

Kernkompetenzen Psychotherapie und Klinische Psychologie

Kernkompetenzen und Angebotsformen, basierend auf
gesetzlichen Bestimmungen und einer Diskursanalyse

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



Kernkompetenzen Psychotherapie und Klinische Psychologie

Kernkompetenzen und Angebotsformen, basierend auf
gesetzlichen Bestimmungen und einer Diskursanalyse

Autorinnen:

Gabriele Riess
Daniela Kern
Yvonne Sitz
Alexander Grabenhofer-Eggerth

Fachliche Begleitung durch den wissenschaftlichen Fachbeirat der Koordinationsstelle
Psychotherapieforschung:

Markus Hochgerner
Christian Korunka
Henriette Löffler-Stastka
Brigitte Schigl
Michael Wieser

Fachliche Begleitung durch das BMASGPK:

Michael Kierein
Maria Sagl
Gabriele Jansky-Denk
Miriam Brunner

Projektassistenz:

Menekşe Yılmaz

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

Wien, im Februar 2026

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

Zitiervorschlag: Riess, Gabriele; Kern, Daniela; Sitz, Yvonne; Grabenhofer-Eggerth, Alexander (2026): Kernkompetenzen Psychotherapie und Klinische Psychologie. Kernkompetenzen und Angebotsformen, basierend auf gesetzlichen Bestimmungen und einer Diskursanalyse. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P6/21/4562

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

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

Kurzfassung

Hintergrund und Aufgabenstellung

Das neue Psychotherapiegesetz 2024 (PThG 2024) beschreibt im Rahmen der Akademisierung der Psychotherapieausbildung die beruflichen Kernkompetenzen sowie Ausbildungsumfang und -inhalte neu. Dies, die Aufnahme der klinisch-psychologischen Behandlung in §135 ASVG und die anhaltenden Versorgungsengpässe bei psychisch Kranken in Österreich lassen die Ausarbeitung einer differenzierten Kernkompetenzverteilung zwischen Klinischer Psychologie und Psychotherapie sinnvoll erscheinen: Auf Basis von Ausbildungsstrukturen und Berufsbeschreibungen sollen einander die Kernkompetenzen Klinischer Psychologie und jene von Psychotherapie gegenübergestellt werden.

Methode

Auf Basis der neuen gesetzlichen Bestimmungen werden Inhalt und Umfang der Ausbildungen, die Berufsumschreibungen sowie die jeweiligen Kernkompetenzen der beiden Berufsgruppen dargelegt. Darauf folgt die Darstellung der auf europäischer Ebene formulierten Reglementierungen. Auf Basis dieser Bestandsaufnahme und unter Hinzuziehung von Fachbüchern werden die typischen Angebotsformen im Kontext ihrer Wirkzusammenhänge abgeleitet. Die Analyse wissenschaftstheoretischer und wissenschaftshistorischer Aspekte dient der Diskurseinbettung sowie der Kontextualisierung.

Ergebnisse

Die Ergebnisse dieser Analyse der Unterschiede beziehen sich auf vier Punkte: Erstens liegen die gemäß den Berufsgesetzen in Österreich sowie auf europäischer Ebene bestehenden Unterschiede zwischen der Ausbildung in Klinischer Psychologie und jener in Psychotherapie in der Kernkompetenz und im Ausbildungsumfang sowie in den Ausbildungsinhalten begründet. Zweitens gibt es in Österreich (im Unterschied zu anderen Ländern) eine spezifische Regulierung der Zugangsvoraussetzung für beide Gesundheitsberufe. Drittens gibt es einen Unterschied bezüglich der Rolle eines kohärenten Theorie-Praxis-Modells bzw. einer Rahmentheorie für die angewandten (Einzel-)Methoden, und viertens besteht ein Unterschied in Hinblick auf ein zentrales Kernelement: das (theoretisch wie praxeologisch definierte) intersubjektive Behandlungsmodell.

Eine entsprechende prävalenzorientierte Versorgungsplanung für psychisch erkrankte Personen durch Psychotherapie, Klinische Psychologie und alle Nachbardisziplinen innerhalb der öffentlich finanzierten Gesundheitsversorgung sollte ins Auge gefasst werden. Naheliegend wäre dafür die Verankerung im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG).

Schlüsselwörter

Psychotherapie, Klinische Psychologie, Psychotherapieversorgung, Paradigmen, Ausbildungsunterschiede

Summary

Background/Subject

As part of the academicization of psychotherapy training, the new Psychotherapy Act 2024 (PThG 2024) redefines the professional core competencies, as well as the scope and content of the training. This, the inclusion of clinical-psychological treatment in §135 ASVG and the continuing care bottlenecks for mentally ill patients in Austria make the development of a differentiated core competence distribution between clinical psychology and psychotherapy appear sensible. Based on training structures and job descriptions, the core competencies of clinical psychology and those of psychotherapy should be contrasted.

Methods

Based on the new legal provisions, the content and scope of the training programs, the job descriptions, and the respective core competencies of the two professional groups are presented. This is followed by a presentation of the regulations formulated at the European level. Based on this inventory and with the aid of reference books, the typical forms of training are derived in the context of their interrelationships. The analysis of aspects of the theory of science and the history of science serves to embed the discourse and provide contextualization

Findings/Recommendations

The results of this analysis of the differences relate to four points: First, the differences between training in clinical psychology and psychotherapy, as defined by professional laws in Austria and at the European level, are rooted in the core competencies, scope, and content of the training. Second, in Austria (unlike other countries), there is a specific regulation of the entry requirements for both health professions. Third, there is a difference regarding the role of a coherent theory-practice model or a framework theory for the applied (individual) methods. And fourth, there is a difference with regard to a central core element: the intersubjective treatment model (defined both theoretically and praxeologically).

Appropriate prevalence-oriented care planning for mentally ill individuals through psychotherapy, clinical psychology and all related disciplines within publicly funded healthcare should be considered. An obvious approach to this would be to incorporate it into the Austrian Health Structural Plan (ÖSG).

Keywords

Psychotherapy, Clinical Psychology, Psychotherapy Care, Paradigms, Training Differences

Inhalt

Kurzfassung	III
Summary.....	IV
Abkürzungen.....	VI
1 Hintergrund, Fragestellung und Methode	1
2 Gesetzliche Grundlagen von Psychotherapie und Klinischer Psychologie in Österreich	3
2.1 Psychotherapie: Ausbildung, Kompetenzen, Berufsbeschreibung	3
2.1.1 Berufsumschreibung der Psychotherapie	3
2.1.2 Kompetenzbereich der Psychotherapie.....	4
2.1.3 Ausbildungsumfang und Ausbildungsinhalte der Psychotherapie	6
2.2 Klinische Psychologie: Ausbildung, Kompetenzen, Berufsbeschreibung	8
2.2.1 Berufsumschreibung der Klinischen Psychologie	8
2.2.2 Kompetenzerwerb in Klinischer Psychologie.....	9
2.2.3 Ausbildungsumfang	10
2.3 Unterschiede zwischen Klinischer Psychologie und Psychotherapie aus Sicht der gesetzlichen Bestimmungen	10
3 Europäische Reglementierung für Klinische und Gesundheitspsychologie sowie für Psychotherapie.....	11
3.1 Kernkompetenzen der Psychotherapie auf europäischer Ebene	11
3.2 Kernkompetenzen der Klinischen Psychologie auf europäischer Ebene	13
3.3 Quantitative Aspekte der Ausbildungen aus europäischer Perspektive	15
3.4 Unterschiede zwischen Klinischer Psychologie und Psychotherapie aus Sicht der europäischen Regulierungen	16
4 Kernkompetenzen und Angebotsformen in Klinischer Psychologie und Psychotherapie	17
4.1 Psychotherapie: Klientel, Wirkzusammenhänge und differenzierte Angebotsformen	17
4.1.1 Strukturniveau der Patientinnen/Patienten.....	17
4.1.2 Wirkzusammenhänge in der Psychotherapie.....	18
4.1.3 Angebotsformen der Psychotherapie	19
4.1.4 Typische Settings bzw. Institutionen	21
4.2 Klinische Psychologie: Klientel, Wirkzusammenhänge und typische Angebotsformen	21
4.2.1 Strukturniveau der Patientinnen/Patienten.....	21
4.2.2 Wirkzusammenhänge in der Klinischen Psychologie.....	22
4.2.3 Angebotsformen der Klinischen Psychologie	23
4.2.4 Typische Settings bzw. Institutionen	24
5 Diskussion der Wirkzusammenhänge aus wissenschaftstheoretischer und wissenschaftshistorischer Perspektive	25
5.1 Einzeltechniken versus kohärente Theorie-Praxis-Modelle.....	26
5.2 Wissenschaftshistorische Perspektive: erklärende versus verstehende Psychologie.....	27
6 Ergebnisse und Schlussfolgerungen	29
6.1 Unterschiede in (Umfang und Struktur) der Ausbildung	29
6.2 Die Frage der Zugangsvoraussetzung	30
6.3 Empfehlungen	31
Literatur	32

Abkürzungen

ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BMASGPK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
CPD	continuing professional development
EAP	European Association for Psychotherapy
EFPA	European Federation of Psychologists' Associations
GBD	Global Burden of Diseases
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
OPD	Operationalisierte Psychodiagnostik
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PIG 2013	Psychologengesetz 2013
PThG 2024	Psychotherapiegesetz 2024
RH	Rechnungshof

1 Hintergrund, Fragestellung und Methode

Das neue Psychotherapiegesetz 2024 (PThG 2024) beschreibt im Rahmen der Akademisierung der Psychotherapieausbildung die beruflichen Kernkompetenzen (in erweiterter Form) sowie Ausbildungsumfang und -inhalte neu. Dies, die Aufnahme der klinisch-psychologischen Behandlung in §135 ASVG (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG) und die anhaltenden Versorgungsengpässe bei psychisch Kranken in Österreich lassen die differenzierte Darstellung der Kernkompetenzen als Basis für Behandlungspfade innerhalb der Versorgungskette sinnvoll erscheinen.

Fragestellung

Der vorliegende Bericht soll auf Basis der neuen gesetzlichen Regelungen, der Ausbildungsstrukturen und der Berufsbeschreibungen die Kernkompetenzen der Klinischen Psychologie und jene der Psychotherapie darstellen und vergleichen, wobei Abgrenzungen und Überschneidungen herausgearbeitet werden sollen.

Methode

Auf Basis der neuen gesetzlichen Regelungen der Psychotherapie (Psychotherapiegesetz 2024) und der Klinischen Psychologie (Psychologengesetz 2013) werden die Ausbildungsbestimmungen in Inhalt und Umfang, die Berufsumschreibungen sowie die jeweiligen Kernkompetenzen in spezifischen Handlungsfeldern und in typischen Settings dargestellt und europäischen Reglementierungen in Bezug auf die Ausbildungen und auf die Kernkompetenzen, die auf europäischer Ebene formuliert sind, gegenübergestellt. Auf Basis dieser Bestandsaufnahme werden für die jeweiligen Zielgruppen die typischen differenzierten Angebotsformen im Kontext ihrer Wirkzusammenhänge abgeleitet. Hierfür werden zusätzlich zu den Reglementierungen typische Fachbücher der Klinischen Psychologie und der Psychotherapie herangezogen.

Die Analyse der paradigmatischen, wissenschaftstheoretischen und wissenschaftshistorischen Aspekte in der Entstehungsgeschichte des akademischen Faches Psychologie (wissenschaftshistorische Analyse) bzw. (der ideengeschichtlichen Vorläufer) der Psychotherapie dient der Diskurseinbettung sowie Kontextualisierung. Sie erläutert die unterschiedlichen Denkstile, welche für die Differenzen zwischen den Berufsgruppen (mit)verantwortlich sind.

Versorgungslage: Prävalenz psychischer Erkrankungen und makroökonomische Auswirkungen

Die Versorgungsnot in Bezug auf die Versorgung psychischer Erkrankungen in Österreich ist hoch: 30 Jahre nach Inkrafttreten des Psychotherapiegesetzes und des Psychologengesetzes ist beispielsweise¹ Psychotherapie als Leistung der Sozialversicherung immer noch schwer zugänglich, da der Versorgungsausbau nicht im erforderlichen – und im Sinne der *gesundheitlichen Chancengerechtigkeit* notwendigen – Ausmaß erfolgte (vgl. Arrouas/Fleischmann 2017; RH 2019).

¹ Daten zur Versorgung mit Klinischer Psychologie fehlen, da diese bisher überwiegend in Institutionen (in stationärer Versorgung oder [psycho]sozialen Beratungseinrichtungen des Sozialsystems) erbracht wurde.

Die Prävalenz psychischer Erkrankungen ist sehr hoch und stieg – pandemiebedingt – weiter an (vgl. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators 2022; OECD 2015). Von 22,8 Prozent der psychisch Erkrankten (Wancata 2017) bzw. 13,6 Prozent der Patientinnen und Patienten, die nach Einschätzung klinischer Expertinnen und Experten Psychotherapie benötigen, befinden sich der vorliegenden Studie zufolge nur rund 2,6 Prozent in sozialversicherungs(teil)finanzierter Psychotherapie. Allerdings erhalten je nach Schätzung zwischen 3,4 Prozent und neun Prozent der Bevölkerung (Wancata 2017) Psychotherapie und bezahlen diese meist selbst.

Eine eklatante Versorgungslücke fällt hinsichtlich der zur Verfügung gestellten Finanzmittel auf: Derzeit werden nur 76 Millionen Euro für die von psychotherapeutischen Versorgungsvereinen für Psychotherapie als Sachleistung erbrachten Leistungen bzw. 32,5 Millionen Euro für Kostenzuschuss-Psychotherapie im niedergelassenen Bereich und wird knapp eine halbe Million Euro für Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen von der Sozialversicherung zur Verfügung gestellt (Gruber et al. 2024). Weitere 26 Millionen Euro werden für Leistungen der psychotherapeutischen Medizin (in meist kürzeren Behandlungseinheiten) ausgegeben (ebd.).

Bereits ein moderater Versorgungsausbau für 3,5 Prozent der Bevölkerung würde deutlich höhere Finanzmittel erfordern (Riess et al. 2023). Die Behandlung von rund fünf Prozent der Bevölkerung mit *Psychotherapie* als Sachleistung, *die in Zeit und Dosis adäquat* ist (Singer et al. 2022), bzw. - wo indiziert - klinisch-psychologischer Behandlung würde einen Versorgungsgrad bedeuten, welcher nach ökonomischen Berechnungen einen volkswirtschaftlichen Nutzen brächte: Der Return on Investment für jeden in die adäquate Behandlung investierten Euro wird (auch in der internationalen Literatur) auf 2,0 bis 5,5 Euro geschätzt (Grabenhofer-Eggerth et al. 2022; Seitz et al. 2019) und würde helfen, volkswirtschaftliche Folgekosten fehlender Versorgung zu minimieren (vgl. Löffler-Stastka/Hochgerner 2021; OECD 2015).

2 Gesetzliche Grundlagen von Psychotherapie und Klinischer Psychologie in Österreich

Die gesetzlichen Bestimmungen in den jeweiligen Berufsgesetzen (Psychologengesetz 2013; Psychotherapiegesetz 2024) legen in Österreich sowohl Ausbildungsinhalte und -umfang als auch Berufsumschreibungen sowie jeweilige Kernkompetenzen der beiden Fachgebiete Psychotherapie und Klinische Psychologie fest.

2.1 Psychotherapie: Ausbildung, Kompetenzen, Berufsbeschreibung

Die Psychotherapie in Österreich wird seit dem Psychotherapiegesetz 2024, das mit 1. Jänner 2025 in Kraft getreten ist, neu geregelt.

