kompetenz

Discipline, profession and evidence-based practice: The position of psychotherapy in the health care system. A balance

Summary 30 years after the implementation of the Austrian Psychotherapy Act, the distinctions of psychotherapy in the health system is presented with reference to national circumstances and international research results. In the following, essential quality and distinguishing features of psychotherapy in relation to psychology/clinical psychology and other health professions are presented on the basis of evidence-based research literature. Psychotherapy is the most important and provides the most extensive range of services for the interactional treatment of mental illnesses. The central features of psychotherapy include the comprehensive, evidence-based, and scientific theoretically and methodologically anchored concepts for explanation, diagnosis and individual, process-oriented treatment of mental illnesses, as well as the significantly higher quality of training compared to similar occupations.

Keywords Psychotherapy · Clinical Psychology · Psychiatry and Psychotherapeutic Medicine · Training · Competence

Vorbemerkung

Vor 30 Jahren wurde im österreichischen Parlament nach jahrzehntelangem Ringen das Psychotherapiegesetz verabschiedet (Kierein et al. 1991; Wißgott 2009). Obgleich wesentliche Beiträge zur Entwicklung der modernen Psychotherapie bereits im ausgehenden 19. Jahrhundert in Wien erarbeitet worden waren, bedurfte es damit etwa eines Jahrhunderts, ehe Psychotherapie als „eigenständiges Heilverfahren im Gesundheitsbereich für die Diagnostik und

Die Nennung der AutorInnen erfolgt in alphabetischer Reihenfolge. Als korrespondierende Autorin fungiert Henriette Löffler-Stastka.

H. Löffler-Stastka (✉)
 Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, und
 Postgraduate Unit | Teaching Center, Medizinische
 Universität Wien, Währinger Gürtel 18–20, 1090 Wien,
 Österreich
henriette.loeffler-stastka@meduniwien.ac.at

Behandlung von psychischen, psychosozialen oder auch psychosomatisch bedingten Leidenszuständen und krankheitswertigen Störungen“ gesetzliche Anerkennung fand (Bundesministerium 2019, S. 44). Psychotherapeut oder Psychotherapeutin durften sich ab dem Inkrafttreten des Gesetzes im Jahre 1991 nur mehr Personen nennen, die in die „Psychotherapeutenliste“ eingetragen waren. Dafür ist seit dem Auslaufen von Übergangsbestimmungen der Abschluss des psychotherapeutischen Propädeutikums und des psychotherapeutische Fachspezifikums im Sinne des Psychotherapiegesetzes nötig.

Die Umsetzung des Gesetzes, das 1991 in Kraft trat, zog zahlreiche Entwicklungen nach sich. Diese betrafen etwa die Gestaltung der Aus- und Weiterbildung, die Führung der Liste der eingetragenen PsychotherapeutenInnen, die Einrichtung des Psychotherapiebeirats, den Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung Österreichs oder die wissenschaftliche Befassung mit Psychotherapie. Diskussionen um die öffentliche Finanzierung der Psychotherapie intensivierten überdies Forderungen nach weiteren wissenschaftlichen Nachweisen, welche die Wirksamkeit des Einsatzes psychotherapeutischer Methoden betreffen.

Parallel dazu kam es auch in zwei Nachbardisziplinen zu einer verstärkten Befassung mit Psychotherapie und verwandten Tätigkeitsbereichen: Im Bereich der Psychologie wurden im Sinne des Psychologengesetzes postgraduale Ausbildungsgänge eingerichtet, in denen AbsolventInnen des Diplom- oder Masterstudiums der Psychologie zu Klinischen PsychologInnen qualifiziert werden (vgl. Psychologengesetz 2013). Und im Bereich der Medizin fanden drei Annäherungen an Psychotherapie statt: Psychotherapie erhielt im grundständigen Studium der Medizin einen größeren Stellenwert (Firbas 2001). Über die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) werden drei Weiterbildungsgänge für ÄrztInnen angeboten, die mit der Verleihung der PSY-Diplome für psychosoziale Medizin (PSY1), psychosomatische Medizin (PSY2) und psychotherapeutische Medizin (PSY3) abschließen (ÖÄK, ÖGPPM o.J.). Und der Facharztstitel „Psychiatrie“ wurde auf „Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin“ erweitert und zog eine veränderte Ausbildungsordnung (ÖÄK 2018) nach sich.

Angesichts dieser Entwicklungen ist es angebracht, sich der Psychotherapie im Sinne des österreichischen Psychotherapiegesetzes zuzuwenden und im Wissen darum Bilanz zu ziehen, dass eine Neufassung des Psychotherapiegesetzes zur Diskussion steht (vgl. Datler et al. 2021). Unter Einbeziehung internationaler Forschungsbefunde werden punktuelle Vergleiche mit ausgewählten Aspekten der Klinischen Psychologie und der Psychotherapeutischen Medizin gezogen, zu welcher die FachärztInnenausbildung (Brittlebank et al. 2016; Union Europeenne des Medecins Specialistes UEMS 2017/18) qualifiziert.

Die angeführten Aspekte stehen notwendigerweise in einem engen Zusammenhang mit nationalen Gegebenheiten, sind zugleich aber auch in internationale Diskurse (vgl. European Association for Psychotherapy 2013) eingebettet, die in den letzten Jahrzehnten ebenfalls an Dynamik zugenommen haben. Es ist daher 30 Jahre nach der Beschlussfassung über das österreichische Psychotherapiegesetz angebracht, auf einige der oben genannten Aspekte näher einzugehen.

Zur evidenzbasierten Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungen

Psychotherapie zeichnet sich durch ausgesprochen **hohe Behandlungswirksamkeit** aus (mittlere Effektstärken in den großen Metaanalysen zwischen 0,5 und 0,7; z. B. Cooper et al. 2013; Cuijpers et al. 2020). Im Vergleich ist Psychotherapie damit *einer pharmakologischen Behandlung zumindest ebenbürtig, einigen Metaanalysen zufolge, zum Teil sogar deutlich, überlegen* (z. B. Cooper et al. 2013). Eine Kombination aus beiden Behandlungskonzepten ist oft besonders wirksam (Cuijpers et al. 2020). Die hohe Wirksamkeit lässt sich **für unterschiedliche Störungsbilder** und **für unterschiedliche Therapieverfahren** zeigen (z. B. Lambert 2013).

Dabei zeichnet sich Psychotherapie besonders durch eine **langfristige und nachhaltige Behandlungswirkung** aus (Zimmermann et al. 2015), woraus eine beachtenswerte *Kosteneffizienz* resultiert (De Maat et al. 2013). Dies gilt auch für hochfrequente, über einen längeren Zeitraum durchgeführte Behandlungen. So konnte etwa in einer von der Medizinischen Universität Wien 2014 vorgelegten Meta-Analyse, in welche die Auswertung von insgesamt 7000 Behandlungen aus 13 Katamnesestudien, 9 quasi-experimentellen Studien und 4 randomisiert-kontrollierten Studien eingingen, gezeigt werden, dass hochfrequente Psychoanalyse ein wirksames Psychotherapieverfahren darstellt, das bei einem Großteil der PatientInnen zu *signifikanten und anhaltenden Verbesserungen* des Gesundheits- und Krankheitszustandes führt. Belege aus randomisiert-kontrollierten Therapiestudien zeigen in diesem Zusammenhang, dass *die Effekte* der psychotherapeutischen Behandlung (anders als in den Kontrollgruppen) *auch nach Ende der Behandlung weiter zunehmen* (vgl. Zimmermann et al. 2015; De Maat et al. 2009).

Aus differenzierten Meta-Analysen der verfügbaren **Kosten-Effektivitäts-Studien** (De Maat et al. 2007, 2013) geht hervor, dass Psychotherapie zu einer *nachhaltigen Senkung der Gesundheitskosten* führt. Diese Reduktion entsteht durch die verminderte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und einer geringeren Anzahl von Arbeitsunfähigkeitstagen (vgl. Seitz et al. 2019). Die Kosten für die psychotherapeutischen Behandlungen amortisieren sich nach ca. 3 Jahren.

Die neuere Wirkfaktorenforschung hat gezeigt, dass **allgemeine Wirkfaktoren**, wie die Person der TherapeutIn und die therapeutische Beziehung (vgl. Norcross und Lambert 2019; Norcross und Wampold 2019), eine **besonders große und hilfreiche Bedeutung für den Therapieerfolg haben**. Diese allgemeinen Wirkfaktoren haben einen stärkeren Einfluss auf den Therapieerfolg als spezifische Interventionstechniken. Dies korrespondiert mit dem Umstand, dass Psychotherapie seit jeher einen *besonderen Schwerpunkt* auf die Entwicklung dieser *handlungsleitenden* Wirkfaktoren sowohl in der psychotherapeutischen *Theorie* als auch in der Ausbildung und in der *therapeutischen Praxis* legt. Sie ist daher in ihrer Wirksamkeit Zugängen weit überlegen, die ihren Schwerpunkt vorrangig und handlungsleitend auf spezifische Interventionstechniken legen, die im Anschluss an eine vornehmlich ICD-basierte Diagnostik zum Einsatz kommen (wie dies beispielsweise in der klinischen Psychologie der Fall ist).

In der **empirischen Psychotherapieforschung** werden seit Jahrzehnten umfangreiche Studien durchgeführt, die eine nachhaltige Wirksamkeit der psychotherapeutischen Methoden bestätigt, die den **vier psychotherapeutischen Grundströmungen respektive Clustern** zugeordnet werden können. Diesen Clustern sind die psychoanalytisch/psychodynamischen (PPT), verhaltenstheoretisch orientierten (VT), humanistischen (HPT) und systemischen (SPT) psychotherapeutischen Verfahren zuzurechnen, von denen in Summe 23 in Österreich Anerkennung gefunden haben.

Die **relevanten empirischen Studien umfassen realitätsnahe Feldstudien mit großen Fallzahlen** (z. B. Stiles et al. 2008 für kognitive, humanistische und psychodynamische Behandlungsansätze), aber auch zahlreiche **Studien nach dem sogenannten „Gold Standard“** (experimentelle Kontrollgruppendesigns, Meta-Analysen z. B. Cuijpers et al. 2008a, 2008b, 2020). Die **vier psychotherapeutischen Grundströmungen (Cluster) weisen dabei ähnlich hohe Effektstärken auf** (Lambert 2013).

