Psychotherapie Forum (2025) 29:111–117
https://doi.org/10.1007/s00729-025-00301-6

psychotherapie forum

Kernkompetenzen und Angebotsformen der Psychotherapie und Klinischen Psychologie im Vergleich

Henriette Löffler-Stastka · Markus Hochgerner · Christian Korunka · Gabriele Rieß

Angenommen: 10. November 2025 / Online publiziert: 25. November 2025
© The Author(s) 2025

Zusammenfassung Eine differenzierte Beschreibung von Behandlungspfaden für Menschen mit psychischen Erkrankungen innerhalb der Versorgungskette im Gesundheitssystem fehlt bislang. Auf Basis der (neuen) gesetzlichen Bestimmungen in Österreich und Europa sowie ausgehend von in der Fachliteratur auffindbaren Konzeptionen (bzw. Paradigmen/Diskursen) werden Inhalt und Umfang der Ausbildung, Berufsumschreibung sowie Kernkompetenzen von zwei zentralen Professionen an den Schnittstellen der Versorgungskette, den Berufsgruppen Klinische Psychologie und Psychotherapie, dargelegt. Die Zielsetzung des vorliegenden diskursanalytischen Beitrags ist es, die Differenzen zu analysieren als Basis für eine fundierte Versorgungsplanung: Die Ergebnisse dieser Analyse der Unterschiede zwischen den beiden Berufsgruppen kann Ausgangspunkt für die Ausarbeitung von Behandlungspfaden sein. Unterschiede finden sich insbesondere in Ausbildungsumfang und Kernkompetenzen, Zugangsvoraussetzungen, der Rolle eines kohärenten Theorie-Praxis-Modells und dem Vorliegen eines intersubjektiven Behandlungsmodells. Eine differenzierte prävalenzorientierte Versorgungsplanung für Menschen mit psychischen Erkrankungen durch Psychotherapie und allen Nachbardisziplinen, vor allem Klinische Psychologie, innerhalb der öffentlich finanzierten Gesundheitsversorgung kann helfen, die Versorgung zu optimieren. Naheliegend wäre dafür die Verankerung im *Österreichischen Strukturplan Gesundheit*.

Schlüsselwörter Psychotherapie · Klinische Psychologie · Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen · Paradigmen · Ausbildungswege

H. Löffler-Stastka (✉)
Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, sowie Postgraduate Unit, Medizinische Universität Wien, Fachbeirat der Koordinationsstelle Psychotherapieforschung der GÖG (Gesundheit Österreich Gmbh), Wien, Österreich
henriette.loeffler-stastka@meduniwien.ac.at

M. Hochgerner
ÖAGG-Propädeutikum, Fachbeirat der Koordinationsstelle Psychotherapieforschung der GÖG (Gesundheit Österreich Gmbh), Wien, Österreich

C. Korunka
Fachbeitrat der Koordinationsstelle Psychotherapieforschung der GÖG (Gesundheit Österreich GmbH), Postgraduate Center an der Universität Wien, Wien, Österreich

G. Rieß
Postgraduate Program Psychotherapy Research an der Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien, Wien, Österreich

Core competencies in psychotherapy and clinical psychology

Summary A differentiated description of treatment pathways for patients within the healthcare system's care chain is currently lacking. Based on the (new) legal regulations in Austria and Europe, the content and scope of training, the job descriptions, and the respective core competencies of two central interface partners or professional groups in the care chain are presented. The results of this differentiated analysis (of the differences between the two professional groups) can serve as a starting point for the development of treatment pathways. The differences relate, firstly, to the scope of training and core competencies; the access requirements to the two healthcare professions; the role of a coherent theory-practice model; and the core element of psychotherapy—the intersubjective treatment model (defined both theoretically and praxeologically). A corresponding differenti-

ated, prevalence-oriented care planning for mentally ill individuals through psychotherapy and all neighbour disciplines should be considered in the Austrian Health Structure Plan.

Keywords Psychotherapy · Clinical Psychology · Psychotherapeutic Care · Paradigms · Training Pathways

Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und makroökonomische Auswirkungen

Die Versorgungsnot in Bezug auf psychische Erkrankungen in Österreich ist hoch: So ist etwa 30 Jahre nach Inkrafttreten des Psychotherapiegesetzes Psychotherapie als Leistung der Sozialversicherung immer noch kaum zugänglich, da der Versorgungsausbau nicht im erforderlichen – und im Sinne der *gesundheitlichen Chancengerechtigkeit* notwendigen – Ausmaß erfolgte (vgl. Arrouas und Fleischmann 2017; Rechnungshof 2019).