2.1.1 Berufsumschreibung der Psychotherapie

Die Berufsbeschreibung für Psychotherapie lautet im neuen² Psychotherapiegesetz 2024 (PThG 2024) in § 6 (eigene Darstellung und eigene Hervorhebungen) folgendermaßen:

- (1) Psychotherapie ist die nach der Ausbildung im Sinne dieses Bundesgesetzes erlernte, bewusste, geplante und umfassende Anwendung von wissenschaftlichen Methoden der psychotherapiewissenschaftlichen Ausrichtungen (Cluster) Humanistische Therapie, Psychoanalytisch-Psychodynamische Therapie, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie in einer therapeutischen Beziehung mit dem Ziel,
 1. **Störungen mit Krankheitswert**, bei denen Psychotherapie indiziert ist, vorzubeugen, diese festzustellen, zu lindern, zu stabilisieren und zu heilen,
 2. **behandlungsbedürftige Verhaltensweisen und Einstellungen** zu ändern oder
 3. die Entwicklung, **Reifung und Gesundheit** der behandelten bzw. betreuten Personen zu **fördern**, zu erhalten oder wiederherzustellen.
- (2) Die Ausübung des psychotherapeutischen Berufes umfasst die eigenverantwortliche psychotherapeutische **Diagnostik, Behandlung, Beratung, Betreuung oder Begleitung** von Personen aller Altersstufen mit emotional, psychosomatisch, intellektuell oder sozial bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, insbesondere im Rahmen der
 1. psychotherapeutischen Versorgung als **Krankenbehandlung bei akuten und chronischen Krankheitszuständen**, als **Krisenintervention** sowie als **Präventions- und Rehabilitationsmaßnahme**,
 2. Förderung **personaler und sozialer Kompetenzen**, insbesondere als **Selbsterfahrung und Supervision**,
 3. Erstellung von psychotherapeutischen **Gutachten**,
 4. Ausbildung sowie
 5. psychotherapeutischen Lehre und Forschung unabhängig davon, ob diese Tätigkeiten freiberuflich oder im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses ausgeführt werden.

² In der Übergangsbestimmung bleiben die Bestimmungen gültig für die bisherige fachspezifische Ausbildung.

- (3) Psychotherapeutische Versorgung im Sinne des Abs. 2 Z 1 umfasst alle individuellen und personenbezogenen psychotherapeutischen Maßnahmen, die der **Feststellung, Erhaltung, Förderung oder Wiedererlangung der psychischen und psychosomatischen Gesundheit** von Personen aller Altersstufen dienen. Sie findet im Einzel-, Gruppen- oder Paarsetting sowie mit anderen zu beteiligenden Personen statt und bezieht Risiken und Ressourcen, die konkrete Lebenssituation, den sozialen und kulturellen Hintergrund, die jeweilige Lebensphase der behandelten, beratenen, betreuten oder begleiteten Personen sowie Kompetenzen zum Erkennen von Anzeichen für Gewalt, insbesondere Gewalt im sozialen Nahraum, psychische, physische, sexualisierte, soziale und strukturelle Gewalt, und deren Folgen mit ein. Dabei werden die institutionellen, rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen berücksichtigt, die **Selbständigkeit** der behandelten oder betreuten Personen unterstützt sowie deren Recht auf **Selbstbestimmung** geachtet und gefördert.

Nach diesem Gesetzestext ist Psychotherapie die **bewusste, geplante und umfassende** Anwendung (psychotherapie)wissenschaftlich fundierter Methoden zur **Behandlung krankheitswertiger Störungen, Erlebens- und Verhaltensweisen** im Sinne der Linderung, Stabilisierung oder Heilung (**Wiederherstellung und Rehabilitation von Gesundheit**) sowie zum **präventiven Erhalt von Gesundheit** im Sinne der Reifung und Persönlichkeitsentwicklung (Psychotherapiegesetz 2024).

Psychotherapie fokussiert auf die **individualisierte** Behandlung aller psychischen Leidenszustände und Entwicklungsaufgaben im Krankheitsbereich mit dem Ziel der *selbstregulativen, selbstbestimmten und weitestgehend autonomen* Lebensgestaltung. Dabei stehen neu der den Berufsangehörigen vorbehaltene Tätigkeitsbereich der psychotherapeutischen Diagnostik sowie die Befund- und Gutachtenerstellung hervor (vgl. ebd. 2024 Z 1, 2).

2.1.2 Kompetenzbereich der Psychotherapie

Der Kompetenzbereich der Berufsangehörigen der Psychotherapie wird in § 7 (2) formuliert (eigene Zusammenfassung und eigene Hervorhebung) und umfasst,

1. Störungen mit Krankheitswert, bei denen psychotherapeutische Versorgung indiziert ist, zu **diagnostizieren** und diese entweder selbst zu **behandeln** und erforderlichenfalls ergänzende notwendige weitere Behandlungsmaßnahmen durch Dritte zu **veranlassen** oder für Personen, deren Behandlung nicht selbst übernommen oder weitergeführt werden kann, Behandlungsmaßnahmen durch Dritte zu veranlassen,
2. das **eigene psychotherapeutische Handeln** im Hinblick auf die **Entwicklung von Fähigkeiten zur Selbstregulation zu reflektieren** und **Therapieprozesse unter Berücksichtigung der dabei gewonnenen Erkenntnisse sowie des aktuellen Forschungsstandes weiterzuentwickeln**,
3. Maßnahmen zur Prüfung, Sicherung und weiteren Verbesserung der **Versorgungsqualität** umzusetzen und dabei eigene oder von anderen angewandte Maßnahmen der psychotherapeutischen Versorgung zu dokumentieren und zu evaluieren,

4. Patientinnen bzw. Patienten, andere Beteiligte oder andere zu beteiligende Personen, Institutionen oder Behörden **über allgemeine behandlungsrelevante Erkenntnisse zu unterrichten**, und dabei **indizierte psychotherapeutische und unterstützende Behandlungsmöglichkeiten aufzuzeigen** sowie über die aus einer Behandlung resultierenden Folgen **aufzuklären**,
5. **gutachterliche Fragestellungen**, die die psychotherapeutische Versorgung betreffen, einschließlich Fragestellungen zu Arbeits-, Berufs- oder Erwerbsfähigkeit sowie zum Grad der Behinderung oder der Schädigung auf der Basis einer eigenen Anamnese, umfassender diagnostischer Befunde und weiterer relevanter Informationen zu bearbeiten,
6. Patientinnen bzw. Patienten zur ärztlichen Diagnostik und Behandlung, zur klinisch-psychologischen Diagnostik und Behandlung oder zur Musiktherapie **weiter zu verweisen**,
7. auf der Basis von wissenschaftlichen, wissenschaftlich-künstlerischen und künstlerischen Grundlagen **wissenschaftliche Arbeiten anzufertigen**, zu **bewerten** und deren Ergebnisse in die eigene psychotherapeutische Tätigkeit zu **integrieren**,
8. **berufsethische und berufsrechtliche Prinzipien** im psychotherapeutischen Handeln durchgängig zu **berücksichtigen** sowie
9. aktiv trans- und interdisziplinär mit den verschiedenen im Gesundheitssystem tätigen Berufsgruppen zu **kommunizieren** und **patientinnenorientiert bzw. patientenorientiert zusammenzuarbeiten** (Psychotherapiegesetz 2024, eigene Hervorhebungen).

Über die Psychotherapieausbildung (laut Psychotherapiegesetz 2024) werden damit Berufsumschreibung und Kompetenzbereich etwas ausführlicher und umfangreicher als bisher definiert und z. B. um psychotherapeutische Diagnostik und Gutachtenerstellung erweitert. Weiters fällt auf, dass neben der Diagnostik und Behandlung von Störungen mit Krankheitswert insbesondere die **(Selbst-)Reflexionsfähigkeit** und die (emotionale) **(Selbst-)Regulationsfähigkeit** als entscheidende Fähigkeiten benannt sind, um den Psychotherapieprozess zu halten bzw. weiterzuentwickeln. Hier wird ein wichtiges Charakteristikum der psychotherapeutischen Behandlung (im Unterschied zu Beratung und Psychoedukation) betont, nämlich der **Entwicklungsfaktor** eines sich individuell entlang der subjektiven Erlebensweise der Patientinnen und Patienten gestaltenden Behandlungsprozesses, welcher die interpersonelle, d. h. interaktionelle und emotionale Bezogenheit im Behandlungsprozess zwischen Patientinnen/Patienten und Psychotherapeutinnen/-therapeuten sowie die intrapersonelle Auseinandersetzung im zeitlich verlaufenden (sich entwickelnden) Behandlungsprozess hervorhebt.

2.1.3 Ausbildungsumfang und Ausbildungsinhalte der Psychotherapie

Die neue Ausbildungsstruktur tritt mit 1. Oktober 2026 in Kraft (Die bisherigen Bestimmungen bleiben in der Übergangsfrist für das Propädeutikum bis 2030 bzw. für das Fachspezifikum bis 2038 weiterhin gültig)³. Die Ausbildungserfordernisse für die selbstständige Berufsausübung der Psychotherapie umfassen nach der neuen Ausbildungsstruktur **drei Ausbildungsabschnitte** (Psychotherapiegesetz 2024, eigene Zusammenfassung und eigene Hervorhebungen):

- als **psychotherapeutische Basisausbildung** ein Bachelorstudium (gemäß PThG 2024) an einer inländischen anerkannten postsekundären Bildungseinrichtung, mit mindestens 180 ECTS-Anrechnungspunkten,
- als zweiter Abschnitt ein **Masterstudium der Psychotherapie** an einer inländischen anerkannten postsekundären Bildungseinrichtung mit mindestens 120 ECTS-Anrechnungspunkten,
- als dritter Abschnitt eine **postgraduale psychotherapeutische Fachausbildung bei psychotherapeutischen Fachgesellschaften** im Ausmaß von zumindest 82 ECTS (oder 2050 Stunden⁴), wobei ein Teil der postgraduellen Ausbildung nach Eintragung in die Berufsliste (Psychotherapie) erfolgreich zu absolvieren ist. Ab Oktober 2026 werden Psychotherapeut:innen in Fachausbildung unter Lehrsupervision in die Berufsliste (Psychotherapie) mit entsprechendem Hinweis, sofern sie vertrauenswürdig sind und bestimmte gesundheitliche Anforderungen erfüllen, eingetragen. Die Voraussetzung zur Eintragung in die Berufsliste (Psychotherapie) wird im Rahmen des dritten Ausbildungsabschnitts von der jeweiligen psychotherapeutischen Fachgesellschaft geprüft. Gemäß § 17 PThG 2024 sind 5.000 Stunden jeweils cluster- und methodenspezifische Theorie, Selbsterfahrung und Supervision zu absolvieren.
- Die psychotherapeutische **Approbationsprüfung** bildet den Abschluss der Ausbildung (vgl. ebd. § 9–18).

³ in der Übergangsfrist (bis 2030 bzw. 2038 für das Propädeutikum bzw. das Fachspezifikum) weiterhin gültig (vgl. § 60 ff.):

Psychotherapeutisches Fachspezifikum bisher (PthG 1991): § 6

(1) Der theoretische Teil hat in einer Gesamtdauer von zumindest 300 Stunden, wobei zumindest 50 Stunden für eine Schwerpunktbildung in den unter Z 1 bis 3 genannten Bereichen je nach methodenspezifischer Ausrichtung vorzusehen sind, jedenfalls folgende Inhalte zu umfassen:

1. Theorie der gesunden und der psychopathologischen Persönlichkeitsentwicklung in der Dauer von zumindest 60 Stunden
2. Methodik und Technik in der Dauer von zumindest 100 Stunden
3. Persönlichkeits- und Interaktionstheorien in der Dauer von zumindest 50 Stunden
4. psychotherapeutische Literatur in der Dauer von zumindest 40 Stunden

(2) Der praktische Teil hat in einer Gesamtdauer von zumindest 1 600 Stunden, wobei zumindest 100 Stunden für eine Schwerpunktbildung in den unter Z 1 und 4 genannten Bereichen je nach methodenspezifischer Ausrichtung vorzusehen sind, jedenfalls folgende Inhalte zu umfassen:

1. Lehrtherapie, Lehranalyse, Einzel- oder Gruppenselbsterfahrung in der Dauer von zumindest 200 Stunden;
2. Erwerb praktischer psychotherapeutischer Kenntnisse und Erfahrungen im Umgang sowohl mit verhaltensgestörten als auch leidenden Personen unter fachlicher Anleitung eines zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigten Psychotherapeuten durch ein Praktikum in einer im psychotherapeutisch-psychosozialen Feld bestehenden Einrichtung des Gesundheits- oder Sozialwesens in der Dauer von zumindest 550 Stunden, davon zumindest 150 Stunden innerhalb eines Jahres in einer fach einschlägigen Einrichtung des Gesundheitswesens, samt
3. begleitender Teilnahme an einer Praktikums supervision in der Dauer von zumindest 30 Stunden;
4. psychotherapeutische Tätigkeit mit verhaltensgestörten oder leidenden Personen in der Dauer von zumindest 600 Stunden, die unter begleitender Supervision in der Dauer von zumindest 120 Stunden zu erfolgen hat. [...]

⁴ 25 Stunden = 1 ECTS

Im Rahmen der psychotherapeutischen (clusterspezifischen) Fachausbildung sind fachlich-methodische, berufsethische und berufsrechtliche sowie wissenschaftliche Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen sowie sozialkommunikative und selbstreflexive Fertigkeiten und Kompetenzen zu erwerben, und zwar durch

1. eine theoretische Ausbildung im Ausmaß von ca. **400 Stunden**,
2. psychotherapeutische Tätigkeit unter Lehrsupervision, wobei ein Teil davon im Rahmen der Mitarbeit in einer psychotherapeutischen Versorgungseinrichtung als psychotherapeutische Krankenbehandlungen mittel- bis schwergradiger psychischer Erkrankungen zu leisten sind, im Ausmaß von ca. **1.000 Stunden**,
3. im Rahmen der begleitenden Lehrsupervision mit einer Mindestanzahl an Stunden im Verhältnis 1:5 im Ausmaß von ca. **200 Stunden**,
4. im Rahmen der psychotherapeutischen Selbsterfahrung im Ausmaß von ca. **200 Stunden**,
5. im Rahmen individueller Schwerpunktsetzung im Ausmaß von ca. **250 Stunden** sowie
6. im Rahmen der Vorbereitung zur Approbationsprüfung und ihrer Absolvierung (vgl. ebd. § 13, eigene Zusammenfassung und eigene Hervorhebungen)

Die praktische Ausbildung im Rahmen des dritten Ausbildungsabschnitts hat, mit Ausnahme der Selbsterfahrung und der Lehrsupervision, in psychiatrisch-psychosomatischen Einrichtungen und in **psychotherapeutischen Versorgungseinrichtungen** zu erfolgen. Ein Teil davon kann auch im niedergelassenen Bereich, dazu zählen insbesondere psychotherapeutische Lehrpraxen und Praxisgemeinschaften, absolviert werden (vgl. ebd. § 14 1–4, eigene Zusammenfassung und eigene Hervorhebungen).

Die Ausbildungsschwerpunkte in Bezug auf Persönlichkeitsentwicklung der Auszubildenden durch (Gruppen-)Selbsterfahrung sowie die starke – mit Theorie verschränkte – Praxisorientierung und Supervision in allen Ausbildungsabschnitten⁵ werden in der (neuen) Gesetzgebung stark betont, womit Psychotherapie als Gesundheitsberuf im Sinne der Wissenschaft vom Menschen mit psychosozial-ökologischer Perspektive (im Unterschied zu einer ausschließlichen Biologisierung oder Medikalisierung der Humanwissenschaft) definiert wird.