Zusätzlich zu der im „Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ (Lambert 2013) sehr umfassend dargestellten und nach den Wirkfaktoren gegliederten **Listung der empirischen Psychotherapieforschungsstudien aller therapeutischen Traditionen** (PatientInnenfaktoren, TherapeutInnenvariable, Therapeutische Beziehung, allgemeine/unspezifische Wirkfaktoren, Technik) werden im Folgenden **Forschungsergebnisse** referiert, die **fünf bedeutsame und häufig thematisierte Dimensionen betreffen**, wobei vor allem Ergebnisse aus empirischen Untersuchungen mit berücksichtigt werden, die in Österreich durchgeführt oder unter Beteiligung österreichischer Forschungsgruppen realisiert wurden.

- **Outcome:** In zahlreichen Outcome-Studien wurde die Wirksamkeit von Psychotherapie in Hinblick auf

alle vier Cluster nachgewiesen: Unter Bezugnahme auf die meisten psychiatrischen Erkrankungen referieren Leichsenring et al. (2015) und Shedler (2010) Belege für die Wirksamkeit psychoanalytisch-psychodynamischer Psychotherapien (Cluster 1/PPT). Die theoretische Basis, auf der PPT seit den Anfängen bei Freud basiert, ist von umfassender Literatur gestützt (Westen 1998; Westen et al. 2004). Für die verhaltenstherapeutischen Methoden (Cluster 2/VT) fassen Cuijpers et al. (2008a, 2008b) Outcome Studien mit Bezug auf die häufigsten psychiatrischen Störungsbilder in Metaanalysen zusammen. Nach Cain (2016) sowie Wampold und Imel (2015) wurden ähnliche Ergebnisse wiederholt und umfassend für den Bereich der Humanistischen Therapieverfahren (Cluster 3/HPT) nachgewiesen. Lambert (2013) referiert ähnliche Ergebnisse für systemische Therapiemethoden (Cluster 4/SPT).

- **Nachhaltigkeit:** Leichsenring und Rabung (2011) haben bezüglich Cluster 1 (PPT) gezeigt, dass Psychotherapie während und nach der Therapie langfristig wirkt, insbesondere in Hinblick auf Persönlichkeitsveränderungen über das Therapieende hinaus (siehe dazu auch Fonagy und Kächele 2009; Fonagy et al. 2015; Leuzinger-Bohleber et al. 2003, 2019; Zimmermann et al. 2015).
- **Effektstärken:** Manchen Untersuchungen zufolge erweisen sich psychotherapeutische Verfahren der Cluster 1 (PPT), 2 (VT) und 3 (HPT) als ähnlich wirksam wie andere Therapien (Steinert et al. 2017). Betrachtet man alleine die Effektstärken der therapeutischen Technik, ist der PPT-Prototyp wirksamer als der VT-Prototyp (Ablon und Jones 1998, 2005; Jones 2000; Zimmermann et al. 2015), der HPT-Prototyp gleich effektiv (Steinert et al. 2017).
- **Naturalistische Studien:** Stiles et al. (2008) vergleicht psychotherapeutische Verfahren der Cluster 1 (PPT), 2 (VT) und 3 (HPT) im Versorgungskontext und beschreibt Gleichwertigkeit bezüglich der Versorgungssituation. In der praxisorientierten Forschung und den naturalistischen Studien (De Maat et al. 2007; Leichsenring 2004; Riess 2018) wird durchgängig ein hoher Anteil der TherapeutInnenvariable an der Outcomevarianz beschrieben (17% vs. 5% in randomisierten kontrollierten Untersuchungen [RCTs]). Auch tragen naturalistische empirische Studien (z. B. auf Cluster 1 [PPT] oder 3 [HPT] bezogen) zu einem besseren Verständnis für psychische Prozesse und ihre Entwicklung bei (Blatt und Shichman 1983; Blatt 1995; Fonagy und Target 1997; Löffler-Stastka et al. 2008, 2010, 2018; Luyten und Blatt 2013; zu naturalistischen versus RCT-Studien siehe Fischer 2011, S. 121 ff.).
- **Kosteneffizienz:** De Maat et al. (2007, 2013) fassen Kosteneffizienzstudien zusammen und argumentieren v. a. mit der erwiesenen Nachhaltigkeit der psychotherapeutischen Behandlungen. Vergleiche mit pharmakologischen Behandlungen (Cuijpers et al. 2020) weisen der Psychotherapie eine deutlich

höhere Kosteneffizienz aus. Untersuchungen der Sekundärkosten (Seitz et al. 2019) belegen ebenfalls die Vorteile von Psychotherapie.

Seit mehr als drei Jahrzehnten werden empirische Studien diskutiert, denen zufolge unterschiedliche psychotherapeutische Ansätze eine **ähnliche Wirksamkeit** haben (Luborsky et al. 1975; Luborsky 1995). Eine mögliche Erklärung dieser Untersuchungsergebnisse nimmt darauf Bezug, dass die meisten Effekte psychotherapeutischer Behandlungen durch **allgemeine** (unspezifische) **Faktoren** und *nicht* durch bestimmte Techniken (Cuijpers 1998) erzielt werden. Zu diesen Faktoren gehören verschiedene Aspekte der **therapeutischen Beziehung** zwischen TherapeutIn und PatientIn (Lambert 2004; Norcross und Lambert 2019; Norcross und Wampold 2019).

Über die **Bedeutung der therapeutischen Beziehung** für den Behandlungsverlauf besteht mittlerweile ein therapieschulen-übergreifender **Konsens** (Krause 1997; Margraf und Bregelmann 1992; Orlinsky und Howard 1986; Orlinsky et al. 1994; Rudolf 1991), wobei zwischen Konzepten zur Erklärung der Wirksamkeit von Psychotherapie unterschieden wird, in denen vor allem unspezifische oder aber spezifische Faktoren als entscheidend für den Therapieerfolg ins Treffen geführt werden (Butler und Strupp 1986). In den Konzepten, in denen der Fokus auf *unspezifische Ansätze* gelegt werden, ergibt sich die Bedeutsamkeit der Beziehung aus dem durch die Behandlungskonzeption definierten Rahmen und beinhaltet Variablen wie die Motivation und Fähigkeit der PatientIn, in diesem Rahmen zweckvoll mitzuarbeiten, die Übereinstimmung von PatientIn und TherapeutIn hinsichtlich der Ziele und Aufgaben, oder empathisches Verständnis und Involviertheit des TherapeutIn. Diese Variablen stellen die Basis dar, auf der die jeweils spezifischen technischen Interventionen wirken. In diesem Kontext wird die „gute“ Beziehung als notwendige jedoch nicht hinreichende therapeutische Prozessvariable definiert.

Zunehmend hat sich aber die Sichtweise durchgesetzt, dass sich – je nach Behandlungsansatz, Phase im Therapieverlauf, TherapeutInneneigenschaften (Beutler et al. 2004) und krankheitsbedingten PatientInnenmerkmalen – z. T. **ganz unterschiedliche Qualitäten therapeutischer Beziehungen als günstig** für Verlauf und Ergebnis erweisen (Biermann-Ratjen et al. 1995). Dieses erweiterte Konzept der Wirksamkeit der therapeutischen Beziehung erfordert eine **stärker störungs- oder diagnosespezifische Erforschung** der Therapiebeziehung, welche die Beziehungsregeln verschiedener PatientInnengruppen berücksichtigt. Dies wird in allen großen Therapieschulen, am stärksten in den interpersonellen Theorien und manchen gegenwärtigen psychoanalytischen Konzepten realisiert.

Eine ausschließlich **ICD-basierte Behandlung** (Berkin und Rief 2012) mit interaktionellem Schwerpunkt bietet daher die **notwendige, jedoch nicht hinrei-**

chende Ausgangsbasis für die psychotherapeutische Behandlung von PatientInnen mit z.B. mangelnder oder/und schwankender Adhärenz/Compliance, mit aggressiv-manipulativer Tendenz, in oft chronisch krisenhafter selbst- oder fremdschädigender Einengung, mit Antriebslosigkeit oder misstrauischer Grundhaltung. Bei einer Vielzahl von Krankheitsbildern, welche die anhaltende Aktivierung von Ressourcen und motivierte Mitarbeit erfordert, kann dies von PatientInnen im Rahmen der üblichen psychologischen Gesprächsführung nicht genügend und *nicht* andauernd *genug* hergestellt werden.

Vielmehr bedarf es hier neben der atheoretisch **beschreibenden** ICD-Diagnostik einer erweiternden und *theoriegeleitet-verstehenden* psychotherapeutischen Diagnostik (vgl. Hochgerner 2020a, 2020b), welche die notwendigen Erklärungsmodelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer Erkrankung als **handlungsleitende** Ausgangsbasis für klinisch-diagnostisch begründete **Interaktions-** und Vorgangsweisen bietet. Psychotherapie schließt Kurzberatung, wie sie in Gestalt von psychologischer Behandlung angeboten wird, mit ein, geht jedoch in ihrer Kernkompetenz über Akutberatung und modularisierte Behandlungsschritte zur Erreichung eng umrissener Symptommilderung hinaus. Sie bietet hilfreiche, *in jedem Einzelfall und jeder Behandlungsphase individuell an die PatientIn angepasste Behandlungskonzepte*.

Ebensolche präzise angepassten Behandlungskonzepte benötigen für die genaue Indikationsstellung, für Prognose- und Risikoabschätzung (Leitner et al. 2014) eine umfassende Diagnostik und entsprechende diagnostische Kompetenzen.

Die hohe Qualität der psychotherapeutischen Ausbildung

Die **psychotherapeutische Ausbildung**, wie sie in Österreich auf der Grundlage des Psychotherapiegesetzes seit 1991 durchgeführt wird, hat im internationalen Vergleich eine besonders hohe Qualität, wie dies auch in der aktuellen internationalen „**Spristad**“-Studie bestätigt wird (Löffler-Stastka et al. 2019; Orlinsky et al. 2015).

