

Versorgungslage und zukünftiger Bedarf im Bereich Psychotherapie

Grobkalkulation

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Versorgungslage und zukünftiger Bedarf im Bereich Psychotherapie

Grobkalkulation/Schätzung

Koordinationsstelle Psychotherapieforschung an der Gesundheit Österreich GmbH

Autorinnen:

Gabriele Riess
Daniela Kern
Sophie Sagerschnig

Unter Mitarbeit von:

Martin Zuba

Fachliche Begleitung:

Michael Kierein (BMSGPK)
Maria Sagl (BMSGPK)

Projektassistenz:

Menekşe Yılmaz

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen und nicht unbedingt jenen des Auftraggebers wieder.

Wien, im April 2023

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Zitiervorschlag: Riess, Gabriele; Kern, Daniela; Sagerschnig, Sophie (2023):
Versorgungslage und zukünftiger Bedarf im Bereich Psychotherapie. Grobkalkulation. Gesundheit
Österreich, Wien

Zl. P4/21/4562

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel
(SDG) 3 „Gesundheit und Wohlergehen“, bei.

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Hintergrund

Die aktuellen Bestrebungen des Gesetzgebers sehen – basierend auf den Vorarbeiten des BMSGPK zu einer Neufassung des PTH-Gesetzes – eine Akademisierung der Ausbildung durch das Einrichten eines Universitätsstudiums (Bachelor- und Masterstudium) mit einer dritten Phase, in der die Fachgesellschaften eine wichtige Rolle spielen sollen, vor.

Eine zweite Zielsetzung, welche durch die Akademisierung der Ausbildung unterstützt werden könnte, ist die mittelfristige quantitative und qualitative Verbesserung der Patientenversorgung mit Psychotherapie: 30 Jahre nach Inkrafttreten des Psychotherapiegesetzes ist Psychotherapie als Leistung der Sozialversicherung nämlich immer noch kaum zugänglich, da der Versorgungsausbau nicht im erforderlichen und im Sinne der *gesundheitlichen Chancengerechtigkeit* notwendigen Ausmaß erfolgte (Arrouas et al. 2019). Die **Prävalenz** psychischer Erkrankungen ist sehr hoch und wird – pandemiebedingt – weiter steigen. Die Ausbildung soll letztlich auf eine ausreichende (und qualitätsgesicherte) Versorgung der Patientinnen und Patienten ausgerichtet sein.

Insofern werden im vorliegenden Bericht **Prävalenz bzw. Behandlungsbedarf, Versorgungsziel und Ausbildung verschränkt** gedacht. Vor diesem Hintergrund wird die **Entwicklung der Berufsgruppe** basierend auf dem bisherigen Trend hochgerechnet und vier (mit dem Auftraggeber abgestimmten) Varianten des Versorgungsziels gegenübergestellt. Weiters wird der Bedarf an **Ausbildungsplätzen** unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung bis 2040 sowie der Altersstruktur der Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und -therapeuten (d. h. unter Ausgleich der bis dahin anstehenden Pensionierungen) grob geschätzt.

Methoden

Einer einleitenden **Darstellung der Psychotherapie** (in Abgrenzung zu anderen Hilfeformen), ihrer Handlungsfelder und differenzierter Angebotsformen sowie der Rolle von Forschung, Wirksamkeitsnachweisen und wissenschaftstheoretischen Aspekten in Bezug auf Psychotherapie folgen die Darstellung **epidemiologischer Daten zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung** bzw. zur **Prävalenz psychischer Erkrankungen**, zum **Bedarf an Psychotherapie** sowie Studienergebnisse zur **Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Versorgungsleistungen**. Diese Zahlen werden mit den **makroökonomischen Auswirkungen** fehlender Behandlung psychischer Erkrankungen in Zusammenhang gebracht und den vier **Versorgungsziel-Varianten** gegenübergestellt.

Vor diesem Hintergrund wird die **Entwicklung der Berufsgruppe** basierend auf dem bisherigen Trend hochgerechnet und vier (mit dem Auftraggeber abgestimmten) Varianten des Versorgungsziels gegenübergestellt: Wie viele Psychotherapeutinnen und -therapeuten werden im Jahr 2040 (unter der Annahme, dass sich der aktuelle Wachstumstrend fortsetzt) wahrscheinlich vorhanden sein? Es wird außerdem unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung bis 2040 sowie der Altersstruktur der Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und -therapeuten (d. h. unter Ausgleich der bis dahin anstehenden Pensionierungen) annähernd geschätzt, wie viele **Ausbildungsplätze** pro Jahr kalkuliert werden sollten, um den Bedarf im Sinne der Versorgungssicherheit zu decken.

Insbesondere der Impact einer neuen Ausbildungsarchitektur stellt dabei aber eine schwer zu kalkulierende Größe dar.

Ergebnisse/Schlussfolgerungen

Obwohl die Veränderung der Ausbildung durch die Akademisierung eine große Unbekannte darstellt, ergibt die Prognose – die auf der Annahme einer gleichbleibenden Entwicklung der Absolventenzahlen sowie der Pensionsantritte in unterschiedlichen Varianten (Cut-off mit 60 Jahren, 65 Jahren bzw. 70 Jahren) basiert – ein Personenangebot zwischen **10.660 und 14.329 Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Jahr 2040**. Das Erreichen eines moderaten Versorgungsziels von **3,5 Prozent** der Bevölkerung (leichter Versorgungsausbau), welches **13.125 Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit einer Wochenarbeitszeit von 24 Stunden und 40 Behandlungsstunden pro Jahr pro Patient:in** vorsieht, scheint so jedenfalls **möglich**. Für das Erreichen eines höheren Versorgungsziels von **fünf Prozent** der Bevölkerung (durch einen entsprechend intensiveren Versorgungsausbau) wären in Zukunft **18.750 Psychotherapeutinnen und -therapeuten** notwendig.

Inhalt

Kurzfassung	III
Abbildung	VI
Tabelle	VI
Abkürzungen.....	VI
1 Hintergrund und Ausgangslage.....	1
2 Ziele und Fragen	7
3 Methode	9
4 Prävalenz Psychischer Erkrankungen, Bedarf, aktuelle Versorgungssituation und makroökonomische Aspekte	11
5 Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung und Versorgungsziel	15
6 Entwicklung der Berufsgruppe bis zum Jahr 2040 – Prognoserechnung.....	17
7 Ergebnisse und Diskussion	22
8 Literatur	23

Abbildung

Abbildung 6.1: Prognostizierte Anzahl an Psychotherapeutinnen und -therapeuten
bis zum Jahr 204020

Tabelle

Tabelle 6.1: Prognostizierte Anzahl an jährlich benötigten Ausbildungsplätzen
bis zum Jahr 204021

Abkürzungen

BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (seit 2020)
PT	Psychotherapie / Psychotherapeutinnen und -therapeuten

1 Hintergrund und Ausgangslage

Die aktuellen Bestrebungen des Gesetzgebers sehen – basierend auf den Vorarbeiten des BMSGPK zu einer Neufassung des PTH-Gesetzes – eine Akademisierung der Ausbildung durch das Einrichten eines Universitätsstudiums (Bachelor- und Masterstudium) mit einer dritten Phase, in der die Fachgesellschaften eine wichtige Rolle spielen sollen, vor.

Eine zweite Zielsetzung, welche durch die Akademisierung der Ausbildung unterstützt werden könnte, ist die mittelfristige quantitative und qualitative Verbesserung der Patientenversorgung mit Psychotherapie: 30 Jahre nach Inkrafttreten des Psychotherapiegesetzes ist Psychotherapie als Leistung der Sozialversicherung nämlich immer noch kaum zugänglich, da der Versorgungsausbau nicht im erforderlichen und im Sinne der *gesundheitlichen Chancengerechtigkeit* notwendigen Ausmaß erfolgte (Arrouas et al. 2019). Die **Prävalenz** psychischer Erkrankungen ist sehr hoch und wird – pandemiebedingt – weiter steigen. Die Ausbildung soll letztlich auf eine ausreichende (und qualitätsgesicherte) Versorgung der Patientinnen und Patienten ausgerichtet sein.

Insofern werden im vorliegenden Bericht **Prävalenz bzw. Behandlungsbedarf, Versorgungsziel und Ausbildung verschränkt** gedacht. Vor diesem Hintergrund wird die **Entwicklung der Berufsgruppe** basierend auf dem bisherigen Trend hochgerechnet und vier (mit dem Auftraggeber abgestimmten) Varianten des Versorgungsziels gegenübergestellt. Weiters wird der Bedarf an **Ausbildungsplätzen** unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung bis 2040 sowie der Altersstruktur der Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und -therapeuten (d. h. unter Ausgleich der bis dahin anstehenden Pensionierungen) grob geschätzt.

Was ist Psychotherapie respektive ein psychotherapeutischer Behandlungsprozess?

Psychotherapie ist – insbesondere psychotherapiewissenschaftlich verstanden – ein komplexes Geschehen. Durch den **psychotherapeutischen Dialog¹** und die **psychotherapeutische Beziehungsgestaltung** soll das Erleben, das Verhalten bzw. das Leiden von Menschen bewusst gemacht und ggf. heilsam verändert werden. Sie findet zwischen zumindest zwei Personen in einem historisch-situativen Kontext statt. Das Spezifische ihrer Wirkung entsteht durch das **interaktionelle Bezogen-Sein**, d. h. durch das gemeinsame Wirken von jener Person, die Hilfe sucht, und jener, die diese wirksam zur Verfügung stellen möchte. In einem professionellen Rahmen innerhalb des sogenannten Arbeitsbündnisses werden belastende Erfahrungen und Veränderungswünsche auf vielfältige Weise zum Ausdruck gebracht und bearbeitet (Riess, G. 2018, Riess, G., Löffler-Stastka, H. 2022). Diese Veränderungswünsche innerhalb des psychotherapeutischen Arbeitsbündnisses, d. h. in der psychotherapeutischen **Beziehung**, werden auf **theoriebezogen** spezifische Art und

¹
bzw. „Polylog“ im Mehrpersonensetting (Gruppenpsychotherapie)

Weise reflektiert: Das kontinuierliche, technisch sorgsame Zur-Verfügung-Stellen dieser **spezifischen Reflexion** im Sinne der therapeutisch wirksamen Veränderung macht ein genuines Kernelement von Psychotherapie aus.

Psychischen und psychosomatischen Erkrankungen liegen krankheitswertige Prozesse des Erlebens, Interpretierens und missglückenden Bewältigens (Coping) aktueller Lebenssituationen² zugrunde, die nur schwer veränderbar und nicht durch bloße Motivation oder Willensanstrengung aufgelöst werden können (Datler et al. 2023).

Psychotherapie ist die Ermöglichung von **korrektiven emotionalen Erfahrungen** bzw. eine Art Lernen durch Erfahrung unter Einbeziehung des **aktuellen und (mehrgenerationalen) biografischen Kontextes des Subjekts**, weswegen Krisen, Abwehr/Widerstand, Inkongruenzen (des Selbst), dysfunktionales Coping, Störungen und Lernhemmungen, welche oft Selbstwert und lösungsorientierte Ressourcen beeinträchtigen, zum – meist zeitintensiven – psychotherapeutischen **Behandlungsprozess** unweigerlich dazu gehören (Rudolf 2004, OPD 2023, Strauss et al. 2021).