Die **vier Kernelemente** der Psychotherapieausbildung werden gleichermaßen gewichtet und ernst genommen. Tatsächlich müssen sie stark ineinandergreifen, um das spezifische psychotherapeutische Wissen, das klinische Verständnis und die praxeologische Behandlungskompetenz auf Basis einer in interaktionell-klinischen Situationen gefestigten Persönlichkeit zu erzielen. Insbesondere der Umfang der psychotherapeutischen **Selbsterfahrung** (Eigenerfahrung in spezifischer Methode) weist die Psychotherapieausbildung als sehr spezifische Ausbildung aus – im Vergleich zu anderen Ausbildungen, etwa in Psychotherapeutischer Medizin (150 Stunden in 1–2 Jahren) oder Klinischer Psychologie (76 Stunden). Auch die klare Definition des Umfangs zu supervidierender einzelner Behandlungsstunden mit Patientinnen und Patienten zeigt, dass das Erlernen der Heilbehandlung zentraler Fokus der Psychotherapieausbildung ist. Diese Zielsetzung wird durch die Vermittlung der psychotherapeutischen Diagnostik, welche neben den Grundzügen in psychiatrischer und klinisch-psychologischer Diagnostik die behandlungsrelevante, schulen-/methodenspezifische Beziehungs- und Prozessdiagnostik beinhaltet

⁵ Das kann didaktisch nur in Einzel- bzw. Kleingruppenunterricht gewährleistet werden.

(Höfner/Hochgerner 2022), für alle klinischen Störungsbilder in den Vordergrund gerückt. Sowohl die theoretischen als auch die praxeologischen Grundlagen und Behandlungskonzepte werden vermittelt (Datler et al. 2021).

2.2 Klinische Psychologie: Ausbildung, Kompetenzen, Berufsbeschreibung

Seit 2013 wird Klinische Psychologie in Österreich durch das Psychologengesetz (PIG 2013) geregelt.

2.2.1 Berufsumschreibung der Klinischen Psychologie

Im Berufsgesetz der Klinischen Psychologie wird die Berufsumschreibung so formuliert:

„Die Berufsausübung der Klinischen Psychologie umfasst unter **Einsatz klinisch-psychologischer Mittel** auf Grundlage der **psychologischen Wissenschaft**, deren Erkenntnissen, Theorien, Methoden und Techniken sowie des Erwerbs der fachlichen Kompetenz im Sinne dieses Bundesgesetzes, die **Untersuchung, Auslegung und Prognose des menschlichen Erlebens und Verhaltens** sowie die gesundheitsbezogenen und störungsbedingten und störungsbedingenden Einflüssen darauf, weiters die klinisch-psychologische Behandlung von Verhaltensstörungen, psychischen Veränderungen und Leidenszuständen. [...]“
(Psychologengesetz 2013, § 22).

Im Berufsgesetz der Klinischen Psychologie wird die Berufsumschreibung mit der psychologischen Wissenschaft verknüpft. Der vorbehaltene besonders entscheidende Tätigkeitsbereich umfasst die **klinisch-psychologische Diagnostik (1)** und die Erstellung klinisch-psychologischer **Befunde und Gutachten (2)** als zentrale Basis für weitere Interventionen (3).

Die **weiteren Tätigkeitsbereiche** neben der klinisch-psychologischen Diagnostik, Befundung und Begutachtung sind

1. die Anwendung **klinisch-psychologischer Behandlungsmethoden** bei Personen aller Altersstufen und Gruppen, die, aufbauend auf klinisch-psychologischer Diagnostik, fokussiert, ziel- und lösungsorientiert ist,
2. die klinisch-psychologische **Begleitung** Betroffener und deren Angehöriger in Krisensituationen
und darüber hinaus
3. die klinisch-psychologische **Beratung** in Bezug auf verschiedene Aspekte gesundheitlicher Beeinträchtigungen, ihrer Bedingungen und Veränderungsmöglichkeiten sowie
4. die klinisch-psychologische **Evaluation** (vgl. ebd. § 22 Absatz 3).

Die weiteren vorbehaltenen Tätigkeiten sind also die auf der klinisch-psychologischen Diagnostik (bzw. Befundung und Begutachtung) aufbauende Anwendung ziel- und lösungsorientierter klinisch-psychologischer Behandlungsmethoden bzw. -mittel und außerdem die klinisch-psychologische Tätigkeit die Begleitung in Krisensituationen und die gesundheitsbezogene Beratung sowie Evaluation.

2.2.2 Kompetenzerwerb in Klinischer Psychologie

Im Berufsgesetz der Klinischen Psychologie werden im **theoretischen Teil** praxisorientierte Inhalte der fachlichen Ausbildung beschrieben:

1. gesundheitsrechtliche, berufsrechtliche und psychosoziale Rahmenbedingungen,
2. Ethik,
3. Gesprächsführung und Kommunikation,
4. psychologische Gesundheitsdienstleistungen im intra- und extramuralen Bereich,
5. psychologische Konzepte der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung,
6. Akutintervention, Krisenintervention, Notfallpsychologie und Erste Hilfe,
7. Beratungsmethoden und Beratungssettings,
8. Strategien, Methoden und Techniken der Diagnostik,
9. psychologische Behandlungsmaßnahmen bei Personen aller Altersstufen und Gruppen,
10. Psychopharmakologie und Psychopathologie,
11. Evaluation von psychologischen Leistungen und Qualitätssicherung,
12. Erstellung von Befunden und Erstattung von Zeugnissen, Gutachten und Stellungnahmen

Vertiefungen erfolgen im **Aufbaumodul**:

1. Strategien und Methoden der differentialdiagnostischen Abklärung,
2. Erstellen von klinisch-psychologischen Befunden und Sachverständigentätigkeit,
3. Techniken und Interventionsstrategien der klinisch-psychologischen Behandlung und Beratung,
4. Einsatz klinisch-psychologischer Mittel bei verschiedenen psychischen Störungsbildern unter Abgrenzung zu medizinischen Aspekten und im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen, 5. Patientenmanagement und Schnittstellenmanagement (Psychologengesetz 2013, § 24; eigene Zusammenfassung und eigene Hervorhebungen)

Der Kompetenzerwerb beinhaltet also **kommunikative Wissensinhalte** wie Gesprächsführung, Kommunikation, Einsatz klinisch-psychologischer Mittel oder Behandlungs- und Beratungsmaßnahmen u. a. bei Krisen und Notfällen und in traditioneller **Diagnostik** und **Befundung**. Besonders betont wird in der Berufsumschreibung die Kombination mit der (klinisch-)psychologischen Diagnostik und Befundung (Testpsychologie) im interdisziplinären, oft medizinischen Kontext.

Der Erwerb praktischer Kompetenz (vgl. ebd. § 24) bezieht sich ebenfalls auf den entscheidenden, weil vorbehaltenen Tätigkeitsbereich der (klinisch-psychologischen) **Diagnostik**, die darauf aufbauende **klinisch-psychologische Behandlung** sowie Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge, wobei die Teilnahme an **multiprofessionellen Teamgesprächen**, Visiten insbesondere mit Ärztinnen und Ärzten hervorgehoben wird. Das ist insofern stringent, als die klinisch-psychologische Berufstätigkeit einen traditionellen Schwerpunkt im stationären (Krankenhaus-)Setting hat („Krankenhauspsychologinnen und -psychologen“), wo die Klinische Psychologie meist die somatisch-medizinische (u. a. psychopharmakologische) Behandlung begleitet und unterstützt, insbesondere bei jenen Krankheitsbildern, welche einen psychischen Impact aufweisen (vgl. ebd. § 24: praktische Ausbildung).

2.2.3 Ausbildungsumfang

Die Ausbildung in Klinischer Psychologie folgt auf ein konsekutives Universitätsstudium der Psychologie im Ausmaß von 300 ECTS das neben psychologischen Grundlagen Kompetenzen in Psychopathologie, Psychopharmakologie, Psychiatrie und Neurologie, Psychologischer Diagnostik, Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation sowie psychologischen Interventionen in Klinischer Psychologie und Gesundheitspsychologie vermittelt (Psychologengesetz 2013, § 23, § 24).

Die postgraduelle theoretische und praktisch-fachliche Ausbildung (Psychologengesetz 2013, § 23, § 24) umfasst **praxisorientierten Wissens- und Erfahrungserwerb** innerhalb zumindest eines Jahres (340 Stundeneinheiten) und eine **supervidierte** (mit 120 Stunden, davon 40 Stunden im Einzelsetting) **klinisch-psychologische Tätigkeit** im Zusammenhang mit krankheitswertigen Störungen im Ausmaß von zumindest 2.098 Stunden und **Selbsterfahrung** im Ausmaß von zumindest 76 Einheiten (zumindest 40 Einheiten Einzelselbsterfahrung; vgl. ebd. § 24).

Ähnlich wie auf europäischer Ebene im EuroPsy-Zertifikat beschrieben, erfolgt die postgraduelle Ausbildung (im Arbeitsfeld) Klinische Psychologie **im Laufe des supervidierten Praxiserwerbs** innerhalb **eines Jahres** mit zusätzlichen Theorie- und Selbsterfahrungsstunden, welche im Vergleich zum Umfang des Praxiserwerbs in geringerem Ausmaß erbracht werden müssen.

2.3 Unterschiede zwischen Klinischer Psychologie und Psychotherapie aus Sicht der gesetzlichen Bestimmungen

Die Analyse der Berufs- und Kompetenzbeschreibungen in den beiden österreichischen Berufsgesetzen bzw. die in den Gesetzen formulierten Ausbildungsbestimmungen in Bezug auf Ausbildungsinhalte und Stundenumfang (vgl. Basis für curriculare Bestimmungen⁶) zeigen deutliche Unterschiede zwischen beiden Ausbildungen: Die klinisch-psychologische Ausbildung⁷ ist eine postgraduale Ausbildung, welche nach absolviertem konsekutivem Psychologiestudium (300 ECTS) verschiedene klinisch-psychologische Theorie- und Praxisaspekte in einem supervidierten Praxisjahr vertieft, begleitet von Selbsterfahrung. Sie umfasst zumindest 2.634 Stunden (davon u. a. 2.098 Praxisstunden plus 340 Einheiten praxisorientierter Theorie).

Die zukünftige Psychotherapieausbildung gemäß PthG 2024 ist eine in Umfang und Inhalt spezifizierte Ausbildung: 180 ECTS psychotherapeutische Basisausbildung im Bachelorstudium (erster Ausbildungsabschnitt) und 120 ECTS im Masterstudium der Psychotherapie und im dritten Ausbildungsabschnitt der postgradualen Psychotherapieausbildung. Diese umfasst zumindest 2.050 Stunden (davon u.a. 1.000 Praxisstunden unter Lehrsupervision, plus 400 Einheiten praxisorientierter Theorie).

Der **erste** psychotherapeutische Ausbildungsabschnitt ist dem Bachelorstudium der Psychologie (wie mehreren anderen Bachelorstudien) gleichgestellt, der **erste und zweite** psychotherapeutische Ausbildungsabschnitt der Ausbildung in Klinischer Psychologie oder Gesundheitspsychologie (wie weiteren einschlägigen ärztlichen Ausbildungen z. B. Fachärztin bzw. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin).

⁶ Die Ausbildungsverordnung wurde 10/2024 erlassen, ihr folgen im Jahr 2025 GÖG-Projekte zur Konzipierung von Rahmencurricula für die Psychotherapieausbildung in Phase III in den vier Clustern.

⁷ Eine Novelle des PIG 13 und evtl. Ausarbeitung einer eigenen Ausbildungsverordnung ist in Planung

3 Europäische Reglementierung für Klinische und Gesundheitspsychologie sowie für Psychotherapie

Auf europäischer Ebene bestehen grundlegende Regelungen sowohl für Psychotherapie (Richtlinien der European Association of Psychotherapy) als auch für Psychologie im klinischen oder Gesundheitsbereich (*EuroPsy*-Zertifikat der European Federation of Psychologists' Associations).

3.1 Kernkompetenzen der Psychotherapie auf europäischer Ebene

Die Kernkompetenzen für die Psychotherapie wurden auf europäischer Ebene von der European Association for Psychotherapy (EAP) formuliert, aber auch in verschiedenen Fachbüchern ausführlich untersucht und beschrieben (z. B. Fydrich et al. 2015; Grillmeier-Rehder 2019; Löffler-Stastka 2024; Will 2019).

In den EAP-Richtlinien sind die Kernkompetenzen⁸ in 13 Bereiche aufgeteilt, welche als **Persönlichkeits- bzw. Beziehungswirkfaktoren** (vgl. auch Wampold) im Behandlungsprozess wirksam werden und in der Ausbildung erworben bzw. vertieft werden sollen:

1. Handhabung einer professionellen, eigenständigen und *eigenverantwortlichen Praxis*
2. Etablierung und Aufrechterhaltung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung
3. Fähigkeit zur gründlichen Exploration, besonders in Bezug auf Diagnostik und Konzeptualisierung
4. Kompetenz, ein Arbeitsbündnis zwischen Klient:in/Patient:in und Psychotherapeut:in zu vereinbaren, im Rahmen dessen Ziele, Pläne und Strategien fixiert werden
5. Fähigkeit, unterschiedliche Techniken und Interventionen einzusetzen
6. Befähigung, adäquat mit Veränderung, Krise und Traumata umzugehen
7. Kompetenz zum Abschluss und zur Evaluation am Ende einer Therapie
8. Fähigkeit zur Zusammenarbeit mit anderen Fachleuten im Feld
9. Teilnahme an Supervision, Intervention und kritischer Evaluation
10. Sensibilität, auf ethische und kulturelle Faktoren einzugehen
11. Kompetenz, die eigene Praxis zu verwalten und zu administrieren
12. Fähigkeit, aktuelle psychotherapeutische Forschung in das Therapiesetting einfließen zu lassen
13. Fähigkeit, den Klientinnen/Klienten bzw. Patientinnen/Patienten und anderen relevanten Personen (z. B. Familienmitgliedern) Wissen über Prävention und Psychoedukation zur Verfügung zu stellen (European Association of Psychotherapy 2013, 3 ff.)

In der Ausarbeitung der Kernkompetenzen europäischer Psychotherapeutinnen und -therapeuten der EAP werden diese Punkte sehr detailliert dargestellt.

⁸ <https://www.europsyche.org> (Zugriff 02.01.2025): Hier können auch die curricularen Bestimmungen eingesehen werden.

Die auf europäischer Ebene und im Fachdiskurs detailliert ausgearbeiteten **Kernkompetenzen der Psychotherapie** (European Association of Psychotherapy 2013; Grillmeier-Rehder 2019; Heatherington et al. 2023; Hochgerner 2024; Löffler-Stastka et al. 2023; Norcross 2010; Norcross/Lambert 2011; Orlinsky et al. 2023; Wampold; Will 2019) zeigen zusammengefasst – ganz ähnlich wie im Psychotherapiegesetz 2024 – folgende Schwerpunkte der beruflichen Praxis auf: Psychotherapeutische Praxis erfordert eine professionelle, eigenverantwortliche und verantwortungsbewusste Arbeitsweise in offener/neugierig-interessierter integrierter Haltung, die berufsethischen, ethischen und forschungsbasierten Qualitätssicherungsstandards entspricht, wobei das Wissenschaftsverständnis **nomothetischen**, insbesondere aber auch **idiosynkratischen Prinzipien** folgen muss.

Laut der European Association of Psychotherapy bilden Aufbau und Handhabung der **psychotherapeutischen Beziehung** den Kernbereich der psychotherapeutischen Kompetenz: Dieser basiert auf **Empathie**, also der Fähigkeit bzw. Bereitschaft, Empfindungen, Gedanken, Motive, Persönlichkeitsmerkmale von Patientinnen und Patienten zu erkennen, zu verstehen und nachzuempfinden. Klare Kommunikation dieser Vorgänge / diesbezügliche Ausdrucksfähigkeit bei sich und anderen sind essenziell (*Mentalisierungsfähigkeit*). Im Prozess der Exploration werden die subjektiven Bedürfnisse und Sichtweisen der Patientinnen und Patienten ermittelt, auf welche im Rahmen der Behandlung **individualisiert** in einer Haltung der Geduld und Toleranz eingegangen wird. In Zusammenarbeit mit den Patientinnen und Patienten werden Veränderungsziele und Strategien zur Bewältigung des Leidensdrucks (durch Krisen, Traumata etc.) formuliert (European Association of Psychotherapy 2013).