Zu den zentralen **Qualitätsmerkmalen** dieser *gesetzlich geregelten und qualitätsgesicherten Ausbildung* zählen

- der Umfang der Ausbildung im Ausmaß von mindestens 250 bis 330 ECTS, abhängig vom methodenspezifischen Curriculum (BMG 2014; Hochgerner 2020c),
- der Aufbau auf einem Quellenberuf, der bei 70 % der eingetragenen PsychotherapeutInnen psychosozial ausgerichtet ist (Pawlowsky 2018); zugleich sind 73 % der PsychotherapeutInnen akademisch ausgebildet (Pawlowsky 2020, 2021),

- die klare wissenschaftstheoretische und handlungsleitende Verankerung in einem der vier psychotherapeutischen Cluster,
- die Ausbildung in mehreren Ausbildungsteilen (Theorieseminare und praktische Ausbildung im Propädeutikum und Fachspezifikum) mit einer durchschnittlichen berufsbegleitenden Ausbildungsdauer von aktuell 8,9 Jahren (Pawlowsky 2018),
- und die Orientierung an den vier gleichwertigen Elementen Theorie, Entwicklung therapeutischer Identität (Selbsterfahrung als reflexive und interaktionelle Kompetenz), Supervision und eigenständige Arbeit.

Die mehrfache und qualitätssichernde Selektion der psychotherapeutischen AusbildungskandidatInnen über alle Ausbildungsschritte hinweg unterscheidet sich weiters von den beiden anderen großen Zugängen zur Behandlung psychischer Erkrankungen (der ärztlichen Weiterbildung im Fach Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin einerseits und der Weiterbildung in klinischer Psychologie andererseits):

- Auf Grund der Zäsur zwischen dem Propädeutikum und dem Fachspezifikum, der Aufnahmeverfahren in die fachspezifische Ausbildung, dem hohen Ausmaß an vorgeschriebener Selbsterfahrung und der engmaschigen, sich über mehrere Jahre erstreckenden Verschränkung von psychotherapeutischer Praxis und Supervision kommt es zu umfangreichen und mehrgliedrigen **selbstselektiven Entscheidungsprozessen**.
- Diese Entscheidungsprozesse kommen bereits früh zum Tragen: Aktuell vorliegenden Zahlen zufolge beenden ca. 25 % der Personen, die das Propädeutikum begonnen haben, ihre Ausbildung nach dem ersten und allgemeinen Ausbildungsteil, dem Propädeutikum, ohne mit dem Fachspezifikum fortzusetzen (Pawlowsky 2018).
- Personen, die für eine fachspezifische Ausbildung in einer bestimmten Methode nicht geeignet erscheinen, werden nach komplexen Auswahlprozessen zur fachspezifischen Ausbildung nicht zugelassen oder auf die Ausbildung in einem anderen Psychotherapieverfahren verwiesen. Manche erkennen im Zuge der weiteren fachspezifischen Ausbildung durch Selbstkonfrontation in Praktika, in der Supervision und in der vorgeschriebenen Selbsterfahrung, dass die gewählte psychotherapeutische Methode für sie nicht geeignet ist.
- In diesem selektiven Auswahlprozess wird besonders die persönliche Eignung für ein bestimmtes anerkanntes Psychotherapieverfahren im Hinblick auf Persönlichkeit und fachspezifische Schwerpunktsetzungen untersucht. Dies hat zur Folge, dass die
- **qualitative Eignung der Personen** mit dem Abschluss einer psychotherapeutischen Ausbildung besonders hoch ist. 98 % der fachspezifischen AusbildungskandidatInnen, die in eine fachspezifische

Ausbildung aufgenommen wurden, schließen die Psychotherapieausbildung positiv ab (Pawlowsky 2018).

Die für selbstselektive Entscheidungsprozesse erforderliche **reflexive Kompetenz** ist zudem ein zentraler psychotherapeutischer Wirkfaktor (die TherapeutInnenvariable erklärt 15–20 % der Ergebnisvarianz), mediert die Interventionen (Taubner et al. 2015) und ist durch Selbsterfahrung und Supervision beeinflussbar (Nissen-Lie et al. 2013; Orlinsky et al. 2015). Sie ist aber auch durch Arbeits- und Umgebungsbedingungen veränderbar (Steinmair et al. 2020). Diese reflexive Kompetenz steht im Qualifikationsprofil und den damit verknüpften Lernzielen in der Psychotherapieaus- und Weiterbildung an prioritärer Stelle (European Association for Psychotherapy 2013). Auch die psychotherapeutische Medizin (als ärztliche Form psychotherapeutischer Kompetenz) hat im Vergleich dazu andere (z.T. und je nach Setting überlappende) Aufgaben und braucht dementsprechend andere Ausbildungswege.

Die **Ausbildungsforschung** in der Psychotherapie geht seit längerem der Frage nach, welche empirisch gestützten Faktoren die Entwicklung von PsychotherapeutInnen fördern (American Psychological Association 2006; Norcross 2002; Orlinsky et al. 2015). Wie die Ausbildung inhaltlich und didaktisch gestaltet werden kann und welche Kompetenzen sich abbilden, beschäftigten ForscherInnen in den letzten Jahren verstärkt (z.B. Duncan 2010; Kohl et al. 2009; Lorentzen et al. 2011; Orlinsky und Rønnestad 2005; Strauß und Kohl 2009; Sudak und Goldberg 2012).

Wie **sekundäre Sozialisationsfaktoren** die Entwicklung von Psychotherapeuten beeinflussen, ist hingegen wenig untersucht. In vielen Ländern – unter anderem auch in Deutschland und der Schweiz – absolvieren Psychotherapie-AusbildungskandidatInnen vor der Therapieausbildung eine umfangreiche berufliche Ausbildung, entweder als PsychologInnen oder MedizinerInnen (vgl. dazu die Stichprobe in Lorentzen et al. 2011). Im Unterschied dazu ist der **Zugang zur Psychotherapieausbildung in Österreich** stark diversifiziert (vgl. auch Korunka und Hochgerner 2021). Ab 1991 wurden mit dem Psychotherapiegesetz (Kierein et al. 1991) aufgrund von Angebots-, Bedarfserhebungen und Entstigmatisierungsüberlegungen Schritte unternommen, Psychotherapie einer größeren Öffentlichkeit von PatientInnen anzubieten und einen niederschwelligeren Zugang zu schaffen. Damit ging einher, dass nicht nur ÄrztInnen, sondern auch Angehörigen anderer Berufsgruppen der Zugang zur Psychotherapieausbildung und in weiterer Folge auch zur Ausübung der Psychotherapie sowie bei gegebener Qualifikation auch zur Wahrnehmung lehrtherapeutischer Aufgaben gesetzlich gesichert bleiben sollte (Wißgott 2009). Diese **Einbeziehung weiterer Berufe in die Ausbildung** betrifft insbesondere PsychologInnen, PädagogInnen, Sozi-

alarbeiterInnen, Pflegekräfte oder TheologInnen und somit Personengruppen, die auf Grund ihrer beruflichen Vorbildungen und Vorerfahrungen für eine Berufsausbildung zur PsychotherapeutIn potenziell qualifiziert sind *und in Österreich schon vor dem Inkrafttreten des Psychotherapiegesetzes auf Grund ihrer human- und gesundheitswissenschaftlich orientierten Qualifikationen psychotherapeutisch ausgebildet worden* waren (Springer-Kremser et al. 2002). Darüber hinaus können auch Personen, die einen anderen beruflichen Hintergrund aufweisen, *bei besonderer, speziell auszuweisender Eignung nach einem Prüfverfahren zum Erlernen des PsychotherapeutInnenberufs* zugelassen werden, um nach einer theoretischen und praktischen Ausbildung, die im Durchschnitt knapp neun Jahre lang dauert, ihre Kompetenzen und Erfahrungen in die psychotherapeutische Versorgung einbringen. Der Weg zum Erwerb ebendieser Kompetenzen ist in Tab. 1 dargestellt und mit ähnlichen Berufsausbildungen verglichen.

Löffler-Stastka et al. (2018) geben einen Überblick über die **aktuelle Ausbildungssituation** mit derzeit 23 in Österreich anerkannten Psychotherapieverfahren (Bundesministerium 2014) und 39 aktiven ausbildungsberechtigten Institutionen. Die in Österreich vertretenen **Psychotherapiemethoden**, die gelehrt werden, basieren nach ihrer Tradition, Schule und Methodik im Wesentlichen **auf vier unterschiedlichen** theoretischen, insbesondere wissenschaftstheoretischen, forschungsmethodologischen und anthropologischen **Prämissen**, die den oben erwähnten psychotherapeutischen Clustern entsprechen (PPT, VT, HPT, SPT). Aufgrund der strukturellen Besonderheit des Zugangs zur Psychotherapieausbildung *bietet die Breite* der österreichischen Psychotherapieschulen ein unverzichtbares Umfeld für die Beforschung der Relevanz des professionellen Basisberufs für die Entwicklung von PsychotherapeutInnen, deren Einstellungen und therapeutische Identitätsbildung. In einer länderübergreifenden Untersuchung zeigen sich Einflussfaktoren wie Haltung, Lebenszufriedenheit, ökonomische Verhältnisse und Stress auf die Entwicklung von PsychotherapeutInnen als wesentlich förderlich, ebenso die Diversität in der Ausbildung oder eine Inklusion von Minderheiten in die Ausbildung (Löffler-Stastka et al. 2018, 2019).

Die Versorgungsleistung der PsychotherapeutInnen

Die Zahl der in die Berufsliste eingetragenen Personen mit derzeit 10.415 PsychotherapeutInnen (Stand 6/2020) verweist auf eine besonders **hohe Motiviertheit des Berufsstandes**, da die Ausbildung mit einer Länge von im Schnitt 8,9 Jahren – im Gegensatz zu den anderen gesetzlich anerkannten Heilberufen – in keiner Weise staatlich finanziert ist. Zugleich verweist die durchschnittlich **geringe Zahl an geleisteten Therapiestunden** freiberuflicher PsychotherapeutInnen

(Pawlowsky 2018; GÖG 2020) auf die auch nach 30 Jahren Psychotherapiegesetz nicht hinreichend eingelösten **Aufgaben des Gesundheitssystems**:

- Das vorhandene Angebot an kassenfinanzierten Plätzen für Psychotherapie stellt in Verbindung mit den geltenden Bezuschussungsregeln eine minimale **Basisversorgung** sicher. Darüber hinaus ist in allen Bundesländern ein **weiterer Versorgungsbedarf** gegeben (Grabenhofer-Eggerth und Sator 2019).
- Daraus folgt, dass ein gleicher und kassenfinanzierter Zugang für alle ÖsterreicherInnen zur Psychotherapie nach wie vor nicht gegeben ist. Der **Nachfrage** nach Psychotherapie als Sachleistung und dem Bedarf an Psychotherapie **kann aufgrund der Kontingentierung** des Angebots an kassenfinanzierten Psychotherapieplätzen **nicht annähernd angemessen nachgekommen werden** (Grabenhofer-Eggerth und Sator 2019). Dies schafft eine wesentliche und anhaltende Ungleichbehandlung psychisch Erkrankter gegenüber anderen Erkrankten im Versorgungssystem (Grabenhofer-Eggerth und Sator 2019).
- Eine **gleiche und angemessene Abgeltung** für die psychotherapeutischen Leistungen aller PsychotherapeutInnen im Gesundheitssystem ist nach wie vor inexistent. Die Umsetzung einer adäquaten und bereits in der 51. ASVG-Novelle (1993) versprochenen Integration psychotherapeutischer Dienste in ausreichender Stundenzahl in die stationäre Gesundheitsversorgung erfolgte noch nicht.