Die Prävalenz psychischer Erkrankungen ist hoch und stieg – pandemiebedingt – weiter an (vgl. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators 2022; OECD 2015). Von einem gesamtösterreichisch psychisch erkrankten Bevölkerungsanteil von 23,8% (Wancata 2017) bzw. 13,6 % der Patient:innen, die nach Einschätzung klinischer Expert:innen Psychotherapie benötigen, befinden sich nur rund 2,6 % in sozialversicherungs(teil)finanzierter Psychotherapie (Wancata 2017). Insgesamt erhalten je nach Schätzung zwischen 3,4 % und 9 % der Bevölkerung (Wancata 2017) Psychotherapie, die sie zumeist selbst bezahlen.

Eine deutliche Versorgungslücke fällt hinsichtlich der zur Verfügung gestellten Finanzmittel auf: Derzeit werden nur 76 Mio. € für die von psychotherapeutischen Versorgungsvereinen als Sachleistung erbrachten Psychotherapie-Leistungen bzw. 32,5 Mio. € für Kostenzuschuss-Psychotherapie im niedergelassenen Bereich und knapp 0,5 Mio. € für Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen von der Sozialversicherung zur Verfügung gestellt. Weitere 26 Mio € werden für Leistungen der psychotherapeutischen Medizin (in oft kürzeren Behandlungseinheiten) ausgegeben. Nur 1 % der Bevölkerung erhalten voll finanzierte klassische Psychotherapie im Sinne der vier psychotherapeutischen Grundorientierungen (Gruber et al. 2024).

Bereits ein moderater Versorgungsausbau in Bezug auf typische Psychotherapie im Sinne der vier psychotherapeutischen Grundorientierungen (vgl. Riess 2018; Wampold 2015) für 3,5 % der Bevölkerung würde deutlich höhere Finanzmittel erfordern (Riess et al. 2023). Die Behandlung von rund 5 % der Bevölkerung mit Psychotherapie, die in Zeit und Dosis adäquat ist (Singer et al. 2022), würde einen Versorgungsgrad bedeuten, der nach ökonomischen Berechnungen einen volkswirtschaftlichen Nutzen brächte: Der Return on Investment für jeden in Psychotherapie investierten Euro wird in der internationalen Literatur auf ein Kosten-Nutzen Verhältnis von 2,0 bis 5,5 geschätzt (Chisholm et al. 2016; Seitz et al. 2019) und würde helfen, volkswirtschaftliche Folgekosten fehlender psychotherapeutischer Versorgung zu minimieren (vgl. Löffler-Stastka und Hochgerner 2021; OECD 2015; Seitz et al. 2019).

Ausbildungsregelungen für Psychotherapie und Klinische Psychologie

Die Analyse der Berufs- und Kompetenzbeschreibungen in den beiden österreichischen Berufsgesetzen bzw. die in den Gesetzen formulierten Ausbildungsbestimmungen in Bezug auf Inhalte und Stundenumfang (als Basis für curriculare Bestimmungen vgl. Ausbildungsverordnung 2024) zeigen deutliche Unterschiede (Psychologengesetz 2013, Psychotherapiegesetz 2024a):

Die klinisch-psychologische Ausbildung ist eine postgraduale Ausbildung, welche nach absolviertem Psychologiestudium (300 ECTS) verschiedene klinisch-psychologische Theorie- und Praxisaspekte in einem supervidierten Praxisjahr vertieft, begleitet von einigen Stunden Selbsterfahrung. Sie umfasst zumindest 2098 Praxisstunden (häufig in einer stationären Einrichtung) plus 340 Einheiten praxisorientierter Theorie.