Standardisierte Techniken und Interventionen *können* den psychotherapeutischen Prozess unterstützen, jedoch steht ein individualisierter **Behandlungsplan** im Zentrum des Behandlungsprozesses. Der Abschluss der Therapie wird sorgfältig vorbereitet und evaluiert. Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Nachbardisziplinen sowie Kooperationspartnerinnen und -partnern durch effektive Kommunikation ist essenziell. Regelmäßige **Supervision bzw. kritische Reflexion** der eigenen Praxis sowie der Forschungserkenntnisse sichert die Qualität. Die Arbeit erfolgt unter Berücksichtigung **sozialer und kultureller Unterschiede**. Prävention und Gesundheitsbildung werden sowohl bei Patientinnen und Patienten als auch in der Bevölkerung gefördert.

Die **Beziehungskompetenz** ist Basis für die Initiierung und Handhabung eines individualisierten Behandlungsprozesses (vgl. Norcross 2010; Norcross/Lambert 2011; Wampold 2015). Die therapeutische Beziehung beinhaltet alle Gefühle und Einstellungen zueinander zwischen Patient:in und Psychotherapeut:in. Wie diese ausgedrückt und in weiterer Folge *mentalisiert* werden können, ist ein essenzieller Faktor des Prozesses. Beziehungskompetenz lässt sich auffächern in das affektive Holding bzw. Mitschwingen, die Perspektivenübernahme bzw. den Perspektivenwechsel, das Beleuchten des eigenen Selbstbildes/-konzepts, das Unterscheiden-Können eigener Verarbeitungsmuster (Repräsentanzen) von äußerer Realität, das Aufnehmen und Tolerieren-Können von Unsicherheit/Ungewissheit bei aufrechter Entscheidungs-/Durchhaltefähigkeit u. v. m. (Löffler-Stastka et al. 2023). Besonders zentral ist die **Empathie- und Mentalisierungsfähigkeit**, d. h. die Bereitschaft, Empfindungen, Emotionen, Gedanken, Motive und Persönlichkeitsmerkmale einer anderen Person zu erkennen, zu verstehen sowie nachzuempfinden und sie in der Folge adäquat kommunizieren zu können, um einen **hilfreichen Erfahrungsraum** im *interaktionalen Miteinander* aufzubauen (Löffler-Stastka et al. 2023).

3.2 Kernkompetenzen der Klinischen Psychologie auf europäischer Ebene

Das europäische Zertifikat *EuroPsy Basic* der European Federation of Psychologists' Associations (efpa; vgl. European Association of Psychotherapy 2013, Anhang III) beschreibt die zu erlangenden Kompetenzen von Psychologinnen und Psychologen.

Das *EuroPsy*-Zertifikat⁹ der efpa grenzt die **Tätigkeit im klinischen und gesundheitspsychologischen Arbeitsfeld** klar von einer – ggf. späteren, ausbildungsintensiven – Zertifizierung in Psychotherapie ab (vgl. European Association of Psychotherapy 2013, siehe Kapitel 5.3) bzw. sieht die Tätigkeit im klinischen oder Gesundheitsbereich als Basis für die spätere Zertifizierung im Bereich der Psychotherapie. Es erfordert den Nachweis einer akademischen Ausbildung in Psychologie mit daran anschließender praktischer Arbeitserfahrung, welche sich auffächert in

- die Qualifizierung für die supervidierte Praxis (*supervised practice*) und
- die Qualifizierung für die eigenverantwortlich ausgeführte Praxis (*independent practice*).

Das *EuroPsy*-Zertifikat beschreibt für die Berufsangehörigen im **Arbeitsfeld Clinical & Health** drei Kompetenzbereiche:

1. **allgemeine Haltung** (general attitudes) für Berufsangehörige, definiert in 12 persönlichen Eigenschaften
2. vier **funktionale Kompetenzen** (functional competencies)
3. acht **fundierende Kompetenzen** (foundational competencies) für Berufsangehörige

Diese drei Kompetenzbereiche fußen auf Aktivitäten, Wissen (knowledge), Fähigkeiten (skills) und Haltungen (attitudes) – allesamt wissenschaftlich basiert – und werden für vier Arbeitsfelder (Clinical & Health, Work & Organisation, Education, Sport Psychology) formuliert.

Allgemeine Haltung in zwölf Eigenschaften

Die allgemeine Haltung für Berufsangehörige (general attitudes, vgl. European Association of Psychotherapy 2013, Anhang III) beschreibt die personengebundenen Einstellungen, mit welchen die klinisch-gesundheitsbezogene psychologische Arbeit ausgeübt werden soll: caring, collaborative, conscientious, reflective, curious, empathic, flexible, high quality mindset, honest, open, patient, responsible.

Funktionale Kompetenzen für Berufsangehörige

Die vier funktionalen Kompetenzen für Berufsangehörige (functional competencies, vgl. European Association of Psychotherapy 2013, Anhang III) beschreiben einen zielgerichteten Problemlösungszirkel (klinisch-gesundheitsbezogener) psychologischer Arbeit:

1. **Problem-/Ziel-/Bedürfnisidentifikation:** „need identification, contract/task clarification and goal setting“ (establish contact, interviewing, listening, goal negotiating with clients of non-mototypical and atypical states of mental health etc.)

⁹ EuroPsy – the European Certificate in Psychology, 2023

2. **Interventions-/Maßnahmendesign:** „planning/designing relevant assessment and intervention or product/service“ (psychometrics/outcome evaluation/assessment etc.)
3. **Implementierung der Intervention:** „implementing“ (assessment/intervention methods or services etc.)
4. **Evaluation** (psychometrics/outcome evaluation/interpretation etc.)

Kernkompetenzen für Berufsangehörige

Folgende acht Kernkompetenzen (foundational competencies, vgl. European Association of Psychotherapy 2013, Anhang III) sind laut EuroPsy-Zertifikat essenziell für Berufsangehörige im klinisch-gesundheitspsychologischen Arbeitsfeld und setzen sich aus (psychologischem) Wissen, Fertigkeiten und Haltungen zusammen.

1. berufsrechtliche und (Berufs-)Ethikkompetenz (competences related to ethics, professional standards and law)
2. Kommunikations- und Beziehungskompetenz (communication and relational competences)
3. kontinuierliche Lern- und Weiterbildungsbereitschaft inklusive Supervisionsbereitschaft (lebenslanges Lernen oder continuing professional development [CPD])
4. wissenschaftliche und Forschungsmethodenkompetenz (science and research competences)
5. Kooperations- und Führungskompetenz im Sinne der Klientinnen und Klienten (collaboration and leadership competences)
6. Kultursensibilitäts- und Diversitätskompetenz (individual and cultural differences competences)
7. (digitale) Informationstechnologie- und Kommunikationskompetenz (digital/information and communication technology competences)
8. Selbstreflexions- und Selbstfürsorgekompetenz (self-reflection and self-care competences)

Die **Kernkompetenzen der Psychologie im Arbeitsfeld Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie** zeigen zusammengefasst folgende Schwerpunkte auf: Neben für psychologisches Arbeiten essenziellen **personalen Haltungen** wie Kooperationsbereitschaft, Genauigkeit, Selbstreflexionsfähigkeit, Neugierde, Empathie, Flexibilität, Qualitätsorientierung, Offenheit für Neues / Lernbereitschaft, Aufrichtigkeit, Geduld, Verantwortungsbewusstsein ist **problemlösungsorientiertes und zielgerichtetes Denken** (Problemlösungszyklus von Bedürfnis-/Zielerfassung und Planen bis Evaluation nach erfolgreicher Intervention/Implementierung) relevant.

Die **grundlegenden Kernkompetenzen** umfassen u. a. die Berücksichtigung (berufs)ethischer und berufsrechtlicher Standards, hohe Lern- und Weiterentwicklungsbereitschaft – insbesondere auch im Bereich der (digitalen) Informationstechnologie und -kommunikation, aber auch im Bereich von Wissenschaft und (empirischer) Forschungs(methoden)kompetenz zur Überprüfung und Verbesserung der Praxis.

Außerdem sind Kultursensibilitäts- und Diversitätskompetenz bedeutsam, um auf Themen anderer sozialer Gruppen, die durch eigene Werthaltungen und Ausgangslagen geprägt sind, eingehen bzw. damit umgehen zu können, sodass Unterschiede erfasst, anerkannt und im Sinne des Minderheitenschutzes berücksichtigt werden. Die interdisziplinäre Kooperations- und Führungskompetenz hilft, multiprofessionelle und professions-/teaminterne Zusammenarbeit im

Sinne der Klientinnen und Klienten zu garantieren. Von Bedeutung für das betreffende klinisch-psychologische Arbeitsfeld sind auch die Kommunikations- und Beziehungskompetenz, d. h. Kompetenzen, welche die effektive Kommunikation sowie die Herstellung und Handhabung einer Arbeitsbeziehung (eines Arbeitsbündnisses oder einer „working alliance“) mit Klientinnen und Klienten ermöglichen. Damit sind Fähigkeiten zur Perspektivenübernahme, zur Anerkennung der Sichtweise anderer, zum Ausdruck der eigenen Sichtweise, zur Vermittlung relevanter Informationen sowie zur professionell-persönlichen Abgrenzung erforderlich. Damit verbunden ist auch **Selbstreflexions- und Selbstfürsorgekompetenz**.

Beide Kompetenzbereiche werden im EuroPsy-Zertifikat wie in der Psychotherapie beschrieben, nehmen aber einen *weniger zentralen* Platz im gesamten Kompetenzprofil ein. Das Kompetenzprofil bezieht sich stark auf einen **Problemlösungszirkel** unter Anwendung verschiedener **klinisch-psychologischer Mittel, Interventionsmaßnahmen und -techniken** – ähnlich wie auch im österreichischen Psychologengesetz (2013) beschrieben.

3.3 Quantitative Aspekte der Ausbildungen aus europäischer Perspektive

Psychologie

Die auf ein Hochschulstudium (bzw. eine postsekundäre Bildungseinrichtung) der Psychologie folgende zu erwerbende supervidierte Praxis- und Arbeitserfahrung soll in vier definierten Praxisfeldern („fields of practice“) innerhalb eines Jahres erfolgen und einen Umfang von 1.500 Stunden (oder 60 ECTS)¹⁰ aufweisen.

Für den Erwerb des Zertifikats muss sich die Berufserfahrung („work experience“) im Ausmaß von jährlich zumindest 400 Stunden über zumindest vier Jahre (innerhalb von 7 Jahren) anschließen, inklusive des Nachweises kontinuierlicher Weiterbildung (CPD: „continuous professional development“) im Ausmaß von 40 Stunden pro Jahr oder 160 Stunden in vier Jahren, davon rund 30 Prozent Supervision.

Psychotherapie

Für die Zertifizierung in Psychotherapie, welche das Grundzertifikat *EuroPsy Basic Certificate* voraussetzt¹¹, sieht die Kommission darüber hinaus eine Spezialisierung im Ausmaß von 90 ECTS vor, die in drei Jahren mit zumindest 150 Stunden Supervision und 500 Stunden supervisierter Praxis an der Patientin / am Patienten absolviert werden muss.

¹⁰ Dies entspricht etwa den Anforderungen der Ausbildung in Klinischer Psychologie in Österreich.

¹¹ Dies entspricht dem Psychotherapiegesetz (PThG) 2024 in Österreich, welches 04/2024 beschlossen wurde und für folgende Berufsgruppen eine **Anrechnung** der ersten beiden Ausbildungsabschnitte vorsieht, was somit zum direkten Einstieg in die **dritte Phase** der Psychotherapieausbildung (im *zusätzlichen* Umfang von rund **82 ECTS**) berechtigt: für Fachärztinnen/-ärzte für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, für Mediziner:innen mit ÖÄK-Diplom in Psychosomatik und/oder Psychotherapeutischer Medizin (Psy I, II, III), für Musiktherapeutinnen/-therapeuten sowie für **Klinische und Gesundheitspsychologinnen/-psychologen**.

3.4 Unterschiede zwischen Klinischer Psychologie und Psychotherapie aus Sicht der europäischen Regulierungen

Die europäische Perspektive (aus Sicht der European Association of Psychologist's Associations [efpa]) bestätigt im Wesentlichen die Reglementierung in Österreich insofern, als das *EuroPsy-Basic*-Zertifikat im Bereich Clinic & Health eine kürzere, allgemeinere postgraduale Ausbildung darstellt. Das darauf aufbauende *Specialist Certificate* in Psychotherapie setzt eine weiterführende, spezifizierte und auch im Umfang zeitintensivere Ausbildung voraus – es ist sogar im Vergleich zu Österreich noch zeitintensiver.

Ein in den jeweiligen Ländern allerdings unterschiedlich diskutiertes bzw. unterschiedlich gelöstes Problem ist der Zugang zur Psychotherapieausbildung, der in den wenigsten Ländern nur (klinischen) Psychologinnen/Psychologen vorbehalten ist¹², in vielen Ländern aber auf wenige Berufsgruppen (v. a. Medizin/Psychiatrie, Psychologie und tlw. Pädagogik) eingeschränkt ist.

¹² In Deutschland gibt es eine etwas stärkere Engführung von (klinischer) Psychologie und Psychotherapie bzw. wird die zunehmende Eigenständigkeit des Faches Psychotherapie, welches ja auch beispielsweise von medizinischer Seite aus sehr interessiert, mit dem Modell eines polyvalenten Bachelors und darauf aufbauenden Masterstudien in klinischer Psychologie und Psychotherapie weniger stark betont.

4 Kernkompetenzen und Angebotsformen in Klinischer Psychologie und Psychotherapie

Basierend auf den differenzierten Kernkompetenzen, welche in den beiden Berufsgesetzen in Österreich, in den europäischen Reglementierungen (der EAP bzw. efpa bzw. *EuroPsy Basic / EuroPsy Specialist*) und im Fachdiskurs sichtbar sind, werden im Folgenden Fachbücher der Klinischen Psychologie und der Psychotherapie hinsichtlich einer aus diesen Kernkompetenzen ableitbaren bzw. damit eng verwobenen Angebotsbeschreibung untersucht.

Bei der Ableitung typischer Angebotsformen der Klinischen Psychologie und der Psychotherapie müssen folgende Kriterien bzw. Perspektiven/Ordnungskategorien berücksichtigt werden:

- Setting (stationär, teilstationär, ambulant, niedergelassen)
- Patienten-, Störungs-, Zielgruppen bzw. Themenfelder
- Dauer und Frequenz

4.1 Psychotherapie: Klientel, Wirkzusammenhänge und differenzierte Angebotsformen

Das Angebot von Psychotherapie im Gesundheits- und Sozialsystem kann aus verschiedenen Blickwinkeln gegliedert werden, z. B. nach den Merkmalen der Klientel, nach den Angebotsformen oder nach dem Setting, in dem es umgesetzt wird.

4.1.1 Strukturniveau der Patientinnen/Patienten

Die für die Psychotherapie aus den Kernkompetenzen ableitbaren typischen Angebotsformen richten sich an psychisch und psychosomatisch erkrankte Personen, welche nach ihren Strukturmerkmalen der Persönlichkeit (nach OPD 2024) folgendermaßen gruppiert werden können:

- mit sehr gut oder gut integrierten Strukturmerkmalen der Persönlichkeit
- mit mäßig bis (sehr) gering integrierten Strukturmerkmalen der Persönlichkeit
- im (teil)stationären Setting
- für eine kurz- und mittelfristige Behandlung und ggf. daran anschließend
- im ambulanten und niedergelassenen Bereich
- für eine kurz-, mittel- und langfristige Behandlung (Arbeitskreis OPD 2024)

Die Behandlung erfolgt **indikationsgemäß** (entsprechend der psychotherapeutischen Diagnostik und Indikationsstellung) in unterschiedlichem Rahmen und unterschiedlicher **Frequenz und Dauer** – von wenigen Stunden einmal pro Woche (beispielsweise 5–10 Einheiten), etwa bei stabilisierender Krisenintervention, bis hin zu mittel- und langfristiger Psychotherapie, welche in unterschiedlicher Frequenz geplant werden muss (etwa von einer 14-tägigen Frequenz bis hin zu einer wöchentlichen und höherfrequenten Behandlung über mehrere Monate bis Jahre).

