

Psychotherapie, Klinische Psychologie, Musiktherapie – Versorgungslage im stationären Bereich

Wissenschaftlicher Ergebnisbericht

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



Psychotherapie, Klinische Psychologie, Musiktherapie – Versorgungslage im stationären Bereich

Wissenschaftlicher Ergebnisbericht

Autorinnen:

Maria Preschern Hauptmann
Katharina Dinhof

Unter Mitarbeit von:

Alexander Grabenhofer-Eggerth
Petra Paretta
Daniela Reiter

Projektassistenz:

Matea Medugorac

Wien, im Dezember 2025

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

Zitiervorschlag: Preschern-Hauptmann, Maria; Dinhof, Katharina (2025). Psychotherapie, Klinische Psychologie, Musiktherapie – Versorgungslage im stationären Bereich. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P4/21/5683

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

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

Zusammenfassung

Hintergrund

Bislang fehlen aktuelle Daten zur Versorgungslage im stationären Bereich für Psychotherapie, Klinische Psychologie und Musiktherapie – obwohl diese für eine evidenzbasierte Planung und Weiterentwicklung der Versorgung unerlässlich wären. Während die ambulante Versorgung und deren Finanzierung bereits mehrfach untersucht wurden, ist der stationäre Bereich kaum beleuchtet. Ziel des vorliegenden Berichts ist es, die Versorgungssituation im stationären Setting in den Bereichen Psychotherapie, Klinische Psychologie und Musiktherapie darzustellen und Empfehlungen für eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung abzuleiten.

Methodik

Die Methodik umfasste zwei zentrale Untersuchungsbereiche: erstens die Erhebung des Versorgungsangebots im stationären Bereich für die Berufsgruppen Psychotherapie, Klinische Psychologie und Musiktherapie, und zweitens die Analyse des Tätigkeitsprofils von Psychotherapeutinnen und -therapeuten im stationären Setting.

Zur Erfassung des Versorgungsangebots wurden u. a. Daten des Österreichischen Gesundheitssysteminformationssystems (ÖGIS) gesichtet sowie die Daten des Rehabilitationskompasses ausgewertet. Ergänzend wurde eine Onlineerhebung in Krankenanstalten (Rücklaufquote: 61 Prozent aller Akutkrankenanstalten) durchgeführt, um fehlende Personalbestandsdaten zu erheben.

Für die Untersuchung des Tätigkeitsprofils kam ein qualitativ-quantitativer Zugang zum Einsatz: Zwei Fokusgruppen sowie eine Onlinebefragung mit stationär tätigen Psychotherapeutinnen und -therapeuten wurden zu Anstellungsverhältnissen, Aufgabenprofilen, institutioneller Einbindung und Patientengruppen durchgeführt.

Ergebnisse

Die Auswertung zeigt für den stationären Bereich folgende Personalbestände für das Jahr 2024: Psychotherapie – 448 Personen (146,8 VZÄ), Klinische Psychologie – 1.773 Personen (1.202 VZÄ) und Musiktherapie – 146 Personen (77 VZÄ). Im Vergleich zu einer Vorstudie aus dem Jahr 2012 ist bei der Klinischen Psychologie ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen – von 720 Personen und 520 VZÄ im Jahr 2011 auf 1.773 Personen und 1.202 VZÄ im Jahr 2024.

Die Ergebnisse der Fokusgruppen und der Onlinebefragung zeigen, dass Psychotherapeutinnen und -therapeuten im stationären Bereich meist teilzeitbeschäftigt sind, häufig in Rehabilitationszentren und psychiatrischen Abteilungen arbeiten und oft Doppelqualifikationen mit Klinischer Psychologie haben. Ihre Tätigkeit umfasst vor allem Einzel- und Gruppentherapie sowie Dokumentation und Krisenintervention, jedoch mit eingeschränkter Entscheidungskompetenz und seltenen Leitungsfunktionen. Strukturelle Defizite wie Personalmangel, fehlende Vertretungen und unzureichende Räumlichkeiten erschweren die Versorgung, insbesondere für Kinder, Jugendliche und geriatrische Patientinnen und Patienten. Die Wirksamkeit stationärer Psychotherapie wird hervorgehoben, empfohlen werden Kurzzeittherapien, flexible Aufenthaltsmodelle, Nachsorgeangebote und stärkere Angehörigeneinbindung.

Schlussfolgerungen

Die stationäre Versorgung mit Psychotherapie, Klinischer Psychologie und Musiktherapie ist derzeit nur eingeschränkt bedarfsgerecht. Die Ergebnisse deuten auf Personallücken, insbesondere für Kinder, Jugendliche, geriatrische und komplexe Fälle, sowie strukturelle Defizite wie fehlende Nachsorge, unzureichende Räumlichkeiten und zu hohe Auslastung. Die an der Befragung teilnehmenden Krankenanstalten beziffern einen Mehrbedarf von rund 45 VZÄ für Psychotherapie, 186 VZÄ für Klinische Psychologie und 23 VZÄ für Musiktherapie.

Die aktuelle Personalausstattung reicht laut Umfrageergebnissen nicht aus, um den gesamten Bedarf abzudecken und die gesetzlich geforderte bedarfsgerechte Versorgung uneingeschränkt sicherzustellen. Um die tatsächliche Bedarfsgerechtigkeit abzubilden, müssten zusätzliche Arbeiten, wie etwa eine Patientenbefragung, durchgeführt werden, zusätzlich wäre die Dokumentation der Personalbestandszahlen erforderlich.

Es wird empfohlen, die Dokumentation der Personalbestände – differenziert nach Berufsgruppen – zu verbessern, um valide Analysen und eine evidenzbasierte Personalplanung zu ermöglichen. Darüber hinaus gelten der Ausbau personeller Ressourcen sowie die Erweiterung von Ausbildungskapazitäten als wesentlich, um eine nachhaltige und bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen.

Summary

Background

Currently, there are no up-to-date data on inpatient care provision for psychotherapy, clinical psychology and music therapy, although such information is essential for evidence-based planning and service development. While outpatient care and its financing have been examined repeatedly, the inpatient sector remains largely unexplored. This report aims to close this gap by analysing the current situation in inpatient settings and providing recommendations for needs-based improvements.

Methods

The methodology comprised two main areas of investigation: first, assessing the availability of inpatient services for the professional groups of psychotherapy, clinical psychology and music therapy; and second, analysing the professional role of psychotherapists in inpatient settings.

To capture service availability, data from the Austrian Health Information System (ÖGIS) and the Rehabilitation Compass were reviewed, complemented by an online survey of hospitals (Response rate: 61 percent of all acute care hospitals) to obtain missing data regarding personnel.

For the analysis of psychotherapists' roles, a mixed-methods approach was applied, combining two focus groups and an online survey with psychotherapists working in inpatient facilities. These explored employment conditions, task profiles, institutional integration and patient groups.

Findings

The combined analysis shows the following inpatient staffing levels in the year 2024: psychotherapy – 448 individuals (146.8 FTE), clinical psychology – 1,773 individuals (1,202 FTE), and music therapy – 146 individuals (77 FTE). Compared to a 2012 baseline, clinical psychology has grown significantly – from 720 individuals and 520 FTE in 2011 to 1,773 individuals and 1,202 FTE in 2024.

Focus group and survey findings indicate that psychotherapists in inpatient settings are mostly employed part-time, often in rehabilitation centres and psychiatric wards, and frequently hold dual qualifications in clinical psychology. Their work focuses on individual and group therapy, documentation, and crisis intervention, but with limited decision-making authority and rare leadership roles. Structural challenges such as staff shortages, lack of substitutes and inadequate facilities hinder care, particularly for children, adolescents and geriatric patients. While the effectiveness of inpatient psychotherapy is emphasised, recommendations include short-term therapy models, flexible lengths of stay, improved aftercare and greater involvement of family members.

Conclusion

Inpatient care in psychotherapy, clinical psychology and music therapy is currently only partially meeting demand. Findings indicate staffing gaps, particularly for children, adolescents, geriatric patients and complex cases, as well as structural deficits such as insufficient aftercare, inadequate facilities and high workload. The hospitals participating in the survey report an additional need of approximately 45 FTE for psychotherapy, 186 FTE for clinical psychology and 23 FTE for music therapy.

The current staffing levels, according to survey results, are not sufficient to cover the overall demand and to ensure the legally required needs-based care completely. In order to reflect the actual adequacy of care, additional work such as a patient survey would need to be conducted; furthermore, documentation of the staffing figures would be necessary.

It is recommended to enhance the documentation of staffing levels – differentiated by professional group – in order to enable valid analyses and evidence-based workforce planning. In addition, the expansion of personnel resources and training capacities is considered essential to ensure sustainable and needs-oriented service provision.

Inhalt

Zusammenfassung.....	III
Summary.....	V
Abbildungen	IX
Tabellen.....	XI
Abkürzungen.....	XII
Glossar	XIII
1 Einleitung	1
1.1 Ziele der Studie.....	1
1.1.1 Aufbau des Berichts.....	1
1.1.2 Kernkompetenzen Psychotherapie, Klinische Psychologie und Musiktherapie	2
2 Methodisches Vorgehen.....	6
2.1 Methodik zur Erhebung des Versorgungsangebots im stationären Bereich	6
2.1.1 Analyse der bestehenden Datengrundlagen bezüglich Personalausstattung in Krankenanstalten und Rehabilitationszentren ...	6
2.1.2 Datenauswertung des Rehabilitationskompasses	7
2.1.3 Datenerhebung in den Krankenanstalten.....	7
2.1.4 Limitationen.....	7
2.2 Methodik zur Untersuchung der psychotherapeutischen Tätigkeit im stationären Bereich.....	7
2.2.1 Fokusgruppe zur Finalisierung der Onlinebefragung	8
2.2.2 Onlinebefragung.....	8
2.2.3 Fokusgruppe zur Kompatibilität von Psychotherapie im stationären Setting.....	9
2.2.4 Limitationen.....	9
3 Versorgungsangebot im stationären Bereich	10
3.1 Rechtsgrundlagen.....	10
3.1.1 KAKuG.....	10
3.1.2 Landesgesetzgebungen.....	11
3.1.3 Vergleichende Analyse der Rechtsgrundlagen.....	14
3.2 Analyse der bestehenden Datengrundlagen bezüglich Personalausstattung in Krankenanstalten und Rehabilitationszentren.....	15
3.2.1 Darstellungen des ÖSG	15
3.2.2 Vorgaben im Rahmen des LKF-Systems.....	17
3.2.3 Auswertung des ÖGIS.....	18
3.2.4 Auswertung Rehabilitationskompass	20
3.3 Datenerhebung in den Krankenanstalten	21
3.3.1 Onlinebefragung.....	21
3.3.2 Ergebnisse	21
3.4 Zusammenfassung der Ergebnisse zur personellen Ausstattung	30
3.4.1 Personalausstattung in Rehabilitationszentren und Akutkrankenanstalten	30
3.4.2 Vergleich zur Vorstudie.....	31
3.4.3 Versorgungsziel und Bedarfsgerechtigkeit.....	31

4	Ergebnisse: Psychotherapeutische Tätigkeit im stationären Bereich	34
4.1	Zentrale Ergebnisse der initialen Fokusgruppe zur thematischen Schwerpunktsetzung.....	34
4.1.1	Anstellungsverhältnisse und Doppelqualifikationen.....	34
4.1.2	Mitsprache, Eigenständigkeit und Leitungsfunktionen in der Tätigkeit als Psychotherapeut:in.....	35
4.1.3	Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, Konsiliarstrukturen, Ressourcenknappheit.....	35
4.1.4	Psychotherapie als eigenständige Profession und Tätigkeitsprofile.....	36
4.2	Ergebnisse der Onlinebefragung	36
4.2.1	Demografische Beschreibung der Stichprobe, Zuordnung zu Einrichtungsarten und Abteilungen	36
4.2.2	Rahmenbedingungen der Tätigkeit als Psychotherapeut:in	38
4.2.3	Tätigkeitsprofil von Psychotherapeutinnen und -therapeuten	46
4.2.4	Leistungen mit Patientenbezug.....	52
4.2.5	Eingebundenheit in der stationären Einrichtung	55
4.2.6	Erlebte Entwicklungsbedarfe.....	57
4.3	Zentrale Ergebnisse der Fokusgruppe zur Kompatibilität von Psychotherapie im stationären Setting.....	57
4.4	Zusammenfassung der Ergebnisse zur psychotherapeutischen Tätigkeit im stationären Bereich.....	60
5	Conclusio.....	61
5.1	Zusammenfassende Einschätzung der Versorgungslage.....	61
5.2	Weiterführende Empfehlungen	62
	Literatur.....	65
6	Anhang.....	68
6.1	Teil A: Psychotherapie, Klinische Psychologie, Musiktherapie – Versorgungslage im stationären Bereich, schriftliche Befragung zur personellen Ausstattung im stationären Bereich der Krankenanstalten.....	68
6.2	Teil B: Befragung Tätigkeitsprofil stationäre Psychotherapie.....	72

Abbildungen

Abbildung 1: Beschäftigungsverhältnisse der Befragten in stationären Einrichtungen (in Prozent).....	39
Abbildung 2: Berufsausbildungen der Befragten (Mehrfachantworten; in Absolutzahlen)	40
Abbildung 3: Clusterzugehörigkeit der Befragten (in Prozent)	41
Abbildung 4: Funktionen der Befragten in der stationären Einrichtung (Mehrfachantworten möglich; in Absolutzahlen)	42
Abbildung 5: Organisationsform der Leistungen in der stationären Einrichtung (Mehrfachantworten möglich; in Absolutzahlen)	43
Abbildung 6: Anteil von psychotherapeutischen Leitungspositionen in der stationären Einrichtung (in Prozent).....	44
Abbildung 7: Kapazitätsauslastung und Vertretungsstrukturen für Psychotherapeutinnen und -therapeuten in stationären Einrichtungen (in Prozent).....	45
Abbildung 8: Eigenständigkeit bei Entscheidungen in der psychotherapeutischen Tätigkeit (in Prozent).....	47
Abbildung 9: Anteil der Befragten, die eigenständige Fallführung betreiben (in Prozent).....	48
Abbildung 10: Erbrachte Leistungen der Befragten in der stationären Einrichtung (in Prozent).....	50
Abbildung 11: Einschätzung zum zusätzlichen Bedarf psychotherapeutischer Leistungen in stationären Einrichtungen (in Prozent).....	51
Abbildung 12: Häufigkeit der Durchführung psychotherapeutischer Tätigkeiten in verschiedenen Settings (in Prozent).....	52
Abbildung 13: Psychotherapeutische Betreuung nach Patientengruppen in stationären Einrichtungen (in Prozent).....	53
Abbildung 14: Unterversorgte Patientengruppen sowie Störungsgruppen (nach Häufigkeit der Nennungen)	55
Abbildung 15: Häufigkeit der Teilnahme an interdisziplinären Teamsitzungen (in Prozent)	56
Abbildung 16: Grad der Einbindung in die interdisziplinäre Zusammenarbeit (in Prozent).....	56
Abbildung 17: Einbindung in diagnostische und therapeutische Entscheidungen im interdisziplinären Team (in Prozent).....	56

Tabellen

Tabelle 1: Personalbestand in den österreichischen Rehabilitationszentren 2024	20
Tabelle 2: Dienststellen in österreichischen Akutkrankenanstalten per 31. März 2025	22
Tabelle 3: Ausbildungsstellen in österreichischen Akutkrankenanstalten per 31. März 2025	22
Tabelle 4: Eigene Abteilungen in österreichischen Krankenanstalten.....	23
Tabelle 5: Versorgungslage mit entsprechenden Dienststellen per 31. März 2025 in Prozent gerundet.....	23
Tabelle 6: Personalbestand in den österreichischen Rehabilitationszentren und Krankenanstalten 2024, besetzte Stellen	31
Tabelle 7: Einrichtung nach Bundesland und Art der Einrichtungen, in der Befragte tätig sind (n = 167)	37
Tabelle 8: Abteilungen in den Einrichtungen, in denen Befragte tätig sind (n = 167)	38

Abkürzungen

AG/R	Akutgeriatrie/Remobilisation
BMASGPK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (vormals BMSGPK)
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BGZ	Brustgesundheitszentrum
BÖP	Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen
CED	chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
DGKP	Dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger:in
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing ist eine von der US-amerikanischen Literaturwissenschaftlerin und Psychologin Francine Shapiro entwickelte Behandlungsmethode der posttraumatischen Belastungsstörung.
FTE	full-time equivalent, englische Entsprechung zum Vollzeitäquivalent
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GIS	geografisches Informationssystem
ICD-10-Code	International Classification of Diseases. Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
LKF	leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
mdw	Universität für Musik und darstellende Kunst Wien
MLV	Material- und Leistungsverzeichnis
MMÖ	Musiktherapie-Monitor Österreich
MuthG	Musiktherapiegesetz
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ÖBM	Österreichischer Berufsverband für Musiktherapie
ÖBVP	Österreichische Berufsverband für Psychotherapie
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
ÖGIS	Österreichisches Gesundheitsinformationssystem
PSO	Psychosomatik und Psychotherapie
PTBS	posttraumatische Belastungsstörung
PThG	Psychotherapiegesetz
RIS	Rechtsinformationssystem
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
VÖPP	Vereinigung Österreichischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
VZÄ	Vollzeitäquivalent(e)
WHO	World Health Organization

Glossar

Erwachsenenrehabilitation der Phase II

Unter Rehabilitation der Phase II versteht man Rehabilitation im sozialversicherungsrechtlichen Sinn. Sie folgt entweder nach Phase I im Anschluss an das Akutkrankenhaus (= Anschlussheilverfahren oder Rehabilitation nach Unfall) oder nach einer akuten Krankenbehandlung im extramuralen Bereich (= Rehabilitationsheilverfahren). Phase II kann entweder durch stationäre Rehabilitation oder ambulante Rehabilitation erfolgen.

F-Diagnosen bezeichnen die Diagnosen nach ICD-10-GM-2025 im Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“, F00–F99

Konsiliardienste

anfragebezogene Dienste in anderen Abteilungen

LKF-Modell Modell zur leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung in Österreich für die Abrechnung der Spitalskosten im stationären und ambulanten Bereich

Liaisondienste

fixe zugeteilte Dienststunden in anderen Abteilungen

Liaison- und Konsiliarstrukturen

strukturell vorgesehene, abteilungsübergreifende Zusammenarbeit im Rahmen von Liaison- und Konsiliardiensten, oftmals im Rahmen der multidisziplinären Zusammenarbeit gefordert

Psy-III-Diplom (oftmals) Ärztinnen und Ärzte der Psychiatrie mit Psychotherapieausbildung, Psy-III-Diplom: ÖAK-Diplom Psychotherapeutische Medizin. Dieses Diplom der Österreichischen Ärztekammer wird Ärztinnen und Ärzten nach einem festgelegten Weiterbildungsschema vergeben, wobei die diesbezügliche Ausbildung in folgenden drei Stufen erfolgt und der Erwerb des Psy-II-Diploms die Voraussetzung für das Psy-III-Diplom ist:

1. Psy 1 (oder I): Psychosoziale Medizin
2. Psy 2 (oder II): Psychosomatische Medizin
3. Psy 3 (oder III): Psychotherapeutische Medizin

1 Einleitung

1.1 Ziele der Studie

Hintergrund/Problemstellung

Die Versorgung der österreichischen Bevölkerung mit psychotherapeutischen Angeboten im niedergelassenen bzw. ambulanten Bereich sowie die Finanzierung dieser Angebote durch die Sozialversicherungsträger wurden von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) in der Vergangenheit bereits wiederholt untersucht (vgl. Gruber et al. 2024; Riess et al. 2023; Riess et al. 2025). Die Berichte zeigen, wie das ambulante Angebot ausgestaltet ist.

Für den stationären Bereich¹ sind hingegen keine aktuellen Daten zur Versorgungslage im Bereich Psychotherapie, Klinische Psychologie und Musiktherapie verfügbar. Die letzten verfügbaren Zahlen stammen aus dem Jahr 2011 (Grabenhofer-Eggerth 2012) und beziehen sich ausschließlich auf den Bereich der Klinischen Psychologie.

Im Anschluss an die Arbeiten im Jahr 2024 bezüglich der Versorgungslage im niedergelassenen und ambulanten Bereich (vgl. Gruber et al. 2024) soll nun die Versorgung im stationären Bereich in den Bereichen Psychotherapie, Klinische Psychologie und Musiktherapie näher beleuchtet werden, um ein vollständiges Bild der gesamten Versorgung zu erhalten und entsprechende Empfehlungen zur Weiterentwicklung ableiten zu können.

Ziele/Fragestellung(en)

In Abhängigkeit von den verfügbaren Datengrundlagen wird die Versorgungssituation im stationären Bereich im Hinblick auf Psychotherapie, Klinische Psychologie und Musiktherapie erhoben und beschrieben. Der Bericht dient als eine Entscheidungs- und Planungsgrundlage in Bezug auf die psychosoziale Versorgung in Österreich und leistet einen entsprechenden Beitrag zu deren Optimierung.

1.1.1 Aufbau des Berichts

Folgende Arbeiten wurden durchgeführt:

- **Prüfung der vorhandenen Datengrundlagen zur personellen Ausstattung** in den Bereichen **Psychotherapie, Klinische Psychologie, Musiktherapie in Krankenanstalten und Rehabilitationszentren**
- **Erhebung der personellen Ausstattung** in Bezug auf Psychotherapie, Klinische Psychologie, Musiktherapie in Krankenanstalten sowie Rehabilitationszentren

¹ Die Bezeichnung „stationärer Bereich“ wird im Verlauf der Studie durchgängig für den intramuralen Bereich verwendet, wobei auch Spitalsambulanzen und tagesklinische Bereiche subsumiert sind. Im Hinblick auf die Erhebung des Personalbestandes für den „stationären Bereich“ ist die Anstellung der betreffenden Person im Spitalsbereich gemeint (bzw. eine entsprechende vertragliche Verpflichtung mit dem Spital), das Einsatzgebiet ist dabei intramural, und kann daher sowohl stationär, ambulant, als auch tagesklinisch sein.

- **Erhebung der Rechtsgrundlagen der Landeskrankenanstaltengesetze** bezüglich **Personalausstattung** in den Bereichen Klinische Psychologie und Psychotherapie
- **Erhebung zum Tätigkeitsprofil von Psychotherapeutinnen und -therapeuten im stationären Bereich** (inkl. Beschäftigungsverhältnis, Funktionen und Tätigkeiten (z. B. Grad der Eigenständigkeit, erbrachte Leistungen, Auslastung, Setting), behandelte Patientinnen und Patienten (z. B. Störungsgruppen, Anzahl) und institutionelle Einbindung bzw. interdisziplinäre Zusammenarbeit

Entsprechend den vereinbarten und durchgeführten Leistungen gestaltet sich der Aufbau des Berichts.

Kapitel 2 skizziert die **Methoden**, die zur Untersuchung der verschiedenen Forschungsinhalte herangezogen wurden.

In **Kapitel 3** erfolgt eine Darstellung der Ergebnisse hinsichtlich der Beforschung der vorhandenen Informationen und Datengrundlagen sowie der Erhebung bezüglich der **Personalausstattung im stationären Bereich** für die drei Berufsgruppen der **Psychotherapie, Klinischen Psychologie und Musiktherapie**.

Kapitel 4 widmet sich der qualitativen Erhebung bezüglich der institutionellen Anbindung und des **Tätigkeitsprofils von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im stationären Bereich**.

Die **Conclusio (Kapitel 5)** rekapituliert die Ergebnisse der Untersuchungen, stellt diese den Zielen gegenüber und versucht weiters – im Hinblick auf die Optimierung der Versorgungslage – Empfehlungen zur Weiterentwicklung abzuleiten.

1.1.2 Kernkompetenzen Psychotherapie, Klinische Psychologie und Musiktherapie

1.1.2.1 Psychotherapie

Psychotherapie ist ein eigenständiges Heilverfahren mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden und dient der Diagnostik und der Behandlung von psychischen, psychosozialen oder psychosomatisch bedingten Leiden und krankheitswertigen Störungen. Die Berufsausübung wird in Österreich im Psychotherapiegesetz (Psychotherapiegesetz - PThG 2024) geregelt. Für die Ausübung des Berufs ist eine Eintragung in die Berufsliste für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten des zuständigen Bundesministeriums (BMASGPK 2025a) erforderlich.

Entsprechend dem Gesetzestext ist Psychotherapie die bewusste, geplante und umfassende Anwendung von psychotherapiewissenschaftlichen Methoden innerhalb einer therapeutischen Beziehung. Das Ziel besteht darin, krankheitswertige Störungen, „bei denen Psychotherapie indiziert ist, vorzubeugen, festzustellen, zu lindern, zu stabilisieren und zu heilen.“ (§ 6 Abs. 1 Z 1, Psychotherapiegesetz 2024). Außerdem dient sie der Änderung behandlungsbedürftiger Verhaltensweisen und Einstellungen und der Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der persönlichen „Entwicklung, Reifung und Gesundheit der behandelten bzw. betreuten Personen“. (§ 6 Abs. 1 Z 3, Psychotherapiegesetz 2024).

Die psychotherapeutische Behandlung erfolgt methodenspezifisch entsprechend den vier psychotherapeutisch-wissenschaftlichen Ausrichtungen (sog. Clustern): Humanistische Therapie, Psychoanalytisch-Psychodynamische Therapie, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie (vgl. § 7 Abs. 1 Z 1–4, Psychotherapiegesetz 2024)

Unter den Aufgabengebieten bzw. Arbeitsfeldern von Psychotherapeutinnen und -therapeuten fallen u. a. (Weiss 2023):

- Ausübung von Psychotherapie (freiberuflich oder im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses):
Ziele und Verlauf einer Psychotherapie werden individuell zu Beginn gemeinsam festgelegt. Der Ablauf richtet sich nach der Persönlichkeit der Patientin bzw. des Patienten und der therapeutischen Beziehung. Im Mittelpunkt stehen die therapeutische Beziehung und das Gespräch, indem gemeinsam nach Lösungen und Veränderungen gesucht wird.
- Lehre und Forschung
- Psychotherapeutische Diagnostik
- Erstellung von psychotherapeutischen Gutachten

Weitere Informationen zum Berufsbild und Arbeitsfeld sowie zur Ausbildung und beruflichen Situation in Österreich bieten der Österreichische Berufsverband für Psychotherapie (ÖBVP) und die Vereinigung Österreichischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (VÖPP).

1.1.2.2 Klinische Psychologie

Unter klinisch-psychologischer Behandlung werden wissenschaftlich fundierte Verfahren und Interventionen zur Behandlung und Beratung bei psychischen Störungen, Leidenszuständen und Verhaltensauffälligkeiten subsumiert (Weiss 2023). Die Berufsbeschreibung Klinische Psychologie, inklusive der Tätigkeitsbereiche und Kompetenzen, wird seit dem Jahr 2013 in Österreich durch das Psychologengesetz geregelt (Psychologengesetz 2013). Das Psychologengesetz beschreibt Tätigkeiten mit „Tätigkeitsvorbehalt“ (rechtlicher Vorbehalt, der bestimmt, dass bestimmte Tätigkeiten ausschließlich von Angehörigen eines bestimmten Berufs ausgeübt werden dürfen). Dazu zählen klinisch-psychologische Diagnostik sowie darauf aufbauende klinisch-psychologische Befunde und Gutachten (Sagerschnig et al. 2020). Weitere Tätigkeiten, wie etwa die Anwendung klinisch-psychologischer Behandlungsmethoden, die Begleitung von Betroffenen und Angehörigen in Krisen, klinisch-psychologische Beratung und Evaluation, sind zwar als Tätigkeitsbereiche im Gesetz ausdrücklich erwähnt, fallen jedoch nicht unter den oben beschriebenen Tätigkeitsvorbehalt. In der Versorgungsrealität gibt es Überschneidungen zwischen Klinischer Psychologie, Psychotherapie und psychotherapeutischer Medizin und insbesondere in der Behandlung überschneiden sich Aufgaben und Methoden (Sagerschnig et al. 2020). Für die Ausübung des Berufs ist eine Eintragung in die Liste der Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen des zuständigen Bundesministeriums (BMASGPK 2025b) erforderlich.

Zentrale Aufgaben sind die klinisch-psychologische Diagnostik sowie die Erstellung von Befunden und Gutachten, die als Grundlage für Interventionen und weiterführende Maßnahmen dienen. Darüber hinaus umfasst sie ziel- und lösungsorientierte Behandlungsmaßnahmen für Menschen aller Altersgruppen, die Begleitung von Betroffenen und Angehörigen in Krisensituationen, die Beratung zu gesundheitlichen Belastungen und deren Veränderungsmöglichkeiten. Die Tätigkeit basiert auf wissenschaftlichen Erkenntnissen, psychologischen Methoden und fachlicher

Kompetenz. Klinisch-psychologische Tätigkeiten können freiberuflich wie auch im Angestelltenverhältnis erfolgen.

Unter den Aufgabengebieten bzw. Arbeitsfeldern von Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen fallen u. a. (Weiss 2023):

- Diagnostik psychischer Störungen und psychologischer Einflussfaktoren bei körperlichen Erkrankungen
- Erstellung klinisch-psychologischer Befunde und Gutachten
- Behandlung und Beratung bei psychischen Erkrankungen in verschiedenen Settings und Altersgruppen
- Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team, insbesondere mit ärztlichem Personal
- Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention
- Teilnahme an Teamgesprächen, Visiten und interdisziplinären Besprechungen
- Rehabilitation
- Förderung von sozialen Kompetenzen und Supervision
- Lehre und Forschung

Weitere Informationen zum Berufsbild und Arbeitsfeld sowie zur Ausbildung und beruflichen Situation in Österreich bietet der Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen (BÖP).

1.1.2.3 Musiktherapie

Musiktherapie wird in Österreich ebenfalls seit 2008 durch ein eigenes Berufsgesetz (Musiktherapiegesetz – MuthG) geregelt. Für die Berufsausübung ist eine Registrierung auf der Liste der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten des zuständigen Bundesministeriums (BMASGPK 2025c) vorausgesetzt.