Die Psychotherapieausbildung ist hingegen eine in Umfang und Inhalt intensivere und spezifizierte Ausbildung: 180 ECTS psychotherapeutische Basisausbildung im Bachelorstudium (erster Ausbildungsabschnitt) und 120 ECTS im Masterstudium der Psychotherapie bzw. zumindest insgesamt 200 ECTS im zweiten und dritten Ausbildungsabschnitt an genuinen Psychotherapieinhalten in konsequenter Theorie-Praxis-Verknüpfung. Der dritte Ausbildungsabschnitt der postgradualen Psychotherapieausbildung (2050 h oder 82 ECTS) fokussiert auf die praktische Erprobung und Einübung der psychotherapeutischen Behandlungskompetenz durch (ein konkret definiertes Ausmaß an) eigenverantwortlich durchgeführte(n) einzelne(n) Behandlungsstunden (1000 h supervidiert im Verhältnis 1:5).

Der erste psychotherapeutische Ausbildungsabschnitt ist dem Bachelorstudium der Psychologie (wie mehreren anderen Bachelorstudien) gleichgesetzt, der erste und zweite psychotherapeutische Ausbildungsabschnitt der Ausbildung in Klinischer Psychologie oder Gesundheitspsychologie (wie weiteren ärztlichen Ausbildungen).

Europäische Psychotherapiegesellschaften (*European Association of Psychologist's Associations, EFPA*, und *European Association of Psychotherapists, EAP*) bestätigen im Wesentlichen die Reglementierung in Österreich insofern, als das *EuroPsyBasic*-Zertifikat im Bereich Clinic & Health eine kürzere, allgemeinere postgraduale Ausbildung darstellt. Das darauf aufbau-

ende *Specialist Certificate* in Psychotherapie setzt eine weiterführende, spezifizierte und auch im Umfang zeitintensivere Ausbildung voraus – es ist sogar noch zeitintensiver als die österreichische Ausbildung (EAP 2025; EFPA 2025; Psychologengesetz 2013; Psychotherapiegesetz 2024b).

Ein in den verschiedenen Ländern allerdings unterschiedlich diskutiertes bzw. unterschiedlich gelöstes Problem ist der *Zugang zur Psychotherapieausbildung*, der in vielen Ländern auf wenige Berufsgruppen (v. a. Medizin/Psychiatrie, Psychologie und tlw. Pädagogik) eingeschränkt ist.

Kernkompetenzen in der Psychotherapie

In der Berufsbeschreibung der Psychotherapie wird deutlich, dass sie auf die *individualisierte Behandlung* aller psychischen Leidenszustände und Entwicklungsaufgaben im Krankheitsbereich mit dem Ziel der selbstregulativen, selbstbestimmten und weitestgehend autonomen Lebensgestaltung fokussiert. Die *(Selbst-)Reflexionsfähigkeit* und die *(emotionale) Selbst-Regulationsfähigkeit* stechen als entscheidende Fähigkeiten hervor, 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 Patient:innen gestaltenden Behandlungsprozesses, welcher die *interpersonelle*, d. h. interaktionelle und emotionale Bezogenheit im *Behandlungsprozess* zwischen Patient:in und Psychotherapeut:in sowie die *intrapersonelle Auseinandersetzung* im zeitlich sich entwickelnden Behandlungsprozess hervorhebt.

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 h in 1–2 Jahren) oder Klinischer Psychologie (76 h in unspezifischer Methode). Auch die klare Definition des Umfangs zu *supervidierender einzelner Behandlungsstunden* mit Patient:innen (etwa im Unterschied zur allgemeinen Praxiszeit der klinisch-psychologischen Ausbildung, welche meist in einer Institution erbracht wird) zeigt, dass das Erlernen der Heilbehandlung zentraler Fokus der Psychotherapieausbildung ist (vgl. Löffler-Stastka 2024).

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 (Höfner und 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. 2024, 2021; Slunecko und Benetka 2023).

Wirkzusammenhänge in der Psychotherapie

Psychotherapie ist ein komplexes Geschehen, welches durch den psychotherapeutischen Dialog und die psychotherapeutische Beziehungsgestaltung gekennzeichnet ist (vgl. Riess 2018; Riess et al. 2023; Riess und Löffler-Stastka 2022). Das kontinuierliche, technisch sorgsame Zur-Verfügung-Stellen einer spezifischen Reflexion in Rückbindung an eine einschlägige Theorie (reflexive Kompetenz) ist ein zentraler Wirkfaktor (vgl. Arbeitskreis OPD 2014; Lambert 2013; Rudolf 2004; Strauß et al. 2021). Das Behandlungskonzept folgt einem *konsistenten Theorie-Praxis-Modell* (entlang der vier Clustermodelle psychotherapeutischen Handelns – behavioral, humanistisch, psychodynamisch, systemisch), woraus sich die Interventionslehre und das spezifische Technikwissen ableiten. Ein konsistentes Theorie-Praxis-Modell beinhaltet jedenfalls folgende Aspekte (Riess et al. 2023):

