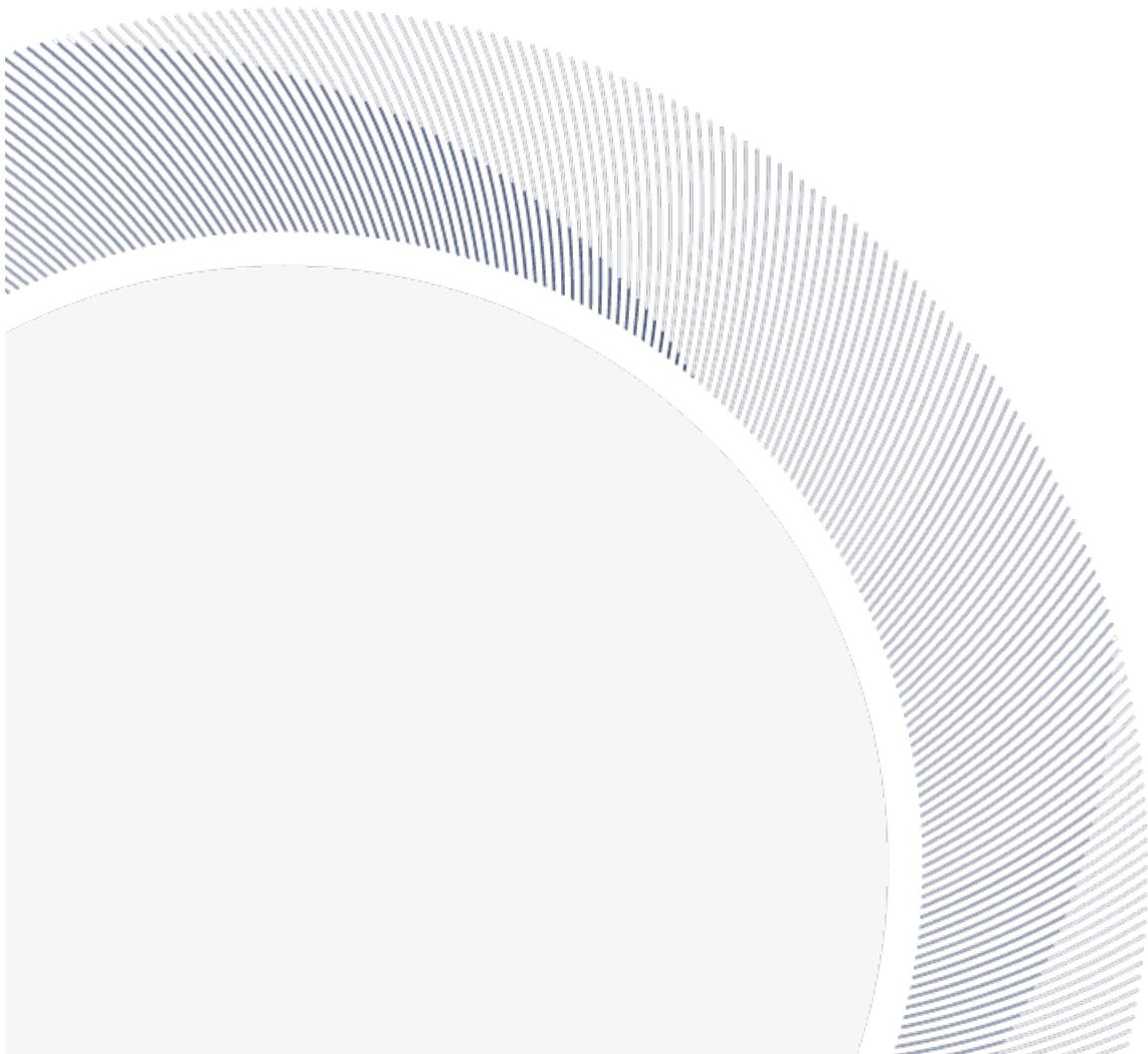


# Psychotherapie als Sozialversicherungsleistung – Inanspruchnahme und Finanzierung (Datenbasis 2022)

Wissenschaftlicher Ergebnisbericht

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





# Psychotherapie als Sozialversicherungsleistung – Inanspruchnahme und Finanzierung (Datenbasis 2022)

## Wissenschaftlicher Ergebnisbericht

Autorinnen und Autor:

Beate Gruber  
Katharina Dinhof  
Alexander Grabenhofer-Eggerth

Fachliche Begleitung:

Michael Kierein (BMSGPK)

Projektassistenz:

Matea Mijic

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

Wien, im Dezember 2024

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

Zitiervorschlag: Gruber, Beate; Dinhof, Katharina; Grabenhofer-Eggerth, Alexander (2024): Psychotherapie als Sozialversicherungsleistung – Inanspruchnahme und Finanzierung (Datenbasis 2022). Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P4/21/5551

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

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030 bei, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel „Gesundheit und Wohlergehen“ (SDG 3), aber auch zu „Weniger Ungleichheiten“ (SDG 10).

# Kurzfassung

## Hintergrund

Ziel der vorliegenden Studie ist – analog zu einer Reihe vorangegangener GÖG/ÖBIG-Studien seit 2001 –, die Versorgung von Psychotherapie, welche teilweise oder gänzlich durch die Sozialversicherungsträger (SV-Träger) finanziert wird, zu analysieren. Dazu wurden Aufwendungen und Leistungen der SV-Träger für Psychotherapie im Jahr 2022 erhoben sowie unterschiedliche Versorgungs- und Finanzierungsmodelle dargestellt, um die Versorgungswirksamkeit zu bewerten und Empfehlungen zur Weiterentwicklung kassenfinanzierter Psychotherapie zu geben. Ein Kapitel behandelt die Aufwendungen und Verordnungen für Psychopharmaka als Teil der psychosozialen Versorgung. Neu ist das Kapitel „Psychotherapie für Kinder und Jugendliche“.

## Methode

Die Erhebung der Daten des Jahres 2022 erfolgte durch eine Kombination aus Befragungen der Sozialversicherungsträger und der Versorgungsvereine in den Bundesländern sowie einer Analyse von Sekundärdaten des Programmes „Gesund aus der Krise“ und Daten des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger (DVSV) zu Psychopharmaka-Verordnungen. Die Befragungen der SV-Träger erfolgten auf Basis der Finanzierungs- bzw. Angebotsformen für Psychotherapie und beinhalteten (1) die Leistungen von Versorgungsvereinen und Institutionen (mit denen Verträge für Psychotherapie als Sachleistung bestehen), (2) die geleisteten Kostenzuschüsse für Psychotherapeutinnen und -therapeuten in freier Praxis, (3) psychotherapeutische Leistungen in kasseneigenen Einrichtungen und (4) ärztliche psychotherapeutisch-medizinische Leistungen. Die Erhebung umfasste fast alle SV-Träger in Österreich (außer Betriebskrankenkassen und Krankenfürsorgeanstalten). In der Umfrage konnten alle 13 Versorgungsvereine erreicht werden, was eine Bewertung der Bedarfsgerechtigkeit der psychotherapeutischen Versorgung ermöglicht.

## Ergebnisse

Insgesamt wurden 2022 ca. 135 Millionen Euro von den SV-Trägern für Psychotherapie oder psychotherapeutische Medizin ausgegeben (80 % Steigerung zum Jahr 2014, bei einer Inflationsrate von 20 % zwischen 2015 und 2022). Damit wurden 370.389 Personen (ca. 4 % der Gesamtbevölkerung) erreicht. Nur ein Viertel aller Behandelten wird durch voll finanzierte Psychotherapie über Vereine und Institutionen und in kasseneigenen Einrichtungen erreicht, 28 Prozent erhalten Kostenzuschüsse für Psychotherapie. Der Großteil (47 %) wird mit ärztlichen Leistungen (psychotherapeutische Medizin) erreicht, welche allerdings nur vereinzelt als Psychotherapie, wie sie im Sinne der gängigen Wirkfaktorenmodelle verstanden wird, gezählt werden können.

## Schlussfolgerungen

Nur ca. 96.500 Personen (ca. 1 % der Bevölkerung) erhalten voll finanzierte Psychotherapie, wie sie im Sinne gängiger Wirkfaktorenmodelle verstanden wird. Damit deckt das vorhandene Angebot an kassenfinanzierter Psychotherapie den Bedarf in der Bevölkerung nicht. Die Ergebnisse bilden die Grundlage für Empfehlungen zur Weiterentwicklung bedarfsgerechter Sachleistungsversorgung, insbesondere in Hinblick auf eine Erweiterung des Angebots, dessen Qualität und Zugangsmöglichkeiten.

# Summary

## Background

The aim of this study is – in line with a series of previous GÖG/ÖBIG studies since 2001 – to analyse the provision of psychotherapy services that are partially or fully funded by social insurance providers. It examines expenditures and services for psychotherapy in 2022 and outlines different service and funding models to assess its effectiveness and provide recommendations for the further development of publicly funded psychotherapy. One chapter addresses expenditures and prescriptions for psychotropic medications as part of psychosocial care. A new chapter focuses on “Psychotherapy for Children and Adolescents”.

## Methods

Data collection for 2022 was conducted through a combination of surveys by the social insurance providers and regional care associations, along with an analysis of secondary data from the program “Gesund aus der Krise” and data from the Federation of Social Insurances (DVSV) on psychotropic medication prescriptions. The surveys of the social insurance providers were structured according to the forms of how psychotherapy is financed and provided, covering (1) psychotherapy provided by associations and institutions that have contracts with social insurance entities, (2) cost contributions for psychotherapy with independent psychotherapists, (3) psychotherapeutic medicine provided by physicians, and (4) psychotherapy services within facilities that are owned by social insurance entities. Almost all social insurance providers in Austria, and all thirteen regional care associations were reached for data collection, allowing for conclusions about effectiveness of the supply of psychotherapeutic services.

## Findings

In 2022, around 135 million euros were spent on psychotherapy or psychotherapeutic medicine by the social insurance entities in 2022 (80 % increase compared to 2014, with an inflation rate of 20 % between 2015 and 2022). A minimum of 370,389 people was reached (approx. 4 % of the total Austrian population). Only a quarter of all those treated are reached through fully funded psychotherapy in associations and institutions and facilities that are owned by social insurance entities, while 28 percent receive cost contributions for psychotherapy. The majority (47 %) is reached with psychotherapeutic medicine provided by physicians, which, however, is not understood in the sense of the psychotherapeutic models of effectiveness.

## Conclusion

Only about 96,500 people (approx. 1 % of the population) receive fully funded psychotherapy. This means that the existing supply of funded psychotherapy does not meet the population’s demands for psychotherapy. The findings serve as the basis for recommendations to further develop insurance funded psychotherapy, with a focus on expanding service capacity, improving quality, and enhancing access.

# Inhalt

1	Einleitung .....	1
1.1	Ausgangslage und Ziele der Studie .....	1
1.1.1	Psychotherapie .....	1
1.1.2	Psychopharmaka .....	2
1.1.3	Aufbau des Berichts .....	3
1.2	Methodisches Vorgehen und Datenqualität .....	3
2	Finanzierung psychotherapeutischer Behandlung durch die Sozialversicherung .....	5
2.1	Finanzierungsformen im Überblick .....	5
2.2	Psychotherapie im Rahmen von „Vereinslösungen“ .....	6
2.3	Psychotherapie im Rahmen von Institutionen .....	11
2.4	Kostenzuschüsse zur Psychotherapie .....	12
2.5	Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen .....	13
2.6	Leistungen durch Ärztinnen und Ärzte im Rahmen von psychotherapeutischer Medizin .....	13
3	Angebot und Inanspruchnahme kassenfinanzierter Psychotherapie .....	14
3.1	Ziele und Fragestellungen .....	14
3.2	Gesamtüberblick .....	14
3.3	Durch Versorgungsvereine und Institutionen erbrachte Leistungen .....	14
3.4	Bezuschusste Leistungen durch Therapeutinnen und Therapeuten in freier Praxis .....	19
3.5	Durch kasseneigene Einrichtungen erbrachte Leistungen .....	20
3.6	Durch Ärztinnen und Ärzte erbrachte Leistungen .....	20
4	Aufwendungen für Psychotherapie .....	25
4.1	Zielsetzung und Fragestellungen .....	25
4.2	Gesamtüberblick .....	25
4.3	Kassenfinanzierte Psychotherapie durch Vereine bzw. Institutionen .....	30
4.4	Kostenzuschüsse .....	31
4.5	Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen .....	32
4.6	Psychotherapeutische Medizin .....	32
5	Aufwendungen für Psychotherapie für Kinder und Jugendliche .....	34
5.1	Gesamtüberblick .....	34
5.2	Kostenzuschüsse .....	34
5.3	Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen am Beispiel des ÖGK-Gesundheitszentrums Wien .....	35
5.4	Psychotherapeutische Medizin .....	35
5.5	Kassenfinanzierte Psychotherapie durch Vereine bzw. Institutionen am Beispiel Kärnten und Niederösterreich .....	36
5.6	Förderprogramm „Gesund aus der Krise“ .....	37
6	Psychopharmaka .....	39
6.1	Datengrundlage und Limitationen .....	39
6.2	Verschreibungen von Psychopharmaka im Zeitverlauf .....	39
6.2.1	Gesamtentwicklung .....	39
6.2.2	Antipsychotika, Antidepressiva, Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa .....	40

6.2.3	Andere Psychopharmaka.....	42
6.2.4	Verordnungen von Psychopharmaka nach Ärztegruppen.....	42
6.2.5	Kosten.....	43
6.3	Zusammenfassung.....	46
7	Einschätzung der Versorgungslage und Empfehlungen.....	48
7.1	Aktuelle Versorgungs- und Finanzierungssituation.....	48
7.2	Einschätzung der Bedarfsgerechtigkeit: Quantitatives Angebot an psychotherapeutischer Behandlung.....	52
7.3	Einschätzung der Bedarfsgerechtigkeit im Sinne von Zugang, Flächendeckung und Wahlfreiheit.....	55
7.4	Einschätzung der Versorgungslage und der Bedarfsgerechtigkeit für Kinder und Jugendliche.....	57
7.5	Empfehlungen.....	57
	Quellen- und Literaturverzeichnis.....	61
	Anhang.....	64

# Abbildungen

Abbildung 1: Verteilung der im Jahr 2022 geleisteten SV-Aufwendungen für Psychotherapie auf die unterschiedlichen Angebotsformen .....	26
Abbildung 2: Verteilung der Aufwendungen auf die unterschiedlichen Finanzierungsformen pro 100 Anspruchsberechtigte im Jahr 2022 (in Euro) .....	27
Abbildung 3: Verordnungen von Psychopharmaka im Jahr 2022 (n = 11.868.139).....	40
Abbildung 4: Entwicklung der Psychopharmaka-Verordnungen in den Jahren 2014–2022 .....	40
Abbildung 5: Entwicklung der Verordnungen von Antipsychotika, Antidepressiva, Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa im Zeitverlauf 2014–2022.....	41
Abbildung 6: Entwicklung der Verordnungen der übrigen Psychopharmaka in den Jahren 2014–2022 .....	42
Abbildung 7: Verordnungen von Antipsychotika, Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa sowie Antidepressiva nach Ärztesgruppen im Jahr 2022 .....	43
Abbildung 8: Kosten der verordneten Psychopharmaka 2022 (100 % = ca. 220 Mio. Euro) in Prozent.....	44
Abbildung 9: Verschreibungs- und Kostenanteile einzelner Psychopharmaka-Gruppen im Jahr 2022 in Prozent.....	45
Abbildung 10: Entwicklung der Gesamtkosten von Psychopharmaka in den Jahren 2014–2022, in Euro.....	45
Abbildung 11: Entwicklung der Kosten von verordneten Psychopharmaka-Gruppen in den Jahren 2014–2022, in Euro .....	46
Abbildung 12: Prozentsatz der im Jahr 2022 behandelten Personen, nach Angebotsform .....	49

# Tabellen

Tabelle 1: Psychotherapeutische Versorgungsvereine in Österreich (Übersicht) .....	7
Tabelle 2: Anzahl der Versorgungsvereine, Anzahl beteiligter Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie erbrachte Psychotherapieeinheiten 2022 und deren Veränderung seit 2014 .....	15
Tabelle 3: Anzahl der Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Versorgungsvereinen sowie erbrachte Psychotherapieeinheiten (absolut, bezogen auf 10.000 EW und pro Psychotherapeut:in) im Jahr 2022.....	17
Tabelle 4: Im Jahr 2022 erbrachte Psychotherapieeinheiten durch Vereine und Institutionen und behandelte Personen in durchschnittliche Einheiten/Person und Veränderung der Einheiten seit 2014 (in Prozent).....	18
Tabelle 5: Bezuschusste Psychotherapieeinheiten im Jahr 2022, behandelte Personen, durchschnittliche Einheiten/Person und Veränderung der bezuschussten Einheiten seit 2014 (in Prozent) .....	19
Tabelle 6: In kasseneigenen Einrichtungen im Jahr 2022 geleistete Psychotherapieeinheiten, Veränderung der Einheiten seit 2014 (in Prozent) und durchschnittliche Einheiten/Person.....	20
Tabelle 7: Abrechenbare Dauer von Einzeltherapieeinheiten laut Honorarordnungen der Sozialversicherungsträger für Vertrags- und Wahlärztinnen und -ärzte.....	21
Tabelle 8: Psychotherapeutische-Medizin-Einheiten durch <b>Vertragsärztinnen und Vertragsärzte</b> im Jahr 2022, behandelte Personen, durchschnittliche Einheiten/Person und Veränderung der bezuschussten Einheiten seit 2014 (in Prozent).....	23
Tabelle 9: Psychotherapeutische-Medizin-Einheiten durch <b>Wahlärztinnen und Wahlärzte</b> im Jahr 2022, behandelte Personen, durchschnittliche Einheiten/Person und Veränderung der bezuschussten Einheiten seit 2014 (in Prozent) .....	24
Tabelle 10: Aufwendungen 2022, pro Angebotsform und gesamt (in Euro) .....	28
Tabelle 11: Aufwendungen der SV-Träger für kassenfinanzierte Psychotherapie durch Vereine und Institutionen im Jahr 2022 (in Euro) sowie die Veränderung seit 2014 (in Prozent).....	30
Tabelle 12: Kostenzuschüsse der Sozialversicherungen für Psychotherapie im Jahr 2022 (in Euro) sowie die Veränderung seit 2014 (in Prozent) .....	32
Tabelle 13: Aufwendungen der Sozialversicherungen für Leistungen durch Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Wahlärztinnen und -ärzte unter dem Titel „psychotherapeutische Medizin“ im Jahr 2022 (in Euro) sowie die Veränderung seit 2014 (in Prozent).....	33

Tabelle 14: Kostenzuschüsse der Sozialversicherungen für Kinder und Jugendpsychotherapie im Jahr 2022 (in Euro) sowie die Anzahl der Patientinnen und Patienten .....	35
Tabelle 15: Aufwendungen der Sozialversicherungen für Leistungen durch Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Wahlärztinnen und -ärzte unter dem Titel „psychotherapeutische Medizin“ für Kinder und Jugendliche im Jahr 2022 (in Euro) sowie die Anzahl der Behandelten .....	35
Tabelle 16: Anzahl und Anteil der durch Psychotherapeutinnen und -therapeuten in verschiedenen Settings behandelten Personen nach Behandlungseinheitenkategorien .....	38
Tabelle 17: Verteilung der Aufwendungen auf die unterschiedlichen Finanzierungsformen (in Prozent) und Aufwendungen pro 100 Anspruchsberechtigte (in Euro).....	51

# Abkürzungen

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
ATC	Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BVAEB	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
DVSV	Dachverband der Sozialversicherungsträger
EKO	Erstattungskodex
EW	Einwohner:innen
FÄ	Fachärztinnen und Fachärzte
Ges.f.P.V.T.	Gesellschaft für Psychotherapeutische Versorgung Tirols
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
IPR	Institut Psychotherapie im ländlichen Raum
KIJU	Kinder und Jugendliche
NÖGPV	Niederösterreichische Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖBVP	Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖGK-B	Landesstelle Burgenland der Österreichischen Gesundheitskasse
ÖGK-K	Landesstelle Kärnten der Österreichischen Gesundheitskasse
ÖGK-NÖ	Landesstelle Niederösterreich der Österreichischen Gesundheitskasse
ÖGK-OÖ	Landesstelle Oberösterreich der Österreichischen Gesundheitskasse
ÖGK-S	Landesstelle Salzburg der Österreichischen Gesundheitskasse
ÖGK-ST	Landesstelle Steiermark der Österreichischen Gesundheitskasse
ÖGK-T	Landesstelle Tirol der Österreichischen Gesundheitskasse
ÖGK-V	Landesstelle Vorarlberg der Österreichischen Gesundheitskasse
ÖGK-W	Landesstelle Wien der Österreichischen Gesundheitskasse
OÖGP	Oberösterreichische Gesellschaft für Psychotherapie
PGA	Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit
PT	Psychotherapie
SE	schwer psychisch erkrankte Personen
SV	Sozialversicherung
SVS	Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen
VA	Versicherungsanstalt
VAP	Verein für ambulante Psychotherapie
VAPP	Verein für ambulante psychologische Psychotherapie
WGPPV	Wiener Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung
WKO	Wirtschaftskammer Österreich

# 1 Einleitung

## 1.1 Ausgangslage und Ziele der Studie

Eine wichtige Säule in der ambulanten Versorgung psychisch kranker Menschen ist die Behandlung mit Psychotherapie und Psychopharmaka. Die GÖG hat bereits mehrfach (und zwar für die Jahre 2001, 2004, 2007, 2009 und 2014) die Versorgungslage im Bereich Psychotherapie erfasst. Der vorliegende Bericht stellt eine Aktualisierung und Erweiterung des letzten Berichts dar (Grabenhofer-Eggerth/Sator 2020).

Sowohl der Bereich der Psychotherapie als auch jener der Psychopharmaka ist durch eine hohe Dynamik geprägt. Gerade deshalb ist wichtig, die Entwicklung der Versorgungslage kontinuierlich zu beobachten und eine fundierte Bewertung zur Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung vorzunehmen. Dies ist besonders vor dem Hintergrund der weltweit zunehmenden psychischen Erkrankungen, insbesondere seit der Corona-Pandemie, bedeutsam (WHO 2021). Die Prävalenz psychischer Symptome und Erkrankungen im Laufe des Lebens liegt bei etwa 25–30 Prozent in der globalen Bevölkerung (Wittchen et al. 2011).

In Österreich ist die Belastung durch psychische Probleme höher als im EU-Durchschnitt. Dies liegt unter anderem an einer höheren Prävalenz von Angststörungen, depressiven Störungen sowie Alkohol- und Drogenmissbrauch (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2023). Im Jahr 2019 haben psychische Erkrankungen wie Angststörungen, gemischte Angst- und Depressionsstörungen sowie somatoforme Störungen die somatischen Erkrankungen als häufigste Krankheitsbilder in Österreich überholt (Löffler-Stastka 2021).

Die Gesamtkosten für psychische Erkrankungen wurden 2015 auf 4,3 Prozent (also rund 13,9 Milliarden Euro) des BIP geschätzt, was über dem EU-Durchschnitt von 4,1 Prozent liegt. Diese Kosten umfassen sowohl direkte Ausgaben für das Gesundheitssystem und Sozialprogramme als auch indirekte Kosten für den Arbeitsmarkt (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2023). Eine entsprechende Behandlung könnte diese Zahlen nachweisbar verringern (Riess et al. 2023).

### 1.1.1 Psychotherapie

In der mit Jänner 1992 in Kraft getretenen 50. ASVG-Novelle (BGBl. 1991/676) wurden Psychotherapie sowie klinisch-psychologische Diagnostik<sup>1</sup> der ärztlichen Tätigkeit gleichgestellt und in den Pflichtleistungskatalog der Sozialversicherung aufgenommen.

Das neue Psychotherapiegesetz 2024 (PThG 2024) wurde am 17. April 2024 vom Nationalrat verabschiedet. Dieses Gesetz enthält Konkretisierungen des Berufsbildes, der Berufsausübung und der Berufspflichten sowie eine Akademisierung der Psychotherapieausbildung. Das neue Psychotherapiegesetz (PThG 49/2024) zielt darauf ab, die Qualität der Psychotherapie erheblich zu verbessern (Hochgerner 2024).

---

<sup>1</sup> Mit dem 01.01.2024 erfolgte auch die Aufnahme der klinisch-psychologischen Behandlung ins ASVG und somit die Bezuschussung dieser Behandlung durch die Krankenkassen.

Im Bereich Psychotherapie sind die Verhandlungen zu einem Gesamtvertrag zwischen dem Dachverband der Sozialversicherungsträger (DVSV) und dem Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP) gescheitert. Seit dem Jahr 2001 finden keine Verhandlungen mehr statt.

Einzelverträge zwischen den Trägern der Sozialversicherung und den Psychotherapeutinnen und -therapeuten in freier Praxis gibt es derzeit nicht. In den letzten Jahrzehnten schlossen die Sozialversicherungsträger mit psychotherapeutischen Versorgungsvereinen Verträge zur Erbringung von Psychotherapie als Sachleistung ab. Zusätzlich zu diesen Verträgen existiert eine österreichweit gültige Zuschussregelung, die ursprünglich als Übergangslösung bis zum Abschluss eines Gesamtvertrages eingerichtet worden ist. Die Sozialversicherungsträger leisten auf Antrag der Patientinnen bzw. Patienten und nach Bewilligung durch die Krankenkasse Zuschüsse zu den bezahlten Honoraren, differenziert nach Einzel- und Gruppentherapie. Weiters schloss eine Reihe von psychosozialen Institutionen Verträge mit Versicherungsträgern ab und kann kostenlos Psychotherapie für ihre Klientinnen und Klienten anbieten. Psychotherapie kann auch in den eigenen Einrichtungen der Kassen auf Krankenschein in Anspruch genommen werden. Ein weiteres Angebot sind die von Ärztinnen und Ärzten unter dem Titel „psychotherapeutische Medizin“ mit den Sozialversicherungsträgern abgerechneten Behandlungseinheiten.

Ziel des vorliegenden Berichts ist, in Anknüpfung an die vorangegangenen Berichtsperioden die unterschiedlichen Finanzierungsformen sowie das Leistungsangebot darzustellen und zu analysieren; im Einzelnen werden die folgenden Themen behandelt:

- Gemeinsamkeiten und Unterschiede der bestehenden Finanzierungsmodelle in den einzelnen Bundesländern
- erbrachter Leistungsumfang in den unterschiedlichen Versorgungsmodellen im Jahr 2022 sowie Veränderungen seit dem Jahr 2014
- Aufwendungen der Sozialversicherungsträger für Psychotherapie im Rahmen von Vereinen und Institutionen, für Kostenzuschüsse zu Psychotherapie bei Psychotherapeutinnen oder -therapeuten in freier Praxis, für Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen und für ärztliche psychotherapeutische Leistungen insgesamt sowie für Kinder und Jugendliche
- Veränderungen der Aufwendungen seit dem Jahr 2014
- Analyse der Bedarfsgerechtigkeit und Zugänglichkeit bestehender Angebote
- mögliche Einschränkungen und Barrieren hinsichtlich Zugänglichkeit der psychotherapeutischen Versorgung und Empfehlungen zur Verbesserung der derzeitigen Versorgungssituation

### 1.1.2 Psychopharmaka

Im vorliegenden Bericht werden erneut die Verordnungen von Psychopharmaka und die dafür aufgewandten Kosten berücksichtigt. Im Unterschied zur detaillierten Analyse von Angebot und Inanspruchnahme der kassenfinanzierten Psychotherapie auf Bundesländerebene wird im Bereich Psychopharmaka ein Überblick über die Anzahl der Verordnungen und die Aufwendungen der Krankenkassen für diese Heilmittel im Zeitverlauf gegeben; regionale Analysen und Rückschlüsse auf die Inanspruchnahme sind aber nicht möglich.

### 1.1.3 Aufbau des Berichts

Der Berichtsaufbau sowie grundlegende Textpassagen zu den möglichen Finanzierungsformen der Psychotherapie wurden im Wesentlichen analog zu den vorangegangenen Studien gestaltet. Kapitel 2 beschreibt die unterschiedlichen Finanzierungsformen von Psychotherapie und die Voraussetzungen für deren Inanspruchnahme und geht auf die Unterschiede zwischen den einzelnen Sozialversicherungsträgern ein. Kapitel 3 behandelt Angebot und Inanspruchnahme von Psychotherapie und beschreibt eingehend die Problematik der Messung, Darstellung und Vergleichbarkeit von erbrachten Psychotherapieeinheiten sowie der Abschätzung der dahinterstehenden Anzahl von Patientinnen und Patienten. Kapitel 4 beschreibt die Aufwendungen der Sozialversicherungsträger für die einzelnen psychotherapeutischen Angebotsformen. Kapitel 5 behandelt die Aufwendungen der Sozialversicherung für die einzelnen psychotherapeutischen Angebotsformen für Kinder und Jugendliche. Kapitel 6 widmet sich der Entwicklung der Psychopharmaka-Verschreibungen sowie den Aufwendungen seit dem Jahr 2014. Die wichtigsten Ergebnisse zur Psychotherapie-Versorgungslage, eine Einschätzung der Bedarfsgerechtigkeit sowie abgeleitete Empfehlungen finden sich im Kapitel 7.

Im Anhang finden sich die verwendeten Erhebungsbögen sowie eine Liste der Vertragspartner der SV-Träger (Versorgungsvereine sowie Institutionen und Vereine).

## 1.2 Methodisches Vorgehen und Datenqualität

Die einzelnen Erhebungsschritte zur Versorgungssituation erfolgten in Anlehnung an die Vorgangsweise in den letzten Berichten:

1. schriftliche Befragung der Sozialversicherungsträger durch die GÖG zu den Themen:
  - Leistungsumfang von Versorgungsvereinen und Institutionen, mit denen Verträge zur Erbringung von Psychotherapie als Sachleistung bestehen
  - geleistete Kostenzuschüsse für psychotherapeutische Behandlung
  - Leistungsumfang von Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen
  - Umfang der ärztlichen Leistungen im Rahmen von psychotherapeutischer Medizin
2. Befragung der Versorgungsvereine durch die GÖG zu den Themen:
  - Umfang des Angebots
  - Inanspruchnahme des Angebots
3. Sekundäranalyse der Daten aus dem Projekt „Gesund aus der Krise“ zur Versorgungslage der Kinder und Jugendlichen
4. Aufbereitung der vom DVSV zur Verfügung gestellten Auswertungen zu Verordnungen und Kosten von Psychopharmaka

Die gesammelten Informationen über Angebot und Inanspruchnahme von Psychotherapie als Sachleistung decken den größten Teil der Sozialversicherungen in Österreich ab, es fehlen lediglich die Angaben der Betriebskrankenkassen bzw. Krankenfürsorgeanstalten. Alle 13 österreichischen Versorgungsvereine beteiligten sich an der Erhebung. Da zu einzelnen Finanzierungsformen zumindest grobe Daten zur Inanspruchnahme vorliegen, sind Rückschlüsse auf die Versorgungswirksamkeit möglich. Die Datenlage hat sich seit der letzten Erhebung im Jahr 2014

verbessert, allerdings fehlen nach wie vor teilweise wesentliche Basisinformationen zur Struktur der Inanspruchnahme; beispielsweise sind Auswertungen zur durchschnittlichen Anzahl der geleisteten Psychotherapieeinheiten pro Person derzeit nur bedingt möglich, eine tiefergehende Beurteilung der Versorgungswirksamkeit wird dadurch erschwert. Zum Bereich der durch Klientinnen und Klienten frei finanzierten Psychotherapie wurden keine Daten erhoben, da der Fokus der Studie auf der kassenfinanzierten Psychotherapie lag.