Die Benachteiligung psychisch Erkrankter wird in Österreich ohne Unterbrechung nach 1945 fortgeschrieben. Seit 2020 sind die häufigsten Erkrankungen der ÖsterreicherInnen psychische Erkrankungen (GÖG 2020). Zu den Aufgaben der Gesundheitsdienste gehört auch ein **diversifiziertes Angebot an Leistungen**, um dem Gegenstandsbereich der Psychotherapie, den unterschiedlichen Problemlagen von PatientInnen und der Subjektivität des Menschen im Sinne des § 1 des Psychotherapiegesetzes gerecht zu werden.

Im Zuge der Weiterentwicklung des existierenden Versorgungssystems, das die erwähnten Mängel aufweist, bedarf es der Berücksichtigung des Umstandes, dass die reflexive Kompetenz von PsychotherapeutInnen (als bedeutsamen Faktor für die Wirksamkeit von Psychotherapie) nur dann zum Tragen kommen kann, wenn PsychotherapeutInnen eine angemessene **Ausbildungs- und Arbeitsumgebung** vorfinden, die von der öffentlichen Finanzierung von Psychotherapie mit abhängig ist. Darüber hinaus wird zu berücksichtigen sein, dass bereits PsychotherapeutInnen in Ausbildung unter Supervision in einem hohen Ausmaß Versorgungsleistungen erbringen: Unter Bezugnahme auf unterschiedliche Ausbildungsphasen bedarf es eines abgestuften Systems, in dem die Zulassung zur Ausübung psychotherapeutischer Tätigkeiten mit der öffentlichen Finanzierung von Psychotherapie und der

Schaffung adäquater Ausbildungs- und Arbeitsumgebungen (etwa in Gestalt von psychotherapeutischen Lehr- und Versorgungsambulanzen) verschränkt wird.

Psychotherapie ist eine eigenständige Disziplin

Der historisch **gleiche Entstehungszeitraum** von naturwissenschaftlich beschreibender *Psychiatrie*, klinisch-messender *Psychologie* und verstehend-interaktioneller *Psychotherapie* mit dem vorwissenschaft-

lich selben Untersuchungsgegenstand der Phänomene abweichenden psychischen Erlebens und Verhaltens zeigt einerseits die Verwobenheit der drei unterschiedlichen heilberuflichen Sichtweisen und zugleich die **Deutungshoheit der Psychotherapie als eigene Form der Humanwissenschaft** und *eigenständiges* Heilungsverfahren im interaktionellen Zugang zur leidenden Person.

Psychotherapie als Leitwissenschaft ist in der interaktionellen Heilung psychischer Störungen derzeit

Tab. 1 Zum Vergleich zwischen Psychotherapie, klinischer Psychologie und psychotherapeutischer Medizin. (Stundenangaben stellen die Mindestanforderung dar)

	Psychotherapie	Psychotherapeutische Medizin	Klinische Psychologie
<i>Ausbildung: Selbsterfahrung</i>	250 h 1. Abschnitt/Propädeutikum: 50 h und im 2. Abschnitt/Fachspezifikum: 200 h schulen-/methodenspezifisch, 2–4 Jahre	150 h schulen-/methodenspezifisch im Hauptfach, 1–2 Jahre	76 h
<i>Ausbildung: Supervision</i>	170 h: 20 h Propädeutikum und 150 h Fachspezifikum schulen-/methodenspezifisch	220 h: davon 120 h schulen-/methodenspezifisch	120 h
<i>Ausbildung: Theorie</i>	1065 h 1. Abschnitt/Propädeutikum 765 h methodenübergreifend und 2. Abschnitt Fachspezifikum: 300 h schulen-/methodenspezifisch	600 h schulen-/methodenspezifisch	340 h
<i>Ausbildung: Gesamtumfang</i>	3115 h incl. Praktika in 8–9 Jahren nach einem gesetzlichen Quellenberuf bzw. individueller Eignungsprüfung	1870 h in 6 Jahren nach dem Medizinstudium	536 h in 2–3 Jahren nach dem Psychologiestudium
<i>Quellenberufe</i>	Abgeschlossener (meist akademischer) humanwissenschaftlicher Quellenberuf entsprechend dem Selbstverständnis der Psychotherapie	Ärzte mit abgeschlossenem Lehrgang „Psychosomatische Medizin“, sowie FA Psychiatrie; Voraussetzung: positive Beurteilung im Aufnahmeverfahren	Abgeschlossenes Psychologiestudium
<i>Selektion in der Ausbildung als Qualitätssicherungskriterium</i>	Insbes. Fremdselektionsmechanismen durch Grundberuf und positive Beurteilung im Aufnahmeverfahren in das Fachspezifikum. Zusätzlich hohe Selbstselektionsmechanismen: rund 60 % der BeginnerInnen der propädeutischen Ausbildung schließen auch erfolgreich ein Fachspezifikum ab	Insbes. Fremdselektionsmechanismen durch Grundberuf, positive Beurteilung im Aufnahmeverfahren für psychotherapeutische Medizin	Insbes. Fremdselektionsmechanismen durch Grundberuf
<i>Praxisumfang</i>	600 Behandlungsstunden unter Supervision plus 1030 h Praktika: 1. Abschnitt: 480 h 2. Abschnitt: 550 h (mind. 150 h im klinischen Bereich)	600 h Ärztliche Tätigkeit unter psychotherapeutischen Gesichtspunkten + weitere 600 Behandlungsstunden methodenspezifisch (mind. 6 Fälle, davon mind. 3 über 40 h)	Praxiszeit 2098 h, keine definierten Behandlungsstunden
<i>Diagnostik</i>	Grundzüge der psychiatrischen und psychologischen Diagnostik, zusätzlich behandlungsrelevante und schulen-/methodenspezifische psychotherapeutische Diagnostik (inkl. Beziehungs- und Prozessdiagnostik)	Psychiatrische Diagnostik, integrativ entlang des somato-, sozio- und psychotherapeutischen Ansatzes	Psychologische Diagnostik (mit einem besonderen Fokus auf klinisch-psychologische Diagnostik) und Grundzüge der psychiatrischen Diagnostik
<i>Theoretische Grundlagen</i>	Klare wissenschaftstheoretische Verankerung in einem Menschenbild und in der jeweiligen Psychotherapietheorie	Methodenspezifisch (Hauptfach 150 h eine Tradition, Zusatzfach 40 h andere Tradition, 2 Ergänzungsfächer je 20 h)	Eklettisch auf der Grundlage verschiedenster psychologischer Theorien
<i>Behandlungskonzepte</i>	Fundiert methodenspezifisch und evidenzbasiert Prozess- und beziehungs-orientiert	Methodenspezifisch mit dem Schwerpunkt eines Hauptfaches; Integration von Zusatzfach; 2 Ergänzungsfächer; alle entsprechend den 4 grundlegenden psychotherapeutischen Traditionen, aber in verschiedenen Settingvarianten evidenzbasiert	Eklettisch und evidenzbasiert In der Regel interventionsbasiert
<i>Breite der Behandlung</i>	Breit	Breit	Spezifisch
<i>Zielgruppen der Behandlung</i>	Alle klinischen Störungsbilder, Persönlichkeitsentwicklung, etc.	Alle Psychiatrischen und Psychosomatischen Störungsbilder	Spezifische Zielgruppen, z. B. Neuropsychologie, Gerontopsychologie, Teilleistungsstörungen etc.
<i>Klinische Evidenz</i>	Hoch für die vier therapeutischen Cluster auf der Basis spezifischer und allgemeiner Wirkfaktoren	Nach den Kriterien der Evidenz-Basierten-Medizin	Meist spezifisch interventionsbasiert; in der Regel nicht auf der Basis der allgemeinen Wirkfaktoren

in den oben genannten **vier Grundströmungen** repräsentiert – ein weiteres Merkmal und Spezifikum der Psychotherapie. Sie wird damit in ihrer Vielfalt an Zugängen der immer weiter zunehmenden Komplexität und Diversität menschlichen Erlebens und Verhaltens hinreichend gerecht: Sie reagiert in komplexer und adäquater Weise unter **Einbeziehung sozialer, ökonomischer und ökologischer Momente** auf individuelle und gesellschaftliche Entwicklungen und hat damit eine nachhaltige Bedeutung, die weit über die Heilbehandlung einzelner Symptombilder hinausgeht. Dies kommt auch darin zum Ausdruck, dass Psychotherapie als Disziplin die Befassung mit diesen Momenten in ihre Theoriebildungen miteinbezieht (vgl. Kadi et al. 2012).

Zeichnete sich in den 1990er-Jahren deutlich ab, dass sich Psychotherapie auf dem Weg zu einer eigenständigen Disziplin befindet, so ist zweieinhalb Jahrzehnte später festzuhalten, dass Psychotherapie inzwischen wesentliche Merkmale einer eigenständigen Disziplin nach Datler und Felt (1996) erfüllt:

Innerhalb eines *langjährigen* international existierenden Netzwerkes wird unter Einsatz von **wissenschaftlich anerkannten Methoden** permanent an einem breiten Spektrum an Themen gearbeitet, in deren Zentrum die **psychotherapeutische Praxis und damit verbundene Theorien** stehen (vgl. Wampold und Imel 2015).