Psychotherapie und das Verständnis psychischer Gesundheit

Psychotherapie fördert auf Basis einer tragfesten (psychotherapeutischen) Beziehung die Reduktion von Angst, die Fähigkeit der (Selbst-)Reflexion, die Mentalisierungsfähigkeit und Ambiguitätstoleranz als wesentliche Säulen **psychischer Gesundheit** (Benecke/Staats 2017) und ist darüber hinausgehend Basis für die Entwicklung von Autonomie sowie einer rationalen Meinungsbildung und insofern auch Basis für demokratische gesellschaftliche Teilhabe (Riess et al. 2022).

Psychotherapie und Zeit-Dosis-Wirkungszusammenhänge

Psychotherapie orientiert sich also **am individuellen Bedarf und subjektiven Erleben** (vgl. Stichwort: Präzisionsmedizin in der somatischen Versorgung) jener Menschen, die an einer psychischen Erkrankung leiden, d. h. an der Perspektive der Patientinnen und Patienten, und ist ein diesen Bedürfnissen entsprechender **längerer** Behandlungsprozess (meist mit einer wöchentlichen Frequenz über mehrere Monate und weit darüber hinaus). Die **Zeit-Dosis-Wirkungszusammenhänge** orientieren sich an der Problem-/Störungslage der Patientinnen und Patienten, d. h. an der **spezifischen Perspektive von Patientinnen und Patienten**, und werden in der Fachliteratur differenziert beschrieben sowie empirisch untermauert (Orlinsky/Howard 1986, Riess 2022).

2

Dazu gehören beispielsweise Depressionen, Ängste, Zwänge, Wahrnehmungs-/Denkstörungen, suizidale Impulse, Gewaltbereitschaft, Burn-out, Ess- und Entwicklungsstörungen sowie interpersonelle bzw. soziale Schwierigkeiten und Konflikte in beruflichen wie privaten Bereichen, welche durch nicht/unzureichend verarbeitete lebensgeschichtlich verwurzelte und folglich entwicklungsbeeinträchtigende, anhaltend konfliktreiche traumatische Erfahrungen und Defizite bedingt sind (Datler et al. 2023 in Druck).

Psychotherapie in Abgrenzung zu anderen Hilfeformen

Psychotherapie (PT) unterscheidet sich damit wesentlich von Beratung und wissensvermittelnder Aufklärung bzw. von anderen beratungsnahen Hilfeformen im psychosozialen Bereich und in den Nachbardisziplinen insofern, als die **Perspektive der Patientinnen und Patienten** selbst im Mittelpunkt der Behandlung steht und Psychotherapie nur so – als eine Art emotionsfokussierte und Emotionen regulierende *Selbstaufklärung* und Einsicht innerhalb der bedeutsamen Begegnung mit einem anderen – wirksam sein kann, wenngleich sie diese (beratungsnahen) Elemente in spezifischen Phasen der Behandlung (z. B. Krisenintervention, psychosoziale Beratung, Prävention) beinhalten kann, als Behandlungskonzept aber in ihrem Grundverständnis überschreitet / überschreiten muss.

Die hilfreiche Veränderung, d. h. der Erfolg von Psychotherapie, hängt davon ab, wie die psychotherapeutischen Interventionen und Prozesse, welche **auf die Einzelperson personalisiert** abgestimmt sind, von den Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Beziehung verarbeitet, d. h. erlebt und nachhaltig aufgenommen sowie mit subjektiver positiver Bedeutung versehen respektive genutzt werden können. Entwicklungshinderliche Tendenzen (Problemlagen) müssen sich **im therapeutischen Raum aktualisieren** können. Eine bloße Anwendung von (psychosozialen) Techniken (Interventionen) **mit aufklärendem, beratendem und wissensvermittelndem** Charakter unterscheidet sich davon (diametral) (Datler et al. 2023).

Schwierige Erlebensprozesse von Patientinnen und Patienten aufgrund schmerzlicher Vorerfahrungen, welche beispielsweise eine ängstliche, resignative, misstrauische oder aggressive Grundstimmung begünstigen, führen dazu, dass der therapeutische Raum zunächst (und immer wieder einmal) als **nicht** angenehm und wenig hilfreich, sondern womöglich als Irritation, Kränkung, Zurückweisung oder Zeitverschwendung erlebt wird, was zu Stagnation oder drohendem Abbruch führen kann und ein intensiv geübtes, gut ausgebildetes Behandlungs-/Interventionskonzept (therapeutische Strategie) im Patientenkontakt voraussetzt, um diese **erwartbaren, zur Psychotherapiebehandlung gehörigen Behandlungsphasen und Prozessphänomene** nicht nur überwinden zu können, sondern fruchtbar im Sinne der heilsamen Veränderung zu nutzen (Datler et al. 2023, Strauß et al. 2021).

Beratung hingegen setzt ein Mindestmaß an kognitiver Steuerungskompetenz (Lernbereitschaft, Motivation), d. h. eine bereits sehr gesunde Ich-Stärke, **voraus** und kann diesen **erwartbaren** Enttäuschungsreaktionen nicht gerecht werden; Patientinnen und Patienten, die an einer psychischen Erkrankung leiden, können somit **nicht nachhaltig** profitieren (ebd.).

Patienteninformation zur Psychotherapie als ethischer Imperativ

Aufgrund der oft nicht ausreichend bzw. mangelhaft informierten Patientinnen und Patienten (und Versorgungsplayer) mag eine ähnliche **Erwartungshaltung** bzgl. Psychotherapie und anderer (beratender) Hilfe- und Behandlungsformen bestehen, die allerdings im Sinne der **Patientenethik** seitens der Berufsangehörigen und Regulierungs- und Verantwortlichen **aufgeklärt** werden **muss**.

Psychotherapie und Entstigmatisierung

Auch von psychischer Krankheit Betroffene fordern immer wieder (zu Recht) eine Orientierung in puncto Krankheitserfahrung der Behandler:innen, weswegen eine profunde **Selbsterfahrung und Persönlichkeitsentwicklung** auch im Sinne der **Entstigmatisierung** von psychischer Krisenhaftigkeit³ Voraussetzung für den Patientenkontakt ist, der in der Psychotherapie selbstverständlicher Bestandteil des Curriculums, in medizinisch aufklärenden Ansätzen dagegen nicht oder nur rudimentär vorgesehen ist (Riess 2022).

Handlungsfelder und Ziele der Psychotherapie: differenzierte Angebotsformen

Psychotherapie besteht aus unterschiedlichen Handlungsfeldern und Angeboten in verschiedenen Settings. Die **Handlungsfelder** bzw. **Behandlungs-/Arbeitsphasen** der Psychotherapie sind von sehr **differenzierten Zielen** geleitet, welche wiederum ineinandergreifen, wie **Heilung, Linderung, Stabilisierung bzw. Vermeidung der Krankheitsverschlechterung sowie Prävention**.

Die **unterschiedlichen Handlungsfelder** in unterschiedlichen Settings (meist ambulant oder aufsuchend, stationär, in freier Praxis, im Einzel- oder Gruppensetting) wenden sich an **spezifische Zielgruppen**, wie beispielsweise an Menschen mit psychosozialen Beratungsbedarf (z. B. Arbeitssuchende, Sozialleistungsbedürftige, sozialpsychiatrische Patientinnen und Patienten / Wohnungslose), an Menschen in akuter (suizidaler) Krise oder (Klein-)Kinder / Jugendliche / junge Erwachsene inkl. Eltern/Bezugspersonen, an Erwachsene, Paare, Familien oder ältere Menschen (z. B. Palliativ-Patientinnen und -Patienten).⁴

3

Die psychotherapiewissenschaftlichen **Persönlichkeitsmodelle**, insbesondere der prozessorientierten Verfahren, weisen alleamt eine **Entwicklungs- und Gesundheits- bzw. Krankheitslehre** auf, wonach gesunde und kranke Anteile in jedem ausreichend gesunden Subjekt in einem gewissen **Mischverhältnis** (oder einer Art Brückenfunktion) vorhanden sind: Die Einsicht in diese Dynamik bzw. existenzielle Tatsache ist Voraussetzung und Basis für die Entwicklung von **Empathie als zentrales A-gens** in der Psychotherapie / psychotherapeutischen Behandlung(-sbeziehung). So spricht die Psychoanalyse von den vier kindlichen Traumata, deren Durchleben und ausreichendes Überwinden überhaupt erst eine reife Persönlichkeitsentwicklung ermöglichen und welche im Zuge der psychoanalytischen Kur zuallererst wiederbelebt/wiederholt, erinnert und durchgearbeitet werden müssen. Die Humanistische Psychotherapie konzipiert z. B. ähnliche Überlegungen in der Aktualisierungstendenz bzw. im Wachstumsbegriff, wonach Entwicklung lebenslang unter günstigen, diese fördernden Bedingungen stattfinden kann/soll (vgl. Gesundheits- und Krankheitskonzepte in der Psychotherapie, z. B. Strauss et al. 2021).

4

Psychotherapie bzw. psychotherapiewissenschaftliche Ansätze spielen auch in Nachbardisziplinen (Psychologie, Medizin, Pädagogik, Philosophie, Sozialarbeit), in der **Organisationsberatung** (Kernberg 2002, Frenzel 1999) sowie in **soziologischen, system-, gesellschafts- und kulturanalytischen Ansätzen** (Devereux 1989, Zizek 2022, Luhmann 1990, Kernberg 1999) eine große Rolle (und werden wiederum von Nachbardisziplinen und -diskursen befruchtet, wie der Genderforschung, der Neuropsychologie, der Systemtheorie oder der transkulturellen und Diversity-Forschung), dies kann aber für den vorliegenden Bericht, der auf die **Patientenversorgung** Bezug zu nehmen hat, nicht näher erläutert werden.

Differenzierte Angebotsformen, die jeweils mit unterschiedlichen Stundenkontingenten zu bewerkstelligen sind, sind daher psychosoziale Beratung, Krisenintervention/Akutpsychotherapie (z. B. bei suizidalen Patientinnen und Patienten), Kurz-/Fokalpsychotherapie (z. B. in der Paar-/Familien-/Jugendlichen-Psychotherapie) sowie die mittel- und langfristige Psychotherapie (bei schweren Störungen).

In Bezug auf den **Behandlungsansatz** kann zwischen **strukturbezogenen, emotional-supportiven bzw. (Ich-)unterstützenden Ansätzen**, welche stärker aktuelle Konflikt- und Problemlagen sowie Fragen der Selbst- und Beziehungsregulierung im Fokus haben, und stärker **aufdeckend-konfrontativen und einsichtsorientierten Ansätzen** unterschieden werden (Rudolf 2004, OPD 2023).