Die Auswertungen der Psychopharmaka-Verordnungen und -Kosten geben einen guten Überblick über die Entwicklung der Verordnungszahlen in den einzelnen Verordnungsgruppen sowie der daraus resultierenden Aufwendungen. Nach wie vor sind keine Angaben dazu möglich, wie viele Personen im jeweiligen Bezugsjahr Psychopharmaka verordnet bekommen bzw. eingenommen haben, d. h., es kann kein Fallbezug hergestellt werden.

## 2 Finanzierung psychotherapeutischer Behandlung durch die Sozialversicherung

### 2.1 Finanzierungsformen im Überblick

Die Sozialversicherungsträger in Österreich übernehmen die Kosten von Psychotherapie (ganz oder teilweise) im Rahmen einer der folgenden fünf Angebotsformen:

1. Psychotherapie im Rahmen von „Vereinslösungen“
2. Psychotherapie im Rahmen von Institutionen
3. Kostenzuschüsse für Psychotherapie bei Psychotherapeutinnen und -therapeuten in freier Praxis
4. Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen
5. Leistungen durch Ärztinnen und Ärzte im Rahmen von psychotherapeutischer Medizin

Die bestehenden Angebote einer psychotherapeutischen Behandlung als Sachleistung werden im Folgenden auf Basis ihrer Finanzierungsform behandelt. Diese lassen sich danach differenzieren,

- ob es eine direkte Vertragsbeziehung zwischen Sozialversicherung und Anbieter:innen der Leistung gibt,
- ob die Sozialversicherung selbst als Anbieterin der Leistung auftritt bzw.
- ob die Leistung durch die Sozialversicherung indirekt finanziert wird.

In den meisten Bundesländern bestehen sowohl direkte Vertragsbeziehungen der Sozialversicherungsträger mit psychotherapeutischen Anbieterinnen und Anbietern (Versorgungsvereine, Institutionen sowie Ärztinnen und Ärzte, die Leistungen unter dem Titel „psychotherapeutische Medizin“ erbringen) als auch indirekte Finanzierungsformen. Einige Vereine/Institutionen haben Verträge mit vielen Anbietern (z. B. BVAEB, SVS, Landesstelle der ÖGK in Niederösterreich und Wien), andere nur mit einigen wenigen. In Oberösterreich, der Steiermark und Wien treten die Kassen darüber hinaus auch als Anbieter in kasseneigenen Einrichtungen auf.

Die Struktur des Angebots kann folgendermaßen beschrieben werden:

- Sogenannte „Vereinslösungen“ bestehen in allen Bundesländern mit Ausnahme von Vorarlberg<sup>2</sup>. Derzeit gibt es 13 psychotherapeutische Versorgungsvereine. Zum vorherigen Untersuchungszeitpunkt im Jahr 2014 bestanden zehn Vereine in sieben Bundesländern.
- Österreichweit gibt es etwa 115 psychosoziale Institutionen – teilweise mit mehreren Standorten in einem Bundesland – die Verträge mit einem oder mehreren Sozialversicherungsträgern eingegangen sind, wobei die Anzahl dieser Institutionen je nach Bundesland variiert.
- Zusätzlich gibt es Institutionen – alle in Vorarlberg –, die keine direkte Vertragsbeziehung mit den Krankenkassen haben, sondern vom Land finanziert werden, das von der Landesstelle der ÖGK Vorarlberg dafür eine jährliche Pauschalsumme erhält.

---

<sup>2</sup> In Vorarlberg wird die psychotherapeutische Versorgung seit April 2014 über das Institut für Sozialdienste (ifs), das selbst über angestellte Psychotherapeutinnen und -therapeuten verfügt, aber auch mit Psychotherapeutinnen und -therapeuten in freier Praxis Verträge abgeschlossen hat, organisiert. Anders als bei den Versorgungsvereinen besteht aber ein Vertrag des ifs mit dem Land.

- In Oberösterreich, der Steiermark und Wien kann Psychotherapie als Sachleistung in beschränktem Umfang auch in kasseneigenen Einrichtungen in Anspruch genommen werden.
- In allen Bundesländern können Leistungen von Ärztinnen und Ärzten, die im Rahmen von psychotherapeutischer Medizin erbracht werden, in Anspruch genommen werden.

In den folgenden Abschnitten werden die Angebotsformen näher beleuchtet:

- Psychotherapie im Rahmen von „Vereinslösungen“
- im Rahmen von psychosozialen Institutionen erbrachte Psychotherapie, die direkt oder indirekt durch die Sozialversicherung finanziert wird
- Kostenzuschüsse zu Psychotherapie bei Psychotherapeutinnen und -therapeuten in freier Praxis
- Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen
- Leistungen durch Vertrags- und Wahlärztinnen bzw. -ärzte im Rahmen von psychotherapeutischer Medizin

## 2.2 Psychotherapie im Rahmen von „Vereinslösungen“

Die Verhandlungen über einen Gesamtvertrag zwischen dem DVSV und dem ÖBVP wurden bereits im Jahr 2001 eingestellt. Einzelverträge der Sozialversicherungsträger mit Psychotherapeutinnen und -therapeuten gibt es derzeit nicht. Allerdings haben zahlreiche Sozialversicherungsträger mit psychotherapeutischen Vereinen Verträge zur Bereitstellung von Psychotherapie als Sachleistung geschlossen.

„Vereinslösungen“ haben sich in mittlerweile allen Bundesländern etabliert, wobei der Kärntner Landesverband für Psychotherapie in den ersten Jahren einen Fokus auf Kinder und Jugendliche hatte und erst seit 1. Jänner 2024 auch für Erwachsene zuständig ist. In Vorarlberg wird die psychotherapeutische Versorgung seit April 2014 über das Institut für Sozialdienste (ifs), das selbst über angestellte Psychotherapeutinnen und -therapeuten verfügt, aber auch mit Psychotherapeutinnen und -therapeuten in freier Praxis Verträge abgeschlossen hat, organisiert. Anders als bei den Versorgungsvereinen besteht aber ein Vertrag des ifs mit dem Land.

Das Ziel der Versorgungsvereine besteht darin, eine flächendeckende Versorgung im Bundesland anzubieten, das heißt, es stehen in der Regel in allen Bezirken Psychotherapeutinnen und -therapeuten zur Verfügung, die psychotherapeutische Behandlung als Sachleistung anbieten können.

Tabelle 1: Psychotherapeutische Versorgungsvereine in Österreich (Übersicht)

Bundesland	Verein	Vertragsbeginn
Burgenland	Institut Psychotherapie im ländlichen Raum (IPR)	01.06.1997
Niederösterreich	Niederösterreichische Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung (NÖGPV)	01.07.2003
	Verein für ambulante Psychotherapie (VAP)	01.07.2003
Oberösterreich	PROGES vormals „Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit (PGA)“	01.11.1995
	Oberösterreichische Gesellschaft für Psychotherapie (OÖGP)	01.01.2001
Salzburg	ARGE Psychotherapie; organisatorischer Zusammenschluss von Berufsverband österreichischer Psychologinnen und Psychologen (BÖP) und Salzburger Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung (SGPV) <sup>3</sup>	01.07.2004 01.11.2005 (Neuregelung)
Steiermark	Verein Netzwerk Psychotherapie Steiermark	01.12.2003
	Verein für ambulante psychologische Psychotherapie (VAPP)	01.01.2007
Tirol	Gesellschaft für Psychotherapeutische Versorgung Tirols (Ges.f.P.V.T.)	01.01.1998
Wien	Wiener Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung (WGVPV)	01.01.2001
	Verein für ambulante Psychotherapie (VAP)	01.01.2001
Kärnten	Kärntner Landesverband für Psychotherapie (KLP)	01.04.2018
Vorarlberg	Institut für Sozialdienste (ifs) Vorarlberg	01.04.2014

Quelle und Darstellung: GÖG

Bei knappem Angebot muss eine Auswahl der nachfragenden Personen, die eine Behandlung auf Kassenkosten erhalten sollen, getroffen werden. Die Vereine definieren keine eigenen Zugang- bzw. Selektionskriterien, sondern folgen den diesbezüglichen Vorgaben der Kassen. In allen Bundesländern ist für die Behandlung von versicherten Personen eine krankheitswertige Störung, welche mit Psychotherapie behandelbar ist, Voraussetzung. Zusätzlich beziehen die meisten Vereine weitere Merkmale wie Dringlichkeit, soziale Bedürftigkeit, Schweregrad und psychosoziale Belastungen (bspw. Gewalt) für eine Vorreihung mit ein.

Explizite nennenswerte Selektionsregelungen bestehen in Tirol und Salzburg:

Im Tiroler Modell ist festgelegt, dass vordringlich Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen oder psychosomatischen Störungen behandelt werden. Durch die multiaxiale Differentialdiagnostik wird nicht nur auf den Störungsgrad der Achse-1-Symptomatik Bezug genommen, sondern die Patientinnen und Patienten werden gesamtheitlich erfasst. Das heißt, es werden auch die Ebene der Persönlichkeit, medizinische Krankheitsfaktoren, psychosoziale Belastungsfaktoren und das globale Funktionsniveau berücksichtigt, wodurch auch Versicherte mit leichten/mittleren Symptomniveaus auf Achse 1 in Behandlung kommen.

<sup>3</sup> Nach der einvernehmlichen Trennung vom BÖP mit 31.12.2022 hat die SGPV die alleinige Verantwortung für das Versorgungsmodell Psychotherapie in Salzburg übernommen. Für die Umsetzung der Aufgaben wurde am 01.01.2023 die ARGE Psychotherapie GmbH gegründet.

Im Salzburger Modell wird die Bewilligung der Psychotherapie als Sachleistung für zwei Zielgruppen ermöglicht:

1. Sachleistung für schwer Erkrankte (SE-Modell), wobei die Bewertung des Schweregrads nach einer Skalierung der Funktionsbeeinträchtigungen erfolgt<sup>4</sup>
2. Sachleistung für sozial benachteiligte Personen (WS-Modell) – unter Mitverwendung von Sozialmitteln des Landes, die von der Landesstelle der ÖGK verwaltet werden

Diese beiden Formen unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich der Zielgruppen, sondern auch hinsichtlich der Anforderungen an die mitarbeitenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der jeweiligen Verfahren bei der Kostenübernahme. So ist die Sachleistung für sozial benachteiligte Personen nicht vom Schweregrad der Erkrankung abhängig und die Psychotherapeutinnen und -therapeuten müssen keine zusätzlichen Qualifikationsanforderungen erfüllen (siehe Abschnitt „Anforderungen an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“). Jedoch müssen die Patientinnen und Patienten einen Antrag auf Sachleistungsgewährung stellen, der die Einkommensverhältnisse erhebt.

### Anforderungen an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Anforderungen an Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die über den Nachweis einer abgeschlossenen Psychotherapieausbildung und die Eintragung in die Liste des Gesundheitsministeriums hinausgehen, werden meist nicht von den Vereinen, sondern von den Kassen festgelegt. Die *geforderte Erfahrung von Psychotherapeutinnen und -therapeuten* in der Behandlung von Kranken variiert zwischen den Bundesländern hinsichtlich Art und Umfang (z. B. intensive Arbeitserfahrung in freier Praxis, langjährige Berufserfahrung mit bestimmten Zielgruppen oder Krankenhausstätigkeit von mind. einem Jahr). (Riedel 2015)

Mit Ausnahme von Tirol wird in allen Bundesländern der Nachweis klinischer Erfahrung verlangt. Für die Mitarbeit im Tiroler Modell ist die Absolvierung eines Einstiegsseminars und die Mitgliedschaft beim Berufsverband (TLP) verpflichtend. In den von der Gesellschaft für Psychotherapeutische Versorgung Tirols (Ges.f.P.V.T.) eingerichteten Psychotherapiegruppen werden Psychotherapeutinnen und -therapeuten in freier Praxis von der Ges.f.P.V.T. angestellt; hier gilt als Anstellungsvoraussetzung eine entsprechend intensive psychotherapeutische Praxis- und Gruppenerfahrung. In Salzburg sind detaillierte Anforderungen bezüglich der Qualifikationen definiert (Erfahrungsnachweis § 3): (1) Behandlungserfahrung: Nachweis von klinischer Erfahrung mit schwer psychisch erkrankten Personen (SE), insbesondere in psychiatrischen Abteilungen von Krankenhäusern, sowie Erfahrung in der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung (in freier Praxis oder spezialisierten Institutionen), (2) spezifische Erfahrung: Es sind mindestens 6 Monate Vollzeitstätigkeit in einer psychiatrischen Abteilung oder vergleichbaren Einrichtung erforderlich; alternativ können 18 Monate in einer Einrichtung, die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung kombiniert, oder 9 Monate in kooperierenden Gesundheitseinrichtungen angerechnet werden, (3) Therapiestunden: Nachweis von mindestens 1.200 bis 1.500 Therapiestunden innerhalb von 5 bis 7 Jahren in der Krankenbehandlung. Voraussetzungen für gruppen- und familientherapeutische Behandlung sind der Nachweis einer mehrjährigen einschlägigen Aus- und Weiterbildung sowie klinischer Erfahrung (ca. 500 Stunden Einzeltherapie) und der Nachweis

---

<sup>4</sup> Ab 2024 soll die Schwere der Erkrankung keine Rolle mehr spielen, sondern die Dringlichkeit bzw. Krankheitswertigkeit.

von entweder 750 Therapiestunden in den letzten 7 Jahren oder 600 Stunden in den letzten 5 Jahren, wobei mindestens ein Drittel Einzeltherapien sein müssen und bis zu zwei Drittel Gruppen- oder Familiensitzungen (Sitzungen müssen mindestens 6 Wochen dauern). Um Einzeltherapien mit Minderjährigen durchführen und abrechnen zu können, bedarf es des Nachweises einer therapeutischen Berufstätigkeit mit Kindern und Jugendlichen in einer spezialisierten Einrichtung mit entsprechendem Tätigkeitsschwerpunkt (mind. 3 Monate auf Vollzeitbasis) und psychotherapeutischer Erfahrung in der Krankenbehandlung Minderjähriger mit mindestens 430 Stunden. Beim KLP, der den Fokus auf Kinder und Jugendliche hat, ist das Säuglings-, Kinder- und Jugendlichencurriculum Voraussetzung. PROGES (OÖ) finanziert mit der ÖGK Zusatzausbildungen, die eine krankheitsspezifische Heilbehandlung erlauben.

### **Anzahl der kassenfinanzierten Psychotherapie-Einheiten pro Psychotherapeut:in**

Die Psychotherapeutinnen und -therapeuten des IPR bekommen jährlich zwischen 100 und max. 600 Stunden zugeteilt, die der NÖGPV und des VAPP zwischen 100 und max. 800–1.000 Einheiten pro Jahr. Die Psychotherapeutinnen und -therapeuten des Vereins PROGES sind angestellt und die Verteilung der Stunden richtet sich nach den dadurch vorgegebenen Kapazitäten (der Jahresdeckel an Psychotherapieeinheiten liegt bei ca. 70.000 Stunden). Auch im Verein ambulanter Psychotherapie (in Niederösterreich und Wien) erfolgt die Verteilung der Stunden an die Psychotherapeutinnen und -therapeuten auf Basis ihrer Kapazitäten. In Tirol gibt es keine Jahresstundenkontingente, sondern Wochenstundenmaxima je nach Anstellungsverhältnis: Freiberufliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten können bis zu 30 Wochenstunden im Tiroler Modell mitarbeiten, Teilzeitangestellte 20 Wochenstunden und Vollzeitangestellte 10 Wochenstunden. In Kärnten gibt es bei der Kinder- und Jugend-Psychotherapie keine Begrenzung, bei der Erwachsenen-Psychotherapie gibt es eine Begrenzung von 7 bis 8 Patientinnen und Patienten pro Jahr.

Im Salzburger Modell erfolgt keine Stundenverteilung auf einzelne Psychotherapeutinnen und -therapeuten, sondern die Verteilung wird durch die Antragstellung bzw. die Bewilligung der Krankenkasse nach erfolgtem Antrag durch die Psychotherapeutinnen und -therapeuten bestimmt. In der Stadt Salzburg kann ein:e Therapeut:in max. 1.000 SE-Kontingentstunden jährlich abrechnen, in den anderen Bezirken bis zu 1.600 Stunden, weil es an Psychotherapeutinnen und -therapeuten mangelt (Stand 2022). Seit dem Jahr 2024 wird die Anzahl an Kontingentstunden festgelegt – die SE-Kontingentstunden sind gedeckelt –, neue Psychotherapeutinnen und -therapeuten erhalten eine begrenzte Anzahl. Der Jahresdeckel 2024 liegt bei 85.000 SE-Kontingentstunden und zusätzlich kommen noch bis zu 16.000 WS-Stunden dazu.

In vielen Vereinen gibt es prinzipiell die Möglichkeit, den Jahresdeckel geringfügig, meist durch Nachverhandlung mit der Kasse, zu erhöhen (oft mit Wartezeiten verbunden). Im Tiroler Modell gibt es laufend Gespräche zur Deckelanpassung („dynamische Bedarfsstellung“). Seit einigen Jahren ist in Tirol auch die Rede von einer Zielvereinbarung.

In den meisten Modellen wird den Versorgungsvereinen neben der Steuerung der gleichmäßigen Stundenverteilung über das Jahr auch die Steuerung der regionalen Verteilung übertragen. Jeder Verein achtet auf eine regional gleichmäßige Verteilung der Psychotherapiekontingente. Alle Vereine beobachten den regionalen Bedarf und versuchen das Stundenkontingent ausgewogen auf die Bezirke zu verteilen. Wenn in einem Bezirk, trotz Notwendigkeit, weniger ange-

boten wird, wird die Anzahl an Psychotherapeutinnen und -therapeuten erhöht oder es werden neue akquiriert. In Gebieten, in denen ein Unterangebot herrscht, erleichtert der Verein ARGE Psychotherapie beispielsweise Voraussetzungen (Erfahrungsnachweis) für Psychotherapeutinnen und -therapeuten und bezahlt ein höheres Honorar (Stand 2022). Außerdem wurden in Salzburg Kontingente im städtischen Raum gekürzt, in ländlichen Bezirken blieben die Kontingente erhalten (Stand 2024). Auch Tirol versucht die regionale Verteilung zu steuern, indem einerseits in allen Bezirken Tirols wohnortnahe psychosoziale Beratungsangebote (in den Servicestellen der ÖGK) angeboten werden und es andererseits weit ausgebaute Stützpunkte der Ges.f.P.V.T. für Gruppenpsychotherapieangebote (Clearing-, Basis-, Intensivgruppen) gibt. Im Sinne der beruflichen Chancengerechtigkeit werden Personen mit Betreuungspflichten im Psychotherapieberuf spezifisch gefördert, indem ihnen ein höheres Maß an Flexibilität beim Zugang zur Mitarbeit im Tiroler Modell gewährt wird (z. B. durch eine gesonderte Bewertung erwerbsbiografischer Diskontinuitäten aufgrund familiärer Care-Arbeit, die überwiegend von Frauen geleistet wird).

### **Wahlfreiheit für die Patientinnen und Patienten**

Ein relevantes Kriterium für die Einschätzung der Bedarfsgerechtigkeit des Angebots ist die Wahlfreiheit von psychotherapeutischer Methode, Setting und insbesondere der behandelnden Person. Letzteres ist in allen Vereinen zwar vorgesehen, in der Praxis aber nur bedingt gegeben, da aufgrund der Knappheit des Angebots die Behandlung bei der Psychotherapeutin bzw. dem Psychotherapeuten der Wahl eventuell nicht möglich ist. Es gibt generell Wartezeiten auf freie Kassenbehandlungsplätze bzw. die Notwendigkeit, jene Psychotherapeutinnen und -therapeuten aufzusuchen, die noch freie Kapazitäten haben. In den meisten ländlichen Regionen besteht nach wie vor eine geringere Therapeutendichte als in städtischen Regionen. Die Vereine sind aber um die Gewährleistung eines flächendeckenden Angebots im ländlichen Raum bemüht und treffen entsprechende Maßnahmen.

Bezüglich der Wahlfreiheit des Settings sind bei allen Vereinen grundsätzlich Einzel- und Gruppentherapie möglich, sofern notwendig und sinnvoll, vereinzelt auch Familien- und Paartherapie.

Prinzipiell besteht laut Riedel (Riedel 2015) zwar Freiheit bei der Wahl der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und der Therapieform, allerdings erfordert eine echte „freie Wahl“ ausreichend Informationen über alternative Angebote. Einige Versorgungsvereine bieten bereits im Internet die Möglichkeit, nach freien Kassenplätzen in der zutreffenden Region zu suchen. Die Transparenz ist jedoch nicht bei allen gegeben. Prinzipiell variieren somit die Informationsangebote in den einzelnen Bundesländern (v. a. diesbezüglich, ob über Art der Angebote und individuelle Psychotherapie beraten wird und ob Informationen über freie Kapazitäten vermittelt werden).

### **Verfahren bei der Kostenübernahme**

Ein relevantes Kriterium für die Einschätzung der Bedarfsgerechtigkeit der Vereinsmodelle sind auch die erforderlichen Bewilligungsverfahren, die die Zugänglichkeit des Angebots einschränken können. Es gibt in allen Vereinen definierte Verfahren der Beantragung und Bewilligung der Behandlung (durch Patientinnen und Patienten bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten), wobei sich diese – ausgenommen das Tiroler sowie das Salzburger Modell – im Wesentlichen an den Vorgaben zum Erhalt eines Kostenzuschusses des jeweiligen Versicherungsträgers orientieren.

tieren. In jedem Fall sind die Beantragung und die Bewilligung der Behandlung durch die Sozialversicherung vorgesehen, wobei die Anzahl der bewilligungsfreien Stunden, der Zeitpunkt der neuerlichen Beantragung und die erforderlichen Begutachtungen in Abhängigkeit vom Sozialversicherungsträger variieren (etwa psychiatrische Begutachtung, psychotherapeutische Diagnostik, klinisch-psychologische Diagnostik). Eine völlig andere Vorgehensweise besteht im Tiroler sowie im Salzburger Modell. In Tirol wird die Behandlung durch eine Gutachterkommission des psychotherapeutisch-medizinischen Dienstes der Ges.f.P.V.T. bewilligt. In Salzburg werden die Bewilligungen der Psychotherapiestunden von der ÖGK Salzburg auf Grundlage anonymisierter Antragsformulare erteilt.

### Vergleich der Vereinsmodelle in Hinblick auf Zugang nach Riedel (2015)

Eine IHS-Studie im Auftrag des damaligen Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (heute DSVS) (Riedel 2015) liefert zusätzlich einen Vergleich der Vereinsmodelle (inkl. Ambulatorien und anderer Organisationen, die kassenfinanzierte Psychotherapie anbieten) in Österreich in Hinblick auf die Parameter Zugang, Qualität des Angebots und Gerechtigkeit. Ergebnisse zur Qualität des psychotherapeutischen Angebots sowie Gerechtigkeitsindikatoren (wie Wahlfreiheit) fanden bereits bei den obigen Merkmalen der Vereinslösungen Berücksichtigung. Im Folgenden wird schließlich der **Zugang** zu kassenfinanzierter Psychotherapie skizziert.

Der Zugang zu kassenfinanzierter Psychotherapie ist in Österreich uneinheitlich gelöst ist: über zentrale Anlaufstellen (z. B. Clearingstellen), dezentrale Anlaufstellen oder über die Psychotherapeutin bzw. den Psychotherapeuten direkt (dezentraler Zugang). An welchen Stellen wichtige Weichenstellungen für den Zugang zu kassenfinanzierter Psychotherapie erfolgen, variiert von Bundesland zu Bundesland. Dies betrifft die Fragen,

- durch welche Stelle der Erstkontakt veranlasst wird (z. B. durch Ärztinnen bzw. Ärzte, Beratungsstellen, elektronische oder schriftliche Medien, Krankenkassen, Krankenhäuser),
- an welcher Stelle der Erstkontakt stattfindet (z. B. bei einer Psychotherapeutin bzw. einem Psychotherapeuten des Vereins oder über eine Clearingstelle),
- an welcher Stelle die Feststellung erfolgt, ob eine krankheitswertige Störung vorliegt („Assessment“) (z. B. bei einer Psychotherapeutin bzw. einem Psychotherapeuten des Vereins oder im Verein) und
- an welcher Stelle die Priorisierung über die Vergabe von Sachleistungsplätzen erfolgt (z. B. durch den SV-Träger oder eine Begutachtungskommission der Gesellschaft) und nach welchen Kriterien (z. B. nach diagnostischen Aspekten, therapeutischen Aspekten, ökonomischen Aspekten, Krankheitsschwere, sozialer Bedürftigkeit).

## 2.3 Psychotherapie im Rahmen von Institutionen

Rund 115 Institutionen haben Verträge mit einem oder mehreren Versicherungsträgern abgeschlossen und sind somit in der Lage, ihren Patientinnen und Patienten Psychotherapie als Sachleistung anzubieten. In der Regel haben die Institutionen zumindest einen Vertrag mit den ÖGK-Landesstellen oder der BVAEB oder SVS jenes Bundeslandes, in dem sie angesiedelt sind.

Die psychotherapeutischen Behandlungen in diesen Einrichtungen werden entweder direkt durch die Sozialversicherung finanziert oder, wie es in Vorarlberg der Fall ist, indirekt über

Zuwendungen der Sozialversicherung an das Land, das Leistungsverträge mit den Einrichtungen unterhält. Neben der in den Einrichtungen erbrachten psychotherapeutischen Behandlung werden auch andere psychosoziale Leistungen finanziert.

Die Finanzierungsform ist je nach Institution unterschiedlich. Es gibt drei Formen, und zwar

- die Abgeltung der geleisteten Stunden,
- die Finanzierung von Pauschalen pro Fall und Quartal und
- die Finanzierung von Jahrespauschalen.

Bei der überwiegenden Anzahl der Einrichtungen erfolgt die Finanzierung psychotherapeutischer Behandlungen auf Basis von geleisteten Stunden (vor allem bei der BVAEB und SVS), auch wenn einige Einrichtungen nach Pauschalen abrechnen (vorwiegend bei der ÖGK).

### Leistungsumfang

Der Leistungsumfang der Institutionen ist sehr unterschiedlich und variierte beispielsweise im Jahr 2022 zwischen etwa 3 und 27.660<sup>5</sup> Therapieeinheiten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass darin zum Teil auch andere als „psychotherapeutische Leistungen“ inkludiert sein können. Dies trifft etwa auf Einrichtungen zu, die auf Kinder und Jugendliche ausgerichtet sind und neben psychotherapeutischer Behandlung auch Leistungen wie klinisch-psychologische Diagnostik, Logopädie und Ergotherapie erbringen. Eine genaue Differenzierung nach Art der erbrachten Leistung ist in diesen Institutionen teilweise nicht möglich, das heißt, dass auf Basis der Angaben über den Leistungsumfang das Ausmaß der tatsächlich erbrachten psychotherapeutischen Behandlung als Sachleistung nicht exakt darstellbar ist. Eine Beschreibung und Analyse des quantitativen Angebots – differenziert nach Bundesländern – bietet Kapitel 3.

## 2.4 Kostenzuschüsse zur Psychotherapie

Bundesweit einheitlich geregelt sind die Zuschüsse zu einer Psychotherapie in freier Praxis. Voraussetzungen für die Inanspruchnahme sind:

- Der bzw. die Psychotherapeut:in ist in die Psychotherapeutenliste des BMSGPK eingetragen.
- Eine psychische Erkrankung liegt vor.
- Vor der zweiten Behandlungsstunde wird die ärztliche Untersuchung schriftlich nachgewiesen.

Die Bewilligung des Zuschusses hat vor der fünften Behandlung zu erfolgen, sie wird für eine bestimmte Anzahl an Stunden in einem bestimmten Zeitraum erteilt. Im Jahr 2022 betrug der Kostenzuschuss 28,93 Euro bei der ÖGK sowie 40 Euro bei der BVAEB und bei der SVS pro Einzelsitzung (50–60 Minuten). Für eine Gruppensitzung (90 Minuten) beträgt der Zuschuss der ÖGK 10,33 Euro pro Person sowie 13,34 Euro (90 Minuten) bei der SVS und bei der BVAEB.<sup>6</sup>

Die Zuschussregelung wurde in Ermangelung eines Gesamtvertrags eingeführt. Die Kostenzuschüsse decken in der Regel nur rund ein Viertel der tatsächlichen Therapiekosten ab.

---

<sup>5</sup> die Jahreseinheiten des ifs Vorarlberg

<sup>6</sup> Im Vergleich zum Jahr 2022 sind die Kostenzuschüsse im Jahr 2024 leicht gestiegen: Bei der ÖGK sind es im Jahr 2024 33,70 Euro sowie 46,60 Euro bei der BVAEB und 45 Euro bei der SVS pro Einzelsitzung (50–60 Minuten).

## 2.5 Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen

In Oberösterreich, der Steiermark und Wien treten die ÖGK-Landesstellen auch als Anbieter von Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen auf. Diese Einrichtungen verfügen über psychotherapeutische Fachambulanzen und bieten voll finanzierte Psychotherapie im Einzelsetting, thematische Gruppentherapien sowie psychotherapeutisches Clearing (bspw. allgemeine Informationen zu Psychotherapie, telefonische Weiterempfehlung an spezialisierte Einrichtungen) an. Dieses Angebot (sechswöchige Gruppentherapien und psychotherapeutisches Clearing) könnte die vergleichsweise kurze durchschnittliche Therapiedauer in diesen Einrichtungen erklären.