Diese Theorien handeln insbesondere von

- der Theorie des psychotherapeutischen Prozesses,
- den Indikationen zur Psychotherapie,
- von psychotherapeutischen Wirkfaktoren und dem „Outcome“ psychotherapeutischer Praxis,
- von den Entstehungsbedingungen und Entstehungsprozessen der Problem- und Leidenszustände, die zur Indikation von Psychotherapie führen, mit besonderen Akzenten auf die Theorie der Spezifität und Genese psychischer Erkrankungen, ihrer Behandlung und ihrer Prophylaxe,
- von anthropologischen, persönlichkeits-, interaktions- und sozialisationstheoretischen Grundlagen,
- von professionstheoretischen Themen, die auch Fragen der psychotherapeutischen Aus-, Fort- und Weiterbildung betreffen,
- vom Spektrum wissenschaftlicher Methoden, die in der Psychotherapieforschung zum Einsatz kommen,
- sowie von der Beziehung zwischen der Disziplin der Psychotherapie und anderen wissenschaftlichen Disziplinen wie Medizin, Psychologie, Erziehungs- und Bildungswissenschaft, Soziologie, Philosophie oder Theologie.

Innerhalb der Disziplin der Psychotherapie existieren

- **gemeinsam geteilte Wissensbestände**, die in Lexika, Handbüchern und Lehrbüchern dargestellt sind, die zum Teil clusterspezifisch, zum Teil aber auch clusterübergreifend konzipiert sind (z.B. Stumm

und Pritz 2007; Slunetzko 2009; Fischer 2011; Lambert 2013),

- **Kommunikationsstrukturen**, zu denen insbesondere wissenschaftliche Journale, langjährig tätige wissenschaftliche Institute und Vereinigungen sowie regelmäßig stattfindende Kongresse, Tagungen und Symposien zählen,
- **Selektions- und Reproduktionsprozesse (Ausbildungsprozesse)**, für die primär LehrtherapeutInnen und somit VertreterInnen der Disziplinen Verantwortung tragen (vgl. LehrtherapeutInnen-Richtlinie 2011);
- wissenschaftliche Diskurse, die der **Selbstreflexion der Disziplin** dienen und insbesondere von den Besonderheiten der Disziplin und ihrer Geschichte handeln (vgl. Norcross et al. 2011; Schmidbauer 2012).

In der Disziplin der Psychotherapie gelten **Werte und Normen** des wissenschaftlichen Arbeitens, die auch in anderen Disziplinen als verbindlich angesehen werden (Felt et al. 1995). Und PsychotherapeutInnen werden inzwischen nahezu durchgängig als ExpertInnen für das **Wissen um Psychotherapie**, für die Weiterentwicklung der Disziplin und für die **gesellschaftlich relevante Nutzung** des psychotherapeutischen Wissens insbesondere in den Bereichen der psychotherapeutischen Praxis (Behandlung), Versorgung und Prophylaxe begriffen.

Die Binnenstrukturen der Disziplin der Psychotherapie

Die Disziplin der Psychotherapie weist in mehrfacher Hinsicht **Binnenstrukturen** auf. Im Bereich der Psychotherapieforschung existieren etwa **Strukturen der qualitativen und quantitativen Psychotherapieforschung** in Verbindung mit dem Einsatz von Mixed Methods in Korrespondenz mit Konzeptforschung, Einzelfallforschung und Untersuchungen mit großen Stichproben (Fischer 2011, S. 107 ff.).

Eine andere Binnenstruktur verdeutlicht unterschiedliche **Strömungen der Psychotherapie**, die den bereits mehrfach genannten vier Clustern zugeordnet werden können (PPT, VT, HPT, SPT). All diesen Strömungen ist die Auffassung gemeinsam, dass es in **psychotherapeutischen Prozessen** nötig ist, auch zu den **tieferen, persönlichkeitsbestimmenden Schichten der Problemlagen** von psychotherapiebedürftigen Menschen zu kommen, die erst dann erfasst und *hilfreich* bearbeitet werden können, wenn sie **innerhalb der therapeutischen Beziehung** spürbar, erkannt und verstanden werden. Deshalb zeichnet sich die psychotherapeutische Ausbildung durch den hohen Anteil an psychotherapeutischer *Eigenerfahrung* als Voraussetzung für diese **unverzichtbare Dimension** des psychotherapeutischen Arbeitens aus.

Obleich dieser Aspekt innerhalb der psychotherapeutischen Cluster etwas unterschiedlich gewichtet

wird, **unterscheidet sich die psychotherapeutische Ausbildung in dieser qualitativ unverzichtbaren Dimension** in allen Clustern von den Ausbildungsprozessen in angrenzenden Disziplinen. Dort wird diesen Aspekten in deutlich geringerem Ausmaß *und nur situativ* Rechnung getragen, weshalb in dieser Hinsicht auch andere Anforderungen an ärztliche oder klinisch-psychologische Ausbildungen und Praxisformen zu stellen sind:

Die **therapeutische Begegnung** bildet als **interaktionelle Situation** den Rahmen zur Analyse und heilender Bearbeitung leidvollen Erlebens und Verhaltens und steht damit im Zentrum jeder Psychotherapie. Damit wandelt sich auch die Aufgabe der Diagnostik krankheitswertiger Zustandsbilder: **Psychotherapeutische Diagnostik** steht als eigenständige und intersubjektiv begründete **verstehende** Beziehungs- und diagnostik neben der psychiatrisch-**erklärenden** und psychologisch-experimentell **messenden** Diagnostik als jeweils nosologisch-kategoriale Formen der Krankheitsfeststellung (Hochgerner 2020a, 2020b; Höfner und Hochgerner 2020). Sie ermöglicht grundsätzlich und aktuell im psychotherapeutischen Prozess Auskunft über mögliche Entstehungszusammenhänge und Formen der Aufrechterhaltung leidvoller Symptomatik und setzt diese in Relation zur Persönlichkeit. **Diagnostik** wird in dieser Weise, begleitend zum **therapeutischen** Prozess, integraler, kontinuierlicher Bestandteil der Psychotherapie und ist in der Indikationsstellung zur Psychotherapie als prozessuale „**Theragnostik**“ ein qualitativ wesentlich vertiefender Zugang zum psychischen Erleben und Verhalten. Diagnostik geht damit weit über die Erfassung und Zuschreibung von Krankheitsbildern, wie sie in gängigen psychiatrischen oder klinisch-psychologischen Systematiken gelistet und beschrieben werden, hinaus: Sie ist handlungsleitend in der Entwicklung und Zielfindung hilfreicher therapeutischer Haltungen und individualisierter Vorgangsweisen, fördert wesentlich die Motivation zur Mitarbeit von PatientInnen und ist somit für die Arbeitsbündnisse innerhalb der jeweils spezifischen therapeutischen Beziehung wesentlich. Deshalb beginnen sich psychotherapeutische Prozesse nicht erst *nach* der psychotherapeutischen Diagnostik zu entwickeln, sondern bereits mit dem Erstkontakt und dem Einsetzen psychotherapeutisch-diagnostischer Aktivitäten, denen im oben erwähnten Sinn ein „theragnostischer“ Anspruch inhärent ist.

Psychotherapie und ihre Beziehung zu Nachbardisziplinen

Wissenschaftliche Disziplinen haben ihre Wurzeln zu meist in anderen Disziplinen. Prozesse der Herauslösung *aus* diesen Disziplinen und Prozesse der Differenzierung *von* diesen Disziplinen führen dazu, dass eigenständige Disziplinen entstehen.

Die **Wurzeln der Psychotherapie** sind in diesem Sinn **in verschiedenen Disziplinen**, in wesentlichen

Punkten aber auch in **Diskursen** zu finden, die außerhalb dieser Disziplinen geführt wurden bzw. spezifischen Disziplinen nicht eindeutig zugeordnet werden können. Ein markantes Beispiel geben dafür die Anfänge der Psychoanalyse ab, aus der heraus sich das Cluster der psychoanalytisch-psychodynamischen Psychotherapie (PPT) entwickelte:

Sigmund Freud, der Begründer der Psychoanalyse, war habilitierter Mediziner und kam als solcher mit den Vorläufern und Anfängen der Psychotherapie insbesondere in Wien und in Frankreich in den 1880er-Jahren in Berührung. Als wissenschaftlich interessierter und wissenschaftlich tätiger Arzt leistete er mit der Begründung der Psychoanalyse Bahnbrechendes auf dem Gebiet der Psychotherapie. Die Entstehung der Psychoanalyse war aber nur zum Teil auf die wissenschaftliche Befassung mit Psychotherapie innerhalb der Medizin zurückzuführen. Von größerem Gewicht war vielmehr der Umstand, dass sich zunächst in Wien und bald darauf international ein Netzwerk von wissenschaftlich arbeitenden PsychoanalytikerInnen etablierte, das außerhalb der universitär verankerten Disziplinen wie Medizin, Psychologie oder Pädagogik existierte.

Für die Etablierung und Verbreitung der Psychoanalyse war es zwar nicht unerheblich, dass diesem psychoanalytischen Netzwerk auch MedizinerInnen sowie PsychologInnen, PädagogInnen, TheologInnen und VertreterInnen verschiedener anderer Geisteswissenschaften angehörten, die zum Teil in die akademischen Strukturen dieser Disziplinen (etwa als ProfessorInnen oder AssistentInnen) eingebunden waren. Die Orte, an denen psychoanalytisch-psychotherapeutische Praxis geleistet wurde, und die Institutionen, in denen die wissenschaftliche Diskurse über psychoanalytische Theorien und Konzepte geführt wurden, lagen zumeist aber außerhalb universitärer Strukturen und konnten den bestehenden Disziplinen auch gar nicht eindeutig zugeordnet werden, zumal die Entstehung und Verbreitung der Psychoanalyse von maßgeblichen VertreterInnen der seinerzeit etablierten Disziplinen kritisch gesehen und zum Teil sogar bekämpft wurden. Historischen Analysen ist zu entnehmen, wie vielschichtig und spannungsreich sich von Beginn an das Verhältnis zwischen der Psychoanalyse und jenen Disziplinen dargestellt hat, die heute zu den wichtigsten psychotherapeutischen Nachbardisziplinen zählen (siehe etwa zum Verhältnis zur *Medizin* Böker 2006; Hierdeis und Scherer 2018; zur *Psychologie* Elliger 1986; Nitzschke 1989; zur *akademischen Pädagogik* Wininger 2011; oder zu *Philosophie, Theologie und Soziologie* Cremerius 1981; Scheidt 1986).