- Gesundheits-/Krankheitsmodell inkl. Ätiologie und ein Modell psychischer Entwicklung (Wachstum)
- Aufbaumodell der Psyche (Verhältnis innere/äußere Realität, Körper, Gesellschaft) und zur Beschaffenheit der psychischen Kräfte (Konflikte, Wiederholungen, Konditionierung, Aktualisierungstendenz)
- Praxeologie und Interventionslehre zu Therapiestrategie, Behandlungs-/Prozessverständnis, Ziele, Techniken (Deutung, Empathie, Akzeptanz/Kongruenz, Verstärkung)

Psychotherapie orientiert sich also am individuellen Bedarf und am *subjektiven Erleben*, d. h. an der Perspektive der Patient:innen, und ist ein diesen Aspekten entsprechender längerer Behandlungsprozess (meist mit einer wöchentlichen Frequenz über mehrere Monate, oft weit darüber hinaus). Die Zeit-Dosis-Wirkzusammenhänge sind abhängig von der Problem-/Störungslage der Patient:innen und werden in der Fachliteratur differenziert beschrieben und empirisch untermauert (Howard et al. 1996; Norcross und Wampold 2011; Norcross und Lambert 2011; Orlinsky und Howard 1987; Orlinsky et al. 1994).

Angebotsformen der Psychotherapie

Psychotherapie ist also die bewusste, geplante und umfassende Anwendung (psychotherapie-)wissen-

schaftlich fundierter Methoden zur Behandlung krankheitswertiger Störungen, Erlebens- und Verhaltensweisen im Sinne der Linderung, Stabilisierung oder Heilung sowie zum präventiven Erhalt von Gesundheit im Sinne der Reifung und Persönlichkeitsentwicklung (Psychotherapiegesetz 2024a). Psychotherapie umfasst in diesem Sinn folgende Angebote (vgl. Arbeitskreis OPD 2014; Lambert 2013; Rudolf 2004; Strauß et al. 2021):

- Erstabklärung, psychotherapeutische Diagnostik und Indikationsstellung (inkl. Befundung und ggf. Gutachtenerstellung) inkl. Prozess-/Verlaufsdiagnostik (Statusdiagnostik und Theragnostik), basierend auf psychotherapiewissenschaftlichen Gesundheits- und Krankheitsmodellen (Höfner und 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, problemerkennende, 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, 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 u. a. (ebd.):

- Förderung der Entstehung eines psychischen Krankheits- und Veränderungskonzepts, des Erkennens intrapsychischer, auch unbewußter Krankheitsfaktoren und Veränderungsressourcen/-hemmnissen
- Symptomreduktion im Sinne der Linderung oder Verbesserung psychischen Leidens, beruflicher und sozialer Funktionen (z. B. Erhöhung des GAF-Werts)
- Reflexion und Klärung von Beziehungserleben und -verhalten (z. B. zirkulärer Zusammenhänge zwischen eigenem Verhalten und äußeren Reaktionen)
- Klärung, (funktionale) Analyse, (reflektierendes) Verstehen und Neueinordnen von (inter- und intrapsychischen) Konflikten in Bezug auf den Umgang mit sich selbst und anderen
- Klärung und (funktionale) Analyse von Abwehr-, Vermeidungs- und Widerstandsformen (z. B. inkongruentes oder destruktives Verhalten, dysfunktionale Systemaufträge, innere Veränderungshemmnisse, Projektion/projektive Identifikation etc.)
- Klärung und (funktionale) Analyse sozialer, mehrgenerationaler Gruppen und Systeme (z. B. in Familien) und Veränderung der interaktionellen Strategien
- Erarbeiten bzw. Erlebbarmachen korrigierender emotionaler (Beziehungs-)Erfahrungen
- emotionale Unterstützung/supportive Behandlung zur Stärkung und Konturierung des eigenen Ich-/Selbst-/Identitätskonzepts und der damit verbundenen Ich-Funktionen der Persönlichkeitsstruktur
- Vertiefen des emotionalen Erlebens zur Erweiterung des inneren Spielraums im Umgang mit Affekten, Spannungs-/Erregungszuständen im Sinne des kongruenten, sich aktualisierenden Selbst
- Konfrontation und Exposition mit symptomauslösenden Situationen, Gedanken, Haltungen und aktive Anleitung zur Umsetzung (z. B. aus der Verhaltensanalyse) erworbener Erkenntnisse, emotionaler Einsichten, kognitiver Problemlösungsstrategien