## 2.6 Leistungen durch Ärztinnen und Ärzte im Rahmen von psychotherapeutischer Medizin

Psychotherapie im Sinne des Psychotherapiegesetzes wird durch Personen erbracht, die in die Psychotherapeutenliste des BMSGPK eingetragen sind. Davon zu unterscheiden sind Leistungen durch Ärztinnen und Ärzte, die diese im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit erbringen und mit den Sozialversicherungen als psychotherapeutische Medizin abgerechnet werden können. Alle Versicherungsträger finanzieren diese Leistungen, wobei sie eine oder mehrere der folgenden Qualifikationen bei den Ärztinnen und Ärzten voraussetzen:

- Absolvierung des Diploms für psychotherapeutische Medizin der ÖÄK (PSY-III-Diplom)
- Facharztausbildung im Fach Psychiatrie und/oder Neurologie
- Abschluss einer Psychotherapieausbildung nach dem Psychotherapiegesetz

Welche dieser Qualifikationen für die Abrechnung der Leistungen im Rahmen von psychotherapeutischer Medizin akzeptiert werden, ist je nach Versicherungsträger unterschiedlich.

## 3 Angebot und Inanspruchnahme kassenfinanzierter Psychotherapie

### 3.1 Ziele und Fragestellungen

Zentrale Voraussetzung für die Bewertung der unterschiedlichen Modelle von Psychotherapie als Sachleistung der Krankenkassen ist – neben dem Umfang und der Organisation des Angebots – die Kenntnis ihrer Versorgungswirksamkeit, das heißt, wie viele und welche Personen<sup>7</sup> mit Bedarf an Psychotherapie eine kostenlose Behandlung bzw. einen Kostenzuschuss in Anspruch nehmen können.

Im Einzelnen sind folgende Fragestellungen von Interesse:

- Wie viele Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erbrachten von Krankenkassen (teil-)finanzierte Psychotherapie in welcher regionalen Verteilung auf die Bundesländer?
- Wie viele durch die Sozialversicherungen teil- oder voll finanzierte Psychotherapieeinheiten wurden im Jahr 2022 erbracht? Wie teilen sie sich auf die Bereiche Psychotherapie durch Vereine und Institutionen, Kostenzuschüsse zu Psychotherapie bei Therapeutinnen bzw. Therapeuten in freier Praxis, Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen und psychotherapeutische Medizin auf?
- Wie viele Patientinnen und Patienten wurden im Jahr 2022 in den einzelnen Bereichen behandelt? Wie stellt sich die Inanspruchnahme für Österreich gesamt und für die Bundesländer dar?
- Welche Veränderungen hinsichtlich Angebot und Inanspruchnahme zeigen sich für die letzten Jahre?

### 3.2 Gesamtüberblick

Die Beantwortung der genannten Fragen bzw. eine Gesamtbewertung der Versorgungslage ist sehr schwierig, da die Datenlage in den einzelnen Bereichen unterschiedlich vollständig und teilweise schwer vergleichbar ist. Im Folgenden wird die Versorgungslage bzw. die Problematik ihrer Darstellbarkeit für die einzelnen Bereiche gesondert beschrieben.

### 3.3 Durch Versorgungsvereine und Institutionen erbrachte Leistungen

Psychotherapie durch Versorgungsvereine wird durch die ÖGK überwiegend über Pauschalregelungen finanziert (bei der ARGE Salzburg allerdings nach geleisteten Stunden). Die SVS finanziert die Versorgungsvereine (bis auf Tirol, Vorarlberg, Kärnten) nach geleisteten Einheiten. Eine Ausnahme bildet die Salzburger Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung, die über Quartalspauschalen abgerechnet wird. Die BVAEB rechnet auch überwiegend nach geleisteten

---

<sup>7</sup> Da die Diagnosen derzeit nicht einheitlich erfasst werden, ist diese Frage allerdings nicht zu beantworten.

Einheiten ab – außer in Vorarlberg, Salzburg und der Steiermark, dort wird über eine Pauschalregelung abgerechnet.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der überwiegende Anteil an **Institutionen** mit den SV-Trägern nach erbrachten Einheiten abrechnet, auch wenn die **Versorgungsvereine** mit der ÖGK mehrheitlich Jahrespauschalregelungen hat. Ein spezielles Problem stellt die Frage nach der Anzahl der behandelten Patientinnen und Patienten dar: Nicht alle Kassen konnten die Zahl der behandelten Personen nennen.

Tabelle 2 zeigt einen Überblick über die im Jahr 2022 vorhandenen Angebote und deren Inanspruchnahme in den Versorgungsvereinen. In Kärnten und Vorarlberg existierten derartige Vereine bis vor einigen Jahren nicht. Mittlerweile gibt es in Kärnten einen Versorgungsverein, der anfänglich einen Fokus auf Kinder und Jugendliche hatte (seit 2014) und mittlerweile auch Erwachsene behandelt. In Vorarlberg wird die psychotherapeutische Versorgung seit April 2014 über das Institut für Sozialdienste (ifs) organisiert, welches selbst über angestellte Psychotherapeutinnen und -therapeuten verfügt, aber auch mit Psychotherapeutinnen und -therapeuten in freier Praxis Verträge abschließt. Anders als bei den Versorgungsvereinen besteht beim ifs ein Vertrag mit dem Land (die ÖGK leistet einen bestimmten Betrag für kassenfinanzierte Psychotherapie an das Land).

Tabelle 2: Anzahl der Versorgungsvereine, Anzahl beteiligter Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie erbrachte Psychotherapieeinheiten 2022 und deren Veränderung seit 2014

Bundesland	Anzahl VV	Anzahl PT 2022	Veränderung Anzahl PT seit 2014	Erbrachte PT-Einheiten 2022	Veränderung Einheiten seit 2014 absolut	Veränderung Einheiten seit 2014 in %
Burgenland	1	85	38	30.329	19.529	181 %
Niederösterreich	2	397	110	154.594	87.894	132 %
Oberösterreich	2	497	151	124.245	25.551	26 %
Salzburg	1	417	57	100.998	23.580	30 %
Steiermark	2	387	118	94.516	36.576	63 %
Tirol	1	522	128	111.817	36.919	49 %
Wien	2	880	203	217.257	13.396	7 %
Kärnten <sup>1, 2</sup>	1	60	- <sup>2</sup>	12.526	12.526	-
Vorarlberg <sup>2</sup>	1	62	- <sup>2</sup>	25.523	25.523	-
<b>Österreich gesamt</b>	<b>13</b>	<b>3.307</b>	<b>927</b>	<b>871.804</b>	<b>281.493</b>	<b>48 %</b>

VV = Versorgungsvereine

PT = Psychotherapeutinnen und -therapeuten

PT-Einheiten = Psychotherapieeinheiten

<sup>1</sup> In Kärnten besteht seit 01.04.2014 ein Landesverband für Psychotherapie, der seit 01.01.2024 nun auch für Erwachsene zuständig ist.

<sup>2</sup> Es lagen 2014 noch keine Zahlen vor.

Quelle: GÖG – Befragung der Versorgungsvereine; Darstellung: GÖG

Insgesamt standen in Österreich im Jahr 2022 im Rahmen von Versorgungsvereinen 3.307 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten<sup>8</sup> für die Erbringung kassenfinanzierter Psychotherapie zur Verfügung (ohne den Zuwachs von Kärnten und Vorarlberg zu berücksichtigen, sind das 39 % mehr als 2014), das entspricht einem Anteil von etwas mehr als einem Viertel der derzeit berufsberechtigten Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die in der Liste des BMSGPK eingetragen sind (Stand 2024: 12.086). Die Verteilung des Stundenkontingents auf ihre Mitglieder obliegt den Versorgungsvereinen.

Insgesamt leisteten die an einem Versorgungsverein beteiligten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Jahr 2022 rund 871.804 Psychotherapieeinheiten, das sind 281.493 mehr als 2014. Von der Gesamtzahl entfällt der überwiegende Teil auf Einzelstunden. Gruppen- und Familiensetting machen zusammen einen Anteil von rund 1,6 Prozent aus. Gruppentherapie wird in Relation zur gesamten Inanspruchnahme im Bundesland nach wie vor am häufigsten im Burgenland eingesetzt (12,5 % aller Einheiten), in nennenswertem Umfang weiters in Niederösterreich und Oberösterreich. Familientherapie wurde im Jahr 2022 nur in der Steiermark und in Salzburg erbracht bzw. abgerechnet (siehe Tabelle 3).

Angebot und Inanspruchnahme in Relation zur Bevölkerung variieren beträchtlich. Spitzenreiter sind Salzburg, Wien und Tirol in Bezug auf Einzeltherapie, Burgenland, Oberösterreich und Wien in Bezug auf Gruppentherapie (Tabelle 3). Die durchschnittliche Jahresauslastung der einzelnen Psychotherapeutinnen und -therapeuten ist in Niederösterreich am höchsten.

63.310 Patientinnen und Patienten nahmen im Jahr 2022 von Versorgungsvereinen angebotene Psychotherapie als Sachleistung in Anspruch. Rein rechnerisch ergibt sich ein Durchschnitt von 13,8 Einheiten pro Patient:in im Jahr 2022, wobei diese Zahl bei den einzelnen Vereinen sehr unterschiedlich ausfällt und zwischen 8 und 21 Einheiten variiert. Die tatsächliche Anzahl an in Anspruch genommenen Psychotherapieeinheiten pro Person kann anhand der vorliegenden Daten nicht beziffert werden, da unbekannt ist, wie hoch der Anteil jener Patientinnen und Patienten ist, die zwar eine Psychotherapie beginnen, diese aber nach wenigen Stunden wieder abbrechen.

---

<sup>8</sup> Im Jahr 2014 erbrachten 2.380 Psychotherapeutinnen und -therapeuten kassenfinanzierte Leistungen in Versorgungsvereinen.

Tabelle 3: Anzahl der Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Versorgungsvereinen sowie erbrachte Psychotherapieeinheiten (absolut, bezogen auf 10.000 EW und pro Psychotherapeut:in) im Jahr 2022

Bundesland	Anzahl der Psychotherapeutinnen und -therapeuten		Anzahl der Psychotherapieeinheiten					
	absolut	pro 10.000 EW	absolut				pro 10.000 EW	
			Einzeltherapie	Gruppen-therapie	Familien-therapie	gesamt	Einzeltherapie	Gruppen-therapie
Burgenland	85	2,83	26.533	3.796	0	30.329	155	127
Niederösterreich	397	2,32	141.639	12.955	0	154.594	828	76
Oberösterreich	497	3,28	116.584	7.660	0	124.245	769	51
Salzburg	417	7,37	100.451	332	215	100.998	1.775	0
Steiermark	387	3,07	93.584	89	843	94.516	743	0
Tirol	522	6,80	107.936	3.881	0	111.817	1.405	6
Wien	880	4,49	210.677	6.580	0	217.257	1.075	34
Kärnten <sup>1</sup>	60	1,06	12.034	492	0	12.526	21	0
Vorarlberg	62	1,53	25.107	416	0	25.523	621	0
<b>Österreich gesamt</b>	<b>3.307</b>	<b>3,65</b>	<b>834.545</b>	<b>36.201</b>	<b>1.058</b>	<b>871.804</b>	<b>1.007</b>	<b>35</b>

<sup>1</sup> im Jahr 2022 nur für Kinder und Jugendliche  
EW = Einwohner:innen

Quelle: GÖG – Befragung der Versorgungsvereine; Darstellung: GÖG

Bei einem Teil der Verträge zwischen den Krankenkassen und den Versorgungsvereinen ist die regionale Verteilung explizit geregelt. Insgesamt ist gewährleistet, dass in allen österreichischen Bezirken Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten tätig sind, die Psychotherapie als Sachleistung anbieten können. Die Anzahl der Stunden pro Psychotherapeut:in ist limitiert.

Für die Darstellung der Inanspruchnahme nach Kassen werden für eine bessere Übersicht Versorgungsvereine und Institutionen gemeinsam betrachtet. Auch hier ist einschränkend anzumerken, dass aufgrund der teilweise über Pauschalen organisierten Finanzierung von manchen Versicherungsträgern keine Daten zur Anzahl der erbrachten Einheiten bzw. der behandelten Personen vorliegen.

Tabelle 4: Im Jahr 2022 erbrachte Psychotherapieeinheiten durch Vereine und Institutionen und behandelte Personen in durchschnittliche Einheiten/Person und Veränderung der Einheiten seit 2014 (in Prozent)

Träger*	Einheiten**	Behandelte	Veränderung Einheiten seit 2014 in %	Durchschnittliche Einheiten pro Person
ÖGK-B	50.774	8.049	2,2	6,3
ÖGK-K <sup>1</sup>	28.779	2.582	0,2	11,1
ÖGK-NÖ <sup>2</sup>	170.760	12.461	0,7	13,7
ÖGK-OÖ <sup>3</sup>	147.388	14.961	0,4	9,9
ÖGK-S	94.762	6.096	0,3	15,5
ÖGK-ST	138.541	12.243	0,5	11,3
ÖGK-T <sup>4</sup>	96.565	3.083	–	31,3
ÖGK-V	35.523	3.568	–	10,0
ÖGK-W <sup>5,6</sup>	279.497	20.046	0,8	13,9
BVAEB	72.478	12.028	0,0	6,0
SVS	38.959	–	6,7	–
<b>Summen</b>	<b>1.154.025</b>	<b>95.117</b>	<b>0,8</b>	<b>12,1</b>

<sup>1,3,5</sup> In den Zahlen sind nicht alle Vereine/Institutionen enthalten, die (auch) psychotherapeutische Leistungen anbieten und pauschal finanziert werden – die tatsächlichen Werte sind also höher.

<sup>2</sup> beinhaltet auch Zweitbegutachtungen, Diagnostikstunden und Stütztherapien

<sup>4</sup> ÖGK-Tirol-Einheiten der Gesellschaft für Psychotherapeutische Versorgung Tirols beinhalten auch Beratungen und Gruppentherapie. Die Anzahl der Einheiten und Behandelten sind ein Durchschnittswert aus den Jahren 2021 und 2023, weil die Zahlen für das Jahr 2022 nicht zur Verfügung gestanden sind.

<sup>6</sup> Die Zahlen des Kriseninterventionszentrum sind Fallzahlen, da die exakte Nennung der psychotherapeutischen Einheiten aufgrund des nötigen flexiblen Herangehens (Dauer überschreitet oft die Dauer normaler PT-Einheiten) nicht möglich ist.

– Es wurden keine Daten geliefert.

\* Bei allen Kassen gibt es Vertragspartner (vor allem Einrichtungen mit KIJU-Schwerpunkt), die in die Jahres-/Quartals-/Fallpauschalen neben psychotherapeutischer Behandlung auch Leistungen wie klinisch-psychologische Diagnostik, Logopädie und Ergotherapie inkludieren – die tatsächlichen Werte sind also niedriger.

\*\* Die Dauer der Einheiten variiert. Auch wenn die Mehrheit der Einzeltherapien zwischen 50 und 60 Minuten dauert, so sind darin auch Einheiten mit einer Länge von 30, 45, 90, 100 und 120 Minuten enthalten.

Quelle: DSV; Berechnung und Darstellung: GÖG

Insgesamt wurden durch die Versorgungsvereine und Institutionen zumindest 95.117 Personen mit voll finanzierter Psychotherapie erreicht (Tabelle 4). Im Vergleich dazu wurden im Jahr 2014

mindestens 60.035 Personen in 638.855 Einheiten durch Versorgungsvereine und Institutionen behandelt. Ein Großteil der behandelten Personen erhält Einzeltherapie in 50- oder 60-minütigen Einheiten. Die durchschnittliche Anzahl an Einheiten pro Patient:in in Versorgungsvereinen und Institutionen beträgt knapp 12 Einheiten, mit einer Spanne von sechs Einheiten pro Patient:in beim Träger BVAEB und im Burgenland bis zu knappen 16 Einheiten in Salzburg und 31 in Tirol. Der rechnerische Durchschnitt der Einheiten pro Patient:in umfasst auch Erstgespräche sowie kurzzeitige Behandlungen (Kurzinterventionen, Krisengespräche, Therapieabbrüche usw.), was den Durchschnittswert verringert.

Die vergleichsweise höheren Einheiten pro Patient:in in Salzburg und Tirol könnten darauf hindeuten, dass die Versorgungsmodelle in diesen Bundesländern besonders gut funktionieren. Das Matching zwischen Behandlerinnen bzw. Behandlern und Patientinnen bzw. Patienten aufgrund von Wahlmöglichkeiten, effiziente Bewilligungsprozesse und eine bedarfsgerechte Steuerung der Therapieangebote könnten zur hohen Zahl an Einheiten beitragen.

### 3.4 Bezuschusste Leistungen durch Therapeutinnen und Therapeuten in freier Praxis

Im Jahr 2022 wurden rund 964.000 Einheiten Psychotherapie von der Sozialversicherung bezuschusst (Tabelle 5). Es handelt sich dabei größtenteils um Einzeltherapien mit 50- oder 60-minütigen Einheiten; nur ein relativ kleiner Anteil von unter 0,5 Prozent entfällt auf Familien- bzw. Gruppentherapie. Einzeltherapieeinheiten von 30 Minuten oder über 60 Minuten Dauer spielen in der Bezuschussung ebenfalls eine sehr kleine Rolle. Insgesamt erhielten etwa 103.000 Patientinnen und Patienten bezuschusste Behandlungen. Die durchschnittliche Anzahl an Einheiten pro Patient:in beträgt ca. 9 Einheiten, mit einer Spanne von 4,2 Einheiten pro Patient:in in Oberösterreich bis 11,7 Einheiten pro Patient:in in Wien. Der rechnerische Durchschnitt der Einheiten pro Patient:in umfasst auch Erstgespräche sowie kurzzeitige Behandlungen (Kurzinterventionen, Krisengespräche, Therapieabbrüche usw.), was den Durchschnittswert verringert.

Tabelle 5: Bezuschusste Psychotherapieeinheiten im Jahr 2022, behandelte Personen, durchschnittliche Einheiten/Person und Veränderung der bezuschussten Einheiten seit 2014 (in Prozent)

Träger	Einheiten 2022	Behandelte	Veränderung Einheiten seit 2014 in %	Durchschnittliche Einheiten pro Person
ÖGK-B	18.658	1.804	0,9	10,3
ÖGK-K	29.509	3.455	0,0	8,5
ÖGK-NÖ	118.115	12.636	0,4	9,3
ÖGK-OÖ	45.301	10.864	-0,3	4,2
ÖGK-S	37.297	4.071	0,3	9,2
ÖGK-ST	60.951	8.228	0,2	7,4
ÖGK-T	50.951	6.047	0,1	8,4
ÖGK-V	26.273	3.221	0,6	8,2
ÖGK-W	247.759	21.119	0,3	11,7
BVAEB	210.280	19.584	1,4	10,7
SVS	118.853	11.713	1,5	10,1
<b>Gesamt</b>	<b>963.947</b>	<b>102.742</b>	<b>0,5</b>	<b>9,4</b>

Quelle: SV-Träger; Berechnung: GÖG

### 3.5 Durch kasseneigene Einrichtungen erbrachte Leistungen

Psychotherapeutische Ambulanzen werden von den Landesstellen der ÖGK in Oberösterreich, der Steiermark und Wien betrieben. In diesen Einrichtungen wurden im Jahr 2022 rund 7.000 Psychotherapieeinheiten geleistet und 1.400 Patientinnen und Patienten behandelt (siehe dazu Tabelle 6). Im Jahr 2014 waren es 3.700 Patientinnen und Patienten und 2009 waren es 2.781 Patientinnen und Patienten.

Tabelle 6: In kasseneigenen Einrichtungen im Jahr 2022 geleistete Psychotherapieeinheiten, Veränderung der Einheiten seit 2014 (in Prozent) und durchschnittliche Einheiten/Person

Träger	Einheiten im Jahr 2022	Behandelte	Veränderung Einheiten seit 2014 in %	Durchschnittliche Einheiten pro Person
ÖGK-OÖ	1.781	474	-0,5	3,8
ÖGK-ST	1.413	262	-0,2	5,4
ÖGK-W	4.044	666	-0,6	6,1
<b>Gesamt</b>	<b>7.238</b>	<b>1.402</b>	<b>-0,6</b>	<b>5,2</b>

Quelle: DVSV, Berechnung: GÖG

Die durchschnittliche Anzahl an Psychotherapieeinheiten pro Patient:in im Jahr 2022 (5,16 Einheiten pro Person) fällt auch in kasseneigenen Einrichtungen deutlich geringer aus als jene im Rahmen von Versorgungsvereinen und Institutionen. Der rechnerische Durchschnitt der Einheiten pro Patient:in umfasst auch Erstgespräche sowie kurzzeitige Behandlungen (Kurzinterventionen, Krisengespräche, Therapieabbrüche usw.), was den Durchschnittswert verringert. Auch bei dieser Angebotsform handelt es sich um voll finanzierte Psychotherapie. Die vergleichsweise geringer ausfallenden Einheiten pro Patient:in könnten sich durch die angebotenen Behandlungsformen dieser Fachambulanzen erklären lassen: Neben Psychotherapie im Einzelsetting werden auch Gruppentherapie und psychotherapeutisches Clearing (allgemeine Informationen zu Psychotherapie, telefonische Weiterempfehlungen) angeboten. Wobei Psychotherapie im Einzelsetting (25-, 30-, 50-, 60-minütige Settings) den Großteil der abgerechneten Einheiten ausmacht.

### 3.6 Durch Ärztinnen und Ärzte erbrachte Leistungen

Unter bestimmten Voraussetzungen (siehe dazu Kapitel 2.6) können Ärztinnen und Ärzte psychotherapeutische Leistungen mit den Sozialversicherungsträgern abrechnen. Für die von Vertragsärztinnen und -ärzten erbrachten psychotherapeutischen Leistungen konnten die meisten Versicherungsträger die Anzahl der abgerechneten Einheiten zur Verfügung stellen, allerdings sind die Einheiten aufgrund der unterschiedlichen Honorarordnungen der einzelnen Träger kaum vergleichbar.

Die Landesstelle der ÖGK Burgenland rechnet z. B. auch in zehnminütigen Einheiten ab, wobei pro Tag und Patient:in maximal drei dieser zehnminütigen Einheiten verrechnet werden dürfen. Andere Kassen rechnen in 15-, 20-, 25-, 30-, 50- oder 60-Minuten-Einheiten ab (siehe **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**7). Um die Einheiten vergleichen zu können, müssten alle Werte auf eine bestimmte Dauer (z. B. auf 30 oder 50 bis 60 Minuten) umgerechnet

werden; es würde sich dabei aber um eine fiktive Größe handeln, da es keine einzige Dauer gibt, die tatsächlich in allen Honorarordnungen vorkommt. Eine Gegenüberstellung der erbrachten Einheiten sollte daher vorsichtig, vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Dauer der Einheiten, interpretiert werden. Bei den von Wahlärztinnen bzw. -ärzten erbrachten psychotherapeutischen Leistungen besteht dieselbe Problematik, darüber hinaus liegen von der ÖGK-Landesstelle Vorarlberg keine Daten zur Anzahl der erbrachten Therapieeinheiten vor.

Tabelle 7: Abrechenbare Dauer von Einzeltherapieeinheiten laut Honorarordnungen der Sozialversicherungsträger für Vertrags- und Wahlärztinnen und -ärzte

Dauer	ÖGK-B	ÖGK-K	ÖGK-NÖ	ÖGK-OÖ	ÖGK-S	ÖGK-ST	ÖGK-T	ÖGK-V	ÖGK-W	BVAE B	SVS
Einzeltherapie 10 Minuten	X										
Einzeltherapie 15 Minuten	X	X									X
Einzeltherapie 20 Minuten			X								
Einzeltherapie 25 Minuten	X					X				X	X
Einzeltherapie 30 Minuten		X		X	X		X	X	X		
Einzeltherapie 50 Minuten	X		X	X		X				X	X
Einzeltherapie 60 Minuten		X			X		X	X <sup>1</sup>	X		
Einzeltherapie 90 Minuten		X									

<sup>1</sup> Die Information, dass 60 Minuten Einzeltherapie abgerechnet werden, stammt noch aus den Daten aus dem Jahr 2014. Für das Jahr 2022 konnten keine Informationen über die einzelnen Leistungspositionen für (Wahl-)Ärztinnen und (Wahl-)Ärzte erfasst werden.

Quelle: DVSV; Darstellung: GÖG

Wie viele Vertragsärztinnen und -ärzte Leistungen abrechnen (dürfen), variiert sehr stark von Kasse zu Kasse und ist nicht zuletzt von den unterschiedlich ausgestalteten Honorarordnungen abhängig. Bei den Landesstellen der ÖGK lag die entsprechende Zahl der Vertragsärztinnen und -ärzte zwischen 10 (ÖGK Tirol) und 53 (ÖGK Salzburg).

Bei den Trägern, von denen Daten geliefert werden konnten, fällt Folgendes auf: Wenn es laut Honorarordnung Positionen mit unterschiedlicher Dauer gibt (z. B. 30 oder 60 Minuten), werden von Vertragsärztinnen und -ärzten im Vergleich zu Wahlärztinnen und -ärzten häufiger kürzere

Einheiten angeboten und abgerechnet. Dieses Ergebnis war bereits in den letzten Erhebungen der Gesundheit Österreich beobachtbar (Grabenhofer-Eggerth/Sator 2020).

Insgesamt nahmen im Jahr 2022 rund 171.128 Personen ärztliche psychotherapeutische Leistungen in Anspruch. Diese Zahl ist jedoch nur als grober Richtwert zu sehen, da einerseits nicht von allen Kassen die Zahlen von Behandelten genannt wurden und andererseits einige Kassen Mehrfachzählungen<sup>9</sup> nicht ausschließen konnten. Als Orientierung kann der Bericht „Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung 2007“ (Eggerth et al. 2010) dienen, aus dem beispielsweise hervorgeht, dass rund 85 Prozent aller damaligen BGKK-Patientinnen und -Patienten (heute ÖGK-B), die psychotherapeutische Leistungen in Anspruch nahmen, dies bei Ärztinnen oder Ärzten im Rahmen psychotherapeutischer Medizin taten.

Errechnet man die durchschnittliche Anzahl an Therapieeinheiten pro Patient:in im Jahr 2022 bei jenen Kassen, bei denen Werte für Therapieeinheiten und Patientenanzahl vorhanden sind, fällt auf, dass bei Vertragsärztinnen bzw. -ärzten nur sehr wenige Einheiten pro Patient:in in Anspruch genommen werden – nämlich 1,3 bis 6,4 (Durchschnitt 1,4 Einheiten). Bei Wahlärztinnen bzw. -ärzten werden zwischen 1,8 und 7,2 Einheiten (Durchschnitt 4 Einheiten) in Anspruch genommen. Dieselbe geringe Anzahl an Einheiten pro Patient:in erhält man auch, wenn man länger andauernde Einheiten im Einzelsetting (50-, 60-, 90-minütige Einheiten) gesondert von den kürzeren Einheiten im Einzelsetting (10- bis 30-minütige Einheiten) auswertet. Bei 50-, 60- und 90-minütigen Einzeleinheiten liegen die Einheiten pro Patient:in bei durchschnittlich 2,5 Einheiten bei Vertragsärztinnen und -ärzten und bei 5 Einheiten bei Wahlärztinnen und -ärzten. Bei 10- bis 30-minütigen Einzeleinheiten liegen die Einheiten pro Patient:in bei durchschnittlich 2,3 Einheiten sowohl bei Vertrags- als auch bei Wahlärztinnen und -ärzten. Ebenso zeigt sich für das Jahr 2022, am Beispiel der ÖGK-Landesstelle Kärnten, dass Personen, die ärztliche psychotherapeutische Leistungen in Anspruch nahmen, dies durchschnittlich in nur sehr geringem Umfang taten, nämlich nur rund 190 Minuten im Jahr im Vergleich zu 7 Stunden bei bezuschusster Psychotherapie oder 10 Stunden im Bereich der Vereine und Institutionen.

Ein Vergleich der (zwar lückenhaften) Daten zur durchschnittlichen Anzahl der in Anspruch genommenen Therapieeinheiten und der Anzahl der diese in Anspruch nehmenden Patientinnen und Patienten deutet darauf hin, dass es sich bei ärztlicher psychotherapeutischer Medizin und bei Psychotherapie durch Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten in freier Praxis um unterschiedliche Angebote im Sinne des psychotherapeutischen Wirkmodells handeln dürfte. Die geringeren Einheiten pro Patient:in legen nahe, dass es sich bei den ärztlichen Leistungen überwiegend um Beratungs- oder Motivationsgespräche oder Indikationsgespräche handeln dürfte; es ist allerdings anzumerken, dass der rechnerische Durchschnitt der Einheiten pro Patient:in auch Erstgespräche sowie kurzzeitige Behandlungen (Kurzinterventionen, Krisengespräche, Therapieabbrüche usw.) umfassen könnte, was den Durchschnittswert verringert. Diese Annahme wird durch die deutlich höheren Zahlen an Behandelten bei Ärztinnen und Ärzten in Kombination mit den niedrigeren Therapieeinheiten pro Patient:in gestützt. Konkrete Informationen über die genauen Ziele der angebotenen ärztlichen Leistungen in dieser Kategorie liegen jedoch nicht vor. Interessante Hinweise geben Studien wie jene von Eggerth et al. (Eggerth et al. 2010), die zeigen konnten, dass bei der BGKK (heute Landesstelle ÖGK Burgenland) insbesondere Patientinnen und Patienten ab 60 Jahren fast ausschließlich ärztliche psychotherapeutische Medizin in

---

<sup>9</sup> Mehrfachnennungen können entstehen, wenn eine Person in mehreren Quartalen eines laufenden Jahres ärztliche psychotherapeutische Leistungen in Anspruch nimmt und die Kasse nicht zwischen Personen und Fällen differenziert auswerten kann.

Anspruch nahmen – allerdings in zeitlich sehr begrenztem Umfang. Zur genauen Klärung sind jedoch weiterführende Studien erforderlich.

Die hohen Zahlen an von Ärztinnen und Ärzten Behandelten deuten jedoch gleichzeitig auf ihre Rolle in der psychosozialen Versorgung hin. Sie leisten einen wichtigen Beitrag, indem sie oftmals als erste Anlaufstelle dienen, Zugang zu weiterführenden Behandlungsangeboten ermöglichen und durch Kurzinterventionen eine erste Entlastung bieten. Diese Funktionen unterstreichen die Bedeutung ärztlicher Leistungen als integraler Bestandteil eines gesamthaften psychosozialen Versorgungssystems. Eine genauere Diskussion der Einheiten pro Patient:in sowie der Rolle der Ärztinnen und Ärzte findet sich in Kapitel 7.