Auch das Wirken vieler anderer – aus unterschiedlichen Disziplinen kommenden – historischer Persönlichkeiten, die der Entwicklung der Psychotherapie wesentliche Impulse gaben, kann man ablesen, dass Psychotherapie nicht als Teilgebiet einer Disziplin,

die bereits seit längerer Zeit besteht, begriffen werden kann:

Alfred Adler war Arzt und bis 1911 Mitglied in Freuds multidisziplinär zusammengesetzten Mittwoch-Gesellschaft, ehe er sich von Freud trennte und die Individualpsychologie begründete, die nicht zuletzt dadurch weite Verbreitung fand, dass sie im „Roten Wien“ in pädagogischen Institutionen gelehrt und auch mit therapeutischem Anspruch praktiziert wurde.

Jakob L. Moreno, der Philosophie und Medizin studiert hatte, entfaltete in den 1920er-Jahren den interaktionell-begegnungsorientierten, sozialwissenschaftlich begründeten Ansatz der humanistischen Psychotherapie, der Psychotherapie in Gruppen etablierte und wesentlichen Einfluss auf die amerikanische Sozialpsychologie, Pädagogik und Beratungskultur („Counseling“) hatte.

Victor Frankl entwickelte nach seinen Studien der Medizin und Philosophie ab den 1920er-Jahren seinen Logotherapeutischen Therapieansatz, der als „3. Wiener Schule der Tiefenpsychologie“ gilt.

Carl Rogers begründete in den 1940er-Jahren in den USA den personenzentrierten Ansatz und damit eine zentrale Schule der humanistischen Psychotherapie, die sich unter anderem auch als kritische Gegenposition zur damaligen akademischen Psychologie verstand.

Albert Ellis und **Aaron Beck** entwickelten als Repräsentanten der Psychologie und Psychiatrie von den 1950er-Jahren an den Ansatz der Rational-Emotiven Psychotherapie und trugen damit wesentlich zur „kognitiven Wende“ in der Verhaltenstherapie bei.

Virginia Satyr entwickelte ab den 1950er-Jahren als Sozialarbeiterin in der Familienhilfe mit der Begründung der „Familientherapie“ spezielle Formen des Zugangs zur Mehrpersonenpsychotherapie in sozialen Netzwerken.

Dass PsychotherapeutInnen seit den Anfängen der modernen Psychotherapie mit Medizin und Psychologie, darüber hinaus aber auch mit weiteren **Disziplinen der Geistes-, Human- und Sozialwissenschaften samt den damit verbundenen Praxisfeldern** vertraut waren, hatte zur Folge, dass fachlich breit gefächerte Expertisen in das Feld der Psychotherapie eingebracht wurden. Psychotherapie entspricht damit der bio-psycho-sozialen Realität des Individuums und dem mehrperspektivischen Krankheitsbegriff der WHO besser als vorrangig naturwissenschaftlich respektive einheitswissenschaftlich orientierte Zugänge zum leidenden Menschen. Umgekehrt flossen psychotherapeutische Erkenntnisse auch in die Diskurse anderer Disziplinen (siehe oben) und in die damit verbundenen Praxisfelder zurück, einschließlich jener Felder, die für Sozialkritik und Sozialreformen von großer Bedeutung sind.

Diese Anregungs- und Austauschprozesse gewinnen mit der Etablierung der Psychotherapie als Disziplin an Intensität und Qualität und finden ihre in-

stitutionalisierte Verankerung überall dort, wo die **gesetzliche Regelung der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung** sicherstellt, dass das plurale Verhältnis der Psychotherapie auf hohem Wissenschafts- und Ausbildungsniveau zu anderen Disziplinen befördert und weiterentwickelt wird. Dies verhindert Begehrlichkeiten, durch Umformung und letztlich Zerstörung der Psychotherapie als umfassende und eigenständige Disziplin und Wissenschaft einzelne konstituierende Merkmale aus dem zentralen Wirkzusammenhang zu reißen und bloß als Teildisziplin anderer Gesundheitsberufe auszuweisen. Die vielschichtige und zunehmende **forschungs-, heilungs- und gesellschaftliche Relevanz der Psychotherapie** wäre dann durch die Beförderung von Eindimensionalität minimiert.

Conclusion

Aus der Beschäftigung mit der aktuellen Literatur aus der Psychotherapieforschung (Lambert 2013) können folgende Thesen abgeleitet werden:

Psychotherapie – Unverzichtbar für die Behandlung psychischer Erkrankungen

Psychotherapie ist evidenzbasiert und effizient

- Psychotherapie hat eine hohe und nachhaltige Behandlungswirksamkeit,
- ist durch die empirische Psychotherapieforschung für alle vier in Österreich anerkannten Ausrichtungen (Methodencluster) wirksam ausgewiesen und
- ihr Erfolg ist einer psychopharmakologischen Behandlung vergleichbar.
- Durch die langfristige Behandlungswirkung folgt eine
- beachtenswerte Kosteneffizienz, die eine
- nachhaltige Senkung der Gesundheitskosten bedeutet.
- PsychotherapeutInnen entwickeln für jede/n PatientIn einen notwendigen und eigenen Zugang und individuell hilfreichen Therapieplan.

Kernbereiche der Psychotherapie

Im Fokus der Psychotherapie steht die Subjektivität des individuellen Erlebens von PatientInnen, in denen die psychischen und psychosomatischen Symptome, Krankheits- und Leidenszustände von PatientInnen gründen.

Psychotherapie

- Die Psychotherapie greift das subjektive Leiden und/oder die Störung der/s PatientIn auf und bearbeitet umfassend und prozessorientiert alle Bedeutungen und Aspekte der jeweiligen Problematik und ist ressourcenorientiert.
- Psychotherapie beruht auf einer klaren theoretischen Verankerung und einer Haltung (einem Men-

schenbild) der/s PsychotherapeutIn, die in einer theoretischen und praktischen Ausbildung zur Entwicklung einer psychotherapeutischen Identität erworben wird.

- Im zeitlichen Vergleich ist die Ausbildung umfangreich (Zugangsberuf/Studium plus mindestens 3115h über 8–9 Jahre verteilt).
- Zahlreiche fremd- und selbstselektive Schritte während der Ausbildung erhöhen die Qualität.
- Sie wird international in 4 anerkannten Methodenclustern psychodynamischer, humanistischer, systemischer oder verhaltenstherapeutischer Ausrichtung angeboten.
- In der konkreten Umsetzung kann das in psychotherapeutischer Krisenintervention, in Kurz- oder Langzeittherapie in verschiedenen Settings (Einzel-, Gruppen-, Familientherapie etc.) erfolgen.
- Die Psychotherapie stellt ein professionelles und umfassendes Behandlungskonzept dar. Das Behandlungskonzept ist umfassend und wirksam für alle klinischen Störungsbilder.
- Die Wirksamkeit der Psychotherapie ergibt sich im Zusammenwirken aus der therapeutischen Beziehung (30 %), spezifischen Interventionen (10 %), TherapeutInnenfaktoren (20 %) und der PatientInnencharakteristika (40 %).

Psychotherapeutische Diagnostik

- Psychotherapeutische Diagnostik erfasst den aktuellen Leidensdruck und die vorliegende krankheitswertige Symptomatik.
- Sie gewinnt darüber hinaus jedoch aus lebensgeschichtlichen und aktuellen Daten klinisches Wissen über Entstehung und Aufrechterhaltung von leidvollem Erleben und Verhalten.
- Damit entsteht ein Persönlichkeitsprofil, das es erlaubt, die für diese Person passende hilfreiche therapeutische Haltung und Vorgangsweise individuell und theoriegeleitet für jeden therapeutischen Schritt zu entwickeln.
- Körperliches, Soziales und Psychisches Erleben und Verhalten werden in der psychotherapeutischen Diagnostik in ihrer subjektiven Bedeutung und Wechselwirkung permanent erfasst und hilfreich verknüpft.
- Psychotherapeutische Diagnostik ist nicht nur die Basis und Ausgangspunkt von Behandlung, sondern zugleich und wesentlich auch kontinuierlicher Bestandteil jeder therapeutischen Einheit, die das subjektive Erleben und Verhalten zum Zentrum der Behandlung macht.
- Damit wird in der diagnostisch geleiteten hilfreichen psychotherapeutischen Beziehung die Aktivierung der jeweils eigenen Möglichkeiten und Ressourcen zur Krankheitsbewältigung ermöglicht und als nachhaltig hilfreiche Persönlichkeitsveränderungen etabliert.

Geht man in weiterer Konsequenz der Frage nach, ob es sich um eine eigenständige Wissenschaftsdisziplin handelt, muss dies aus dem derzeitigen Stand des Wissens (Wampold und Imel 2015) verneint werden: im Sinne Kuhns müssten alle Psychotherapieforschungsergebnisse inkommensurabel zu den bisherigen Forschungsergebnissen aus Medizin, Psychologie, Neurobiologie, Evolutionslehre, Entwicklungspsychologie, Bildungswissenschaften, etc. sein, wenngleich kleinere wissenschaftliche Revolutionen zu beobachten waren (kognitive Wende, mixed-methods Forschungsdesigns, etc.). Stellt man die PatientIn partizipativ in den Mittelpunkt (Krause et al. 2020), ist für die Versorgung psychisch kranker Menschen die Beibehaltung der Vielgestaltigkeit unter Berücksichtigung der Unterschiede unterschiedlicher Disziplinen, Professionen und der evidenzbasierten Praxis von zentraler Bedeutung. Je nach Blickwinkel wird der Aspekt der Disziplin, des Berufes oder der Forschungsmethodologie in den weiteren Diskussionen zur wissenschaftlichen Weiterentwicklung der Psychotherapie unterschiedliche Betonung finden, um dadurch auch einem metatheoretischen Diskurs gerecht zu werden – dies jedoch vorrangig zum Wohle der/s einzelnen PatientIn.

Funding Open access funding provided by Medical University of Vienna.

Interessenkonflikt W. Datler, M. Hochgerner, C. Korunka, H. Löffler-Stastka und G. Pawlowsky geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (2005). On analytic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53, 541–568.
- Ablon, S., & Jones, E. E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 71–83.