Kernkompetenzen in der Klinischen Psychologie

Die klinisch-psychologische Beratung bzw. Behandlung baut auf der klinisch-psychologischen Diagnostik (Psychologengesetz 2013) und daraus abgeleiteten Empfehlungen auf. Sie ist meist von kürzerer Dauer, typischerweise während eines stationären Aufenthalts bzw. in einer poststationären Phase oder in einer (Krisen-)Beratung (beispielsweise 5–15 Einheiten). Die Angebotsformen der Klinischen Psychologie richten sich v. a. an meist akut oder rehabilitativ stationär behandelte Patient:innen mit somatischen (meist neurologischen) Erkrankungen mit psychischem Impact (z. B. Gedächtnistraining bei Demenzerkrankung oder nach einem Schlaganfall, psychisch relevante Unfallfolgenbewältigung, Psychoonkologie, Krisen-, Sucht-, Adipositas-Beratung bzw. psychosoziale Beratung sowie Angehörigenarbeit) (Comer 2008; EFPA 2025; Hoyer und Knappe 2021; Weiss 2023; Zimbardo und Gerrig 2003).

Wirkzusammenhänge und Klinische Psychologie

Die *programmatischen, stark strukturiert-anleitenden bzw. kognitiv-strukturierenden und problemlösungs- und zielorientierten Beratungs- und Behandlungsformen* (vgl. Beratung, Begleitung, Übung, Training) im Sinne der *supportiv-unterstützenden Stabilisierung* (Coping) und des Erwerbs von *Basisfertigkeiten* (Skills zur Alltags-/Lebens-/Freizeitbewältigung) werden *nicht* aus einheitlichen Theorie-Praxis-Modellen abgeleitet (fehlende Rahmentheorie, Eklektizismus), sondern beziehen sich auf verschiedene aus unterschiedlichen (z. B. psychotherapeutischen) Modellen entlehnte (setting-/störungsspezifische) *Einzeltechniken*. Da sie auf unterschiedlich elaborierten Konzepten gründen bzw. eine einheitliche Fachdefinition (der klinisch-psychologischen Behandlung) fehlt, kann die Aussagekraft bzw. Vergleichbarkeit empirischer Untersuchungen eingeschränkt sein (Sagerschnig et al. 2020).

Angebotsformen der Klinischen Psychologie

Klinische Psychologie wird traditionell im *stationären* Setting (Akut- und Reha-Bereich) sowie in psychosozialen Beratungseinrichtungen (z. B. Kriseninterventionen) angewendet.

Klinisch-psychologische Behandlung umfasst folgende Angebotsformen (Comer 2008; EFPA 2025; Hoyer und Knappe 2021; Weiss 2023; Zimbardo und Gerrig 2003):

- Klinisch-psychologische Diagnostik im Bereich der Leistungs-, Intelligenz- und Persönlichkeitsdiagnostik in den unten angeführten Störungsgruppen, basierend auf den psychologischen Modellen
- Klinisch-psychologische Behandlung (häufig im stationären Setting) im Sinne von
  - Training von Kognition, Gedächtnis, Aufmerksamkeit/Wahrnehmung, Konzentration und Bewältigung (Coping) spezieller neurologischer Krankheitsbilder
  - Coping- und Compliance-Förderung in der medizinischen Behandlung somatischer Krankheitsbilder mit psychischem Impact
  - Psychoedukation, kognitiv ausgerichtete bzw. ziel- und lösungsorientierte Beratungs-Behandlung zur Verhaltensmodifikation
  - Skills-Training, Kompetenztraining (stark strukturierte Programmeinheiten), z. B. sozial-kommunikatives Kompetenztraining, Aktivitätstraining/Ressourcenaktivierung
  - Psychophysiologie und imaginative Techniken: stark strukturierte Anleitungen (Erregungsdruckverringerung und Regulation), z. B. Achtsamkeitstraining, Biofeedback, progressive Muskelentspannung, autogenes Training zur Schmerz- oder Stressbewältigung
  - Kompetenzerwerb in der Lebens-/Alltagsbewältigung
  - Begleitung zu einer psychiatrisch-psychopharmakologischen Behandlung (Vorbereitung für eine ggf. weiterführende Psychotherapie)
  - Begleitung zur Vermeidung der Krankheitsverschlechterung bei chronifizierten (sozial-) psychiatrischen Patient:innen (Alltags- und Lebensbewältigung).