Tabelle 8: Psychotherapeutische-Medizin-Einheiten durch **Vertragsärztinnen und Vertragsärzte** im Jahr 2022, behandelte Personen, durchschnittliche Einheiten/Person und Veränderung der bezuschussten Einheiten seit 2014 (in Prozent)

Träger	Einheiten 2022	Behandelte	Veränderung Einheiten seit 2014 in %	Durchschnittliche Einheiten pro Person
ÖGK-B	20.028	3.112	-0,3	6,4
ÖGK-K	32.396	17.901	0,1	1,8
ÖGK-NÖ	16.355	7.722	-0,7	2,1
ÖGK-OÖ	8.988	4.773	0,1	1,9
ÖGK-S	3.169	1.435	0,3	2,2
ÖGK-ST	5.594	4.456	-0,2	1,3
ÖGK-T	23.092	7.391	1,7	3,1
ÖGK-V	-	50.622	-	-
ÖGK-W <sup>1</sup>	4	2	-1,0	2,0
BVAEB	53.750	23.706	-0,3	2,3
SVS	27.709	10.835	-	2,6
<b>Gesamt</b>	<b>191.085</b>	<b>131.955</b>	<b>-0,2</b>	<b>1,4</b>

<sup>1</sup> Die ÖGK Wien rechnet diese Leistungsposition nur noch mit einem Vertragspartner ab.  
– keine Angabe

Quelle: SV-Träger; Berechnung: GÖG

Tabelle 9: Psychotherapeutische-Medizin-Einheiten durch **Wahlärztinnen und Wahlärzte** im Jahr 2022, behandelte Personen, durchschnittliche Einheiten/Person und Veränderung der bezuschussten Einheiten seit 2014 (in Prozent)

Träger	Einheiten 2022	Behandelte	Veränderung Einheiten seit 2014 in %	Durchschnittliche Einheiten pro Person
ÖGK-B	1.917	1.078	–	1,8
ÖGK-K	9.164	4.139	–	2,2
ÖGK-NÖ	11.585	2.621	0,6	4,4
ÖGK-OÖ	10.114	2.962	–0,1	3,4
ÖGK-S	3.714	515	–0,4	7,2
ÖGK-ST	19.005	5.096	0,4	3,7
ÖGK-T	8.125	2.467	–	3,3
ÖGK-V	–	–	–	–
ÖGK-W	98	29	–1,0	3,4
BVAEB	55.475	12.936	0,8	4,3
SVS	36.099	7.330	9,2	4,9
<b>Gesamt</b>	<b>155.296</b>	<b>39.173</b>	<b>0,2</b>	<b>4,0</b>

– keine Angabe

Quelle: SV-Träger; Berechnung: GÖG

## 4 Aufwendungen für Psychotherapie

### 4.1 Zielsetzung und Fragestellungen

Im Folgenden werden die Aufwendungen der Sozialversicherungsträger für Psychotherapie im Jahr 2022 und die Aufwendungsentwicklung im Vergleich zu 2014 dargestellt, wobei analog zur vorangegangenen Berichtsperiode (2014) zwischen Aufwendungen für Sachleistungen und Aufwendungen für Kostenzuschüsse unterschieden wird. Die Aufwendungen für Sachleistungen umfassen kassenfinanzierte Psychotherapie durch Vereine bzw. Institutionen, Leistungen in kasseneigenen Einrichtungen der ÖGK-Landesstellen Wien, Oberösterreich und Steiermark und Leistungen durch Vertrags- sowie Wahlärztinnen und -ärzte unter dem Titel „psychotherapeutische Medizin“. Die Aufwendungen für Kostenzuschüsse beziehen sich auf Aufwendungen für Psychotherapie durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in freier Praxis.

Im Einzelnen sind folgende Fragestellungen von Interesse:

- Wie hoch waren die Gesamtaufwendungen der Sozialversicherungsträger für Psychotherapie und wie entwickelten sich die Aufwendungen in den letzten Jahren?
- Wie hoch waren die Aufwendungen der Sozialversicherungsträger für Psychotherapie durch Vereine bzw. Institutionen, für Kostenzuschüsse, für Psychotherapie in eigenen Einrichtungen und für Leistungen durch Vertrags- sowie Wahlärztinnen und -ärzte unter dem Titel „psychotherapeutische Medizin“ im Jahr 2022 und wie entwickelten sich diese in den letzten Jahren?

Die Aufwendungen wurden mittels schriftlicher Befragung der Sozialversicherungsträger erhoben.

### 4.2 Gesamtüberblick

Im Jahr 2022 haben die Sozialversicherungsträger insgesamt zumindest rund 135 Millionen Euro für Psychotherapie bzw. psychotherapeutische Medizin für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche ausgegeben. Das entspricht etwa 2,3 Prozent der Ausgaben der österreichischen Sozialversicherungsträger für „Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen“ im Jahr 2022 (DVSV 2023).

Im Vergleich zu 2014 sind die Gesamtaufwendungen der Versicherungsträger für psychotherapeutische Leistungen um fast 80 Prozent gestiegen und liegen damit deutlich über der Inflationsrate (rund 20 %<sup>10</sup>) im Zeitraum 2015–2022. Die Zahl der anspruchsberechtigten Personen ist in diesem Zeitraum um 6,2 Prozent gestiegen. Einschränkend ist zu sagen, dass eine genaue Erhebung und Differenzierung nach Art der erbrachten Leistung in Bezug auf die Institutionen/Vereine teilweise nicht möglich sind.

---

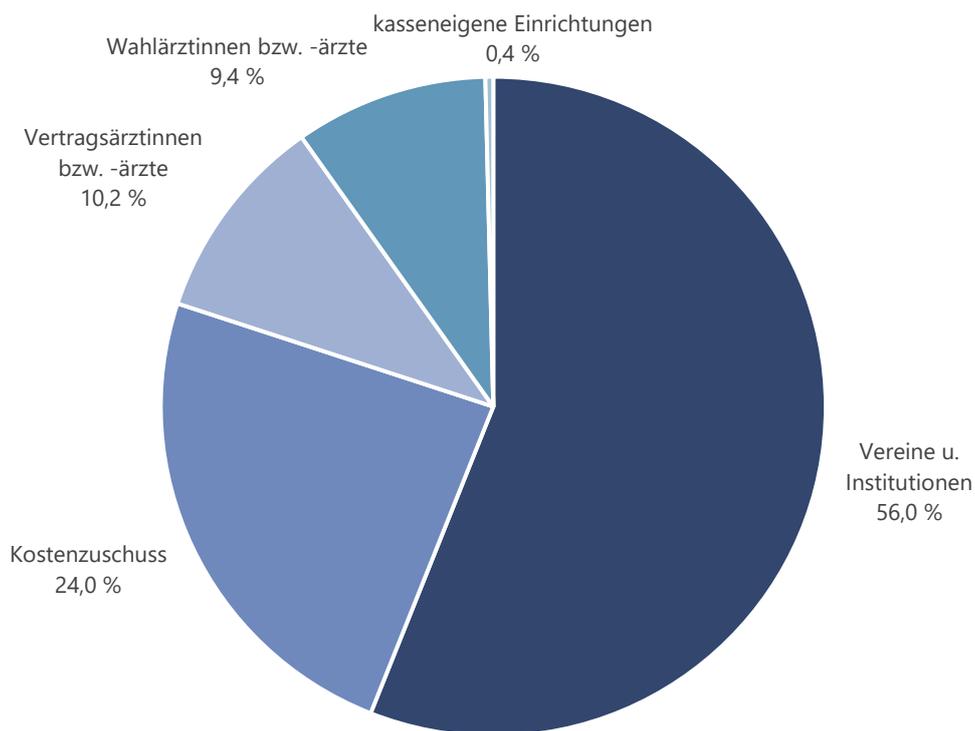
<sup>10</sup> Quelle: WKO, <http://wko.at/statistik/eu/europa-inflationsraten.pdf> [Zugriff am 19.08.2024]

Die Gründe dafür sind:

1. **fehlende Daten:** Es fehlen Aufwendungen der ÖGK Wien, zum Teil auch der ÖGK Oberösterreich und der ÖGK Kärnten für einige Vereine/Institutionen.
2. **Pauschalabrechnungen:** Einige Vertragspartner (vor allem Einrichtungen mit KIJU-Schwerpunkt) inkludieren in die Jahres-/Quartals-/Fallpauschalen neben psychotherapeutischer Behandlung auch Leistungen wie klinisch-psychologische Diagnostik, Logopädie, Ergotherapie, psychiatrische Behandlung etc.
3. Die **Gesamtzahlen** beinhalten auch die Aufwendungen für den KIJU-Bereich.

Mit knapp 76 Millionen Euro (56 %) entfiel 2022 der größte Anteil der Aufwendungen auf die von Versorgungsvereinen und Institutionen erbrachte Psychotherapie. Die Aufwendungen für Kostenzuschüsse bei Psychotherapeutinnen und -therapeuten in freier Praxis beliefen sich auf rund 32,5 Millionen Euro, das entspricht 24 Prozent der Aufwendungen. Die Aufwendungen für Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen betragen rund 517.000 Euro bzw. 0,4 Prozent. Von Vertrags- und Wahlärztinnen bzw. -ärzten wurden unter dem Titel „psychotherapeutische Medizin“ rund 26 Millionen Euro bzw. 20 Prozent aller psychotherapeutischen Leistungen abgerechnet (vgl. Abbildung 1 und Tabelle 10).

Abbildung 1: Verteilung der im Jahr 2022 geleisteten SV-Aufwendungen für Psychotherapie auf die unterschiedlichen Angebotsformen

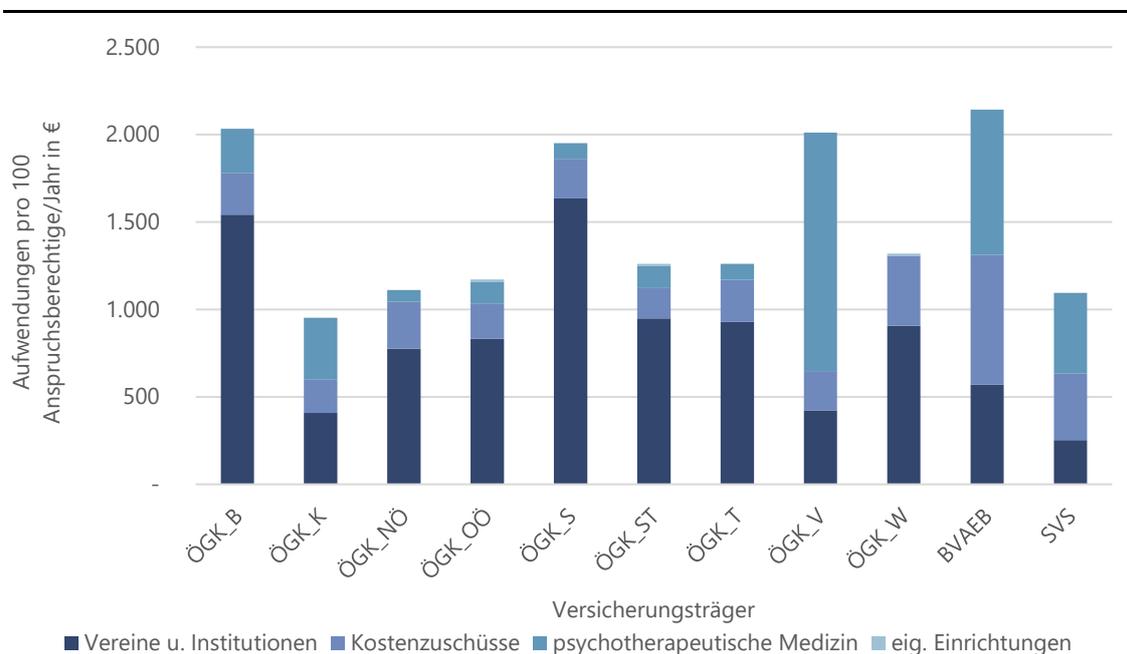


Quelle: SV-Träger; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die einzelnen Versicherungsträger setzen unterschiedliche Schwerpunkte in der Versorgung (siehe Abbildung 2). Der Großteil der Versorgung aller Versicherungsträger geschieht durch Vereine bzw. Institutionen. Darüber hinaus ist auffällig, dass die Schwerpunktsetzung der ÖGK-Landesstelle Vorarlberg im Bereich der psychotherapeutischen Medizin liegt, während die ÖGK-Landesstelle Wien kaum Aufwendungen in dieser Leistungskategorie verzeichnet (diese Schwerpunkte waren auch schon im Jahr 2014 erkennbar).

Auch die Aufwendungen pro 100 anspruchsberechtigte Personen variieren bei den einzelnen Versicherungsträgern sehr stark: Vergleicht man nur die Daten der Landesstellen über alle Angebotsformen hinweg, liegen die Aufwendungen zwischen rund 1.111 Euro pro 100 anspruchsberechtigte Personen und Jahr bei der SVS und der ÖGK-Landesstelle Niederösterreich und 2.033 Euro bei der ÖGK-Landesstelle Burgenland (siehe Tabelle 10).

Abbildung 2: Verteilung der Aufwendungen auf die unterschiedlichen Finanzierungsformen pro 100 Anspruchsberechtigte im Jahr 2022 (in Euro)



Hier gelten die gleichen Einschränkungen bei den Vereinen und Institutionen wie in Tabelle 6.

Quelle: SV-Träger; Darstellung: GÖG

Tabelle 10: Aufwendungen 2022, pro Angebotsform und gesamt (in Euro)

Träger	Psychotherapie durch Vereine und Institutionen	Kostenzuschüsse	Psychotherapeutische Medizin			Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen <sup>8</sup>	Aufwendungen 2022 gesamt	Aufwendungen pro 100 Anspruchsberechtigte
			Aufwendungen Wahlärztinnen und -ärzte	Aufwendungen Vertragsärztinnen und -ärzte	Aufwendungen Ärztinnen und Ärzte gesamt			
ÖGK-B	3.411.643	532.548	173.903	382.266	556.169	–	4.500.360	2.033
ÖGK-K <sup>1</sup>	1.803.841	840.060	383.228	1.176.468	1.559.696	–	4.203.597	951
ÖGK-NÖ <sup>2</sup>	9.868.226	3.412.288	463.390	399.175	862.566	–	14.143.080	1.111
ÖGK-OÖ <sup>3</sup>	10.673.857	2.608.088	948.225	640.857	1.589.081	171.797	15.042.823	1.171
ÖGK-S	7.759.221	1.070.633	217.560	209.726	427.286	–	9.257.139	1.951
ÖGK-ST	9.634.054	1.760.266	1.018.118	280.369	1.298.487	110.173	12.802.981	1.261
ÖGK-T <sup>4</sup>	5.612.607	1.461.264	204.133	346.031	550.164	–	7.624.035	1.261
ÖGK-V <sup>5</sup>	1.408.800	747.020	678.202	3.868.633	4.546.835	–	6.702.655	2.012
ÖGK-W <sup>6</sup>	16.070.575	7.046.515	4.202	121	4.324	234.980	23.356.393	1.319
BVAEB <sup>7</sup>	6.442.156,89	8.365.237	5.068.795	4.312.428	9.381.223	–	24.188.617	2.143
SVS	3.119.042	4.701.082	3.565.556	2.124.905	5.690.461	–	13.510.585	1.096
<b>Gesamt</b>	<b>75.804.023</b>	<b>32.545.002</b>	<b>12.725.313</b>	<b>13.740.979</b>	<b>26.466.292</b>	<b>516.950</b>	<b>135.332.265</b>	<b>1.384</b>

- <sup>1</sup> ohne die Aufwendungen für die entwicklungstherapeutischen Ambulatorien, die (auch) psychotherapeutische Leistungen anbieten und pauschal finanziert werden
- <sup>2</sup> Es gibt oft ein Mischsystem, bei dem es zum einen eine Jahrespauschale gibt, zum anderen Gruppentherapie und KIJU getrennt nach Leistungsumfang verrechnet werden. Der Betrag beinhaltet zum Teil auch Zweitbegutachtungen, Diagnostikstunden und Stütztherapien.
- <sup>3</sup> Die Zahlen decken nicht alle abgerechneten Einheiten ab, weil die PVZ Pauschalzahlung (Sachkostenpauschale pro VZÄ + Gehaltskostenzuschuss) haben, bei der kein vorgegebener Leistungsumfang angegeben wird; die Zahlen der psychosozialen Beratungsstellen pro mente, Exit, Arcus und B37 sind inkl. klinisch-psychologischer Diagnostik und ärztlicher Hilfe; die Zahlen einiger Vertragspartner (Wohngruppe; KIJU-Kompetenzzentren) sind inkl. Ergo- und Physiotherapie.
- <sup>4</sup> Der Betrag setzt sich zusammen aus: Deckelsumme Vereine (Erwachsene und Kinder/Jugendliche), Begutachtungen und Beratung.
- <sup>5</sup> Das ist die Pauschalzahlung von der ÖGK im Jahr 2022, zusätzlich zahlt auch das Land Vorarlberg in den Topf ein. Die Vereine rechnen mit dem Land ab. Hinsichtlich der Aufwendungen der Ärztinnen und Ärzte ist anzumerken, dass es in Vorarlberg eine Gesamtvergütung gibt und daher keine Informationen über die einzelnen Leistungspositionen der Wahlärztinnen und -ärzte erfasst werden. Eine Auswertung der Einzelleistungen und deren Aufwendungen ist nicht möglich.
- <sup>6</sup> ohne Aufwendungen für Wr. Sozialdienste, Zentren für Entwicklungsförderung, die Boje, sowhat, SOS-Kinderdorf, Child Guidance Clinic, VKKJ und ÖAGG, die haben eine monatliche Pauschale für PT, fachärztliche Leistung und klinische Diagnostik. Die anteilmäßige Berechnung für den Psychotherapieaufwand ist nicht möglich. Bei den Vereinen der Caritas-Familienzentren, der WGPV, dem VaP, der SFU und dem Verein HEMAYAT können verbleibende Reststunden innerhalb von 2–3 Jahren mitgenommen werden, um Schwankungen beim Versorgungsbedarf innerhalb eines Kalenderjahres abzufangen.
- <sup>7</sup> Bei den Zahlen des Diagnostik- und Behandlungszentrums für behinderte KIJU und des Heilpädagogischen Zentrums Rust handelt es sich um Quartalspauschalen, in denen Psycho-, Physio- und Ergotherapieeinheiten enthalten sind. Bei ESRA sind in den Zahlen auch psychiatrische Behandlungen inkludiert.
- <sup>8</sup> Eigene Einrichtungen werden lediglich von der ÖGK-OÖ, der ÖGK-ST und der ÖGK-W betrieben.
- keine Daten verfügbar

---

Quelle: SV-Träger; Berechnung und Darstellung: GÖG

### 4.3 Kassenfinanzierte Psychotherapie durch Vereine bzw. Institutionen

Die Aufwendungen der Sozialversicherungsträger für voll kassenfinanzierte Psychotherapie durch Vereine bzw. Institutionen betragen im Jahr 2022 insgesamt rund 76 Millionen Euro und sind von 2014 auf 2022 um ca. 65 Prozent gestiegen, wobei die Zahl der Anspruchsberechtigten um 6,2 Prozent gestiegen ist.

Die höchsten prozentuellen Steigerungen in diesem Zeitraum weisen die ÖGK-Landesstellen Burgenland (+307 %) und Steiermark (+102 %) auf (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Aufwendungen der SV-Träger für kassenfinanzierte Psychotherapie durch Vereine und Institutionen im Jahr 2022 (in Euro) sowie die Veränderung seit 2014 (in Prozent)

Versicherungsträger	Aufwendungen 2022	Veränderungen seit 2014 in %
ÖGK-B	3.411.643	306,8
ÖGK-K <sup>1</sup>	1.803.841	56,9
ÖGK-NÖ <sup>2</sup>	9.868.226	85,2
ÖGK-OÖ <sup>3</sup>	10.673.857	66,8
ÖGK-S	7.759.221	66,3
ÖGK-ST	9.634.054	101,9
ÖGK-T <sup>4</sup>	5.612.607	33,9
ÖGK-V <sup>5</sup>	1.408.800	77,0
ÖGK-W <sup>6</sup>	16.070.575	45,8
BVAEB <sup>7</sup>	6.442.157	33,1
SVS	3.119.042	68,2
<b>Gesamt</b>	<b>75.804.023</b>	<b>65,3</b>

- <sup>1</sup> ohne die Aufwendungen für die entwicklungstherapeutischen Ambulatorien, die (auch) psychotherapeutische Leistungen anbieten und pauschal finanziert werden
- <sup>2</sup> Es gibt oft ein Mischsystem, bei dem es zum einen eine Jahrespauschale gibt, zum anderen Gruppentherapie und KIJU getrennt nach Leistungsumfang verrechnet werden. Der Betrag beinhaltet zum Teil auch Zweitbegutachtungen, Diagnostikstunden und Stütztherapien.
- <sup>3</sup> Die Zahlen decken nicht alle abgerechneten Einheiten ab, weil die PVZ Pauschalzahlung (Sachkostenpauschale pro VZÄ + Gehaltskostenzuschuss) haben, bei der kein vorgegebener Leistungsumfang angegeben wird; die Zahlen der psychosozialen Beratungsstellen pro mente, Exit, Arcus und B37 sind inkl. klinisch-psychologischer Diagnostik und ärztlicher Hilfe; die Zahlen einiger Vertragspartner (Wohngruppe; KIJU-Kompetenzzentren) sind inkl. Ergo- und Physiotherapie.
- <sup>4</sup> Der Betrag setzt sich zusammen aus: Deckelsumme Vereine (Erwachsene und Kinder/Jugendliche), Begutachtungen und Beratung.
- <sup>5</sup> Das ist die Pauschalzahlung von der ÖGK im Jahr 2022, zusätzlich zahlt auch das Land Vorarlberg in den Topf ein. Die Vereine rechnen mit dem Land ab.
- <sup>6</sup> ohne Aufwendungen für Wr. Sozialdienste, Zentren für Entwicklungsförderung, die Boje, sowhat, SOS-Kinderdorf, Child Guidance Clinic, VKKJ und ÖAGG, die haben eine monatliche Pauschale für PT, fachärztliche Leistung und klinische Diagnostik; die anteilmäßige Berechnung für den Psychotherapieaufwand ist nicht möglich. Bei den Vereinen der Caritas-Familienzentren, der WGPV, dem VaP, der SFU und dem Verein HEMAYAT können verbleibende Reststunden innerhalb von 2–3 Jahren mitgenommen werden, um Schwankungen beim Versorgungsbedarf innerhalb eines Kalenderjahres abzufangen.
- <sup>7</sup> Bei den Zahlen des Diagnostik- und Behandlungszentrums für behinderte KIJU und des Heilpädagogischen Zentrums Rust handelt es sich um Quartalspauschalen, in denen Psycho-, Physio- und Ergotherapieeinheiten enthalten sind. Bei ESRA sind in den Zahlen auch psychiatrische Behandlungen inkludiert.

Quelle: SV-Träger; Darstellung: GÖG

## 4.4 Kostenzuschüsse

Die Zuschüsse zu einer Psychotherapie in freier Praxis sind bundesweit einheitlich geregelt. Um einen Zuschuss in Anspruch nehmen zu können, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

- Der bzw. die Psychotherapeut:in ist in die Psychotherapeutenliste des BMSGPK eingetragen.
- Eine psychische Erkrankung liegt vor.
- Die ärztliche Untersuchung wird vor der zweiten Behandlungsstunde nachgewiesen.

Die weiteren Voraussetzungen für die Bewilligung des Zuschusses sowie die Modalitäten bezüglich der Anzahl der bewilligten Psychotherapiestunden sind in den Bundesländern bzw. je nach Kasse unterschiedlich geregelt. Im Jahr 2022 betrug der Kostenzuschuss 28,93 Euro bei der ÖGK sowie 40 Euro bei der BVAEB und bei der SVS pro Einzelsitzung (50–60 Minuten). Für eine Gruppensitzung (90 Minuten) beträgt der Zuschuss der ÖGK 10,33 Euro pro Person sowie 13,34 Euro (90 Minuten) bei der SVS und bei der BVAEB.

Im Jahr 2022 wurden von den Sozialversicherungen insgesamt rund 32,5 Millionen Euro als Kostenzuschüsse für psychotherapeutische Behandlung aufgewendet. Verglichen mit dem Jahr 2014 sind bei allen Versicherungsträgern Steigerungen zu verzeichnen, insgesamt beträgt die Steigerung rund 118 Prozent. Die Steigerungen reichen von 40 Prozent (ÖGK Tirol) bis zu 360 Prozent (SVS) (siehe Tabelle 12 **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**).

Tabelle 12: Kostenzuschüsse der Sozialversicherungen für Psychotherapie im Jahr 2022 (in Euro) sowie die Veränderung seit 2014 (in Prozent)

Versicherungsträger	Aufwendungen 2022	Veränderungen seit 2014 in %
ÖGK-B	532.548	155,3
ÖGK-K	840.060	39,8
ÖGK-NÖ	3.412.288	81,6
ÖGK-OÖ	2.608.088	91,8
ÖGK-S	1.070.633	68,7
ÖGK-ST	1.760.266	60,4
ÖGK-T	1.461.264	53,7
ÖGK-V	747.020	114,6
ÖGK-W	7.046.515	75,1
BVAEB	8.365.237,24	280,6
SVS	4.701.082	360,2
<b>Gesamt</b>	<b>32.545.001</b>	<b>127,2</b>

Quelle: SV-Träger; Darstellung: GÖG

## 4.5 Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen

Die Höhe der Aufwendungen der ÖGK-Landesstelle Wien für kassenfinanzierte Psychotherapie in den eigenen Gesundheitszentren belief sich im Jahr 2014 auf 234.980 Euro, jene der Landesstelle Oberösterreich auf 171.797 Euro und jene der Landesstelle Steiermark auf 110.173 Euro. Insgesamt betragen die Aufwendungen für Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen knappe 600.000 Euro im Jahr 2022 und sind somit verglichen mit dem Jahr 2014 um 43 Prozent gesunken.

## 4.6 Psychotherapeutische Medizin

Im Jahr 2022 betragen die Aufwendungen der Sozialversicherungen für ärztliche psychotherapeutische Leistungen insgesamt rund 26,5 Millionen Euro. Die gesamten Aufwendungen der Sozialversicherungen für Leistungen durch Vertrags- und Wahlärztinnen und -ärzte unter dem Titel „**psychotherapeutische Medizin**“ sind von 2014 bis 2022 um 73 Prozent gestiegen, wobei hier anzumerken ist, dass die Aufwendungen im Jahr 2014 nicht vollständig gemeldet wurden (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13: Aufwendungen der Sozialversicherungen für Leistungen durch Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Wahlärztinnen und -ärzte unter dem Titel „psychotherapeutische Medizin“ im Jahr 2022 (in Euro) sowie die Veränderung seit 2014 (in Prozent)

Versicherungsträger	Aufwendungen 2022	Veränderungen seit 2014 in %
ÖGK-B	556.169	81,7
ÖGK-K	1.559.696	46,4
ÖGK-NÖ	862.566	-6,9
ÖGK-OÖ	1.589.081	35,1
ÖGK-S	427.286	1,5
ÖGK-ST	1.298.487	42,7
ÖGK-T	550.164	-5,8
ÖGK-V	4.546.835	66,0
ÖGK-W	4.324	-99,9
BVAEB	9.381.223,03	329,1
SVS	5.690.461	203,8
<b>Gesamt</b>	<b>26.466.292</b>	<b>73,1</b>

Quelle: SV-Träger; Darstellung: GÖG

# 5 Aufwendungen für Psychotherapie für Kinder und Jugendliche

## 5.1 Gesamtüberblick

Im Folgenden werden die Aufwendungen der Sozialversicherungsträger für Psychotherapie im Jahr 2022 dargestellt. Aufgrund der lückenhaften Datenlage zu den Aufwendungen für Psychotherapie für Kinder und Jugendliche können in diesem Kapitel lediglich die Aufwendungen für Kostenzuschüsse (Aufwendungen für Psychotherapie durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in freier Praxis), die Aufwendungen für psychotherapeutische Medizin durch Vertrags- sowie Wahlärztinnen und -ärzte und die Aufwendungen im Rahmen des Förderprogramms „Gesund aus der Krise“<sup>11</sup> valide dargestellt werden.

Um einen beispielhaften Einblick in die Aufwendungen für kassenfinanzierte Psychotherapie durch Vereine und Institutionen sowie in die Aufwendungen für kasseneigene Einrichtungen zu erhalten, werden die Aufwendungen in den Bundesländern Kärnten, Niederösterreich und Wien dargestellt. In diesen Bundesländern war eine annähernd vollständige Erhebung dieser Aufwendungen möglich.

Vor diesem Hintergrund sind folgende Fragestellungen von Interesse:

- Wie hoch waren die Gesamtaufwendungen der Versicherungsträger für Psychotherapie für Kinder und Jugendliche?<sup>12</sup>
- Wie hoch waren die Aufwendungen der Sozialversicherungsträger für Psychotherapie für Kinder und Jugendliche für Kostenzuschüsse, für psychotherapeutische Medizin durch Vertrags- sowie Wahlärztinnen und -ärzte und für das Förderprogramm „Gesund aus der Krise“ im Jahr 2022?

## 5.2 Kostenzuschüsse

Eine allgemeine Beschreibung der Kostenzuschüsse zu Psychotherapie sind im Kapitel 4.4 zu finden. Die Voraussetzungen, die Anzahl der bewilligten Therapieeinheiten sowie die Höhe der Zuschüsse für Psychotherapie für Kinder und Jugendliche unterscheiden sich nicht von den Zuschüssen für Psychotherapie für Erwachsene.

Im Jahr 2022 wurden von den Sozialversicherungen insgesamt rund 4,5 Millionen Euro als Kostenzuschüsse für psychotherapeutische Behandlung für Kinder und Jugendliche (unter 18 Jahren) aufgewendet. Etwa 16.000 Patientinnen und Patienten erhielten Kostenzuschüsse für Psychotherapie (siehe Tabelle 14).

---

<sup>11</sup> „Gesund aus der Krise“ bietet kostenlose psychotherapeutischen Einheiten für die Zielgruppe der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von von 0 bis 22 Jahren.

<sup>12</sup> Die Gesamtausgaben für Kinder und Jugendpsychotherapie können lediglich auf Basis der Ausgaben für Kostenzuschüsse, „psychotherapeutische Leistungen“ durch Vertrags- sowie Wahlärztinnen und -ärzte und Ausgaben im Rahmen des Förderprogramms „Gesund aus der Krise“ valide ermittelt werden. Die tatsächlichen Gesamtausgaben fallen höher aus, da einzelne Daten nicht vollständig zur Verfügung standen.

Tabelle 14: Kostenzuschüsse der Sozialversicherungen für Kinder und Jugendpsychotherapie im Jahr 2022 (in Euro) sowie die Anzahl der Patientinnen und Patienten

Versicherungsträger	Aufwendungen 2022	Behandelte 2022 (unter 18 Jahren)
ÖGK-B	116.659	340
ÖGK-K	116.723	345
ÖGK-NÖ	540.476	1.824
ÖGK-OÖ	341.604	1.369
ÖGK-S	127.344	446
ÖGK-ST	232.777	866
ÖGK-T	127.263	1.133
ÖGK-V	66.624	310
ÖGK-W	1.167.693	2.799
BVAEB	1.043.624	2.472
SVS	689.169	1.806
<b>Gesamt</b>	<b>4.569.957</b>	<b>16.309</b>

Quelle: SV-Träger; Berechnung und Darstellung: GÖG

### 5.3 Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen am Beispiel des ÖGK-Gesundheitszentrums Wien

Die Höhe der Aufwendungen der Landesstelle Wien der ÖGK für kassenfinanzierte Psychotherapie in den eigenen Gesundheitszentren belief sich im Jahr 2022 auf knappe 30.000 Euro, für ca. 500 Einheiten für 75 Kinder und Jugendliche.