Die mit Psychotherapie zu behandelnden Patientinnen und Patienten sind jene, die

- durch ausschließlich beratende bzw. psychoedukative, kognitiv orientierte, stark strukturierte Angebote entweder **unterfordert** sind oder
- jenen kognitiv-orientierten Angeboten aufgrund der Schwere der innerpsychischen Erkrankung bzw. der damit verbundenen destruktiven Affektdynamik **nicht mehr zugänglich** sind bzw.
- nicht überwiegend und anhaltend fähig oder motiviert sind, Ressourcen, Ziele und Problemlösestrategien zu aktivieren bzw. neu zu erlernen bzw.
- diese (Beziehungs-)Angebote aktiv aufgrund innerpsychischer destruktiver Dynamiken zerstören (müssen);
- welche in ihren erwartbaren Befürchtungen, Absicherungstendenzen, krisenhaften Befindlichkeitsschwankungen wie v. a. betreffend Suizidverhalten, Essverhalten, Suchtverhalten, variables Selbstschädigungsverhalten (gut verabredet und ggf. begleitet) aufgefangen und behandelt werden müssen (vgl. Arbeitskreis OPD 2024; Datler et al. 2023; Datler et al. 2024; Slunecko/Benetka 2023).

4.1.2 Wirkzusammenhänge in der Psychotherapie

Psychotherapie ist ein komplexes Geschehen. Durch den psychotherapeutischen Dialog¹³ und die psychotherapeutische Beziehungsgestaltung soll das Erleben, das Verhalten bzw. das Leiden von Menschen bewusst gemacht und heilsam verändert werden. Psychotherapie findet zwischen zumindest zwei Personen in einem historisch-situativen Kontext statt. Das Spezifische ihrer Wirkung entsteht durch das **dialogische, interaktionelle Bezogensein**, d. h. durch das gemeinsame Wirken von jener Person, die Hilfe sucht, und jener, welche diese wirksam zur Verfügung stellen möchte. In einem professionellen Rahmen innerhalb des sogenannten Arbeitsbündnisses in der **psychotherapeutischen Beziehung** werden belastende Erfahrungen und Veränderungswünsche auf vielfältige Weise zum Ausdruck gebracht und bearbeitet (vgl. Riess 2018; Riess/Löffler-Stastka 2022).

Diese Veränderungswünsche innerhalb des psychotherapeutischen Arbeitsbündnisses, d. h. in der psychotherapeutischen Beziehung werden in Rückbindung an eine einschlägige Theorie reflektiert: Das kontinuierliche, technisch sorgsame Zur-Verfügung-Stellen dieser spezifischen Reflexion mit dem Ziel einer therapeutisch wirksamen Veränderung macht ein genuines Kernelement von Psychotherapie aus, welches in der psychotherapeutischen Ausbildung zu erwerben ist und **reflexive Kompetenz** genannt wird (vgl. Arbeitskreis OPD 2014; Lambert 2013; Rudolf 2004; Strauß et al. 2021). Psychotherapie orientiert sich also am individuellen Bedarf und am subjektiven Erleben, d. h. an der Perspektive der Patientinnen und Patienten, und ist in diesen Aspekten entsprechender längerer Behandlungsprozess (meist mit einer wöchentlichen Frequenz über mehrere Monate und oft weit darüber hinaus). Die Zeit-Dosis-Wirkzusammenhänge orientieren sich an der Problem-/Störungslage der Patientinnen und Patienten und werden in der Fachliteratur differenziert beschrieben und empirisch untermauert (Howard et al. 1996; Norcross/Lambert 2011; Norcross/Wampold 2011; Orlinsky/Howard 1987; Orlinsky et al. 1994).

¹³ bzw. „Polylog“ im Mehrpersonensetting (Gruppenpsychotherapie)

4.1.3 Angebotsformen der Psychotherapie

Psychotherapie ist insofern die bewusste, geplante und umfassende Anwendung (psychotherapie)wissenschaftlich fundierter Methoden zur Behandlung krankheitswertiger Störungen, Erlebens- und Verhaltensweisen im Sinne der Linderung, Stabilisierung oder Heilung (Wiederherstellung und Rehabilitation von Gesundheit) sowie zum präventiven Erhalt von Gesundheit im Sinne der Reifung und Persönlichkeitsentwicklung (Psychotherapiegesetz 2024). Psychotherapie umfasst in diesem Sinn folgende Angebote:

- Erstabklärung, psychotherapeutische **Diagnostik und Indikationsstellung** (inkl. Befundung und ggf. Gutachtenerstellung)
- inkl. **Prozess-/Verlaufsdiagnostik** (Statusdiagnostik und Theragnostik), basierend auf psychotherapiewissenschaftlichen Gesundheits- und Krankheitsmodellen (Höfner/Hochgerner 2022)
- **Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen** im Sinne der Gesundheitsförderung, des Gesundheitserhalts und der Persönlichkeitsentwicklung/-reifung
- **Psychoedukation** und (psychotherapeutische) psychosoziale Beratung (Erstanlaufstelle und Vermittlungsfunktion für psychotherapiebegleitende Beratungsstellen, Institutionen und Berufsgruppen, Vernetzungsfunktion, stabilisierende, problemmerkennende, aufklärend-beratende Funktion im Sinne der Ermöglichung von Psychotherapie bzgl. Setting und Veränderungskonzept-/motivation)
- **Krankenbehandlung** und Begleitung bei akuten und chronischen Krankheitszuständen zur Linderung, Stabilisierung, Heilung / Wiedererlangung der Gesundheit
- **Betreuung und Begleitung** bei chronifizierten Krankheitsverläufen
- **Krisenintervention** (stabilisierende Funktion, Vernetzung und Weitervermittlung)
- **Kurz-/Fokalpsychotherapie** (bei spezifischen, eingrenzbaren Symptomen, eingegrenzten Themen oder Zielgruppen, stabilisierende, problemaufdeckende und -bearbeitende Funktion)
- **mittelfristige und Langzeitpsychotherapie** (emotional-supportive, konfliktbearbeitende, aufdeckend-konfrontative Funktion, strukturbearbeitende, ätiologisch-ursächlich orientierte Funktion)

Psychotherapie fokussiert auf die subjektive Erlebensweise und ist dementsprechend eine individualisierte Behandlung aller psychischen Leidenszustände und Entwicklungsaufgaben im Krankheitsbereich mit dem Ziel der selbstregulativen, selbstbestimmten und weitestgehend autonomen Lebensgestaltung. In unterschiedlichen Angebotsformen – wie den oben aufgezählten – werden von der Psychotherapie sehr verschiedene Wirkelemente realisiert, dazu gehören

- die Förderung der Entstehung eines psychischen Krankheits- und Veränderungskonzepts, des Erkennens intrapsychischer Krankheitsfaktoren, intrapsychischer Auslösefaktoren, von Veränderungsressourcen (z. B. Motivation, Offenheit für intrapsychische Fragen/Themen) und Veränderungshemmnissen (z. B. sekundärer Krankheitsgewinn)
- Symptomreduktion im Sinne der Linderung oder Bewältigung psychischen Leidens, Verbesserung des subjektiven Befindens sowie beruflicher und sozialer Funktionen (z. B. Erhöhung des GAF-Werts)

- Reflexion und Klärung von Beziehungserleben und -verhalten (z. B. zirkulärer Zusammenhänge zwischen innerem, eigenem Verhalten und äußeren Reaktionen sowie spezifischen sozialen Erfahrungen) im Sinne der Erhöhung der Mentalisierungsfähigkeit (Benennen und Erlebarmachen innerer Vorgänge, von Gedanken, Vorstellungen, Fantasien, Affekten, Emotionen, Erlebensformen, Spannungs-/Erregungszuständen, Repräsentanzen/Introjekten), Empathie und Fähigkeit zum Perspektivenwechsel im Kontext der eigenen Geschichte/Biografieerfahrung, von Kultur und Gesellschaft(sstrukturen)
- Klärung, (funktionale) Analyse, (reflektierendes) Verstehen und Neueinordnen von (inter- und intrapsychischen) Konflikten / konflikthaften Themen in Bezug auf den Umgang mit sich selbst und anderen in sozialen Beziehungen (Objektbeziehungen) durch das Erlernen einer Beobachterhaltung (reflektierende Position) sowie das Erkennen der mitgestaltenden Rolle in Bezug auf das eigene Leben, die eigene Subjektivität und Perspektivität im sozialen Miteinander und die Erfassung je subjektiver Erlebens-/Bedeutungszusammenhänge und von Differenzierungsformen (z. B.: Was ergibt einen Unterschied in der Betrachtung?)
- Klärung und (funktionale) Analyse von Abwehr-, Vermeidungs- und Widerstandsformen (z. B. inkongruentes/unauthentisches oder destruktives, (selbst)schädigendes Verhalten, widersprüchliche oder dysfunktionale Systemaufträge, innere Veränderungshemmnisse/Motivationsprobleme, Projektion / projektive Identifikation, Spaltung, Verleugnung, Verkehrung ins Gegenteil)
- Klärung und (funktionale) Analyse sozialer, mehrgenerationaler Gruppen und Systeme (z. B. in Familien) und Veränderung der interaktionellen Strategien darin im Sinne des (funktionalen) Wachstums, der Verbesserung der Anerkennung und des Selbstwerts ihrer Mitglieder durch das Verändern von Narrativen, die Rekonstruktion des (Familien-, Paar-, Gruppen-) Systems (z. B. Genogrammanalyse), das zirkuläre Fragen, durch die Analyse von Aufträgen im System oder durch andere symbolische Aktionsmethoden
- Erarbeiten bzw. Erlebarmachen korrigierender emotionaler (Beziehungs-)Erfahrungen (z. B. Alter-Ego-Beziehung, persönliche Begegnung im Hier und Jetzt der psychotherapeutischen Erfahrung) und Förderung von Entwicklung / persönlichen Wachstums (z. B. im Sinne der Aktualisierungstendenz) durch psychotherapeutische Haltungen wie Wertschätzung, Akzeptanz, Empathie, Kongruenz im Hier und Jetzt der persönlichen Begegnung in der Psychotherapie sowie im Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen der aktuellen psychotherapeutischen Behandlung
- emotionale Unterstützung / supportive Behandlung zur Stärkung und Konturierung des eigenen Ich-/Selbst-/Identitätskonzepts und der damit verbundenen Ich-Funktionen der Persönlichkeitsstruktur wie Selbst-/Objektwahrnehmung und -regulation, (emotionale) Kommunikation nach innen (z. B. Gefühls-/Lust-/Körperselbsterleben) und außen (z. B. emotionale Kontaktaufnahme/Intimität) und Bindungsverhalten
- Vertiefen emotionalen (auch krisenhaften) Erlebens zur Erweiterung des inneren Spielraums (z. B. im Sinne von *felt sense* / *felt shift* / *focusing*) im Umgang mit Affekten, Spannungs-/Erregungszuständen und Emotionen im Sinne des vertieften Verstehens und Erkennens eines kongruenten, sich aktualisierenden Selbst
- Konfrontation und Exposition mit symptomauslösenden (z. B. angst-/panik-/übererregungs-auslösenden) Situationen, Erlebnissen, Gedanken und Haltungen

- aktive Anleitung zur Umsetzung (z. B. aus der Verhaltensanalyse) erworbener Erkenntnisse, emotionaler Einsichten, kognitiver Strategien (z. B. Ausstieg aus / Beenden von dysfunktionalen Beziehungsformen / sozialen Gruppen; Übungen zur Förderung der Aufmerksamkeit/Konzentration und Reduktion der Hyperaktivität/Übererregung) und neuer Ziele (z. B. neue Aktivitäten im Sinne des Selbstfürsorgeverhaltens / der Ressourcenaktivierung, berufliche Schritte, neue sinnorientierte Haltungen im Leben und in Beziehungen etc.) auf der Verhaltens-, Bewältigungs- bzw. Copingebene

4.1.4 Typische Settings bzw. Institutionen

Psychotherapie wird in den verschiedensten Settings innerhalb der psychosozialen Versorgungskette erbracht:

- niedergelassener Bereich
- ambulanter Bereich (Psychotherapie-Ambulanzen, Kriseninterventionszentren etc.)
- auch im klinisch-stationären Krankenhaussetting und in anderen stationären Einrichtungen (z. B. Reha-Einrichtungen, betreutes Wohnen), meist als Zusatzangebot vom Einrichtungsträger gefordert/gewünscht
- psychosoziale (Beratungs-)Einrichtungen mit präventivem Angebot:
 - themen- und störungsspezifische Beratungsstellen, z. B. für Suizidprävention
 - Unterstützungseinrichtungen bei sexualisierter und/oder körperlicher Gewalt
 - Frauenberatung
 - (substanzgebundene) Suchterkrankungen
 - Diversity-/Transgender-Beratung
 - Mädchen-/Jugendberatungsstellen
 - Erziehungs-, Familien-, Paarberatungsstellen
- mobile/ambulante Therapie (Hausbesuche), v. a. bei eingeschränkter Mobilität der Klientinnen/Klienten bzw. Patientinnen/Patienten oder im Familienbereich
- Onlinesetting über Videotelefonie

4.2 Klinische Psychologie: Klientel, Wirkzusammenhänge und typische Angebotsformen

Das Angebot Klinischer Psychologie im Gesundheits- und Sozialsystem kann aus verschiedenen Blickwinkeln gegliedert werden, z. B. nach den Merkmalen der Klientel, nach den Angebotsformen oder nach dem Setting, in dem es umgesetzt wird.

4.2.1 Strukturniveau der Patientinnen/Patienten

Die für die **Klinische Psychologie** aus den **Kernkompetenzen** ableitbaren typischen Angebotsformen richten sich an psychisch und psychosomatisch erkrankte Personen, welche nach ihren Strukturmerkmalen der Persönlichkeit (nach OPD 2024) folgendermaßen gruppiert werden können:

- mit sehr gut integrierten Strukturmerkmalen der Persönlichkeit, d. h. gesunde Personen im Präventionsbereich oder in einer kurzfristigen Krise

- mit (sehr) gering integrierten Strukturmerkmalen der Persönlichkeit im überwiegend stationären Setting
- für eine kurz- und mittelfristige Behandlung/Beratung bzw. eine ggf. daran anschließende poststationäre Rückfallprophylaxe im ambulanten Bereich

Die klinisch-psychologische Beratung oder Behandlung erfolgt aufbauend auf der **klinisch-psychologischen Diagnostik** und daraus abgeleiteten Empfehlungen in kürzerer Dauer (typischerweise während des stationären Aufenthalts bzw. in der poststationären Phase) oder in der **(Krisen-)Beratung** von beispielsweise 5–15 Einheiten.

Die Angebotsformen der Klinischen Psychologie richten sich v. a. an Patientinnen und Patienten

- mit somatischen (meist neurologischen) Erkrankungen oder psychisch gesunde Patientinnen und Patienten, überwiegend im stationären Setting und in der Entlassungsphase (z. B. nach einem stationären Aufenthalt oder einer Reha-Maßnahme) oder im institutionellen Kontext,
- die eine der folgenden Angebotsformen benötigen, nämlich
 - eine starke äußere (Tages- und Behandlungs-)Struktur,
 - die somatische (meist neurologische) Erkrankung unterstützende klinisch-psychologische Diagnostik oder Behandlung (z. B. Testung oder Gedächtnistraining bei Demenzerkrankung oder nach einem Schlaganfall, psychisch relevante Unfallfolgenbewältigung),
 - eine den somatischen Genesungsprozess bzw. dessen psychischen Impact absichernde Intervention,
 - Beratung / beratungsorientierte Behandlung und Begleitung im Sinne der entwicklungsorientierten Arbeit, z. B. in der Angehörigenarbeit, psychosozialen Beratung,
 - Unterstützung der Bewältigung (Coping, Stressbewältigung) im stationären Krankenhaus- und Rehabilitationskontext (Setting) durch stark strukturierte, stabilisierend-stützende Behandlungsprogramme.