Diskussion, Schlussfolgerungen und Empfehlung: Patient:inneninformation und prävalenzorientierte Versorgungsplanung innerhalb der Versorgungskette

Die beiden Fächer Psychotherapie und Klinische Psychologie entwickelten sich ideengeschichtlich bei ähnlichen Wurzeln sehr unterschiedlich (Riess 2024) und sind – bei allen Überschneidungen – ***nicht*** identisch. Die Unterschiede beziehen sich auf vier Punkte:

1. Die gemäß den Berufsgesetzen in Österreich sowie auf europäischer Ebene bestehenden Unterschiede zwischen den Ausbildungen der beiden Fächer beruhen auf unterschiedlichen Kernkompetenzen und Ausbildungsinhalten sowie verschieden langem Ausbildungsumfang.
2. In Österreich gibt es (im Unterschied zu anderen Ländern) eine spezifische Regulierung der Zugangsvoraussetzung zu den beiden Gesundheitsberufen.
3. Es besteht ein Unterschied bzgl. der Rolle eines kohärenten Theorie-Praxis-Modells bzw. einer Rahmentheorie für die angewandten (Einzel-)Methoden.
4. Das zentrale Kernelement, das (theoretisch wie praxeologisch definierte) intersubjektive Behandlungsmodell, welches auf einen *Behandlungsprozess* abzielt, stellt eine deutliche Differenz dar.

Die beschriebenen Unterschiede in Kernkompetenzen (Berufsbild, Behandlungsverständnis), Angebotsformen und Ausbildungs- inkl. Zugangsbestimmungen sollten (von Regulierungs- und Versorgungsverantwortlichen) differenziert und verständlich dargestellt werden, um Verwirrung und falsche Erwartungshaltungen (auf Patient:innenenseite) zu vermeiden (Löffler-Stastka 2025). Eine entsprechende prävalenzorientierte Versorgungsplanung für Menschen mit psychischen Erkrankungen durch Psychotherapie und all ihre Nachbardisziplinen wie v. a. Klinische Psychologie innerhalb der *öffentlich finanzierten* Gesundheitsversorgung sollte ins Auge gefasst werden. Naheliegend wäre dafür die Verankerung im *Österreichischen Strukturplan Gesundheit* (ÖSG). Dabei könnten entsprechende Behandlungspfade (vgl. Löffler-Stastka und Wadowski 2025) für Patient:innen aller Störungsgruppen in allen Settings (intra-/extramural und ambulant) basierend auf den hier differenzierten – curricular verankerten – Kernkompetenzen und An-

gebotsschwerpunkten innerhalb der Versorgungskette ausgearbeitet werden.

Psychotherapie als Heilbehandlung innerhalb eines Behandlungsprozesses ist abgrenzbar von psychosozialer und psychoedukativer Beratung. Diese Abgrenzung ist notwendig im Sinne der Patient:inneninformation. Die hilfreiche Veränderung durch Psychotherapie hängt davon ab, wie die individuell abgestimmten psychotherapeutischen Interventionen in der psychotherapeutischen Beziehung subjektiv verarbeitet und langfristig im Prozess genutzt werden können. Die Subsumption von Heilbehandlung unter einen verkürzten Beratungsbegriff ist nicht zielführend. Präventive Angebote können den dringend notwendigen Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung nicht ersetzen (Arrouas und Fleischmann 2017; Rechnungshof 2019). Denn in der Realität ist die Patient:innenorientierung entscheidend: Es gibt eine Vielzahl von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die mittel- und langfristige Psychotherapie im Sinne der Heilbehandlung (begleitet von allen notwendigen Schnittstellendisziplinen) benötigen (Löffler-Stastka et al. 2024). Anderseits müssen die komplementären Angebote der klinisch-psychologischen Diagnostik und darauf aufbauende ziel- und lösungsorientierte (Behandlungs-)Angebote in der psychosozialen institutionellen Versorgung (beispielsweise in zahlreichen psychosozialen Beratungsstellen und Versorgungseinheiten) ihren festen Platz haben.