### 5.4 Psychotherapeutische Medizin

Im Jahr 2022 betragen die Aufwendungen der Sozialversicherungen für ärztliche psychotherapeutische Leistungen für Kinder und Jugendliche insgesamt rund 2 Millionen Euro. Die tatsächlichen Aufwendungen der Versicherungsträger sind höher, da die Angaben der ÖGK-Landesstelle Vorarlberg für Vertragsärztinnen und -ärzte gänzlich fehlen und in der Summe nicht enthalten sind. Etwa 4.500 Kinder und Jugendliche wurden im Jahr 2022 im Rahmen von psychotherapeutischer Medizin behandelt. Auch hier liegt eine Unterschätzung der Zahlen vor (siehe Tabelle 15).

Tabelle 15: Aufwendungen der Sozialversicherungen für Leistungen durch Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Wahlärztinnen und -ärzte unter dem Titel „psychotherapeutische Medizin“ für Kinder und Jugendliche im Jahr 2022 (in Euro) sowie die Anzahl der Behandelten

Versicherungsträger	Aufwendungen 2022	Behandelte 2022 (unter 18 Jahren)
ÖGK-B	2.446	57
ÖGK-K	23.490	507
ÖGK-NÖ	10.670	128

ÖGK-OÖ	78.252	378
ÖGK-S	82.813	595
ÖGK-ST	22.195	297
ÖGK-T	3.662	39
ÖGK-V <sup>1</sup>	1.125.204	0
ÖGK-W <sup>2</sup>	97	2
BVAEB	107.946	364
SVS	431.682	2.221
<b>Gesamt</b>	<b>1.888.457</b>	<b>4.588</b>

<sup>1</sup> Daten zu Wahlärztinnen und -ärzten sind nicht enthalten.

<sup>2</sup> Daten zu Vertragsärztinnen und -ärzten sind nicht enthalten.

Quelle: SV-Träger; Berechnung und Darstellung: GÖG

## 5.5 Kassenfinanzierte Psychotherapie durch Vereine bzw. Institutionen am Beispiel Kärnten und Niederösterreich

Die Aufwendungen des Sozialversicherungsträgers ÖGK für voll kassenfinanzierte Psychotherapie im Kärntner Versorgungsverein „Kärntner Landesverband für Psychotherapie“ betragen im Jahr 2022 866.805 Euro für 12.454 Einheiten für 692 Kinder und Jugendliche. In Niederösterreich sind zwei Versorgungsvereine ansässig, die Psychotherapie für Kinder und Jugendliche kassenfinanziert (ÖGK) anbieten, die Niederösterreichische Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung (NÖGPV) und der Verein für ambulante Psychotherapie (VAP). Die Aufwendungen durch Vereine bzw. Institutionen der ÖGK betragen im Jahr 2022 für Niederösterreich 2.438.270 Euro für 151.405 Einheiten für 3.167 Kinder und Jugendliche.

Eine klare Trennung der Kinder und Jugendlichen und Erwachsenen ist teilweise nicht möglich, weil manche Vertragspartner nur Gesamtzahlen liefern können bzw. eine Doppelnennung machen.

### Hintergrund zu den Datenlücken bzw. fehlender Datenqualität

Einige Einrichtungen verfügen über eine umfassende Dokumentation und können genaue Zahlen für den KIJU-Bereich sowie den Gesamtbereich angeben; dies trifft jedoch nicht auf alle Institutionen zu. Manche Institutionen können die Zahlen nicht nach Altersgruppen getrennt auflisten. Etwaige Aufwendungen für Kinder und Jugendliche sind daher in den im Kapitel 4.3 beschriebenen Gesamtzahlen enthalten.

Hindernisse für die exakte Berechnung sind (neben der fehlenden Trennung nach Altersgruppen):

- **Doppelnennungen** (z. B. BVAEB, SOS-Kinderdorf Kärnten, Ambulatorium Kunterbunt oder Zentrum für Hör- und Sehbehinderung, ÖGK Burgenland, KJP etc.), d. h., sie führen die gleichen Zahlen bei den Gesamtzahlen als auch bei den Kindern an.
- **Datenlücken:** Die ÖGK Kärnten, aber auch andere Landesstellen führen beispielsweise die Zahlen für Entwicklungsambulatorien nicht an.

Die Gesamtzahlen für den KIJU-Bereich werden daher entweder unterschätzt, aufgrund der Lücken, oder überschätzt, da auch Gesamtzahlen bzw. Einheiten der Erwachsenen mit einbezogen werden. Eine sinnvolle Gegenüberstellung der Gesamtzahlen mit den Zahlen aus dem KIJU-Bereich ist daher nicht ohne Weiteres möglich.

## 5.6 Förderprogramm „Gesund aus der Krise“

Das Förderprogramm „Gesund aus der Krise“ wird durch das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) gefördert und soll der Zielgruppe der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 0 bis 21 Jahren niederschweligen und schnellen Zugang zu kostenloser klinisch-psychologischer, gesundheitspsychologischer oder psychotherapeutischer Beratung/Behandlung ermöglichen.

Die Einrichtung einer zentralen Servicestelle ermöglicht im ersten Schritt nach der Kontaktaufnahme ein Clearing. Nach dem Clearing erfolgt eine Zuweisung an im Projekt tätige Klinische Psychologinnen und Klinische Psychologen, Gesundheitspsychologinnen und -psychologen oder Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Behandelte erhalten bis zu 15 Behandlungs- oder Beratungseinheiten (mit Option auf Verlängerung um weitere 5 bzw. 15 Einheiten).

Der Durchführungszeitraum des Programms erstreckte sich im ersten Durchlauf vom 1. April 2022 bis zum 30. Juni 2023, ursprünglich als Angebot für jene, die durch die COVID-19-Pandemie unter psychischen Belastungen litten. Eine Weiterführung des Programms „Gesund aus der Krise II“ erfolgte im Zeitraum von April 2023 bis Juni 2024. Im Frühjahr 2024 startete eine dritte Runde des Programms „Gesund aus der Krise III“. In Summe wurde es bisher mit 50,2 Millionen Euro durch das BMSGPK gefördert. Abwicklungsstelle dafür ist der Berufsverband Österreichischer PsychologInnen (BÖP), in enger Kooperation mit dem Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP).

Zur Ermittlung der Aufwendungen für Psychotherapie im Jahr 2022 wurden ausschließlich Daten des ersten Durchlaufs des Programms „Gesund aus der Krise“ des Jahres 2022 (April 2022 bis Dezember 2022) herangezogen. Dies bedeutet, dass nur jene Psychotherapieeinheiten in den Berechnungen berücksichtigt wurden, die im Jahr 2022 pro behandelte Person dokumentiert worden waren. Zudem wurden nur Einheiten berücksichtigt, die von Psychotherapeutinnen und -therapeuten dokumentiert worden waren (Einzel- und Gruppeneinheiten sowie Elterngespräche und verrechnete Terminabsagen wurden in dieser Berechnung berücksichtigt).

Im Jahr 2022 wurden insgesamt 27.460 Einheiten von Psychotherapeutinnen und -therapeuten verrechnet (für 3.190 behandelte Personen). Das entspricht 24.440,5 Einheiten im Einzelsetting, 2.153,5 Elterngesprächen und 307 Einheiten im Gruppensetting, die von Psychotherapeutinnen und -therapeuten durchgeführt wurden. Hinzu kommen 559 Terminabsagen. Im Vergleich dazu wurden im Jahr 2022 insgesamt 50.935 Einheiten durch alle im Projekt tätigen Behandler:innen dokumentiert und 5.599 Personen behandelt.

Im Mittel wurden im Jahr 2022 rund 9 Einheiten, welche von Psychotherapeutinnen und -therapeuten verrechnet wurden, in Anspruch genommen.

Die Anzahl der Behandlungseinheiten, die von Psychotherapeutinnen und -therapeuten dokumentiert wurden, beträgt pro behandelte Person im Jahr 2022 zwischen einer halben und

maximal 30 Einheiten. Die dokumentierten Einheiten beinhalten Einzel- und Gruppensetting sowie Elterngespräche und Terminabsagen. Die Dauer der meisten Behandlungen im psychotherapeutischen Einzelsetting lag zwischen 0,5 und 5 Einheiten (mit 32 %), gefolgt von Behandlungen, die zwischen 10,5 und 15 Einheiten lagen (mit 31 %; siehe Tabelle 16).

Tabelle 16: Anzahl und Anteil der durch Psychotherapeutinnen und -therapeuten in verschiedenen Settings behandelten Personen nach Behandlungseinheitenkategorien

Psychotherapeutische Behandlungseinheiten	Anzahl der Behandelten	Behandelte in Behandlungseinheiten (in Prozent)
0,5–5 Einheiten	1.032	32,3 %
5,5–10 Einheiten	975	30,6 %
10,5–15 Einheiten	988	31,0 %
15,5–20 Einheiten	165	5,1 %
20,5–25 Einheiten	12	0,4 %
15,5–30 Einheiten	18	0,6 %
<b>Gesamt</b>	<b>3.190</b>	<b>100,0 %</b>

Quelle: Gesund aus der Krise; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Einheiten waren für die behandelten Personen im Rahmen des Programms „Gesund aus der Krise“ kostenlos. Das Programm wurde durch das BMSGPK gefördert und im Projekt tätige Behandler:innen erhielten für eine Behandlung im Einzelsetting (50 Minuten) 105 Euro pro Einheit, für Gruppensettings (50 Minuten) 120 Euro pro Einheit. Termine, welche kürzer als 24 Stunden vor der geplanten Behandlungseinheit abgesagt oder gar nicht abgesagt wurden, wurden mit jeweils der Hälfte dieser Beträge honoriert und als Terminabsagen dokumentiert.

Die Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen des Programms in Einzel- und Gruppensettings sowie in Elterngesprächen inklusive verrechneter Terminabsagen betragen im Jahr 2022 rund 2.887.920 Euro.

## 6 Psychopharmaka

### 6.1 Datengrundlage und Limitationen

Das folgende Kapitel widmet sich der Entwicklung der Psychopharmaka-Verschreibungen seit dem Jahr 2014. Die Behandlung mit Psychopharmaka und jene mit Psychotherapie werden einander nicht gegenübergestellt. Beide Behandlungsmethoden können unterschiedlichen Indikationen folgen, wie auch die Kombination beider Ansätze häufig sinnvoll ist.

Die vorliegenden Daten wurden vom Dachverband der österreichischen Sozialversicherung (DVSV) zur Verfügung gestellt. Die Beschreibung der Ergebnisse folgt jener aus dem Bericht „Psychotherapie als Sozialversicherungsleistung – Inanspruchnahme und Finanzierung 2020“ (Grabenhofer-Eggerth/Sator 2020). Quelle der Datenauswertung ist die *Maschinelle Heilmittelabrechnung* des DVSV. Die Daten umfassen die auf Kosten der Sozialversicherung im extramuralen Bereich (außerhalb der Krankenhäuser) abgegebenen Verordnungen, d. h., Spitalsbehandlungen sind nicht enthalten. Arzneispezialitäten mit einem Kassenverkaufspreis unter der jeweiligen Rezeptgebühr sind nur dann eingerechnet, wenn die betroffene Person gebührenbefreit war. Auch die Kostenerstattung geht nicht in die vorliegenden Daten ein.

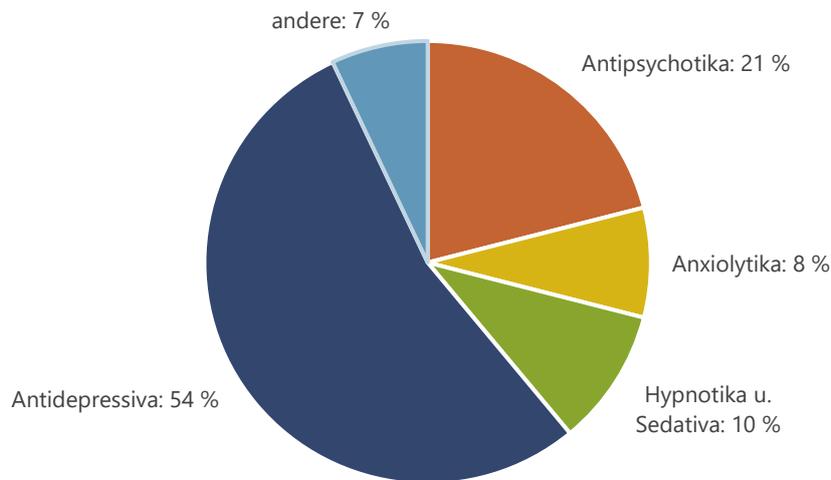
Da in der Gruppe der Anxiolytika zahlreiche und in der Gruppe der Hypnotika und Sedativa fast alle Arzneimittel kostenmäßig unter der Rezeptgebühr liegen, geben die hier vorgestellten Zahlen bei diesen Medikamentengruppen den tatsächlichen Verbrauch nicht adäquat wieder, auch bei anderen Psychopharmaka-Gruppen liegt die tatsächliche Zahl der Verschreibungen über den hier dargestellten Zahlen. Aus dem gleichen Grund sind auch Schwankungen in den Verordnungszahlen über die Jahre mit Vorsicht zu interpretieren. Auch die Markteinführung von Generika bzw. Änderungen in den Verpackungsgrößen können die Daten verzerren. Trotz dieser Einschränkungen und der Tatsache, dass die hinter diesen Zahlen stehende Anzahl an Patientinnen und Patienten nicht abgebildet ist, liefern die Zahlen zumindest einen guten Überblick über die Entwicklung der Psychopharmaka-Kosten für die Sozialversicherungen.

### 6.2 Verschreibungen von Psychopharmaka im Zeitverlauf

#### 6.2.1 Gesamtentwicklung

Im Jahr 2022 wurden vom Dachverband der Sozialversicherungsträger insgesamt 11.868.139 Verordnungen von Psychopharmaka im extramuralen Bereich registriert. 54 Prozent davon waren Antidepressiva, 21 Prozent Antipsychotika, gefolgt von 10 Prozent Hypnotika und Sedativa sowie 8 Prozent Anxiolytika. Die Gruppen „Psychostimulanzien, Mittel für die ADHD und Nootropika“, „Psycholeptika und Psychoanaleptika in Kombination“ und „Mittel zur Behandlung von Suchterkrankungen“ (ATC-Codes: N06B, N06C, N07B) machten zusammen 7 Prozent aus (siehe Abbildung 3).

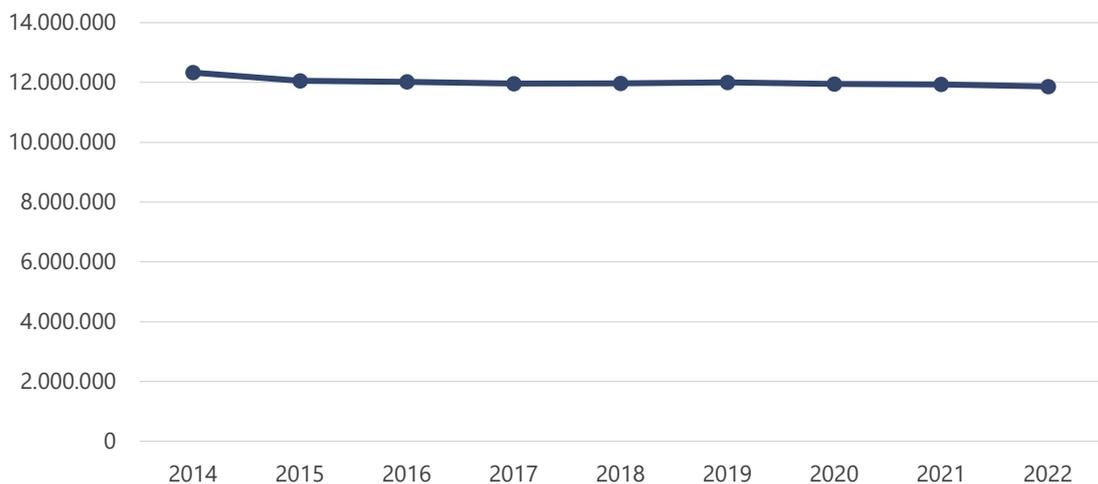
Abbildung 3: Verordnungen von Psychopharmaka im Jahr 2022 (n = 11.868.139)



Quelle: DVSV; Darstellung: GÖG

Betrachtet man die Entwicklung der absoluten Anzahl an Verordnungen, so ist seit dem Jahr 2014 ein Rückgang zu beobachten, die jährlichen Änderungen lagen dabei zwischen +3 und -1 Prozent (siehe Abbildung 4). Der Rückgang seit dem letzten Bericht mit dem Jahr 2014 als Datenbasis (Grabenhofer-Eggerth/Sator 2020) betrug somit rund 4 Prozent (3,76 %).

Abbildung 4: Entwicklung der Psychopharmaka-Verordnungen in den Jahren 2014–2022



Quelle: DVSV; Darstellung: GÖG

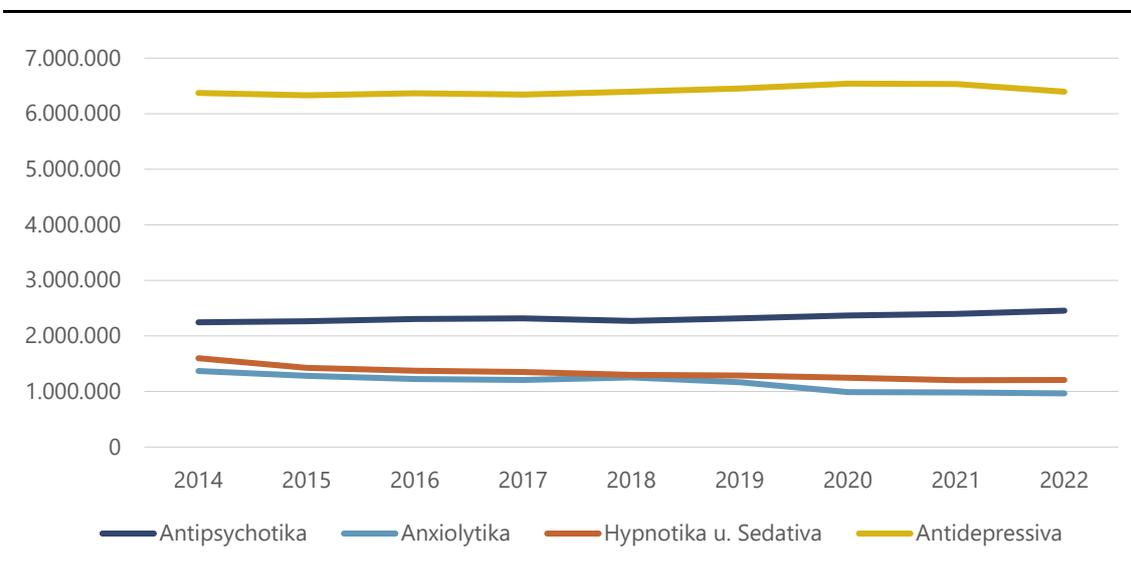
### 6.2.2 Antipsychotika, Antidepressiva, Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa

In der Abbildung 5 sind die Entwicklungen der Verordnungen von Antipsychotika, Antidepressiva, Anxiolytika sowie von Hypnotika und Sedativa im Zeitverlauf zu sehen. Es zeigen sich leichte

Rückgänge bei den Anxiolytika sowie bei den Hypnotika und Sedativa über die Zeitspanne, wobei speziell für die Gruppen der Anxiolytika sowie der Hypnotika und Sedativa auf die in Kapitel 6.1 erwähnten Einschränkungen hinzuweisen ist, da durch den teilweise geringen Preis<sup>13</sup> dieser Präparate mit stärkeren Verzerrungen zu rechnen ist. Die Gruppe der Antidepressiva ist die verschreibungsstärkste Gruppe aller Psychopharmaka und die Zahlen sanken leicht bis 2018. Ab 2019 ist wieder ein geringer Zuwachs zu verzeichnen, der jedoch mit 2021 wieder zurückging. Dies lässt jedoch keine direkten Rückschlüsse auf etwaige Rückgänge bei der „Volkskrankheit Depression“ zu. Außerdem spielt die Einnahme von Antidepressiva auch bei zahlreichen anderen Indikationen eine Rolle. Es scheint eher so, als ob der Rückgang oder die Stagnation der Verordnungszahlen ab 2021 darauf zurückzuführen ist, dass immer mehr Verordnungen unter die Erstattungsgrenze fallen und daher in der *Maschinellen Heilmittelabrechnung* nicht mehr berücksichtigt werden. Es wird vermutet, dass somit viele Verordnungen in der Abrechnung nicht berücksichtigt werden, obwohl diese aber weiterhin von den Patientinnen und Patienten eingelöst werden.

Sobald beispielsweise nur die Anzahl der Verordnungen betrachtet wird, die an die Gruppe der Personen mit Rezeptgebührenbefreiung für den ATC-Code N06A (Antidepressiva) abgegeben wurden, stellt sich ein ansteigender Trend heraus (wobei in den Jahren 2021 und 2022 größere Sprünge zu verzeichnen sind). Es ist wahrscheinlich, dass die Anzahl der privat (unter der Erstattungsgrenze) bezogenen Packungen in diesem Preissegment noch deutlich höher ist, weil Verordnungen unter der Erstattungsgrenze nur für gebührenbefreite Personen mit der SV abgerechnet werden.

Abbildung 5: Entwicklung der Verordnungen von Antipsychotika, Antidepressiva, Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa im Zeitverlauf 2014–2022



Quelle: DVSV; Darstellung: GÖG

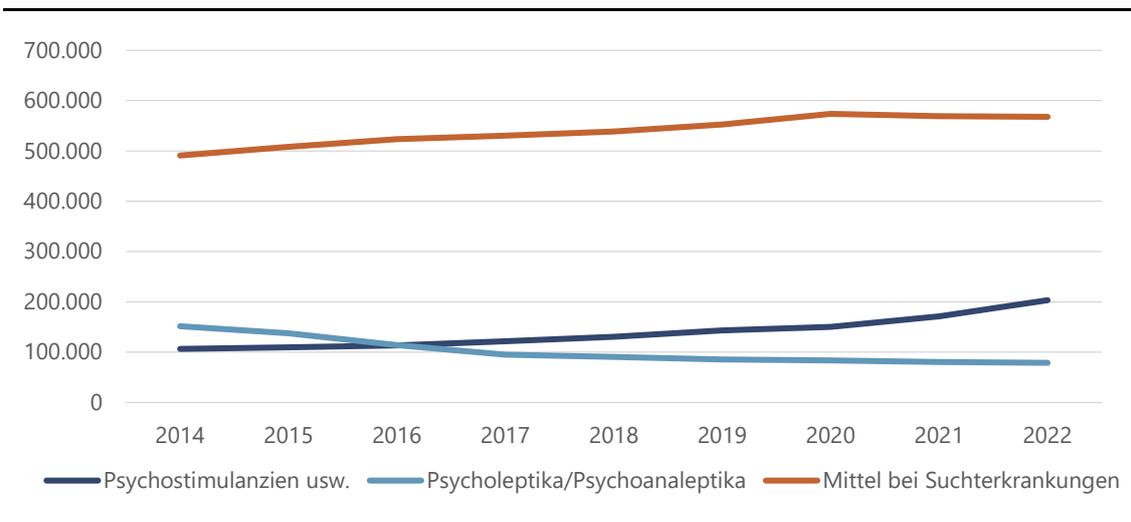
<sup>13</sup> In der *Maschinellen Heilmittelabrechnung* scheinen ausschließlich Verordnungen von jenen Medikamenten auf, deren Preis über der Rezeptgebühr liegt. Eine Ausnahme stellen die Verordnungen an Personen mit Rezeptgebührenbefreiung dar, hier liegen unabhängig vom Preis sämtliche Verordnungen vor.

### 6.2.3 Andere Psychopharmaka

Die Gruppen „Psychostimulanzien, Mittel für die ADHD und Nootropika“, „Psycholeptika und Psychoanaleptika in Kombination“ und „Mittel zur Behandlung von Suchterkrankungen“ machen zusammen rund 7 Prozent der Verschreibungen im Jahr 2022 aus. Die Abbildung 6 zeigt die Entwicklung der Verordnungen im Zeitverlauf.

Es zeigt sich ein Rückgang bei den „Psycholeptika und Psychoanaleptika in Kombination“, aber ein Anstieg bei den „Mitteln zur Behandlung von Suchterkrankungen“ und bei den „Psychostimulanzien, Mitteln für die ADHD und Nootropika“.

Abbildung 6: Entwicklung der Verordnungen der übrigen Psychopharmaka in den Jahren 2014–2022



Quelle: DVSV; Darstellung: GÖG

### 6.2.4 Verordnungen von Psychopharmaka nach Ärzteguppen

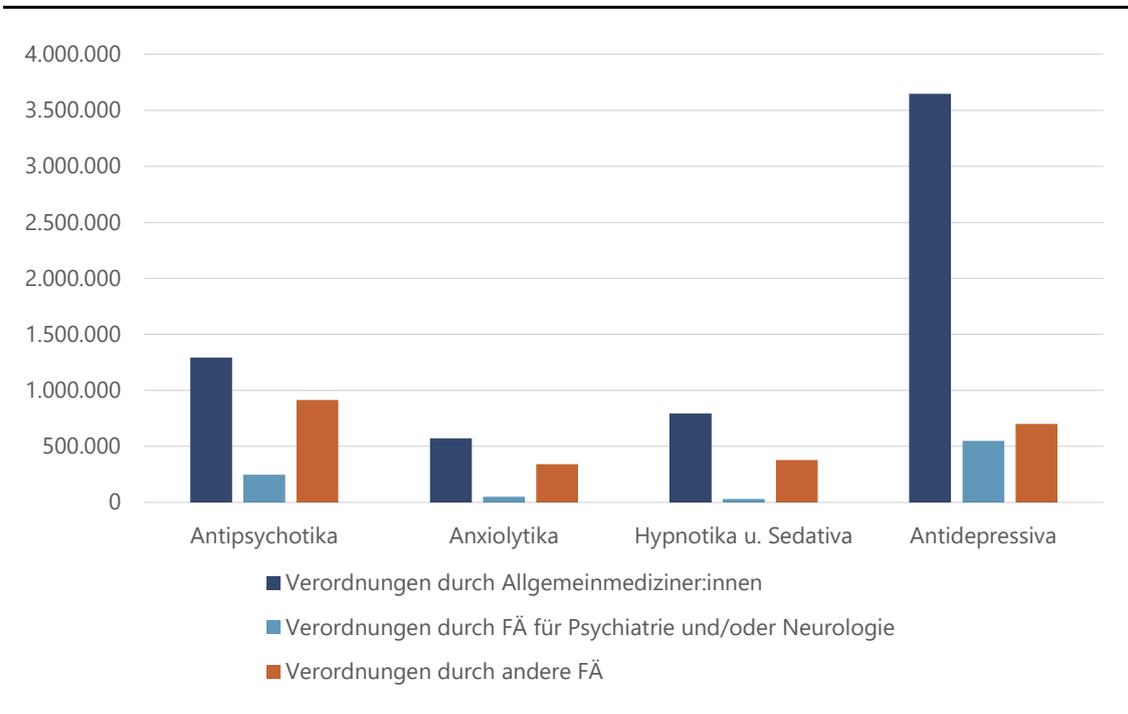
Insgesamt wurden 2022 ca. 57 Prozent der gesamten Psychopharmaka durch Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin verordnet. Von Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und/oder Neurologie wurden 8 Prozent verschrieben. Ca. 35 Prozent wurden durch andere als die genannten Ärztinnen und Ärzte verordnet. Dieser hohe Anteil der „nicht zuordenbarer“ Fachgruppe lässt die Sammelnummern als Ursache ins Blickfeld rücken. Ab 2020, im Zuge der Abwicklung von Verordnungen über die eMedikation als Übergangslösung in der Corona-Zeit, wurden vermehrt Sammelnummern abgegeben.

Im Vergleich dazu wurden 2014 noch 78 Prozent durch Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin verordnet (10 % durch FÄ für Psychiatrie und/oder Neurologie und 12 % durch andere Ärztinnen und Ärzte).

Die meisten Psychopharmaka werden von Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin verschrieben, und zwar 53 Prozent der Antipsychotika, 74 Prozent der Antidepressiva, 59 Prozent der Anxiolytika und 66 Prozent der Hypnotika und Sedativa.

Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und/oder Neurologie verschreiben zwischen 3 Prozent (Hypnotika und Sedativa) und 10 Prozent (Antipsychotika) der Psychopharmaka. Antidepressiva werden zu 11 Prozent und Anxiolytika zu 5 Prozent von Fachärztinnen und -ärzten verschrieben (siehe Abbildung 7).

Abbildung 7: Verordnungen von Antipsychotika, Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa sowie Antidepressiva nach Ärztgruppen im Jahr 2022



Quelle: DVSV; Darstellung: GÖG

Anhand der Daten ist nicht zu erkennen, ob es sich bei den Verordnungen durch Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin um Erst- oder Folgeverordnungen nach einer Erstverordnung durch eine Fachärztin bzw. einen Facharzt handelt. Die Zahlen zeigen jedenfalls, dass Allgemeinmediziner:innen eine wichtige Rolle in der Versorgung von psychisch kranken Menschen spielen. Im Vergleich zum Jahr 2014 haben die Verordnungen durch andere Fachärztinnen und Fachärzte deutlich zugenommen und machen bei den Antipsychotika sogar 37 Prozent aus (2014 waren es 14 %). Auch bei den Anxiolytika und den Hypnotika wird über ein Drittel der Verschreibungen durch sie vorgenommen. 2014 wurden 3 Prozent der Anxiolytika und 3 Prozent der Hypnotika durch Fachärztinnen und Fachärzte verordnet. Bei den Antidepressiva sind es hingegen nur 14 Prozent; das sind nur 3 Prozent mehr als 2014.