Das Musiktherapiegesetz bietet in § 6 Abs. 1 folgende Berufsumschreibung: „Die Musiktherapie ist eine eigenständige, wissenschaftlich-künstlerisch-kreative und ausdrucksfördernde Therapieform. Sie umfasst die bewusste und geplante Behandlung von Menschen, insbesondere mit emotional, somatisch, intellektuell oder sozial bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, durch den Einsatz musikalischer Mittel in einer therapeutischen Beziehung zwischen einem (einer) oder mehreren Behandelten und einem (einer) oder mehreren Behandelnden mit dem Ziel

1. Symptomen vorzubeugen, diese zu mildern oder zu beseitigen oder
2. behandlungsbedürftige Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern oder
3. die Entwicklung, Reifung und Gesundheit des (der) Behandelten zu fördern und zu erhalten oder wiederherzustellen.“

Musiktherapie wird vorrangig in folgenden Anwendungsfeldern erbracht (mdw 2025a)²:

- Prävention und Gesundheitsförderung
- Behandlung von akuten und chronischen Erkrankungen
- Rehabilitation

² Vgl. Universität für Musik und darstellende Kunst Wien; <https://www.mdw.ac.at/kunstundgesundheit/musiktherapie/> (Zugriff am 18.10.2025)

- Förderung von sozialen Kompetenzen und Supervision
- Lehre und Forschung

Weitere Informationen zum Berufsbild und Arbeitsfeld sowie zur Ausbildung und beruflichen Situation in Österreich bietet der Österreichische Berufsverband für Musiktherapie (öbm 2025).³

Das Feld der Musiktherapie vom Wiener Zentrum für Musiktherapie-Forschung der Universität für Musik und darstellende Kunst in Wien beforcht. Im Jahr 2024 fand die letzte Erhebung „Musiktherapie-Monitor Österreich (MMÖ) 2024“ (mdw 2025b) statt. Die Ergebnisse sind auf der Website als Download verfügbar.⁴

³ <https://www.oebm.org/musiktherapie/> (Zugriff am 18.10.2025)

⁴ <https://www.mdw.ac.at/wzmf/forschungsprojekte/laufende-projekte/musiktherapie-monitor-oesterreich/> (Zugriff am 18.10.2025)

2 Methodisches Vorgehen

Das methodische Vorgehen unterscheidet sich nach den beiden Untersuchungsbereichen, nämlich

1. der Erhebung des Versorgungsangebots im stationären Bereich für die Berufsgruppen der
 - a) Psychotherapie,
 - b) Klinischen Psychologie und
 - c) Musiktherapie sowie
2. der Untersuchung zum Tätigkeitsprofil von Psychotherapeutinnen und -therapeuten im stationären Bereich.

Weiters wurde zur Erhebung der Rechtsgrundlagen eine Recherche im Rechtsinformationssystem (RIS) des Bundes durchgeführt.

2.1 Methodik zur Erhebung des Versorgungsangebots im stationären Bereich

Um das Versorgungsangebot im stationären Bereich für die Berufsgruppen in den Bereichen der Psychotherapie, der Klinischen Psychologie und der Musiktherapie zu erheben, wurden zunächst die bestehende Datenlage sowie die vorhandene Literatur gesichtet. Vorstudien der GÖG zu diesem Thema bzw. die Statistik der Berufsgruppen (Grabenhofer-Eggerth 2012; Riess et al. 2025; Sagerschnig/Sitz 2024) behandeln Teilaspekte und wurden durch eine aktualisierte Beforschung der stationären Situation ergänzt.

Folgende Quellen und Datenbestände wurden gesichtet und ausgewertet:

1. der Österreichische Strukturplan Gesundheit 2023 (GÖG 2025a),
2. das LKF-Modell 2025 (BMASGPK 2025d)
3. das Österreichische Gesundheitsinformationssystem (GÖG 2025b) und der
4. der Österreichische Rehabilitationskompass (Rehakompass 2025)

Personalbestandsdaten für die Berufsgruppen der Bereiche Psychotherapie, Klinische Psychologie und Musiktherapie ließen sich auf Basis dieser Quellen für den Rehabilitationsbereich erheben. Für den Bereich der Krankenanstalten fehlten diese Daten, weshalb eine Onlineerhebung in den Krankenanstalten durchgeführt wurde.

2.1.1 Analyse der bestehenden Datengrundlagen bezüglich Personalausstattung in Krankenanstalten und Rehabilitationszentren

An bestehenden Datenquellen wurden die Informationen sowie Systembeschreibungen des ÖSG und des LKF-Systems sowie die Datenbestände des ÖGIS ausgewertet. Der ÖSG und das LKF-System wurden hinsichtlich der Inhalte analysiert, insbesondere dahingehend, ob verbindliche Personalvorgaben für die Berufsgruppen der Psychotherapie, Klinischen Psychologie und Musiktherapie im stationären Bereich beschrieben werden.

2.1.2 Datenauswertung des Rehabilitationskompasses

Weiters wurde die bereits bestehende Datenbasis des Rehabilitationskompasses genutzt, um die Personaldaten für den Rehabilitationsbereich auszuwerten und darzustellen.

2.1.3 Datenerhebung in den Krankenanstalten

Um das Bild zur vervollständigen, wurde eine Onlineumfrage mit der Plattform LimeSurvey durchgeführt.

2.1.4 Limitationen

Im Bereich der bestehenden Informationen und Datengrundlagen kann auf die Daten nur zugegriffen werden, sofern sie dokumentiert, zugänglich und auswertbar sind. Die Dokumentation der Personaldaten in den Krankenanstalten in den drei Berufsfeldern der Psychotherapie, Klinischen Psychologie und Musiktherapie ist derzeit nicht gegeben (mit Ausnahme der freiwilligen Angabe der Personaldaten im Rehabilitationskompass), sodass die Frage nach dem Personalstand in den Krankenanstalten durch eine Umfrage beantwortet werden muss.

Bezüglich der Daten des Rehabilitationskompasses ist zu bemerken, dass diese hinsichtlich der Darstellung der einzelnen Rehabilitationszentren zu einem hohen Grad vollständig sind, jedoch sind Beschränkungen für die Eingabe der diesbezüglichen Personaldaten anzugeben, da es sich um eine freiwillige Dateneingabe handelt, die im Personalbereich nicht durchgängig durchgeführt wird.

Die Onlineumfrage im Rahmen der LimeSurvey-Plattform ist ebenfalls durch das Prinzip der Freiwilligkeit geprägt und die Ergebnisse sind dadurch systemimmanent limitiert, einerseits durch den Rücklauf (61 % Teilnahmerate, 70 % jedoch bezogen auf die Anzahl der systematisierten Betten) und andererseits durch die nicht durchgängig gleiche Qualität der Dateneingabe aufseiten der teilnehmenden Krankenanstalten. Seitens der nicht teilnehmenden Krankenanstalten wurde von einem Haus zurückgemeldet, dass eine Teilnahme an der Umfrage nicht erfolgt, weil man Vorgaben im Personalbereich durch übergeordnete Stellen hintanhalten möchte. Dieser Gedanke könnte auch bei anderen nicht teilnehmenden Krankenanstalten eine Rolle gespielt haben.

Die Limitationen der jeweiligen Methode werden in der Ergebnisdarstellung im jeweiligen Kapitel integriert.

2.2 Methodik zur Untersuchung der psychotherapeutischen Tätigkeit im stationären Bereich

Um ein fundiertes Verständnis der psychotherapeutischen Tätigkeit im stationären Bereich zu erlangen, wurde ein Mixed-Methods-Ansatz gewählt. Dabei kamen sowohl qualitative als auch quantitative Verfahren zum Einsatz: Zwei Fokusgruppen sowie eine Onlinebefragung wurden mit Psychotherapeutinnen und -therapeuten durchgeführt, die aktuell oder ehemals in stationären Einrichtungen tätig sind bzw. es langjährig waren.

2.2.1 Fokusgruppe zur Finalisierung der Onlinebefragung

Die erste der beiden Fokusgruppen wurde Ende April 2025 in einem Onlineformat durchgeführt und hatte eine Dauer von 1,5 Stunden. An der Sitzung nahmen sechs Personen teil (drei Frauen und drei Männer), die derzeit im stationären Bereich psychotherapeutisch tätig sind. Die Rekrutierung der Teilnehmenden erfolgte auf Basis einer Internetrecherche zu psychotherapeutischem Personal auf den Websites der Krankenanstalten, sowie über die Website *psyonline.at*, gefolgt von einer direkten Kontaktaufnahme und Einladung. Ziel der Fokusgruppe war es, ein differenziertes Verständnis der psychotherapeutischen Tätigkeit in stationären Einrichtungen zu gewinnen. Im Mittelpunkt standen dabei die Themenbereiche Anstellungsverhältnisse, Aufgaben- und Tätigkeitsprofile, die Versorgung von Patientinnen und Patienten sowie die institutionelle Einbindung. Die Ergebnisse sollten in einem weiteren Schritt zur Identifikation relevanter Fragestellungen und zur Schwerpunktsetzung für eine nachfolgende Onlinebefragung beitragen.

2.2.2 Onlinebefragung

Die anschließende Onlinebefragung (erstellt über LimeSurvey) wurde Ende Juni 2025 initiiert und war bis Mitte September 2025 im Feld. Die Erhebung fand DSGVO-konform und unter Gewährleistung der Anonymität statt. Die Bearbeitung des Fragebogens nahm etwa 20 Minuten in Anspruch. Inhaltlich umfasste die Befragung mehrere Themenblöcke:

- Beschäftigung im stationären Bereich⁵ allgemein (z. B. Organisationsform, Abteilung, Beschäftigungsverhältnis),
- allgemeine Aspekte der psychotherapeutischen Tätigkeit (z. B. Cluster, Berufsausbildungen),
- Funktionen und Tätigkeiten (z. B. Grad der Eigenständigkeit, erbrachte Leistungen, Auslastung, Setting),
- Patientinnen und Patienten (z. B. Störungsgruppen, Anzahl),
- institutionelle Einbindung (z. B. interdisziplinäre Zusammenarbeit, subjektive Eingebundenheit)

Zu Beginn der Befragung wurden die Teilnehmenden gebeten anzugeben, ob sie unter anderem in einer österreichischen Krankenanstalt stationär als Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut tätig sind. Diese Frage diente als Filterkriterium: Nur bei einer positiven Antwort („ja“) erfolgte die Weiterleitung zu den weiteren Fragen. Auf diese Weise wurde sichergestellt, dass ausschließlich Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit stationärer Tätigkeit an der Befragung teilnahmen.

Zur Maximierung der Teilnahmequote wurde eine Kooperation mit dem Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie sowie der Vereinigung Österreichischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eingegangen. Beide Organisationen unterstützten die Aussendung der Befragung an ihre Mitglieder. Es erfolgten jeweils zwei Versandzeitpunkte, einschließlich einer Erinnerung per E-Mail. Die Einladung zur Onlinebefragung wurde zusammen mit einem kurzen Begleitschreiben der GÖG an jene Mitglieder versandt, deren E-Mail-Adressen vorlagen.

⁵ Beschäftigung im „stationären Bereich“ wird hier im Sinne eines Beschäftigungsverhältnisses im intramuralen Bereich verwendet und ist nicht eingeschränkt auf spezifische Abteilungen.

2.2.3 Fokusgruppe zur Kompatibilität von Psychotherapie im stationären Setting

Die zweite Fokusgruppe wurde Anfang Oktober 2025 in einem Onlineformat durchgeführt und hatte eine Dauer von ca. 75 Minuten. An der Fokusgruppe nahmen vier Personen teil (drei Frauen und ein Mann), die derzeit im stationären Bereich psychotherapeutisch tätig sind. Eine weitere Person (männlich) gab ihre Einschätzungen zu den Fragen außerhalb der Fokusgruppe telefonisch ab. Die Rekrutierung der Teilnehmenden erfolgte auf Basis einer Internetrecherche, gefolgt von einer direkten Kontaktaufnahme und Einladung. Ziel der Fokusgruppe war es, die Einschätzungen von stationär tätigen Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu den Rahmenbedingungen stationärer Psychotherapie zu erfassen. Im Zentrum stand die Frage, ob und inwiefern stationäre Settings für wirksame psychotherapeutische Prozesse geeignet sind – insbesondere im Hinblick auf Aufenthaltsdauer, Therapieeinheiten und institutionelle Bedingungen.

2.2.4 Limitationen

Trotz des gewählten Mixed-Methods-Ansatzes, der qualitative und quantitative Perspektiven miteinander verknüpft, sind Limitationen zu berücksichtigen. In der Befragung wurde zwar durch ein Filterkriterium sichergestellt, dass nur Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit stationärer Tätigkeit teilnehmen, jedoch bleibt unklar, wie repräsentativ die erreichte Stichprobe tatsächlich für die Gesamtpopulation ist. Die Kooperation mit den Berufsverbänden (ÖBVP, VÖPP) erhöhte zwar die Reichweite, jedoch konnten nur Mitglieder mit hinterlegter E-Mail-Adresse kontaktiert werden, was die Repräsentativität ebenfalls einschränkt. Bei den Fokusgruppen wie auch bei der Befragung besteht die Möglichkeit, dass vor allem Personen mit einem besonderen Interesse an der Thematik oder mit spezifischen Erfahrungen teilgenommen haben, was sich in den erhobenen Daten widerspiegeln könnte. Das Gleiche gilt in Bezug auf die Einrichtungsspezifität der Erfahrungen, da beispielsweise ein großer Teil der Teilnehmenden in Rehabilitationszentren tätig ist. Schließlich ist zu beachten, dass die inhaltliche Tiefe der quantitativen Befragung begrenzt ist. Die standardisierte Erhebung erlaubt keine vertiefte Exploration individueller Sichtweisen oder institutioneller Besonderheiten.

3 Versorgungsangebot im stationären Bereich

3.1 Rechtsgrundlagen

Die Rechtsgrundlagen des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes (KAKuG 1957) sowie der Landesgesetzgebungen wurden hinsichtlich der Bestimmungen zur Personalausstattung in den Bereichen Psychotherapie und Klinische Psychologie recherchiert und werden im Folgenden wiedergegeben.

3.1.1 KAKuG

Die Rechtsgrundlagen bezüglich der Personalausstattung für die Bereiche Klinische Psychologie und Psychotherapie in den Krankenanstalten finden sich im Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG 1957) in der Fassung vom 5. März 2025:

Bestimmungen bezüglich psychologischer Betreuung und psychotherapeutischer Versorgung

§ 11b. KAKuG: „Die Landesgesetzgebung hat sicherzustellen, daß [sic] in den **auf Grund des Anstaltszwecks und des Leistungsangebots in Betracht kommenden Krankenanstalten** eine ausreichende klinisch psychologische und gesundheitspsychologische Betreuung und eine **ausreichende Versorgung** auf dem Gebiet der Psychotherapie angeboten wird.“ (fett und Unterstreichung durch die Autorin)

§ 11c. KAKuG: „Die Landesgesetzgebung hat die Träger der nach Anstaltszweck und Leistungsangebot in Betracht kommenden Krankenanstalten zu verpflichten, durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, daß [sic] den in der Krankenanstalt beschäftigten und einer entsprechenden Belastung ausgesetzten Personen im Rahmen ihrer Dienstzeit im **erforderlichen Ausmaß** Gelegenheit zur Teilnahme an einer berufsbegleitenden **Supervision** geboten wird. Die Supervision ist durch **fachlich qualifizierte Personen** auszuüben.“ (Hervorhebungen durch die Autorin)

Beide Paragraphen normieren eine „ausreichende Versorgung“ mit klinisch-psychologischen und gesundheitspsychologischen sowie psychotherapeutischen Leistungen, geben aber nicht darüber Auskunft, welche Krankenanstalten tatsächlich in Betracht kommen („auf Grund des Anstaltszwecks und des Leistungsangebots“) bzw. wie ein etwaiger Bedarf zu ermitteln ist oder durch welche Berufsgruppe(n) diese Leistungen im konkreten Fall tatsächlich zu erbringen sind.

Weiters findet sich in § 5a Abs. 1 Z 6 KAKuG der Hinweis auf grundsätzliche Patientenrechte:

„Durch die Landesgesetzgebung sind die Träger von Krankenanstalten unter Beachtung des Anstaltszwecks und des Leistungsangebotes zu verpflichten, daß [sic] [...] 6. **auf Wunsch des Pfinglings eine psychologische Unterstützung möglich ist;**“

Auch dieser Paragraf enthält Versorgungshinweise, zumal eine psychologische Unterstützung auf Patientenwunsch hin – de facto – immer möglich sein muss, auch hier findet sich allerdings der relativierende Hinweis „unter Beachtung des Anstaltszwecks und des Leistungsangebotes“.

Die seitens des KAKuG normierten Bestimmungen sind grundsätzlich in die Landesgesetzgebungen zu übernehmen. Dies ist erfolgt, jedoch besteht hinsichtlich des Ausmaßes und Spezifizierung in den einzelnen Landesgesetzgebungen große Variabilität. Zum Vergleich wurden die unterschiedlichen Formulierungen der Landesgesetze in Bezug zu § 11b KAKuG recherchiert und dargestellt, da dieser Paragraf die eigentliche Patientenversorgung normiert.

3.1.2 Landesgesetzgebungen

Die Landesgesetzgebungen haben die Aufgabe, das Bundesgesetz umzusetzen. Sie unterscheiden sich hinsichtlich Spezifität und Umfang. Sie werden für den Vergleich nach Bundesland alphabetisch im Originaltext dargestellt. Inhaltlich sind diese unterschiedlichen Texte nicht kongruent und unterscheiden sich auch hinsichtlich des Versorgungsauftrages:

3.1.2.1 Burgenland

§ 34 Psychologische und psychotherapeutische Betreuung (Bgl. KAG 2000)

„(1) In bettenführenden Krankenanstalten ist für jene Patienten, die auf Grund ihrer Erkrankung besonders schweren psychischen Belastungen ausgesetzt sind, eine ausreichend qualifizierte klinisch-psychologische und gesundheitspsychologische Betreuung und eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung vorzusehen. Für diesen Zweck können auch fachlich geeignete betriebsfremde Personen und Einrichtungen herangezogen werden.

(2) Die gemeinsame Betreuung von zwei oder mehreren Krankenanstalten desselben Rechtsträgers ist zulässig, solange eine ausreichende Versorgung gewährleistet ist.

(3) Die klinisch-psychologischen und gesundheitspsychologischen sowie psychotherapeutischen Betreuer haben ihre Tätigkeiten in Zusammenarbeit mit den Ärzten und dem Pflegepersonal durchzuführen.“

3.1.2.2 Kärnten

§ 39 Psychologische Betreuung und psychotherapeutische Versorgung (K-KAO 1999)

„(1) Die Träger von bettenführenden Krankenanstalten haben für eine ausreichende klinisch-psychologische und gesundheitspsychologische Betreuung der Patienten durch einen Gesundheitspsychologen oder klinischen Psychologen im Sinne des Psychologengesetzes 2013, und eine ausreichende Versorgung auf dem Gebiete der Psychotherapie durch nach dem Psychotherapiegesetz, BGBl Nr. 361/1990, zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechnete Personen Sorge zu tragen.

(2) Vereinbarungen von zwei oder mehreren Krankenanstaltenträgern zur gemeinsamen Erfüllung der Verpflichtung nach Abs. 1 sind zulässig, solange eine ausreichende Versorgung gesichert erscheint.“

3.1.2.3 Niederösterreich

§ 27b Psychologische Betreuung und psychotherapeutische Versorgung (NÖ KAG 2015)

„(1) Die Rechtsträger von bettenführenden Krankenanstalten haben für eine ausreichende klinisch-psychologische und gesundheitspsychologische Betreuung der Patienten sowie für eine ausreichende Versorgung auf dem Gebiet der Psychotherapie durch fachlich qualifizierte Personen zu sorgen.

(2) Fachlich qualifiziert sind jene Personen, die eine Berufsberechtigung als klinischer Psychologe, als Gesundheitspsychologe oder als Psychotherapeut aufweisen, sowie auch Fachärzte für Psychiatrie und sonstige Ärzte, die eine von der Österreichischen Ärztekammer angebotene und/oder anerkannte Zusatzausbildung für diese Aufgaben absolviert haben.

(3) Vereinbarungen von zwei oder mehreren Rechtsträgern von Krankenanstalten zur gemeinsamen Erfüllung der Verpflichtungen gemäß Abs. 1 sind zulässig, solange eine ausreichende Versorgung gesichert ist.“

3.1.2.4 Oberösterreich

§ 23 Psychologische Betreuung und psychotherapeutische Versorgung (Oö. KAG 1997)

„Die Rechtsträger von Krankenanstalten der im § 2 Z 1, 2, 4 und 6 bezeichneten Art haben sicherzustellen, daß [sic] eine ausreichende klinisch psychologische und eine gesundheitspsychologische Betreuung und eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung angeboten wird.“⁶

3.1.2.5 Salzburg

§ 23 Psychologische Betreuung, psychotherapeutische Versorgung (SKAG 2000)

„In bettenführenden Krankenanstalten sind psychologische und psychotherapeutische Dienste in einem solchen Umfang einzurichten, dass jenen Patienten, die auf Grund ihrer Erkrankung besonders schweren psychischen Belastungen ausgesetzt sind, eine ausreichende psychologische Betreuung und eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung angeboten werden kann.“

3.1.2.6 Steiermark

§ 44 Psychologische Betreuung und psychotherapeutische Versorgung (StKAG - Stmk. Krankenanstaltengesetz 2012)

„In Krankenanstalten, in denen es auf Grund des Anstaltszweckes und des Leistungsangebotes erforderlich ist, ist eine ausreichende Versorgung auf dem Gebiet der Psychotherapie sowie eine ausreichende klinisch psychologische und gesundheitspsychologische Betreuung vorzusehen.“

⁶ Laut entsprechendem Paragraphen, § 2 Z 1, 2, 4 und 6, des Oö. Krankenanstaltengesetzes sind dies allgemeine Krankenanstalten, Sonderkrankenanstalten, Pflegeanstalten und Sanatorien.

3.1.2.7 Tirol

§ 13f Psychologische Betreuung und psychotherapeutische Versorgung (Tir KAG 2010)

„Die Träger bettenführender Krankenanstalten sowie sonstiger nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommender Krankenanstalten haben zur Gewährleistung des Patientenrechtes nach § 9a Z 6 eine ausreichende klinischpsychologische und gesundheitspsychologische Betreuung und eine ausreichende Versorgung auf dem Gebiet der Psychotherapie sicherzustellen.“⁷

3.1.2.8 Vorarlberg

§ 38 Psychologische Betreuung und psychotherapeutische Versorgung (Spitalgesetz 2005)

„(1) In bettenführenden Krankenanstalten, in denen dies nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot erforderlich ist, ist eine ausreichende klinisch-psychologische und gesundheitspsychologische Betreuung sowie eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung der Patienten und Patientinnen durch fachlich qualifizierte Personen zu gewährleisten.

(2) Die Hilfe nach Abs. 1 ist insbesondere zu gewährleisten für Patienten und Patientinnen

- a) im Bereich der Onkologie und Psychiatrie;
- b) mit psychosomatischen Erkrankungen oder anderen besonders belastenden Erkrankungen;
- c) die sich in einer akuten persönlichen, sozialen oder familiären Krise befinden.“

3.1.2.9 Wien

§ 22 a Psychotherapeutische Versorgung und psychologische Betreuung (Wr. KAG 1987)

„(1) In Krankenanstalten, in denen dies auf Grund des Anstaltszwecks und des Leistungsangebots erforderlich [sic] ist, ist eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung sowie eine ausreichende klinisch psychologische und gesundheitspsychologische Betreuung vorzusehen.

(2) Psychotherapeutische sowie klinisch psychologische und gesundheitspsychologische Hilfen sind insbesondere für folgende Patienten vorzusehen:

- a) onkologische Patienten,
- b) psychiatrische Patienten,
- c) Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen und
- d) sonstige Patienten mit besonders belastender Krankheits- bzw. Lebensproblematik und langen Aufenthalten in Krankenanstalten.

(3) Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben zumindest sicherzustellen, daß [sic] sowohl für psychotherapeutische Hilfen als auch für klinisch psychologische und gesundheitspsychologische Hilfen in Standardkrankenanstalten je ein Dienstposten, in

⁷ Entsprechender Paragraph § 9a Z 6 normiert (Patientenrechte): „Die Träger der Krankenanstalten haben unter Beachtung des Anstaltszweckes und des Leistungsangebotes sicherzustellen, daß [sic] [...] 6. auf Wunsch des Patienten eine psychologische Unterstützung möglich ist“; Dies entspricht dem Originaltext des Bundes KAKuG § 5a (Patientenrechte, transparentes Wartelistenregime).

Schwerpunktkrankenanstalten je zwei Dienstposten und in Zentralkrankenanstalten je drei Dienstposten für entsprechend qualifizierte Personen bestehen.“

3.1.3 Vergleichende Analyse der Rechtsgrundlagen

Die seitens des KAKuG normierten Bestimmungen wurden in die Krankenanstalten-Landesgesetzgebungen übernommen, jedoch besteht hinsichtlich des Ausmaßes und der Spezifizierung in den einzelnen Landesgesetzgebungen große Variabilität. In folgenden Analysetext werden die Hinweise auf das entsprechende Bundesland in die nach dem Zitat nachfolgende Klammer gesetzt. Die Originaltexte des KAKuG und der Landesgesetzgebungen finden sich im vorangestellten Kapitel.

Seitens der Landesgesetzgebungen werden etwa die Krankenanstalten genannt, die eine psychologische oder psychotherapeutische Versorgung vorzuhalten haben, dies sind entweder die „Träger bettenführender Abteilungen“ (z. B. Tirol) oder „in Krankenanstalten, in denen dies auf Grund des Anstaltszwecks und des Leistungsangebots erforderlich ist“ (z. B. Wien), also einmal abgestellt auf das Vorhandensein von Betten und im anderen Fall nur in Verbindung mit Anstaltszweck und Leistungsangebot, wobei jedoch diese Begriffe meist nicht näher definiert werden, also ebenfalls eine breite Auslegung zulassen. Manchmal ist auch eine Spezifizierung auf „besonders schwere psychische Belastungen“ (Salzburg), allerdings ohne nähere Ausführung, angegeben. Neben der Vorarlberger Landesgesetzgebung ist etwa im Falle des Wiener Krankenanstaltengesetzes eine Spezifizierung der notwendigen Vorhalteleistung im entsprechenden Paragraphen 22 a (2) angeführt, siehe oben Kapitel 3.1.2.9.

In fast allen dargestellten Landesgesetzgebungen werden klinisch-psychologische Betreuung, gesundheitspsychologische Betreuung und psychotherapeutische Betreuung gefordert (Ausnahme Salzburg: „psychologische und psychotherapeutische Dienste“ – ohne die Spezifizierung Gesundheitspsychologie), jeweils aber, ohne auf die jeweilige Berufsgruppe detailliert einzugehen. Im Falle der burgenländischen Landesgesetzgebung findet sich der Hinweis „Für diesen Zweck können auch fachlich geeignete betriebsfremde Personen und Einrichtungen herangezogen werden.“ (Burgenland). Hinweise auf die Berufsgruppe der Musiktherapie fehlen vollständig, sowohl im KAKuG als auch in den Landesgesetzgebungen.

Zum Ausbildungsstand des erforderlichen Personals für die geforderte Betreuung sind nicht durchgehend nähere Bestimmungen in den Landesgesetzgebungen enthalten, allerdings finden sich in der Kärntner Landesgesetzgebung Bestimmungen für die Berufsberechtigungen laut entsprechenden gesetzlichen Grundlagen (Psychologengesetz und Psychotherapiegesetz), die zu erfüllen sind. Ein weiteres Mal findet sich lediglich der Hinweis, dass die erforderlichen Leistungen „durch fachlich qualifizierte Personen“ (Salzburg) zu erbringen sind, in einem anderen Fall wird dieser Begriff näher definiert: „Fachlich qualifiziert sind jene Personen, die eine Berufsbezeichnung als klinischer Psychologe, als Gesundheitspsychologe oder als Psychotherapeut aufweisen, sowie auch Fachärzte für Psychiatrie und sonstige Ärzte, die eine von der Österreichischen Ärztekammer angebotene und/oder anerkannte Zusatzausbildung für diese Aufgaben absolviert haben.“ (Niederösterreich).

Die unterschiedliche Darstellung der entsprechenden Landesgesetzgebungen zur Umsetzung des § 11b. KAKuG äußert sich auch in der Länge der jeweiligen Landesgesetzgebung, die von einem Absatz bis hin zu drei Absätzen variiert. Interessant ist, dass im Wiener Landesgesetz eine

zusätzliche Spezifizierung hinsichtlich der vorzusehenden Stellen aufgenommen wurde, siehe Kapitel 3.1.2.9.

Limitationen und mögliche Weiterentwicklung

Ob sich die Variabilität und teilweise unterschiedliche Ausgestaltung der Umsetzung des § 11b. KAKuG in die jeweiligen Landesgesetzgebungen tatsächlich unterschiedlich auf die Versorgungslage in den Krankenanstalten auswirken, kann im Rahmen dieser Arbeit nicht beantwortet werden.

Dazu wären eine zusätzliche Beforschung der Bedarfsgerechtigkeit (etwa in Form von Patientenbefragungen) und eine lückenlose Dokumentation der Personalbestandszahlen sowie der durchgeführten Leistungen für den Bereich der psychologischen und psychotherapeutischen Betreuung in den Krankenanstalten vonnöten.

3.2 Analyse der bestehenden Datengrundlagen bezüglich Personalausstattung in Krankenanstalten und Rehabilitationszentren

Die Datengrundlagen des ÖSG (GÖG 2025a) des LKF-Systems (BMASGPK 2025d), des ÖGIS (GÖG 2025b) und des Rehakompasses (GÖG 2025c) wurden gesichtet und ob ihrer Tauglichkeit zur Datenauswertung für die beauftragten Fragestellungen überprüft bzw. ausgewertet:

3.2.1 Darstellungen des ÖSG

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit ist das zentrale Planungsinstrument des österreichischen Gesundheitswesens und stellt die Grundlage für die regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) dar.⁸ Durch das Planungsinstrument des ÖSG gibt es einen gemeinsamen österreichweiten Rahmenplan, den der Bund, alle Länder und die Sozialversicherung gemeinsam beschließen. Damit wird trotz der unterschiedlichen Verantwortlichkeiten ein gemeinsames Bild über die Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems geschaffen.

Untersucht wurde in der vorliegenden Studie, ob für die stationäre Versorgung in den österreichischen Krankenanstalten und Rehabilitationszentren konkrete Planungsvorgaben hinsichtlich der Personalausstattung in den Bereichen der

- Psychotherapie,
- Klinischen Psychologie und
- Musiktherapie

vorgegeben sind.