Funding Open access funding provided by Medical University of Vienna.

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

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

Literatur

Arbeitskreis, O. P. D. (2014). *OPD-2 – Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik* (3. Aufl.). Wien: Huber Hogrefe.

Arrouas, M., & Fleischmann, A. (2017). *Gesundheitsziel 9. Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.

Ausbildungsverordnung (2024): Psychotherapie-Ausbildungs-, Approbationsprüfungs- und Qualitätssicherungs-Verordnung 2024: Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz über die Psychotherapie-Ausbildung, Approbationsprüfung und Qualitätssicherung 2024 (Psychotherapie-Ausbildungs-, Approbationsprüfungs- und Qualitätssicherungs-Verordnung – PTh-AAQV 2024).

Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry*, *3*, 415–424. https://doi.org/10.1016/S2215–0366(16)30024-4.

Comer, R. J. (2008). *Klinische Psychologie*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.

Datler, W., Hochgerner, M., Korunka, C., Löffler-Stastka, H., & Pawlowsky, G. (2021). Disziplin, Profession und evidenzbasierte Praxis: Zur Stellung der Psychotherapie im Gesundheitssystem. Eine Bilanz. *Psychotherapie Forum*, *25*(1), 7–21.

Datler, W., Hochgerner, M., Kierein, M., Korunka, C., Pawlowsky, G., & Plimon-Rohm, S. (2024). Zur Konzeption einer dreiphasigen Psychotherapieausbildung in Österreich. In W. v. Datler, et al. (Hrsg.), *Akademisierung der Psychotherapie*. Wien: facultas.

EAP (2025). European Association of Psychotherapists. https://www.europsyche.org/. Zugegriffen: 20. Mai 2025.

EFPA (2025). European Federation of Psychologists' Associations. https://www.efpa.eu/who-we-are. Zugegriffen: 20. Mai 2025.

GBD 2019 Mental Disorders Collaborators (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*, *9*(2), 137–150.

Gruber, B., Dinhof, K., & Grabenhofer-Eggerth, A. (2024). *Psychotherapie als Sozialversicherungsleistung – Inanspruchnahme und Finanzierung (Datenbasis 2022). Wissenschaftlicher Ergebnisbericht*. Wien: Gesundheit Österreich.

Höfner, C., & Hochgerner, M. (2022). *Psychotherapeutische Diagnostik*. Wien: Springer.

Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z., & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy. Efficacy, effectiveness, and patient progress. *Am Psychol*, *51*(10), 1059–1064.

Hoyer, J., & Knappe, S. (2021). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Wien: Springer.

Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. v. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. Aufl. S. 249–169). New York: Wiley.

Löffler-Stastka, H. (2024). Kompetenzentwicklung und Ausbildung für eine integrierte Versorgung. *Zeitschrift für Hochschulentwicklung*, *19*(2), 17–40. https://doi.org/10.21240/zfhe/19-2/02. Themenheft 19/2 „Beiträge wissenschaftlicher Weiterbildung zur Hochschulentwicklung" der ZFHE.

Löffler-Stastka, H. (2025). Sind wir bereit für Unkontrollierbarkeiten? Von der Unsicherheit zum epistemischen Vertrauen. In W. J. Stronegger & R. Lutz (Hrsg.), *Wem gehört der Körper? Gesundheit zwischen Selbstbestimmung und öffentlicher Fürsorge*. Reihe Bioethik in Wissenschaft und