4.2.2 Wirkzusammenhänge in der Klinischen Psychologie

Die Klinische Psychologie bezieht sich auf die auf klinisch-psychologischer Diagnostik (bzw. Befundung und Begutachtung) aufbauende Anwendung ziel- und lösungsorientierter klinisch-psychologischer Behandlungsmethoden.

Deren Wirkzusammenhänge beziehen sich auf programmatische, stark strukturiert-anleitende bzw. kognitiv-strukturierende und lösungsorientierte Beratungs- und Behandlungsformen (vgl. Beratung, Begleitung, Übung, Training) im Sinne der supportiv-unterstützenden Stabilisierung und des Erwerbs von Basisfertigkeiten (Skills) oder auf genesungsbegleitende Angebote zur Alltags-/Lebens-/Freizeitbewältigung).

Kernkompetenzen der Klinischen Psychologie zeigen problemlösungsorientiertes und zielgerichtetes Denken (Problemlösungszykel von Bedürfnis-/Zielerfassung und Planen bis Evaluation nach erfolgreicher Intervention/Implementierung). Wesentliche Kompetenzen sind auch die Kommunikations- und Beziehungskompetenz sowie die Selbstreflexions- und Selbstfürsorgekompetenz, die davon ausgeht, dass das eigene Befinden für das Befinden der Patientinnen und

Patienten wirksam ist. Beide Kompetenzbereiche werden hier wie in der Psychotherapie beschrieben, nehmen aber in der Klinischen Psychologie einen weniger zentralen Platz im gesamten Kompetenzprofil ein.

In der klinisch-psychologischen Ausbildung werden verschiedene psychologische Theorien oder verhaltensmedizinisch orientierte Konzepte bzw. spezifische (z. B. neuropsychologische, gerontopsychologische) Interventionsarten und Techniken vermittelt. Die Interventionen werden nicht aus einheitlichen Theorie-Praxis-Modellen abgeleitet, sie sind immer – wie auch die testpsychologische Diagnostik – evidenzbasiert (Kubinger 2019), gründen jedoch auf unterschiedlichen – und *unterschiedlich elaborierten* – psychologischen Konzepten zur Persönlichkeit oder Krankheitsentwicklung.

4.2.3 Angebotsformen der Klinischen Psychologie

Die Klinische Psychologie wendet vor allem ziel- und lösungsorientierte klinisch-psychologische Behandlungsmethoden an, traditionell im stationären Setting (Akut- und Reha-Bereich). Außerdem beinhaltet die klinisch-psychologische Tätigkeit die Begleitung in Krisensituationen und die gesundheitsbezogene Beratung sowie (empirische) Evaluation. In den Methoden dominieren programmatische, stark strukturiert- bzw. kognitiv-anleitende ziel- und lösungsorientierte Beratungs- und Behandlungsformen (vgl. Beratung, Begleitung, Übung, Training) im Sinne der supportiv-unterstützenden Stabilisierung und des Erwerbs von Basisfertigkeiten (Skills).

Klinische Psychologie umfasst folgende Angebotsformen:

- **klinisch-psychologische Diagnostik und Differentialdiagnostik** im Bereich der Leistungs-, Intelligenz- und Persönlichkeitsdiagnostik in den unten angeführten Störungsgruppen, basierend auf den psychologischen Modellen und darauf aufbauend
- **klinisch-psychologische Behandlung** im Sinne von
 - Training im Bereich Kognition, Gedächtnis, Aufmerksamkeit/Wahrnehmung, Konzentrationsfähigkeit zur Bewältigung (Coping) spezieller neurologischer Krankheitsbilder/Symptome (im stationären Krankenhaus- und Rehabilitationssetting)
 - Bewältigung (Coping) und Compliance-Förderung in der medizinischen Behandlung somatischer Krankheitsbilder mit psychischem Impact (im Krankenhaus- und Rehabilitationssetting)
 - Psychoedukation, kognitiv ausgerichtete bzw. ziel- und lösungsorientierte Beratungs- bzw. Behandlungsangebote zur Verhaltensmodifikation (häufig im stationären Setting)
 - Skillstraining, Kompetenztraining als stark strukturierte Programmeinheiten zum Erlernen und Üben (häufig in Gruppen), z. B.
 - sozial-kommunikatives Kompetenztraining (Verbesserung der Selbstsicherheit),
 - Ziel-/Problemlösestrategien,
 - Aktivitätstraining/Ressourcenaktivierung
 - **Psychophysiologie und imaginative Techniken:** stark strukturierte Anleitungs- und Entspannungsmethoden zur Anspannungs-/Erregungsdruckverringerung und Regulation, z. B. Achtsamkeitstraining, Behandlung chronischen Schmerzes, Stressbewältigung, Körperwahrnehmung/Biofeedback, progressive Muskelentspannung, autogenes Training

- **angeleitetes Erlernen von Kompetenzen in der Lebens-/Alltagsbewältigung** (z. B. Tages-/Wohnungsstruktur, Erledigungen) und im **Ausbildungs-/Freizeitbereich** (z. B. ambulante Kinder- und Familienbegleitung, Menschen mit Einschränkungen) zur Stärkung des selbstbestimmten Lebens/Wohnens
- **Begleitung zu einer psychiatrisch-psychopharmakologischen Behandlung**, um Patientinnen und Patienten für die psychischen Aspekte einer psychiatrisch bzw. psychopharmakologisch zu behandelnden psychischen Erkrankung zu sensibilisieren (Entstehung eines psychischen Krankheitskonzepts im Sinne einer Vorbereitung für eine ggf. weiterführende Psychotherapie)
- Begleitung zur **Vermeidung der Krankheitsverschlechterung bei chronifizierten** (sozial-)psychiatrischen Patientinnen und Patienten im Sinne der Alltags- und Lebensbewältigung, z. B. nach stationären Aufenthalten und in der ambulanten Tagesstruktur

4.2.4 Typische Settings bzw. Institutionen

Klinisch-psychologische Angebote werden in verschiedenen Settings innerhalb der psychosozialen Versorgungskette erbracht:

- klinisch-stationäres Krankenhaussetting und andere stationäre Einrichtungen (z. B. Reha-Einrichtungen, betreutes Wohnen)
- psychosoziale (Beratungs-)Einrichtungen mit präventivem Angebot, z. B.
 - Mädchen-/Jugendberatungsstellen, Frauenberatungsstellen,
 - Beratung in Fragen des Berufs- und Arbeitsmarkts,
 - Ausbildungs- und Freizeiteinrichtungen

Generell fällt auf, dass klinisch-psychologische Behandlung meist an ein spezifisches stationäres Setting (wie Krankenhaus oder Reha-Einrichtung) gebunden ist (Weiss 2023), was aber auch dadurch zu erklären ist, dass die klinisch-psychologische Behandlung erst 2024 in das ASVG aufgenommen wurde.

Zusätzlich gibt es gesetzlich verankerte Spezialisierungen und Arbeitsschwerpunkte. Folgende Spezialisierungen können derzeit in der Berufsliste eingetragen werden (BMASGPK 2024):

- Gerontopsychologie,
- Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie,
- Klinische Neuropsychologie,
- Notfallpsychologie und
- Schmerzpsychologie
- Traumapsychologie

5 Diskussion der Wirkzusammenhänge aus wissenschaftstheoretischer und wissenschaftshistorischer Perspektive

Psychotherapie unterscheidet sich von den Nachbardisziplinen insofern, als das subjektive Erleben im Mittelpunkt der Behandlung steht und Psychotherapie nur so – als eine Art emotionsfokussierte und Emotionen regulierende Selbstaufklärung innerhalb der bedeutsamen Begegnung mit einer oder einem anderen – wirksam sein kann. Gleichwohl kann sie auch beratungsnah Elemente in spezifischen Phasen der Behandlung (z. B. Krisenintervention, psychosoziale Beratung, Prävention) beinhalten, muss diese aber als Behandlungskonzept in ihrem Grundverständnis überschreiten. Eine hilfreiche Veränderung durch Psychotherapie hängt davon ab, wie die individuell abgestimmten psychotherapeutischen Interventionen und Prozesse in der psychotherapeutischen Beziehung verarbeitet und langfristig genutzt werden können. Leidenszustände müssen sich im therapeutischen Raum aktualisieren können. Eine bloße Anwendung psychosozialer Techniken mit aufklärendem, beratendem und wissensvermittelndem Charakter unterscheidet sich davon, und zwar insofern, als schwierige Erlebensprozesse von Patientinnen und Patienten aufgrund schmerzlicher Vorerfahrungen dazu führen, dass der therapeutische Raum zunächst (und immer wieder einmal) als nicht angenehm und wenig hilfreich erlebt wird. Womöglich wird er sogar als Kränkung, Zeitverschwendung, Provokation etc. erlebt, was zu Stagnation oder drohendem Abbruch führen kann: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten benötigen daher ein klares und in Supervision intensiv geübtes Behandlungs-/Interventionskonzept (therapeutische Strategie) im Patientinnen- und Patientenkontakt, um diese erwartbaren, der Psychotherapiebehandlung immanenten Behandlungsphasen und Prozessphänomene nicht nur überwinden zu können, sondern im Sinne der heilsamen Veränderung fruchtbar zu nutzen (vgl. Datler et al. 2023).

Ein Vergleich von Psychotherapie und klinisch-psychologischer Behandlung aus wissenschaftstheoretischer Sicht ist allein deshalb schon schwierig, da es keine international anerkannte Definition klinisch-psychologischer Behandlung gibt. In den meisten Ländern der Welt sind die Berufsgesetze anders gelagert als in Österreich und Behandlungen durch Klinische Psychologinnen und Klinische Psychologen werden in der Regel unter dem Begriff „Psychotherapie“ subsummiert (Sagerschnig et al. 2020).

In Österreich wird unter klinisch-psychologischer Behandlung ein Bündel von Einzeltechniken verstanden, die allesamt evidenzbasiert sind und in der Regel auf einer vorangegangenen klinisch-psychologische Diagnostik beruhen. Während in der Psychotherapie das subjektive Erleben selbst im Mittelpunkt der Behandlung steht, liegt der Fokus der Behandlung durch Klinische Psychologinnen und Klinische Psychologen stärker auf der Vermittlung von Zusammenhängen zwischen Erleben, Verhalten und Lebensumständen sowie auf der gezielten individuellen Förderung psychischer Ressourcen durch die Vermittlung von Bewältigungsstrategien. Da die Behandlung durch Klinische Psychologinnen und Klinische Psychologen lange Jahre nur im stationären Bereich finanziert wurde und erst mit der Aufnahme der klinisch-psychologischen Behandlung in das ASVG mit 1. Jänner 2024 auch im extramuralen Bereich durch die Sozialversicherung finanziert wird, ist das Feld noch in Entwicklung. Aufgrund der Finanzierungslogik wurden klinisch-

psychologische Behandlungsmethoden bislang häufig im Zusammenhang mit medizinischer Behandlung psychischer wie somatischer Erkrankungen eingesetzt (vgl. Sagerschnig et al. 2020), die weitere Entwicklung im extramuralen Bereich bleibt abzuwarten.

5.1 Einzeltechniken versus kohärente Theorie-Praxis-Modelle

In der Klinischen Psychologie werden *eklektizistisch* verschiedene psychologische Theorien oder verhaltensmedizinisch orientierte Konzepte bzw. spezifische Interventionsarten und Techniken verwendet. Die Interventionen werden nicht unbedingt aus einheitlichen Theorie-Praxis-Modellen oder psychologischen Konzepten zur Persönlichkeit oder Krankheitsentwicklung abgeleitet, sind jedoch immer als effektiv und evidenzbasiert beschrieben (Kubinger 2019). Bereits im Jahr 2013 wurde versucht, die Evidenz zur Wirksamkeit der „klinisch-psychologischen Behandlung“ grundlegend aufzubereiten (Patera/Reinsperger 2013). Allerdings zeigte sich, dass die fehlende allgemein anerkannte Definition von „klinisch-psychologischer Behandlung“ eine Gesamtbewertung de facto verunmöglicht (Patera/Reinsperger 2013), (Zimmermann/Laireiter 2013), (Sagerschnig et al. 2020). Aus Wirksamkeitsstudien ist zwar die Effektivität einzelner symptom-spezifischer Interventionen oder Behandlungstechniken, (z. B. autogenes Training, Entspannungs-/Stressreduktionstechniken, Imaginationen/Visualisierungen, Hypnose, Biofeedback, verhaltensmodifizierende Suggestionen, kognitive Umstrukturierung, Achtsamkeitstraining, Psychoedukation, Elternberatung) bei spezifischen Zielgruppen, meist somatischen Symptomgruppen (z. B. medizinisch-somatische Erkrankungen wie Schlaganfall, Herzinfarkt, multiple Sklerose, Demenz, chronische Schmerzen, Schlafstörungen, Tinnitus, Abhängigkeits-/Suchterkrankung, Teilleistungsstörungen etc.) nachweisbar, aufgrund der fehlenden international anerkannten Definition von klinisch-psychologischer Behandlung können aber keine Aussagen über die Wirksamkeit der „klinisch-psychologischen Behandlung“ in ihrer Gesamtheit abgeleitet werden (Sagerschnig et al. 2020).

In den Fachbüchern zur Klinischen Psychologie wird diese meist als die akademisch verortete Beschreibung von und empirische Befassung mit klinischen Störungsbildern bzw. als Anwendungsfach einer naturwissenschaftlich verstandenen psychologischen Wissenschaft definiert, welche neue Erkenntnisse zu biochemisch-neurowissenschaftlichen Korrelaten des (gestörten) Verhaltens als größte Errungenschaft des Fachs würdigt (Comer 2008; Hoyer/Knappe 2021; Zimbardo et al. 2003). Die klinisch-psychologische Intervention bzw. psychologische Therapie als (kohärentes) Heilverfahren zu verstehen, ist international aber unüblich, was darauf zurückzuführen ist, dass die rechtliche Situation der beiden Berufsgruppen international meist eine andere ist oder war. In Deutschland und der Schweiz war z. B. bis vor einigen Jahren ein abgeschlossenes Psychologie- oder Medizinstudium Voraussetzung für eine Zulassung zur Psychotherapieausbildung. Eine Abgrenzung zwischen psychotherapeutischen und klinisch-psychologischen Interventionen war daher in diesen Ländern nur bedingt von Interesse. Sehr wohl wird in den oben genannten Lehrbüchern aber auf die vier international üblichen, in Österreich anerkannten und allesamt in ihrer Wirkungsweise und Wirksamkeit belegten (Riess et al. 2012; Riess 2015; Riess et al. 2021) psychotherapeutischen Cluster zur Behandlung psychischer Leidenszustände als kohärente Theorie-Praxis-Modelle verwiesen: psychodynamische, humanistische, systemische und behaviorale Orientierung.

Auch wenn das Tätigkeitsprofil (Weiss 2023) Klinischer Psychologie in Österreich jenem der Psychotherapie in Befundung/Diagnostik und Behandlung ähnlich ist, was eine vorwissenschaftliche Gleichsetzung des Untersuchungsgegenstands nahelegen könnte, lassen sich Unterschiede in der **theoretisch begründeten Haltung und praxeologischen Herangehensweise** feststellen. Diese fußen wiederum meist auf einem sehr unterschiedlichen wissenschaftstheoretisch zu legitimierenden Verständnis des Menschen (unterschiedliche Subjekttheorien und dementsprechend divergierende Mixed-Methods Forschungsmethoden).

Viele Techniken der klinisch-psychologischen Behandlung entsprechen einem verhaltensorientiert-behavioralem Paradigma. Jedenfalls sind es einzelne symptomorientierte, evidenzbasierte Techniken ohne eine klare theoretische Klammer mit unterschiedlichem Komplexitätsgrad, begründet und legitimiert oft durch die empirisch-wissenschaftliche Forschung. Behaviorale Techniken weisen oft wenig innere Gliederungsstruktur auf bzw. fallen durch eine Aneinanderreihung von Einzeltechniken unterschiedlichen Komplexitätsgrades auf, was die Vergleichbarkeit erschwert (vgl. Gesprächstechnik vs. Entspannungstechnik) bzw. Kategorienfehler begünstigt (Jaeggi 1995; Weiss 2023).