⁸ Vgl. GÖG 2025 b, vgl. weiters: <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Der-%C3%96sterreichische-Strukturplan-Gesundheit-%E2%80%93-%C3%96SG.html> (Zugriff am 9.10.2025)

Es handelt sich beim ÖSG um eine Rahmenplanung, die konkrete Personalzahlen im nichtärztlichen Bereich kaum vorgibt. Eine deskriptive Beschreibung der Planungsinhalte (darunter Grundsätze und Ziele, Planungsgrundlagen und Richtwerte, Organisation und strukturelle Vorgaben für RSG-Inhalte) sowie der verbindlichen Qualitätskriterien für die unterschiedlichen Versorgungsbereiche im Gesundheitswesen (ambulante Versorgung, stationäre Versorgung und Rehabilitation) bilden den Rahmen für die bereitzustellenden Ressourcen im Bereich der Krankenanstalten, wobei die Messgrößen für Personalausstattung im stationären Bereich sich meist auf die ärztliche Berufsgruppen beziehen.

Die Vorgaben bezüglich der nichtärztlichen Gesundheitsberufe – und besonders hinsichtlich der untersuchten Gesundheitsberufe – bleiben eher deskriptiv, wie etwa im Bereich Qualitätskriterien der stationären Versorgung, Kapitel 3.2.3.3 Versorgung von Kindern und Jugendlichen (KIJU, KJC) im Rahmen der Vorgabe zur multiprofessionellen Zusammenarbeit: „(optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) v. a. mit Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Diätologie, Klinischer Psychologie und Psychotherapie (jeweils mit Spezialisierung auf Kinder und Jugendliche); Sozialarbeit“⁹

Die Nennung der Berufsgruppen für Psychotherapie und Klinische Psychologie erfolgt im ÖSG relativ oft (31 Nennungen der Psychotherapie und 21 Nennungen der Klinischen Psychologie), für die Berufsgruppe der Musiktherapeutinnen und -therapeutinnen sind die Erwähnungen im Text eher selten (5 Nennungen der Musiktherapie). Die Notwendigkeit der Vorhaltung dieser Berufsgruppen findet sich nicht in der verpflichtenden Personalausstattung laut Qualitätskriterien wieder, sondern ergibt sich eher indirekt im Rahmen der vielfach empfohlenen multiprofessionellen Zusammenarbeit.

Oftmals werden die beiden Berufsgruppen der Psychotherapie und der Klinischen Psychologie im Rahmen einer und/oder -Vorgabe empfohlen, die beiden Berufsgruppen werden dabei häufig als synonym dargestellt, wie zum Beispiel hier: „Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) mit DGKP, insbesondere mit Berechtigung in der Spezialisierung ‚Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege‘ oder DGKP (KIJU), PädagogInnen und Personal für Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Klinische Psychologie und/oder Psychotherapie (mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen), Musiktherapie, Diätologie, Heilpädagogik, Sozialpädagogik, Sozialarbeit.“¹⁰ Zusätzlich wird die erforderliche Leistung der Psychotherapie im Bereich der stationären Versorgung auch oftmals durch fachärztliche Belegschaft (Psychiatrie mit PSY-III-Diplom) erbracht und wird als gleichwertig zur Psychotherapie angesehen.

Limitationen

Resümierend bleibt festzuhalten, dass sich die Berufsgruppen der Psychotherapie, Klinischen Psychologie und Musiktherapie zwar im ÖSG als notwendige Leistungserbringer der stationären Versorgung abbilden, aber keine konkreten Personalausstattungsangaben abgeleitet werden

⁹ GÖG 2025a: ÖSG Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2023, Textband, 3.2.3.3 Versorgung von Kindern und Jugendlichen (KIJU, KJC), S. 141

¹⁰ GÖG 2025a: ÖSG Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2023, Textband, 3.2.3.8 Psychische Erkrankungen (PSY, KJP), S. 157

können, weder hinsichtlich der quantitativen Erfordernisse noch in Bezug auf die spezifisch erforderlichen Leistungsinhalte dieser drei unterschiedlichen Berufsgruppen.

3.2.2 Vorgaben im Rahmen des LKF-Systems

Die Abrechnung des stationären Gesundheitswesens erfolgt über die leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung (kurz: LKF-Modell). Das LKF-Modell ist das Regelwerk zur bundesweit einheitlichen Bepunktung (und damit Errechnung des Kostenersatzes) von stationären Krankenhausaufenthalten. Es umfasst die konkreten Festlegungen zu allen leistungsorientierten Fallpauschalen (Zuordnungskriterien, Belagsdauerfestlegungen, Punkte), zur Intensivzusatzbepunktung sowie zu sämtlichen Sonderbereichen (z. B. palliativmedizinische Einrichtungen) und Spezialfällen (z. B. tagesklinische Aufenthalte) (vgl. BMASGPK 2025d).

Im Rahmen der LKF-Vorgaben¹¹ finden sich die Sonderbereiche, deren Maßgaben hinsichtlich der Strukturqualität bezüglich Personalausstattung einzuhalten sind. Einige dieser Sonderbereiche normieren Personalvorgaben in Form von Personalschlüsseln pro Bett – auch explizit für Klinische Psychologie und/oder Psychotherapie sowie Musiktherapie.¹² Solchermaßen spezifische Vorgaben existieren u. a. für

- Einheiten zur stationären Behandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) (u. a. Berufsgruppen)
 - Klinische Psychologinnen/Psychologen mit Psychotherapieausbildung bzw. Psychotherapeutinnen/-therapeuten
- Einheiten der Psychiatrie (Abteilungsgruppe 1 = Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinderpsychologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie der Kinder- und Jugendheilkunde) (u. a. Berufsgruppen)
 - Psychologinnen/Psychologen
 - Psychotherapeutinnen/-therapeuten
 - Sport-, Kunst-, Musiktherapeutinnen/-therapeuten
 - (Teilung des Personalschlüssels mit Ergo- und Physiotherapeutinnen und -therapeuten)
- Einheiten mit Schwerpunkt für Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) für Erwachsene und analog für Kinder und Jugendliche (u. a. Berufsgruppen)
 - Psychologinnen/Psychologen
 - Psychotherapeutinnen/-therapeuten
 - Sport-, Kunst-, Musiktherapeutinnen/-therapeuten
 - (Teilung des Personalschlüssels mit Ergo- und Physiotherapeutinnen und -therapeuten)
- Einheiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) (u. a. Berufsgruppen)
 - Klinische Psychologinnen / Klinische Psychologen

¹¹ Vgl. BMASGPK (2025d): LKF-Modell 2025 für den stationären Bereich

¹² Vgl. ebd. S. 25 ff.

- Psychotherapeutinnen/-therapeuten
- Sport-, Kunst-, Musiktherapeutinnen/-therapeuten
- (Teilung des Personalschlüssel mit Ergo- und Physiotherapeutinnen und -therapeuten sowie Sozial- und Rehabilitationspädagoginnen und -pädagogen, Logopädinnen/Logopäden und Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern)

Limitationen

Grundsätzlich würden sich aus den Beschreibungen des LKF-Modells für die Berufsgruppen der Psychotherapie, Klinischen Psychologie und Musiktherapie gewisse Personalvorgaben destillieren lassen. Allerdings bedürfte es für konkretere Zielvorgaben einer zusätzlichen Spezifizierung, da die Personalschlüssel teilweise für mehrere Gruppen von Therapeutinnen und Therapeuten summiert angegeben werden und nur für einige Sonderbereiche diese Personalschlüssel überhaupt vorgegeben sind.

Überdies ist eine Überprüfung dieser LKF-Vorgaben de facto nicht möglich bzw. erfolgt derzeit nicht, da die Personalbestandsdaten in Krankenanstalten für die Bereiche der Psychotherapie, Klinischen Psychologie und Musiktherapie bislang nicht gesondert dokumentiert werden (siehe u. a. auch Auswertung des ÖGIS) und daher auch nicht aus den Routinedaten entnommen werden können. Somit sind sämtliche stationäre Personalerfordernisse in diesem Bereich (sei es auf gesetzlicher Grundlage oder auf Basis von ÖSG und LKF) derzeit nicht überprüfbar.

3.2.3 Auswertung des ÖGIS

„Das Österreichische Gesundheitsinformationssystem (ÖGIS), maßgebliches Instrument der Gesundheitsberichterstattung und der Gesundheitsplanung, ist als geografisches Informationssystem (GIS) konzipiert. Es bietet Karten- und Zeitreihendarstellungen sowie einfache statistische Analysemethoden für alle epidemiologischen Kernthemen an (z. B. Lebenserwartung, Sterblichkeit, Krebsinzidenz, Krankenhaushäufigkeit, subjektiver Gesundheitszustand). Weiters sind über das ÖGIS detaillierte Informationen zu nahezu allen Teilsektoren des Gesundheitssystems verfügbar (z. B. Akutkrankenanstalten, Rehabilitationszentren, niedergelassene Ärzteschaft, Rettungsstellen).“¹³

Das ÖGIS kann als Datensammelplattform auf verschiedene Datenbestände zugreifen und ermöglicht dadurch eine Vielzahl von Auswertungen. Die zugrunde liegenden Datenmengen umfassen u. a. (Stand Jänner 2025)¹⁴

- Struktur- und Basisdaten (z. B. Einwohner:innen, Bevölkerungsprognose, sozioökonomische Daten, Arbeitsmarktdaten, Erreichbarkeitsmodelle, ...)
- Gesundheitsdaten (z. B. Lebenserwartung, Todesursachenstatistik, Krebsstatistik, Gesundheitszustand, Straßenverkehrsunfallsdaten, Arbeitsunfälle, Pflegegeldstatistik, ...)

¹³ (GÖG 2025b): <https://goeg.at/OEGIS>; weiters https://forschungsinfrastruktur.bmfwf.gv.at/de/fi/osterreichisches-gesundheitsinformationssystem-ogis_4204 (Zugriff am 10.10.2025)

¹⁴ Vgl. GÖG (2025c): Österreichisches Gesundheitsinformationssystem ÖGIS 2024, Tätigkeitsbericht, nicht öffentlich

- Gesundheitssystemdaten (z. B. Krankenanstaltenstatistik, Diagnosen- und Leistungsdocumentationsstatistik stationär, Leistungsdocumentation ambulant, medizinische Rehabilitation, Ärzteliste, Gesundheitsberuferegister, Alten- und Pflegeheime, ...)
- geografische Basisdaten (administrative Grenzen, Flächennutzung, Gewässernetz, Verkehrslinien)

Für den vorliegenden Forschungsgegenstand (Personalbestand stationär in den Bereichen Psychotherapie, Klinische Psychologie und Musiktherapie) wäre grundsätzlich die Krankenanstaltenstatistik als Datenbasis relevant und grundsätzlich via ÖGIS auswertbar, zumal aufgrund der gesetzlich verankerten Dokumentationsanforderungen im Gesundheitswesen (laut Dokumentationsgesetz 2025)¹⁵ die Personalbestandsdaten in den österreichischen Krankenanstalten und Rehabilitationszentren jährlich erhoben und gemeldet werden müssen und somit verfügbar sein sollten.

Bei genauerer Betrachtung der Datengrundlagen samt diverser Auswertungen aus denselben zeigt sich jedoch, dass die drei Berufsgruppen der Psychotherapie, Klinischen Psychologie und Musiktherapie nicht separat auswertbar sind, sondern lediglich als jeweils subsumierte Gruppe in der Listenbezeichnung Akademiker:innen mitgeführt werden (genauer unter der Listenbezeichnung „Apotheker/innen, Chemiker/innen, Physiker/innen und Ähnliche“, also subsumiert unter vollständig themenfernen Berufsgruppen.).¹⁶

Um diesem Umstand gerecht zu werden und für die Zukunft eine verbesserte Grundlage für die Dokumentationsanforderungen zu schaffen, wäre es notwendig, die Berufsgruppe der Psychologinnen und Psychologen im sogenannten Material- und Leistungsverzeichnis (BMASGPK 2026)¹⁷ als solche mit einer dreistelligen MLV-Nummer zu führen (anstatt bisher mit einer vierstelligen) und zusätzlich die Gesundheitsberufe der Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie der Musiktherapeutinnen und -therapeuten ebenfalls dreistellig zu ergänzen, um die damit einhergehende Dokumentationspflicht überprüfbar zu machen, zumal derzeit erst ab einem dreistelligen Wert Auswertungen möglich sind. Nach einer solchermaßen erfolgten Umstellung sollte eine Auswertung der genannten Berufsgruppen hinsichtlich ihrer Beschäftigung in Fonds-Krankenanstalten pro futuro – nach der Umstellungsphase weitgehend kostenneutral – möglich sein.

Limitationen

Die zunächst erwartbare Auswertung des ÖGIS war nicht möglich, da aufgrund einer derzeit nicht vorgegebenen spezifischen Dokumentationspflicht der Fonds-Krankenanstalten keine separate Dokumentation der Personalbestandsdaten für die drei Berufsgruppen der Psychotherapie, Klinischen Psychologie und Musiktherapie erfolgt. Eine Änderung der Dokumentationsanforderungen via MLV oder Personalliste könnte – wie im obigen Absatz geschildert – Abhilfe schaffen und für die Zukunft zu einer substantiellen Verbesserung der Datenlage beitragen.

¹⁵ Vgl. Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, vgl. weiters Gesundheitsdokumentationsverordnung

¹⁶ Vgl. BMASGPK (2026): Handbuch zur Dokumentation von Kostendaten (mit den Anhängen A–J) in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten, Anhang B – Material und Leistungsverzeichnis (MLV), S. 46

¹⁷ Vgl. ebd.

3.2.4 Auswertung Rehabilitationskompass

Der Rehabilitationskompass (i. d. F. Rehakompass) (Rehakompass 2025) ist ein elektronisches Verzeichnis, welches Informationen zur Organisation, zum medizinischen Angebot und zur Ausstattung der stationären Rehabilitationseinrichtungen für Erwachsene, Kinder und Jugendliche sowie der Einrichtungen für ambulante Erwachsenenrehabilitation der Phase II in Österreich bietet. Profile aller Einrichtungen verschaffen einen umfassenden und differenzierten Überblick über die verfügbaren Rehabilitationsmöglichkeiten im stationären wie im ambulanten Phase-II-Bereich und zeigen auch Zahlen zur Personalausstattung und zum therapeutischen Leistungsspektrum.

Die derzeit gelisteten 138 Rehabilitationszentren vervollständigen ihre Profile im Rehakompass selbstständig und regelmäßig, zumindest einmal im Jahr, aber auf freiwilliger Basis. Die Qualität der eingegebenen Daten wird seitens des Redaktionsteams durch die GÖG überprüft, auf eine stetige Aktualisierung und größtmögliche Vollständigkeit der Daten wird dabei Wert gelegt. Die Vollständigkeit der Daten ist als sehr hoch einzustufen, wobei manche Rehasentren bewusst keine Personalangaben machen. Da es sich um eine freiwillige Darstellung durch die Rehasentren handelt, also keine Verpflichtung zur Dateneingabe besteht, und manche Zentren keine Personalzahlen angeben, sind die ausgewerteten Personalzahlen eher als unterschätzender Wert zu betrachten. Die dargestellten Daten beziehen sich auf den Datenauszug mit Stand 27. März 2025 und repräsentieren das Jahr 2024.

Tabelle 1: Personalbestand in den österreichischen Rehabilitationszentren 2024

Kategorie Berufsbezeichnung	Anzahl Personen	Anzahl VZÄ ¹⁸
Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten	273	135,42
Klinische Psychologinnen/Klinische Psychologen sowie Gesundheitspsychologinnen/Gesundheitspsychologen	430	247,24
Musiktherapeutinnen/Musiktherapeuten	36	14,17

Quelle und Darstellung: GÖG – Auswertung Rehakompass, Stand 27. März 2025

Limitationen

Folgende Limitationen sind anzuführen: Die beiden Berufsgruppen der Klinischen Psychologie und der Gesundheitspsychologie können nicht separat ausgewertet werden, sondern sind als eine Berufsgruppe angeführt. Die Musiktherapeutinnen und -therapeuten werden nur sehr vereinzelt als separate Berufsgruppe angegeben und sind oftmals unter „Kreativtherapie“ subsumiert und sind daher in diesen Fällen nicht einzeln auswertbar. Es dürfte sich also bei der in der Tabelle angegebenen Anzahl der Musiktherapeutinnen und -therapeuten um einen nicht repräsentativen, eher zu gering angesetzten Wert handeln. Generell ist durch das Prinzip der Freiwilligkeit bei der Einmeldung der Daten des Rehakompass eher ein „Underreporting“ gegeben.

¹⁸ VZÄ = Anzahl der Vollzeitäquivalente/Dienstposten

3.3 Datenerhebung in den Krankenanstalten

Zur Ergänzung der vorhandenen Datenlage wurde 2025 eine Erhebung in den österreichischen Krankenanstalten der Akutversorgung durchgeführt. Der Versorgungssektor der Akutversorgung umfasst alle über die Landesgesundheitsfonds finanzierten Krankenanstalten sowie alle weiteren Krankenanstalten, die – entsprechend der Definition von OECD und WHO – eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 18 Tagen oder weniger aufweisen.¹⁹

3.3.1 Onlinebefragung

Die Erhebung wurde am 11. Juli 2025 per Onlineumfragetool „LimeSurvey“ an 184 Akutkrankeanstalten versendet. Am 7. August wurde ein Reminder verschickt und eine Nachfrist zum Ausfüllen der Umfrage bis 29. August 2025 eingeräumt. Per 3. September 2025 wurde die Umfrage geschlossen. Die Befragung richtete sich primär an die kollegialen Leitungen der Krankenanstalten mit der Bitte, eine fachlich geeignete Person zu benennen, die im Sinne der jeweiligen Einrichtung kompetent Auskunft erteilen kann. In den meisten Fällen wurde die Umfrage von einer beauftragten Person im Auftrag der ärztlichen Leitung beantwortet. Die Rücklaufquote (Anzahl der beantworteten Fragebogen versus versendete Einladungen, an der Umfrage teilzunehmen) betrug rund 61 Prozent. Bezogen auf die Bettenanzahl (systematisierte Betten 2024) repräsentieren die teilnehmenden Krankenanstalten rund 70 Prozent der österreichweit vorhandenen systematisierten Betten (2024) und somit einen Rücklauf von 70 Prozent. Der Fragebogen ist im Anhang dargestellt. Als Stichtag für den erhobenen Personalstand wurde der 31. März 2025 normiert.

3.3.2 Ergebnisse

Einige ausgewählte Umfrageergebnisse werden im Folgenden dargestellt. Dabei wurden insbesondere jene Themen und Fragestellungen selektioniert, die eine Antwort auf die zugrunde liegenden Fragestellungen (Personalbestand stationär in den drei Berufsgruppen) geben und die – darüber hinaus – für die organisatorische und strukturelle Einbettung sowie für die Frage der Versorgung wichtig erscheinen.

3.3.2.1 Personalbestand

Die **Personalbestandsdaten** laut Umfrageergebnissen werden in Tabelle 2 dargestellt. Ergänzend ist hinzuzufügen, dass die Art der Finanzierung der Personalstellen nicht abgefragt wurde und dass einige Krankenanstalten angegeben haben, das therapeutische Personal teilweise per Drittmittel zu finanzieren.

Auch wurde des Öfteren nachgefragt, wie der Terminus „Dienststellen für Psychotherapie“ zu verstehen sei, ob darunter auch die Leistungen der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie mit Psychotherapie-Diplom zu subsumieren wären. Das Ziel dieser Umfrage war jedoch, die

¹⁹ Vgl. BMSGPK (2024): Klassifikation der österreichischen Krankenanstalten. Ergänzende Definition der Nicht-Akutversorgung ebd., S. 5: „Dieser Sektor umfasst demnach alle restlichen Krankenanstalten. Krankenanstaltenrechtlich bewilligte Rehabilitationszentren, Langzeitversorgungseinrichtungen und stationäre Einrichtungen für Genesung und Prävention; Alten- und Pflegeheime bzw. geriatrische Zentren, die nicht dem Krankenanstaltenrecht unterliegen, sind nicht enthalten.“

Anzahl der stationär tätigen, nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu erheben, worauf im Begleitschreiben hingewiesen wurde. Im Kontext dieser Umfrageergebnisse kann daher nicht gänzlich ausgeschlossen werden, dass einige Krankenanstalten diese Interpretationsvariante gewählt haben und das ärztliche Personal mit Psychotherapie-Diplom als Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten angegeben haben.

Tabelle 2: Dienststellen in österreichischen Akutkrankenanstalten per 31. März 2025

Dienststellen per 31.3.2025	Plan Personen	Plan VZÄ	Ist Personen	Ist VZÄ
für Psychotherapie	140	109,53	175	111,40
für Klinische Psychologie	1.007	933,55	1.343	954,72
für Musiktherapie	99	64,90	110	62,79

Quelle und Darstellung: GÖG – Auswertung der Onlineumfrage, Stand 31. März 2025

3.3.2.2 Ausbildungsstellen

Ergänzend wurde erhoben, ob und wie viele **Ausbildungsstellen** zusätzlich angeboten werden. Tabelle 3 zeigt die Ergebnisse.

Dazu ist anzumerken, dass einige Krankenanstalten im Freifeld vermerkt haben, dass zusätzlich zu den Ausbildungsstellen auch Praktika (für alle drei abgefragten Berufsgruppen) möglich sind, jedoch ohne eine quantitative Dimension anzugeben, daher sind diese nicht in dieser Übersicht enthalten.

Tabelle 3: Ausbildungsstellen in österreichischen Akutkrankenanstalten per 31. März 2025

Ausbildungsstellen 31.3.2025	Plan VZÄ	Ist – besetzte Stellen VZÄ
für Psychotherapie	78,55	16,81
für Klinische Psychologie	116,15	116,38
für Musiktherapie	8,00	3,00

Quelle und Darstellung: GÖG – Auswertung der Onlineumfrage, Stand 31. März 2025

3.3.2.3 Eigene Abteilungen

Außerdem wurde abgefragt, ob es in den befragten Krankenanstalten **eigene Abteilungen** für **Psychotherapie, Klinische Psychologie und Musiktherapie** gibt und welcher Organisationseinheit diese Abteilung ggf. unterstellt ist. Die Ergebnisse werden in Tabelle 4 wiedergegeben. Sämtliche dieser angegebenen Abteilungen unterstehen der Ärztlichen Direktion oder es wurde keine Angabe gemacht.

Es wurde weiters abgefragt, welcher Organisationseinheit die therapeutischen Dienste für Psychotherapie, Klinische Psychologie und Musiktherapie unterstellt sind, auch wenn es keine eigene Abteilung gibt. Das Ergebnis ist recht eindeutig. Fast immer sind Dienststellen für Psychotherapie, Klinische Psychologie und Musiktherapie der Ärztlichen Direktion untergeordnet oder es wurde keine Angabe gemacht. In lediglich einem Fall unterstehen Psychotherapie und

Klinische Psychologie der Verwaltungsdirektion und in einem einzigen weiteren Fall untersteht die Musiktherapie der Pflegedirektion.

Tabelle 4: Eigene Abteilungen in österreichischen Krankenanstalten

Eigene Abteilung	Ja	Nein	k. A.
für Psychotherapie	10	100	2
für Klinische Psychologie	41	69	2
für Musiktherapie	3	107	2

Quelle und Darstellung: GÖG – Auswertung der Onlineumfrage, Stand 31. März 2025

3.3.2.4 Versorgungslage

Im Hinblick auf die **Versorgungslage** wurden die Krankenanstalten befragt, ob die Versorgung mit therapeutischem oder psychologischem Personal der drei Berufsgruppen als ausreichend betrachtet wird, ob eine Ausweitung dieser Dienststellen gewünscht wird oder ob eine Überversorgung gegeben ist.

In der Mehrheit der Rückmeldungen der befragten Krankenanstalten wird die Versorgung als **ausreichend** eingeschätzt:²⁰ Psychotherapie wird mit rund 62 Prozent, Klinische Psychologie mit rund 53 Prozent und Musiktherapie mit rund 59 Prozent jeweils ausreichend angeboten.

Eine **Ausweitung der Versorgung** wird für Psychotherapie von 31 Prozent der teilnehmenden Krankenanstalten gewünscht, bei Klinischer Psychologie von 41 Prozent und bei Musiktherapie würden 31 Prozent eine Ausweitung wünschen. Die Ergebnisse finden sich in Tabelle 5.

Tabelle 5: Versorgungslage mit entsprechenden Dienststellen per 31. März 2025 in Prozent gerundet

Versorgungslage Dienststellen	Leermeldung	Ausreichend	Ausweitung gewünscht	Überversorgung
für Psychotherapie	6 %	62 %	31 %	1 %
für Klinische Psychologie	5 %	53 %	41 %	1 %
für Musiktherapie	9 %	59 %	31 %	1 %

Quelle und Darstellung: GÖG – Auswertung der Onlineumfrage, Stand 31. März 2025

Ausweitung der Versorgung gewünscht

Jene Krankenanstalten, die sich für eine Ausweitung der angesprochenen Dienste aussprechen, wünschen sich eine **Ausweitung der Personalausstattung** (summiert)

- für die Psychotherapie im Rahmen von **45,07 VZÄ**,
- für Klinische Psychologie von **185,96 VZÄ** und
- für die Musiktherapie von **22,93 VZÄ**.

²⁰ Die Befragung richtete sich primär an die kollegialen Leitungen der Krankenanstalten mit der Bitte, eine fachlich geeignete Person zu benennen, die im Sinne der jeweiligen Einrichtung kompetent Auskunft erteilen kann. In den meisten Fällen wurde die Umfrage von einer beauftragten Person im Auftrag der ärztlichen Leitung beantwortet.

Einige Krankenanstalten sprechen sich zwar für einen Erweiterungsbedarf aus, quantifizieren diesen aber nicht, somit kann dieser in die quantitative Auswertung nicht aufgenommen werden.

3.3.2.5 Bereiche der Ausweitung der gewünschten Personalausstattung zur verbesserten Versorgung von Patientengruppen

Eine zusätzliche Versorgung im Sinne der Personalausstattung in den Bereichen Psychotherapie, Klinische Psychologie und Musiktherapie wird von den Akutkrankenanstalten für **folgende Patientengruppen** als wünschenswert angesehen. Die Reihenfolge ist für die **sehr häufig genannten Patientengruppen** (fünf bis elf Nennungen) nach der Anzahl der Nennungen gereiht. (Da es sich um ein Freifeld handelte, sind die Texte teilweise nicht kongruent und wurden interpretativ zugeordnet):

- geriatrische Patientinnen und Patienten bzw. Akutgeriatrie
- onkologische Patientinnen und Patienten
- Patientinnen und Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen, Suchterkrankungen
- Kinder/Jugendliche und deren Eltern
- chronisch kranke Patientinnen und Patienten
- palliative Patientinnen und Patienten
- Patientinnen und Patienten mit Essstörungen
- Patientinnen und Patienten mit Schmerzen (tw. auch chronisch)
- neurologische Patientinnen und Patienten

Eine zusätzliche Versorgung im Sinne der Personalausstattung für **folgende häufig genannten Patientengruppen** (drei bis vier Nennungen) als wünschenswert angesehen:

- psychosomatische Patientinnen und Patienten
- psychiatrische Patientinnen und Patienten – alle psychiatrischen Krankheitsbilder
- Demenzpatienten
- Gynäkologie und Geburtshilfe
- Patientinnen und Patienten der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen

Weiters könnten Patientinnen und Patienten mit folgenden Diagnosen, Symptomen oder medizinischen Behandlungen von einer zusätzlichen Versorgung mit Psychotherapie, Klinischer Psychologie oder Musiktherapie im stationären Bereich profitieren (diese Nennungen waren weniger häufig (ein- bis zweimal) und sind alphabetisch gereiht, Übernahme der Originaltexte, daher nicht sprachlich kongruent):

- Adipositas
- CED Patientinnen und Patienten
- Depressionen und affektive Störungen
- Diabetes
- gehörlose Patientinnen und Patienten
- Gerontopsychiatrie
- metabolisch-bariatrische Patientinnen und Patienten
- neurochirurgische Patientinnen und Patienten
- Orthopädie
- Patientinnen und Patienten des Brustgesundheitszentrums

- Patientinnen und Patienten nach intensivmedizinischer Behandlung
- Patientinnen und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen
- Patientinnen und Patienten der Radioonkologie
- Psychokardiologie
- Psychoonkologie
- Pulmologie
- Rheuma-Patientinnen und Patienten
- Traumafolgen
- Urologische Patientinnen und Patienten

Schließlich sind zwei Rückmeldungen beachtlich, die angeben, dass sämtliche Patientengruppen bzw. die gesamte Patientenschaft von einem Ausbau der Versorgung in diesem Bereich profitieren würden.

3.3.2.6 Bereiche der Ausweitung der gewünschten Personalausstattung für zusätzliche Leistungsbereiche

Eine **zusätzliche Versorgung** im Sinne der Personalausstattung in den Bereichen Psychotherapie, Klinische Psychologie und Musiktherapie wird von den befragten Akutkrankenanstalten als wünschenswert angesehen, um die im **folgenden Text beschriebenen Leistungen vermehrt bzw. zusätzlich abzudecken**. Dabei wurden die Antworten nach Themen gruppiert, die im Folgenden näher beschrieben werden. Um die Einzelbeiträge auch zu würdigen, werden zu ausgewählten Themen einzelne Zitate wiedergegeben, die den Leistungsbereich besonders treffend bzw. umfassend beschreiben (Zitate ausgewählter textlicher Umfrageergebnisse, geringfügige redaktionelle Anpassungen und Kürzungen durchgeführt). Da es sich bei der Antwortmöglichkeit um ein Freifeld handelte, sind die Texte teilweise nicht kongruent und wurden interpretativ zugeordnet. Die beschriebenen zusätzlichen Leistungserfordernisse können folgenden Themenclustern zugeordnet werden:

- Angehörigenbetreuung
- grundsätzliche Versorgung (alle medizinischen Bereiche)
- zusätzliche Versorgungsbereiche
- zusätzliche Versorgung mit Psychotherapie
- zusätzliche Versorgung mit Klinischer Psychologie
- zusätzliche Versorgung mit Musiktherapie
- Ressourcenfrage, Ausbau der Ressourcen, steigende Nachfrage
- Transition: Tagesklinik, Ambulanz, integrierte Versorgung

Angehörigenbetreuung

Die Erwähnung der Angehörigenarbeit, die zusätzlich notwendig wäre und einen erhöhten Personalbedarf abbildet, findet sich oftmals in den Umfrageergebnissen. Dabei werden Angehörigenberatung, engmaschigere Betreuung der Angehörigen, Abdeckung des Gesprächsbedarfs der Angehörigen und Angehörigengespräche (auch im Sinne der Überbringung gezielter, aufbereiteter Informationen für die Angehörigen) erwähnt. Auch findet Trauerarbeit mehrfache Erwähnung.

