



MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Gesundheitsreformen in der psychotherapeutischen Versorgung
innerhalb des österreichischen Gesundheitssystems und deren
wahrgenommenen Auswirkungen – Eine Mixed-Methods-Studie

verfasst von | submitted by
Jasmin Reiter BSc (WU)

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien | Vienna, 2026

Studienkennzahl lt. Studienblatt | Degree
programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 066 589

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Internationale Entwicklung

Betreut von | Supervisor:

Mag. Dr. Magdalena Eitenberger BA MA

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich all jenen danken, die mich während des gesamten Arbeitsprozesses unterstützt und begleitet haben.

Mein besonderer Dank gilt meinen Eltern, die mich über viele Jahre hinweg sowohl emotional als auch in meinem Bildungsweg stets unterstützt haben und mir damit die Grundlage für diese Arbeit ermöglichten. Ebenso danke ich meinem Lebensgefährten für seine Geduld, sein Verständnis und seine kontinuierliche Unterstützung während der oft intensiven Arbeitsphasen. Ebenso möchte ich meinen Freundinnen und Freunden danken, die mir mit Zuspruch, Ablenkung, Motivation und wertvollem Rückhalt außerhalb des akademischen Alltags beigestanden haben.

Ein besonderer Dank gilt meiner Betreuerin für die fachliche Begleitung, die konstruktiven Rückmeldungen und die inhaltlichen Impulse, die maßgeblich zur Schärfung der Fragestellung und zur Weiterentwicklung der Arbeit beigetragen haben.

Nicht zuletzt danke ich den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die sich bereit erklärt haben, an den Interviews teilzunehmen. Ihre Offenheit, ihr Engagement und ihre Expertise haben diese Arbeit erst möglich gemacht und stellen den zentralen empirischen Beitrag der vorliegenden Untersuchung dar.

Abstract

Die vorliegende Masterarbeit untersucht die Auswirkungen aktueller Gesundheitsreformen in Österreich auf die psychotherapeutische Versorgung. Im Zentrum steht die Frage, inwiefern diese Reformen zu strukturellen Veränderungen geführt haben und welche Konsequenzen sich daraus insbesondere für den Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen, die berufliche Praxis psychotherapeutischer Fachkräfte sowie die Wahrnehmung dieser Veränderungen ergeben.

Theoretisch ist die Arbeit in einem interdisziplinären Rahmen verortet, der regulationstheoretische Ansätze, insbesondere Joachim Hirschs staatstheoretischen Ansatz, mit Michel Foucaults Konzept der Biopolitik und Biomacht sowie Antonio Gramscis Theorie des integralen Staates verbindet. Diese Perspektiven ermöglichen es, gesundheitspolitische Reformen nicht nur als politisch-institutionelle Maßnahmen, sondern als Ausdruck gesellschaftlicher Macht-, Steuerungs- und Aushandlungsprozesse zu analysieren.

Methodisch folgt die Arbeit einem Mixed-Methods-Design. Quantitativ basiert die Untersuchung auf einer standardisierten Online-Befragung, deren Daten mittels Pearson-Korrelationen ausgewertet wurden. Qualitativ wurden leitfadengestützte problem-zentrierte Expert:inneninterviews mit Psychotherapeut:innen durchgeführt und mithilfe einer inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz ausgewertet.

Die Ergebnisse zeigen, dass trotz formaler Reformbemühungen weiterhin erhebliche Zugangshürden zur psychotherapeutischen Versorgung bestehen. Insbesondere finanzielle Barrieren, begrenzte kassenfinanzierte Therapieplätze, regionale Disparitäten sowie bürokratische Anforderungen prägen die Versorgungspraxis. Gleichzeitig verdeutlichen die Interviews Spannungsfelder zwischen gesundheitspolitischen Steuerungslogiken, berufspolitischen Interessen und den tatsächlichen Versorgungsrealitäten. Die Arbeit leistet damit einen Beitrag zum Verständnis psychotherapeutischer Versorgung als reguliertes, biopolitisch gerahmtes und hegemonial umkämpftes Feld innerhalb des österreichischen Gesundheitssystems.

This master's thesis examines the impact of recent health care reforms in Austria on the provision of psychotherapeutic services. The study focuses on the extent to which these reforms have led to structural changes and explores their implications for access to psychotherapy, the professional practice of psychotherapists, and the perception of these changes by key actors.

The theoretical framework combines regulation theory, with particular emphasis on Joachim Hirsch's state-theoretical approach, Michel Foucault's concepts of biopolitics and biopower, and Antonio Gramsci's theory of the integral state. This interdisciplinary approach allows health policy reforms to be analyzed not merely as political institutional measures, but as expressions of broader power relations, regulatory mechanisms, and hegemonic struggles within society.