Immer geht es aber im geschützten psychotherapeutischen Behandlungsrahmen um das vertiefende (Selbst-)Verstehen, die **Selbstreflexion** bzw. die **Erweiterung der (Selbst-)Empathie** in und durch eine wertschätzende psychotherapeutische Beziehung (persönliche Begegnung), die Erleben, Wachstum und Aktualisierung fördert, weiters um die positive, heilsame Veränderung der Selbst- und Objekt-Wahrnehmung und -steuerung bzw. Kommunikation (in Beziehungen) sowie um Bindungsfragen. Lern-/Veränderungshemmungen oder Blockaden des Perspektivenwechsels bzw. der Veränderung der handlungswirksamen Narrative müssen immer auch bearbeitet werden.

Wirksamkeitsnachweise, Empirie und wissenschaftstheoretische Perspektive

Die Behandlungskonzepte folgen je einem **konsistenten Theorie-Praxis-Modell entlang der für Österreich spezifischen vier Clustermodelle psychotherapeutischen Handelns**, woraus sich die Interventionslehre und das spezifische Technikwissen ableiten. Diese **theoretische Fundierung** ist entscheidend nicht nur für das (spezifische) Behandlungs(-prozess-)verständnis, sondern v. a. auch für seine **empirische Fundierung** (Riess 2018, Riess/Kern 2022). Insbesondere für die Zusammenhänge von Störungslage und Dauer bzw. Dosis von Psychotherapie liefert die empirische Forschung zentrale Erkenntnisse (Orlinsky/Howard 1986; Datler et al. 2021): Diese **theoretische wie empirische Fundierung** der Behandlungskonzepte liegt für alle **vier Clusterverfahren der Psychotherapie** vor (Riess et al. 2012, Riess 2018, Riess/Kern 2022: Effizienz, Effektivität und Wirkung sind für zahlreiche Störungsbilder sehr gut untersucht und **langfristige Katamnese-Effekte** belegen die **anhaltende Wirkung von in Zeitdauer und Dosis adäquater Psychotherapie** (Orlinsky et al. 1986; 2005; Singer et al. 2022, Datler et al. 2021).

Daher kann Psychotherapie mit kurzfristigen Beratungsansätzen, die keine stabile Veränderung bewirken können (und daher wiederholt eingesetzt werden) bzw. zur Behandlung von Patientinnen und Patienten ungeeignet sind, *nicht* verglichen werden.

Die praxisorientierte Psychotherapieforschung muss sich durch die sorgsame Reflexion der **wissenschaftstheoretischen** Voraussetzung⁵, d. h. ihrer gegenstandsangemessenen Erforschung, auszeichnen. Dabei ist zu berücksichtigen, das **klinisches Handeln, Theoriegenerierung und empirische Überprüfung** im Bereich der Psychotherapie **unabdingbar ineinandergreifen** (Riess 2018, Riess et al. 2022, Riess/Kern 2022). Die Psychotherapie **unterscheidet sich wissenschaftstheoretisch** in genuiner Weise von ihren Nachbardisziplinen wie der Medizin und einer naturwissenschaftlich-behavioral ausgerichteten (Mainstream-)Psychologie und zeichnet sich durch ihre **eigene wissenschaftstheoretische Fundierung** aus (Riess 2018).

5

Exkurs: Eine **sinnvolle Verbindung** zwischen Klinik / klinischer Praxis und Forschung ist also *nicht selbstverständlich*, insbesondere in den **nicht behavioralen PTH-Ansätzen**, bzw. auch nicht ganz einfach: Wissenschaftliches Arbeiten bzw. Psychotherapieforschung in (prozessorientiert verstandener) Psychotherapie ist mit zahlreichen **wissenschaftstheoretischen, epistemologischen, forschungslogischen Problemstellungen** verbunden, welche zu Recht heftig diskutiert werden. Ein nicht geklärter wissenschaftstheoretische Disput bremst – neben umsetzungsrelevanten Problemen (z. B. Datenschutz/Ethik, Forschungsressourcen) – oft die Produktivität in Bezug auf Wissenschaft und Forschung im Feld der Psychotherapie. Oder aber: Werden diese Fragen nicht oder verkürzt diskutiert (in sozialwissenschaftlicher bzw. psychotherapiewissenschaftlicher) Forschung, erhöht das einerseits die **Skepsis** der Praktiker:innen und andererseits macht es eine Art **Pseudoempirie** (Fischer 2017) wahrscheinlich. Einer Rivalität und Berufsgruppenstreitigkeiten ohne fachlich-empirische Fundierung innerhalb und außerhalb der Psychotherapie (z. B. innerhalb der Gesundheitspolitik) werden so Tür und Tor geöffnet (Fischer 2017, Riess 2012, Riess 2018, Riess/Kern 2022).

2 Ziele und Fragen

Basierend auf der **Beschreibung des aktuellen psychotherapeutischen Versorgungsangebots** soll eine Prognose der Entwicklung der Anzahl der Psychotherapeutinnen und -therapeuten unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung erfolgen, wobei der Impact einer neuen Ausbildungsarchitektur dabei eine schwer zu kalkulierende Größe darstellt.

Die zentralen Fragen lauten folgendermaßen:

- » Wie viele Psychotherapeutinnen und -therapeuten gibt es aktuell? Gibt es – unter der Annahme der Fortsetzung des aktuellen Wachstumstrends der Berufsgruppe – für 2040 ausreichend viele Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die für die Versorgung zur Verfügung stehen?
- » Wie viele Ausbildungsplätze sind in Zukunft erforderlich, um die erwartbaren Ausfälle durch Pensionierungen kompensieren zu können und einen prävalenzorientierten Versorgungsbedarf zu decken?

Diese Hauptfragen erfordern die Beantwortung folgender Unterfragen:

Aktueller Bedarf, basierend auf der Prävalenz Psychischer Erkrankungen

Wie hoch ist der **Behandlungsbedarf** bei welcher **Prävalenz Psychischer Erkrankungen**?

Versorgungsziel

Wie lautet das Versorgungsziel, d. h. welches Inanspruchnahmeverhalten bzw. welche Versorgung mit Psychotherapie sollte erreicht werden?

Aktuelle Versorgungssituation und Daten zur Inanspruchnahme mit Psychotherapie

Wie viele Psychotherapeutinnen und -therapeuten stehen aktuell in welchem Ausmaß an Wochenarbeitsstunden für die Versorgung zur Verfügung? Wird – basierend auf diesen Daten – der Bedarf derzeit / in Zukunft gedeckt?

Zahlenmäßige Entwicklung der Ausbildungsteilnehmer:innen, Absolventinnen und Absolventen und Berufsgruppenangehörigen

Wie viele Auszubildende befinden sich derzeit im Propädeutikum (1. Ausbildungsabschnitt) bzw. im Fachspezifikum (2. Ausbildungsabschnitt) bzw. im Status „in Ausbildung unter Supervision“? Wie hoch ist die Rate an Personen, die pro Abschnitt aus der Ausbildung ausscheiden? Wie viele Personen schließen die Ausbildung ab?

Wie viele kommen jährlich hinzu („Wachstumsrate“) pro Ausbildungsabschnitt (d. h. inkl. Auszubildenden) bzw. wie viele „Auszubildende im Status unter Supervision“?

Wie könnten sich die Absolventenzahlen („Einträge“) in den nächsten 15 Jahren weiterentwickeln? Welche Abgänge (z. B. durch Erreichen des durchschnittlichen bzw. gesetzlichen Pensionsantrittsalters bzw. im Alter ab 70 Jahren) und Zugänge sind zu erwarten, d. h. wie war die Entwicklung der Absolventenzahlen bisher? Welche Wachstumsrate gab es bisher und wie könnte diese bis 2040 aussehen? Welche demografischen Entwicklungen sind zu erwarten? Kann der Impact einer völlig neuen universitären Ausbildungsarchitektur (zumindest sehr grob) geschätzt werden?

Wie viele Ausbildungsplätze sind erforderlich, um den Absolventenbedarf im Sinne der bedarfsgerechten Versorgung mit Psychotherapie zu decken?

3 Methode

Einer einleitenden **Darstellung der Psychotherapie** (in Abgrenzung zu anderen Hilfeformen), ihrer Handlungsfelder und differenzierter Angebotsformen sowie der Rolle von Forschung, Wirksamkeitsnachweisen und wissenschaftstheoretischen Aspekten in Bezug auf Psychotherapie folgen die Darstellung **epidemiologischer Daten zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung** bzw. zur **Prävalenz psychischer Erkrankungen**, zum **Bedarf an Psychotherapie** sowie Studienergebnisse zur **Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Versorgungsleistungen**. Diese Zahlen werden mit den **makroökonomischen Auswirkungen** fehlender Behandlung psychischer Erkrankungen in Zusammenhang gebracht (Grabenhofer-Eggerth et al. 2022) bzw. dem Ziel einer chancengerechten Versorgung und den vier Versorgungsziel-Varianten gegenübergestellt. Für das Versorgungsziel wurden in Abstimmung mit dem Auftraggeber vier Varianten definiert: 3,5 Prozent, fünf Prozent, sieben Prozent oder neun Prozent der Bevölkerung sollen mit Psychotherapie erreicht werden.

Vor diesem Hintergrund wird die **Entwicklung der Berufsgruppe**, basierend auf den **Daten der Ausbildungs- und Berufsgruppenstatistik** im Bereich Psychotherapie bzw. dem bisherigen Trend, hochgerechnet und vier (mit dem Auftraggeber abgestimmten) Varianten des Versorgungsziels gegenübergestellt: Wie viele Psychotherapeutinnen und -therapeuten werden im Jahr 2040 (unter der Annahme, dass sich der aktuelle Wachstumstrend fortsetzt) wahrscheinlich vorhanden sein?

Es wird außerdem unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung bis 2040 sowie der Altersstruktur der Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und -therapeuten (d. h. unter Ausgleich der bis dahin anstehenden Pensionierungen) annähernd geschätzt, wie viele **Ausbildungsplätze** pro Jahr kalkuliert werden sollten, um den Bedarf an Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Sinne der Versorgungssicherheit zu decken.

Die Prognose der Entwicklung der **Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und -therapeuten** erfolgt unter Berücksichtigung der jährlichen Abgänge (z. B. durch Pensionierung bzw. Erreichen eines versorgungsirrelevanten Alters ab 70 Jahren) und der jährlichen Zugänge (Absolventenzahlen der Psychotherapieausbildung) seit dem Jahr 2010. Dieser Prognose zum Personenangebot folgt eine kritische Bewertung einer möglicherweise aktuell bestehenden oder zukünftig zu erwartenden **Über- oder Unterversorgung** im Vergleich zur Prävalenz bzw. zum Bedarf anhand der definierten „Versorgungsziele“.