- American Psychological Association (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285.
- Berkin, M., & Rief, W. (2012). *Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor*. Berlin: Springer.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamend, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Bd. 5, S. 227–306). New York: Wiley.
- Biermann-Ratjen, E. M., Eckert, J., & Schwartz, H. J. (1995). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Blatt, S. J. (1995). Representational structures in psychopathology. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Hrsg.), *Rochester symposium on developmental psychopathology: Emotion, cognition, and representation* (Bd. 6, S. 1–33). Rochester: University of Rochester Press.
- Blatt, J., & Shichman, S. (1983). Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 6(2), 187–254.
- Böcker, H. (Hrsg.). (2006). *Psychoanalyse und Psychiatrie. Geschichte, Krankheitsmodelle und Therapiepraxis*. New York: Springer.
- Brittlebank, A., Hermans, M., Bhurga, D., Pinto da Costa, M., Rojnic-Kuzmann, M., Fiorillo, A., Kurimay, T., Hanon, C., Wassermann, D., & van der Gaag, R. J. (2016). Training in psychiatry throughout Europe. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 266, 155–164.
- Bundesgesetz über die Führung der Bezeichnung „Psychologin“ oder „Psychologe“ und über die Ausübung der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie (Psychologengesetz 2013). StF: BGBl. I Nr. 182/2013 (NR: GP XXIV IA 2360/A AB 2572 S. 213. BR: 9041 AB 9067 S. 823.) [CELEX-Nr.: 32011L0024, 32011L0095]. Zugriffen: 11. Februar 2021.
- BGBl. Nr. 335/1993 – BUNDESGESETZBLATT 335. Bundesgesetz, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (51. Novelle zum ASVG), das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (...) getroffen werden. https://ris.bka.gv.at/1993_337_0/1993_337_0. Zugriffen: 11. Februar 2021.
- BMSGPK (2011/2020). LehrtherapeutInnen-Richtlinie für das Fachspezifikum. (Richtlinie des Gesundheitsressorts auf Grundlage eines Gutachtens des Psychotherapiebeirats. *Psychotherapie Forum*, 9, Suppl. 2(2/2011), 46–47, ergänzt und aktualisiert am 05.08.2010. Originaltext: www.sozialministerium.at (PDF-Datei). Zugriffen: 11. Februar 2021.
- Bundesministerium (2014). Anerkannte Psychotherapiemethoden in Österreich: Patientinnen/Patienten-Information über die in Österreich anerkannten psychotherapeutischen Methoden (Stand 2014). https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Psychische_Gesundheit/In_Oesterreich_anerkannte_Psychotherapiemethoden. Zugriffen: 10. Sept. 2018. Veröffentlicht vom österreichischen Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) (2014).
- Bundesministerium (2019). Gesundheitsberufe in Österreich. Herausgegeben vom österreichischen Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. file:///C:/Users/admin/Downloads/gesundheitsberufe_2019_mai_2019.pdf. Zugriffen: 15. Juni 2020.
- Bundesministerium für Gesundheit (2014). Leitfaden zur Bewertung der Psychotherapieausbildung mit ECTS für Propädeutika und Fachspezifika; Ausschuss für fachspezifische Angelegenheiten; Psychotherapiebeirat. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Medizin-und-Gesundheitsberufe/Berufe-A-bis-Z/Psychotherapeutin,-Psychotherapeut/ECTS-Bewertung-psychotherapeutischer-Prozesse/deutika-und-Fachspezifika.html>. Zugriffen: 17. Juni 2020.
- Butler, S. E., & Strupp, H. H. (1986). Specific and nonspecific factors in psychotherapy: a problematic paradigm for psychotherapy research. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 23, 30–40.
- Cain, D. J. (2016). *Humanistic psychotherapies. Handbook of research and practice*. Washington, DC: APA Press.
- Cooper, M., Watson, J. C., & Hölldampf, D. (2013). *Person-centered and experiential therapies work*. Ross-on-Wye, United Kingdom: PCCS books.
- Cremerius, J. (Hrsg.). (1981). *Die Rezeption der Psychoanalyse in der Soziologie, Psychologie und Theologie im deutschsprachigen Raum bis 1940*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Cuijpers, P. (1998). Minimising interventions in the treatment and prevention of depression: taking the consequences of the “dodo bird verdict”. *Journal of Mental Health*, 7, 355–365.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Wamerdam, L., & Andersson, G. (2008b). Psychological treatment of depression: a meta-analytic database of randomized studies. *BMC Psychiatry*, 8(1), 26.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Wamerdam, L., & Smits, N. (2008a). Characteristics of effective psychological treatments of depression: a meta-regression analysis. *Psychotherapy Research*, 18, 225–236.
- Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Vinkers, C. H., Cipriani, A., & Furukawa, T. A. (2020). A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World Psychiatry*, 19, 92–107. <https://doi.org/10.1002/wps.20701>.
- Datler, W., & Felt, U. (1996). Psychotherapie – eine eigenständige Disziplin? In A. Pritz (Hrsg.), *Psychotherapie – eine neue Wissenschaft vom Menschen* (S. 45–73). Wien: Springer.
- Datler, W., Drossos, A., Korunka, Ch., & Gornik, E. (Hrsg.). (2021). *Akademisierung der Psychotherapie: Aktuelle Entwicklungen, historische Annäherungen und internationale Perspektiven*. Wien: Facultas.
- Duncan, B. (2010). On becoming a better therapist. *Psychotherapy in Australia*, 16, 42–51.
- Elliger, T. (Hrsg.). (1986). *S. Freud und die akademische Psychologie. Ein Beitrag zur Rezeptionsgeschichte der Psychoanalyse in der deutschen Psychologie (1895–1945)*. Weinheim: Deutscher Studienverlag/Beltz.
- European Association of Psychotherapy (2013). The final set of core competencies of the EAP's project to develop the professional competencies of a European psychotherapist. www.psychotherapy-competency.eu. Zugriffen: 11. Februar 2021.
- Felt, U., Nowotny, H., & Taschwer, K. (1995). *Wissenschaftsforschung. Eine Einführung* (S. 59). Frankfurt: Campus.
- Firbas, W. (2001). Psychotherapie – Mangelerscheinung im Medizinstudium? *Wien Klin Wochenschr*, 113, 395–396.
- Fischer, G. (2011). *Psychotherapiewissenschaft: Einführung in eine neue humanwissenschaftliche Disziplin*. Gießen: Psychosozial-Verlag. Unter Mitarbeit von Christiane Eichenberg.
- Fonagy, P., & Kächele, H. (2009). Psychoanalysis and other long-term dynamic psychotherapies. In M.-G. Gelder, J. J. Lopez-Ibor & N. Andreasen (Hrsg.), *New Oxford textbook of psychiatry* (Bd. 2, S. 1337–1349). Oxford: Oxford University Press.

- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: their role in self-organization. *Development and psychopathology*, 9(4), 679–700.
- Fonagy, P., Rost, F., Carlyle, J., McPherson, S., Thomas, R., Pasco Fearon, R. M., Goldberg, D., & Taylor, D. (2015). Pragmatic randomized controlled trial of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression: the Tavistock Adult Depression Study (TADS). *World Psychiatry*, 14(3), 312–321.
- Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) (2020). *Analyse der Versorgungswirksamkeit von PsychotherapeutInnen in freier Praxis*. Arbeitsfassung, im Druck
- Grabenhofer-Eggerth, A., & Sator, M. (2019). *Psychotherapie als Sozialversicherungsleistung – Inanspruchnahme und Finanzierung*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Hierdeis, H., & Scherer, M. (2018). *Psychoanalyse und Medizin: Perspektiven, Differenzen, Kooperationen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hochgerner, M. (Hrsg.). (2020a). *Grundlagen der Psychotherapie* (2. Aufl.). Wien: Facultas.
- Hochgerner, M. (2020b). Psychotherapeutische Diagnostik. In M. Hochgerner (Hrsg.), *Grundlagen der Psychotherapie* 2. Aufl. Wien: Facultas.
- Hochgerner, M. (2020c). Eine Übersicht über den Mindestumfang der Curricula zur psychotherapeutischen Ausbildung nach dem österreichischen Psychotherapiegesetz. Unpubliziertes Manuskript.
- Höfner, C., & Hochgerner, M. (Hrsg.). (2020). *Psychotherapeutische Diagnostik*. Wien, New York: Springer.
- Jones, E. E. (2000). *Therapeutic action: a guide to psychoanalytic therapy*. Northvale: Jason Aronson.
- Kadi, B. U., Ruhs, A., & Löffler-Stastka, H. (2012). An den Grenzen der Disziplin [At the limits of discipline]. *Neuropsychiatrie*, 26(4), 179–186. <https://doi.org/10.1007/s40211-012-0029-3>.
- Kierein, M., Pritz, A., & Sonneck, G. (1991). *Psychologengesetz/ Psychotherapiegesetz. Kurzkommentar*. Wien: Orac.
- Kohl, S., Barnow, S., Brähler, E., Fegert, J. M., Fliegel, S., Freyberger, H. J., & Strauß, B. (2009). Die Psychotherapieausbildung aus Sicht der Lehrkräfte. *Psychotherapeut*, 54, 445–456.
- Korunka, Ch., & Hochgerner, M. (2021). Psychotherapie in Österreich: Der Ausbildungsweg und die berufliche Situation von PsychotherapeutInnen. In W. Datler, A. Drossos, Ch. Korunka & E. Gornik (Hrsg.), *Akademisierung der Psychotherapie: Aktuelle Entwicklungen, historische Annäherungen und internationale Perspektiven*. Wien: Facultas.
- Krause, R. (1997). *Grundlagen*. Bd. 1. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Krause, K., Midgley, N., Edbrooke-Childs, J., et al. (2020). A comprehensive mapping of outcomes following psychotherapy for adolescent depression: the perspectives of young people, their parents and therapists. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01648-8>.
- Lambert, M. (Hrsg.). (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. Aufl.). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J. (Hrsg.). (2004). *Bergin and garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (4. Aufl.). New York: Wiley.
- Leichsenring, F. (2004). Randomized controlled vs. naturalistic studies. A new research agenda. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68, 137–151.
- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2011). Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(1), 15–22.
- Leichsenring, F., Luyten, P., Hilsenroth, M. J., Abbass, A., Barber, J. P., Keefe, J. R., Leweke, F., Rabung, S., & Steinert, C. (2015). Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: a systematic review using updated criteria. *The Lancet Psychiatry*, 2(7), 648–660.
- Leitner, A., Schigl, B., & Märten, M. (2014). *Wirkung, Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Ein Beipackzettel für TherapeutInnen und PatientInnen*. Wien: Facultas.
- Leuzinger-Bohleber, M., Kaufhold, J., Kallenbach, L., Negele, A., Ernst, M., Keller, W., Fiedler, G., Hautzinger, M., Bahrke, U., & Beutel, M. (2019). How to measure sustained psychic transformations in long-term treatments of chronically depressed patients: symptomatic and structural changes in the LAC depression study of the outcome of cognitive-behavioural and psychoanalytic long-term treatments. *The International Journal of Psychoanalysis*, 100(1), 99–127.
- Leuzinger-Bohleber, M., Stühr, U., Rüger, B., & Beutel, M. (2003). How to study the quality of psychoanalytic treatments' and their long-term effects on patients' well-being. *International Journal of Psychoanalysis*, 84, 263–290.
- Löffler-Stastka, H., Blüml, V., & Bös, C. (2010). Exploration of personality factors and their impact on therapy utilization: the externalizing mode of functioning. *Psychotherapy Research*, 20, 295–308.
- Löffler-Stastka, H., Gelo, O., Pleschberger, I., Schröder, T., Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2018). Psychotherapieausbildung in Österreich: Basisdaten und soziodemographische Hintergrunddaten aus der SPRISTAD-Studie. *Psychopraxis. Neuopraxis*, 21(5), 227–231. <https://doi.org/10.1007/s00739-018-0508-9>.
- Löffler-Stastka, H., Gelo, O., Pleschberger, I., Hartmann, A., Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2019). Psychotherapie-Berufsausbildung in Österreich: Basis- und soziodemografische Hintergrunddaten aus einer SPRISTAD-Pilotstudie (Society of Psychotherapy Research Interest Section on Therapist Training and Development) [Psychotherapy training in Austria. Baseline and socio-demographic background data from a SPRISTAD (Society of Psychotherapy Research Interest Section on Therapist Training and Development) – Pilotstudy]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 65, 341–352. <https://doi.org/10.13109/zptm.2019.65.4.341>.
- Löffler-Stastka, H., Rössler-Schüle, H., & Skale, E. (2008). Therapie-Abbruch-Prädiktoren in psychoanalytischen Behandlungen von Persönlichkeitsstörungen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 54, 63–76.
- Lorentzen, S., Rønnestad, M. H., & Orlinsky, D. (2011). Sources of influence on the professional development of psychologists and psychiatrists in Norway and Germany. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 13(2), 141–152.
- Luborsky, L. (1995). Are common factors across different psychotherapies the main explanation for the Dodo bird verdict that “everybody has won so all shall have prizes”? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 106–109.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: is it true that “everybody has won and all must have prizes”? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995–1008.
- Luyten, P., & Blatt, S. J. (2013). Interpersonal relatedness and self-definition in normal and disrupted personality development of a meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(1), 15–22.