Grundsätzliche Versorgung (alle medizinischen Bereiche)

Oftmals finden sich weiters Textbeiträge, die eine zusätzliche Versorgung mit Psychotherapie, Klinischer Psychologie und Musiktherapie für alle Patientengruppen und umfassend für sämtliche medizinischen Bereiche als wünschenswert erachten. Um den abgebildeten Bedarf entsprechend wiederzugeben, werden stellvertretend drei ausgewählte Zitate dargestellt. Die Ausgangsfrage dazu lautete: Eine Ausweitung (der personellen Ausstattung) wäre wünschenswert, um folgende Leistungen vermehrt/zusätzlich abzudecken ...

- „Prinzipiell sollten alle Patientinnen und Patienten einen raschen und unkomplizierten Zugang zu Psychotherapie und Musiktherapie erhalten. Durch die Vermittlung schwerwiegender Diagnosen, durch anstrengende Therapien sowie durch das Erleben eigener Krankheit und Endlichkeit entstehen Belastungsmomente, die erwiesenermaßen auch die somatische Heilung erschweren. Zusätzlich kann psychotherapeutische Unterstützung ärztliches Personal in der Überbringung belastender Nachrichten und in der Förderung von Compliance und Therapieadhärenz entlasten.“
- „Die Klinische Psychologie und Psychotherapie brauchen in den Bereichen Somatik und Neuropsychologie einen verbindlichen und transparenten Personalschlüssel, um u. a. den Vorgaben des Krankenanstaltengesetzes entsprechen zu können und um Patientinnen und Patienten den fachlichen und menschlichen Erfordernissen entsprechend behandeln zu können.“
- „Um eine adäquate, qualitative und quantitative Versorgung der Patientinnen und Patientenversorgung zu gewährleisten. Es besteht eine chronische Unterversorgung, sowohl in der Diagnostik, Beratung und Behandlung von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen. Die interdisziplinäre Arbeit leidet unter der Ressourcenknappheit.“

Zusätzliche medizinische Versorgungsbereiche

Unter den zusätzlichen Versorgungsbereichen werden jene medizinischen Themen subsumiert, deren Abdeckung mit therapeutischen Leistungen als unzureichend beschrieben wird, die also zusätzlichen Bedarf hätten. Darunter findet sich eine Vielzahl medizinischer Bereiche, wie etwa akutpsychologische Versorgung auf Intensivstation, genetische Beratungen, psychosomatische Erkrankungen, Suchterkrankungen, Gedächtnistraining und Demenztherapie, geriatrische Patientinnen und Patienten, psychoonkologische Versorgung, Schmerztherapie, Versorgung rund um Schwangerschaft und Geburt, Neonatologie und Kinderstation. Oftmalige Erwähnung mit zunehmendem Bedarf finden auch die Versorgungsbereiche der Kinder und Jugendlichen (u. a. Diabetes, Entwicklungsdiagnostik und frühzeitige Förderung, Essstörungen, Elterncoaching, Transition für den extramuralen Bereich). Drei ausgewählte Zitate, die diese Zusatzbedarfe beschreiben werden im Folgenden wiedergegeben:

- „zusätzliche Leistungen für den chirurgischen Bereich, Urologie und Allgemeinchirurgie und die Intensivbereiche (postoperativ und internistisch) sowie Patientinnen und Patienten der unversorgten (aktuell keine fixe Zuteilung von Psychologinnen und Psychologen) internen Abteilungen“
- „genetische Beratungen, Betroffene von psychosomatischen Erkrankungen, Suchterkrankte, Transplantationspatientinnen und -patienten, diagnoseunabhängige Betreuung psychisch Kranker; vermehrte und kontinuierliche psychologisch-therapeutische Betreuung von Patientinnen und Patienten mit funktionellen somatischen Beschwerden, chronischen

Schmerzsyndromen, lang anhaltender Erschöpfung (z. B. post-COVID), komorbiden psychischen Störungen sowie hoher emotionaler Belastung während stationärer Aufenthalte; im somatischen Bereich verkürzt dies Krankenhausverweildauer und verbessert die Zufriedenheit der somatischen Behandlungsteams.“

- „Zusätzlich notwendige Leistungen: neuropsychologische Diagnostik, Beratung und Entlassungsgespräche bei somatischen Erkrankungen, Radioonkologie: durchgehende psychoonkologische Versorgung der Patientinnen und Patienten ab Behandlungsbeginn, laufende Entspannungsgruppe, Brustgesundheitszentrum (BGZ): psychoonkologische Behandlung ab Diagnosestellung, Gespräche im Rahmen der Nachsorge. Sowohl klinisch-psychologische Behandlung als auch klinisch-psychologische Diagnostik muss für alle uns anvertrauten Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.“

Zusätzliche Versorgung, Schwerpunkt Psychotherapie

Die gewünschte zusätzliche Versorgung mit Psychotherapie spiegelt sich in den Umfrageergebnissen solchermaßen wider, dass prinzipiell jede Patientin bzw. jeder Patient auch im stationären Setting ausreichend Therapie erhalten sollte, und zwar möglichst zeitnahe im Ausmaß von etwa 1–2 Psychotherapiestunden pro Woche. Im Bereich der Psychiatrie werden zusätzliche Ressourcen in diesem Berufsfeld gefordert, da prinzipiell alle Patientinnen und Patienten mit psychiatrischen Krankheitsbildern profitieren könnten, v. a. im Bereich der affektiven Störungen, Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen. Diesbezüglich wird von steigenden Patientenzahlen berichtet.

Zusätzliche Versorgung, Schwerpunkt Klinische Psychologie

Im Bereich der Klinischen Psychologie wird eine Ausweitung des Leistungsangebotes laut Umfrageergebnissen insbesondere für die klinisch-psychologische Erstversorgung, für akutpsychologische Interventionen, für neuropsychologische Diagnostik sowie für Beratung und Behandlung von neurologisch und neurochirurgisch erkrankten Patientinnen und Patienten gewünscht. Eine Erweiterung des Behandlungsangebotes wäre weiters durch zusätzliche Traumatherapieausbildung (EDMR) gegeben. Generell wird oft von einer Zunahme von psychischen Krankheiten berichtet, daher wird eine höhere Anzahl an Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen für bessere stationäre und ambulante Versorgung gefordert, ebenso wäre eine möglichst zeitnahe Therapie durch die Klinische Psychologie für die betroffenen Personen ausgesprochen wichtig.

Zusätzliche Versorgung, Schwerpunkt Musiktherapie

Im Bereich der Musiktherapie könnte ein Ausbau des Angebotes bewirken, dass Patientengruppen besser erreicht werden könnten, die im klassischen Therapiesetting schwer zu erreichen sind, sei es etwa durch sprachliche, entwicklungsspezifische oder emotionale Barrieren. Vielfach wird berichtet, dass es noch keine regelfinanzierte Musiktherapie gibt. Profitieren könnten sowohl junge Patientinnen und Patienten (Kinder und Jugendliche), aber auch ältere Personen (Akutgeriatrie und Remobilisation) sowie Patientinnen und Patienten mit Sprachbarrieren und Personen,

die sich am Lebensende befinden (Hospiz). Stellvertretend wurden drei Zitate aus dem Umfrageergebnissen ausgewählt, um die zusätzlichen Einsatzmöglichkeiten näher zu beleuchten:

- „Zusätzliche Versorgung (mit Musiktherapie) notwendig,
... um mehr onkologische Patientinnen und Patienten musiktherapeutisch und mit psychotherapeutischem Hintergrund behandeln und begleiten zu können, um u. a. die emotionale Ausdrucksförderung zu unterstützen in allen Phasen der Erkrankung, Lebensthemen zu bearbeiten, Ressourcen zu fördern etc.
... um bei Frühchen u. a. die neuronale Entwicklung zu fördern, Stress zu reduzieren und die Eltern-Kind-Bindung zu stärken etc.
... um Kinder und Jugendliche u. a. in ihrer Situation psychisch, emotional und sozial zu fördern und zu unterstützen etc.“
- „Musiktherapie: Erweiterung eines multiprofessionellen Ansatzes („anderer“ Kommunikationskanal zum Patienten; Verbesserung in der Patientenkommunikation), Reduktion von Anspannung und Stress während des stationären Aufenthaltes, Verbesserung der Kontakt- und Beziehungsgestaltung (v. a. bei eingeschränkter Sprache von Patientinnen und Patienten)“
- „Musiktherapie, im Besonderen für geriatrische Patientinnen und Patienten sowie Menschen mit Demenz und auch für den Hospizbereich, bzw. nach schweren und langwierigen operativen Eingriffen, im Bereich der Akutgeriatrie und Remobilisation“

Ressourcenfrage, Ausbau der Ressourcen, steigende Nachfrage

Übereinstimmend wird in etlichen Rückmeldungen berichtet, dass eine steigende Nachfrage zu beobachten sei, die einen Ausbau der Ressourcen rechtfertige. Weiters wird oftmals angemerkt, dass die bestehenden Stellen im Bereich der psychosozialen Versorgung nicht durchgängig regelfinanziert seien und deren Fortbestand oftmals einer zusätzlichen Finanzierunggrundlage bedürfen. Stellvertretend für weitere Originalzitate aus den Umfrageergebnissen, werden drei ausgewählt und dargestellt:

- „Bei zunehmend schwerstkranken stationären Patientinnen und Patienten sowie unzureichender ambulanter psychischer Versorgung im extramuralen Bereich muss die psychiatrische Abteilung bei Bevölkerungswachstum und somit steigenden Behandlungszahlen Mehrleistung in allen interdisziplinären Berufsgruppen (somit auch in der Psychologie) erbringen.“
- „Der Anstieg der Fälle im Bereich der psychischen Gesundheit stellt für jede Gesundheitseinrichtung eine große Herausforderung dar. Die steigende Nachfrage nach therapeutischer Begleitung unterstreicht, wie dringend mehr qualifiziertes Personal benötigt wird. Es steigt auch der Bedarf an medizinischem und therapeutischem Personal, da diese Patientinnen und Patienten nicht nur kurzfristig unterstützt werden müssen, sondern auch eine langfristige Behandlung benötigen. Zu wenige Fachkräfte bedeuten für Betroffene eine Verzögerung der Behandlung, was zu einer Verschlechterung des Krankheitsbildes führen kann.“
- „Eine Ausweitung des psychotherapeutischen und musiktherapeutischen Angebots ist wünschenswert, um allen Patientinnen und Patienten, die durch ihre Erkrankung belastet sind, in der Krankheitsverarbeitung zu unterstützen und Heilungserfolge durch psychische Entlastung zu fördern. Alle chirurgischen, internen Stationen sowie Intensivstationen, Gynäkologie- und Notfallstationen behandeln onkologische, sterbende und chronisch kranke

Patientinnen und Patienten sowie Personen, die Opfer von Gewalt, Unfällen usw. geworden sind. Auch die Demenzpatientinnen und -patienten nehmen zu. Da die Klinik klinisch-psychologisch chronisch unterbesetzt ist, bezieht sich die Antwort auf alle Patientengruppen, die in unserem Spital behandelt werden.“

Transition, Tagesklinik, Ambulanz, integrierte Versorgung

Große Häufigkeit der Umfrageergebnisse zeigt sich in den Bereichen der Transition. Dieser Begriff bezieht sich im Bereich der stationären Betreuung auf den Übergang bzw. Wechsel einer behandelten Person von einer Station auf die andere oder von einer Patientengruppe zur anderen (Übergang von Kindern und Jugendlichen zu Erwachsenen) oder von einer stationären Betreuung hin zu einer tagesklinischen oder ambulanten oder auch in einen anderen Bereich der Versorgung (etwa Rehasentrum oder Versorgung zu Hause). Alle diese Transitionsprozesse sind für Patientinnen und Patienten oftmals eine Herausforderung, deren Bewältigung durch psychosoziale Angebote abgedeckt werden sollte. Nachsorge wird in diesem Zusammenhang oftmals genannt sowie die integrierte Versorgung (i. S. besserer Vernetzung unterschiedlicher Einrichtungen zum Wohle der Patientinnen und Patienten), wobei Verbesserungsbedarf gesehen wird. Weiter findet der Begriff Hometreatment (Patientinnen und Patienten werden – teilweise multiprofessionell – zu Hause behandelt und ggf. aufgesucht) häufige Verwendung im Bereich der zusätzlich gewünschten Leistungsbereiche.

Resümierend bleibt festzuhalten, dass 31 Prozent der befragten und teilnehmenden Akutkrankeanstalten eine Ausweitung bei der Versorgung durch psychotherapeutische und musiktherapeutische Leistungen wünschen, 41 Prozent der teilnehmenden Häuser artikulieren einen Ausweitungbedarf im Bereich der Klinischen Psychologie. Die angeführten Zitate zeigen einen Ausweitungbedarf, der in der gegenwärtigen Versorgungsstruktur nicht gedeckt zu sein scheint.

Limitationen

Die Onlinebefragung im LimeSurvey-Format erweist sich grundsätzlich als praktikables Tool, zumal die Ergebnisse in ein zentrales Datenblatt einfließen, welches vielfältige Auswertungen erlaubt. Auch für die Befragten ist eine leichtere Zugänglichkeit zur Umfrage gegeben, was sich positiv auf die Teilnehmerate auswirken kann.

Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang allerdings auch, dass längere Umfragen für die befragten Personen im Rahmen einer LimeSurvey-Umfrage schwieriger abzuwickeln sind als herkömmliche Umfragen, insbesondere, wenn gewisse Daten erst erhoben werden müssen und ein mehrfacher Einstieg in das Format nötig ist. Wenn dabei das selbst vergebene Passwort vergessen wird, muss der Prozess neu gestartet werden (Feedback der Teilnehmenden). Rund 11 Prozent der teilnehmenden Krankenhäuser haben die Umfrage mittels beigefügtem PDF-Fragebogen beantwortet und nicht in der LimeSurvey-Plattform. Diese per E-Mail übersendeten Fragebogen wurden händisch in die Auswertung der Umfrage übertragen.

Generell gilt bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten, dass nicht numerisch ausgefüllte Felder (Texte) bei numerischen Fragestellungen (Zahlen) nicht mitsummiert werden und somit nicht in die Ergebnisdarstellung einfließen. Es werden also nicht alle Ergebnisse dargestellt, etwa wenn in einem Zahlenfeld ein Text eingegeben wird (z. B. statt eines Zahlenwerts „vorhanden“

oder „möglich“). Sofern das Textfeld leicht als Zahl interpretierbar war (etwa der Text „drei“ für die Zahl „3“), wurde dieser Wert einzeln in der Ergebnistabelle korrigiert und fließt in das Ergebnis ein. Das bedeutet, dass die dargestellten Ergebnisse eher unter den realen Zahlenwerten liegen. Berücksichtigt man weiters die nicht vollständige Teilnahmerate, so müssten also die realiter vorhandenen Personalbestandsdaten wesentlich höher sein (schätzungsweise um 20–30 % höher).

3.4 Zusammenfassung der Ergebnisse zur personellen Ausstattung

Die Anzahl der in österreichischen Krankenanstalten (Rehabilitationszentren und Akutkrankenanstalten) im stationären Bereich angestellten Personen wird im Folgenden dargestellt.

3.4.1 Personalausstattung in Rehabilitationszentren und Akutkrankenanstalten

Zusammenfassend wird der erhobene Personalbestand in Rehabilitationszentren und Akutkrankenanstalten dargestellt, siehe Tabelle 6. Die Anzahl der im stationären Bereich angestellten Personen summiert sich unter Berücksichtigung beider Methoden für die

- Psychotherapie auf 448 Personen und 146,82 VZÄ,
- Klinische Psychologie auf 1.773 Personen und 1.201,96 VZÄ und für
- Musiktherapie auf 146 Personen und 76,96 VZÄ.

Diese Zahlen bilden ein Erhebungsergebnis ab, welches die realen Zahlen unterrepräsentiert, zumal der Rücklauf der Datenerhebung nicht 100 Prozent ist und die bestehenden Daten sowie die erhobenen Daten nicht vollständig ausgefüllt wurden. Aber es lässt sich auf dieser Basis ein guter Vergleich zur Vorstudie aus dem Jahr 2012 ziehen (Grabenhofer-Eggerth 2012). Zudem können die Zahlen als Schätzwert genutzt und gut nach oben skaliert werden, wenn die bisher erhobenen Daten als repräsentativ angenommen werden und auf deren Basis eine Schätzung bezogen auf den gesamten stationären Bereich (Rehabilitationszentren und Akutkrankenanstalten) durchgeführt wird.

Tabelle 6: Personalbestand in den österreichischen Rehabilitationszentren und Krankenanstalten 2024, besetzte Stellen

Berufsbezeichnung	Rehabilitationszentren ²¹		Akutkrankenanstalten ²²		Summe	
	Anzahl Personen	Anzahl VZÄ	Anzahl Personen	Anzahl VZÄ	Anzahl Personen	Anzahl VZÄ
Psychotherapie	273	135,42	175	111,40	448	146,82
Klinische Psychologie	430	247,24	1.343	954,72	1.773	1201,96
Musiktherapie	36	14,17	110	62,79	146	76,96

Quelle, Berechnung und Darstellung: GÖG

3.4.2 Vergleich zur Vorstudie

Im Vergleich zur Vorstudie (Grabenhofer-Eggerth 2012) ist ein Anstieg bei den besetzten Dienstposten der Klinischen Psychologie zu verzeichnen. Bei einem Rücklauf von rund 55 Prozent aller Krankenanstalten wurden seinerzeit 563 vorgesehene und 520 besetzte Dienststellen zu Vollzeitäquivalenten für das Bezugsjahr 2011 ermittelt. Diese 520 Stellen wurden von 720 Personen besetzt.²³

In den aktuellen Erhebungen (Auswertung Rehakompass und Umfrage in Akutkrankenanstalten, Rücklauf 61 %) wurde für 2024 ein Personalbestand im Bereich der Klinischen Psychologie von rund 1.202 besetzten Stellen in VZÄ ermittelt, wobei 1.773 Personen diese Stellen besetzten. Quantitativ lässt sich also von 2011 auf 2024 eine beachtliche Zunahme des Personalstandes im Bereich der Klinischen Psychologie verzeichnen. Diese Werte sind jeweils als untere Schätzwerte zu betrachten, da kein vollständiger Rücklauf zu verzeichnen war und durch die freiwillige Dateneingabe naturgemäß Datenlücken entstehen.

Ob diese quantitative Zunahme auch mit einer verbesserten Versorgung in den Krankenanstalten einhergeht, wäre zusätzlich zu beforschen.

3.4.3 Versorgungsziel und Bedarfsgerechtigkeit

Bezugnehmend auf die im KAKuG in den Paragraphen 11b und 5a (1) Z 6 formulierten Versorgungsziele (siehe dazu Kapitel 3.1) ist gesetzlich normiert, dass in den „... Krankenanstalten eine ausreichende klinisch psychologische und gesundheitspsychologische Betreuung und eine ausreichende Versorgung auf dem Gebiet der Psychotherapie angeboten wird“ (§ 11b KAKuG). Weiters ist davon auszugehen, dass in den Krankenanstalten „... auf Wunsch des Pfleglings eine psychologische Unterstützung möglich ist“ (§ 5a (1) Z 6 KAKuG). Zumal die einschränkenden Bemerkungen in beiden Gesetzesstellen „auf Grund / unter Beachtung des/von Anstaltszweck und des Leistungsangebotes“ nicht näher ausgeführt werden, ist von einer eher breiten Interpretation auszugehen, zumal ein Spitalsaufenthalt in den meisten Fällen mit krankheitswerten Zuständen einhergeht, die faktisch immer eine psychische Begleitkomponente mit sich bringen können.

²¹ Geringfügiges Underreporting anzunehmen

²² Rücklauf 61 Prozent

²³ Vgl. Grabenhofer-Eggerth (2012), S. 12

Die in Österreich wirksamen Planungs- und Abrechnungssysteme des ÖSG und des LKF (siehe Kapitel 3.2.1 und 3.2.2) sehen ebenfalls eine ausreichende Personalausstattung der Krankenanstalten mit den Berufsgruppen der Psychotherapie, Klinischen Psychologie und Musiktherapie vor. Konkrete Personalzahlen für eine ausreichende Versorgung lassen sich für diese drei Berufsgruppen nicht aus den genannten Grundlagen (ÖSG und LKF-Modell) entnehmen, wohl aber wird der grundsätzliche Bedarf nach diesen Berufsgruppen mehrfach kundgetan. Grundsätzlich ist anzumerken, dass die Berufsgruppenbezeichnungen Psychotherapie, Klinische Psychologie und Psychiatrie (mit Psychotherapieausbildung, Diplom III) oftmals synonym Verwendung finden und deren Leistungen als austauschbar bzw. sich ergänzend dargestellt werden, etwa im Rahmen der oftmals normierten multiprofessionellen Zusammenarbeit.

Ob der gesetzlich festgelegte Bedarf sowie die im ÖSG und LKF-Modell formulierten Versorgungsziele im stationären Bereich der Krankenanstalten tatsächlich erfüllt werden, lässt sich derzeit nicht beurteilen. Grund dafür ist das Fehlen einer systematischen Dokumentation der Personalbestände in den Berufsgruppen Psychotherapie, Klinische Psychologie und Musiktherapie (vgl. Kapitel 3.2.3, Auswertungen des ÖGIS). Eine Verbesserung der Dokumentationspflichten der Krankenanstalten (Dokumentationsgesetz 2025; Gesundheitsdokumentationsverordnung 2024) für diese Berufsgruppen im Rahmen der jährlich zu aktualisierenden Krankenanstaltenstatistik stellt daher eine zentrale Voraussetzung dar, um künftig belastbare Datenauswertungen zu ermöglichen. Auf dieser Grundlage wäre es möglich, die Bedarfsgerechtigkeit des Personalbestandes verlässlich zu überprüfen.

Um den tatsächlichen Bedarf für die drei Berufsgruppen der Psychotherapie, Klinischen Psychologie und Musiktherapie in den österreichischen Krankenanstalten zu erheben, sind vier Angelpunkte möglich:

1. Bedarfserhebung und Bedarfsgerechtigkeit aus Sicht der Patientinnen und Patienten
2. strukturelle Vorgaben und Qualitätskriterien zur Deckung des Versorgungsziels und Erfüllung der Bedarfsgerechtigkeit
3. Bedarfserhebung und Bedarfsgerechtigkeit aus Sicht der Krankenanstalten
4. Bedarfserhebung und Bedarfsgerechtigkeit aus Sicht der leistenden Berufsgruppen

Zu 1.

Eine Bedarfserhebung (zur Erfüllung der Bedarfsgerechtigkeit) bezüglich der Versorgung in österreichischen Krankenanstalten aus Sicht der Patientinnen und Patienten wäre am ehesten im Sinne der gesetzlichen Vorgabe des § 5a (1) Z 6 KAKuG „..., daß [sic] auf Wunsch des Pflégling eine psychologische Unterstützung möglich ist“. Diese Bedarfserhebung könnte im Rahmen einer Patientenbefragung geleistet werden.

Zu 2.

Eine Vorgabe der Strukturqualität im Sinne der geplanten Versorgungsziele (etwa im ÖSG, in den RSGs und im LKF-System) kann ebenfalls dazu beitragen, das Erfordernis der Bedarfsgerechtigkeit zu erfüllen. Hier ist insbesondere auf die Einhaltung von Strukturqualitätskriterien hinzuweisen, deren Überprüfbarkeit durch ein verpflichtendes Dokumentationssystem für die jeweiligen Berufsgruppen gegeben sein muss. Ein entsprechendes Nachschärfen der Dokumentationsanforderungen ist dazu dringend erforderlich (siehe dazu auch Kapitel 3.2.3).

Zu 3.

Eine Bedarfserhebung (zur Erfüllung der Bedarfsgerechtigkeit) aus der Sicht der Krankenanstalten wurde in der vorliegenden Arbeit für den Bereich der Akutkrankenanstalten durchgeführt. Die Ergebnisse sind in Kapitel 3.3.2.4 dargestellt und zeigen einen zusätzlichen Bedarf für Psychotherapie und Musiktherapie in jeweils 31 Prozent der teilnehmenden Krankenanstalten und für Klinische Psychologie in 41 Prozent der teilnehmenden Häuser.

Zu 4.

Zu Bedarfserhebung (und Bedarfsgerechtigkeit) aus Sicht der leistenden Berufsgruppen fand im Rahmen dieser Studie eine Erhebung zur psychotherapeutischen Tätigkeit im stationären Bereich statt, deren Ergebnisse in Kapitel 4 dargestellt werden.

4 Ergebnisse: Psychotherapeutische Tätigkeit im stationären Bereich

4.1 Zentrale Ergebnisse der initialen Fokusgruppe zur thematischen Schwerpunktsetzung

Im Folgenden werden die Befunde entlang der in der Fokusgruppe aufkommenden Themenfelder berichtet. Formulierungen wie „mehrere Teilnehmende“ verweisen auf wiederkehrende Muster, „Einzelfälle“ auf institutionsspezifische Besonderheiten.

Zusammenfassend wurden folgende Themen diskutiert:

- **Professionelle Sichtbarkeit:** Anstellungen meist über Quellberuf bei Doppelqualifikationen, das mindert die Sichtbarkeit und Verhandlungsmacht der Psychotherapie.
- **Mitsprache und berufspolitische Vertretung:** Unterrepräsentation in Gremien limitiert die Mitgestaltung zentraler Rahmenbedingungen für Psychotherapeutinnen und -therapeuten.
- **Rechtssicherheit:** Schweigepflicht und andere Pflichten und Verantwortlichkeiten stellen durch Doppelqualifikationen Herausforderungen dar und wirken sich auf die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen aus.
- **Vergütung und Karrierepfade:** Fehlen eines eigenen Gehaltsschemas und Quellberuforientierung in der Anstellung und Vergütung führen zu erlebter Ungleichbehandlung.
- **Leitungsfunktion:** Formale Leitungsfunktionen durch Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind selten und werden oftmals nicht entsprechend honoriert.
- **Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Eingebundenheit:** Nicht institutionalisierter Austausch (v. a. mit der Medizin) und teilweise fehlende Konsiliarstrukturen.
- **Ressourcenknappheit:** Unterbesetzung erhöht die Arbeitslast und beeinträchtigt Angebotsumfang und Kontinuität.

4.1.1 Anstellungsverhältnisse und Doppelqualifikationen

Ein zentrales Thema war die Anstellungssituation. Die Mehrheit der Teilnehmenden berichtete, dass Psychotherapeutinnen und -therapeuten im stationären Bereich häufig über Doppelqualifikationen verfügen, insbesondere als Ärztinnen und Ärzte (mit PSY-3-Diplom) oder als Klinische Psychologinnen und Klinische Psychologen. Formale Anstellungen erfolgen meist über den Quellberuf, während explizite Anstellungen als Psychotherapeut:in selten sind. Dies führt zu rechtlichen Unsicherheiten (z. B. Schweigepflicht), eingeschränkter Sichtbarkeit der psychotherapeutischen Tätigkeit, mangelnder Anerkennung im multiprofessionellen Team sowie Nachteilen bei der Gehaltseinstufung.

In Einzelfällen, abhängig von der jeweiligen Einrichtung (z. B. mit einer psychotherapeutischen Abteilung), wird davon berichtet, dass Personen mit Doppelqualifikation (Klinische Psychologie und Psychotherapie) meist als Psychotherapeutinnen und -therapeuten angestellt sind. In öffentlichen Krankenanstalten, in denen dies zutrifft, wurden bereits vor einigen Jahren Planstellen geschaffen, die ausschließlich für als Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten angestelltes Personal vorgesehen sind. In manchen Einrichtungen ist die klinisch-psychologische

Ausbildung (auch aufgrund der Akademisierung) ein Einstellungskriterium. Nicht akademische Qualifikationen sind im akademisierten medizinischen Umfeld schwerer zu beurteilen.

Die Gehaltseinstufungen von Psychotherapeutinnen und -therapeuten werden unter Umständen nach dem ursprünglichen Quellberuf vorgenommen und könnten sich beispielsweise auch an den Gehältern von Berufen orientieren, die deutlich unter den Gehältern von Psychotherapeutinnen und -therapeuten oder Klinischen Psychologinnen und Klinische Psychologen liegen und damit benachteiligend wirken. In diesem Zusammenhang wurde erwähnt, dass es kein spezifisches Gehaltsschema für Psychotherapeutinnen und -therapeuten gibt. Als Ursache wird u. a. die Heterogenität der Psychotherapieausbildung (akademische vs. nicht akademische Zugänge) benannt. Eine Akademisierung wird als potenzieller Hebel zur Standardisierung der Einstufung gesehen.

4.1.2 Mitsprache, Eigenständigkeit und Leitungsfunktionen in der Tätigkeit als Psychotherapeut:in

Die Themen Eigenständigkeit und Leitung werden als sehr wichtige Themen empfunden. Hinsichtlich Mitsprache und Leitungsfunktionen nennen die Teilnehmenden Unterschiede zu anderen Berufsgruppen. Klinische Psychologinnen und Klinische Psychologen verfügen – laut Erhebungsergebnissen - gegenüber Psychotherapeutinnen und -therapeuten häufiger über etablierte Leitungsstrukturen. Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind wie Klinische Psychologinnen und Klinische Psychologen oftmals ärztlichen Leitungen unterstellt, bleiben jedoch in Gremien und formellen Leitungsfunktionen unterrepräsentiert. Verhandlungen erfolgen zumeist nur stellvertretend und nicht ausreichend professionsspezifisch.

Formale Leitungspositionen sind selten und wo sie existieren, spiegeln sich zusätzliche Verantwortlichkeiten nicht entsprechend in der Vergütung wider. Mehrere Teilnehmende beschrieben eine „gläserne Decke“ in Bezug auf Karriere- und Mitgestaltungsmöglichkeiten.