Die Datengrundlage in Bezug auf die Wochenarbeitszeitleistung von Psychotherapeutinnen und -therapeuten bezieht sich auf Umfragedaten und Experteneinschätzungen zur **Versorgungswirksamkeit von Psychotherapeutinnen und -therapeuten** (Tanios et al. 2020, Löffler-Stastka et al. 2020). Die Ergebnisse zeigen **im Median eine Wochenarbeitszeit von 24 Stunden**, welche sich annähernd gleichmäßig aufteilen auf den niedergelassenen und den institutionellen Bereich zu **je zwölf Wochenarbeitsstunden**. Eine exakte Differenzierung des **institutionellen Bereichs im Gegensatz zum niedergelassenen Bereich** ist aktuell aber schwer möglich, da kaum systematische Versorgungsdaten zur Psychotherapieversorgung zur Verfügung stehen. Regionale Spezifizierungen der Berufsgruppenstatistik bzw. ihrer Entwicklung werden punktuell vorgenommen.

Grundlage der durchgeführten Hochrechnung der bisherigen Entwicklung in der Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und -therapeuten bis zum Jahr 2040 ist die Psychotherapeutenliste des BMSGPK. Die **aktuellen Datensätze** der Berufsgruppen- und Ausbildungsstatistik wurden vom Auftraggeber übermittelt. Die jüngsten Ergebnisse der Berufsgruppenentwicklungs- und Ausbildungsstatistik (Stand: 2022) sowie die vorliegenden Daten zur Inanspruchnahme von Psychotherapie (Grabenhofer-Eggerth et al. 2020) wurden miteinbezogen.

Mit dem Auftraggeber wurde vereinbart, dass als Altersgrenze für die relevante Versorgungswirksamkeit 70 Jahre (Cut-off bei 70 Jahren) angenommen wird: 97 Prozent der Patientinnen und Patienten werden von **unter 70-jährigen Psychotherapeutinnen und -therapeuten** versorgt; ältere Psychotherapeutinnen und -therapeuten werden daher nicht mehr als versorgungswirksam betrachtet. **Zusätzlich** werden die Berechnungen für die Altersgrenzen von 59 und 65 Jahren (derzeitig reales und gesetzliches Pensionsantrittsalter) durchgeführt. Die Entwicklung in den Clustern und Regionen wird vorerst als gleichbleibend angenommen.

Die **Grobabschätzung der erforderlichen Ausbildungsplätze** erfolgte unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung bis zum Jahr 2040 sowie der aktuellen Altersstruktur der Berufsgruppe. Ausgehend vom Ist-Stand an Psychotherapeutinnen und -therapeuten wurde jener Anteil an Personen berechnet, der bis zum Jahr 2040 in Pension sein wird bzw. eine bestimmte Altersgrenze erreicht haben wird (> 59 Jahre, >65 Jahre, >70 Jahre), sowie jener Zuwachs an Psychotherapeutinnen und -therapeuten, der im Jahr 2040 aufgrund des prognostizierten Anstiegs der Bevölkerung (6,8 Prozent; Statistik Austria 2023) zu kalkulieren ist. Als durchschnittliche Ausbildungsdauer wurden fünf Jahre angenommen und daraus wurden die erwartbar abzudeckenden Gesamtausbildungsjahre bis zum Jahr 2040 berechnet. Die Ergebnisse sind in Kapitel 6 dargestellt.

Einschränkend ist anzumerken, dass sich die Auswirkungen einer zukünftig **völlig neuen Ausbildungsarchitektur, die ein Universitätsstudium vorsieht, kaum abschätzen** lassen. Allerdings werden großzügige Übergangsbestimmungen die Entwicklung der Ausbildungszahlen vorerst nicht verändern.

4 Prävalenz Psychischer Erkrankungen, Bedarf, aktuelle Versorgungssituation und makroökonomische Aspekte

Die OECD und die Europäische Kommission beziffern die *(Folge-)Kosten psychischer Erkrankungen* in Österreich für das Jahr 2019 mit rund 4,3 Prozent des Bruttoinlandsprodukts auf etwa 13,9 Milliarden Euro und betonen neben diesem finanziellen volkswirtschaftlichen Schaden auch extrem hohe individuelle sowie familiäre seelische Belastungen (*Global Burden of Disease*, GBD 2019 Mental Disorders Collaborators 2022, OECD 2020, Rechnungshof 2019, Nübling 2014, Statistik Austria 2020, Wancata 2017).

Das GBD Collaborator Network (*Global Burden of Disease*, GBD 2019 Mental Disorders Collaborators 2022) zeigt im Untersuchungszeitraum einen **weltweiten Anstieg** der Fälle von psychischer Erkrankung um **48 Prozent** (von 654,8 Millionen Fälle auf 970,1 Millionen Fälle) sowie den Anstieg des Anteils der **DALYs** (der verlorenen gesunden Lebensjahre) aufgrund einer psychischen Erkrankung von 3,1 Prozent im Jahr 1990 auf 4,9 Prozent im Jahr 2019. Eine entsprechende Behandlung könnte diese Zahlen nachweisbar reduzieren.

Makroökonomisch betrachtet hat eine **bedarfsgerechte und adäquate** (psychotherapeutische) **Versorgung** von **zumindest fünf Prozent der Bevölkerung** – neben den Verbesserungen für die psychische Gesundheit und Lebensqualität der Betroffenen – enorme Einsparungspotenziale (bis zu 1,7 Mrd. Euro) in vielerlei volkswirtschaftlich relevanten (BIP-)Bereichen (z. B. Reduktion von Krankenstandtagen, Produktivitätsausfällen, Komorbiditäten, Medikationskosten und stationären Aufnahmen bis zu Suiziden), wenngleich damit Mehrausgaben der Krankenkassen und Sozialversicherung (inkl. Pensionsversicherung) für den Bereich Psychische Gesundheit verbunden sind. Der **Gewinn pro** in die Versorgung (mit Psychotherapie) **investiertem Euro** beträgt aus volkswirtschaftlicher Sicht 2,2 Euro bzw. aus makroökonomischer Sicht 4,6 Euro (bei der Versorgung von 5 % der Bevölkerung) und bei der Versorgung von neun Prozent der Bevölkerung 2,4 Euro (volkswirtschaftlicher Gewinn) bzw. 5,0 Euro (makroökonomischer Gewinn). Der **Return on Investment (ROI) für jeden in Psychotherapie investierten Euro** wird auch in der internationalen Literatur mit **2,0 Euro bis 5,5 Euro** geschätzt (Grabenhofer-Eggerth et al. 2022).

Psychische Erkrankungen wie Angst, affektive Störungen inkl. Depression oder somatoforme Störungen und Essstörungen haben die somatischen Erkrankungen im Ranking der häufigsten Krankheitsbilder in Österreich mittlerweile überholt (Löffler-Stastka/Hochgerner 2021). Dieser Trend wird aufgrund der COVID-19-Folgeerkrankungen v. a. auch bei Kindern/Jugendlichen um weitere **10 bis 20 Prozent steigen** (Pietrabissa et al. 2021).

Die häufigsten psychiatrischen Diagnosen sind – wie auch internationale Erhebungen zeigen (vgl. GBD 2022, OECD 2020) – die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen inkl. Angststörungen und Essstörungen (F4) mit 13,9 Prozent, gefolgt von den affektiven Störungen (F3) mit 11,6 Prozent und Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit (F1) mit fünf Prozent. Eine vergleichsweise geringere Rolle in der Prävalenz spielen die Verhaltensauffälligkeiten (2,8 %) und Psychosen (1,5 %), wobei diese in der **Intensität der Betreuung** ein größeres Gewicht haben (Wancata 2017).

Prävalenz psychischer Erkrankungen und Bedarf an Psychotherapie

Eine Befragung zu Prävalenz und Versorgung psychischer Erkrankungen in Österreich (Wancata 2017) an einer österreichweit repräsentativen Stichprobe ergab eine 1-Jahres-Prävalenz von **22,7 Prozent psychischer Symptome und Erkrankungen** (erhoben mittels der „Present State Examination PSE-10“ der „Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry SCAN“ zur psychiatrischen Fallidentifikation). Die durch Fremdbeurteilung ermittelte Einschätzung durch Expertinnen und Experten macht die Angaben klinisch sehr valide.

Bei der Untersuchung des **Bedarfs** zeigte sich, dass nach klinischer Einschätzung der Untersucher:innen rund **13,8 Prozent der Bevölkerung mit Psychotherapie⁶** versorgt werden sollten (Wancata 2017; vgl. auch Löffler-Stastka/Hochgerner 2021), wobei **6,6 Prozent** der Befragten in dieser repräsentativen Erhebung Psychotherapie erhielten, der Behandlungsbedarf von **weiteren 7,2 Prozent** allerdings ungedeckt blieb.

Von jenen Personen, die im letzten Jahr unter einer schweren psychischen Erkrankung litten, befanden sich immerhin **22,7 Prozent in Psychotherapie**. Allerdings haben rund die Hälfte der Patientinnen und Patienten (46,7 %) in dieser Gruppe einen (durch Experten-Rating ermittelten) Bedarf an Psychotherapie: Folglich erhielten 24 Prozent dieser Gruppe keine Psychotherapie, obwohl sie eine benötigen würden.

Die Einschätzung der klinischen Expertinnen und Experten bzgl. des **Bedarfs** an Psychotherapie bei psychischer Erkrankung und die (noch etwas höheren) **subjektiven Behandlungswünsche** korrelieren (mit über 70 %) in einem hohen Maß und damit in stärkerem Ausmaß als etwa in Bezug auf Medikamenteneinnahme, (stützende) Beratung oder Selbsthilfegruppen, die zu einem geringeren Ausmaß als nötig oder hilfreich eingeschätzt werden. Werden noch jene Patientinnen und Patienten dieser Patientengruppe berücksichtigt, die ausschließlich Psychopharmaka (**20,4 %**) erhielten, bleibt „Anlass zur Sorge, dass **57,5 Prozent** der (schwer) psychisch Kranken **keinerlei Behandlung** für ihre Krankheit erhielten“ (Wancata 2017).

6

Die Autoren betonen, dass es sich um eine eher **konservative Schätzung** handelt, da die klinische Beurteilung sehr genau ist: 1. ergeben Laieninterviews eher höhere Werte (Wittchen/Jacobi 2005) und 2. wurden Erwachsene in privaten Haushalten befragt, weswegen Bewohner:innen von Heimen, Einrichtungen, Gefängnissen oder betreuten Wohngemeinschaften etc. mit einer erwartbaren hohen Prävalenz psychischer Erkrankung aus der Untersuchung ausgeschlossen wurden.

Die tatsächliche Bereitschaft (Motivation bei verfügbarer Versorgungsstruktur) mag nach Expertenmeinung vom klinisch eingeschätzten Bedarf (13,8 %) bzw. von den in der Erhebung angegebenen subjektiven Versorgungswünschen (zumindest 18,7 %) allerdings nochmals abweichen, weswegen vorerst zumindest von **rund neun Prozent Behandlungsbedarf an Psychotherapie** ausgegangen werden sollte (Grabenhofer-Eggerth et al. 2022) und in Zukunft v. a. Psychotherapie für schwer Erkrankte als kassenfinanzierte Leistung zur Verfügung stehen bzw. ausgebaut werden müsste.