Gesellschaft, (Bd. 17, S. 221–236). Baden-Baden: Nomos. https://doi.org/10.5771/9783748943822-221.
Löffler-Stastka, H., & Hochgerner, M. (2021). Versorgungswirksamkeit von Psychotherapie in Österreich. *psychopraxis neuropraxis*, *24*(1), 57–61.
Löffler-Stastka, H., & Wadowski, P. P. (2025). Behandlungspfade, optimale Versorgung durch Digitalisierung – einmal anders. *psychopraxis.neuropraxis*, *28*, 190–195. https://doi.org/10.1007/s00739-025-01101-y.
Löffler-Stastka, H., Freilinger, S., Gonaus, M., Handlbauer, B., Hornung-Ichikawa, E., Horvath, E., Kirchner, B., Posch, K., Sachs-Erfurth, G., Schnegg, S., Wachter, C., & Windhager, M. (2024). Psychotherapeutische Versorgung mit hochfrequenten und längerfristigen (psychodynamischen/psychoanalytischen) Behandlungen: Was sind die Vorteile? *Psychotherapie Forum*, *28*, 98–104. https://doi.org/10.1007/s00729-024-00264-0. Tiefenpsychologisch-Psychoanalytische Dachgesellschaft (tpd).
Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, *48*(1), 4–8.
Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, *48*(1), 98–102.
OECD (2015). *Mental health and work: Austria*. Paris: OECD Publishing.
Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative & Eclectic Psychotherapy*, *1987*(6), 6–27.
Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. In *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4. Aufl. S. 270–376). Oxford: Wiley.
Psychologengesetz 2013 Bundesgesetz über die Führung der Bezeichnung „Psychologin“ oder „Psychologe“ und über die Ausübung der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie (Psychologengesetz 2013). BGBI. I Nr. 182/2013/ in der geltenden Fassung.
Psychotherapiegesetz 2024 Bundesgesetz über die Ausübung der Psychotherapie (Psychotherapiegesetz 2024 – PThG 2024) Kundmachungsorgan: BGBl. I Nr. 49/2024. BGBl. I Nr. 49/2024
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
Rechnungshof (2019). *Bericht zur Versorgung psychisch Erkrankter durch die Sozialversicherung*. Wien: Rechnungshof Österreich.
Riess, G. (2018). *Praxisorientierte Psychotherapieforschung. Leitfaden zur Förderung von Wissenschaft und Forschung in der psychotherapeutischen Ausbildung*. Wien: Gesundheit Österreich.
Riess, G. (2024). Psychotherapie und Klinische Psychologie. Kritische Betrachtung eines alten Spannungsverhältnisses. *Feedback – Zeitschrift für Gruppentherapie und Beratung*, *13*(1)., .
Riess, G., & Löffler-Stastka, H. (2022). VersorgungsNOT – Psychotherapie als zentrale, aber marginalisierte Versorgungsleistung im Gesundheitssystem. *Psychotherapie Forum*, *26*, 1–8.
Riess, G., Kern, D., & Sagerschnig, S. (2023). *Versorgungslage und zukünftiger Bedarf im Bereich Psychotherapie*. Wien: Gesundheit Österreich.
Rudolf, G. (2004). *Strukturbezogene Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
Sagerschnig, S., Antony, D., Grabenhofer-Eggerth, A., Kern, D., & Pentz, R. (2020). *Evidenzanalyse zur Wirksamkeit therapeutischer Leistungen, die in Österreich häufig von Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen bei ausgewählten Diagnosen erbracht werden*. Wien: Gesundheit Österreich.
Seitz, T., Stastka, K., Schiffinger, M., Turk, R., Rui, B., & Löffler-Stastka, H. (2019). Interprofessional care improves health-related well-being and reduces medical costs for chronic pain patients. *Bull Menninger Clin*, *83*(2), 105–127.
Singer, S., Blanck, J., Scholz, I., Büttner, M., & Maier, L. (2022). Hängen die Stundenkontingente für ambulante Psychotherapie zur Behandlung von Depressionen mit deren Schweregrad zusammen? *Nervenarzt*, *93*(11), 1143–1149.
Slunecko, T., & Benetka, G. (2023). *Geschichte und Paradigmen der Psychologie und Psychotherapie*. Stuttgart: utb.
Strauß, B., Galliker, M., Linden, M., & Schweitzer, J. (2021). *Ideengeschichte der Psychotherapieverfahren. Theorien, Konzepte, Methoden*. Stuttgart: Kohlhammer.
Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, *14*(3), 270–277.
Wancata, J. (2017). *Prävalenz und Versorgung psychischer Krankheiten in Österreich. Wissenschaftlicher Bericht*. Wien: Medizinische Universität Wien.
Weiss, S. (2023). *Gesundheitsberufe in Österreich*. Wien: BMSGPK. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
Zimbardo, P. G., & Gerrig, R. J. (2003). *Psychologie*. Berlin: Springer.

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