Methodologically, the study follows a mixed-methods design. The quantitative component is based on a standardized online survey, and the resulting data were analysed using Pearson correlation coefficients. The qualitative component consists of semi-structured problem-centred expert interviews with psychotherapists, which were analyzed using a qualitative content analysis following Kuckartz.

The findings indicate that despite formal reform efforts, substantial barriers to accessing psychotherapeutic care persist. Financial constraints, limited availability of publicly funded therapy places, regional disparities, and bureaucratic procedures continue to shape the provision of services. The qualitative results further reveal tensions between health policy steering mechanisms, professional interests, and everyday care practices. Overall, the thesis contributes to a deeper understanding of psychotherapeutic care as a regulated, biopolitically framed, and hegemonically contested field within the Austrian health care system.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	4
Tabellenverzeichnis	4
Abkürzungsverzeichnis	4
1. Einleitung.....	6
2. Das Gesundheitssystem in Österreich	8
2.1. Aufbau und Struktur	9
2.2. Zugang und Nutzung	11
2.3. Psychotherapie als Teil des österreichischen Versorgungssystems.....	14
2.4. Finanzierungsstrukturen des österreichischen Gesundheitssystems	16
2.5. Finanzierung psychotherapeutischer Leistungen	17
2.6. Exkurs: Rolle der privaten Krankenversicherung und ihre Bedeutung für die psychotherapeutische Versorgung	21
3. Theoretischer Rahmen der Arbeit	23
3.1. Die Regulationstheorie	23
3.3. Biopolitik und Biomacht nach Michel Foucault	31
3.5. Psychotherapie als Feld von Regulation, Biopolitik und Hegemonie	37
4. Forschungsdesign: Mixed-Methods-Ansatz.....	40
4.1. Online-Umfrage	41
4.2. Expert:inneninterviews mit Psychotherapeut:innen	44
4.3. Datenerhebung, Stichprobe und Rekrutierung	46
4.4. Quantitative Datenauswertung: Pearson-Korrelation.....	49
4.5. Qualitative Datenauswertung: Qualitative Inhaltsanalyse nach Udo Kuckartz.....	52
4.6. Gütekriterien.....	55
4.7. Ethische Aspekte und Datenschutz.....	55
4.8. Reformkontext und Governance	56
5. Ergebnisse und Diskussion.....	57
5.1. Qualitative Ergebnisse.....	57
5.1.1. Politische Voraussetzungen.....	58

5.1.2.	Kostenübernahme und finanzielle Barrieren.....	62
5.1.3.	Pandemiebedingte Veränderungen	67
5.1.4.	Bürokratische Prozesse	71
5.1.5.	Zugangshürden zur psychotherapeutischen Versorgung	74
5.1.6.	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	79
5.2.	Quantitative Ergebnisse	83
5.3.	Diskussion.....	91
6.	Conclusio.....	96
6.1.	Policy- und Handlungsempfehlungen im Kontext bestehender Reforminstrumente	98
6.2.	Limitationen der vorliegenden Arbeit	101
6.3.	Forschungsempfehlungen	103
6.4.	Abschließende Einordnung.....	104
7.	Literaturverzeichnis	105
8.	Anhang.....	115

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse	53
Abbildung 2: Geschlechtsverteilung	84
Abbildung 3: Verteilung der höchsten abgeschlossenen Bildungsform	85
Abbildung 4: Verteilung der aktuellen beruflichen Situation	86
Abbildung 5: Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Hilfe	87

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Die 5 Sozialversicherungsträger in Österreich	13
Tabelle 2: Interviewpartner:innen	47
Tabelle 3: Signifikanz-Codes und zugehörige p-Wert-Bereiche	88
Tabelle 4: Pearson-Korrelationen zwischen Q6 und den Items Q7-Q15	88

Abkürzungsverzeichnis

AGES	Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BMASGPK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BVAEB	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
DRG	Diagnosebezogene Fallgruppen
IAT	Inanspruchnahme von Therapieangeboten
LKF	Leistungsorientiertes Krankenanstaltenfinanzierungssystem
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PThG	Psychotherapiegesetz
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
SVS	Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen

1. Einleitung

Psychische Gesundheit hat in den vergangenen Jahren zunehmend an gesellschaftlicher und gesundheitspolitischer Bedeutung gewonnen. Steigende Prävalenzen psychischer Erkrankungen, verstärkte öffentliche Aufmerksamkeit sowie die Erfahrungen der COVID-19-Pandemie haben bestehende Versorgungsstrukturen sichtbar unter Druck gesetzt. In Österreich ist Psychotherapie zwar gesetzlich als Teil des Gesundheitssystems anerkannt, dennoch bestehen weiterhin erhebliche Herausforderungen hinsichtlich Zugang, Finanzierung und regionaler Verfügbarkeit psychotherapeutischer Leistungen.