4.1.3 Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, Konsiliarstrukturen, Ressourcenknappheit

Interdisziplinäre Zusammenarbeit wird von den Teilnehmenden als zentral erachtet, insbesondere aufgrund der heterogenen Patientengruppen. Die Kooperation mit Psychologinnen und Psychologen gelingt häufig gut, vor allem bei gemeinsamer Abteilungszugehörigkeit, ist jedoch nicht durchgängig konfliktfrei. Genannt werden Rivalitäten zwischen den Berufsgruppen, die durch kollegiale Leitungsstrukturen abgemildert werden können.

Der Austausch mit Ärztinnen und Ärzten ist in der Regel nicht institutionalisiert und erfolgt selten aktiv von deren Seite, während mit Pflegekräften häufiger informelle Kontakte bestehen. Einzelne Einrichtungen berichten von einer engen Vernetzung, etwa durch die Teilnahme an Visiten, betonen jedoch den Ressourcenbedarf für eine systematische Implementierung solcher Strukturen.

Ein Konsiliardienst für Psychotherapie ist in manchen Häusern nicht vorgesehen, wird jedoch als sinnvoll erachtet. In diesem Zusammenhang werden Fragen zur Vertretungsregelung bei Abwesenheiten sowie zur Ressourcenausstattung aufgeworfen. Zudem wird berichtet, dass Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Psychologinnen und Psychologen teilweise Aufgaben übernehmen, um ärztliche Engpässe zu kompensieren. Generell wird eine hohe Arbeitsauslastung bei begrenzten personellen Ressourcen berichtet.

4.1.4 Psychotherapie als eigenständige Profession und Tätigkeitsprofile

Schließlich wurde die Wahrnehmung der Psychotherapie als eigenständige Profession thematisiert. In manchen Einrichtungen fehlt ein klares Bewusstsein seitens der Kolleginnen und Kollegen und Leitungsebene für die eigenständige rechtliche und fachliche Verantwortung, was sich auf Zusammenarbeit, Haltung und Dokumentation auswirkt.

Tätigkeitsprofile unterscheiden sich deutlich von jenen der Klinischen Psychologie: Während Klinische Psychologinnen und Klinische Psychologen primär diagnostisch und in der Krisenintervention tätig sind, übernehmen Psychotherapeutinnen und -therapeuten Therapie im Einzel- und Gruppensetting, Edukation, Befunderstellung und Aufnahmegespräche.

4.2 Ergebnisse der Onlinebefragung

An der Onlinebefragung nahmen 172 Personen teil, die vollständige Antworten gaben und den Fragebogen bis zum Ende ausfüllten. Nach Ausschluss von fünf Personen, welche die Filterfrage („Sind Sie (unter anderem) stationär als Psychotherapeut:in (in einer österr. Krankenanstalt) tätig?“) nicht mit „Ja“ beantworteten, liegt die endgültige Stichprobe bei 167 Personen, die angeben, stationär psychotherapeutisch tätig zu sein.

4.2.1 Demografische Beschreibung der Stichprobe, Zuordnung zu Einrichtungsarten und Abteilungen

Von den Befragten identifizieren sich 75,4 Prozent als weiblich und 23,9 Prozent als männlich. Die Altersspanne liegt bei 28 bis 69 Jahren, mit einem Mittelwert von 46 Jahren.

Der Großteil der Befragten (36,5 %) gibt an, in Rehaszentren tätig zu sein, gefolgt von Zentral- oder Schwerpunktkrankenhäusern (22,2 %) und psychiatrischen bzw. neurologischen Krankenhäusern (18,6 %). Weitere Beschäftigungsorte sind Standardkrankenhäuser (9,6 %), Sonderkrankenanstalten sowie sonstige Einrichtungen (jeweils 6,6 %), Privatkliniken (6 %) und in geringem Ausmaß Pflegeanstalten für chronisch Kranke oder Heime für Genesende (1,8 %).

Knapp ein Drittel (27,5 %) der Einrichtungen befindet sich in Niederösterreich, knappe 20 % befinden sich in Wien, etwa 11 % in Oberösterreich, der Steiermark und Salzburg. Der Rest verteilt sich auf die Bundesländer Tirol, Vorarlberg, Burgenland und Kärnten. Eine Übersicht zur Art der Einrichtung sowie über die Verteilung nach Bundesländern findet sich in Tabelle 7.

Tabelle 7: Einrichtung nach Bundesland und Art der Einrichtungen, in der Befragte tätig sind (n = 167)

Kategorie	Unterkategorien	Anzahl	Prozent
Einrichtung nach Bundesland	Burgenland	6	3,59 %
	Kärnten	2	1,20 %
	Steiermark	19	11,38 %
	Niederösterreich	46	27,54 %
	Oberösterreich	20	11,98 %
	Salzburg	18	10,78 %
	Tirol	14	8,38 %
	Vorarlberg	9	5,39 %
	Wien	33	19,76 %
Art der Einrichtungen (Mehrfachnennung möglich)	allgemeine Krankenanstalt – Zentral- oder Schwerpunktkrankenhaus	37	22,16 %
	allgemeine Krankenanstalt – (erweitertes) Standardkrankenhaus	16	9,58 %
	psychiatrisches und/oder neurologisches Krankenhaus	31	18,56 %
	andere Sonderkrankenanstalt	11	6,59 %
	Privatklinik oder -sanatorium (privat gewinnorientierte Einrichtung)	10	5,99 %
	Pflegeanstalt für chronisch Kranke oder Heim für Genesende	3	1,80 %
	Rehabilitationszentrum	61	36,53 %
	Sonstiges ¹	11	6,59 %

¹Sonstiges: Genannt werden Therapiezentren für abhängige Menschen, Hospiz, Altenpflegeheim und Strafvollzug.

Datenquelle und Darstellung: GÖG – Befragung stationäre Psychotherapie

Die Mehrheit der Befragten (41,3 %) arbeitet in psychiatrischen Abteilungen, gefolgt von psychosomatischen Abteilungen für Erwachsene (19,8 %) und der Suchtmedizin (14,4 %). Auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist mit 8,4 Prozent vertreten. Weitere präesente Abteilungen sind Innere Medizin und Kinder- und Jugendheilkunde (jeweils 4,2 %). Unter der Kategorie „Sonstiges“ (25,2 %) wurden vor allem psychosoziale oder psychiatrische Rehabilitationseinrichtungen, Gerontomedizin, Altenpflegeheime sowie der Strafvollzug genannt. Diese Verteilung zeigt eine Schwerpunktsetzung auf die psychiatrischen/psychosomatischen Abteilungen, insbesondere im Bereich der Erwachsenenbehandlung und Rehabilitation. Eine Übersicht zu Abteilungen in den Einrichtungen findet sich in Tabelle 8.

Tabelle 8: Abteilungen in den Einrichtungen, in denen Befragte tätig sind (n = 167)

Kategorie	Unterkategorien	Anzahl	Prozent
Abteilungen in den Einrichtungen (Mehrfachnennung möglich)	Psychiatrie	69	41,32%
	Sonstiges ¹	42	25,15%
	Psychosomatik/Erwachsene	33	19,76%
	Suchtmedizin	24	14,37%
	Kinder- und Jugendpsychiatrie	14	8,38%
	Kinder- und Jugendheilkunde	7	4,19%
	Innere Medizin	7	4,19%
	Psychosomatik/KiJu	7	4,19%
	Anästhesiologie und Intensivmedizin/Intensiv- versorgung	5	2,99%
	Chirurgie	5	2,99%
	Orthopädie und Traumatologie	5	2,99%
	Gemischter Belag	4	2,40%
	Palliativmedizin/Erwachsene	4	2,40%
	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3	1,80%
	Akutgeriatrie/Remobilisation	3	1,80%
	Neurologie	2	1,20%
	Remobilisation/Nachsorge	2	1,20%
	Augenheilkunde	1	0,60%
	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	1	0,60%
	Urologie	1	0,60%
	Strahlentherapie-Radioonkologie	1	0,60%
	Kinder- und Jugendchirurgie	0	0,00%
	Neurochirurgie	0	0,00%
	Haut- und Geschlechtskrankheiten	0	0,00%
	Plastische Chirurgie	0	0,00%
	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	0	0,00%
	Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	0	0,00%
	Nuklearmedizinische Therapie	0	0,00%
	Palliativmedizin/KiJu	0	0,00%

¹Sonstiges: Ein Großteil der Nennungen meint psychosoziale oder psychiatrische Rehabilitationseinrichtungen, gefolgt von Gerontomedizin oder Altenpflegeheim und Strafvollzug.

Datenquelle und Darstellung: GÖG – Befragung stationäre Psychotherapie

Im Vergleich zu Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen, die laut Grabenhofer-Eggerth (2012) auch in Fächern wie Innere Medizin (26 %), Neurologie (22 %) oder Chirurgie (19 %) tätig sind, zeigt sich, dass Psychotherapeutinnen und -therapeuten im stationären Setting deutlich weniger breit eingesetzt werden und vor allem in Abteilungen mit psychiatrischem, psychosozialem oder psychosomatischem Schwerpunkt arbeiten.

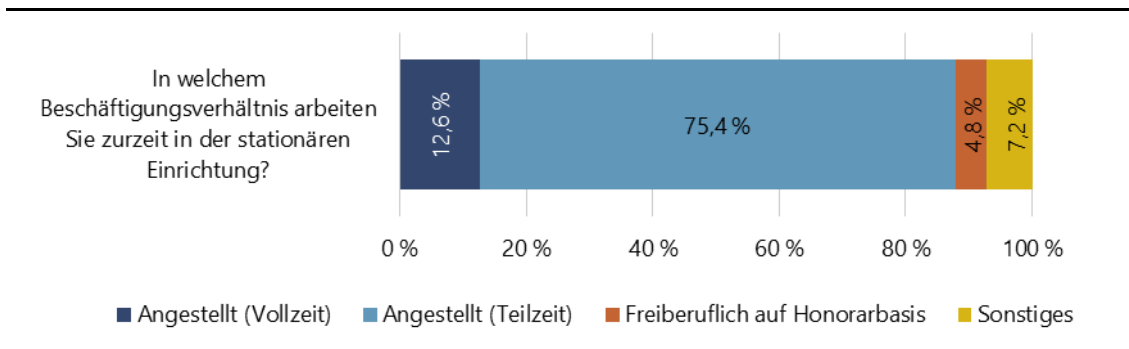
4.2.2 Rahmenbedingungen der Tätigkeit als Psychotherapeut:in

Die meisten Befragten verfügen über eine Psychotherapieausbildung, arbeiten Teilzeit und in einem Rehabilitationszentrum.

4.2.2.1 Beschäftigungsverhältnis

Ein Großteil der Befragten (75,4 %) gibt an, Teilzeit in einer stationären Einrichtung zu angestellt zu sein, während nur ca. 13 Prozent angeben, in Vollzeit tätig zu sein. Etwa 7 Prozent der Befragten wählen die Antwortoption „Sonstiges“ und geben an, als Praktikantinnen und Praktikanten angestellt zu sein. Knapp 5 Prozent geben an, freiberuflich auf Honorarbasis im stationären Bereich zu arbeiten (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Beschäftigungsverhältnisse der Befragten in stationären Einrichtungen (in Prozent)



Datenquelle und Darstellung: GÖG – Befragung stationäre Psychotherapie

Davon gibt der Großteil der Teilzeitbeschäftigten an, in einem Rehabilitationszentrum (41,9 %) oder in einer allgemeinen Krankenanstalt (Zentral- oder Schwerpunkt Krankenhaus; 18,6 %) oder einem psychiatrischen und/oder neurologischen Krankenhaus (16,3 %) beschäftigt zu sein.

Die meisten Vollzeitbeschäftigten geben an, in einer allgemeinen Krankenanstalt (39,1 %) oder einem psychiatrischen und/oder neurologischen Krankenhaus (21,7 %) tätig zu sein.

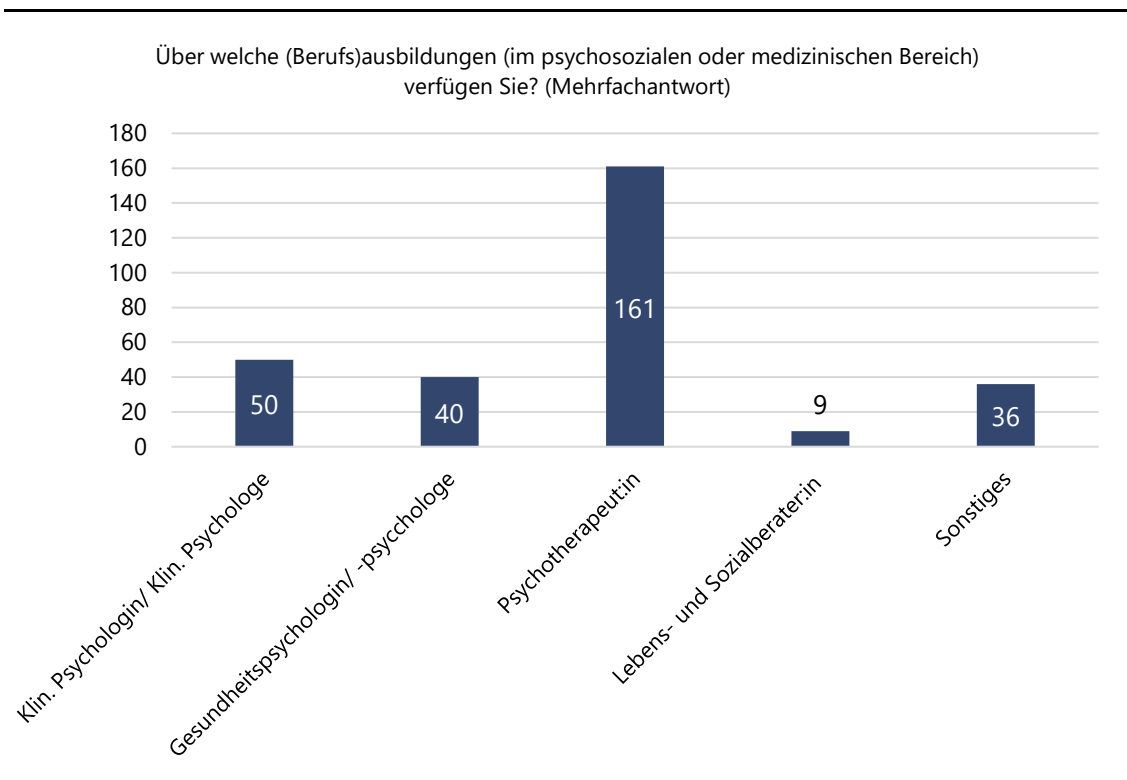
4.2.2.2 (Berufs-)Ausbildungen und psychotherapeutischer Cluster

Der überwiegende Teil der Befragten (161 Personen, 96,4 %) gibt an, über eine Ausbildung als Psychotherapeutin oder Psychotherapeut zu verfügen. 11 Personen (3,6 %) geben unter „Sonstiges“ an, in Psychotherapie-Ausbildung, aber bereits in der Krankenanstalt tätig zu sein.

Zusätzlich (durch die Möglichkeit der Angabe von Mehrfachantworten summieren sich die Prozentzahlen nicht auf 100 Prozent) geben knapp 50 Personen (30 %) an, als Klinische Psychologinnen und Klinische Psychologen, sowie als Gesundheitspsychologinnen und Gesundheitspsychologen (40 Personen, 24 %) tätig zu sein. Weitere genannte Qualifikationen sind Lebens- und Sozialberater:innen (9 Personen, 5,4 %) und diverse sonstige Ausbildungen (36 Personen, 21,6 %), wobei Letztere neben der Psychotherapieausbildung auch medizinische, sozialarbeiterische, sozialpädagogische oder pflegerische Hintergründe umfassen (siehe Abbildung 2 in Absolutzahlen).

Rund 29 Prozent derjenigen, die eine Psychotherapieausbildung angegeben haben, verfügen zusätzlich über eine Ausbildung als Klinische Psychologin oder Klinischer Psychologe.

Abbildung 2: Berufsausbildungen der Befragten (Mehrfachantworten; in Absolutzahlen)

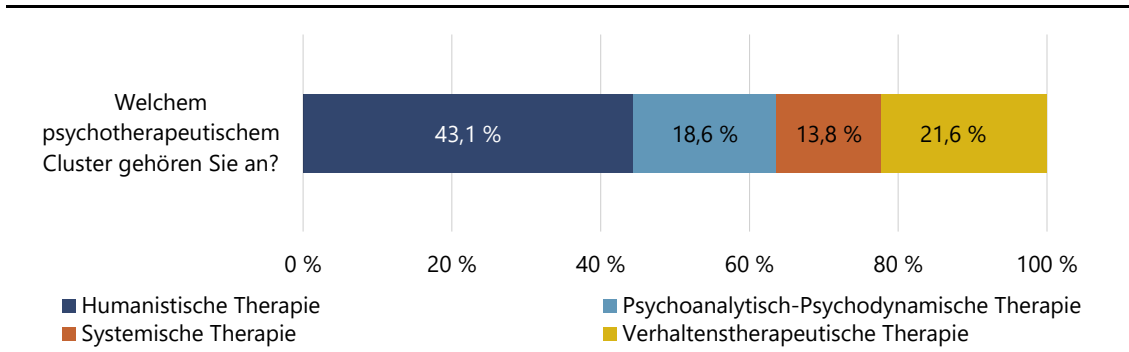


Datenquelle und Darstellung: GÖG – Befragung stationäre Psychotherapie

Jene, die angaben, über eine Psychotherapieausbildung zu verfügen, wurden zu ihrer Clusterzugehörigkeit befragt (4 % der Befragten wurde diese Frage nicht angezeigt, da diese an vorheriger Stelle angaben, noch in Ausbildung und unter Supervision zu sein).

Der größte Anteil der Befragten (43,1 %) ordnet sich der Humanistischen Schule zu, gefolgt von der Systemischen (21,6 %) und der Psychoanalytisch-Psychodynamischen Schule (18,6 %). Verhaltenstherapeutinnen und Verhaltenstherapeuten machen 13,8 % aus (siehe Abbildung 3).

Abbildung 3: Clusterzugehörigkeit der Befragten (in Prozent)



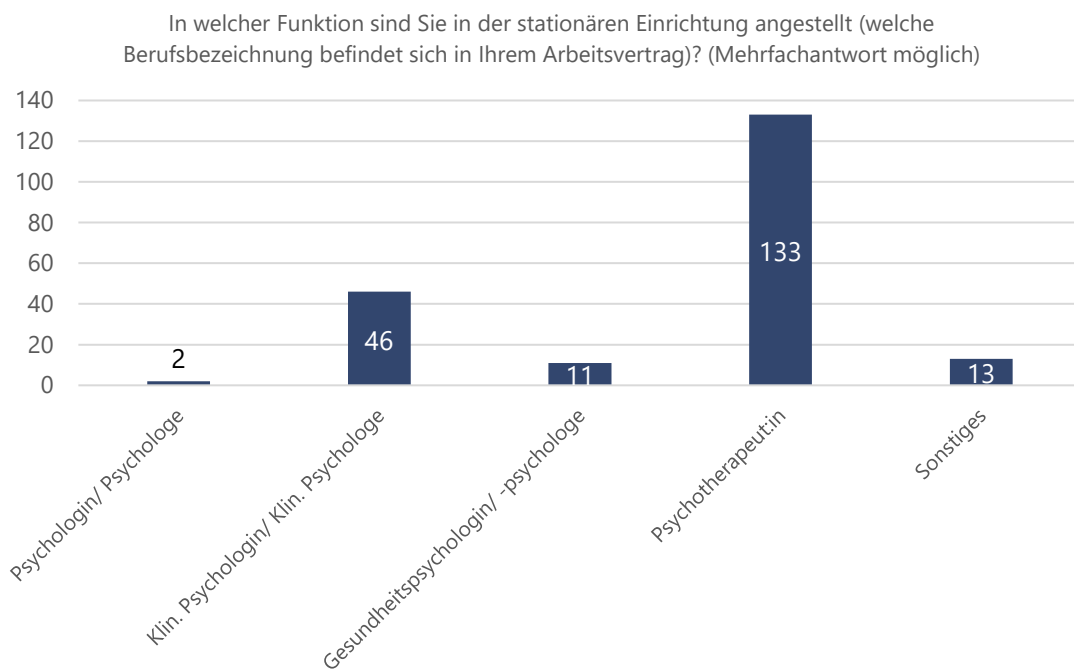
Datenquelle und Darstellung: GÖG – Befragung stationäre Psychotherapie

4.2.2.3 Funktion und Organisationsform der psychotherapeutischen Tätigkeit

Die überwiegende Mehrheit der Befragten (133 Personen, 79,6 %) gibt an, im stationären Bereich als Psychotherapeut:in *angestellt* zu sein (100 % gaben an, psychotherapeutisch tätig zu sein und über eine Psychotherapieausbildung zu verfügen bzw. in Ausbildung zu sein). 46 Personen (27,5 %) sind als Klinische Psychologinnen und Klinische Psychologen tätig, während sich 11 Personen (6,6 %) die Berufsbezeichnung Gesundheitspsychologin und Gesundheitspsychologe geben. 13 Personen (7,8 %) wählten die Option „Sonstiges“ und nannten ärztliche oder sozialarbeiterische Berufe sowie die Funktion als Praktikant:in (siehe Abbildung 4 in Absolutzahlen). Aufgrund der Möglichkeit zu Mehrfachantworten summieren sich die Prozentzahlen nicht auf 100 Prozent.

Die meisten Befragten, die als Psychotherapeutinnen oder -therapeuten angestellt sind, sind in einem Rehabilitationszentrum (42,6 %) oder einem psychiatrischen und/oder neurologischen Krankenhaus (16,2 %) oder einer allgemeinen Krankenanstalt (15,4 %) tätig.

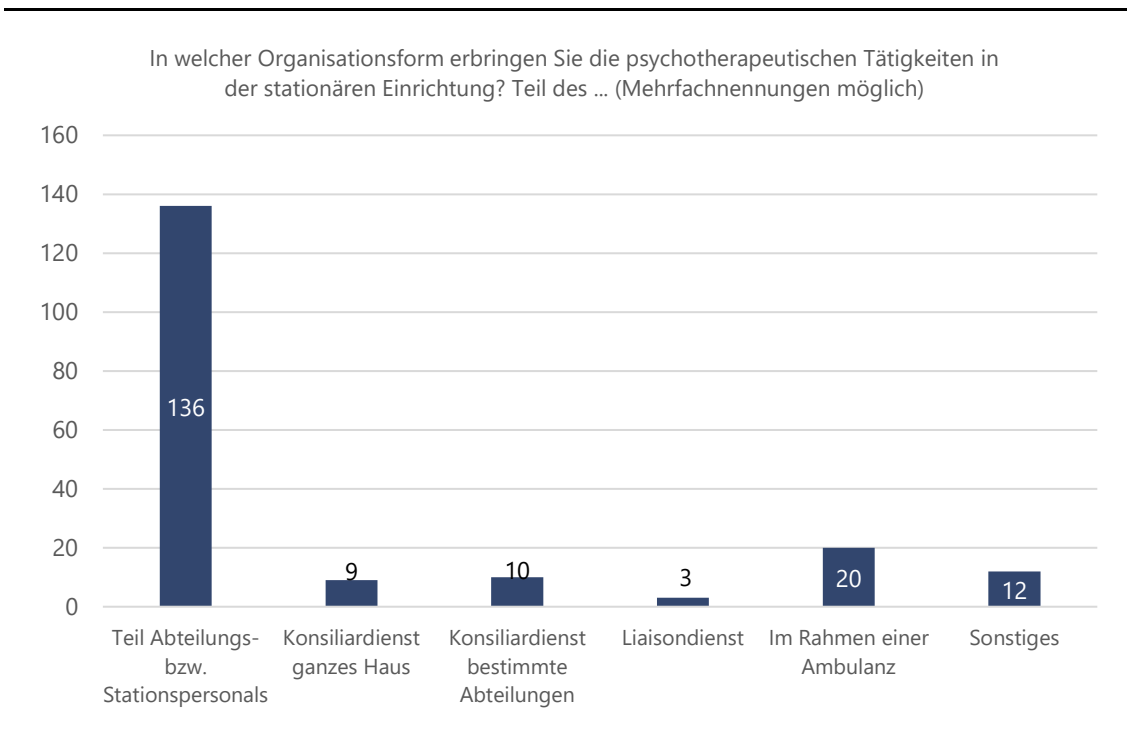
Abbildung 4: Funktionen der Befragten in der stationären Einrichtung (Mehrfachantworten möglich; in Absolutzahlen)



Datenquelle und Darstellung: GÖG – Befragung stationäre Psychotherapie

Die Mehrheit der Befragten (136 Personen, 81,4 %) gibt an, psychotherapeutische Tätigkeiten als Teil des Abteilungs- bzw. Stationspersonals im Team der jeweiligen Station zu erbringen. Weitere neun Personen (5,4 %) arbeiten konsiliarisch für das gesamte Haus, während zehn Personen (6,1 %) konsiliarisch für bestimmte Abteilungen tätig sind. Drei Personen (6,1 %) sind im Rahmen eines Liaisondienstes eingebunden, 20 Personen (12 %) erbringen ihre Leistungen im Rahmen einer Ambulanz, und 12 Personen (7,1 %) wählten die Option „Sonstiges“ und nannten Leitungsfunktionen oder spezifizierten das professionelle Team (siehe Abbildung 5 in Absolutzahlen). Aufgrund der Möglichkeit zu Mehrfachantworten summieren sich die Prozentzahlen nicht auf 100 Prozent.

Abbildung 5: Organisationsform der Leistungen in der stationären Einrichtung (Mehrfachantworten möglich; in Absolutzahlen)

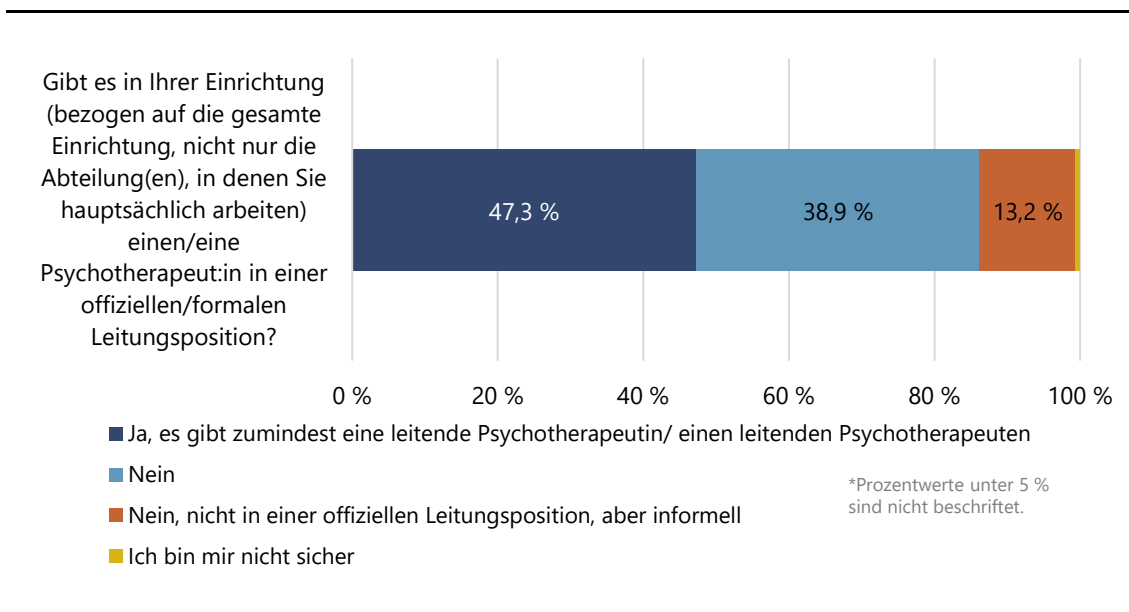


Datenquelle und Darstellung: GÖG – Befragung stationäre Psychotherapie

4.2.2.4 Psychotherapeutische Leitungsfunktion

Knapp die Hälfte der Befragten (47,3 %) gibt an, dass es in ihrer Einrichtung mindestens eine Psychotherapeutin bzw. einen Psychotherapeuten in einer offiziellen Leitungsposition gibt. Rund 38,9 Prozent verneinen dies, während 13,2 Prozent angeben, dass Psychotherapeutinnen oder -therapeuten zwar eine leitende Rolle übernehmen, jedoch nicht in einer formellen Position (siehe Abbildung 6).

Abbildung 6: Anteil von psychotherapeutischen Leitungspositionen in der stationären Einrichtung (in Prozent)



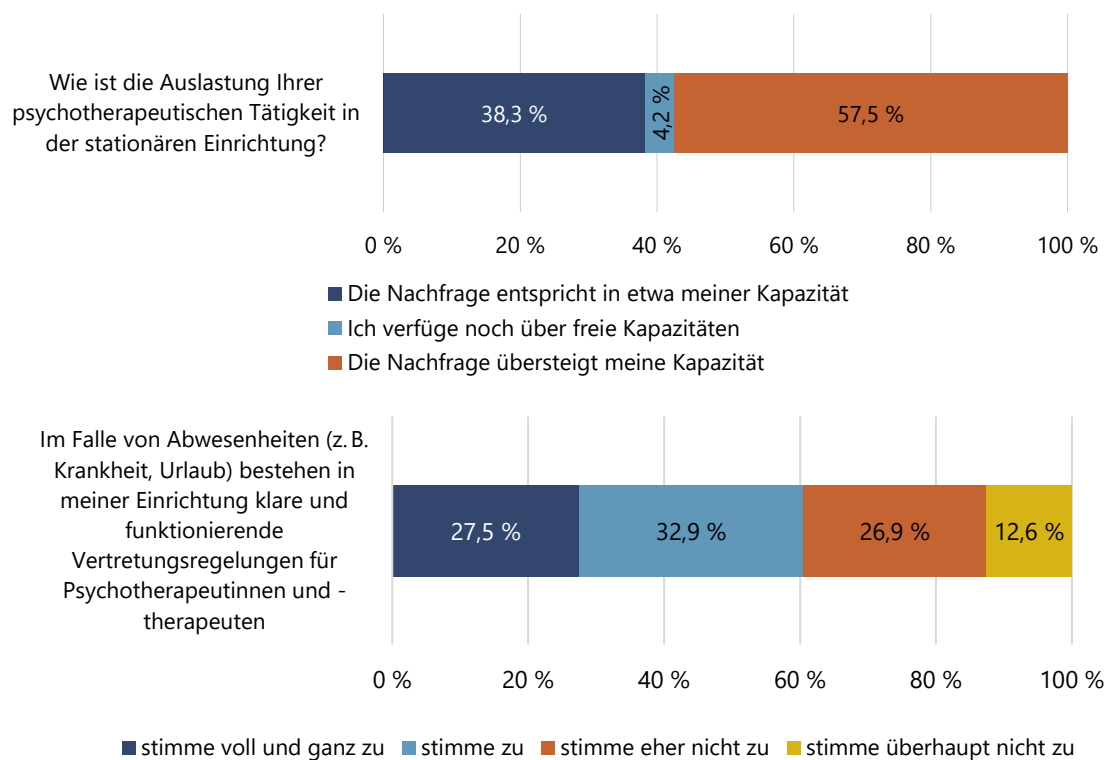
Datenquelle und Darstellung: GÖG – Befragung stationäre Psychotherapie

4.2.2.5 Auslastung und Vertretungsregeln

Die Mehrheit der Befragten (57,5 %) gibt an, dass die Nachfrage nach psychotherapeutischen Leistungen ihre Kapazität übersteigt. Rund 38,3 Prozent berichten, dass die Nachfrage in etwa ihrer Kapazität entspricht, während lediglich 4,2 Prozent angeben, dass die Nachfrage unter ihrer Kapazität liegt.