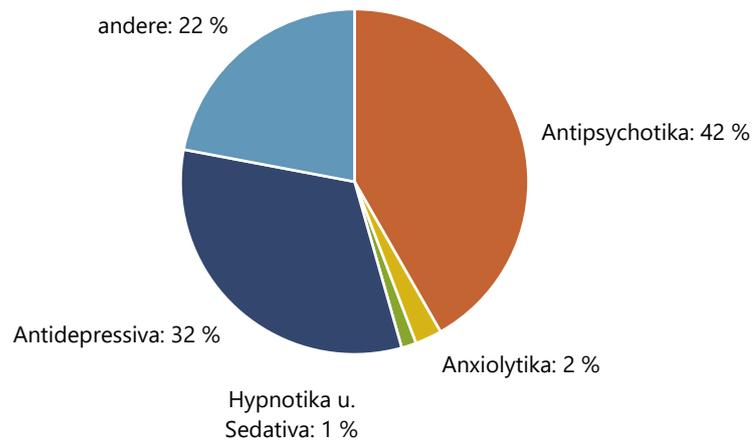
### 6.2.5 Kosten

Im Jahr 2022 haben die Sozialversicherungsträger insgesamt rund 220 Millionen Euro für Psychopharmaka aufgewendet, bei der Erhebung 2014 waren es noch rund 260 Millionen Euro. Den höchsten Kostenanteil bedingt nicht mehr die verordnungstärkste Gruppe der Antidepressiva (54 % aller Verordnungen), sondern die Gruppe der Antipsychotika mit 42 Prozent der Gesamtkosten. Diese trägt im Vergleich zur Verordnungsanzahl (21 %) überproportional viel zu den

Kosten bei. Die Gruppe der Hypnotika und Sedativa sowie die Gruppe der Anxiolytika, die zusammen 24 Prozent der Verordnungen ausmachen, bedingen hingegen nur 3 Prozent der Kosten (siehe Abbildung 8 und Abbildung 9).

Abbildung 8: Kosten der verordneten Psychopharmaka 2022 (100 % = ca. 220 Mio. Euro) in Prozent

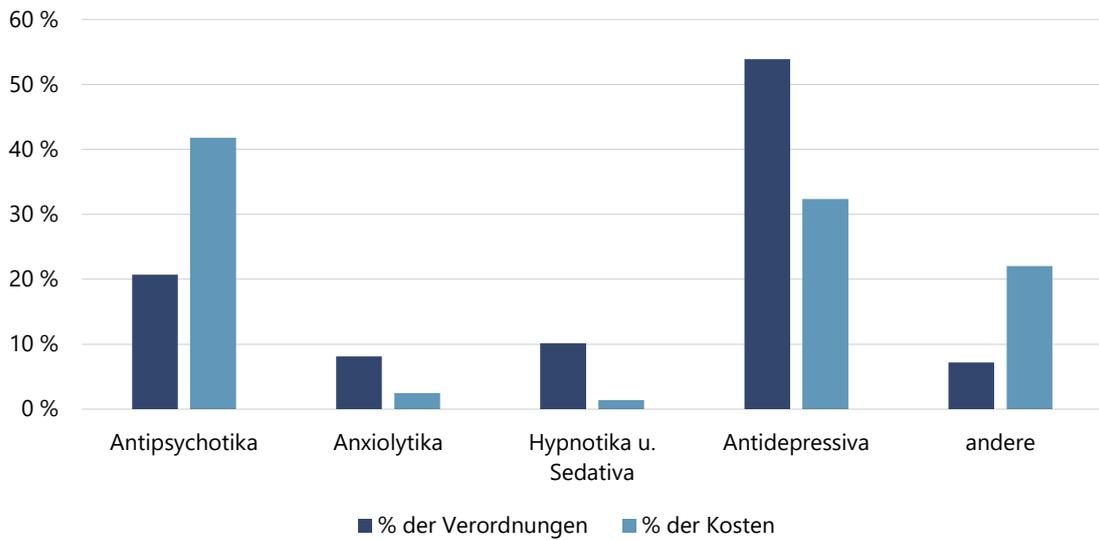
---



---

Quelle: DVSV; Darstellung: GÖG

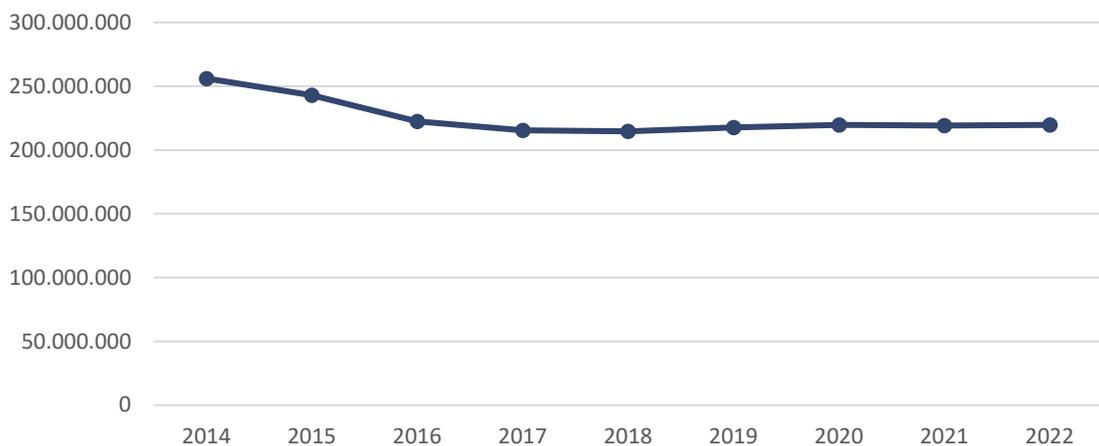
Abbildung 9: Verschreibungs- und Kostenanteile einzelner Psychopharmaka-Gruppen im Jahr 2022 in Prozent



Quelle: DVSV; Darstellung: GÖG

Seit dem Jahr 2014 bis zum Jahr 2018 sind die Aufwendungen für Psychopharmaka deutlich gesunken (siehe Abbildung 10). Ab 2018 ist wieder eine geringe Zunahme bis zu einem Plateau zu verzeichnen. Der Rückgang seit dem letzten Bericht (Grabenhofer-Eggerth/Sator 2020), mit dem Jahr 2014 als Datenbasis, beträgt rund 14 Prozent, bei einer Inflationsrate<sup>14</sup> von rund 20 Prozent im Zeitraum 2015–2022.

Abbildung 10: Entwicklung der Gesamtkosten von Psychopharmaka in den Jahren 2014–2022, in Euro



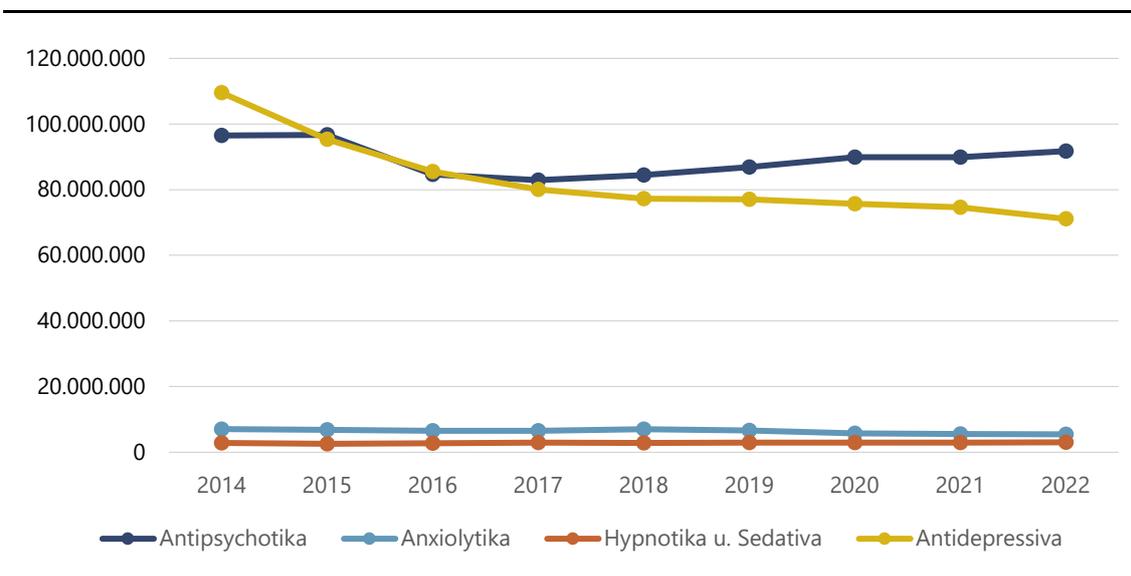
Quelle: DVSV; Darstellung: GÖG

<sup>14</sup> Quelle: WKO, <https://www.wko.at/statistik/eu/europa-inflationsraten.pdf> [Zugriff am 19.08.2024]

Werden die vier Psychopharmaka-Hauptgruppen miteinander verglichen, zeigen sich unterschiedliche Trends. Die Kosten der Antidepressiva sind seit 2014 gefallen und erreichen 2022 den geringsten Wert (während die Verordnungszahlen halbwegs konstant geblieben sind). Die Kosten der Antipsychotika steigen nach einem anfänglichen Rückgang bis 2016 dagegen an und lösen die Antidepressiva als kostenstärkste Gruppe ab (die Verordnungszahlen sind in den Jahren nur leicht gestiegen).

Die Ausgaben für die Anxiolytika sind von 7 Millionen Euro auf 5,5 Millionen Euro gesunken, während die Kosten der Hypnotika und Sedativa leicht gestiegen sind (von 2,8 auf 3 Millionen Euro). Die Verordnungskosten der Hypnotika und Sedativa sowie die Anxiolytika sind ebenfalls im Beobachtungszeitraum gesunken (siehe Abbildung 11).

Abbildung 11: Entwicklung der Kosten von verordneten Psychopharmaka-Gruppen in den Jahren 2014–2022, in Euro



Quelle: DVS; Darstellung: GÖG

### 6.3 Zusammenfassung

Von den Krankenkassen wurden im Jahr 2022 rund 11,8 Millionen Verordnungen von Psychopharmaka im extramuralen Bereich registriert, die Aufwendungen dafür betragen etwa 220 Millionen Euro; das sind etwa 4,9 Prozent der Gesamtausgaben für Heilmittel der österreichischen Sozialversicherungsträger im Jahr 2022 (DVS 2023).

Die Zahl der Verordnungen sank seit dem Jahr 2014 um rund 4 Prozent, die Kosten sanken um rund 14 Prozent. Die Inflationsrate im Zeitraum 2015–2022 liegt bei rund 20 Prozent<sup>15</sup>, d. h., die Kosten sanken noch deutlicher.

<sup>15</sup> Quelle: WKO, <https://www.wko.at/statistik/eu/europa-inflationsraten.pdf> [Zugriff am 19.08.2024]

Den höchsten Kostenanteil verursacht nicht mehr die verordnungstärkste Gruppe der Antidepressiva, sondern mit 42 Prozent der Gesamtkosten die Gruppe der Antipsychotika, die im Vergleich zur Verordnungsmenge (21 %) überproportional zu den Kosten beiträgt. Die Gruppe der Hypnotika und Sedativa sowie die Gruppe der Anxiolytika, die zusammen 18 Prozent der Verordnungen ausmachen, verursachen hingegen nur 3 Prozent der Kosten.

Die Anzahl der Verordnungen von Antidepressiva ist bis 2021 nur noch leicht gestiegen und dann gesunken. Das lässt jedoch keinen direkten Rückschluss darauf zu, dass eine etwaige „Volkskrankheit Depression“ abgenommen hat, da in den letzten Jahren immer mehr Verordnungen unter die Erstattungsgrenze fallen und diese Daten daher in der maschinellen Heilmittelabrechnung nicht mehr sichtbar sind.

Während 2014 noch 78 Prozent der Psychopharmaka von Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin verschrieben worden sind (wobei jedoch nicht festgestellt werden kann, ob es sich dabei um Erst- oder Folgeverordnungen nach einer Erstverordnung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt handelt), sind es 2022 nur mehr 57 Prozent. Die Verordnungen von Antipsychotika, Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa durch Fachärztinnen und Fachärzte haben deutlich zugenommen. Ein hoher Anteil der Verordnungen in den Jahren 2020 bis 2022 durch eine „nicht zuordenbare“ Fachgruppe lässt die Sammelnummern als Ursache ins Blickfeld rücken. Diese Verschiebung ist vor allem der Corona-Sammelnummer geschuldet, denn in der Regel liegt dieser Anteil im Bereich von 5–8 Prozent.

# 7 Einschätzung der Versorgungslage und Empfehlungen

## 7.1 Aktuelle Versorgungs- und Finanzierungssituation

Wie viele Personen durch die einzelnen Psychotherapieangebote im Jahr 2022 versorgt wurden, ist anhand der Datenlage grob einschätzbar.

Über Versorgungsvereine und Institutionen wurden rund 95.100, über bezuschusste Psychotherapie rund 102.750 und durch kasseneigene Einrichtungen rund 1.400 Personen erreicht. Mit psychotherapeutischer Medizin wurden 171.000 Personen versorgt, wobei die Zahlen unterschätzt und vor dem Hintergrund der bereits genannten Datenlücken und -unschärfen zu betrachten sind (siehe Kapitel 4.2).

Insgesamt wurden somit im Jahr 2022 mindestens 370.389 Personen (rund 4 % der Gesamtbevölkerung) mit psychotherapeutischen oder psychotherapienahen Angeboten erreicht. Im Jahr 2014 waren es 237.000 Personen (2,8 % der Gesamtbevölkerung) (Grabenhofer-Eggerth/Sator 2020). Das entspricht einer gesteigerten Versorgung um etwa 133.000 Personen in den letzten Jahren.

An dieser Stelle ist anzumerken, dass auch die Anzahl der anspruchsberechtigten Personen in der Krankenversicherung von 8.424.406 Personen im Jahr 2014 auf 8.942.791 Personen im Jahr 2022 (Zuwachs von 518.385 Anspruchsberechtigten, also 6,2 %) gestiegen ist.

Wirft man einen Blick auf die Verteilung der behandelten Personen pro Angebotsform (siehe Abbildung 12), ist eine differenzierte Bewertung der Versorgungslage möglich: Von den insgesamt 370.389 Personen, die voll oder teilfinanzierte Psychotherapie erhielten, wurde ein Viertel durch Versorgungsvereine und Institutionen erreicht. Dies bedeutet, dass rund 95.117 Personen voll finanzierte Psychotherapie durch Versorgungsvereine und Institutionen in den Bundesländern erhielten. Psychotherapie im Rahmen von Versorgungsvereinen und Institutionen fand größtenteils in Form von 50- oder 60-minütigen Einheiten im Einzelsetting oder in 30-<sup>16</sup> bis 120-minütigen Gruppensitzungen statt, durchgeführt von Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Durchschnittlich fanden knapp 12 Einheiten pro Patient:in in dieser Angebotsform statt, wobei die Spanne der durchschnittlichen Einheiten über die Bundesländer hinweg stark variiert. Diese Rahmenbedingungen (Dauer und Anzahl der Einheiten) sind für Wirkmechanismen, die für die Veränderung bzw. Heilung ausschlaggebend sind, empfehlenswert. Unabhängig von der angewandten psychotherapeutischen Methode, der die Psychotherapeutinnen und -therapeuten folgen, wird die Beziehung zwischen Patientinnen und Patienten sowie Therapeutinnen und Therapeuten als zentral erachtet (Riess 2018). Längere und häufigere Sitzungen tragen mehr zur Förderung von Vertrauen und zur Entwicklung einer stabilen therapeutischen Beziehung bei als kürzere und weniger häufige Sitzungen.

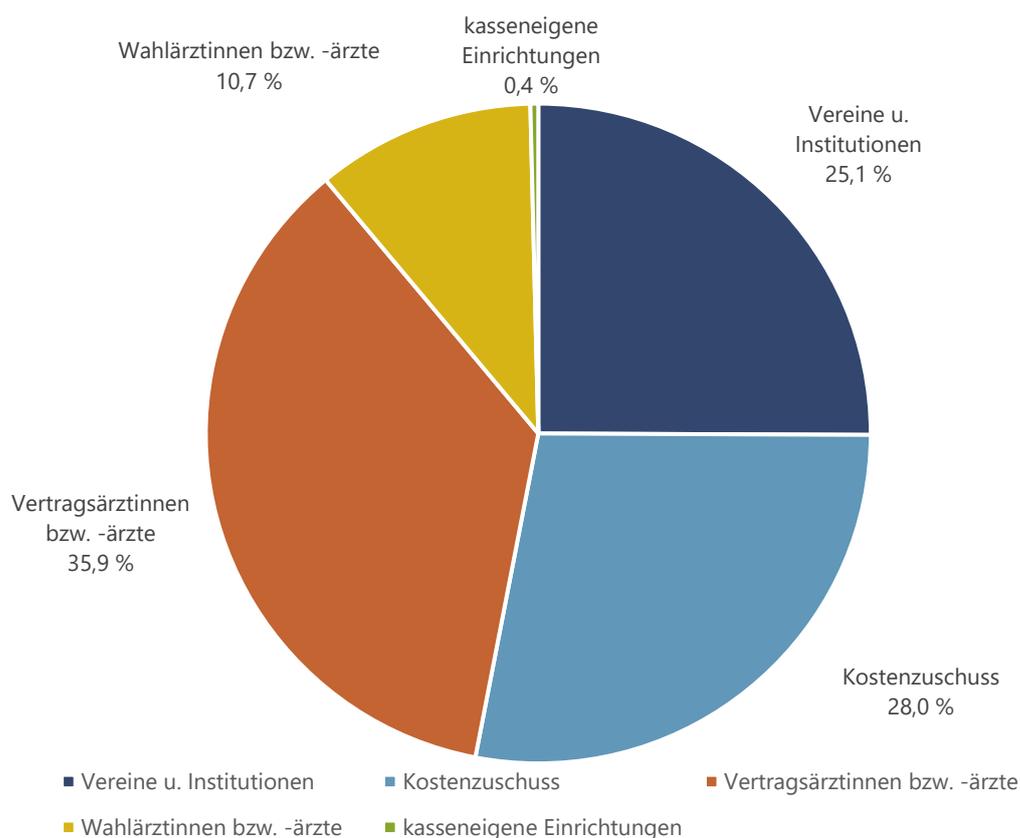
---

<sup>16</sup> 30-minütige Einheiten machen nur einen sehr geringen Anteil (ca. 1.700 Einheiten) im Vergleich zu den 60-minütigen Einheiten (ca. 290.000) und den 120-minütigen Einheiten (ca. 23.000) aus.

Die Angebotsform der Kostenzuschüsse wurde von etwa 30 Prozent der insgesamt 370.389 Personen beansprucht. Knapp 103.000 Personen erhielten demzufolge teilfinanzierte Psychotherapie, durchgeführt von Psychotherapeutinnen und -therapeuten in freier Praxis im gängigen 50- bis 60-minütigen Einzelsetting. Die durchschnittliche Anzahl der Einheiten pro Patient:in lag hier bei 9 Einheiten. Die Höhe der bezuschussten Beträge der Sozialversicherungsträger deckte allerdings nur etwa ein Viertel bis die Hälfte der Kosten einer Psychotherapiesitzung.

Die weitaus größte Anzahl (knapp 50 %) aller Personen, die voll oder teilfinanzierte Psychotherapie bzw. psychotherapienahe Behandlungen erhielten, wurde mit „psychotherapeutischer Medizin“ erreicht. Über 171.000 Patientinnen und Patienten wurden von Vertrags- und Wahlärztinnen und -ärzten mit psychotherapeutisch-medizinischen Leistungen, welche von 10- bis 90-minütigen Einzelsitzungen reichten, versorgt. Bei Vertragsärztinnen und -ärzten wurden durchschnittlich 1,4 Einheiten pro Patient:in in Anspruch genommen (Spanne an Einheiten pro Patient:in: 1,3–6,4), bei Wahlärztinnen und -ärzten ca. 4 Einheiten (Spanne an Einheiten pro Patient:in: 1,8–7,2). Längere Einheiten (50–90 Minuten) lagen im Schnitt bei 2,5 (Vertragsärztinnen und -ärzte) bzw. bei 5 (Wahlärztinnen und -ärzte), kürzere Einheiten (10–30 Minuten) bei 2,3 für beide Behandlergruppen. Die Einheiten pro Patient:in in dieser Angebotsform waren deutlich kürzer und durchschnittlich geringer in der Anzahl als psychotherapeutische Einheiten im Rahmen von Vereinen und Institutionen und bezuschusster Psychotherapie.

Abbildung 12: Prozentsatz der im Jahr 2022 behandelten Personen, nach Angebotsform



Quelle: SV-Träger; Berechnung und Darstellung: GÖG

Diese Unterschiede deuten darauf hin, dass es sich bei ärztlichen „psychotherapeutischen Leistungen“ und bei Psychotherapie durch Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten in freier Praxis, in Vereinen bzw. Institutionen um unterschiedliche Angebote handeln dürfte, die nur schwer vergleichbar sind. Wenn lediglich die Anzahl und Dauer der angebotenen Einheiten pro Patient:in beachtet wird, könnte es sich bei den ärztlichen Leistungen häufig um Beratungs- oder Motivationsgespräche sowie Kurzinterventionen oder Indikationsgespräche handeln. Damit spielen Ärztinnen und Ärzte, die psychotherapeutische Leistungen im Rahmen der PSY-Diplome anbieten, eine zentrale Gatekeeperrolle in der psychosozialen Versorgung. Sie sind in der Lage, den Bedarf an Leistungen im Bereich der psychischen Gesundheit zu erkennen und an passende Versorgungseinrichtungen weiterzuleiten (Riedel 2015). Sie verfügen nicht nur über umfassendes Wissen zu somatischen und psychischen Erkrankungen sowie deren Wechselwirkungen, sondern spielen eine entscheidende Rolle beim (Erst-)Erkennen psychischer Erkrankungen. Darüber hinaus können sie Hilfesuchende gezielt an weiterführende psychosoziale Angebote weitervermitteln und sie zur Therapie motivieren. Ihre Leistungen bilden wichtige Schnittstellen, um Wartezeiten zu überbrücken und damit das gesamte Versorgungssystem zu entlasten.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass im Jahr 2022 nur etwa **1 Prozent (ca. 96.500 Personen im Rahmen von Vereinen und Institutionen und kasseneigenen Einrichtungen)** der österreichischen Bevölkerung mit **voll finanzierter Psychotherapie**, wie sie im Sinne der gängigen Wirkfaktorenmodelle verstanden wird, erreicht werden konnte. Der Rest der behandelten Personen wird über teilfinanzierte Psychotherapie, nämlich über Kostenzuschüsse (ca. 102.750 Personen) erreicht. Der Großteil (ca. 171.000 Personen) wird mit psychotherapienahen ärztlichen Leistungen (psychotherapeutische Medizin) erreicht. Die ÖGK nennt das Ziel, dass mindestens 1,23 Prozent der österreichischen Bevölkerung mit kassenfinanzierter Psychotherapie versorgt werden sollen (BMSGPK 2024).

**Hinsichtlich der Aufwendungen** wurden von den Sozialversicherungsträgern im Jahr 2022 mindestens rund 135 Millionen Euro für Psychotherapie bzw. psychotherapeutische Medizin als Sachleistung oder für Teilfinanzierungen von Psychotherapie ausgegeben<sup>17</sup>, das sind rund 2,3 Prozent der Ausgaben der österreichischen Sozialversicherungsträger für „Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen“ im Jahr 2022 (DVSV 2023). Im Vergleich zum Jahr 2014 entspricht das einem Zuwachs von rund 80 Prozent.

Von den Gesamtaufwendungen entfielen 56,4 Prozent auf durch Vereine und Institutionen erbrachte Psychotherapie, 23,8 Prozent auf Kostenzuschüsse zur psychotherapeutischen Behandlung bei Therapeutinnen und Therapeuten in freier Praxis, 19,4 Prozent auf Leistungen durch Vertrags- und Wahlärztinnen bzw. -ärzte und 0,4 Prozent auf die Leistungen kasseneigener Einrichtungen.

Die Aufwendungen für kassenfinanzierte Psychotherapie durch Vereine bzw. Institutionen sind seit 2014 um **67,9** Prozent angestiegen. Die Kostenzuschüsse zu Psychotherapien in freier Praxis sind seit 2014 um **127** Prozent gestiegen. Die Aufwendungen für Leistungen durch Vertrags- und Wahlärztinnen bzw. -ärzte unter dem Titel „psychotherapeutische Medizin“ sind zusammen – wenn man nur jene Kassen vergleicht, von denen aus beiden Jahren vollständige Daten vorliegen – um **73** Prozent gestiegen, wobei hier zwischen den einzelnen Kassen sehr große Unterschiede

---

<sup>17</sup> Der tatsächliche Wert ist etwas höher, denn Aufwendungen von einigen Vertragspartnern standen aufgrund unterschiedlicher Hintergründe nicht zur Verfügung.

bestehen (siehe dazu Kapitel 0). Die Aufwendungen für Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen sind um **43** Prozent gesunken. Alle Änderungswerte liegen deutlich über bzw. unter der Inflationsrate in dem Zeitraum (von 2015–2022 liegt die Inflationsrate bei rund 20 %<sup>18</sup>).

Die Aufwendungen pro 100 Anspruchsberechtigte bewegen sich etwa zwischen 1.096 und 2.419 Euro pro Jahr, der Durchschnitt liegt bei rund 1.493 Euro im Jahr 2022 (im Jahr 2014 lag dieser bei 843 Euro), wobei die verschiedenen Versicherungsträger sehr unterschiedliche Schwerpunkte setzen (siehe Tabelle 17). Die meisten ÖGK-Landesstellen geben mehr Geld für Psychotherapie bei Vereinen und Institutionen aus, nur die ÖGK-Landesstelle Vorarlberg finanziert überwiegend ärztliche psychotherapeutische Leistungen (wobei hier angemerkt sei, dass in Vorarlberg im Bereich der nichtärztlichen Psychotherapie eine Kofinanzierung mit dem Land erfolgt, d. h., beim angeführten Betrag handelt es sich um die Pauschalzahlung der SV-Träger für das Jahr 2022, die um die Pauschalzahlungen seitens des Landes ergänzt wird).

Insgesamt zeigt sich im Kassenvergleich ein heterogenes Bild, sowohl hinsichtlich der Schwerpunktsetzung als auch hinsichtlich des Aufwendungsvolumens.

Tabelle 17: Verteilung der Aufwendungen auf die unterschiedlichen Finanzierungsformen (in Prozent) und Aufwendungen pro 100 Anspruchsberechtigte (in Euro)

Träger	Psychotherapie durch Vereine und Institutionen (in %)	Kostenzuschüsse (in %)	Ärztliche psychotherapeutische Leistungen (in %)	Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen (in %)	Aufwendungen pro 100 Anspruchsberechtigte (Euro)
ÖGK-B	76	12	12	0,0	2.033
ÖGK-K	43	20	37	0,0	951
ÖGK-NÖ	70	24	6	0,0	1.111
ÖGK-OÖ	71	17	11	1,1	1.171
ÖGK-S	84	12	5	0,0	1.951
ÖGK-ST	75	14	10	0,9	1.261
ÖGK-T	79	21	0	0,0	1.261
ÖGK-V	21	11	68	0,0	2.012
ÖGK-W	69	30	0	1,0	1.319
BVAEB	27	34	39	0,0	2.154
SVS	23	35	42	0,0	1.096
<b>Gesamt</b>	<b>56</b>	<b>24</b>	<b>19</b>	<b>0,4</b>	<b>1.385</b>

Quelle: SV-Träger; Darstellung und Berechnung: GÖG

Neben den Ausgaben für Psychotherapie und psychotherapeutische Medizin wurden im Jahr 2022 deutlich mehr – nämlich rund 220 Millionen Euro – für die Versorgung mit Psychopharmaka aufgewandt. In diesem Zusammenhang wurden 11,8 Millionen Verordnungen von Psychopharmaka im extramuralen Bereich registriert. Seit 2014 ist die Zahl der Verordnungen um etwa 4 Prozent gesunken, während die Aufwendungen um rund 14 Prozent zurückgegangen sind. Berücksichtigt man die Inflationsrate von etwa 20 Prozent im Zeitraum 2015 bis 2022, sind die Kosten sogar noch deutlicher gesunken. Dies lässt jedoch keinen direkten Rückschluss darauf zu,

<sup>18</sup> Quelle: WKO, <https://www.wko.at/statistik/eu/europa-inflationsraten.pdf> [Zugriff am 19.08.2024]

dass der Anteil der Menschen, die unter Depression leiden, in der Bevölkerung abgenommen hat. Antidepressiva werden auch zur Behandlung anderer Indikationen wie Schlafproblemen und Angststörungen etc. eingesetzt. Zudem sind in den letzten Jahren immer mehr Verordnungen unter die Erstattungsgrenze gefallen und scheinen daher in der maschinellen Heilmittelabrechnung nicht mehr auf.

Zusammenfassend ist anzumerken, dass sich seit der letzten Erhebung im Jahr 2014 die Aufwendungen der Sozialversicherungsträger für Psychotherapie wesentlich erhöht haben (um ca. 80 %), während gleichzeitig die Aufwendungen für verordnete Psychopharmaka abgenommen haben (um ca. 14 %). Dadurch konnten auch deutlich mehr Personen kassenfinanzierte Psychotherapie in Anspruch nehmen. Ob und inwiefern der Bedarf an psychosozialer therapeutischer Behandlung gedeckt ist, wird im folgenden Abschnitt (Kapitel 7.2) untersucht.

## 7.2 Einschätzung der Bedarfsgerechtigkeit: Quantitatives Angebot an psychotherapeutischer Behandlung

In den folgenden Abschnitten (7.2 und 7.3) wird die Bedarfsgerechtigkeit der seit 2001 in Österreich vollzogenen Weiterentwicklung der Psychotherapie als Sachleistung bzw. als bezuschusste Leistung analysiert und hinsichtlich der damit verbundenen Effekte auf die psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung bewertet (Danzer et al. 2007; Glatz/Schaffnerberger 2002; Schaffnerberger et al. 2004; Eggerth 2010).

Vorab ist notwendig, zu erwähnen, dass die folgende Liste Indikatoren für eine optimale psychotherapeutische Versorgung zusammenfasst (nach Schaffnerberger et al. 2004):

- Das quantitative Angebot an psychotherapeutischer Behandlung entspricht dem Bedarf; das heißt, dass jede Person mit Bedarf an Psychotherapie auch Zugang zur Behandlung hat, dass die Dauer der Behandlung und der Stundenumfang dem jeweiligen Bedarf entsprechend gewährleistet werden und keine unangemessenen Wartezeiten bis zum Behandlungsbeginn bestehen.
- Der bzw. die Psychotherapeut:in ist geografisch leicht erreichbar.
- Die psychotherapeutische Behandlung entspricht den Qualitätsstandards.
- Es besteht Wahlfreiheit bezüglich der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten.
- Es besteht Wahlfreiheit bezüglich der Psychotherapiemethode.
- Es besteht Wahlfreiheit bezüglich des Settings.

Die Einschätzung, inwieweit die bestehenden Angebotsformen diesen Anforderungen genügen, ist auf Basis der vorhandenen Daten nicht für alle angeführten Indikatoren möglich. Die Bewertung erfolgt daher nach den folgenden Gesichtspunkten:

- quantitative Bedarfsgerechtigkeit,
- Zugänglichkeit für alle Patientinnen und Patienten,
- Flächendeckung und
- Wahlfreiheit.