Vor diesem Hintergrund wurden in den vergangenen Jahren mehrere gesundheits- und sozialpolitische Reformen umgesetzt, die auch die psychotherapeutische Versorgung betreffen. Dazu zählen unter anderem Reformen der finanziellen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Versorgung, die Zielsteuerung-Gesundheit sowie aktuelle gesetzliche Neuerungen im Psychotherapiegesetz. Diese Reformen verfolgen offiziell das Ziel, Versorgungslücken zu reduzieren, Qualität zu sichern und den Zugang zu Leistungen zu verbessern. Inwiefern diese Zielsetzungen jedoch tatsächlich erreicht werden und wie sich Reformen auf die konkrete Versorgungspraxis auswirken, ist bislang nur unzureichend empirisch untersucht.

Die vorliegende Arbeit geht daher der folgenden Forschungsfrage nach:

Inwiefern haben die aktuellen Gesundheitsreformen in Österreich zu strukturellen Veränderungen in der psychotherapeutischen Versorgung geführt und welche Auswirkungen ergeben sich daraus insbesondere für den Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen, die berufliche Praxis psychotherapeutischer Fachkräfte sowie die Wahrnehmung dieser Veränderungen?

Über den nationalen Kontext hinaus ist die vorliegende Arbeit auch für die Internationale Entwicklung von Relevanz. Die Analyse der österreichischen Reformen im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung bietet Anknüpfungspunkte für internationale gesundheits- und entwicklungspolitische Debatten, insbesondere im Hinblick auf Fragen der Integration psychischer Gesundheit in öffentliche Gesundheitssysteme, der Finanzierung psychosozialer Leistungen sowie der Zugangsgerechtigkeit. Gerade viele Entwicklungs- und Schwellenländer stehen vor

vergleichbaren Herausforderungen, wenn es darum geht, psychische Gesundheitsleistungen institutionell zu verankern, nachhaltig zu finanzieren und einen sozial gerechten Zugang sicherzustellen.

Die wachsende internationale Bedeutung psychischer Gesundheit wird unter anderem durch die zunehmende Berücksichtigung dieses Themenfeldes in globalen gesundheitspolitischen Strategien deutlich. Internationale Organisationen wie die Weltgesundheitsorganisation betonen psychische Gesundheit zunehmend als zentrale Voraussetzung für gesellschaftliche Teilhabe, soziale Stabilität und nachhaltige Entwicklung. In diesem Zusammenhang ist die Arbeit eng mit den Nachhaltigen Entwicklungszielen der Vereinten Nationen verknüpft, insbesondere mit SDG 3 „Gesundheit und Wohlergehen“, das einen universellen und gleichberechtigten Zugang zu qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung fordert. Aspekte wie Versorgungsgerechtigkeit, institutionelle Steuerung und finanzielle Zugänglichkeit, die im Zentrum dieser Masterarbeit stehen, sind daher auch auf globaler Ebene zentrale Gegenstände entwicklungspolitischer Aushandlungsprozesse.

Durch den gewählten Mixed-Methods-Ansatz, der eine systemische Reformanalyse mit individuellen Wahrnehmungs- und Erfahrungsperspektiven kombiniert, leistet die Arbeit nicht nur einen Beitrag zur Analyse der österreichischen Versorgungssituation, sondern eröffnet auch einen empirisch fundierten Zugang zur Frage der Übertragbarkeit gesundheitspolitischer Reformansätze auf andere nationale Kontexte. Österreichische Maßnahmen wie der Ausbau digitaler Gesundheitsangebote, die Stärkung psychosozialer Zielstrukturen sowie Reformen der Kostenerstattung können dabei als mögliche Referenzmodelle für Staaten mit vergleichbarer Systemarchitektur dienen. Gleichzeitig verdeutlicht die Analyse, dass nationale Reformprozesse zunehmend im Spannungsfeld internationaler Rahmenbedingungen stattfinden und von globalen gesundheitspolitischen Leitlinien, europäischen Steuerungsmechanismen und transnationalen Versorgungstrends beeinflusst werden. Die Arbeit versteht diese Wechselwirkungen als integralen Bestandteil internationaler Entwicklungsprozesse und zielt darauf ab, aus der österreichischen Fallstudie international anschlussfähige Erkenntnisse und Handlungsperspektiven abzuleiten.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage ist die Arbeit wie folgt aufgebaut:

Das zweite Kapitel bietet einen Überblick über das österreichische Gesundheitssystem mit besonderem Fokus auf Struktur, Finanzierung und Organisation

psychotherapeutischer Versorgung. Ziel ist es, den institutionellen und gesundheitspolitischen Kontext darzustellen, in dem psychotherapeutische Leistungen erbracht werden.