Gemäß einer repräsentativen Erhebung in Österreich (Wancata 2017) standen **8,9 Prozent** der Studienteilnehmer:innen in (überwiegend – zu 60 % – selbstbezahlter oder tlw. kassenfinanzierter) Psychotherapie, in der Gruppe der schwer psychisch Erkrankten erhielten 22,7 Prozent Psychotherapie.

Versorgung mit Psychotherapie

Die Versorgung mit Psychotherapie stellt in Österreich eine gewisse Basisversorgung dar. Die Ausgaben für Psychotherapie wurden in den letzten Jahren aber nur rudimentär aufgestockt. Zuletzt wurden (bezogen auf die Zahlen aus 2014 in Grabenhofer-Eggerth et al. 2019) **rund 237.000 Patientinnen und Patienten** mit psychotherapeutischen Leistungen versorgt, also **2,6 Prozent der Gesamtbevölkerung**⁷. Von den kassen(-teil-)finanzierten psychotherapeutischen Leistungen wurden über **Versorgungsvereine und Institutionen** etwas über **60.000 Personen** (25 %) erreicht, **bezuschusste Psychotherapie** erhielten rund **56.000 Personen** (24 %) und **3.700 Personen** (rund 2 %) wurden in **kasseneigenen Einrichtungen** versorgt. Durch **ärztliche psychotherapeutische Leistungen** wurden rund **117.000 Personen** (49 %) versorgt (ebd. 2019).

Expertenschätzungen in Bezug auf die vollständig selbst finanzierte („Out-Of-Pocket“) ambulante Psychotherapie gehen von mindestens **68.000 Personen (0,8 %** der Bevölkerung) aus (Grabenhofer-Eggerth 2022). Gemäß einer repräsentativen Erhebung in Österreich (Wancata 2017) standen **8,9 Prozent (801.000 Personen)** der Studienteilnehmer:innen in (überwiegend selbstbezahlter oder tlw. kassenfinanzierter) Psychotherapie. Demnach könnten (gemäß variierender Schätzungen bzw. Untersuchungen) zwischen **3,4 Prozent und 8,9 Prozent der Bevölkerung** Psychotherapie in Anspruch nehmen, wovon nur **rund 2,6 Prozent** eine **(teil-)finanzierte Kassenleistung** erhalten, aber bis zu **6,3 Prozent ihre Psychotherapie selbst bezahlen**. Die Auswertungen des damaligen Hauptverbands der Sozialversicherungsträger der gesamten Medikamentendaten, der Daten zur stationären Aufnahme und zu Krankenständen aufgrund psychischer Diagnosen zeigen, dass im Jahr 2009 rund **900.000 Patientinnen und Patienten (10 % der aktuellen Bevölkerung)** aufgrund psychischer Leidenszustände Leistungen der Krankenversicherung (Behandlungsleistungen, v. a. – oft inadäquat verschriebene – Psychopharmaka) erhielten (HBV 2011, Ludwig Boltzmann Institut 2013).

7

Aktuellere Schätzungen gehen von einem leicht gestiegenen Wert aus, obwohl vollständige und offizielle Zahlen kaum verfügbar sind (vgl. Grabenhofer-Eggerth et al. 2022).

Von der solidarischen Gesundheitsversorgung werden pro Jahr **rund 76,4 Mio. Euro** (bezogen auf die Zahlen aus 2014 in Grabenhofer-Eggerth et al. 2019) für die ambulante psychotherapeutische Versorgung aufgebracht. Von den Gesamtausgaben entfielen **60 Prozent auf durch Versorgungsvereine und Institutionen** erbrachte Psychotherapie, **20 Prozent auf Leistungen durch Vertrags- und Wahlärztinnen und -ärzte**, **19 Prozent auf Kostenzuschuss** zur psychotherapeutischen Behandlung bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten und **ein Prozent 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-/Wahlärztinnen und -ärzte meist von der in Versorgungsvereinen und Institutionen erbrachten Psychotherapie, zumal die Dauer ihrer Leistungen – ähnlich wie auch in kasseneigenen Einrichtungen – deutlich kürzer als 50 Minuten ist und sich auf wenige (2–3) Sitzungen beläuft (ebd.). Dies zeigt, dass im Versorgungssystem aus Sicht der Sozialversicherungsträger *uneinheitlich definiert* ist, was unter Psychotherapie verstanden wird, bzw. dass die **(klassische) Psychotherapie durch Psychotherapeutinnen und -therapeuten** mit einem vergleichsweise **geringen Finanzvolumen** ausgestattet ist.

Werden die Zahlen zur Versorgung mit Psychotherapie (**3,4 % bis 8,9 % der Bevölkerung in Psychotherapie vs. rund 2,6 % der Bevölkerung in durch Kassenleistung (teil-)finanzierter Psychotherapie**) dem **klinisch ermittelten Bedarf an Psychotherapie** von zumindest **13,8 Prozent** bzw. jenem der (inter-/ national gut untersuchten) Prävalenz psychischer Erkrankungen von **22,7 Prozent** (Wancata 2017) in der österreichischen Bevölkerung (bis zu 46,7 % bei schweren Problemlagen) gegenübergestellt, fällt eine gewisse **Versorgungslücke** auf, sowohl was die Finanzierung von Psychotherapie, als auch was die Inanspruchnahme von Psychotherapie betrifft, wobei diese beiden Faktoren stark zusammenhängen dürften (Wancata 2017, Global Burden of Disease 2019 Mental Disorders Collaborators 2022, OECD 2020, Grabenhofer-Eggerth et al. 2020, Grabenhofer-Eggerth et al. 2022, Rechnungshof 2019, Riess 2020 Riess 2022).

Fazit

Die Notwendigkeit eines verbesserten bzw. **erforderlichen Versorgungsausbaus** mit Psychotherapie in Österreich wird auch im Sinne der *gesundheitlichen Chancengerechtigkeit und Ethik*⁸ (Arrouas et al. 2019, Rechnungshof 2019) argumentiert. Ein wichtiger Aspekt bei der Formulierung eines guten Versorgungsziels ist der erwartbare **volkswirtschaftlich-makroökonomische Nutzen** bei der Versorgung von **zumindest fünf Prozent** psychisch Erkrankter (Grabenhofer-Eggerth et al. 2022).

8

vgl. Recht auf Behandlung

5 Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung und Versorgungsziel

Versorgungsziele auf Basis von Prävalenz psychischer Erkrankungen und Bedarf

Im Folgenden sollen drei bzw. vier Grobschätzungen erfolgen, welche **fünf Prozent, sieben Prozent oder neun Prozent** sowie **3,5 Prozent der Bevölkerung** mit Psychotherapie (in einer Art Stufenplan bzgl. des Ausbaus) versorgen.

Bei einer Bevölkerungsanzahl von rund 9.000.000 Österreicherinnen und Österreichern sind bei einem Versorgungsziel von **fünf Prozent 450.000 Patientinnen und Patienten** zu versorgen, bei einem Versorgungsziel von **sieben Prozent** wären **630.000 Patientinnen und Patienten** und bei einem anspruchsvolleren Versorgungsziel von **neun Prozent**, das sich stärker der Quote von 13,8 Prozent potenziell erreichbarer bzw. motivierbarer Patientinnen und Patienten annähert, wären 810.000 Patientinnen und Patienten zu versorgen. Bei einem (dem aktuellen Ist-Stand näheren) Versorgungsziel von **nur 3,5 Prozent** wären **315.000 Patientinnen und Patienten** zu versorgen.

Die Versorgung mit Psychotherapie betrifft ein **breites Indikations- und Behandlungsspektrum** von präventiven Interventionen, psychosozialer Beratung und Krisenintervention bis hin zu Kurz-/Fokal- und langfristiger Psychotherapie. Die jeweiligen **Behandlungsziele** und **Indikationsstellungen** erfordern unterschiedliche Behandlungsmaßnahmen und -ansätze mit je unterschiedlicher Behandlungsdauer und -dosis (vgl. Kapitel 1).

Die vorliegende Grobkalkulation wurde unter **folgenden Annahmen** durchgeführt, die gemeinsam mit dem Auftraggeber getroffen wurden:

- » durchschnittliche Behandlungsdauer von **40 Psychotherapiestunden pro Jahr**, d. h. eine Frequenz von **einer Psychotherapiestunde pro Woche**, angenommen.
- » Weiters wird für die vorliegende Grobkalkulation ein geringeres Behandlungsausmaß von beispielsweise 15 bis 25 Stunden für psychosoziale Beratung, Krisenintervention oder Kurz- und Fokalpsychotherapie als sich potenziell **ausgleichend** mit einerseits mittel- und langfristiger und andererseits höherfrequenter Psychotherapie bei spezifischen Indikationsstellungen (z. B. schwerer Symptombelastung, Persönlichkeitsstörungen) angenommen.
- » Es werden 40 Arbeitswochen zu je **24 Wochenarbeitsstunden⁹ pro Psychotherapeut:in** angenommen, die sich auf den niedergelassenen und den stationären Sektor annähernd gleichmäßig verteilen (Tanios et al. 2020).

9

Dies entspricht auch Kalkulationen der Wochenarbeitszeit für Deutschland, welche bei ca. 24 Stunden Patientenkontakt für „Praxisführung“ (Dokumentation, Administration, Super-/Intervision, Fortbildungen etc.) rund zwölf Wochenarbeitsstunden hinzurechnen. Die Sozialversicherung operiert teilweise mit Modellen zu 16 (Teilzeit) bis 32 (Vollzeit) Wochenarbeitsstunden.

Berechnung: Für den **Bedarf an Psychotherapeutinnen und -therapeuten** (unabhängig davon, ob klinisch-psychologischer, medizinisch-ärztlicher, pädagogischer, sozialarbeiterischer oder anderer **Quellenberuf** in der psychotherapeutischen Institution oder in freier Praxis) wird in der vorliegenden Grobkalkulation die zu versorgende **Anzahl der Patientinnen und Patienten mal 40 Psychotherapiestunden im Jahr** multipliziert und durch eine **potenzielle Arbeitsleistung von 960 Psychotherapiestunden pro Jahr** dividiert.

Die **Kosten** einer **vollfinanzierten Psychotherapie**, welche bei bestimmten sozialen und psychischen Problemlagen notwendig ist, sind entsprechend höher als etwa **Zuschussmodelle** oder Modelle, welche einen **Selbstbehalt** vorsehen, und sind allesamt Ergebnis von (v. a. Honorar-)Verhandlungen (aktuelle Honorarsätze variieren zwischen rund 80 Euro und 120 Euro) mit den Finanzierungsträgern (z. B. Sozialversicherungen). Die Behandlungsdauer und -frequenz wird in der vorliegenden Grobschätzung nur vereinfacht postuliert/angenommen.