Der folgende Abschnitt widmet sich dem Punkt der quantitativen Bedarfsgerechtigkeit und stellt Behandelten-Zahlen des vorliegenden Berichts den Bedarfszahlen aus der österreichischen Bevölkerung gegenüber.

Um Bedarfszahlen der österreichischen Bevölkerung zu ermitteln, wird die einzige Repräsentativ-erhebung zu psychischen Erkrankungen von Erwachsenen (18 bis 65 Jahre) in Österreich (Wancata 2017) herangezogen. In der Studie wurde eine Ein-Jahres-Prävalenz von psychischen Erkrankungen gemäß ICD-10 (F0-F9) von 22,7 Prozent und eine Ein-Monats-Prävalenz von 18,7 Prozent der Bevölkerung ermittelt. Die Werte liegen damit etwas unter jenen aus Deutschland (Wittchen/Jacobi 2005), was laut Wancata (2017) darauf zurückzuführen sein dürfte, dass die deutsche Studie teilweise auf Laieninterviews beruht, während die Interviews in Österreich ausschließlich durch Fachleute der Medizin und Psychologie durchgeführt wurden. Als entsprechend valide kann daher auch die Einschätzung des Behandlungsbedarfs in der Studie von Wancata (2017) angesehen werden. Nach klinischer Einschätzung der Behandler:innen wurden am häufigsten Psychopharmaka (16,7 %), gefolgt von Psychotherapie (13,8 %) und stützenden Gesprächen bzw. Beratung (13,6 %) benötigt. Bezogen auf den Psychotherapiebedarf in der Bevölkerung von 13,8 Prozent, geben von diesen allerdings fast 30 Prozent an, dass ihnen ihrer Meinung nach diese Behandlung sicher nicht helfen würde. Insofern ist von einer geringeren Behandlungsbereitschaft als Behandlungsbedürftigkeit auszugehen.

Eine weitere oft zitierte Studie des ÖBIG aus dem Jahr 1997 (Schaffenberger et al. 1997) kommt zu dem Schluss, dass zwischen 2,1 und 5 Prozent der Bevölkerung pro Jahr psychotherapiebedürftig und -willig sind. Allerdings wurde bereits damals darauf hingewiesen, dass diese Zahl von sehr vielen Einflussfaktoren wie der Verfügbarkeit unterschiedlicher Unterstützungssysteme und Behandlungsangebote oder von Weitermittlungswegen abhängig ist. Aus heutiger Sicht muss man auch die Frage der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen mit einkalkulieren.

Zur Ermittlung des Bedarfs unter Kindern und Jugendlichen wird die Studie „Mental Health in Austrian Teenagers“ (MHAT) herangezogen. Die in den Jahren 2013 bis 2015 durchgeführte Studie ist die erste und einzige repräsentative epidemiologische Studie für Kinder und Jugendliche zwischen 10 und 18 Jahren in Österreich (Wagner et al. 2017; Zeiler et al. 2018). Dabei wurde die Prävalenz verschiedener Indikationen erhoben. Laut Zeiler et al. (2018) erfüllte auf Basis der MHAT-Studie im Jahr 2014 rund ein Fünftel der 10- bis 18-Jährigen die Diagnosekriterien gemäß DSM-5 für zumindest eine psychische Erkrankung (Punktprävalenz); rund 13 Prozent sollten aufgrund des Schweregrades (GAF-Wert unter 70) unbedingt eine professionelle Behandlung erhalten.

Es ist anzunehmen, dass der Bedarf und die oben genannten Prävalenzen während der Pandemie bzw. der gegenwärtigen multiplen Krisen gestiegen sind. Bei einem hypothetischen Anstieg von 10 Prozent der Behandlungsbedürftigen könnte der Behandlungsbedarf auf 14,3 Prozent der Kinder und Jugendlichen sowie auf über 15 Prozent der Erwachsenen steigen. Da jedoch etwa die Hälfte der Erwachsenen und ein Drittel der Kinder trotz Leidensdruck keine Behandlung anstreben (wegen Stigma, mangelnder Gesundheitskompetenz), blieben selbst bei einer vorsichtigen Schätzung **rund 9 Prozent der Bevölkerung mit Behandlungsbedarf und -bereitschaft** (Psychotherapie, klinisch-psychologische Behandlung, psychotherapeutische Medizin, psychiatrische Behandlung).

Von den im Jahr 2022 insgesamt durch psychotherapeutische bzw. psychotherapienahe Angebote erreichten Personen (mindestens 370.389 Personen, etwa 4 % der Gesamtbevölkerung), kann festgehalten werden, dass nur etwa 1 Prozent (ca. 95.100 Personen im Rahmen von Vereinen, Institutionen und kasseneigenen Einrichtungen) der österreichischen Bevölkerung mit voll finanzierter Psychotherapie, wie sie im Sinne der gängigen Wirkfaktorenmodelle in der

Psychotherapie verstanden wird, erreicht werden konnte. Eine zentrale Erkenntnis des Wirkfaktorenmodells ist die therapeutische Beziehung, die als entscheidender Faktor für den Erfolg der psychotherapeutischen Behandlung gilt. Eine höhere Anzahl an Einheiten pro Patient:in könnte eine tragfähige und vertrauensvolle Beziehung zwischen Therapeut:in und Patient:in fördern, was die Wirksamkeit der Therapie maßgeblich positiv beeinflusst. Das Angebot an voll finanzierter Psychotherapie ermöglicht Patientinnen und Patienten, eine höhere Anzahl an Therapieeinheiten zu besuchen, als teilfinanzierte Psychotherapie. Der Rest (171.000 Personen, ca. 47 % der 370.389 Personen) wird durch sogenannte psychotherapeutische Medizin, die in Dauer und Umfang nicht mit einer „klassischen“, dem gängigen Wirkungsmodell entsprechenden Psychotherapie vergleichbar sind. Das heißt, es werden zwar viele Personen durch dieses Angebot erreicht, im Schnitt werden jedoch nur ein bis zwei Einheiten (bei Vertragsärztinnen und -ärzten) bzw. vier Sitzungen (bei Wahlärztinnen und -ärzten) pro Patient:in in Anspruch genommen.

Basierend auf den vorliegenden Zahlen kann festgehalten werden, dass das aktuelle Angebot an von den Kassen voll und teilfinanzierter Psychotherapie sowie das Angebot an von den Kassen voll finanzierten psychotherapienahen Angeboten den Bedarf an psychosozialer therapeutischer Behandlung (9 % der Gesamtbevölkerung) nicht deckt. In Summe werden, basierend auf den Zahlen der vorliegenden Studie, lediglich 4 Prozent der Gesamtbevölkerung durch psychotherapeutische oder psychotherapienahe Angebote erreicht. Nur 1 Prozent wird durch voll finanzierte Psychotherapie erreicht.

Demnach ist die Notwendigkeit für Psychotherapie größer als die tatsächliche Inanspruchnahme. Auch wenn Unterstützungs- und Behandlungsangebote deutlich ausgebaut wurden, Bestrebungen zur Verbesserung der Versorgungslage bestehen und Maßnahmen geplant wurden<sup>19</sup>, zeigen die Zahlen des Jahres 2022, dass eine bedarfsgerechte Versorgung im Sinne des quantitativen Angebots von Psychotherapie als Sachleistung noch nicht erreicht wurde. Die Ergebnisse dieser Analyse sollen Empfehlungen zur Weiterentwicklung der bedarfsgerechten Versorgung liefern, insbesondere zur Erweiterung des Angebots, zu dessen Qualität und Zugangsmöglichkeiten. Ziel ist, den Behandlungsbedarf von mindestens 9 Prozent der Bevölkerung durch mindestens ein Drittel voll finanzierter Psychotherapie abzudecken und somit das bestehende Angebot an voll finanzierter Psychotherapie deutlich zu erweitern.

---

<sup>19</sup> Es ist wichtig, zu beachten, dass im Regierungsprogramm 2020–2024 voll finanzierte Therapieplätze und der Ausbau psychotherapeutischer Leistungen geplant waren, mit besonderem Fokus auf die Gesundheit von Kindern. Eine interdisziplinäre „Clearingstelle“ sollte den Bedarf erheben und eine schnelle zielgerichtete Behandlung sicherstellen. Mehrfach qualifizierte Berufsangehörige könnten die individuellen Behandlungsbedarfe ermitteln. Eine breite Einigung zur Schaffung solcher Clearingstellen wurde erzielt. Die Krankenversicherungsträger sind für die Erweiterung der psychotherapeutischen Versorgung, insbesondere für Kinder und Jugendliche, zuständig. Die ÖGK akzeptierte im vierten Quartal 2020 eine Überschreitung der Behandlungskontingente und ab 2021 sollten die Behandlungskapazitäten erheblich erhöht werden (BMSGPK 2021). Auch die Versorgungsvereine meldeten dies in der aktuellen Befragung großteils zurück, denn Stundenübertragungen des Vorjahrs seien möglich (Netzwerk Psychotherapie Steiermark) oder der Bedarf an Kontingenterweiterung bestehe gar nicht (Burgenland). Zudem sei eine Kontingenterweiterung nach Rücksprache/Neuverhandlung mit der SV möglich (Kärnten, OÖ, Wien, NÖ). Auch die Deckelung in Tirol sei mittlerweile einer dynamischen Bedarfsfeststellung gewichen, was bedeutet, dass die laufenden Gespräche zur Deckelanpassung keine Sperrung mehr verursachen. Aber nicht bei allen ist dies der Fall, z. B. der VAPP Steiermark gibt an, dass es bei Kontingentausschöpfung dann zu einer halbjährlichen Wartezeit oder Eigenfinanzierung kommt. Bei der BVAEB und der SVS gibt es keine Deckelung.

### 7.3 Einschätzung der Bedarfsgerechtigkeit im Sinne von Zugang, Flächendeckung und Wahlfreiheit

Dieser Abschnitt widmet sich der Bewertung der Zugänglichkeit von psychotherapeutischen Angeboten im Sinne der Informationsgewinnung und Behandlung, der Flächendeckung des Angebots und der Freiheit der Patientinnen und Patienten bei der Wahl der Therapeutinnen und Therapeuten.

#### Zugang

Informationen über kassenfinanzierte nichtärztliche Psychotherapieplätze sind grundsätzlich durch direktes Erfragen bei den vorab ausgewählten Psychotherapeutinnen und -therapeuten erhältlich. In Österreich tätige Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind beispielsweise über die Psychotherapeutenliste des BMSGPK zu finden (<https://psychotherapie.ehealth.gv.at/>). Dort kann nach Methode, Name und Geschlecht der Behandler:innen sowie nach Postleitzahl gefiltert werden. Die Möglichkeit, nach kassenfinanzierten Psychotherapieplätzen zu suchen, besteht hier nicht. Damit ist dieses Vorgehen für viele Therapiesuchende ein aufwendiges Unterfangen. Für eine effizientere Suche nach Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit (freien) kassenfinanzierten Plätzen gibt es zwei Websites. Zum einem gibt es auf dem überregionalen Internetportal „PsyOnline“ ([www.psyonline.at](http://www.psyonline.at)) eine Suchfunktion für freie Kassenplätze. Diese ermöglicht u. a. eine Suche nach Gruppenpsychotherapie auf Krankenschein (volle Kostenübernahme), Psychotherapie auf Krankenschein (volle Kostenübernahme) und auch nach kostenloser psychotherapeutischer Betreuung für Menschen ohne Versicherung. Dabei werden jeweils Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit freien Plätzen, mit Wartelisten für freie Plätze und ohne freie Plätze angezeigt. Wie vollständig bzw. tagesaktuell diese Angaben sind, wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht überprüft. Des Weiteren gibt es online die „Psychotherapeut:innen-Suche“ des ÖBVP ([www.psychotherapie.at/patientinnen/psychotherapeutinnen-suche](http://www.psychotherapie.at/patientinnen/psychotherapeutinnen-suche)), die Hilfesuchenden u. a. ermöglicht, nach Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit freien Plätzen und freien Kassenplätzen zu filtern. Damit müssen Hilfesuchende (zumindest theoretisch) nicht mehr Vereine oder Behandler:innen „durchtelefonieren“, was besonders für schwer erkrankte Personen häufig eine große bis unüberwindbare Hürde darstellt. Allerdings sind auch für die Nutzung des Internetportals gewisse Voraussetzungen wie Internetzugang und Gesundheitskompetenz inklusive entsprechender Motivation notwendig.

Manche Versorgungsvereine bieten zudem eigene Portale zur Suche von freien Kassenplätzen an (z. B. Netzwerk Psychotherapie Steiermark<sup>20</sup>), wo nach Angebot (Einzel- oder Gruppentherapie) sowie nach Geschlecht, Bezirk und Organisation gesucht werden kann.

Die bei der in den meisten Bundesländern übliche Priorisierung des Angebots von kassenfinanzierter Psychotherapie für schwer erkrankte Personen spricht dafür, dass die gesundheitspolitische Zielsetzung einer möglichst früh einsetzenden Behandlung, um eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes sowie eine Chronifizierung zu verhindern, nicht erreicht wird (Riedel 2015). In manchen Bundesländern wird nicht (mehr vorrangig) nach Schweregrad, sondern nach Dringlichkeit priorisiert, wonach auch Personen mit leichteren Erkrankungen schneller einen freien Platz bekommen.

---

<sup>20</sup> <https://psychotherapie-steiermark.net/patientinnen/> [Zugriff am 12.12.2024]

Viele Patientinnen bzw. Patienten weichen zu Therapeutinnen oder Therapeuten aus, die keinen voll kassenfinanzierten Platz anbieten können. In diesem Fall können die Versicherungsträger einen Kostenzuschuss gewähren. Voraussetzung für das Gewähren eines Kostenzuschusses zur Psychotherapie bei Therapeutinnen bzw. Therapeuten in freier Praxis ist das Vorliegen einer krankheitswertigen Störung. Der Kostenzuschuss wurde in den letzten Jahren erhöht (siehe Kapitel 2.4 für mehr Informationen zu Kostenzuschüssen), deckt aber nur rund ein Drittel oder in manchen Fällen knapp die Hälfte der Therapiekosten.

Zum Bereich der durch Klientinnen und Klienten frei finanzierten Psychotherapie wurden keine Daten erhoben, da der Fokus der Studie auf der kassenfinanzierten Psychotherapie lag.

### **Geografische Erreichbarkeit**

Die Anforderung an die geografische Erreichbarkeit (Flächendeckung) ist weitgehend erfüllt, in den meisten österreichischen Bezirken sind Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten tätig (Sagerschnig 2023), die Psychotherapie als Sachleistung zumindest in eingeschränktem Ausmaß anbieten können. Die Befragung der Versorgungsvereine zeigt auch, dass die Vereine an der weiteren regionalen Streuung arbeiten und dabei verschiedene Maßnahmen setzen, z. B. höheres Honorar für entlegene Stellen, Vorreihung von Patientinnen und Patienten aus versorgungsschwachen Regionen oder Förderung der Gründung von niedergelassenen Praxen in der Peripherie. Zur Unterstützung betreibt z. B. die Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung Tirols (Ges.f.P.V.T.) seit 2011 im Auftrag der ÖGK ein in allen Bezirken verankertes wohnortnahes psychosoziales Beratungsangebot (in den Servicestellen der ÖGK). Darauf aufbauend, gibt es in den ausgebauten Stützpunkten der Ges.f.P.V.T. ein Gruppenpsychotherapieangebot mit 20 halb-offenen Psychotherapiegruppen (Clearing-, Basis-Intensivgruppen).

### **Wartezeiten und Wahlfreiheit**

Ein relevantes Kriterium für die Einschätzung der Bedarfsgerechtigkeit des Angebots ist die Wahlfreiheit bezüglich psychotherapeutischer Methode, Setting und insbesondere der behandelnden Person. Letzteres ist in allen Vereinen zwar vorgesehen, in der Praxis aber nur bedingt gegeben, da aufgrund der Knappheit des Angebots die Behandlung bei der Psychotherapeutin bzw. dem Psychotherapeuten der Wahl eventuell nicht möglich ist. Es gibt generell **Wartezeiten** auf freie Kassenbehandlungsplätze bzw. die Notwendigkeit, jene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aufzusuchen, die noch freie Kapazitäten haben. Laut Riedel (2015) sind Wartezeiten für Patientinnen und Patienten von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedlich und reichen von drei Wochen bis zu vier Monaten, wobei darauf verwiesen wird, dass die Wartezeiten wegen der heterogenen Modelle vorsichtig zu interpretieren sind. Auch in der aktuellen Befragung zeigte sich ein ähnliches Bild. Zum Beispiel teilte PROGES OÖ mit, dass die durchschnittliche Wartezeit je nach Region variiert; in einigen Regionen könne man einen freien Platz innerhalb eines Monats erhalten, aber in Linz umfasse die Wartezeit einige Monate.

Die Forderung nach Wahlfreiheit in Bezug auf die Therapeutin bzw. den Therapeuten und Setting ist daher derzeit schwer zu erfüllen: Verzichtet eine Patientin bzw. ein Patient auf die Wahlfreiheit oder hat das Glück, mit der ersten freien Therapeutin bzw. dem ersten freien Therapeuten ein gutes Vertrauensverhältnis aufbauen zu können, kann die Wartezeit recht kurz sein, andernfalls kann es auch zu extrem langen Wartezeiten kommen.

In den meisten ländlichen Regionen besteht nach wie vor eine geringere Behandlerdichte als in städtischen Regionen (Sagerschnig 2023). Die Vereine sind aber um die Gewährleistung eines flächendeckenden Angebots im ländlichen Raum bemüht und treffen entsprechende Maßnahmen.

Bezüglich der Wahlfreiheit des Settings sind bei allen Vereinen grundsätzlich Einzel- und Gruppentherapie möglich, sofern notwendig und sinnvoll, vereinzelt auch Familien- und Paartherapie.

## 7.4 Einschätzung der Versorgungslage und der Bedarfsgerechtigkeit für Kinder und Jugendliche

Aus der aktuellen Studie geht hervor, dass **mindestens 37.065 Kinder und Jugendliche** über verschiedene Psychotherapieangebote im Jahr 2022 erreicht wurden. Ein Großteil der Kinder und Jugendlichen (rund 16.309) wurde über Versorgungsvereine und Institutionen in den Bundesländern erreicht, wobei diese Zahl unterschätzt ist (siehe Kapitel 5.4), da von vielen Vereinen und Institutionen keine Datengrundlage für Kinder und Jugendliche zur Verfügung stand, obwohl Kontingente für diese Zielgruppe grundsätzlich zur Verfügung standen (Piso et al. 2020). Mindestens 13.125 Kinder und Jugendliche wurden über Kostenzuschüsse und ca. 4.500 mit psychotherapeutischen Leistungen über Vertrags- und Wahlärztinnen bzw. -ärzte erreicht. Über das Förderprogramm „Gesund aus der Krise“ wurden im Jahr 2022 etwa 3.190 0- bis 22-Jährige erreicht. Über kasseneigene Einrichtungen 75 Kinder und Jugendliche. In Summe handelt es sich um mindestens 37.065 behandelte Kinder und Jugendliche.

Durch die lückenhafte Datenlage für Gesamtösterreich ist eine Einschätzung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch das Psychotherapieangebot schwer möglich. Studien legen allerdings nahe, dass die psychotherapeutische Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher in Österreich bereits vor der COVID-19-Pandemie unzureichend war (Plener et al. 2021). Folgt man den Ergebnissen der Studie zu „Mental Health in Austrian Teenagers (MHAT)“, dass im Jahr 2014 etwa 170.800 Jugendliche in Österreich an einer psychischen Störung litten (wovon ca. 106.800 akut behandlungsbedürftig waren; Wagner et al. 2017), entspricht das **quantitative Angebot an psychotherapeutischer Behandlung für Kinder und Jugendliche nicht dem Bedarf**.

Hinzu kommt, dass die COVID-19-Pandemie diese Lage maßgeblich verschärfte, da Kinder und Jugendliche zu den psychisch am stärksten betroffenen Gruppen gehörten. Studien zeigen einen Anstieg psychischer Symptome bzw. Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen vor und während der COVID-19-Pandemie bzw. zeigen junge Menschen als besonders belastet (Plener et al. 2021).

## 7.5 Empfehlungen

Die Empfehlungen in diesem Kapitel werden unterteilt in Empfehlungen, die auf Basis der vorliegenden Datenanalyse abgeleitet werden, und in jene, die allgemeiner Natur sind und sich aus der Zusammenschau der Daten und der Literatur ergeben. **Diese beziehen sich auf die Nutzung, Zugänglichkeit und Qualität eines bedarfsgerechten psychosozialen Versorgungskonzepts.**

## 1. Empfehlungen, basierend auf der Datenanalyse zur Bedarfsgerechtigkeit der psychotherapeutischen Versorgungslage

- Geht man davon aus, dass 9 Prozent der Bevölkerung Behandlungsbedarf und -bereitschaft haben, d. h. entweder psychotherapeutische, klinisch-psychologische, psychiatrische oder psychotherapeutisch-medizinische Behandlungen benötigen und auch in Anspruch nehmen würden, und derzeit rund 1 Prozent der Bevölkerung voll finanzierte Psychotherapie erhält, kann davon abgeleitet werden, dass eine Verdrei- bis Vervierfachung des voll finanzierten Psychotherapieangebots notwendig wäre, um den Bedarf adäquat zu decken.

## 2. Weitere Empfehlungen im Zuge des Berichts zu weiterführender Forschung und Verbesserung der Datenlage

- Trotz verbesserter Datenlage erscheint es für die Bedarfsabschätzung und Angebotsplanung wichtig, die wesentlichen Basisinformationen zur Struktur der Inanspruchnahme und zum aktuellen Therapiebedarf zu verbessern. Denn wie in den Kapiteln 4.2 und 5.5 erwähnt, gibt es Datenlücken, Datenunschärfe (z. B. durch Pauschalabrechnungen bei Institutionen vor allem im KIJU-Bereich) und keine ausreichend differenzierten Daten zum Kinder- und Jugendbereich.
- Eine **einheitliche Dokumentation bzw. ein einheitlicher Leistungskatalog** bzgl. Dauer und Setting sowie die Abgleichung mit jenem der Ärztinnen und Ärzte könnten zu einer Verbesserung der Datenlage beitragen. Ein Ansatz zur Optimierung der Dokumentation könnte auch der von Riedel (2015) vorgeschlagene „Katalog einheitlicher Datendefinitionen und -abgrenzungen“ sein.
- Zum anderen ist auch eine **Diagnosedokumentation** durch die Krankenkassen (wie es auch im stationären Bereich der Fall ist) unumgänglich, da daraus eine treffsichere Bedarfsplanung entstehen kann. Wichtig dabei ist, dass diese Dokumentation keinen Diagnose-Bias aufgrund der sozialen Erwünschtheit (z. B. F 43.2. Anpassungsstörung) beinhaltet, denn nur so können bedarfsrelevante Fragestellungen in Zukunft beantwortet werden. Dadurch können evtl. spezifische Angebote für bestimmte Störungen entwickelt werden, zum Beispiel niederschwellige oder sehr hochfrequente Angebote je nach Diagnose.
- Weiteres wurde im Zuge der Erhebung eine Diskrepanz zwischen den berichteten langen Wartezeiten für voll finanzierte Psychotherapieplätze und dem gleichzeitigen Ausbau bzw. der flexibler gehandhabten Kontingentierung dieser Plätze deutlich (siehe S. 52 im Kapitel 7.2). Einerseits berichten Patientinnen und Patienten sowie Medien, dass die Nachfrage nach Psychotherapie weiterhin hoch ist und Wartezeiten von mehreren Monaten keine Seltenheit sind (ORF Vorarlberg 2024). Auch der Österreichische Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP) weist drauf hin, dass sich diese Wartezeiten in den letzten Jahren verlängert haben, insbesondere in ländlichen Regionen und bei spezifischen Therapieformen (OTS 2019). Demgegenüber stehen die Informationen, dass Schritte unternommen wurden, um die Verfügbarkeit von teil- und voll finanzierten Psychotherapieplätzen zu verbessern (siehe Kapitel 7.2). So wurde die Kontingentierung von Plätzen gelockert, was eigentlich zu einer höheren Verfügbarkeit und somit zu verkürzten Wartezeiten führen sollte. Diese Situation wirft die Frage auf, warum Wartezeiten weiterhin von längerer

Dauer sind. Gründe dafür könnten der regional unterschiedlich schnelle Ausbau von Therapieangeboten und bürokratische Prozesse sein. Des Weiteren könnte es auch an einem allgemeinen Mangel an Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit Kassenplätzen liegen, denn 2022 war „nur“ ein Viertel aller in die Liste des BMSGPK eingetragenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Versorgungsvereinen tätig. Eine vertiefte Analyse könnte mehr Transparenz in Bezug auf die tatsächlichen Wartezeiten schaffen und weitere Hürden im Zugang zu Psychotherapie identifizieren, um den Ausbau des Versorgungssystems effizienter zu gestalten.

- Häufig werden von Patientinnen bzw. Patienten im Rahmen von **psychotherapeutischer Medizin** nur wenige und kurze Einheiten in Anspruch genommen. Jedenfalls werden durch diese Angebotsform mehr Personen erreicht als durch alle anderen Angebotsformen. Um über Struktur und Inhalte dieser Leistungen mehr in Erfahrung zu bringen, wären vertiefende Studien wichtig.
- Die Auswertung der **Psychopharmakadaten**, die aus der maschinellen Heilmittelabrechnung des DVSV stammen, zeigte, dass die Ergebnisse verschiedenen Beschränkungen unterliegen. Es ist wichtig, sowohl die Daten zu den Verordnungszahlen des DVSV als auch die Daten zu den tatsächlich in den Apotheken ausgegebenen Psychopharmaka, wie sie z. B. im Psychiatriebericht (Katschnig et al. 2004) vorliegen, gemeinsam zu betrachten.

### 3. Weitere allgemeine Empfehlungen im Zuge des Berichts zur Nutzung, Zugänglichkeit und Qualität eines bedarfsgerechten psychosozialen Versorgungskonzepts

- In früheren Studien der GÖG (Sagerschnig et al. 2023) wurde gezeigt, dass die **Stigmatisierung** von Menschen mit psychischen Erkrankungen und mangelnde **Gesundheitskompetenz** zentrale Hürden im Zugang zur Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten bei psychischen Erkrankungen sind. Konzepte und Strategien für einen verbesserten Zugang zur Versorgung sollten daher Maßnahmen in diesen beiden Bereichen beinhalten (Nowotny et al. 2020; Sagerschnig et al. 2023).
- Eine weitere Erleichterung können, wie bei (Grabenhofer-Eggerth et al. 2019) beschrieben, **niederschwellige multiprofessionell/interdisziplinär besetzte Erstberatungs- und Clearingangebote sein**. So kann Hilfesuchenden schnell vor Ort geholfen werden oder können diese zielgerichtet und qualifiziert an ihren „best point of service“ vermittelt werden. Die Psychosozialen Zentren in Tirol entsprechen weitgehend diesem Konzept.
- Speziell **auch für den Kinder- und Jugendbereich** ermöglichen niederschwellige multiprofessionell/interdisziplinär besetzte Angebote, wie bei (Sagerschnig et al. 2023) beschrieben, einen einfacheren Zugang zum Hilffsystem.
- **Niederschwellige Zugänglichkeit zu Informationen** via Website mit tagesaktuellen Angaben zu freien Kassenplätzen bzw. **Unterstützung bei der Suche nach Therapeutinnen und Therapeuten**, wie z. B. im Tiroler Modell, beim Clearingmodell in OÖ oder beim Projekt „Gesund aus der Krise“, kann den Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung entsprechend vereinfachen.

- **Überbrückungsangebote** während der Wartezeit auf einen freien Platz, wie sie bereits in einigen Regionen (beispielsweise in Tirol oder OÖ) zur Verfügung stehen, können dazu beitragen, die Versorgungslücke zu schließen und den Betroffenen in der Zwischenzeit notwendige Unterstützung zu bieten.
- Ein weiteres Angebot, das den Zugang erleichtern kann, sind die **psychotherapeutischen Ambulanzen**. Diese sind in Österreich zwar erst im Aufbau, aber es gibt bereits einige Einrichtungen (Riess et al. 2024). Diese können maßgeblich zu einer verbesserten ambulanten psychotherapeutischen Versorgung beitragen.
- Das **Versorgungsangebot** mit Psychotherapie besteht aus sehr **verschiedenartig** ausgestalteten **Modellen**, sowohl hinsichtlich der Voraussetzungen zur Inanspruchnahme als auch hinsichtlich der Dotierung der einzelnen Angebote. Darüber hinaus variieren die von den jeweiligen Landesstellen der ÖGK zur Finanzierung von „psychotherapeutischen Leistungen“ zur Verfügung gestellten Summen beträchtlich. Die Zugangsmöglichkeiten sind daher für Teile der Bevölkerung eingeschränkt, sie sollten vereinheitlicht werden, um die im ASVG festgelegte Gleichstellung von psychotherapeutischer und ärztlicher Versorgung sicherzustellen.
- Auch wenn der bis dato gescheiterte **Gesamtvertrag** (letzte Verhandlungen im Jahr 2000) per se noch keine Lösung aller Versorgungsprobleme darstellen würde, so könnte er einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungslage leisten.
- Um ausreichend Therapieeinheiten für Patientinnen und Patienten zur Verfügung stellen zu können, sollte die **Kontingentierung** aufgehoben und das Angebot auf den Bedarf abgestimmt werden, um reale Zahlen zum Bedarf zu bekommen.
- Solange das Angebot an Psychotherapie durch Einschränkung (z. B. unzureichende flächendeckende Versorgung) geprägt ist, fehlt Patientinnen und Patienten auch die **Wahlmöglichkeit**. Damit einhergehend entfällt die Nachfrageorientierung, die maßgeblich zur Sicherung der Qualität beiträgt. Auch dies spricht für die Aufhebung der Kontingentierung.
- Der Mangel an Behandlungsplätzen in der Behandlung psychischer Erkrankungen führt dazu, dass teilweise nicht das ideale Angebot in Anspruch genommen werden kann. Eine kürzlich veröffentlichte Studie (Berger et al. 2025) zeigte, dass z. B. eine hohe Zahl an Krankenhauseinweisungen aufgrund von Depression nicht nur auf den tatsächlichen Bedarf an stationärer Versorgung zurückzuführen ist, sondern auch auf die **Struktur des Gesundheitsangebots**. Das im Zielsteuerungsvertrag 2024–2028 als Maßnahme **vorgesehene abgestimmte psychosoziale Versorgungskonzept für Österreich** bietet hier eine große Chance, substanzielle Verbesserungen für Hilfesuchende zu erreichen. Wichtig wird dabei allerdings sein (Stichworte: Stigma, Gesundheitskompetenz, sozioökonomische Gesundheitsdeterminanten), über den Tellerrand der Gesundheitsversorgung hinauszublicken und dies einem **Mental-Health-in-All-Policies-Ansatz** folgend als (oder im Rahmen von) umfassende **Mental-Health-Strategie für Österreich** zu entwickeln.