- opment: Retrospect and prospect. *American Psychologist*, 68(3), 172–183. <https://doi.org/10.1037/a0032243>.
- DeMaat, S., de Jonghe, E., de Kraker, R., Leichsenring, F., Abbass, A., Luyten, P., Barber, J., Rien, V., & Dekker, J. (2013). Current state of the empirical evidence for psychoanalysis: a meta-analytic approach. *Harvard Rev Psychiat*, 21(3), 107–137.
- De Maat, S., de Jonghe, E., Schoevers, R., & Dekker, J. (2009). The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: a systematic review of empirical studies. *Harvard Rev Psychiat*, 17(1), 1–23.
- De Maat, S., Philipszoon, E., Schoevers, R., Dekker, J., & De Jonghe, E. (2007). Costs and benefits of long-term psychoanalytic therapy: changes in health care use and work impairment. *Harvard Rev Psychiat*, 15(6), 289–300.
- Margraf, J., & Brengelmann, J. C. (1992). *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie*. München: Rötger.
- Nissen-Lie, H. A., Havik, O. E., Høglend, P. A., Monsen, J. T., & Rønnestad, M. H. (2013). A contribution of the quality of therapists' personal lives to the development of the working alliance. *J Couns Psychol*, 60, 483–495.
- Nitzschke, B. (Hrsg.). (1989). *Freud und die akademische Psychologie. Kritische Beiträge zu einer historischen Kontroverse*. München: Psychologie Verlags Union.
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2019). *Evidence-based therapist contributions*. Psychotherapy relationships that work, Bd. 1. Oxford: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2019). *Evidence-based therapist responsiveness*. Psychotherapy relationships that work, Bd. 2. Oxford: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., VandenBos, G. R., & Freedheim, D. K. (Hrsg.). (2011). *History of psychotherapy: continuity and change* (2. Aufl.). Washington: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12353-000>.
- ÖGPPM Psy-Diplome. Elektronisch abrufbar auf der Homepage der Österreichischen Gesellschaft für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin (ÖGPPM). http://www.oegppm.at/default3.asp?active_page_id=361&parent_page_id=322&pparent_page_id=1. Zugegriffen: 17. Juni 2020.
- Orlinsky, D., & Howard, K. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3. Aufl. S. 311–384). New York: Wiley.
- Orlinsky, D. E., & Rønnestad, M. H. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional development*. Washington DC: American Psychological Association.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4. Aufl. S. 270–376). New York: Wiley.
- Orlinsky, D. E., Strauss, B., Rønnestad, M. H., Hill, C., Castonguay, L., Willutzki, U., & Carlsson, J. (2015). Education and training. A collaborative study of development in psychotherapy trainees. *Psychotherapy Bulletin*, 50, 21–25.
- Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) Diplomrichtlinie Psychotherapeutische Medizin (Verordnung 2018). <https://www.arztakademie.at/diplome-zertifikate-cpds/oeaek-diplome/psychother-medizin/>. Zugegriffen: 16. Juni 2020.
- Pawlowsky, G. (2018). Zur Entwicklung der Psychotherapie in Österreich. In M. Hochgerner (Hrsg.), *Grundlagen der Psychotherapie* (S. 635–648). Wien: Facultas.
- Pawlowsky, G. (2020). Ergänzung zur 2. Auflage. In M. Hochgerner (Hrsg.), *Grundlagen der Psychotherapie* Bd. 2. Wien: Facultas.
- Pawlowsky, G. (2021). Eine Analyse der Quellenberufe der eingetragenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Österreich. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Riess, G. (2018). *Praxisorientierte Psychotherapieforschung. Leitfaden zur Förderung von Wissenschaft und Forschung in der psychotherapeutischen Ausbildung*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Rudolf, G. (1991). *Die therapeutische Arbeitsbeziehung*. Heidelberg: Springer.
- Scheidt, C. (Hrsg.). (1986). *Die Rezeption der Psychoanalyse in der deutschsprachigen Philosophie vor 1940*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Schmidbauer, W. (2012). *Die Geschichte der Psychotherapie. Von der Magie zur Wissenschaft*. München: Herbig.
- Seitz, T., Stastka, K., Schiffinger, M., Turk, B. R., & Löffler-Stastka, H. (2019). Interprofessional care improves health-related well-being and reduces medical costs for chronic pain patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 83(2), 105–127. https://doi.org/10.1521/bumc.2019.83_01.
- Shedler, S. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65, 98–109.
- Slunetzko, Th (2009). *Psychotherapie. Eine Einführung*. Wien: Facultas.
- Springer-Kremser, M., Eder, A., Jandl-Jäger, E., & Hager, I. (2002). Can legislation provide a better match between demand and supply in psychotherapy? *Soc Psych Psych Epid*, 37, 492–500.
- Steinert, C., Munder, T., Rabung, S., Hoyer, J., & Leichsenring, F. (2017). Psychodynamic therapy: as efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis testing equivalence of outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 174(10), 943–953.
- Steinmair, D., Richter, F., & Löffler-Stastka, H. (2020). Relationship between mentalizing and working conditions in health care. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(7), 2420. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072420>.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Mellor-Clark, J., & Connell, J. (2008). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies in UK primary-care routine practice: Replication in a larger sample. *Psychological Medicine*, 38, 677–688.
- Strauß, B., & Kohl, S. (2009). Themen der Ausbildungsforschung in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 54, 411–426.
- Stumm, G., & Pritz, A. (Hrsg.). (2007). *Wörterbuch der Psychotherapie*. Wien, New York: Springer.
- Sudak, D. M., & Goldberg, D. A. (2012). Trends in psychotherapy training: a national survey of psychiatry residency training. *Acad Psychiatr*, 36, 369–373.
- Taubner, S., Klasen, J., Hanke, W., & Möller, H. (2015). Ein empirischer Zugang zur Erfassung der Kompetenzentwicklung von PsychotherapeutInnen in Ausbildung. *Psychother Forum*, 20, 47–53.
- Union Européenne des Medecins Specialistes (UEMS) Charter on training of medical specialists in the EU. Training requirements for the specialty of psychiatry—UEMS 2017/18. www.uems.eu. Zugegriffen: 16. Juni 2020.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: the evidence for what makes psychotherapy work*. New York: Routledge.
- Westen, D. (1998). The scientific legacy of Sigmund Freud: toward a psychodynamically-informed psychological science. *Psychological Bulletin*, 124, 333–371.

- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130(4), 631.
- Wininger, M. (2011). *Steinbruch Psychoanalyse? Zur Rezeption der Psychoanalyse in der akademischen Pädagogik des deutschen Sprachraums zwischen 1900–1945*. Schriftenreihe der DGfE-Kommission Psychoanalytische Pädagogik, Bd. 3. Opladen: Budrich.
- Wißgott, N. (2009). Die Interessenskonflikte bei der Entstehung des österreichischen Psychotherapiegesetzes. <http://www.dr.wissegott.at/MEDIA/MastertheseDr.NorbertWissegott.pdf> Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science im Universitätslehrgang Psychotherapeutische Medizin an der Donau-Universität Krems. Zugegriffen: 11. Februar 2021.
- Zimmermann, J., Löffler-Stastka, H., Huber, D., Klug, G., Alhabbo, S., Bock, A., & Benecke, C. (2015). Is it all about the higher dose? Why psychoanalytic psychotherapy is an effective treatment for major depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22, 469–487. <https://doi.org/10.1002/cpp.1917>.

Hinweis des Verlags Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.