In diesem Zusammenhang stimmt rund ein Drittel der Befragten (32,9 %) zu, dass in ihrer Einrichtung klare und funktionierende Vertretungsregelungen für Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Falle von Abwesenheiten bestehen. 27,5 Prozent stimmen voll und ganz zu, während 26,9 Prozent diese Aussage weniger stark unterstützen (siehe Abbildung 7).

Abbildung 7: Kapazitätsauslastung und Vertretungsstrukturen für Psychotherapeutinnen und -therapeuten in stationären Einrichtungen (in Prozent)



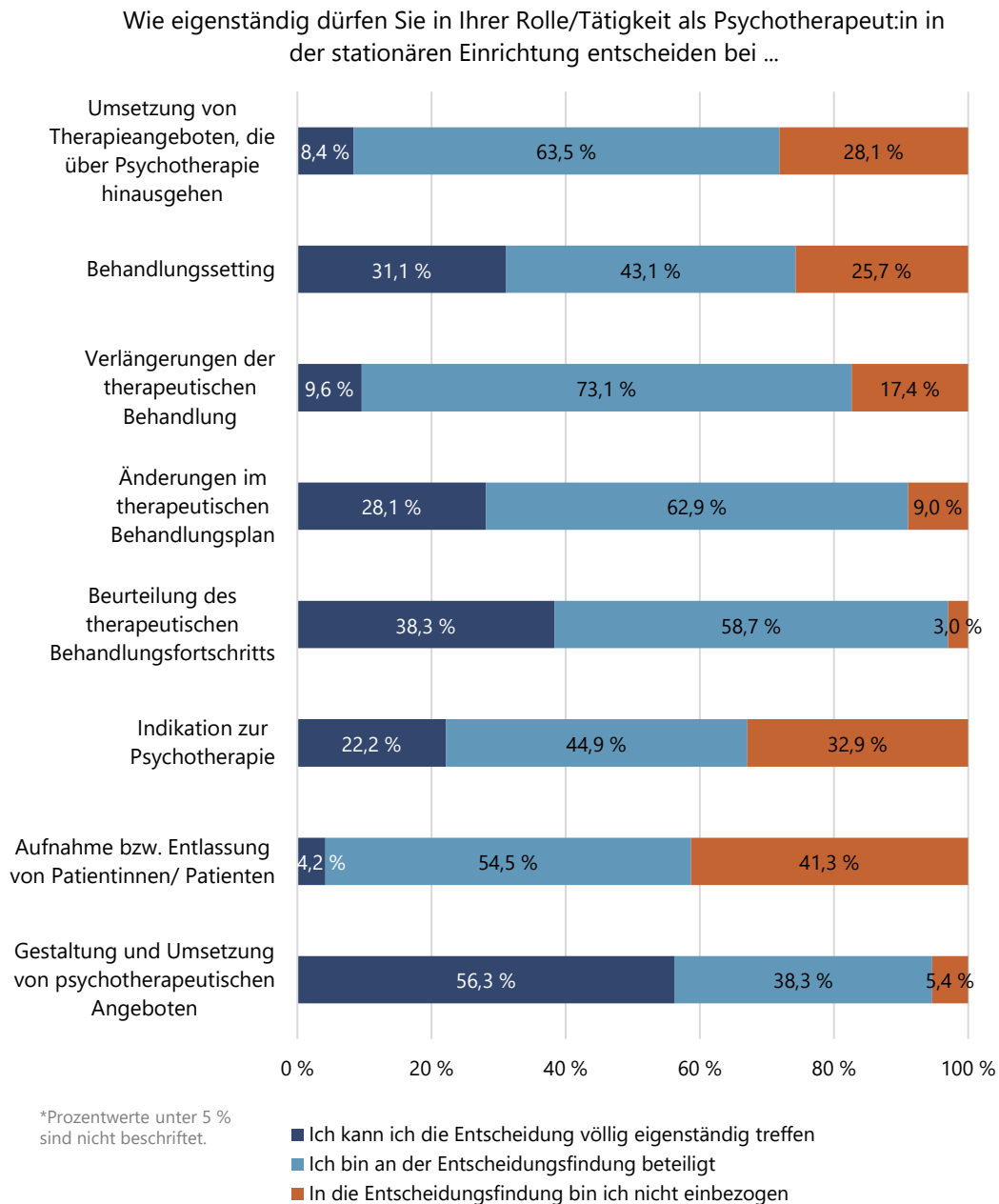
Datenquelle und Darstellung: GÖG – Befragung stationäre Psychotherapie

4.2.3 Tätigkeitsprofil von Psychotherapeutinnen und -therapeuten

4.2.3.1 Eigenständigkeit und Fallführung

Die Befragten berichten unterschiedliche Grade an Eigenständigkeit in ihrer Rolle als Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Bei der Gestaltung und Umsetzung psychotherapeutischer Angebote können 56,3 Prozent eigenständig entscheiden, während 38,3 Prozent in die Entscheidungsfindung eingebunden sind. Für die Beurteilung des therapeutischen Fortschritts geben 38,3 Prozent an, Entscheidungen vollständig selbst treffen zu können, 58,7 Prozent sind beteiligt. Änderungen im Behandlungsplan dürfen 28,1 Prozent eigenständig vornehmen, 62,9 Prozent sind eingebunden. Bei der Verlängerung der Behandlung liegt die Eigenständigkeit bei 9,6 Prozent, während 73,1 Prozent beteiligt sind. Die Indikation zur Psychotherapie können 22,2 Prozent selbst festlegen, 44,9 Prozent sind beteiligt, 32,9 Prozent nicht eingebunden. Bei der Aufnahme oder Entlassung von Patientinnen und Patienten sind nur 4,2 Prozent vollständig entscheidungsbefugt, 54,5 Prozent beteiligt, 41,3 Prozent nicht eingebunden. Die Umsetzung von Therapieangeboten über die Psychotherapie hinaus erfolgt bei 8,4 Prozent eigenständig, 63,5 Prozent sind beteiligt. Das Setting der Behandlung können 31,1 Prozent selbst bestimmen, 43,1 Prozent sind eingebunden (siehe Abbildung 8).

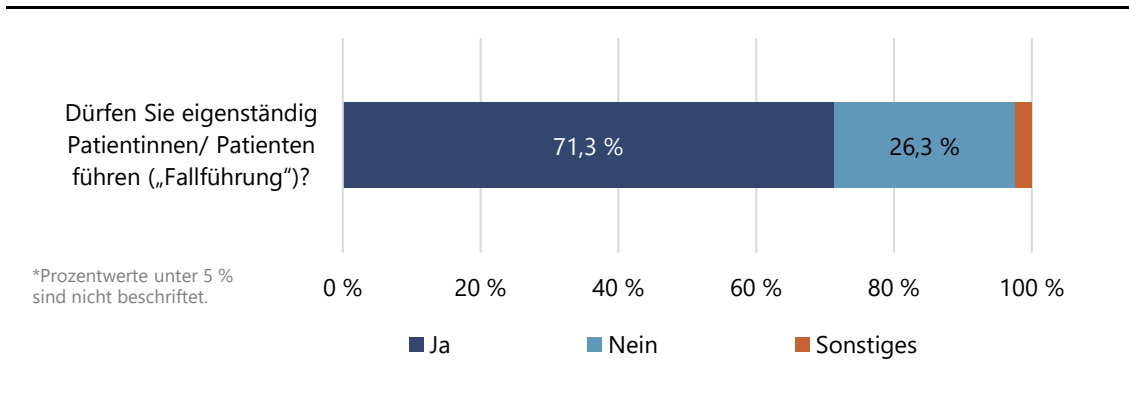
Abbildung 8: Eigenständigkeit bei Entscheidungen in der psychotherapeutischen Tätigkeit (in Prozent)



Datenquelle und Darstellung: GÖG – Befragung stationäre Psychotherapie

Die große Mehrheit der Befragten (71,3 %) gibt an, eigenständig Fallführung zu betreiben (siehe Abbildung 9).

Abbildung 9: Anteil der Befragten, die eigenständige Fallführung betreiben (in Prozent)



Datenquelle und Darstellung: GÖG – Befragung stationäre Psychotherapie

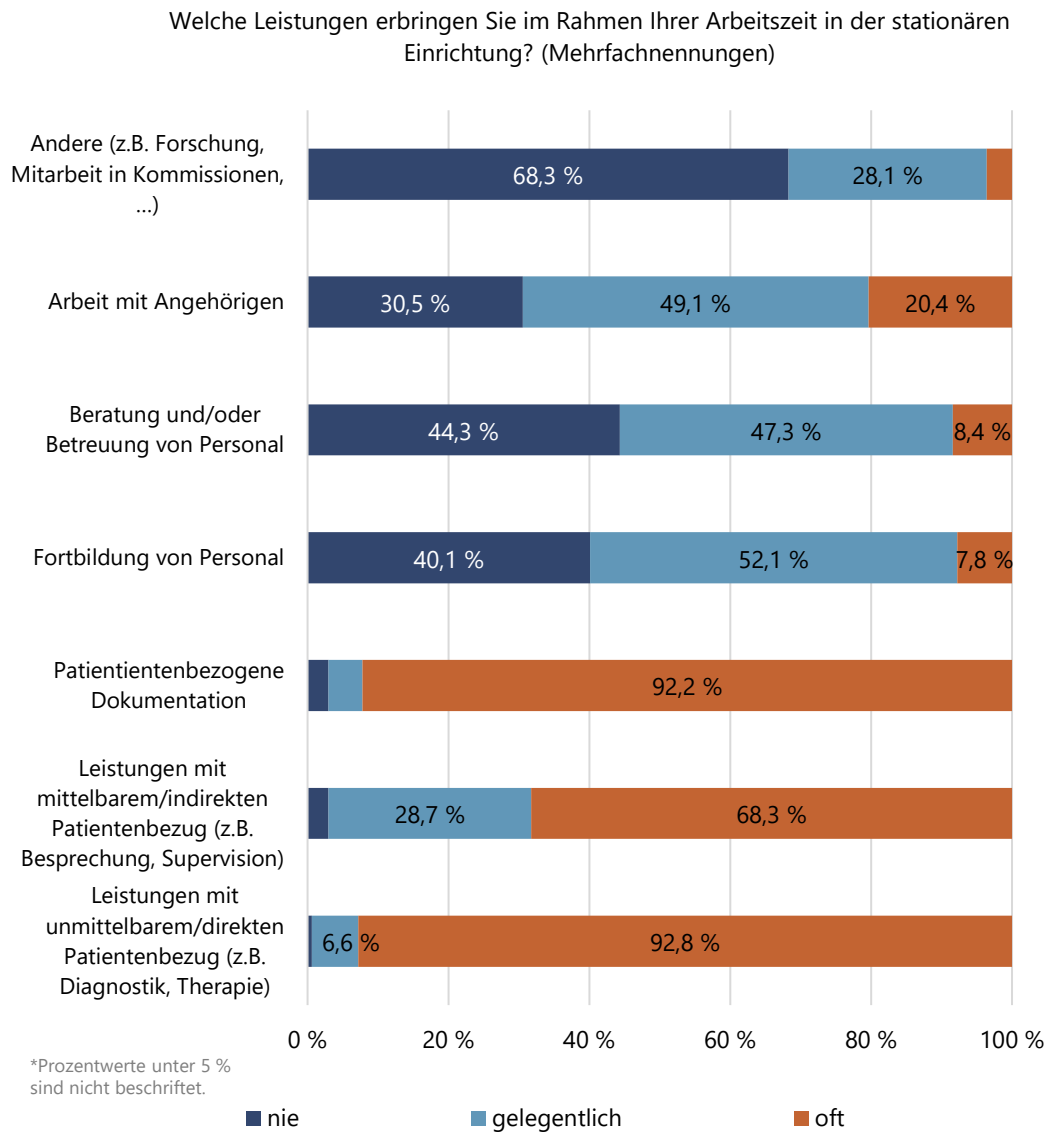
4.2.3.2 Erbrachte Leistungen und Leistungen, die verstärkt werden sollten

Die Befragten geben an, dass Leistungen mit direktem Patientenbezug (z. B. Diagnostik, Therapie) am häufigsten (92,8 %) erbracht werden. Patientenbezogene Dokumentation gehört für 92,2 Prozent regelmäßig zur Tätigkeit. Mittelbare Leistungen wie Besprechungen oder Supervision werden überwiegend oft erbracht (68,3 %).

Fortbildung von Personal wird von 52,1 Prozent gelegentlich und nur von 7,8 Prozent häufig durchgeführt, während 40,1 Prozent angeben, dies nie zu tun. Beratung oder Betreuung von Personal erfolgt bei 47,3 Prozent gelegentlich und 8,4 Prozent oft.

Arbeit mit Angehörigen wird von knapp der Hälfte (49,1 %) gelegentlich und von 20,4 Prozent häufig übernommen. Andere Tätigkeiten wie Forschung oder Mitarbeit in Kommissionen werden überwiegend nicht ausgeführt (68,3 %), gelegentlich bei 28,1 Prozent (siehe Abbildung 10).

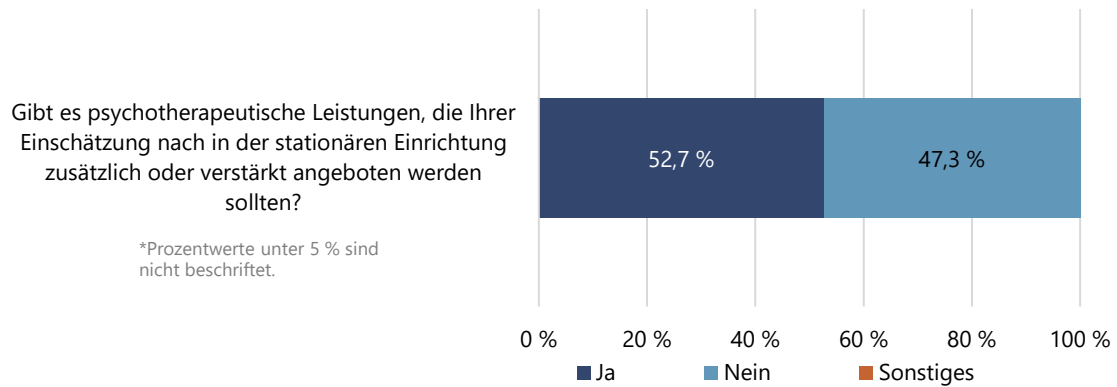
Abbildung 10: Erbrachte Leistungen der Befragten in der stationären Einrichtung (in Prozent)



Datenquelle und Darstellung: GÖG – Befragung stationäre Psychotherapie

Mehr als die Hälfte der Befragten (52,7 %) gibt an, dass bestimmte psychotherapeutische Leistungen verstärkt angeboten werden sollten, und spezifizieren ihre Auswahl mit offenen Antworten (siehe Abbildung 11).

Abbildung 11: Einschätzung zum zusätzlichen Bedarf psychotherapeutischer Leistungen in stationären Einrichtungen (in Prozent)



Datenquelle und Darstellung: GÖG – Befragung stationäre Psychotherapie

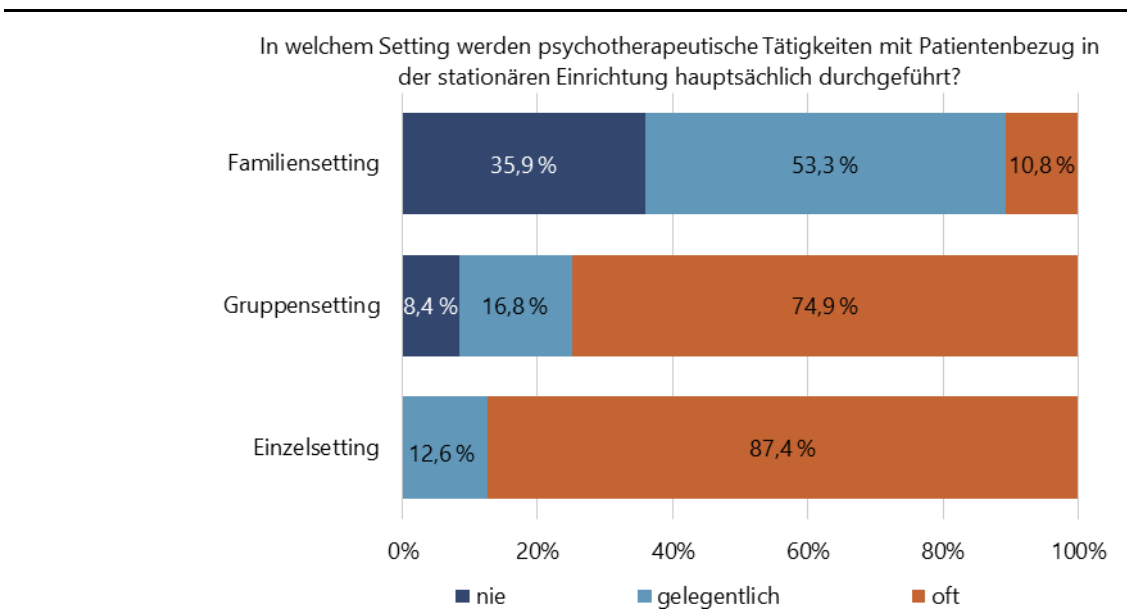
Die offenen Antworten bündeln sich vor allem auf ein vermehrtes Angebot von Einzel- und Gruppenpsychotherapie (im Sinne von mehr Kapazität beim Therapieangebot und höherer Frequenz), Angehörigenarbeit, trauma- und störungsspezifische Angebote (z. B. Angebote bei der Therapie von Long-Covid-Betroffenen) und kontinuierliche Nachsorge. Ergänzend werden körper-/kreativtherapeutische Verfahren, Krisenintervention/Prävention und kultursensible Angebote genannt.

4.2.4 Leistungen mit Patientenbezug

4.2.4.1 Setting

Die Befragten geben an, psychotherapeutische Tätigkeiten überwiegend im Einzelsetting durchzuführen: 87,4 Prozent tun dies häufig, 12,6 Prozent gelegentlich. Gruppenangebote werden ebenfalls stark genutzt, wobei 74,9 Prozent diese oft und 16,8 Prozent gelegentlich anbieten. Das Familiensetting spielt vergleichsweise eine geringere Rolle (siehe Abbildung 12).

Abbildung 12: Häufigkeit der Durchführung psychotherapeutischer Tätigkeiten in verschiedenen Settings (in Prozent)



Datenquelle und Darstellung: GÖG – Befragung stationäre Psychotherapie

4.2.4.2 Anzahl behandelter Patientinnen und Patienten

Die Befragten geben an, etwa 12 Patientinnen und Patienten (Median) psychotherapeutisch zu betreuen (basierend auf den angegebenen Fallzahlen über alle Befragten).

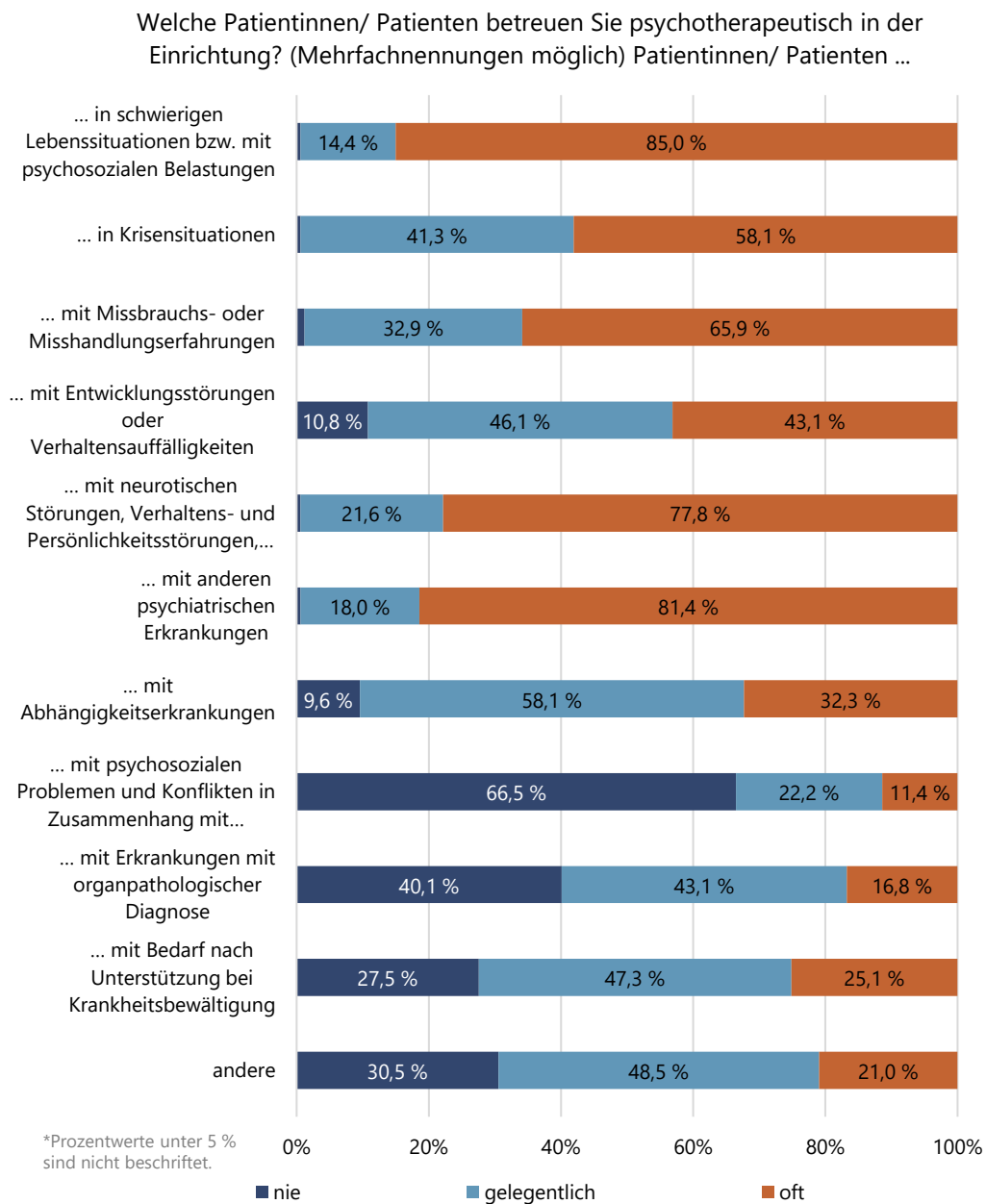
Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die angeben, Teilzeit zu arbeiten, berichten davon, etwa 12 Patientinnen und Patienten (Median) pro Woche zu betreuen, während in Vollzeit Tätige 13 Patientinnen und Patienten (Median) betreuen. Freiberuflich Tätige betreuen im stationären Setting sechs Patientinnen und Patienten (Median).

4.2.4.3 Behandelte Patientengruppen (nach Bedarfen und Altersgruppen)

Die Befragten geben an, vor allem Patientinnen und Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen (81,4 %) und mit neurotischen Störungen (77,8 %) häufig psychotherapeutisch zu betreuen. Auch die Arbeit mit Personen in schwierigen Lebenssituationen ist sehr verbreitet (85 %). Patientinnen und Patienten in Krisensituationen werden von 58,1 Prozent oft und von 41,3 Prozent gelegentlich behandelt. Missbrauchserfahrungen werden ebenfalls oft behandelt (65,9 % oft,

32,9 % gelegentlich). Abhängigkeitserkrankungen werden weniger häufig betreut (32,3 % oft, 58,1 % gelegentlich). Entwicklungsstörungen (43,1 % oft, 46,1 % gelegentlich) sind ebenfalls Gegenstand der Behandlung, und psychosoziale Probleme (nur 11,4 % oft, 66,5 % nie) spielen eine geringere Rolle. Weitere Bedarfsgruppen wie Unterstützung bei Erkrankungen oder andere spezifische Bedarfe werden überwiegend gelegentlich betreut (siehe Abbildung 13).

Abbildung 13: Psychotherapeutische Betreuung nach Patientengruppen in stationären Einrichtungen (in Prozent)



Datenquelle und Darstellung: GÖG – Befragung stationäre Psychotherapie

Bezogen auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten nach Altersgruppen, geben die Befragten an, größtenteils Erwachsene zu betreuen (70,1 %). Kinder und Jugendliche machen im Mittel 13,7 % aus, ältere Patientinnen und Patienten 16,4 %. Das Profil der Versorgung weist somit einen klaren Schwerpunkt im Erwachsenenbereich auf.

4.2.4.4 Bedarfsgerechtigkeit der Patientenversorgung

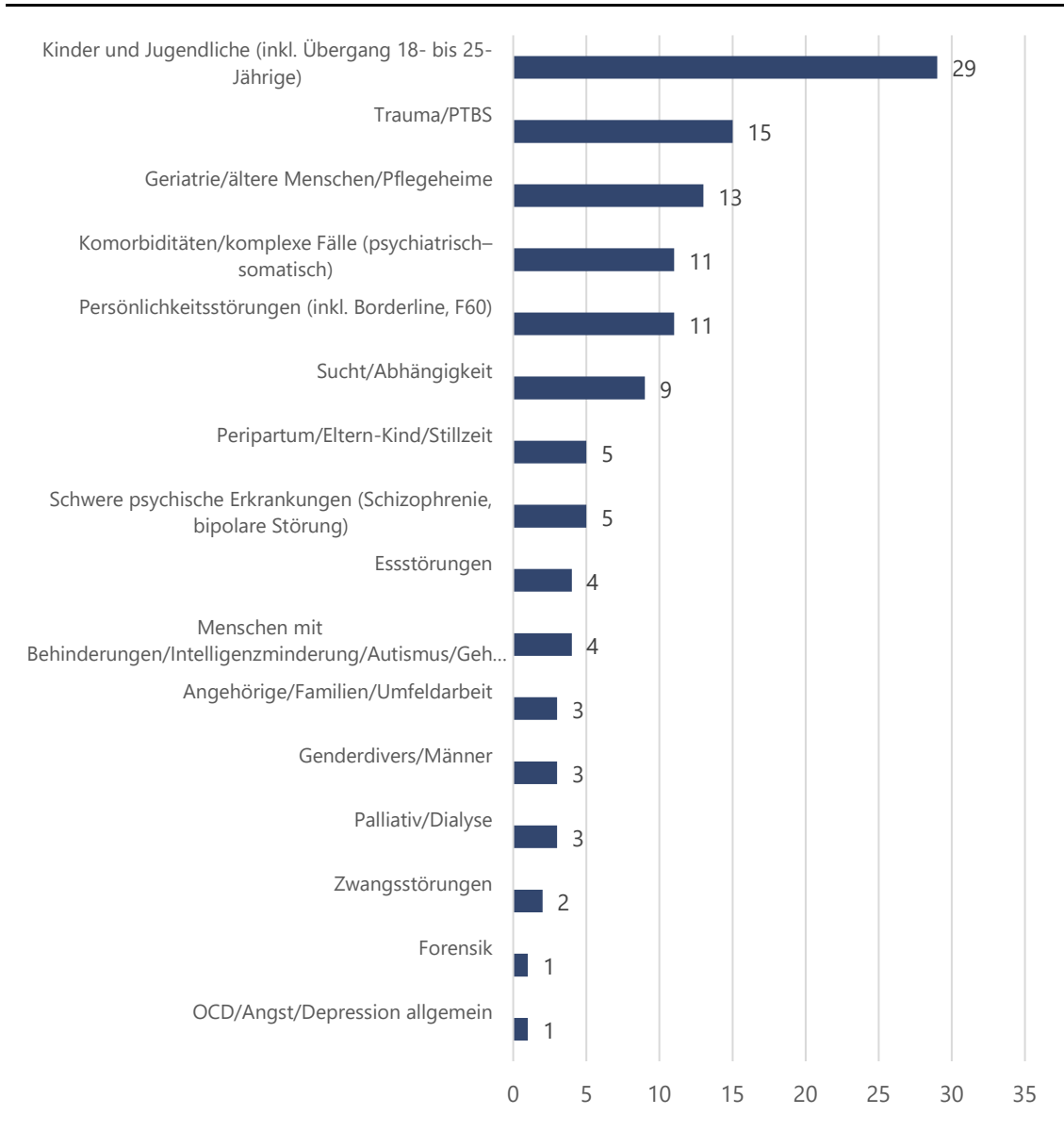
Mehr als die Hälfte der Befragten (52,1 %) haben die offene Frage „Welche Patientengruppen sind Ihrer Erfahrung nach derzeit noch zu wenig oder gar nicht versorgt?“ beantwortet. Neben konkreten Nennungen von Behandelten- und Störungsgruppen wurden Faktoren, die zu Unterversorgung beitragen, wie fehlende personelle und zeitliche Ressourcen, hohe Wartezeiten, Sprachbarrieren und fehlende Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten genannt. In diesem Zusammenhang wurde auch die psychosoziale Unterversorgung in ländlichen Gebieten allgemein genannt sowie fehlende Nachbetreuung nach der Entlassung.

Genannte Patientengruppen sowie Störungsgruppen sind in Abbildung 14 nach Häufigkeiten aufgelistet. Die Auswertung zeigt, dass vor allem Kinder und Jugendliche, einschließlich Kleinkinder (0–6 Jahre) und junger Erwachsener im Übergang ins Erwachsenenalter (18–25 Jahre), als stark unterversorgt gelten. Ebenso geriatrische Patientinnen und Patienten, insbesondere hinsichtlich der psychosozialen und psychiatrischen Unterversorgung in Pflegeheimen.