## Quellen- und Literaturverzeichnis

- Berger, Michael; Zuba, Martin; Simon, Judit (2025): Urban–rural disparities in hospital admissions for depression in Austria: A spatial panel data analysis. In: Health Policy 151/:105209
- BMSGPK (2021): parlamentarische Anfragebeantwortung. 5445/AB. 2021-0S.131.773, Wien
- BMSGPK (2024): Sonderrichtlinie „Gesund aus der Krise III“. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- DVSV (2023): Jahresbericht der österreichischen Sozialversicherung. Dachverband der Sozialversicherungsträger, Wien
- Eggerth, Alexander; Hagleitner, Joachim; Reichardt, Berthold (2010): Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung 2007. Eine Iststand-Erhebung mit einem Sonderkapitel zur BGKK. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Sator, Marlene (2020): Psychotherapie als Sozialversicherungsleistung Inanspruchnahme und Finanzierung. Gesundheit Österreich, Wien
- Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Tanios, Aida; Sagerschnig, Sophie; Kern, Daniela; Valady, Sonja (2019): Konzept für eine gesamthafte Lösung zur Organisation der psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung. Gesundheit Österreich, Wien
- Hochgerner, Markus (2024): Basisinformation Psychotherapiegesetz NEU (PthG 49/2024). Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- Katschnig, Heinz; Denk, Peter; Scherer, Michael (2004): Österreichischer Psychiatriebericht 2004. Analysen und Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung. Ludwig Boltzmann Institut für Sozialpsychiatrie & Universitätsklinik für Psychiatrie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, Wien
- Löffler-Stastka, H., & Hochgerner, M. (2021): Versorgungswirksamkeit von Psychotherapie in Österreich. In: psychopraxisneuropraxis 24/:57-61
- Nowotny, Monika; Strizek, Julian; Ladurner, Joy (Hg.) (2020): Bestandserhebung Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich. Gesundheit Österreich, Wien
- OECD; European Observatory on Health Systems and Policies (2023): Österreich: Länderprofil Gesundheit 2023. OECD Publishing, Paris
- ORF Vorarlberg (2024): Lange Wartezeiten für Psychotherapieplätze in Vorarlberg. [online]. <https://vorarlberg.orf.at/stories/3255710/> [Zugriff am 16.12.2024]
- OTS (2019): Der ÖBVP erhebt seit Jahren dieselben Forderungen wie der Rechnungshof zur Psychotherapie, die beachtliche Kosten sparen. Wien

- Piso, Brigitte; Bachler, Stefanie; Gredinger, Gerald; Hummer, Michael; Kern, Daniela; Kienberger, Sabrina; Laschkolnig, Anja; Robausch, Martin (2020): Therapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich. Gesundheit Österreich, Wien
- Plener, P. L.; Klier, C. M.; Thun-Hohenstein, L.; Sevecke, K. (2021): Psychische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich neu aufstellen: Dringender Handlungsbedarf besteht JETZT ! In: Neuropsychiatr 35/4:213-215
- Riedel, Monika (2015): Modelle der Psychotherapieversorgung in Österreich. Institut für Höhere Studien (IHS), im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien
- Riess, Gabriele (2018): Praxisorientierte Psychotherapieforschung. Leitfaden zur Förderung von Wissenschaft und Forschung in der psychotherapeutischen Ausbildung. Gesundheit Österreich, Wien
- Riess, Gabriele; Kern, Daniela; Gruber, Beate (2024): Psychotherapeutische Ambulanzen in Österreich. Untersuchung zu Struktur und Zielsetzung der psychotherapeutischen Ambulanzen. Gesundheit Österreich unveröffentlicht
- Riess, Gabriele; Kern, Daniela; Sagerschnig, Sophie (2023): Versorgungslage und zukünftiger Bedarf im Bereich Psychotherapie. Gesundheit Österreich, Wien
- Sagerschnig, Sophie (2023): Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie, Musiktherapie. Statistik der Berufsgruppen 1991–2021. Gesundheit Österreich, Wien
- Sagerschnig, Sophie; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kern, Daniela (2023): Modell für einen verbesserten Zugang zur psychosozialen Versorgung für Kinder und Jugendliche. Gesundheit Österreich Wien
- Schaffenberger, Eva; Danzer, Daniela; Schnabel, Eva (2004): Psychotherapie auf Krankenschein. Beschreibung und Evaluierung der bisherigen Umsetzung. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen ÖBIG, Wien
- Schaffenberger, Eva; Glatz, Waltraud; Frank, Wilhelm; Rosian, Ingrid (1997): Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Österreich. ÖBIG, Wien
- Wagner, G.; Zeiler, M.; Waldherr, K.; Philipp, J.; Truttmann, S.; Dür, W.; Treasure, J. L.; Karwautz, A. F. K. (2017): Mental health problems in Austrian adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. In: Eur Child Adolesc Psychiatry 26/12:1483-1499
- Wancata, Johannes (2017): Prävalenz und Versorgung psychischer Krankheiten in Österreich. Wissenschaftlicher Bericht. Kooperation von österreichischer Pharmawirtschaft und Sozialversicherung, Wien
- WHO (2021): Resolution. Handlungsrahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Region der WHO (2021–2025). World Health Organization, Kopenhagen
- Wittchen, H. U.; Jacobi, F. (2005): Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. In: Eur Neuropsychopharmacol 15/4:357-376

Wittchen, H. U.; 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): The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. In: *European Neuropsychopharmacology* 21/9:655-679

Zeiler, Michael; Wagner, Gudrun; Philipp, Julia; Nitsch, Martina; Truttmann, Stefanie; Dür, Wolfgang; Karwautz, Andreas; Waldherr, Karin (2018): The Mental Health in Austrian Teenagers (MHAT) Study: design, methodology, description of study population. In: *Neuropsychiatr* 32/3:121-132

# Anhang

Anhang 1: Erhebungsbogen „A) Finanzierungsregelung für psychotherapeutische Leistungen durch Vereine bzw. Institutionen“ .....	65
Anhang 2: Erhebungsbogen „B) Inanspruchnahme des Kostenzuschusses für nichtärztliche Psychotherapie durch freiberufliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ .....	67
Anhang 3: Erhebungsbogen „C) Finanzierungsregelung für psychotherapeutische Leistungen durch Ärztinnen und Ärzte“ .....	68
Anhang 4: Erhebungsbogen „D) Inanspruchnahme von Psychotherapie in Einrichtungen der Krankenversicherungsträger“ .....	69
Anhang 5: Erhebungsbogen Inanspruchnahme und Finanzierung von Psychotherapie durch die soziale Krankenversicherung – Aktualisierung 2024 .....	70
Anhang 6: Liste der Vertragspartner (Versorgungsvereine und Institutionen) .....	72

## Anhang 1: Erhebungsbogen „A) Finanzierungsregelung für psychotherapeutische Leistungen durch Vereine bzw. Institutionen“

### A) Finanzierungsregelung für psychotherapeutische Leistungen durch Vereine bzw. Institutionen

Krankenversicherungsträger: \_\_\_\_\_

Vertragspartner: \_\_\_\_\_

Regelung besteht seit: \_\_\_\_\_

#### 1.a. Ist ein bestimmter Leistungsumfang pro Jahr vorgesehen?

Ja, Pauschalregelung: \_\_\_\_\_ → weiter zu Frage 2  
 Ja, aber keine Pauschale: \_\_\_\_\_ → weiter zu Frage 3  
 Jahr vorgesehen: \_\_\_\_\_ → weiter zu Frage 3

#### 2.a. Pauschalregelung:

	vorgesehene Einheiten 2022:	abgerechnete Einheiten 2022:	vorgesehene Summe 2022 in €:	abgerechnete Summe 2022 in €:
Jahrespauschale:				
Quartalspauschale:				

#### 3.a. keine Pauschalregelung oder kein bestimmter Leistungsumfang vorgesehen:

	erwartete Einheiten 2022:	abgerechnete Einheiten 2022:	erwartete Summe 2022 in €:	abgerechnete Summe 2022 in €:
Einheiten Einzeltherapie á 60 Minuten:				
Einheiten Einzeltherapie á ___ Minuten:				
Einheiten Gruppentherapie á 90 Minuten:				
Einheiten Familientherapie á ___ Minuten:				

#### 4.a. Ist im Leistungsumfang pro Patient:in eine Höchstgrenze vorgesehen?

nein \_\_\_\_\_  
 ja: \_\_\_\_\_ Therapieeinheiten/Jahr  
 wenn ja: kann diese Höchstgrenze bei Bedarf überschritten werden? \_\_\_\_\_ ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
 wenn ja: wie sieht die entsprechende Regelung aus? \_\_\_\_\_

#### 1.b. Ist davon ein bestimmter Leistungsumfang pro Jahr für Patient:innen unter 18 Jahre vorgesehen?

Ja, Pauschalregelung: \_\_\_\_\_ → weiter zu Frage 2  
 Ja, aber keine Pauschale: \_\_\_\_\_ → weiter zu Frage 3  
 Jahr vorgesehen: \_\_\_\_\_ → weiter zu Frage 3

#### 2.b. Davon Pauschalregelung für Patient:innen unter 18 Jahre:

	vorgesehene Einheiten 2022:	abgerechnete Einheiten 2022:	vorgesehene Summe 2022 in €:	abgerechnete Summe 2022 in €:
Jahrespauschale:				
Quartalspauschale:				

#### 3.b. Davon ist keine Pauschalregelung oder kein bestimmter Leistungsumfang für Patient:innen unter 18 Jahre: vorgesehen:

	erwartete Einheiten 2022:	abgerechnete Einheiten 2022:	erwartete Summe 2022 in €:	abgerechnete Summe 2022 in €:
Einheiten Einzeltherapie á ___ Minuten:				
Einheiten Einzeltherapie á ___ Minuten:				
Einheiten Gruppentherapie á ___ Minuten:				
Einheiten Familientherapie á ___ Minuten:				

#### 4.b. Ist davon im Leistungsumfang pro Patient:in unter 18 Jahre eine Höchstgrenze vorgesehen?

nein \_\_\_\_\_  
 ja: \_\_\_\_\_ Therapieeinheiten/Jahr  
 wenn ja: kann diese Höchstgrenze bei Bedarf überschritten werden? \_\_\_\_\_ ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
 wenn ja: wie sieht die entsprechende Regelung aus? \_\_\_\_\_

5.a. Gibt es einen Selbstbehalt für Patient:innen? Wenn ja, wie hoch ist dieser?	
Höhe Selbstbehalt pro Einheit in €:grundsätzlich 20 % des Tarifs	
Einheiten Einzeltherapie á ___ Minuten:	
Einheiten Einzeltherapie á ___ Minuten:	
Einheiten Gruppentherapie á ___ Minuten:	
Einheiten Familientherapie á ___ Minuten:	

5.b. Gibt es davon einen Selbstbehalt für Patient:innen unter 18 Jahre? Wenn ja, wie hoch ist dieser?	
Höhe Selbstbehalt pro Einheit in €:	
Einzeltherapie á ___ Minuten:	
Einzeltherapie á ___ Minuten:	
Gruppentherapie á ___ Minuten:	
Familientherapie á ___ Minuten:	

6. Gibt es für bestimmte Patient:innengruppen (z.B. Kinder und Jugendliche) besondere Regelungen?	
nein	
ja	
wenn ja: für welche PatientInnengruppen?	
wenn ja: wie sieht die entsprechende Regelung aus?	

7.b. Falls bekannt, wieviele davon waren Patient:innen unter 18 Jahre (NICHT Fälle), die im Jahr 2022 mit Psychotherapie versorgt werden konnten? (Falls nur Fälle bekannt sind, bitte die Anzahl der Fälle angeben und kennzeichnen, dass es sich um Fälle handelt.)	
Anzahl der Patient:innen (oder ggf. der Fälle)	
Einheiten Einzeltherapie á ___ Minuten:	
Einheiten Einzeltherapie á ___ Minuten:	
Einheiten Gruppentherapie á ___ Minuten:	
Einheiten Familientherapie á ___ Minuten:	

7.a. Falls bekannt, wieviele Patient:innen (NICHT Fälle) konnten im Jahr 2022 mit Psychotherapie versorgt werden? (Falls nur Fälle bekannt sind, bitte die Anzahl der Fälle angeben und kennzeichnen, dass es sich um Fälle handelt.)	
Anzahl der Patient:innen (oder ggf. der Fälle)	
Einheiten Einzeltherapie á ___ Minuten:	
Einheiten Einzeltherapie á ___ Minuten:	
Einheiten Gruppentherapie á ___ Minuten:	
Einheiten Familientherapie á ___ Minuten:	

Für eventuelle Rückfragen ersuchen wir um Angabe einer Kontaktperson:	
Name:	Tel.Nr.:

**Wir bedanken uns sehr herzlich für Ihre Mitarbeit!**

Quelle: GÖG

Anhang 2: Erhebungsbogen „B) Inanspruchnahme des Kostenzuschusses für nichtärztliche Psychotherapie durch freiberufliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“

**B) Inanspruchnahme des Kostenzuschusses für nichtärztliche Psychotherapie durch freiberufliche Psychotherapeut:innen**

Krankenversicherungsträger:

1.a. Wie hoch war die <u>Anzahl der bezuschussten Psychotherapieeinheiten</u> sowie die <u>Summe der Ausgaben</u> im Jahr 2022?	
	Anzahl der Therapieeinheiten
Einzeltherapie á 30 Minuten:	
Einzeltherapie á 60 Minuten:	
Gruppen/Familientherapie á 45 Minuten:	
Gruppen/Familientherapie á 90 Minuten:	
	<b>Summe in Euro</b>
Einzeltherapie á 30 Minuten:	
Einzeltherapie á 60 Minuten:	
Gruppen/Familientherapie á 45 Minuten:	
Gruppen/Familientherapie á 90 Minuten:	

1.b. Wie hoch war <b>davon</b> die <u>Anzahl der bezuschussten Psychotherapieeinheiten</u> sowie die <u>Summe der Ausgaben für Patient:innen unter 18 Jahre</u> im Jahr 2022?	
	Anzahl der Therapieeinheiten
Einzeltherapie á 30 Minuten:	
Einzeltherapie á 60 Minuten:	
Gruppen/Familientherapie á 45 Minuten:	
Gruppen/Familientherapie á 90 Minuten:	
	<b>Summe in Euro</b>
Einzeltherapie á 30 Minuten:	
Einzeltherapie á 60 Minuten:	
Gruppen/Familientherapie á 45 Minuten:	
Gruppen/Familientherapie á 90 Minuten:	

2.a. Für <u>wieviele Patient:innen</u> wurde im Jahr 2022 Kostenzuschuss geleistet?	
	Anzahl Patient:innen
Einzeltherapie á 30 Minuten:	
Einzeltherapie á 60 Minuten:	
Gruppen/Familientherapie á 45 Minuten:	
Gruppen/Familientherapie á 90 Minuten:	

2.b. Für <u>wieviele Patient:innen, davon unter 18 Jahre</u> , wurde im Jahr 2022 Kostenzuschuss geleistet?	
	Anzahl PatientInnen
Einzeltherapie á 30 Minuten:	
Einzeltherapie á 60 Minuten:	
Gruppen/Familientherapie á 45 Minuten:	
Gruppen/Familientherapie á 90 Minuten:	

**Für eventuelle Rückfragen ersuchen wir um Angabe einer Kontaktperson:**

Name:  Tel.Nr.:

**Wir bedanken uns sehr herzlich für Ihre Mitarbeit!**

Quelle: GÖG

### Anhang 3: Erhebungsbogen „C) Finanzierungsregelung für psychotherapeutische Leistungen durch Ärztinnen und Ärzte“

#### C) Finanzierungsregelung für psychotherapeutische Leistungen durch Ärzt:innen

Krankenversicherungsträger: \_\_\_\_\_

Vertragspartner: \_\_\_\_\_

1. Wie viele Ärzt:innen rechneten mit Ihnen im Jahr 2022 psychotherapeutische Leistungen ab?				
Anzahl der Vertragsärzt:innen für Allgemeinmedizin:				
Anzahl der Vertragsfachärzt:innen:	Psychiater:innen:			
	andere Fachärzt:innen:			
Anzahl der Wahlärzt:innen, für die Kostenerstattung geleistet wurde:				

2.a. Vertragsärzt:innen: Wie hoch waren der Leistungsumfang (Anzahl der honorierten Psychotherapieeinheiten), Patient:innenanzahl und die Summe der Ausgaben im Jahr 2022?				
Einheiten Einzeltherapie á 15 Minuten:		Anzahl der Patient:innen:		Summe in €:
Einheiten Einzeltherapie á 25 Minuten:		Anzahl der Patient:innen:		Summe in €:
Einheiten Einzeltherapie á 50 Minuten:		Anzahl der Patient:innen:		Summe in €:
Einheiten Gruppentherapie á 45 Minuten:		Anzahl der Patient:innen:		Summe in €:
Einheiten Familientherapie á ____ Minuten:		Anzahl der Patient:innen:		Summe in €:

3. Wahlärzt:innen: Wie hoch waren der Leistungsumfang (Anzahl der honorierten Psychotherapieeinheiten), Patient:innenanzahl und die Summe der Ausgaben im Jahr 2022?				
Einzeltherapie á 15 Minuten:		Anzahl der Patient:innen:		Summe in €:
Einzeltherapie á 25 Minuten:		Anzahl der Patient:innen:		Summe in €:
Einzeltherapie á 50 Minuten:		Anzahl der Patient:innen:		Summe in €:
Gruppentherapie á 45 Minuten:		Anzahl der Patient:innen:		Summe in €:
Gruppentherapie á 90 Minuten:		Anzahl der Patient:innen:		Summe in €:
Familientherapie á ____ Minuten:		Anzahl der Patient:innen:		Summe in €:

Für eventuelle Rückfragen ersuchen wir um Angabe einer Kontaktperson:  
 Name: \_\_\_\_\_ Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

**Wir bedanken uns sehr herzlich für Ihre Mitarbeit!**

2.b. Vertragsärzt:innen: Wie hoch waren davon der Leistungsumfang (Anzahl der honorierten Psychotherapieeinheiten), Patient:innenanzahl und die Summe der Ausgaben im Jahr 2022 für Patient:innen unter 18 Jahre?				
Einheiten Einzeltherapie á 15 Minuten:		Anzahl der Patient:innen:		Summe in €:
Einheiten Einzeltherapie á 25 Minuten:		Anzahl der Patient:innen:		Summe in €:
Einheiten Einzeltherapie á 50 Minuten:		Anzahl der Patient:innen:		Summe in €:
Einheiten Gruppentherapie á 45 Minuten:		Anzahl der Patient:innen:		Summe in €:
Einheiten Familientherapie á ____ Minuten:		Anzahl der Patient:innen:		Summe in €:

3. Wahlärzt:innen: Wie hoch waren davon der Leistungsumfang (Anzahl der honorierten Psychotherapieeinheiten), Patient:innenanzahl und die Summe der Ausgaben im Jahr 2022 für Patient:innen unter 18 Jahre?				
Einzeltherapie á 15 Minuten:		Anzahl der Patient:innen:		Summe in €:
Einzeltherapie á 25 Minuten:		Anzahl der Patient:innen:		Summe in €:
Einzeltherapie á 50 Minuten:		Anzahl der Patient:innen:		Summe in €:
Gruppentherapie á 45 Minuten:		Anzahl der Patient:innen:		Summe in €:
Gruppentherapie á 90 Minuten:		Anzahl der Patient:innen:		Summe in €:
Familientherapie á ____ Minuten:		Anzahl der Patient:innen:		Summe in €:

Quelle: GÖG

Anhang 4: Erhebungsbogen „D) Inanspruchnahme von Psychotherapie in Einrichtungen der Krankenversicherungsträger“

**D) Inanspruchnahme von Psychotherapie in Einrichtungen der Krankenversicherungsträger**

**Krankenversicherungsträger:** \_\_\_\_\_

**1. eigene Einrichtungen:** Wie hoch waren der Leistungsumfang (Anzahl der honorierten Psychotherapieeinheiten), PatientInnenanzahl und die Summe der Ausgaben im Jahr 2022?

Einzeltherapie á 50 Minuten:		Anzahl der PatientInnen:		Summe in €:	
Einzeltherapie á 30 Minuten:		Anzahl der PatientInnen:		Summe in €:	
Gruppentherapie á 90 Minuten:		Anzahl der PatientInnen:		Summe in €:	
Familientherapie á 90 Minuten:		Anzahl der PatientInnen:		Summe in €:	

**2. eigene Einrichtungen:** Wie hoch waren **davon** der Leistungsumfang (Anzahl der honorierten Psychotherapieeinheiten), Patient:innenanzahl und die Summe der Ausgaben im Jahr 2022 für Patient:innen unter 18 Jahre?

Einheiten Einzeltherapie á 25 Minuten:		Anzahl der Patient:innen:	Summe in €:	
Einheiten Einzeltherapie á 50 Minuten:		Anzahl der Patient:innen:	Summe in €:	
Einheiten Gruppentherapie á 100 Minuten:		Anzahl der Patient:innen:	Summe in €:	
Einheiten Familientherapie á ____ Minuten:		Anzahl der Patient:innen:	Summe in €:	

**Für eventuelle Rückfragen ersuchen wir um Angabe einer Kontaktperson:**

\_\_\_\_\_

**Wir bedanken uns sehr herzlich für Ihre Mitarbeit!**

Quelle: GÖG

Anhang 5: Erhebungsbogen Inanspruchnahme und Finanzierung von Psychotherapie durch die soziale Krankenversicherung – Aktualisierung 2024

---

Verein:

Straße:

Ort:

Sehr geehrte Damen und Herren!

Wir bitten Sie, den beigefügten Fragebogen auszufüllen und per E-Mail oder Post bis

**14. Juni 2024**

an die GÖG  
z. H. Matea Mijic  
Stubenring 6  
1010 Wien  
matea.mijic@goeg.at

zu senden.

**Bitte wenden Sie sich mit Rückfragen an:**

MMag. Beate Gruber, Tel.: 0676/848 191-199, E-Mail: beate.gruber@goeg.at

oder an

Mag. Alexander Grabenhofer-Eggerth, Tel.: 0676/848 191-316,

E-Mail: alexander.eggerth@goeg.at

**Für eventuelle Rückfragen ersuchen wir um Angabe einer Kontaktperson:**

Name: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_



## **B Behandelte Patientinnen und Patienten**

4. Wie viele Patientinnen und Patienten wurden im Jahr 2022 von den am Verein beteiligten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten behandelt?

\_\_\_\_\_ Patientinnen und Patienten

5. Im Rahmen der Erhebung im Jahr 2014 wurde danach gefragt, ob aufgrund Ihrer Dokumentation Daten zu den Diagnosen psychotherapeutisch behandelter Patientinnen und Patienten vorliegen. Hat sich an der routinemäßigen Dokumentation solcher Daten seit dem Jahr 2014 etwas geändert?

ja (wenn ja, was? \_\_\_\_\_ )

nein

### **Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!**

---

Quelle: GÖG

#### Anhang 6: Liste der Vertragspartner (Versorgungsvereine und Institutionen)

---

1. Institut Psychotherapie im ländlichen Raum Burgenland (IPR)
2. Soziale Dienste GmbH Beratungsstellen
3. Soziale Dienste GmbH Ambulatorien
4. Kinder- und Jugendpsychiatrie
5. Kinder- und Jugendpsychiatrie Eisenstadt
6. Kinder- und Jugendpsychiatrie Oberwart
7. Heilpädagogisches Zentrum Rust – heilpädagogische Therapie
8. Arbeitsvereinigung der Sozialhilfeverbände Kärntens (AVS)
9. Verein EqualiZ
10. Verein Frauenberatung Villach
11. Hilfswerk Kärnten
12. Kärntner Caritasverband
13. Kärntner Landesverband für Psychotherapie
14. Verein Ladybird
15. Verein Lichtblick
16. pro mente kärnten
17. SOS-Kinderdorf
18. Oberkärntner Mädchen- und Frauenberatung
19. Verein Oberkärntner Frauenhaus
20. Drogenambulanz Klagenfurt
21. Verein zur Förderung der psychotherapeutischen Versorgung in Kärnten
22. Verein WIFF Frauen- und Familienberatung
23. „ROOTS“ Ambulatorium für Drogenkranke

24. Hermann.Gmeiner.Sozialzentrum Moosburg – SOS-Kinderdorf
25. Hermann.Gmeiner.Sozialzentrum Villach – SOS-Kinderdorf
26. Miniambulatorium St. Veit an der Glan
27. Miniambulatorium Wolfsberg
28. Integrationszentrum Seebach
29. Ambulanz für Abhängigkeitserkrankungen (Landeskrankenhaus Villach)
30. Alkoholambulanz de La Tour Spittal an der Drau
31. Spielsuchtambulanz de La Tour Villach
32. Sozialpsychiatrischer Dienst Wolfsberg
33. Verein Selbst.Sein
34. Österreichische Krebshilfe Kärnten
35. Niederösterreichische Gesellschaft für Psychotherapeutische Versorgung (NGPV)
36. Verein für ambulante Psychotherapie (VAP)
37. die möwe Kinderschutzzentren
38. kidsnest GmbH
39. Frauen für Frauen – Frauenberatungs- und Bildungszentrum
40. Caritas der Erzdiözese Wien – Hilfe in Not
41. Caritas der Diözese St. Pölten
42. Caritas der Diözese St. Pölten – Psychosozialer Dienst
43. Hilfswerk Niederösterreich Betriebs GmbH, Landesgeschäftsstelle NÖ
44. JEFIRA der Diakonie Flüchtlingsdienst GmbH
45. PSZ Psychosoziale Zentren gemeinnützige GmbH – Psychosozialer Dienst (PSD)
46. somewhat. Kompetenzzentrum für Menschen mit Essstörungen
47. PSZ Psychosoziale Zentren gemeinnützige GmbH – Suchtberatung Tulln
48. Oberösterreichische Gesellschaft für Psychotherapie (OÖGP)
49. PROGES (vormals PGA)
50. Psychosoziale Beratungsstellen pro mente OÖ, Exit, Arcus, B37
51. Diakonie Zentrum Spattstraße – Wohngruppe KAYA
52. NEUEWEGE Gemeinnützige GmbH
53. Kinderhilfswerk
54. Frauengesundheitszentrum Linz
55. Zellkern
56. PIA
57. Diakonie Zentrum Spattstraße
58. Volkshilfe OÖ
59. BILY
60. Caritas für Menschen mit Beeinträchtigungen Oberösterreich
61. Gesellschaft für ganzheitliche Förderung und Therapie (Ambulatorium Andorf + Pramet)
62. Gesellschaft für ganzheitliche Förderung und Therapie (Ambulatorium Waldhausen)
63. Caritas Kinder- u. Jugendkompetenzzentrum Isidor
64. Verein für ganzheitliche Förderung – Kinder- u. Jugendkompetenzzentrum Pramet, Mauerkirchen, Andorf (Innviertel)
65. PVZ Enns
66. PVZ Marchtrenk
67. PVZ Haslach
68. PVZ Neuzeug
69. PVZ Linz Domplatz

70. PVN Ried-Neuhofen
71. PVZ Linz Grüne Mitte
72. PVZ Vöcklamarkt
73. ARGE Psychotherapie Salzburg
74. Psychosozialer Dienst Salzburg
75. pro mente Kinder- und Jugendseelenhilfe
76. pro mente Heimo-Gastager-Haus
77. Kardinal-Schwarzenberg-Klinikum (KH Schwarzach)
78. Caritas – SOTIRIA
79. Suchthilfe Salzburg
80. Verein Kinderschutzzentrum Salzburg – Hilfe für Kinder u. Eltern
81. Hiketides
82. PVBZ Land Salzburg – Ambulatorium „Am Ball“
83. IVS – Integrierte Versorgung Österreich
84. Dachverband der sozialpsychiatrischen Vereine und Gesellschaften Steiermark
85. Diözese Graz-Seckau
86. Österreichische Krebshilfe Steiermark
87. Verein Zebra – Interkulturelles Beratungs- und Therapiezentrum
88. Jugend am Werk
89. Omega
90. Verein Netzwerk Psychotherapie Steiermark
91. Verein Netzwerk Psychotherapie Steiermark – Vertrag für Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen
92. Verein für ambulante psychologische Psychotherapie (VAPP)
93. Frauenberatungsstelle bei sexueller Gewalt Steiermark – Beratungsstelle „TARA“
94. Gesellschaft für Psychotherapeutische Versorgung Tirols
95. Tiroler Landesverband für Psychotherapie
96. Suchthilfe Tirol
97. ANKYRA
98. Land Vorarlberg / ifs (Institut für Sozialdienste)
99. pro mente Vorarlberg gGmbH
100. Wiener Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung (WGPPV)
101. Verein für ambulante Psychotherapie (VAP)
102. Anton Proksch Institut (Suchterkrankungen exkl. Alkohol)
103. Familienzentrum Wien der Caritas
104. Ambulatorium für Kinder und Jugendliche „die Boje“
105. die möwe – Kinderschutzzentren gemeinnützige GmbH
106. ESRA Psychosoziales Zentrum
107. FAIRTHERAPY Zentrum für Traumatherapie
108. FORAM Wien – Forensisches Ambulatorium für Nachsorge und Prävention
109. HEMAYAT – Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende
110. Institut für Erziehungshilfe „Child Guidance Clinic“
111. Institut für Paar- und Familientherapie
112. Kriseninterventionszentrum
113. Kuratorium für Psychosoziale Dienste Wien
114. Multiple Sklerose Gesellschaft Wien
115. ÖAGG psychotherapeutische Ambulanz gGmbH

116. Österreichische Krebshilfe Wien
  117. Sigmund Freud Privatuniversität Wien GmbH (SFU-Ambulanz)
  118. SOS-Kinderdorf Wien – Ambulatorium für Kinder- und Jugendpsychiatrie
  119. „so What“ Kompetenzzentrum für Menschen mit Essstörungen Wien
  120. Unabhängiges Kinderschutzzentrum Wien
  121. Verantwortung und Kompetenz für besondere Kinder und Jugendliche (VKKJ) Wien
  122. Verein P.A.S.S.
  123. Wiener Psychoanalytische Vereinigung Ambulatorium
  124. Zentren für Entwicklungsförderung der Wiener Sozialdienste Förderung & Begleitung GmbH
  125. Courage – Beratungsstelle
  126. Mein Gesundheitszentrum Landstraße (Gesundheitseinrichtungen der ÖGK)
  127. Mein Gesundheitszentrum Mariahilf (Gesundheitseinrichtungen der ÖGK)
  128. Mein Gesundheitszentrum Floridsdorf (Gesundheitseinrichtungen der ÖGK)
- 

Quelle: GÖG