Der dritte Abschnitt entwickelt den theoretischen Rahmen der Arbeit. Aufbauend auf der Regulationstheorie und Joachim Hirschs staats-theoretischem Ansatz sowie auf Michel Foucaults Konzepten der Biopolitik und Biomacht und Antonio Gramscis Theorie des integralen Staates wird ein analytisches Instrumentarium entwickelt, das gesundheitspolitische Reformen als Ausdruck gesellschaftlicher Macht-, Steuerungs- und Aushandlungsprozesse verständlich macht.

Das vierte Kapitel beschreibt das Forschungsdesign der Arbeit. Neben dem Mixed-Methods-Ansatz werden Datenerhebung, Stichprobe sowie die eingesetzten quantitativen und qualitativen Auswertungsverfahren beschrieben. Zudem werden Gütekriterien, ethische Aspekte und datenschutzrechtliche Überlegungen thematisiert.

In Kapitel fünf werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung präsentiert und diskutiert. Die qualitativen und quantitativen Befunde werden systematisch dargestellt und in Beziehung zueinander gesetzt. Die Diskussion erfolgt theoriegeleitet und bezieht die im theoretischen Rahmen entwickelten Konzepte ein.

Abschließend fasst Kapitel sechs die zentralen Ergebnisse der Arbeit zusammen und ordnet sie im Hinblick auf die Forschungsfrage ein. Darüber hinaus werden Policy- und Handlungsempfehlungen formuliert, Limitationen der Studie reflektiert sowie Ansatzpunkte für zukünftige Forschung herausgearbeitet. Zum Abschluss erfolgt eine übergeordnete Einordnung der Ergebnisse im Kontext aktueller gesundheitspolitischer Entwicklungen in Österreich.

2. Das Gesundheitssystem in Österreich

Das österreichische Gesundheitssystem ist durch eine nahezu vollständige Krankenversicherungsdeckung der Bevölkerung sowie einen breiten Zugang zu medizinischen Leistungen gekennzeichnet. Die Versorgung basiert überwiegend auf öffentlichen und verpflichtenden Finanzierungsmechanismen, die einen hohen Anteil der Gesundheitsausgaben abdecken. Im internationalen Vergleich weist Österreich zudem einen geringen Anteil an nicht gedecktem medizinischem Versorgungsbedarf auf, was auf eine grundsätzlich hohe formale Zugänglichkeit des Gesundheitssystems hinweist. Gleichzeitig ist das System durch eine komplexe, historisch gewachsene

institutionelle Fragmentierung geprägt, die komplexe Zuständigkeiten und parallele Steuerungslogiken erzeugt (vgl. OECD & World Health Organization 2022: 8, 14; OECD 2025). Um das System in seiner Funktionsweise zu verstehen, ist zunächst ein Blick auf die grundlegende Struktur und die zentralen Akteur:innen erforderlich.

2.1. Aufbau und Struktur

Die politischen und organisatorischen Zuständigkeiten verteilen sich auf Bundes- und Landesebene, wobei viele Aufgaben an Selbstverwaltungsorgane wie die Sozialversicherung und Berufsverbände delegiert sind. Die Gesetzgebung erfolgt vorrangig auf Bundesebene, insbesondere durch das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK). Die Länder sind hauptsächlich für die stationäre und spitalsambulante Versorgung zuständig, während die extramurale Versorgung überwiegend von der Sozialversicherung getragen und über Gesamtverträge mit den Interessenvertretungen der Gesundheitsdienstleister:innen geregelt wird (vgl. Bachner et al. 2019: 18f.). Die Sozialversicherungsträger, bestehend aus der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) und Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS), verhandeln mit Berufsverbänden wie der Ärztekammer über Leistungen in der ambulanten und rehabilitativen Versorgung sowie über die Arzneimittelversorgung. Im Jahr 2018 wurde die Zahl der Sozialversicherungsträger reduziert und ein Dachverband geschaffen, um die Struktur zu vereinfachen (vgl. BMASGK 2022: 6; BMASGK 2025).