Ebenfalls häufig genannt sind Menschen mit Traumafolgestörungen wie posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS). Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf Persönlichkeitsstörungen sowie komplexen und komorbiden Fällen, bei denen mehrere Diagnosen zusammentreffen (z. B. psychiatrisch-somatisch oder Sucht plus Persönlichkeitsstörung).

Darüber hinaus werden ältere Menschen und geriatrische Patientinnen und Patienten als unterversorgt beschrieben, ebenso wie Menschen mit Suchterkrankungen, insbesondere in Kombination mit anderen psychischen Störungen.

Abbildung 14: Unterversorgte Patientengruppen sowie Störungsgruppen (nach Häufigkeit der Nennungen)



Datenquelle und Darstellung: GÖG – Befragung stationäre Psychotherapie

4.2.5 Eingebundenheit in der stationären Einrichtung

Ein Großteil der Befragten (ca. 89 %) geben an, dass sie häufig (mehrmals pro Woche oder wöchentlich) an interdisziplinären Teamsitzungen teilnehmen (siehe Abbildung 15). Knapp 75 % geben auch an, sich sehr gut oder eher gut in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen eingebunden zu fühlen (siehe Abbildung 16) und etwa 68 % geben an, sich konkret in diagnostische und therapeutische Entscheidungen eingebunden zu fühlen (siehe Abbildung 17).

Abbildung 15: Häufigkeit der Teilnahme an interdisziplinären Teamsitzungen (in Prozent)

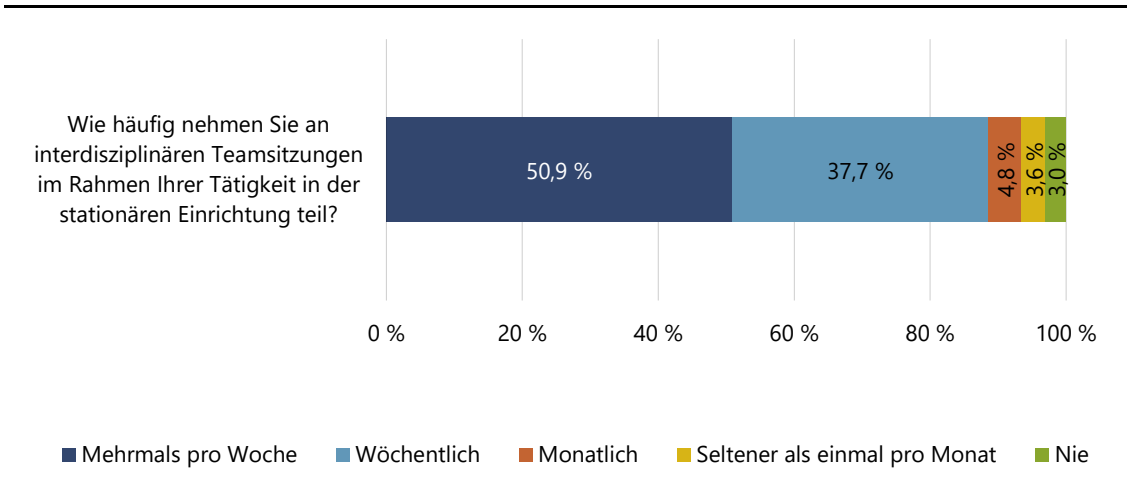


Abbildung 16: Grad der Einbindung in die interdisziplinäre Zusammenarbeit (in Prozent)

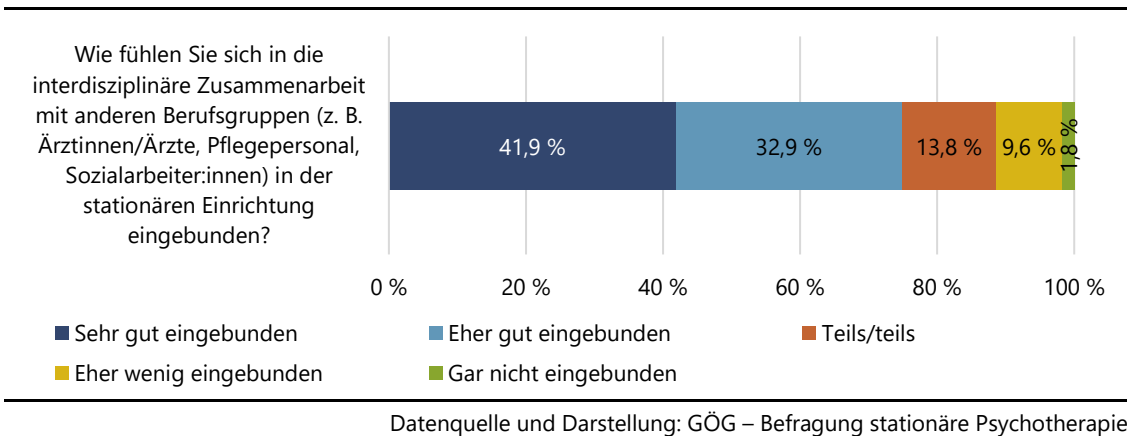
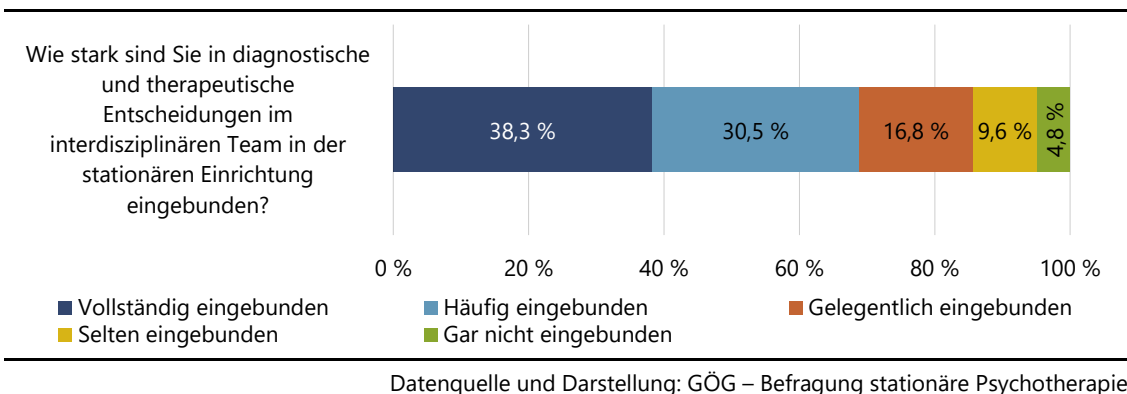


Abbildung 17: Einbindung in diagnostische und therapeutische Entscheidungen im interdisziplinären Team (in Prozent)



4.2.6 Erlebte Entwicklungsbedarfe

Ein Großteil der Befragten (65,2 %) beantwortet die offene Frage nach „dem größten Entwicklungsbedarf in Ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit in der stationären Einrichtung? (Rahmenbedingungen, organisatorisch, methodisch, ...)“.

Die Analyse der offenen Angaben zu Entwicklungsbedarfen in der stationären psychotherapeutischen Arbeit zeigt Schwerpunkte hinsichtlich Rahmenbedingungen und Ressourcen: Rund 40 Prozent der Befragten erwähnen Personalmangel, zu wenig Zeit für Vor- und Nachbereitung, hohe Auslastung, fehlende Pausen sowie unzureichende räumliche Ausstattung. Eng damit verbunden sind Hinweise auf Überlastung und hohe Fluktuation des Personals.

An zweiter Stelle stehen organisatorische Aspekte (etwa 25 % der Nennungen), darunter fehlende Vertretungsstrukturen, mangelnde Einbindung in Leitungsentscheidungen, unzufriedenstellende interdisziplinäre Zusammenarbeit und fehlende digitale Dokumentationssysteme. Auch die Forderung nach klareren Richtlinien und besserer Teamdynamik fällt in diesen Bereich.

Methodische Bedarfe machen etwa 20 Prozent der Antworten aus. Hier wird vor allem die Notwendigkeit der Entwicklung störungsspezifischer Angebote bzw. Behandlungskonzepte (z. B. für Trauma, Persönlichkeitsstörungen, Zwang, Long Covid) betont. Mehr Gruppenpsychotherapie, Supervision und Intervision sowie Fortbildungen (z. B. Trauma, Achtsamkeit etc.) werden als wichtig erachtet.

Weitere häufige Themen sind Anerkennung und Bezahlung (rund 15 %), wobei die ungleiche Entlohnung im Vergleich zu anderen Berufsgruppen und fehlende Psychotherapiestellen im System kritisiert werden. Schließlich werden auch Nachsorge und Kontinuität mehrfach genannt: Fehlende ambulante Angebote nach stationärer Behandlung und lange Wartezeiten im extramuralen Bereich führen zu Versorgungslücken.

4.3 Zentrale Ergebnisse der Fokusgruppe zur Kompatibilität von Psychotherapie im stationären Setting

Ziel der Fokusgruppe war es, die Einschätzungen von stationär tätigen Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu den Rahmenbedingungen stationärer Psychotherapie zu erfassen. Im Zentrum stand die Frage, ob und inwiefern stationäre Settings für wirksame psychotherapeutische Prozesse geeignet sind – insbesondere im Hinblick auf Aufenthaltsdauer, Therapieeinheiten und institutionelle Bedingungen. Im Folgenden werden die Befunde entlang der in der Fokusgruppe aufkommenden Themenfelder berichtet.

Stationäre Aufenthaltsdauer

Die Teilnehmenden geben an, dass die tatsächliche Aufenthaltsdauer stark je nach Einrichtung und Aufnahmegrund variiert:

- In Akutkrankenhäusern sind Aufenthalte oft sehr kurz – teils nur wenige Tage; der Auftrag ist ein anderer als in psychiatrischen Einrichtungen und Psychotherapie wird als Ergänzung

gesehen, nicht aber als Notwendigkeit. Es sind meistens keine geplanten Aufenthalte und es handelt sich meist um somatische Diagnosen.

- In psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen liegt die Dauer meist zwischen drei und sechs Wochen. Hier handelt es sich um geplante Aufenthalte. Aufnahmegrund sind F-Diagnosen²⁴ der Patientinnen und Patienten.
- In Sonderkrankenhäusern (z. B. Fokus auf Suchterkrankungen) mit Reha-Charakter sind sechs bis zwölf Wochen üblich, mit Tendenz zu längeren Aufenthalten.
- Spezialstationen, z. B. zur Behandlung von Essstörungen, oder Kinder- und Jugendpsychiatrie oder -psychosomatik haben ebenfalls längere Aufenthaltsdauern von mehreren Wochen bis fünf oder sechs Monate.

Anzahl an Psychotherapieeinheiten – Ist und Soll

Auch die Anzahl der psychotherapeutischen Einheiten pro Woche pro Patient:in ist stark abhängig vom Setting und den verfügbaren Ressourcen:

- Alle Teilnehmenden nennen als Mindeststandard (Ist-Stand in den vertretenen Einrichtungen) eine Einzelsitzung Psychotherapie à 50 Minuten pro Woche pro Patient:in. In manchen Fällen auch zwei Einheiten. Dies wird oft durch Gruppentherapien (zwei- bis dreimal pro Woche) ergänzt.
- Je nach Indikation und speziellem Therapieangebot auf psychosomatischen Stationen (bspw. Chen et al. 2014) (z. B. EMDR-Sitzungen²⁵) sind auch drei Einzelsitzungen à 90 Minuten pro Woche pro Patient:in möglich.
- Bei stationären Aufenthalten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind zwei bis vier Einheiten pro Woche üblich; dies ist aber stark von den Ressourcen und der F-Diagnose abhängig.

Als ideale Versorgung wurden zwei (in einem Fall drei) Einzelsitzungen pro Woche genannt, ergänzt durch mehrere Gruppentherapien. Die Möglichkeit zur Anpassung an individuelle Bedürfnisse wurde als entscheidend hervorgehoben.

Weiters betonen die Teilnehmenden, dass eine starre Wochenanzahl für den stationären Aufenthalt nicht immer sinnvoll sei. Stattdessen wurde eine flexible Gestaltung der Aufenthaltsdauer als am sinnvollsten erachtet – orientiert an der individuellen Zielsetzung und dem Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten. Flexibilität in der Gestaltung Aufenthaltsdauer (Verkürzung oder Verlängerung) ist aber bis dato in keiner stationären Einrichtung ohne Weiteres üblich. Eine Zielformulierung zu Beginn des Aufenthalts wurde als hilfreich für Planung und Entlassung beschrieben.

Wirksamkeit stationärer Psychotherapie

Die Teilnehmenden beschreiben das stationäre Setting, trotz der in den meisten Fällen überschaubaren Aufenthaltsdauer von Patientinnen und Patienten, als sehr geeignet für

²⁴ „F-Diagnosen“ sind Diagnosen nach Kapitel V (F00–F99) des Manuals der International Classification of Diseases (ICD-10, zukünftig ICD-11) und umfassen alle psychischen und Verhaltensstörungen einschließlich Entwicklungsstörungen.

²⁵ EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ist eine Intervention zur Behandlung von (u. a.) posttraumatischer Belastungsstörung (Chen et al. 2014).

Psychotherapie. Auch wenige Psychotherapieeinheiten (z. B. zehn Einheiten) sind wirksam und können zu Entlastung führen. Es braucht nicht 30 plus Einheiten pro Patient:in, um eine Wirkung zu erzielen.

Im stationären Setting mit begrenzter Aufenthaltsdauer stellt sich die Frage, welche Themen in begrenzter Zeit in psychotherapeutischen Sitzungen bearbeitbar sind. Die Teilnehmenden empfehlen eine Fokussierung und die Bearbeitung eines Therapiezieles bzw. mehrerer Therapieziele, das bzw. die während des stationären Aufenthalts ausreichend bearbeitbar ist/sind. Im stationären Setting sind Konzepte von Kurzzeit-Psychotherapien gefragt.

Stationäre Psychotherapie sei unter bestimmten Bedingungen wirksam:

- Der geschützte Rahmen ermöglicht eine fokussierte Auseinandersetzung mit psychischen Themen. Einerseits steht bestimmtes Personal rund um die Uhr zur Verfügung, andererseits müssen Patientinnen und Patienten nicht wieder in ihren Alltag zurück und können sich auf sich konzentrieren.
- Der institutionelle Kontext erleichtert den Vertrauens- und Beziehungsaufbau.
- Die therapeutische Gemeinschaft (z. B. Ergotherapie, Musiktherapie) und der Austausch unter Patientinnen und Patienten werden als heilsam erlebt.
- Kurzzeitinterventionen und fokale Ansätze können auch in wenigen Wochen wirksam sein.

Gleichzeitig wurde betont, dass stationäre Psychotherapie nicht in jeder Art von Krankenanstalt sinnvoll ist – insbesondere nicht Akutkrankenhäusern ohne psychiatrische, psychosomatische oder psychotherapeutische Stationen. Da der Aufnahmegrund meist keine F-Diagnose ist, ist Psychotherapie oder ein psychologisches Gespräch eher ein Zusatz und keine Notwendigkeit. In diesem Kontext wird Angehörigenarbeit, von Psychotherapeutinnen und -therapeuten oder Psychologinnen und Psychologen begleitet, allerdings als sehr hilfreich angesehen.

Strukturelle Herausforderungen

Mehrere Barrieren im Kontext stationärer Psychotherapie wurden benannt:

- Mangel an geeigneten Räumlichkeiten: In vielen Einrichtungen fehlen geeignete Räume für Einzeltherapie. Oft wird Psychotherapie im Patientenzimmer abgehalten, welches mit anderen geteilt wird. Die Privatsphäre ist nicht voll gewahrt und beeinträchtigt die Psychotherapie. Hinzu kommt, dass eine Vielzahl an Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die stationär tätig sind, in Teilzeit an bestimmten Tagen arbeiten, und es Spitzen in den Raumbelegungen gibt.
- Personalmangel: Mehr Psychotherapeutinnen und -therapeuten wären notwendig, um die Versorgung von stationären Patientinnen und Patienten zu verbessern. Mehr Personal ermöglicht hochfrequenter Psychotherapie pro Patient:in.
- Terminlogistik: Untersuchungen und andere therapeutische Angebote erschweren die Planung von Psychotherapieeinheiten. Zu viele Termine von Patientinnen und Patienten, inkl. Psychotherapie, können überfordernd wirken.
- Fehlende Nachsorge: Der Übergang in den Alltag nach stationärer Behandlung ist oft unbegleitet.

Abschließende Empfehlungen

Die Fokusgruppe sprach folgende Empfehlungen im Kontext stationärer Psychotherapie aus:

- mehr Tageskliniken und Spezialambulanzen, um nicht unbedingt nötige stationäre Aufnahmen zu vermeiden bzw. um Nachsorge zu leisten
- Flexibilität bei Aufenthaltsdauer (Verlängerung oder Verkürzung während des Aufenthalts) und Therapieeinheiten, angepasst an Zielsetzung und Ressourcen
- Konzeptentwicklung für fokussierte Kurzzeittherapie im stationären Setting, um wirksame psychotherapeutische Interventionen zu ermöglichen
- stärkere Einbindung von Angehörigen

4.4 Zusammenfassung der Ergebnisse zur psychotherapeutischen Tätigkeit im stationären Bereich

Die Ergebnisse der Fokusgruppen und Befragung zeigen ein differenziertes Bild der psychotherapeutischen Tätigkeit in stationären Einrichtungen.

Erstens scheinen Psychotherapeutinnen und -therapeuten im stationären Bereich überwiegend teilzeitbeschäftigt zu sein und vor allem in Rehabilitationszentren sowie psychiatrischen Abteilungen tätig zu sein; anders als Klinische Psychologinnen und Klinische Psychologen, deren Einsatzgebiet in Einrichtungen breiter gefächert zu sein scheint (Grabenhofer-Eggerth 2012). Etwas mehr als ein Viertel der Befragten haben zusätzlich zur Psychotherapieausbildung auch eine Ausbildung als Klinische Psychologinnen und Klinische Psychologen. Letzteres zeigt sich auch in den Ergebnissen der ersten Fokusgruppe: Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind oft über Doppelqualifikationen angestellt, was ihre Sichtbarkeit und rechtliche Klarheit einschränken und zu Nachteilen bei Vergütung und Karrieremöglichkeiten (z. B. psychotherapeutische Leitung) führen kann.

Psychotherapeutische Tätigkeiten erfolgen primär im Einzel- und Gruppensetting, ergänzt durch Dokumentation, Krisenintervention und Angehörigenarbeit. Eigenständige Fallführung ist üblich, jedoch bestehen eingeschränkte Entscheidungskompetenzen bei Indikation und Behandlungsplanung. Leitungsfunktionen von Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind selten und oft nicht formalisiert. Die Nachfrage übersteigt die Kapazitäten deutlich, während Vertretungsregelungen und räumliche Ausstattung vielfach als unzureichend beschrieben werden. Unterversorgt bleiben insbesondere Kinder und Jugendliche, geriatrische Patientinnen und Patienten sowie komplexe komorbide Fälle. Entwicklungsbedarfe betreffen vor allem personelle Ressourcen, klare organisatorische Strukturen, störungsspezifische Angebote und Nachsorge nach Entlassung.

Die Ergebnisse der zweiten Fokusgruppe sprechen für die Wirksamkeit stationärer Psychotherapie auch bei kurzer Aufenthaltsdauer. Empfohlen werden flexible Aufenthaltsmodelle, Konzepte für Kurzzeittherapie, mehr Tageskliniken und Nachsorgeangebote sowie eine stärkere Einbindung von Angehörigen. Strukturelle Herausforderungen wie fehlende Räume (inkl. Terminlogistik) und Personalmangel scheinen auch in den Ergebnissen der Fokusgruppe auf.

5 Conclusio

Um die Versorgungssituation im *stationären* Bereich im Hinblick auf Psychotherapie, Klinische Psychologie und Musiktherapie zu erheben, wurden im Rahmen dieses Berichts verfügbare Datengrundlagen (ÖGIS, Rehabilitationskompass) analysiert und ausgewertet sowie Befragungen in Akutkrankenanstalten (n = 184, Rücklauf n = 112) zur personellen Verfügbarkeit und unter stationär tätigen Psychotherapeutinnen und -therapeuten (n = 167) zu ihrem Tätigkeitsprofil, sowie Fokusgruppen, durchgeführt. Die Ergebnisse des Berichts sollen die psychosoziale Versorgung im stationären Bereich darstellen und als Entscheidungs- und Planungsgrundlage dienen.

Eine **Bewertung der Versorgungslage** für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Musiktherapie im stationären Bereich ist nur **eingeschränkt möglich**. Sie stützt sich auf Hinweise zu Unterversorgung und erhöhtem Personalbedarf aus der Befragung der Krankenanstalten sowie auf Einschätzungen zur bedarfsgerechten psychotherapeutischen Versorgung aus der Befragung und der Fokusgruppen mit Psychotherapeutinnen und -therapeuten.

5.1 Zusammenfassende Einschätzung der Versorgungslage

Die Versorgung mit Psychotherapie, Klinischer Psychologie und Musiktherapie im stationären Bereich ist aktuell nur eingeschränkt als bedarfsgerecht zu bezeichnen. Zwar wird die Versorgung von der Mehrheit der befragten Akutkrankenanstalten als „ausreichend“ eingeschätzt, doch zeigen die Befragungsergebnisse auch zusätzlichen Bedarf auf: 31 Prozent der Krankenanstalten wünschen eine Ausweitung psychotherapeutischer und musiktherapeutischer Leistungen, 41 Prozent sehen zusätzlichen Bedarf bei der Klinischen Psychologie. Konkret beziffern die an der Befragung teilnehmenden Krankenanstalten (61% aller Akutkrankenanstalten) einen Mehrbedarf von rund **45 VZÄ für Psychotherapie, 186 VZÄ für Klinische Psychologie und 23 VZÄ für Musiktherapie**.

Die qualitative Analyse der Antworten seitens der Krankenanstalten wie auch der Psychotherapeutinnen und -therapeuten bestätigt diese Einschätzung: Unterversorgt seien – laut Umfrageergebnissen – insbesondere **Kinder und Jugendliche, geriatrische Patientinnen und Patienten, onkologische Fälle sowie Patientinnen und Patienten mit komplexen komorbiden Störungen** (z. B. Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen oder auch infolge von Gewalt oder Trauma). Hinzu kämen fehlende Nachsorgeangebote und hohe Wartezeiten, die die Kontinuität der Versorgung erschweren. Die kumulierten Rückmeldungen liefern Hinweise, dass die derzeitige Personalausstattung nicht durchgängig ausreicht, um die gesetzlich geforderte „ausreichende Versorgung“ (§ 11b KAKuG) sicherzustellen.

In der Befragung unter Psychotherapeutinnen und -therapeuten (inkl. Fokusgruppen) wird die stationäre Versorgung durch Psychotherapie als verbesserungswürdig erachtet. Die Angaben zu Entwicklungsbedarfen zeigen, dass rund 40 Prozent der Befragten Personalmangel, zu hohe Auslastung, fehlende Zeit für Vor- und Nachbereitung sowie unzureichende räumliche Ausstattung nennen. Inhaltlich wird vor allem ein erweitertes Angebot an Einzel- und Gruppentherapie gefordert – mit höherer Frequenz und mehr Kapazität. Zusätzlich werden Angehörigenarbeit, störungsspezifische Interventionen (z.B. für Trauma oder Long Covid), kontinuierliche Nachsorge sowie ergänzende körper- und kreativtherapeutische Verfahren, Krisenintervention und

kultursensible Angebote genannt. Empfehlungen der Fokusgruppe zur Mindestintensität psychotherapeutischer Leistungen können derzeit kaum umgesetzt werden, was primär an Unterbesetzung und strukturellen Einschränkungen liege. Die Intensität des psychotherapeutischen Angebots wird von den Teilnehmenden als nicht angemessen bewertet – eine Einschätzung, die auch mit Evidenz aus dem deutschen System übereinstimmt (BPtK 2014; DPtV 2021).

Eine weitere Beurteilung der Versorgungssituation allein auf Basis der Personalbestandsdaten aus der Krankenanstaltenstatistik (grundsätzlich via ÖGIS auswertbar) ist nicht möglich, da die Berufsgruppen der Psychotherapie und Musiktherapie derzeit nicht in der Krankenanstaltenstatistik dokumentiert werden. Bei der Klinischen Psychologie wird diese Berufsgruppe zwar grundsätzlich mit einem Dokumentationscode (vierstellig) erfasst, diese Daten werden jedoch einer Sammelkategorie (sonstige Akademiker:innen) kumuliert mitdokumentiert, sind aber nicht separat auswertbar. Dazu müsste die Berufsgruppe mit einem dreistelligen Code versehen werden, um eine künftige Auswertung zu ermöglichen (BMASGPK 2026).

Für Psychotherapie, Klinische Psychologie und Musiktherapie können jedoch Personalbestandsdaten aus dem Rehakompass ausgewertet werden. Ergänzt um Angaben der durchgeführten Umfrage in den Akutkrankenanstalten lässt sich im Vergleich zu einer Vorstudie (Grabenhofer-Eggerth 2012) festhalten, dass die Zahl der Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen im stationären Bereich stark zugenommen hat (2011: 520 besetzte Dienststellen in Vollzeit-äquivalenten, von 720 Personen besetzt, Rücklauf 55 %, 2024: 1.202 besetzte Stellen in Vollzeit-äquivalenten, von 1.773 Personen besetzt, Rücklauf 61 %) und ihr Einsatz zunehmend stationsübergreifend in unterschiedlichen Abteilungen erfolgt.

Generell weisen die erhobenen Daten darauf hin, dass Psychotherapeutinnen und -therapeuten entsprechend ihrem Qualifikationsprofil und ihren Aufgaben, anders als Klinische Psychologinnen und Klinische Psychologen, weniger im Personalportfolio der Krankanstalten verankert sind. Dies gilt ebenso für Musiktherapeutinnen und -therapeuten. Dementsprechend gibt es weniger Planstellen wie auch Ausbildungsplätze für die Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Musiktherapeutinnen und -therapeuten im Vergleich zur Klinischen Psychologie. Gleichzeitig wird die Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und -therapeuten nicht flächendeckend im gesamten Krankenhaus eingesetzt, sondern vorwiegend in bestimmten Abteilungen mit klarem psychosozialen Schwerpunkt, und verfügt kaum über formale Leitungsfunktionen. Liaison- und Konsiliarstrukturen bestehen zwar vereinzelt, sind jedoch begrenzt.

5.2 Weiterführende Empfehlungen

Vor dem Hintergrund der obigen Ergebnisse, werden Empfehlungen zur Aufbesserung der Datengrundlagen, weiterführender Forschung sowie zur Qualität einer bedarfsgerechten psychosozialen Versorgung im stationären Bereich, insbesondere für Psychotherapie, angeführt.

Eine erste Empfehlung richtet sich an eine grundlegende Überarbeitung der Dokumentation der Personalbestandszahlen in den Krankenanstalten, da die derzeitige Erfassung wesentlicher Berufsgruppen nicht trennscharf erfolgt und somit valide Auswertungen und evidenzbasierte Bedarfsplanung erheblich erschwert werden: Der ÖSG und das LKF-System benennen zwar die Berufsgruppen Psychotherapie, Klinische Psychologie und Musiktherapie als relevante Leistungserbringer, beide Materialien normieren jedoch keine trennscharfen Personalvorgaben (mit

Ausnahme der Sonderbereiche im LKF-System, wo mit anderen Berufsgruppen geteilte Personalschlüssel vorgesehen werden). Beide Materialien setzen allerdings eine ausreichende Versorgung im Rahmen der multidisziplinären Zusammenarbeit voraus.

Bei genauerer Betrachtung der Datengrundlagen samt diverser Auswertungen zeigt sich darüber hinaus, dass die drei Berufsgruppen der Psychotherapie, Klinischen Psychologie und Musiktherapie nicht aus der Datenerfassung der Krankenanstaltenstatistik (verpflichtend laut Dokumentationsgesetz 2025; Gesundheitsdokumentationsverordnung 2024) separat auswertbar sind, sondern lediglich als jeweils subsumierte Gruppe in der Listenbezeichnung Akademiker:innen mitgeführt werden (genauer unter der Listenbezeichnung „Apotheker/innen, Chemiker/innen, Physiker/innen und Ähnliche“, also subsumiert unter vollständig themenfernen Berufsgruppen).

Die Dokumentationspflicht nach Dokumentationsgesetz und Gesundheitsdokumentationsverordnung ist zwar etabliert, erfasst diese Berufsgruppen aber nicht separat, sondern in Sammelkategorien. Dadurch sind weder die Überprüfung der LKF-Strukturqualitätskriterien noch eine valide Bedarfserhebung möglich. Die Auswertung der Routinedaten bleibt somit unzureichend und die Steuerung der Versorgung erfolgt ohne belastbare Evidenz.

Um diesem Umstand gerecht zu werden und für die Zukunft eine verbesserte Grundlage für die Dokumentationserfordernisse zu schaffen, wäre es notwendig, die Berufsgruppe der Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen im sogenannten Material- und Leistungsverzeichnis (MLV) (BMASGPK 2026) als solche mit einer dreistelligen MLV-Nummer zu führen (anstatt bisher mit einer vierstelligen) und zusätzlich die Gesundheitsberufe der Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie der Musiktherapeutinnen und -therapeuten ebenfalls dreistellig zu ergänzen, um die damit einhergehende Auswertbarkeit der dokumentierten Daten zu verankern, die erst ab einem dreistelligen Wert gegeben ist. Nach einer solchermaßen erfolgten Umstellung ist eine Auswertung der genannten Berufsgruppen hinsichtlich ihrer Beschäftigung in Fondskrankenanstalten pro futuro möglich, um den Nachweis der Bedarfsgerechtigkeit grundsätzlich zu ermöglichen.

In diesem Zusammenhang wären eine zusätzliche Beforschung der Bedarfsgerechtigkeit, etwa in Form von Patientenbefragungen, und eine lückenlose Dokumentation der Personalbestandszahlen sowie der durchgeführten Leistungen für den Bereich der klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Betreuung und Versorgung in den Krankenanstalten vonnöten.