Versorgungsziel (1): Versorgung von fünf Prozent der Bevölkerung

Sollen fünf Prozent der österreichischen Bevölkerung, d. h. **450.000 psychisch erkrankte Personen**, mit Psychotherapie im Ausmaß von 40 Stunden bzw. Psychotherapieeinheiten pro Jahr versorgt werden, bedeutet dies einen Bedarf **von 18.000.000 Psychotherapiestunden** und einen Bedarf an $(18.000.000/960 =)$ **18.750 Psychotherapeutinnen und -therapeuten** (entspricht einem Verhältnis von 1:480 d.h.ein:e Psychotherapeut:in kommt auf 480 Einwohner:innen). Das entspricht ungefähr dem aktuell in Wien durchschnittlich erreichten Versorgungsausmaß von rund 22 Psychotherapeutinnen und -therapeuten pro 10.000 Einwohner:innen (vgl. Sagerschnig et al. 2022) bzw. dem Verhältnis von 1:455 (ein:e Psychotherapeut:in kommt auf 455 Einwohner:innen).

Versorgungsziel (2): Versorgung von sieben Prozent der Bevölkerung

Sollen sieben Prozent der österreichischen Bevölkerung, d. h. **630.000 psychisch erkrankte Personen**, mit Psychotherapie im Ausmaß von 40 Stunden bzw. Psychotherapieeinheiten pro Jahr versorgt werden, bedeutet dies einen Bedarf **von 25.200.000 Psychotherapiestunden** und einen Bedarf an $(25.200.000/960 =)$ **26.250 Psychotherapeutinnen und -therapeuten**.

Versorgungsziel (3): Versorgung von neun Prozent der Bevölkerung

Sollen neun Prozent der österreichischen Bevölkerung, d. h. **810.000 psychisch erkrankte Personen**, mit Psychotherapie im Ausmaß von 40 Stunden bzw. Psychotherapieeinheiten pro Jahr versorgt werden, bedeutet dies einen Bedarf **von 32.400.000 Psychotherapiestunden** und einen Bedarf an $(32.400.000/960 =)$ **33.750 Psychotherapeutinnen und -therapeuten**.

Versorgungsziel (4): Versorgung von 3,5 Prozent der Bevölkerung

Sollen 3,5 Prozent der österreichischen Bevölkerung, d. h. **315.000 psychisch erkrankte Personen**, mit Psychotherapie im Ausmaß von 40 Stunden bzw. Psychotherapieeinheiten pro Jahr versorgt werden, bedeutet dies einen Bedarf **von 12.600.000 Psychotherapiestunden** und einen Bedarf an $(12.600.000/960 =)$ **13.125 Psychotherapeutinnen und -therapeuten**.

6 Entwicklung der Berufsgruppe bis zum Jahr 2040 – Prognoserechnung

Ausgangslage: Berufsgruppenentwicklung und Entwicklung der Absolventenzahlen

Die Entwicklung der Berufsgruppe zeigt eine kontinuierliche Zunahme: Aktuell sind **11.394 Psychotherapeutinnen und -therapeuten** (Stichtag 31. 12. 2022) in die PsychotherapeutInnenliste des BMSGPK eingetragen. Dies entspricht einer **Dichte von 12,61 Psychotherapeutinnen und -therapeuten pro 10.000 Einwohner:innen**. Die Entwicklung ist seit 1991 kontinuierlich stark steigend (vgl. Liste des BMSGPK bzw. Sagerschnig 2020).

Die **Quellenberufe** von Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind heterogen, wobei die Klinischen und Gesundheitspsychologinnen und -psychologen die größte Gruppe der Psychotherapeutinnen und -therapeuten bilden: **Rund ein Viertel** hat alle drei Ausbildungen absolviert. Die Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten im Fachspezifikum weisen nach den per Bescheid zugelassenen Personen (41 %) als Quellenberuf zu 22 Prozent ein Psychologiestudium auf, eine pädagogische Ausbildung (Studium, Hochschule, Lehramt) zu 14 Prozent und eine Ausbildung in Sozialarbeit zu sieben Prozent. Weitere fünf Prozent sind in Gesundheits- und Krankenpflege ausgebildet und ein Medizinstudium haben vier Prozent absolviert (Sagerschnig et al. 2021).

Die vier **Grundorientierungen** der psychotherapeutischen Cluster verteilen sich unter den Psychotherapeutinnen und -therapeuten (je gerundet) zu **40 Prozent** auf die **Humanistische Orientierung**, zu **24 Prozent** auf die **Psychodynamische Orientierung**, zu **24 Prozent** auf die **Systemische Orientierung** und auf die **Verhaltenstherapie zu 12 Prozent** auf (ebd.).

Die **regionale Verteilung** der Psychotherapeutinnen und -therapeuten ist (Stichtag 1. 6. 2019) stark unterschiedlich ausgeprägt: **41 Prozent der Psychotherapeutinnen und -therapeuten** haben ihren Berufssitz in **Wien** (hier leben 21,5 % der Bevölkerung), acht Prozent in Salzburg (hier leben 6 % der Bevölkerung), wohingegen das Verhältnis der Berufsangehörigen zum Bevölkerungsanteil in den restlichen Bundesländern (sowie in spezifischen Bezirken Wiens) umgekehrt ist (Sagerschnig et al. 2020).

Die im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG, BMGF 2017a) festgelegten **Versorgungsregionen** unterscheiden sich also hinsichtlich der Versorgungsdichte mit Psychotherapie sehr deutlich: Die Westliche Obersteiermark weist z. B. weniger als drei PTH pro 10.000 EW auf, gefolgt von der West-/Südsteiermark und der Oststeiermark mit knapp über drei PTH pro 10.000 EW.

Wien hat beispielsweise eine durchschnittliche Dichte an Psychotherapeutinnen und -therapeuten von 21,4 PTH pro 10.000 EW, das Burgenland von 8 PTH pro 10.000 EW. Auf Wien folgen die **Landeshauptstädte** Innsbruck Stadt (40,12), Salzburg Stadt (34,76), Klagenfurt Stadt (25,69), Eisenstadt Stadt (23,91), Graz Stadt (23,37), Linz Stadt (20,37) mit überdurchschnittlicher Versorgungsdichte, wohingegen das **Versorgungsschlusslicht** etwa die Bezirke Tamsweg (1,48) oder Hartberg-Fürstenfeld (2,87) bilden (ebd.).

Die **Art der Versorgung durch Psychotherapeutinnen und -therapeuten** erfolgt überwiegend in freier Praxis (63,2 %), und 28,2 Prozent arbeiten sowohl in freier Praxis als auch innerhalb eines Arbeitsverhältnisses. Nur 8,6 Prozent arbeiten ausschließlich im institutionellen Kontext innerhalb eines Arbeitsverhältnisses (ebd.).

Psychotherapie wird zu rund drei Viertel (und mehr) von **Frauen** ausgeübt. In der Psychotherapie Tätige weisen aktuell ein **Durchschnittsalter** von **56,8 Jahren** (Frauen: 55,8 Jahre, Männer: 59,8 Jahre) auf, wobei 37,7 Prozent der Männer bzw. 34,1 Prozent der Frauen **über 56 Jahre alt** sowie rund 21 Prozent der Psychotherapeutinnen und -therapeuten **über 65 Jahre** alt sind (ebd.).

Es ist daher zu erwarten, dass rund **40 Prozent** der Psychotherapeutinnen und -therapeuten in den kommenden zehn Jahren ihre Berufstätigkeit aufgrund des **Erreichens des gesetzlichen Pensionsalters** einstellen oder zumindest reduzieren werden.

Psychotherapieausbildung

In psychotherapeutischer Ausbildung stehen (mit Stichtag 1. 6. 2021) **9.063 Personen** (Sagerschnig et al. 2022), wobei der Frauenanteil sehr hoch ist (rund 78 %). Die Anzahl der **Abschlüsse** sowohl im Propädeutikum (**dzt. 953 oder 21 %**) als auch im Fachspezifikum (**dzt. 476 oder 11 %**) nahm in den letzten 20 Jahren mit leichten Schwankungen **kontinuierlich zu** und dürfte weiterhin steigen (ebd.).

Es liegt eine **regionale Ungleichverteilung** (sowohl hinsichtlich der Kandidatinnen und Kandidaten als auch hinsichtlich der ausübungsberechtigten Psychotherapeutinnen und -therapeuten) zugunsten von Wien vor. Der Anteil an Medizinerinnen und Medizinern, die eine Psychotherapieausbildung absolvieren, sinkt (möglicherweise aufgrund der ÖAK-Angebote zu psychosozialer, psychosomatischer und psychotherapeutischer Medizin), jener derer, die ohne Bescheid zur Ausbildung zugelassen werden, steigt (ebd.).

Das **Propädeutikum** besuchen aktuell (Stichtag 1. 6. 2022) **5.041 Kandidatinnen und Kandidaten**, wobei seit 2002 ein **kontinuierlicher Anstieg** – mit einem aktuellen Zuwachs um 513 Teilnehmer:innen (11,3 %) – zu verzeichnen ist. In diesem Ausbildungsabschnitt gibt es 1.824 Aufnahmen und **358 (7,9 %)** Personen brechen die Ausbildung ab. Es werden **953 (21 %) Abschlüsse des Propädeutikums** verzeichnet (Sagerschnig et al. 2022).

Das **psychotherapeutische Fachspezifikum** besuchen aktuell **4.535 Kandidatinnen und Kandidaten** (Stichtag 1. 6. 2021), 2.735 (60 %) davon sind im Status „**in Ausbildung unter Supervision**“. 476 schlossen die Psychotherapieausbildung erfolgreich ab (11 %). 61 Prozent all jener, die das Fachspezifikum abgeschlossen haben, sind 41 Jahre alt oder älter. Ohne Abschluss schieden 105 Personen (2,3 %) und damit deutlich weniger als im ersten Abschnitt aus. Ins Fachspezifikum neu eingestiegen sind **791 Personen** (Zuwachs um 210 Studierende) (ebd.).

Fazit Berufsgruppenentwicklung und Entwicklung der Absolventenzahlen

Die Ausgangslage der **Berufsgruppenentwicklung und der Entwicklung der Absolventenzahlen** zeigt einerseits deutliche **Versorgungslücken** in Österreich, die v. a. in den meisten ländlichen Regionen sehr stark ausgeprägt sind (vier Fünftel der im ÖSG definierten Versorgungsregionen haben weniger als elf PTH pro 10.000 EW), eine **kaum vorhandene institutionelle Anbindung** der Psychotherapeutinnen und -therapeuten (Psychotherapie wird überwiegend in freier Praxis ausgeübt) und andererseits eine seit rund 30 Jahren **stetig wachsende Berufsgruppe** (inkl. Ausbildungsabsolventinnen und -absolventen), die ihre Tätigkeit trotz hoher Prävalenz psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung überwiegend für selbst zahlende Patientinnen und Patienten anbietet.

Methodik und Annahmen für die Prognoserechnung

Grundlage der durchgeführten Hochrechnung der bisherigen Entwicklung in der Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und -therapeuten bis zum Jahr 2040 ist die PsychotherapeutInnenliste des BMSGPK. Die durchgeführte Prognose bezieht die Entwicklung der PT seit dem Jahr 2000 ein (die Jahre davor wurden nicht in die Prognose miteinbezogen, da aufgrund der beiden Übergangsregelungen in den Jahren 1991 bis 1993 unmittelbar nach Einführung des Psychotherapiegesetzes (PthG) und in den Jahren 1997 und 1998 überproportionale Zuwächse zu verzeichnen waren).