Die Diskursanalyse zeigt, dass das behaviorale Paradigma wichtig ist, aber keineswegs das einzige Behandlungsparadigma im Zugang zu leidenden Personen darstellt.

Der Disput um den richtigen Zugang zum Seelenleben und zum Verständnis von Psyche ist auch im innerfachlichen Diskurs der akademischen Psychologie anzutreffen – ein Disput, der diese seit ihrer Entstehung begleitet.

5.2 Wissenschaftshistorische Perspektive: erklärende versus verstehende Psychologie

Psychologie war zunächst eine Teildisziplin der Philosophie. Im Bereich der Bewusstseinsphilosophie und Erkenntnistheorie wurden zunehmend erkenntnistheoretische Fragen umgedeutet in sogenannte „psychologische“, d. h. wahrnehmungs-/sinnesphysiologische Fragen und mit entsprechend neu entwickelten Untersuchungsmethoden beforscht: Fragen, was der Mensch als selbstbewusstes, vernunftbegabtes Subjekt über die Welt, ihre Gegenstände und sich selbst erfahren, denken oder daran erkennen und verstehen kann, wurden zunehmend „empirisiert“, d. h. ontologische Fragen wurden in empirische, also physikalische bzw. sinnesphysiologische, experimentell untersuchbare Fragen umgedeutet.

Letztlich führte diese Strömung zur Gründung des ersten *experimentalpsychologischen Instituts für Psychophysik* der Welt durch Wilhelm Wundt (1885, in Guttman 1994). Zentrales Anliegen der Psychophysik war es, einen objektiven Blick ins Fremdpsychische zu erreichen und dabei subjektive Störfaktoren im Experiment zu kontrollieren bzw. auszuschließen. Obwohl selbst die Begründer der Psychophysik wie z. B. Gustav Theodor Fechner und Wundt, in Bezug auf die Objektivierung des Blicks ins Fremdpsychische skeptisch blieben und die Psychologie als die Wissenschaft der Selbstbeobachtung und Introspektion bezeichneten (Guttman 1994; Wundt 1913), blieb die akademische Psychologie weitgehend an den Idealen der klassischen Psychophysik ausgerichtet. Die Psychologie war modern, die Philosophie wurde in dieser Tendenz zunehmend als spekulativ, metaphysisch, begriffsdichterisch und insgesamt veraltet abqualifiziert.

Mit Wilhelm Dilthey unternimmt ein Vertreter der Philosophie einen ersten großen Angriff auf diese empirisierende Tendenz und startet seinerseits ein theoretisch-methodologisches Programm zur Erfassung des Seelenlebens (Dilthey 1894): Er kritisiert, dass die erklärende Psychologie im Gegensatz zu der seinerseits postulierten verstehenden Psychologie ihren Gegenstand als eine „Mechanik des Seelenlebens“ missversteht und die Beschaffenheit oder „die Konstitution der seelischen Welt nach ihren Bestandteilen, Kräften und Gesetzen genau so erklären will, wie die Physik und die Chemie die der Körperwelt erklärt“ (ebd. S. 86). Die beiden kontroversiell debattierten, sehr konträren Denkstile erklärende Psychologie und verstehende Psychologie (kurz: E- bzw. V-Denkstil-Kollektiv (Schmidt 1995, 37) sind in ihren akademischen wie berufspolitischen Auswirkungen bis heute aktuell (Slunecko 2021; Slunecko/Benetka 2023).

Allerdings waren und sind die Durchsetzungsstrategien der naturwissenschaftlich orientierten erklärenden Psychologie bzw. des E-Stil-Kollektivs sehr wirkmächtig und letztlich siegreich: Zumindest in der akademischen, naturwissenschaftlich-statistisch geprägten Psychologie setzte sich weltweit das durch, was von Vertreterinnen und Vertretern der kritischen Psychologie als Mainstream-Psychologie (Holzkamp 1980) kritisiert wird, insofern diese als eine „verengte faktorenanalytische Verhaltenswissenschaft geführt wird, deren Name Psychologie längst zum Etikettenschwindel“ geworden ist (Holzkamp 1991, 12).

Die Auseinandersetzung um die Gegenstandsbestimmung der Psychologie und ihrer Methodik sowie die Kreuzungspunkte zu Philosophie und Hermeneutik bzw. zu Biologie und (Neuro-)Physiologie sind bis heute – so sie nicht verschleiert werden – sehr aktuell und wirkmächtig: Die „Krise“ hält an. Das naturwissenschaftliche Paradigma, das im universitären Wissenschaftsbetrieb oft dominant ist, fördert eine Zersplitterung psychologischen Arbeitens in unverbundene Einzelaktivitäten wegen des Fehlens einer konsensuellen theoretisch zu bestimmenden Gegenstandsdefinition (Kirchhoff 1976; Schmidt 1995) und führt zu einem „Quasiparadigma Psychologie“, welches dem präparadigmatischen Stadium nach Kuhn (1996) vergleichbar ist. In Bezug auf die ungeklärte Frage der Gegenstandsdefinition wird hier eine pragmatisch-prozedurale Position eingenommen, die es legitim erscheinen lässt, darauf zu vertrauen, dass ein Forschungsgegenstand zwangsläufig durch seine methodische Untersuchung prozedural elaboriert wird. Die Haltung „Wir haben zwar keinen angebbaren Gegenstand, aber erfolgreiche Methoden“ des nomologischen Wissenschaftsparadigmas wird als Entlastungsrekurs auf die Methodologie heftig kritisiert (Hermann 1979; Schmidt 1995).

Die **ideengeschichtlichen Vorläufer der Psychotherapie** beziehen sich also auf philosophische, kulturwissenschaftliche Strömungen aus der Zeit rund um die Entstehung des akademischen Faches der Psychologie, welche auch für die Psychologie relevant waren/sind. Die beiden Fächer entwickelten sich aber unterschiedlich und sind – bei allen Überschneidungen – nicht identisch.

6 Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse dieser Analyse der **Unterschiede** zwischen Klinischer Psychologie und Psychotherapie beziehen sich auf vier Punkte: erstens die gemäß den Berufsgesetzen in Österreich sowie auf europäischer Ebene bestehenden Unterschiede zwischen den Ausbildungen der beiden Fächer beruhen auf **Kernkompetenz** und **Ausbildungsumfang** sowie **Ausbildungsinhalten**. Zweitens gibt es in Österreich (im Unterschied zu anderen Ländern) eine spezifische Regulierung der Zugangsvoraussetzung zu den beiden Gesundheitsberufen. Drittens gibt es einen Unterschied bzgl. der Rolle eines kohärenten Theorie-Praxis-Modells bzw. einer Rahmentheorie für die angewandten (Einzel-)Methoden, und viertens differiert ein zentrales Kernelement: das (theoretisch wie praxeologisch definierte) intersubjektive Behandlungsmodell.

Das Kapitel resümiert die gegenständliche Fragestellung mit der Schlussfolgerung, dass die Patienteninformation bezüglich der Unterschiede wichtig ist, und empfiehlt die differenzierte Berücksichtigung dieser Gesundheitsberufe in den gesundheitssystemrelevanten Planungsgrundlagen.

6.1 Unterschiede in (Umfang und Struktur) der Ausbildung

Psychotherapie ist gemäß PThG 2024 eine zeitlich umfangreiche akademische Berufsausbildung in drei Ausbildungsabschnitten mit umfassender Gleichstellung einzelner Ausbildungsabschnitte vorausgehender (Gesundheitsberufe-)Ausbildungen mit inhaltlicher Schwerpunktsetzung in den praxisorientierten Kernkompetenzen der Behandlung psychischer Erkrankungen aller, insbesondere mittlerer und schwerer Erkrankungsgrade. Sie befähigt zu einem individualisierten, die subjektive Perspektive fokussierenden emotionsorientiert-interaktionellen Behandlungsprozess (Riess 2018; Riess/Kern 2022).

Klinische Psychologie ist eine im Ausbildungsumfang kürzere Ausbildung, allerdings aufbauend auf einem konsekutiven universitären Psychologiestudium (mit 300 ECTS-Punkten). Die postgraduelle Ausbildung fokussiert laut Berufsgesetz neben Beratungsmethoden und Akutinterventionen auf die klinisch-psychologische Diagnostik und darauf aufbauende klinisch-psychologische Behandlung.

Auf europäischer Ebene ist die Zertifizierung in Psychotherapie für bereits im klinischen Arbeitsfeld qualifizierte und praxiserprobte Psychologinnen und Psychologen eine intensive, zusätzliche Ausbildung. Nur Psychologinnen und Psychologen, welche bereits das *EuroPsy-Basic-Zertifikat* mit Schwerpunkt Praxis- und Berufserfahrung im klinischen und gesundheitspsychologischen Arbeitsfeld erworben haben (vgl. Ausbildung in Klinische Psychologie in Österreich), dürfen den aufbauenden Kompetenzerwerb absolvieren. Um psychotherapeutisch arbeiten zu dürfen, ist eine weitere Ausbildung im Ausmaß von 90 ECTS innerhalb von zumindest drei Jahren mit mindestens 150 Stunden Supervision und Selbsterfahrung in den jeweiligen Psychotherapiemodellen erforderlich.

6.2 Die Frage der Zugangsvoraussetzung

Für die Klinische Psychologie ist diese Frage auf europäischer Ebene für Psychologinnen und Psychologen eindeutig gestaltet: Das *EuroPsy Certificate* ist nur postgraduell erwerbbar, nachdem bereits ein akademisches Psychologiestudium und die entsprechenden zusätzlichen Weiterbildungsschritte absolviert wurden (vgl. oben). Dieses Zertifikat ermöglicht darüber hinaus eine **darauf aufbauende ausbildungsintensive** Zertifizierung in Psychotherapie.

Die Frage der **Zugangsvoraussetzung** für den Beruf der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten wird in den unterschiedlichen Ländern verschieden diskutiert. Etliche Länder (beispielsweise Italien, Deutschland, die Schweiz und Frankreich) beschränken den Zugang zur Psychotherapieausbildung auf bestimmte vorausgehende Berufsausbildungen (etwa in Klinischer Psychologie bzw. Psychologie, Medizin und auch [Sozial-]Pädagogik) oder konzipieren diese als Weiterbildung für spezifische Berufsgruppen (Tanios/Grabenhofer-Eggerth 2018).

Oft werden ausschließlich Mediziner:innen und Psychologinnen/Psychologen sowie im Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie auch (Sozial-)Pädagoginnen und (Sozial-)Pädagogen zugelassen.

In Österreich bestehen laut PTHG 2024 für ein weiter gefasstes **Spektrum an Quellenberufen/-ausbildungen** v. a. aus der Bandbreite der **Gesundheitsberufe** – v. a. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen, Medizinisch-Technische Dienste, Hebammen, Musiktherapeutinnen/-therapeuten, Sozialpädagoginnen/-pädagogen, Sozialarbeiter:innen, Mediziner:innen – d. h. Ärztinnen und Ärzte mit weiterbildenden „PSY-Modulen“ bzw. Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und psychotherapeutische oder psychosomatische Medizin – sowie **Klinische und Gesundheitspsychologinnen/-psychologen** teilweise sehr umfangreiche **Gleichstellungen einzelner Ausbildungsabschnitte** in Bezug auf die dreiphasige akademische Psychotherapieausbildung, bestehend aus Bachelor der psychotherapeutischen Basisausbildung, Masterstudium der Psychotherapie und postgradualer psychotherapeutischer Fachausbildung (Psychotherapiegesetz 2024, §§ 11–14). Dieser Umstand ist wohl insofern dem **Gegenstand** geschuldet, als sich „der Gegenstand“ der Psychotherapie zwischen den Themenfeldern Psychologie/Pädagogik, Sozialarbeit und Medizin bzw. ergänzenden sozial- und humanwissenschaftlichen Disziplinen (z. B. Philosophie, Kunst-/Kulturwissenschaft) auffächern lässt.

Eine Zugangsbeschränkung für die Psychotherapieausbildung auf spezifische Quellenberufe kann Nachteile mit sich bringen, da sie die interdisziplinär nutzbaren Wissensbestände in der Psychotherapie reduziert. Die **Heterogenität an Quellberufen** einzuschränken limitiert auch meist die Möglichkeit der berufsbegleitenden Ausbildung, welche einerseits für eine hohe Berufszufriedenheit von Psychotherapeutinnen/-therapeuten in Österreich und andererseits für die durch **Berufserfahrung** gewonnene und im Psychotherapieberuf entscheidende Persönlichkeitsreife mitverantwortlich ist (Löffler-Stastka et al. 2019). Vorteile mögen durch eine Art der **Kompetenzverdichtung** in sich überschneidenden Ausbildungen entstehen. In Österreich fällt ein hoher Grad an **Doppelqualifikation** in Psychotherapie und Klinischer Psychologie auf, was nahelegt, dass Letztere in der Berufssozialisation oft als Basisausbildung für die **spätere Kompetenzvertiefung** in Psychotherapie gelebt wird – wie es auch auf europäischer Ebene konzipiert ist. Inwieweit die Aufnahme der klinisch-psychologischen Behandlung ins ASVG oder die Gleichstellung der abgeschlossenen klinisch-psychologischen Ausbildung mit den ersten beiden Ausbildungsabschnitten der Psychotherapieausbildung daran etwas ändern, bleibt abzuwarten.

6.3 Empfehlungen

Die im vorliegenden Bericht beschriebenen Unterschiede bezüglich Kompetenzen und Verantwortungsbereichen zwischen Psychotherapie und Klinischer Psychologie, begründet durch unterschiedliche Ausbildungsinhalte, Ausbildungsumfänge und Zielsetzungen, sind weiten Teilen der Gesellschaft nicht geläufig. Sie müssen daher auch in Broschüren und Informationsmaterialien für Hilfesuchende differenziert und verständlich dargestellt zur Verfügung gestellt werden, um Orientierung in der fragmentierten Versorgungslandschaft bieten zu können bzw. eine weitere Fragmentierung zu vermeiden.

Eine klare Darstellung der Unterschiede und Kompetenzbereiche der Gesundheitsberufe – insbesondere zwischen psychotherapeutischer Heilbehandlung und klinisch-psychologischer Behandlung, aber auch benachbarter Disziplinen wie der psychotherapeutischen Medizin ist nicht nur für Hilfesuchende, sondern auch für die Berufsgruppen selbst von Vorteil. Denn in der Realität ist die **Patientenorientierung** entscheidend: Es gibt eine Vielzahl zu versorgender psychisch Erkrankter, welche mittel- und langfristige Psychotherapie im Sinne der Heilbehandlung (begleitet von allen notwendigen Schnittstellendisziplinen) benötigen. Andererseits müssen die klinisch-psychologische Diagnostik und die darauf aufbauende ziel- und lösungsorientierte klinisch-psychologische Behandlung in der psychosozialen institutionellen Versorgung ihren festen Platz haben.

Eine entsprechende **prävalenzorientierte Versorgungsplanung** für psychisch erkrankte Personen durch Psychotherapie, Klinische Psychologie und all ihrer Nachbardisziplinen innerhalb der öffentlich finanzierten Gesundheitsversorgung sollte ins Auge gefasst werden. Naheliegend wäre dafür die Verankerung im **Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG)**.