Bezogen auf die Versorgungsqualität stationärer Psychotherapie ist auf folgendes hinzuweisen: Die Ergebnisse weisen auf die Wirksamkeit psychotherapeutischer Angebote im stationären Bereich hin, trotz struktureller und organisatorischer Einschränkungen. Empfehlungen richten sich vor allem auf flexible Aufenthaltsmodelle (Verkürzung oder Verlängerung des stationären Aufenthalts) und Konzepte für Kurzzeittherapie (methodenübergreifend) als Anpassung im stationären Bereich. Vorliegende Studien aus dem österreichischen Versorgungskontext weisen zusätzlich auf die Wirksamkeit stationärer Psychotherapie (bzw. auf die Wirksamkeit eines stationären Settings mit psychotherapeutischem Schwerpunkt) in der Versorgungspsychiatrie hin (Knefel et al. 2021; Weipert et al. 2015).

Vor allem Menschen mit komplexen psychischen Erkrankungen, für die eine ambulante psychiatrische Betreuung in Kombination mit Psychotherapie phasenweise nicht ausreicht, profitieren nachhaltig von einer stationären psychotherapeutischen Behandlung – insbesondere hinsichtlich

der Verbesserung der Lebensqualität und der Reduktion der Symptombelastung (Weipert et al. 2015).

Nach Einschätzung der stationär tätigen Psychotherapeutinnen und -therapeuten sollte die Intensität der psychotherapeutischen Behandlung indikationsabhängig deutlich höher sein. Zudem sollte die Versorgung regelhaft durch ausreichend qualifiziertes Fachpersonal erfolgen. Eine weitere Grundvoraussetzung für eine psychotherapeutisch ausgerichtete stationäre Versorgung ist die Bereitstellung geeigneter, therapiegerechter Räumlichkeiten.

Um die psychosoziale Versorgungsqualität langfristig zu sichern und gezielt zu verbessern, sind auf Grundlage der vorliegenden Ergebnisse mehrere Handlungsschritte zu empfehlen: Die Weiterentwicklung der psychosozialen Versorgung, die Psychotherapie, Klinische Psychologie und Musiktherapie umfasst, erfordert in erster Linie den **Erhalt bzw. die Sicherstellung ausreichender Ausbildungsplätze**, um den bestehenden und prognostizierten Bedarf zu decken. Darüber hinaus weist die Datenlage auf die Relevanz eines bedarfsgerechten Personalbestands hin, der sowohl die Reduktion der Arbeitsbelastung als auch die Sicherstellung von Versorgungskontinuität ermöglicht. Ein angemessener Personaleinsatz trägt zudem zur indikationsgerechten Steigerung der Behandlungsintensität und zur Qualitätssicherung therapeutischer Interventionen bei. Die Ergebnisse weisen auf mögliche Versorgungsdefizite hin, insbesondere jedoch für Kinder und Jugendliche und geriatrische Patientinnen und Patienten.

Des Weiteren ist zu empfehlen, das **Tätigkeitsprofil der Psychotherapie innerhalb der stationären Versorgung klarer zu verankern. Dies gilt ebenso für die Berufsgruppen der Klinischen Psychologie und der Musiktherapie.** Dies umfasst auch die Stärkung der Entscheidungskompetenz sowie die Möglichkeit, formale Leitungsfunktionen zu übernehmen. Eine solche strukturelle Integration könnte die fachliche Verantwortung innerhalb multiprofessioneller Teams erhöhen und die Qualität therapeutischer Angebote fördern.

Ein letzter Handlungsschritt betrifft die sektorenübergreifende Vor- und Nachsorge: Obwohl sich psychotherapeutische Ambulanzen in Österreich derzeit noch im Aufbau befinden, existieren bereits erste Einrichtungen, die nachweislich zu einer verbesserten psychotherapeutischen Versorgung beitragen können (Gruber et al. 2024; Riess et al. 2025). Der **Ausbau solcher Strukturen ist essenziell, um eine kontinuierliche Versorgung sicherzustellen und stationäre Ressourcen zu entlasten. Allerdings zeigt sich aktuell ein Defizit in der sektorenübergreifenden Nachsorge:** Nach einem stationären Aufenthalt gelingt der direkte Übergang in eine ambulante Psychotherapie nicht regelmäßig, und auch die Anbindung an andere psychosoziale Angebote ist oftmals unzureichend (DPtV 2021). Um Versorgungsketten zu schließen, sollten verbindliche Schnittstellen und Übergangsmodelle zwischen stationären und ambulanten Bereichen etabliert werden.

Literatur

- Bgld. KAG (2000): Gesetz vom 27. April 2000 über die Krankenanstalten im Burgenland (Burgenländisches Krankenanstaltengesetz 2000 – Bgld. KAG 2000), Bgld. KAG: LGBl.Nr. 52/2000 zuletzt geändert durch LGBl.Nr. 82/2005, in der geltenden Fassung
- BMASGPK (2025a): Berufe A bis Z, Berufslisten und Gesundheitsberuferegister. Berufe P [online]. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Medizin-und-Gesundheitsberufe/Berufe-A-bis-Z,-Berufslisten-und-Gesundheitsberuferegister.html> [Zugriff am 19.11.2025]
- BMASGPK (2025b): Berufe A bis Z, Berufslisten und Gesundheitsberuferegister. Berufe E–L [online]. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Medizin-und-Gesundheitsberufe/Berufe-A-bis-Z,-Berufslisten-und-Gesundheitsberuferegister.html> [Zugriff am 19.11.2025]
- BMASGPK (2025c): Berufe A bis Z, Berufslisten und Gesundheitsberuferegister. Berufe M–O [online]. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Medizin-und-Gesundheitsberufe/Berufe-A-bis-Z,-Berufslisten-und-Gesundheitsberuferegister.html> [Zugriff am 19.11.2025]
- BMASGPK (2025d): LKF-Modell 2025 [online]. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/LKF-Modell-2025.html> [Zugriff am 19.11.2025]
- BMASGPK (2026): Handbuch zur Dokumentation von Kostendaten (mit den Anhängen A–J) in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten, Anhang B – Material und Leistungsverzeichnis (MLV). Hg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- BPtK (2014): BPtK-Studie zur stationären Versorgung psychisch kranker Menschen. Ergebnisse einer Befragung der in Krankenhäusern angestellten Psychotherapeuten. BundesPsychotherapeutenKammer, Berlin
- Chen, Ying-Ren; Hung, Kuo-Wei; Tsai, Jui-Chen; Chu, Hsin; Chung, Min-Huey; Chen, Su-Ru; Liao, Yuan-Mei; Ou, Keng-Liang; Chang, Yue-Cune; Chou, Kuei-Ru (2014): Efficacy of Eye-Movement Desensitization and Reprocessing for Patients with Posttraumatic-Stress Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. In: PLOS ONE 9/8:e103676
- Dokumentationsgesetz (2025): Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 191/2023 in der geltenden Fassung
- DpTV (2021): Report Psychotherapie. Deutsche PsychotherapeutenVereinigung, Berlin
- Gesundheitsdokumentationsverordnung (2024): 367. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz über die Dokumentation und Meldung von Daten aus dem ambulanten und stationären Bereich

(Gesundheitsdokumentationsverordnung – GD-VO), BGBl. II Nr. 367/2024., in der geltenden Fassung

- GÖG (2025a): ÖSG Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2023 [online]. Gesundheit Österreich. https://goeg.at/OESG_2023 [Zugriff am 19.11.2025]
- GÖG (2025b): Österreichisches Gesundheitsinformationssystem – Auswertungen [online]. Gesundheit Österreich. <https://goeg.at/OEGIS> [Zugriff am 19.11.2025]
- GÖG (2025c): Österreichisches Gesundheitsinformationssystem ÖGIS 2024, Tätigkeitsbericht. unveröffentlicht
- Grabenhofer–Eggerth, Alexander (2012): Klinisch–psychologische Versorgung in Krankenanstalten und Rehabilitationszentren 2011. Gesundheit Österreich, Wien
- Gruber, Beate; Dinhof, Katharina; Grabenhofer–Eggerth, Alexander (2024): Psychotherapie als Sozialversicherungsleistung – Inanspruchnahme und Finanzierung (Datenbasis 2022). Gesundheit Österreich, Wien
- K–KAO (1999): Kärntner Krankenanstaltenordnung 1999 – K–KAO, LGBl.Nr. 26/1999 zuletzt geändert durch LGBl.Nr. 24/2018, in der geltenden Fassung
- KAKuG (1957): Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch BGBl I Nr. 50/2025, in der geltenden Fassung
- Knefel, Matthias; Toro, Sylvia; Meier, Maria; Wlassits, Wilhelm; Pidlich, Johann (2021): Effektivität stationärer internistisch–psychosomatischer Behandlung im Krankenhaus: Evaluation eines Behandlungskonzepts in Niederösterreich. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 67/4:381–402
- mdw (2025a): Musiktherapie– Allgemein [online]. <https://www.mdw.ac.at/kunstundgesundheit/musiktherapie/> [Zugriff am 18.10.2025]
- mdw (2025b): Musiktherapie–Monitor Österreich. Longitudinalstudie zur beruflichen Situation von Musiktherapeut*innen in Österreich [online]. <https://www.mdw.ac.at/wzmf/forschungsprojekte/laufende-projekte/musiktherapie-monitor-oesterreich/> [Zugriff am 18.10.2025]
- Musiktherapiegesetz – MuthG (2008): Bundesgesetz über die berufsmäßige Ausübung der Musiktherapie, BGBl. I Nr. 93/2008 in der geltenden Fassung
- NÖ KAG (2015): NÖ Krankenanstaltengesetz, LGBl. 9440–39, in der geltenden Fassung
- öbm (2025): Österreichischer Verband für Musiktherapie, [online]. <https://www.oebm.org/musiktherapie/> [Zugriff am 18.10.2025]
- Oö. KAG (1997): Oö. Krankenanstaltengesetz 1997 (Oö. KAG 1997), LGBl.Nr. 132/1997, in der geltenden Fassung
- Psychologengesetz (2013): Bundesgesetz über die Führung der Bezeichnung „Psychologin“ oder „Psychologe“ und über die Ausübung der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie BGBl 2013/182, in der geltenden Fassung
- Psychotherapiegesetz – PThG (2024): Psychotherapiegesetz 2024 sowie Änderung des Musiktherapiegesetzes und des Psychologengesetzes 2013, BGBl. I Nr. 49/2024, in der geltenden Fassung

- Rehakompass (2025): Österreichischer Rehabilitationskompass [online].
<https://rehakompass.goeg.at/#/start> [Zugriff am 19.11.2025]
- Riess, Gabriele; Kern, Daniela; Sagerschnig, Sophie (2023): Versorgungslage und zukünftiger Bedarf im Bereich Psychotherapie. Gesundheit Österreich, Wien
- Riess, Gabriele; Kern, Daniela; Sagerschnig, Sophie (2025): Psychotherapeutische Ambulanzen in Österreich. Untersuchung zu Struktur und Zielsetzung der psychotherapeutischen Ambulanzen. Gesundheit Österreich, Wien
- Sagerschnig, Sophie; Antony, Daniela; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kern, Daniela; Pentz, Richard (2020): Evidenzanalyse zur Wirksamkeit therapeutischer Leistungen, die in Österreich häufig von Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen bei ausgewählten Diagnosen erbracht werden. Gesundheit Österreich, Wien
- Sagerschnig, Sophie; Sitz, Yvonne (2024): Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie, Musiktherapie. Statistik der Berufsgruppen 1991–2023. Gesundheit Österreich, Wien
- SKAG (2000): Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000 – SKAG, LGBl Nr 24/2000, in der geltenden Fassung
- Spitalgesetz (2005): Vorarlberger Spitalgesetz, LGBl.Nr. 54/2005, in der geltenden Fassung
- StKAG – Stmk. Krankenanstaltengesetz (2012): Gesetz vom 16. Oktober 2012 über Krankenanstalten in der Steiermark, LGBl. Nr. 111/2012, in der geltenden Fassung
- Tir KAG (2010): Tiroler Krankenanstaltengesetz 2010, LGBl.Nr. 5/1958 zuletzt geändert durch LGBl.Nr. 70/2010, in der geltenden Fassung
- Weipert, Sandra; Jagsch, Reinhold; Sallermann, Carole; Fitz, Manuela; Lackner, Johanna; Kalusch-Klug, Isabella; Rohrhofer, Maria Theresia; Doppelhofer, Waltraud; Klimek, Susanne; Rießland-Seifert, Angelika (2015): Wie wirksam ist stationäre Psychotherapie? Studie am Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik am Otto-Wagner-Spital Wien. In: Psychotherapie Forum 20/3:92–101
- Weiss, Sabine (2023): Gesundheitsberufe in Österreich. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien
- Wr. KAG (1987): Wiener Krankenanstaltengesetz 1987, LGBl. Nr. 23/1987, in der geltenden Fassung

6 Anhang

6.1 Teil A: Psychotherapie, Klinische Psychologie, Musiktherapie – Versorgungslage im stationären Bereich, schriftliche Befragung zur personellen Ausstattung im stationären Bereich der Krankenanstalten

A1. Wie ist der Name und die Anschrift Ihrer Krankenanstalt?

A2. Bitte geben Sie den Krankenanstalten-Code an sofern Ihnen dieser bekannt ist:

A3. Bitte um Angabe der Ansprechperson, die in Ihrer Krankenanstalt für die personelle Ausstattung zuständig ist, falls es Rückfragen seitens der Gesundheit Österreich gibt:

Name

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

A4. Wie viele Dienststellen für Psychotherapie (PT) sind in Ihrer Krankenanstalt vorgesehen (lt. aktuellem Stellenplan) und wie viele davon sind gegenwärtig besetzt?

	in Absolutzahlen (Personen)	in Vollzeitäquivalenten (VZÄ)
Vorgesehene Stellen		
Besetzte Stellen		

A5. Welchen Abteilungen bzw. Organisationseinheiten sind diese psychotherapeutischen Stellen zugeordnet?

A6. Werden die Psychotherapeutinnen und -therapeuten innerhalb der Krankenanstalt auch stationsübergreifend in anderen Abteilungen eingesetzt?

ja

nein

A7. Die Psychotherapeutinnen und -therapeuten werden innerhalb der Krankenanstalt auch stationsübergreifend in folgenden Leistungsbereichen eingesetzt:

	oft	gelegentlich	nie
Liaisondienste (fixe Stunden in anderen Abteilungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konsiliardienste (anfragebezogene Dienste in anderen Abteilungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeitsgruppen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A8. Bitte um Angabe der sonstigen, ergänzenden Leistungsbereiche der Psychotherapeutinnen und -therapeuten:

A9. Wie viele Dienststellen für Klinische Psychologie (KP) sind in Ihrer Einrichtung vorgesehen (lt. aktuellem Stellenplan) und wie viele davon sind gegenwärtig besetzt?

	in Absolutzahlen (Personen)	in Vollzeitäquivalenten (VZÄ)
Vorgesehene Stellen		
Besetzte Stellen		

A10. Welchen Abteilungen bzw. Organisationseinheiten sind diese klinisch-psychologischen Stellen zugeordnet?

A11. Werden die Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen innerhalb der Krankenanstalt auch stationsübergreifend in anderen Abteilungen eingesetzt?

- ja
 nein

A12. Die Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen werden innerhalb der Krankenanstalt auch stationsübergreifend in folgenden Leistungsbereichen eingesetzt:

	oft	gelegentlich	nie
Liaisondienste (fixe Stunden in anderen Abteilungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konsiliardienste (anfragebezogene Dienste in anderen Abteilungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeitsgruppen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A13. Bitte um Angabe der sonstigen, ergänzenden Leistungsbereiche der Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen:

A14. Wie viele Dienststellen für Musiktherapie (MT) sind in Ihrer Einrichtung vorgesehen und wie viele davon sind gegenwärtig besetzt?

	in Absolutzahlen (Personen)	in Vollzeitäquivalenten (VZÄ)
Vorgesehene Stellen		
Besetzte Stellen		

A15. Welchen Abteilungen bzw. Organisationseinheiten sind diese musiktherapeutischen Stellen zugeordnet?

A16. Werden die Musiktherapeutinnen und -therapeuten innerhalb der Krankenanstalt auch stationsübergreifend in anderen Abteilungen eingesetzt?

- ja
 nein

A17. Die Musiktherapeutinnen und -therapeuten werden innerhalb der Krankenanstalt auch stationsübergreifend in folgenden anderen Leistungsbereichen eingesetzt:

	oft	gelegentlich	nie
Liaisondienste (fixe Stunden in anderen Abteilungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konsiliardienste (anfragebezogene Dienste in anderen Abteilungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeitsgruppen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A18. Bitte um Angabe der sonstigen, ergänzenden Leistungsbereiche der Musiktherapeutinnen und -therapeuten:

A19. Wie viele Ausbildungsstellen bieten Sie in Ihrer Einrichtung zusätzlich an?

	Geplant	Besetzt
Ausbildungsstellen Psychotherapie		
Ausbildungsstellen Klinische Psychologie		
Ausbildungsstellen Musiktherapie		

A20. Welcher Leitungsebene sind die angesprochenen therapeutischen Dienste unterstellt bzw. zugeordnet?

	Ärztliche Direktion (ÄD)	Verwaltungs- direktion (VD)	Pflegedirektion (PD)	Keine Angabe
Psychotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klinische Psychologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Musiktherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A21. Gibt es in Ihrer Krankenanstalt eine eigene Abteilung (bzw. Organisationseinheit) für Psychotherapie, Klinische Psychologie bzw. Musiktherapie?

- ja, für Psychotherapie
- ja, für Klinische Psychologie
- ja, für Musiktherapie
- nein

A22. Welcher Leitungsebene ist diese Abteilung unterstellt bzw. zugeordnet?

	Ärztliche Direktion (ÄD)	Verwaltungs- direktion (VD)	Pflegedirektion (PD)	Keine Angabe
Abteilung für Psychotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abteilung für Klinische Psychologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abteilung für Musiktherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A23. Wie ist die personelle, therapeutische Ausstattung dieser Abteilung ausgestaltet?

	Personen	Vollzeitäquivalente
Abteilung für Psychotherapie		
Abteilung für Klinische Psychologie		
Abteilung für Musiktherapie		

A24. Ist zur psychosozialen Versorgung in Ihrer Krankenanstalt zusätzlich zu den angegebenen, besetzten Stellen eine additive Versorgung durch extern zugezogene Konsiliardienste gegeben (nicht fix angestellt, aber im Rahmen von Werkverträgen oder freien Dienstverträgen o. Ä.), die zusätzlich zu den oben angeführten Stellen im Bedarfsfall die Versorgungslage verstärken?

- ja
 nein

A25. Ist zur psychosozialen Versorgung in Ihrer Krankenanstalt zusätzlich zu den angegebenen, besetzten Stellen eine additive Versorgung durch extern zugezogene Konsiliardienste gegeben (nicht fix angestellt, aber im Rahmen von Werkverträgen oder freien Dienstverträgen o. Ä.), die zusätzlich zu den oben angeführten Stellen im Bedarfsfall die Versorgungslage verstärken?

	Zusätzliche Versorgung in Absolutzahlen (Personen)	Zusätzliche Versorgung in Vollzeitäquivalenten
Psychotherapie		
Klinische Psychologie		
Musiktherapie		

A26. Ist die gegenwärtige psychotherapeutische, klinisch-psychologische und musiktherapeutische Versorgung in Ihrer Einrichtung aus Ihrer Sicht ausreichend?

	Überversorgung (zu viel Personal vorhanden)	Ausreichend	Ausweitung wäre erforderlich (mehr Personal erforderlich)
Psychotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klinische Psychologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Musiktherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A27. Eine Ausweitung der personellen Ausstattung wäre in folgenden Bereichen wünschenswert (bitte erforderliches Ausmaß angeben, sofern Sie eine „Ausweitung“ bei der vorherigen Frage gewählt haben):

	Personen	Vollzeitäquivalente
Psychotherapie		
Klinische Psychologie		
Musiktherapie		

A28. Eine Ausweitung wäre wünschenswert, um folgende Patientengruppen vermehrt/zusätzlich zu versorgen:

A29. Eine Ausweitung wäre wünschenswert, um folgende Leistungen vermehrt/zusätzlich abzudecken:

6.2 Teil B: Befragung Tätigkeitsprofil stationäre Psychotherapie

Persönliche Angaben

A1. Ich identifiziere mich als ...

- weiblich
- männlich
- divers
- nicht binär
- keine Angabe

A2. Wie alt sind Sie? (Angabe des Alters in Jahren)

Allgemeines

A1. Sind Sie (unter anderem) stationär als Psychotherapeut:in (in einer österr. Krankenanstalt) tätig? Bitte beachten Sie:

Mit „stationär tätig“ ist in diesem Fall lediglich gemeint, ob Sie in einer stationären Einrichtung psychotherapeutisch arbeiten.

Dazu zählen auch versch. Formen der Mitarbeit, wie Konsiliar- oder Liaisondienste. Sie müssen nicht als Psychotherapeut:in in der stationären Einrichtung angestellt sein.

Das Stundenausmaß Ihrer therapeutischen Rolle spielt ebenfalls keine Rolle.

Wenn Sie „nein“ klicken, endet die Umfrage an dieser Stelle.

- ja
- nein (Wenn nein, endet die Umfrage)

A2. In welcher Abteilung bzw. in welchen Abteilungen sind Sie psychotherapeutisch tätig? (Mehrfachnennungen möglich)

- Anästhesiologie und Intensivmedizin
- Kinder- und Jugendheilkunde
- Kinder- und Jugendchirurgie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Chirurgie
- Neurochirurgie
- Innere Medizin
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Neurologie
- Psychiatrie
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Augenheilkunde
- Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
- Urologie
- Plastische Chirurgie
- Orthopädie und Traumatologie
- Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

- Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
- Strahlentherapie-Radioonkologie
- Nuklearmedizinische Therapie
- Psychosomatik (Erwachsene/KiJu)
- Akutgeriatrie/Remobilisation
- Palliativmedizin (Erwachsene/KiJu)
- Suchtmedizin
- Andere: _____

A3. In welchem Beschäftigungsverhältnis arbeiten Sie zurzeit in der stationären Einrichtung?

- angestellt (Vollzeit)
- angestellt (Teilzeit)
- freiberuflich auf Honorarbasis
- Sonstiges: _____

A4. In welcher Art von Einrichtung sind Sie stationär tätig? (Mehrfachantwort möglich)

- allgemeine Krankenanstalt (Zentral-/Schwerpunkt Krankenhaus)
- allgemeine Krankenanstalt (Standard Krankenhaus)
- psychiatrisches/neurologisches Krankenhaus
- Sonderkrankenanstalt
- Privatklinik/-sanatorium
- Pflegeanstalt für chronisch Kranke
- Rehabilitationszentrum
- Sonstiges: _____

A5. In welchem Bundesland befindet sich die Einrichtung?

- Burgenland
- Kärnten
- Steiermark
- Niederösterreich
- Oberösterreich
- Salzburg
- Tirol
- Vorarlberg
- Wien

A6. Über welche (Berufs-)Ausbildungen (im psychosozialen oder medizinischen Bereich) verfügen Sie? (Mehrfachantwort möglich)

- Klinische Psychologin / Klinischer Psychologe
- Gesundheitspsychologin/Gesundheitspsychologe
- Psychotherapeut:in
- Lebens- und Sozialberater:in
- Andere, und zwar: _____

A7. Welchem psychotherapeutischem Cluster gehören Sie an?

- Humanistische Therapie

- Psychoanalytisch-Psychodynamische Therapie
- Systemische Therapie
- Verhaltenstherapeutische Therapie

A8. In welcher Funktion sind Sie in der stationären Einrichtung angestellt (welche Berufsbezeichnung befindet sich in Ihrem Arbeitsvertrag)? (Mehrfachantwort möglich)

- Psychologin/Psychologe
- Klinische Psychologin / Klinischer Psychologe
- Gesundheitspsychologin/Gesundheitspsychologe
- Psychotherapeut:in
- Andere: _____

A9. In welcher Organisationsform erbringen Sie die psychotherapeutischen Tätigkeiten in der stationären Einrichtung? (Mehrfachnennungen möglich)

- Teil des Stationspersonals
- Konsiliardienst (ganzes Haus)
- Konsiliardienst (bestimmte Abteilungen)
- Liaisondienst
- Im Rahmen einer Ambulanz
- Andere: _____

Funktion und Tätigkeiten

A1. Wie eigenständig dürfen Sie in Ihrer Rolle/Tätigkeit als Psychotherapeut:in in der stationären Einrichtung entscheiden bei ...

	Ich kann ich die Entscheidung völlig eigenständig treffen	Ich bin an der Entscheidungsfindung beteiligt	In die Entscheidungsfindung bin ich nicht einbezogen
der Gestaltung und Umsetzung von psychotherapeutischen Angeboten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
der Aufnahme bzw. Entlassung von Patientinnen/Patienten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indikation zur Psychotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
der Beurteilung des therapeutischen Behandlungsfortschritts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Änderungen im therapeutischen Behandlungsplan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bei Verlängerungen der therapeutischen Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dem Behandlungssetting	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
der Umsetzung von Therapieangeboten, die über Psychotherapie hinausgehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A2. Gibt es in Ihrer Einrichtung (bezogen auf die gesamte Einrichtung, nicht nur die Abteilung(en), in denen Sie hauptsächlich arbeiten) eine Psychotherapeutin / einen Psychotherapeuten in einer offiziellen/formalen Leitungsposition?

- ja
- nein
- nein, aber informell
- Ich bin mir nicht sicher.

A3. Dürfen Sie eigenständig Patientinnen/Patienten führen („Fallführung“)?

- ja
- nein
- nein, aber in meiner Tätigkeit als: _____

A4. Welche Leistungen erbringen Sie im Rahmen Ihrer Arbeitszeit in der stationären Einrichtung? (Mehrfachnennungen möglich)

	nie	gelegentlich	oft
Leistungen mit unmittelbarem/direktem Patientenbezug (z. B. Diagnostik, Therapie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leistungen mit mittelbarem/indirektem Patientenbezug (z. B. Besprechung, Supervision)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patientenbezogene Dokumentation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fortbildung von Personal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung und/oder Betreuung von Personal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeit mit Angehörigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere (z. B. Forschung, Mitarbeit in Kommissionen, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Rahmenbedingungen und Patientinnen und Patienten

A1. Welche Patientinnen und Patienten betreuen Sie psychotherapeutisch in der stationären Einrichtung? (Mehrfachnennungen möglich)

Patientinnen und Patienten ...

	nie	gelegentlich	oft
... mit Bedarf nach Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung (z. B. bei Krebs, Diabetes, chronischen Schmerzkrankheiten, Behinderung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mit Erkrankungen mit organopathologischer Diagnose, bei denen psychosoziale Faktoren an der Entstehung, dem Verlauf oder der Aufrechterhaltung der Erkrankung beteiligt sind (z. B. bei Colitis ulcerosa, Hypertonie, Asthma bronchiale)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mit psychosozialen Problemen und Konflikten in Zusammenhang mit medizinischen Untersuchungen und Behandlungen (z. B. bei chirurgischen Eingriffen, Transplantation, In-vitro-Fertilisation, genetischer Beratung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mit Abhängigkeitserkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mit anderen psychiatrischen Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mit neurotischen Störungen, Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen, gegebenenfalls mit körperlichen Auswirkungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mit Entwicklungsstörungen oder Verhaltensauffälligkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mit Missbrauchs- oder Misshandlungserfahrungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... in Krisensituationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... in schwierigen Lebenssituationen bzw. mit psychosozialen Belastungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A2. Gibt es psychotherapeutische Leistungen, die Ihrer Einschätzung nach in der stationären Einrichtung zusätzlich oder verstärkt angeboten werden sollten?

- nein
 ja, und zwar: _____

A3. Wie verteilen sich die Patientinnen und Patienten, die Sie in der Einrichtung (gesamte Einrichtung) betreuen, in etwa auf die folgenden Altersgruppen? (Bitte die ungefähre Prozentangabe (%) der psychotherapeutisch behandelten Patientinnen und Patienten angeben). Bitte geben Sie nur absolute Zahlen in die Antwortfelder ein (z. B. „50“ für 50 Prozent). Geben Sie „0“ ein, wenn Sie diese Altersgruppe gar nicht betreuen. Die Summe der drei Antwortfelder sollte 100 Prozent ergeben.

Kinder und Jugendliche (bis 18 Jahre)

Erwachsene (19 bis 64 Jahre)

ältere Menschen (über 64 Jahre)

Gesamt:

A4. Gibt es Patientengruppen in der stationären Einrichtung, die aus Ihrer Sicht psychotherapeutische Leistungen benötigen würden, diese aber derzeit nicht erhalten?

- ja
- nein
- Ich kann es schwer beurteilen.

A5. Wie viele stationäre Patientinnen und Patienten betreuen Sie (in der gesamten Einrichtung) psychotherapeutisch im Durchschnitt pro Woche?

Durchschnittliche Patientenzahl pro Woche:

A6. Wo sehen Sie den größten Entwicklungsbedarf in Ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit in der stationären Einrichtung (Rahmenbedingungen, organisatorisch, methodisch, ...)? Wenn Sie keine Herausforderungen kennen/mitteilen wollen, tragen Sie bitte nichts ein.

A7. In welchem Setting werden psychotherapeutische Tätigkeiten mit Patientenbezug in der stationären Einrichtung hauptsächlich durchgeführt?

	nie	gelegentlich	oft
Einzelsetting	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gruppensetting	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere (z. B. Familiensetting etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A8. Welche Patientengruppen sind Ihrer Erfahrung nach derzeit noch zu wenig oder gar nicht versorgt?

A9. Wie ist die Auslastung Ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit in der stationären Einrichtung?

- Die Nachfrage entspricht in etwa meiner Kapazität.
- Ich verfüge noch über freie Kapazitäten.
- Die Nachfrage übersteigt meine Kapazität.

A10. Im Falle von Abwesenheiten (z. B. Krankheit, Urlaub) bestehen in meiner Einrichtung klare und funktionierende Vertretungsregelungen für Psychotherapeutinnen und -therapeuten.

- stimme voll und ganz zu
- stimme zu

- stimme eher nicht zu
- stimme überhaupt nicht zu

Eingebundenheit

A1. Teilnahme an interdisziplinären Teamsitzungen:

- mehrmals pro Woche
- wöchentlich
- monatlich
- seltener als einmal pro Monat
- nie

A2. Eingebundenheit in Zusammenarbeit:

- sehr gut
- eher gut
- teils/teils
- eher wenig
- gar nicht

A3. Eingebundenheit in Entscheidungen:

- vollständig
- häufig
- gelegentlich
- selten
- gar nicht

A4. Anmerkungen: _____