Die Prognoserechnung erfolgte durch Hochrechnung der jährlichen Zugänge sowie Abzug der jährlichen Abgänge unter folgenden Annahmen und Prämissen:

- » **Miteinbezogen** wurden alle PT, die im jeweiligen Jahr aktiv waren/sind oder derzeit in Unterbrechung sind (man kann davon ausgehen, dass sie wieder zur Verfügung stehen werden).
- » Als **jährliche Abgänge** einbezogen wurden folgende Einträge: erloschen, Entzug (rund 0,4 Prozent pro Jahr) oder
- » Altersgrenzen, Berechnung in 3 Varianten: Versorgungswirksamkeit bis 60 Jahre (aktuelle durchschnittliches Pensionsantrittsalter), Versorgungswirksamkeit bis 65 Jahre (gesetzliches Pensionsantrittsalter), Versorgungswirksamkeit bis 70 Jahre (derzeitige empirische Versorgungswirksamkeit; Tanios 2018).

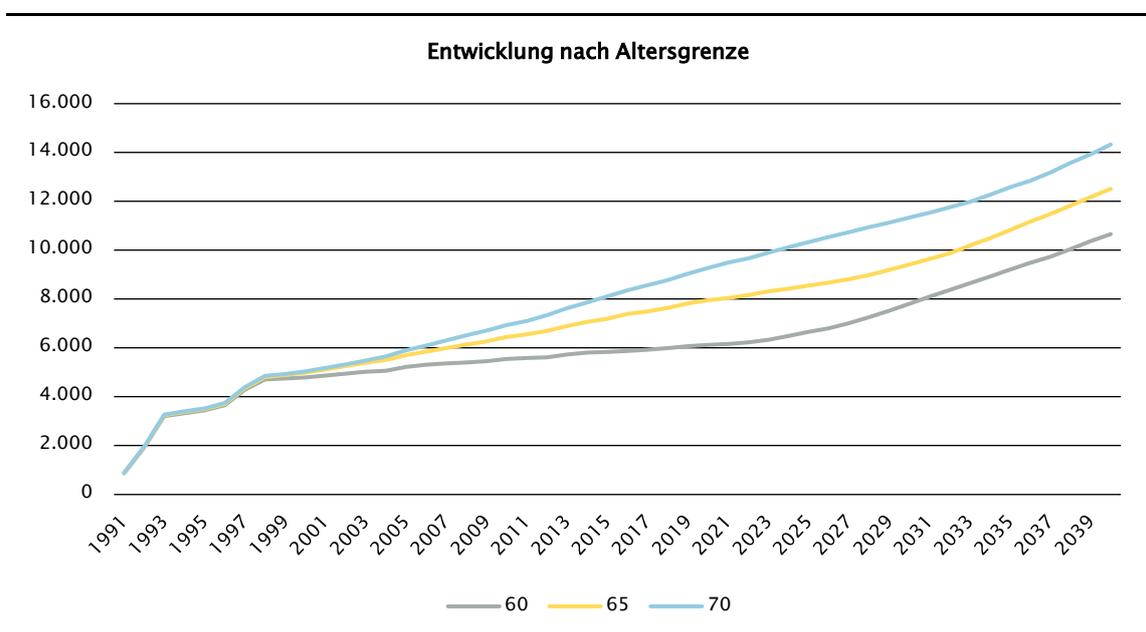
Ergebnisse

Abhängig davon, mit welcher Altersgrenze die jeweilige Versorgungswirksamkeit von Psychotherapeutinnen und -therapeuten angenommen wird, stehen im Jahr 2040 nach den durchgeführten Prognoserechnungen **zwischen 10.660 und 14.329 Personen** in dieser Berufsgruppe zur Verfügung. Diese Ergebnisse basieren auf der Fortschreibung der bisherigen steigenden Entwicklung seit dem Jahr 2000 (vgl. Abbildung 6.1).

Je nach gesetzter Altersgrenze (Cut-off = 60 Jahre, 65 Jahre, 70 Jahre) wird folgendes Personenangebot im Jahr 2040 prognostiziert:

- » 10.660 Psychotherapeutinnen und -therapeuten bei Annahme der Versorgungswirksamkeit **bis 60 Jahre**
- » 12.515 Psychotherapeutinnen und -therapeuten bei Annahme der Versorgungswirksamkeit **bis 65 Jahre**
- » 14.329 Psychotherapeutinnen und -therapeuten bei Annahme der Versorgungswirksamkeit **bis 70 Jahre**

Abbildung 6.1:
Prognostizierte Anzahl an Psychotherapeutinnen und -therapeuten bis zum Jahr 2040



Quelle: PsychotherapeutInnenliste des BMSGPK; Berechnung und Darstellung: GÖG

Bundesweit zeigt sich eine stetige Zunahme bis zum Jahr 2040, nur in einzelnen Bundesländern (Salzburg, Tirol, Vorarlberg) stagniert die Anzahl an PT weitgehend auf dem aktuellen Niveau bzw. steigt sie nur leicht an.

Prognose Ausbildungsplätze

Ausgangswert für die durchgeführten Berechnungen ist ein Ist-Stand 2022 von insgesamt 9.913 Personen (Personen bis inkl. Geburtsjahrgang 1952, d. h. bis 70 Jahre). Berücksichtigt man die Prognose der Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2040 (Anstieg um 6,8 % im Vergleich zum Jahr 2022 laut Statistik Austria 2023), benötigt man aufgrund dieser demografischen Entwicklung auch entsprechend mehr Psychotherapeutinnen und -therapeuten, das sind insgesamt 10.587 Personen.

Zusätzlich zum demografischen Mehrbedarf müssen jene Personen kompensiert werden, die bis zum Jahr 2040 in Pension gehen werden. Die Berechnungen der aufgrund von Pensionierungen wegfallenden Personen wurden wiederum mit drei Altersgrenzen durchgeführt (60 Jahre, 65 Jahre, 70 Jahre).

Als durchschnittliche Ausbildungsdauer wurden über alle Methoden hinweg fünf Jahre angenommen. Die Anzahl auszubildender Personen multipliziert mit der Ausbildungsdauer ergibt die Anzahl der notwendigen „Personenausbildungsjahre“. Diese Anzahl wurde durch die bis zum Jahr 2040 verbleibende Ausbildungsdauer von 18 Jahren dividiert, daraus ergibt sich die Anzahl der jährlich benötigten Ausbildungsplätze.

Im Detail ergeben sich daraus folgende Ergebnisse:

Tabelle 6.1:

Prognostizierte Anzahl an jährlich benötigten Ausbildungsplätzen bis zum Jahr 2040

Altersgrenze	Anzahl Personen in Altersgruppe 2022	Anzahl Personen in Altersgruppe 2040	Anzahl auszubildender Personen	Anzahl Ausbildungsplätze
60 Jahre	6.626	1.383	9.204	2.567
65 Jahre	8.499	2.467	8.120	2.256
70 Jahre	9.913	3.792	6.795	1.888

Quelle: PsychotherapeutInnenliste des BMSGPK; Berechnung und Darstellung: GÖG

Wie aus Tabelle 6.1 ersichtlich, werden jährlich **zwischen 1.888 und 2.567 Ausbildungsplätze** benötigt, um im Jahr 2040 die Anzahl an Psychotherapeutinnen und -therapeuten sicherzustellen, die dem derzeitigen Stand und Versorgungsgrad entspricht. Ein etwaiger Mehrbedarf im Vergleich zur derzeitigen Bedarfsdeckung entsprechend der definierten Versorgungsziele ist dabei noch nicht berücksichtigt. Grundsätzlich gilt: Je länger die Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Arbeitsprozess bleiben, desto weniger Ausbildungsplätze werden benötigt.

7 Ergebnisse und Diskussion

Obwohl die Veränderung der Ausbildung durch die Akademisierung eine große Unbekannte darstellt, ergibt die Prognose – die auf der Annahme einer gleichbleibenden Entwicklung der Absolventenzahlen sowie der Pensionsantritte in unterschiedlichen Varianten (Cut-off mit 60 Jahren, 65 Jahren bzw. 70 Jahren) basiert – ein erforderliches Personenangebot **zwischen 10.660 und 14.329 Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Jahr 2040**. Diese Ergebnisse basieren auf der Fortschreibung der bisherigen steigenden Entwicklung seit dem Jahr 2000. Das Erreichen eines moderaten Versorgungsziels von 3,5 Prozent der Bevölkerung (leichter Versorgungsausbau), welches 13.125 Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit einer Wochenarbeitszeit von 24 Stunden und 40 Behandlungsstunden pro Jahr pro Patient:in vorsieht, scheint so jedenfalls möglich. Für das Erreichen eines höheren Versorgungsziels von fünf Prozent der Bevölkerung (durch einen entsprechend intensiveren Versorgungsausbau) wären 18.750 Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Zukunft notwendig.

Es werden außerdem jährlich **zwischen 1.888 und 2.567 Ausbildungsplätze** benötigt, um im Jahr 2040 die Anzahl an Psychotherapeutinnen und -therapeuten sicherzustellen, die dem derzeitigen Stand und Versorgungsgrad entspricht. Ein etwaiger Mehrbedarf im Vergleich zur derzeitigen Bedarfsdeckung entsprechend der definierten Versorgungsziele ist dabei noch nicht berücksichtigt. Grundsätzlich gilt: Je länger die Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Arbeitsprozess bleiben, desto weniger Ausbildungsplätze werden benötigt.

Nach dem ersten Ausbildungsabschnitt (Erreichen eines Grundsets an psychosozialen Kompetenzen) kommt es oft zu keiner Fortsetzung der Ausbildung (25 %) bzw. sind die Ausbildungsabbrüche im ersten Abschnitt (Propädeutikum) deutlich höher (13 %) und reduzieren sich sehr stark im zweiten Abschnitt (unter 3 %), weswegen die erforderliche Zahl an Ausbildungsplätzen im ersten und zweiten Abschnitt unterschiedlich geplant werden muss (Sagerschnig et al. 2022).

Obwohl die Veränderung der Ausbildung durch die Akademisierung eine große Unbekannte darstellt, lässt sich basierend auf der Annahme der gleichbleibenden Entwicklung sowie Austritte aufgrund von Pensionierungen ein Bedarf von mindestens 1.888 Ausbildungsplätzen feststellen.

Wichtig ist der Erhalt einer **spezifischen Ausbildungsstruktur**, welche die Fachgesellschaften garantieren: Die Schwerpunkte der **Persönlichkeitsentwicklung** der Auszubildenden durch **(Gruppen-)Selbsterfahrung** sowie die starke – **mit Theorie verschränkte – Praxisorientierung und Supervision** in allen Ausbildungsabschnitten (was didaktisch nur in Einzel- bzw. Kleingruppenunterricht gewährleistet werden kann) erfüllt den Zweck, Psychotherapie als Gesundheitsberuf im Sinne der **Wissenschaft vom Menschen** mit psychosozialer-ökologischer Perspektive (im Unterschied zur Biologisierung und Medikalisierung der Psychotherapie) weiterhin zu verankern.