Literatur

- Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG: 189 . Bundesgesetz vom 9. September 1955 über die Allgemeine Sozialversicherung,, BGBl.Nr.189/155, in der geltenden Fassung
- Arbeitskreis OPD (2014): OPD-2 - Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik 3 . überarb. Aufl. Hans Huber. Hogrefe, Wien
- Arbeitskreis OPD (2024): OPD-3 - Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik: Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Hogrefe AG, Göttingen
- Arrouas, Magdalena; Fleischmann, Andrea (2017): Gesundheitsziel 9. Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Barlow, David H. (2004): Psychological treatments. In: Am Psychol 59/9:869-878
- Benecke, Cord (2014): Klinische Psychologie und Psychotherapie: Ein integratives Lehrbuch. 2014 Aufl., Kohlhammer Verlag,
- BMASGPK (2024): Richtlinie für Spezialisierungen, Information zur Eintragung in die entsprechende Berufsliste. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz Wien
- Comer, R. J. (2008): Klinische Psychologie. Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg
- Corrigan, Patrick (2004): How stigma interferes with mental health care. In: Am Psychologist 59/7:614-625
- Datler, Wilfried; Drossos, Alexandra; Gornik, Elke; Korunka, Christian (2023): Akademisierung der Psychotherapie. Facultas, Wien
- Datler, Wilfried; Hochgerner, Markus; Kierein, Michael; Korunka, Christian; Pawlowsky, Gerhard; Plimon-Rohm, Sara (2024): Zur Konzeption einer dreiphasigen Psychotherapieausbildung in Österreich. In: Akademisierung der Psychotherapie. Hg. v. Datler, Wilfried et al. Facultas, Wien
- Datler, Wilfried; Hochgerner, Markus; Korunka, Christian; Löffler-Stastka, Henriette; Pawlowsky, Gerhard (2021): Disziplin, Profession und evidenzbasierte Praxis: Zur Stellung der Psychotherapie im Gesundheitssystem. Eine Bilanz. In: Psychotherapie Forum 25/1:7-21
- Devereux, Georges (1998): Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften. Psychosozial Verlag, Gießen
- Dilthey, Wilhelm (1894): Ideen über eine beschreibende und zergliedernde Psychologie. Verlag der Königlichen Akademie der Wissenschaften, Berlin
- European Association of Psychotherapy (2013): The professional competencies of a European psychotherapist [online]. https://www.europsyche.org/app/uploads/2019/05/Final-Core-Competencies-v-3-3_July2013.pdf [Zugriff am 09.09.2024]

- Fischer, Gottfried (2011): Psychotherapiewissenschaft: Einführung in eine neue humanwissenschaftliche Disziplin. Psychosozial-Verlag, Gießen (Deutschland)
- Fydrich, T; Abele-Brehm, A; Margraf, J; Schneider, S; Schulte, D; Rief, W (2015): Schlüsselkompetenzen und Lernziele für die Aus-und Weiterbildung in Psychotherapie. In: Erfolgreich in die Zukunft: Schlüsselkompetenzen in Gesundheitsberufen 219-236
- GBD 2019 Mental Disorders Collaborators (2022): Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. In: Lancet Psychiatry 9/2:137-150
- Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Brzozowska, Zuzanna; Kern, Daniela; Trauner, Florian (2022): Klinisch-psychologische Behandlung als Kassenleistung. Grobschätzung der finanziellen Auswirkungen aus Kassen- und makroökonomischer Sicht. Gesundheit Österreich GmbH, unveröffentlicht
- Grawe, Klaus; Donati, Ruth; Bernauer, Friederike (2001): Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession. 5. Auflage. Hogrefe, Wien
- Grillmeier-Rehder, Ursula (2019): Kernkompetenzen in der Integrativen Gestalttherapie. Springer, Wiesbaden
- Gruber, Beate; Dinhof, Katharina; Grabenhofer-Eggerth, Alexander (2024): Psychotherapie als Sozialversicherungsleistung – Inanspruchnahme und Finanzierung (Datenbasis 2022). Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich, Wien
- Guttman, Gisela (1994): Allgemeine Psychologie: Experimentalpsychologische Grundlagen. WUV-Universitätsverlag Wien
- Heatherington, Laurie; Barber, Jacques P; Kilcullen, J Ryan; Castonguay, Louis G; Davis, Katherine A; Barry, Peter; Kivlighan Jr, Dennis M (2023): Selecting future psychotherapists for training: A nationwide study of ideal characteristics and current practices. In: Becoming better psychotherapists: Advancing training and supervision 311–331
- Hermann, Theo (1979): Psychologie als Problem: Herausforderungen d. psycholog. Wissenschaft. Klett-Cotta, Stuttgart
- Hochgerner, Markus (2024): Positionspapier Ausbildung des Psychotherapiebeirats am BMSGPK und der psychotherapeutischen Berufsvertretungen zur Umsetzung des neuen Psychotherapiegesetzes (PthG) 2024 im Bereich Ausbildung (unveröffentlicht).
- Höfner, Claudia; Hochgerner, Markus (2022): Psychotherapeutische Diagnostik. Springer, Wien
- Holzkamp, Klaus (1980): Zu Wundts Kritik an der experimentellen Forschung des Denkens. In: Forum Kritische Psychologie 6/:156–165
- Holzkamp, Klaus (1991): Psychologie vom Subjektstandpunkt. In: Forum Kritische Psychologie 28/:5-19
- Howard, K. I.; Moras, K.; Brill, P. L.; Martinovich, Z.; Lutz, W. (1996): Evaluation of psychotherapy. Efficacy, effectiveness, and patient progress. In: Am Psychol 51/10:1059-1064

- Hoyer, Jürgen; Knappe, Susanne (2021): *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Springer, Wien
- Jaeggi, E. M. (1995): *Zu heilen die zerstoßenen Herzen: die Hauptrichtungen der Psychotherapie und ihre Menschenbilder*. Rowohlt, Reinbek
- Jandl-Jäger, Elisabeth; Presslich-Titscher, Eva; Springer-Kremser, Marianne; Maritsch, Fritz (1997): Heilen und Forschen. Zum Stand der wissenschaftlichen Psychotherapie in Österreich. In: *Psychotherapie-Forum* 1:1-7
- Kirchhoff, Gustav Robert (1976): Gegenstandslose Theorie. In: *Psychologie – Wissenschaft ohne Gegenstand?* Hg. v. Eberlein, Gerhard; Pieper, Richard. Campus, Frankfurt
- Kubinger, Klaus D. (2019): *Psychologische Diagnostik: Theorie und Praxis psychologischen diagnostizierens*. Hogrefe Verlag GmbH & Company KG
- Kuhn, Thomas S. (1996): *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. 13. Auflage. Suhrkamp Verlag, Berlin
- Lambert, Michael J (2013): The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In: *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. Hg. v. Lambert, Michael J. Aufl. 6. John Wiley & Sons, New York. S. 249-S. 169
- Löffler-Stastka, Henriette (2024): Kompetenzentwicklung und Ausbildung für eine integrierte Versorgung. In: *Zeitschrift für Hochschulentwicklung* 19/2:17-40
- Löffler-Stastka, Henriette; Gelo, Omar Carlo Gioacchino; Pleschberger, Ingrid; Hartmann, Armin; Orlinsky, David; Rønnestad, Michael Helge; Willutzki, Ulrike (2019): Psychotherapie-Berufsausbildung in Österreich: Basis- und soziodemographische Hintergrunddaten aus einer SPRISTAD-Pilotstudie (Society of Psychotherapy Research Interest Section on Therapist Training and Development). In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 65:341-352
- Löffler-Stastka, Henriette; Hassemer, Simeon; Krajcic, Karl (2023): Versorgungswirksamkeit von Psychotherapie aus Patient:innensicht. In: *psychopraxis neuropraxis* 26/3:177-180
- Löffler-Stastka, Henriette; Hochgerner, Markus (2021): Versorgungswirksamkeit von Psychotherapie in Österreich. In: *psychopraxis neuropraxis* 24/1:57-61
- Luborsky, L.; Singer, B.; Luborsky, L. (1975): Comparative studies of psychotherapies. Is it true that "everyone has one and all must have prizes"? In: *Arch Gen Psychiatry* 32/8:995-1008
- Norcross, J. C.; Wampold, B. E. (2011): Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. In: *Psychotherapy (Chic)* 48/1:98-102
- Norcross, John C. (2010): The therapeutic relationship. In: *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* 2nd/:113-141
- Norcross, John C.; Lambert, Michael J. (2011): Psychotherapy relationships that work II. In: *Psychotherapy (Chic)* 48/1:4-8

- OECD (2015): Mental Health and Work: Austria. OECD Publishing, Paris
- Orlinsky, David E; Howard, Kenneth I. (1987): A generic model of psychotherapy. In: Journal of Integrative & Eclectic Psychotherapy 1987/6:6-27
- Orlinsky, David E. (2005): Becoming and being a psychotherapist: a psychodynamic memoir and meditation. In: J Clin Psychol 61/8:999-1007
- Orlinsky, David E.; Grawe, Klaus; Parks, Barbara K. (1994): Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. In: Handbook of psychotherapy and behavior change, 4th ed. John Wiley & Sons, OxfordS. 270-376
- Orlinsky, David E.; Messina, Irene; Hartmann, Armin; Willutzki, Ulrike; Heinonen, Erkki; Rønnestad, Michael H.; Löffler-Stastka, Henriette; Schröder, Thomas (2023): Ninety psychotherapy training programmes across the globe: Variations and commonalities in an international context. In: Counselling and Psychotherapy Research 24/2:558-571
- Patera, Nikolaus; Reinsperger, Inanna (2013): Behandlung durch Klinische PsychologInnen, Übersicht zu Ausbildungserfordernissen und systematische Stakeholderanalyse zu Aufgabengebieten und Behandlungsmethoden. LBI-HTA Projektbericht Nr.: 69a. Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment, Wien
- Psychologengesetz 2013: 182. Bundesgesetz über die Führung der Bezeichnung „Psychologin“ oder „Psychologe“ und über die Ausübung der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie (Psychologengesetz 2013), BGBl 2013/182, in der geltenden Fassung.
- Psychotherapiegesetz 2024: sowie Änderung des Musiktherapiegesetzes und des Psychologengesetzes 2013 (2024): Bundesgesetz, mit dem das Psychotherapiegesetz 2024 (PThG 2024) erlassen sowie das Musiktherapiegesetz und das Psychologengesetz 2013 geändert werden, BGBl. I Nr. 49/2024
- RH (2019): Bericht zur Versorgung psychisch Erkrankter durch die Sozialversicherung. Rechnungshof Österreich, Wien
- Riess, Gabriele (2015): Praxisorientierte Psychotherapieforschung Verfahrenübergreifende, patientenorientierte Aspekte und Kompetenzentwicklung. Tagungsband zur wissenschaftlichen Fachtagung 2014. Gesundheit Österreich, Wien
- Riess, Gabriele (2016): „Was bisher geschah ...“ Prinzipien und Strategien zur Förderung der Psychotherapieforschung in Österreich. Grundsätze und Aktivitäten der Koordinationsstelle Psychotherapieforschung. In: Psychotherapie Forum 2916/21:35-43
- Riess, Gabriele (2018): Praxisorientierte Psychotherapieforschung. Leitfaden zur Förderung von Wissenschaft und Forschung in der psychotherapeutischen Ausbildung. Gesundheit Österreich, Wien
- Riess, Gabriele; Braakmann, Diana; Hochgerner, Markus; Korunka, Christian; Laireiter, Anton-Rupert; Löffler-Stastka, Henriette; Schigl, Brigitte; Wieser, Michael (2013): Psychotherapieforschung. Wissenschaftliche Beratung und Vernetzung. In: Österreich, Gesundheit (Hg.): Workshop 2012, Wien, Gesundheit Österreich / Geschäftsbereich ÖBIG

- Riess, Gabriele; Hagleitner, Joachim; Bednar, Waltraud (2012): Wirksamkeitsnachweise für Psychotherapie in der (Kranken-)Behandlung. Gesundheit Österreich, Wien
- Riess, Gabriele; Kern, Daniela (2022): HKPT. Analyse der theoretischen und empirischen Analyse der theoretischen und empirischen Forschungsmaterialien als Voraussetzungen zur Anerkennung als psychotherapeutische Ausbildungseinrichtung. Gesundheit Österreich, unveröffentlicht
- Riess, Gabriele; Kern, Daniela; Sagerschnig, Sophie (2023): Versorgungslage und zukünftiger Bedarf im Bereich Psychotherapie. Gesundheit Österreich, Wien
- Riess, Gabriele; Kern, Daniela; Valady, Sonja (2021): VersorgungsNOTwendigkeit–Versorgung in der Not. Psychotherapeutische Versorgungspraxis zwischen Mangel, physischer und virtueller Präsenz. Gesundheit Österreich, Wien
- Riess, Gabriele; Löffler-Stastka, Henriette (2022): VersorgungsNOT – Psychotherapie als zentrale, aber marginalisierte Versorgungsleistung im Gesundheitssystem. In: Psychotherapie Forum 26/:1-8
- Rudolf, Gerd (2004): Strukturbezogene Psychotherapie. Schattauer, Stuttgart
- 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
- Schmidt, Nicole (1995): Philosophie und Psychologie: Trennungsgeschichte, Dogmen und Perspektiven. Rowohlt, Wien
- Seitz, Tamara; Stastka, Kurt; Schiffinger, Michael; Rui Turk, Bela Rui; Löffler-Stastka, Henriette (2019): Interprofessional care improves health-related well-being and reduces medical costs for chronic pain patients. In: Bull Menninger Clin 83/2:105-127
- Singer, Susanne; Blanck, Julian; Scholz, Ida; Büttner, Matthias; Maier, Lena (2022): Hängen die Stundenkontingente für ambulante Psychotherapie zur Behandlung von Depressionen mit deren Schweregrad zusammen? In: Der Nervenarzt 93/11:1143-1149
- Slunecko, Thomas (1996): Einfalt oder Vielfalt in der Psychotherapie. Springer, Wien
- Slunecko, Thomas (2021): Gegen die Akademisierung der Psychotherapie aus dem Geist der Klinischen Psychologie. In: Akademisierung der Psychotherapie. Hg. v. Datler, Wilfried et al. Facultas, Wien S. 145-168
- Slunecko, Thomas; Benetka, Gerhard (2023): Geschichte und Paradigmen der Psychologie und Psychotherapie. utb, Stuttgart
- Strauß, Bernhard; Galliker, Mark; Linden, Michael; Schweitzer, Jochen (2021): Ideengeschichte der Psychotherapieverfahren. Theorien, Konzepte, Methoden. Kohlhammer, Stuttgart
- Tanios, Aida; Grabenhofer-Eggerth, Alexander (2018): EWR-Regelungen Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie, Musiktherapie. Regelungen für die genannten

Berufsgruppen in fünf Mitgliedstaaten des EWR sowie in der Schweiz. Gesundheit Österreich, Wien

Wampold, Bruce E. Qualities and actions of effective therapists [online]. American Psychological Association Washington. <https://linfraser.com/wp-content/uploads/2015/05/effective-therapists.pdf> 15.09.2024]

Wampold, Bruce E. (2015): How important are the common factors in psychotherapy? An update. In: World Psychiatry 14/3:270-277

Wancata, Johannes (2017): Prävalenz und Versorgung psychischer Krankheiten in Österreich. Wissenschaftlicher Bericht. Medizinische Universität Wien, Wien

Weiss, Susanne (2023): Gesundheitsberufe in Österreich. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

Will, Herbert (2019): Psychoanalytische Kompetenzen: Standards und Ziele für die psychotherapeutische Ausbildung und Praxis. Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Wittchen, Hans-Ulrich; Hoyer, Jürgen (2011): Was ist Klinische Psychologie? Definitionen, Konzepte und Modelle. In: Klinische Psychologie & Psychotherapie. Hg. v. Wittchen, Hans-Ulrich; Hoyer, Jürgen. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg S. 3-25

Wundt, Wilhelm (1913): Die Psychologie im Kampf ums Dasein. Alfred Kröner Verlag, Stuttgart

Zimbardo, PG; Gerrig, RJ; Hoppe-Graff, S (2003): Springer-Lehrbuch. Psychologie. Springer, Berlin

Zimmermann, Tanja; Laireiter, Anton-Rupert (2013): Externe Reviews zu LBI-HTA Projektbericht Nr. 69: "Behandlung durch Klinische PsychologInnen". externe Gutachten zu. Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment, Wien