8 Literatur

- Arrouas, M.; Fleischmann, A. (2019): Gesundheitsziele Österreich. Gesundheitsziel 9. Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern. Ergänzter Bericht der Arbeitsgruppe. BMSGPK, Wien
- Rechnungshof (2019): Bericht zur Versorgung psychisch Erkrankter durch die Sozialversicherung. Reihe BUND 2019/8. Rechnungshof GZ 004.536/011-PR3/19. Rechnungshof, Wien
- Datler, W.; Drossos, A.; Gornik, E.; Korunka, Ch. (Hg.) (2023): Akademisierung der Psychotherapie. Facultas, Wien (in press)
- Datler, W.; Hochgerner, M.; Korunka, Ch.; Löffler-Stastka, H.; Pawlowsky, G. (2021): Psychotherapie: Disziplin, Profession und evidenzbasierte Praxis: Zur Stellung der Psychotherapie im Gesundheitssystem. In: Psychotherapie Forum. Springer, Wien
- Eglau, K., Fülöp, G., Mildschuh, S., Paretta, P. (2021): Österreichischer Strukturplan Gesundheit. BMSGPK, Wien
- 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. In: Lancet Psychiatry 2022; 9:137-150
- Grabenhofer-Eggerth, A., Sator, M. (2020): Psychotherapie als Sozialversicherungsleistung – Inanspruchnahme und Finanzierung. Gesundheit Österreich, Wien
- Grabenhofer-Eggerth, A., Brzozowska, Z., Kern, D., Trauner, F. (2022): Klinisch-psychologische Behandlung als Kassenleistung. Grobschätzung der finanziellen Auswirkungen aus Kassen- und makroökonomischer Sicht. Gesundheit Österreich, Wien (unveröffentlicht)
- Klein, Ch., Seiss, H., Scholz, P., Gregoritsch, J., Dantendorfer, K., Wallner, E., Hofer, K. (2012): Psychische Gesundheit. Strategie der Österreichischen Sozialversicherung. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien
- Lambert, M.J. (2013): Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 6th ed., Wiley, New Jersey
- 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: Schütz W., Seebacher F., Hofer HG., Nemeč B. (Hg.) (2022): Nach 1945. Medizin in Wien nach 1945 – Strukturen, Aushandlungsprozesse, Reflexionen. Vienna University Press, 645–668
- Löffler-Stastka, H.; Hochgerner, M. (2021): Versorgungswirksamkeit von Psychotherapie in Österreich. In: psychopraxis.neuropraxis 2021 /24:57-61. Springer, Wien

- Margraf, J. (2009): Kosten und Nutzen der Psychotherapie. Eine kritische Literaturlauswertung. Springer Medizin, Heidelberg
- Nübling, R. (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. OECD, Paris [online]. https://read.oecd-ilibrary.org/employment/mental-health-and-work-austria_9789264228047-en[Zugriff am 01.02.2023]
- Pietrabissa, G., Volpi, C., Bottachi, M., Bertuzzi, V., Guerrini-Usubini, A., Löffler-Stastka, H., Prevedar, T., Rapelli, G., Cattivelli, R., Castelnovo, G., Molinari, E., Sartorio, A. (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. In: Int. J. Environ. Res. Public Health, 18, 3026
- Orlinsky, David E; Howard, K. I. (1986): Process and Outcome in psychotherapy. In: S.L. Garfield & A.E. Bergin (Hg.): Handbook of psychotherapy and behavior change. Wiley, New York
- Orlinsky, D.E.; Ronnestad, M.H. (2005): How psychotherapists develop. APA, Washington DC
- Riess, G.; Kern, D.; Valady, S. (2021): VersorgungsNOTwendigkeit – Versorgung in der Not. Psychotherapeutische Versorgungspraxis und Ausbildung zwischen Mangel, virtueller und physischer Präsenz. Gesundheit Österreich, Wien
- Riess, G. (2018): Praxisorientierte Psychotherapieforschung. Gesundheit Österreich, Wien
- Riess, G. (2016): „Was bisher geschah“. Prinzipien und Strategien zur Förderung der Psychotherapieforschung in Österreich. In: Psychotherapie Forum, 2016 (21), 35-43. Springer, Wien
- Riess, G., Löffler-Stastka, H. (2022): VersorgungsNOT – Psychotherapie als zentrale, aber marginalisierte Versorgungsleistung im Gesundheitssystem. Psychotherapie Forum 1–4/2022. Springer Verlag. Wien.
- Riess, G.; Kern, D. (2022): HKPT. Analyse der theoretischen und empirischen Analyse der theoretischen und empirischen Forschungsmaterialien als Voraussetzungen zur Anerkennung als psychotherapeutische Ausbildungseinrichtung. Gesundheit Österreich, Wien (unveröffentlicht)
- Sagerschnig, Sophie; Sackl, A., Valady, S. (2023): Ausbildungsstatistik 2022. Daten zum Ausbildungsgeschehen in Psychotherapie, Klinischer Psychologie und Gesundheitspsychologie in Österreich. Gesundheit Österreich, Wien
- Sagerschnig, Sophie; Nowotny, M. (2020): Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie, Musiktherapie. Statistik der Berufsgruppen 1991-2019. Gesundheit Österreich, Wien
- Schöffski, O.; Schulenburg, J.M. (2012): Gesundheitsökonomische Evaluationen. Springer

- Singer S., Blanck, J., Scholz, I. (2022): Stundenkontingente und Schweregrad von Depression: Hängen die Stundenkontingente für Psychotherapie zur Behandlung von Depression mit deren Schweregrad zusammen? [online]
<https://link.springer.com/article/10.1007/s00115-022-01374-3> [Zugriff am 1.2.2023]
- Statistik Austria (2020): Krankenstandsfälle seit 1990 nach Diagnose. [online]
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/krankenstaende/index.html. [Zugriff am 12.05.2022]
- Seitz, T., Stastka, K., Schiffinger, M., Turk, B.R. (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
- Springer-Kremser, M. (2002): Can legislation provide a better match between demand and supply in psychotherapy? In: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 37, 492–500
- Strauss, B., Galliker, M., Linden, M., Schweitzer, J. (2021): *Ideengeschichte der Psychotherapieverfahren. Theorien, Konzepte, Methoden*. Kohlhammer, Stuttgart.
- Strotzka H. (1983): *Fairness. Verantwortung. Fantasie. Eine psychoanalytische Alltagsethik*. Deuticke, Wien
- Wampold, B.E.; Imel, Z.E. (2015): *The Great Psychotherapy Debate – The Evidence for What Makes Psychotherapy Work*. 2nd Edition, Routledge
- Wancata, J. (2017): *Prävalenz und Versorgung psychischer Krankheiten in Österreich. Wissenschaftlicher Bericht. Klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie, Medizinische Universität, Wien*
- Watzka, C. (2022): *Labile Netzwerke und marginale Strukturen? Zur allmählichen Professionalisierung der Psychotherapie in Österreich und ihrer Verselbstständigung gegenüber der Medizin*. V&R unipress

Weitere Literatur

- Devereux, G. (1998): *Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften*. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- Fischer, Gottfried; Eichenberg, Christiane (2011): *Psychotherapiewissenschaft: Einführung in eine neue humanwissenschaftliche Disziplin*. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Howard, K. I.; Moras, K.; Brill, P. L.; Martinovich, Z.; Lutz, W. (1996): Evaluation of psychotherapy. Efficacy, effectiveness, and patient progress. In: *Am Psychol* 51/101059-1064
- Kierein, Michael (2013): *Qualitätssicherung in Praxis und Ausbildung der Psychotherapie (Wissenschaft und Forschung) und ihre gesetzlichen Grundlagen*. In: *Psychotherapieforschung Wissenschaftliche Beratung und Vernetzung. Tagungsband zum Workshop 2012*. Hg. v. Riess, Gabriele. Gesundheit Österreich GmbH, Wien. S. 5-6

- Lambert, M. J.; Hansen, N. B.; Finch, A. E. (2001): Patient-focused research: using patient outcome data to enhance treatment effects. In: *Journal of consulting and clinical psychology* 69/2/159-172
- Löffler-Stastka, Henriette; Rössler-Schüle, Hemma; Skale, Elisabeth (2008): Prädiktoren des Therapieabbruchs in psychoanalytischen Behandlungen von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. In: *Z Psychosom Med Psychother* 54/163-76
- Luborsky, L.; Singer, B.; Luborsky, L. (1975): Comparative studies of psychotherapies. Is it true that "everyone has one and all must have prizes"? In: *Arch Gen Psychiatry* 32/8:995-1008
- Luhmann, N. (2020): Einführung in die Systemtheorie. (Hg.: Pörksen, B.). Auer-System-Verlag, Heidelberg
- Lohmer, M. (Hg.) (2004): Psychodynamische Organisationsberatung. Konflikte und Potentiale in Veränderungsprozessen. Klett-Cotta, Stuttgart
- Norcross, J. C.; Wampold, B. E. (2011): Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. In: *Psychotherapy (Chic)* 48/19-8/p.102-119
- Norcross, John C.; Lambert, Michael J. (2011): Psychotherapy relationships that work II. In: *Psychotherapy (Chicago)* 48/14-8/p.56-71
- Orlinsky, David E; Howard, K. I. (1987): A generic model of psychotherapy. In: *Journal of Integrative & Eclectic Psychotherapy* 1987/6:6-27
- Riess, Gabriele; Hagleitner, Joachim; Bednar, Waltraud (2010): Wirksamkeitsnachweise für Psychotherapie in der (Kranken-)Behandlung. Endbericht und Kurzfassung. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien (unveröffentlicht)
- Riess, Gabriele; Hagleitner, Joachim; Bednar, Waltraud (2012): Wirksamkeitsnachweise für Psychotherapie in der (Kranken-)Behandlung. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Riess, Gabriele (2013): Psychotherapieforschung. Wissenschaftliche Beratung und Vernetzung. Tagungsband zum Workshop 2012. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Riess, Gabriele; Breyer, Elisabeth; Kern, Daniela (Hg.) (2015): Praxisorientierte Psychotherapieforschung. Verfahrensübergreifende, patientenorientierte Aspekte und Kompetenzentwicklung. Tagungsband zur wissenschaftlichen Fachtagung. Koordinationsstelle Psychotherapieforschung an der Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Strauss, Bernhard (2015): Praxisorientierte Forschung zur Wirksamkeit von Psychotherapie – Zeichen eines Paradigmenwechsels? In: *Praxisorientierte Psychotherapieforschung Verfahrensübergreifende, patientenorientierte Aspekte und Kompetenzentwicklung Tagungsband zur wissenschaftlichen Fachtagung*. Hg. v. Riess, Gabriele; Breyer, Elisabeth; Kern, Daniela. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Zizek, S. (2020): *Pandemie! Chronik einer verlorenen Zeit*. Passagen Verlag, Wien