Zur Verbesserung der Koordination innerhalb des Systems wurde im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 die **Zielsteuerung-Gesundheit** eingeführt. Die Bundes-Zielsteuerungskommission (B-ZK), bestehend aus Vertreter:innen von Bund, Ländern und Sozialversicherung, definiert jährlich gemeinsame Finanz- und Versorgungsziele, die auf Landesebene durch die Landes-Zielsteuerungskommissionen konkretisiert und umgesetzt werden (vgl. Bachner et al. 2019: 18f.; Gesundheit Österreich GmbH 2024a). Ein zentrales Instrument ist der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG), der die sektorenübergreifende Planung der Versorgung einschließlich Rehabilitation strukturiert und durch die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) ergänzt wird. Trotz dieser Steuerungsinstrumente bleiben die verfassungsrechtlichen Zuständigkeiten unverändert, was die Koordination zwischen den Akteur:innen

weiterhin erschwert, insbesondere in den Bereichen Rehabilitation und Langzeitpflege (vgl. Gesundheit Österreich GmbH 2023; Bachner et al. 2019: 20).

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) in Österreich übernimmt eine Vielzahl von Aufgaben, darunter die Epidemiologie, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Gesundheitsplanung, politische Beratung, Kontrolle übertragbarer Krankheiten, medizinisches Krisenmanagement sowie Umweltmedizin und Hygiene (vgl. BMASGPK 2019). Die gesundheitspolitische Landschaft ist jedoch stark zersplittert und umfasst zahlreiche Akteur:innen aus verschiedenen Sektoren wie Bildung, Soziales und Umwelt. Dazu gehören mehrere Bundesministerien, die Sozialversicherungsträger, die Bundesgesundheitsagentur, das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen, der Oberste Sanitätsrat sowie die Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) (vgl. Bachner et al. 2024: 9).

Präventive Maßnahmen konzentrieren sich bislang stark auf medizinische Prävention, etwa durch Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen und Screenings für bestimmte Bevölkerungsgruppen wie Schwangere, Säuglinge und Jugendliche. Auch Programme zur Suchtprävention, etwa zur Raucherentwöhnung, sind Teil dieser Aktivitäten. Zunehmend wird jedoch auch der soziale Kontext berücksichtigt, wobei unterschiedliche soziale und umweltbedingte Risikofaktoren in die Präventionsstrategien einfließen (vgl. Bachner et al. 2024: 9).

Im Rahmen der **Gesundheitsreform 2024-2028** sollen Projekte zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention deutlich mehr finanzielle Mittel erhalten. Dazu gehört unter anderem der Ausbau von digitalisierten Gesundheitsangeboten, eine integrative Versorgungsplanung und die Stärkung des niedergelassenen und spitalsambulanten Bereichs (vgl. BMASGPK 2024a).

Angeichts der komplexen Steuerungs- und Koordinationsbedingungen kommt dem Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP) im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung eine besonders wichtige Rolle zu.

Der ÖBVP wurde 1992 gegründet und ist die größte unabhängige Interessenvertretung für Psychotherapeut:innen in Österreich. Er vertritt rund 7.000 Psychotherapeut:innen sowie 37 Ausbildungseinrichtungen und arbeitet eng mit dem Bundesministerium und

den Sozialversicherungsträgern zusammen, um die psychotherapeutische Versorgung zu sichern und die Rahmenbedingungen zu verbessern. Zu seinen zentralen Aufgaben zählen die Vertretung berufspolitischer Interessen, die Novellierung des Psychotherapiegesetzes, die Akademisierung der Ausbildung sowie die Entwicklung einer umfassenden Mental Health Strategie. Darüber hinaus setzt sich der Verband für eine flächendeckende psychotherapeutische Krankenbehandlung, Prävention und Qualitätssicherung ein. Er trägt zur Enttabuisierung und Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen bei, schützt das Berufsbild der Psychotherapie und fördert dessen wissenschaftliche Weiterentwicklung. Außerdem organisiert er Fortbildungen und Veranstaltungen und stärkt die Vernetzung im psychosozialen und gesundheitspolitischen Bereich (vgl. ÖBVP o.J.).

Die sektorale Fragmentierung und die parallele Existenz multipler Steuerungslogiken werden später in der Diskussion zentral sein, insbesondere im Hinblick auf die Frage, wie sich strukturelle Zuständigkeiten auf die tatsächliche Versorgungsrealität und Steuerungsfähigkeit im psychotherapeutischen Bereich auswirken. Nachdem die grundlegende Struktur und Steuerungslogik des österreichischen Gesundheitssystems erläutert wurden, widmet sich der nächste Abschnitt dem Zugang zur gesundheitlichen Versorgung.

2.2. Zugang und Nutzung

Die hausärztliche Versorgung in Österreich erfolgt durch freiberuflich tätige Ärzt:innen. Die spezialisierte ambulante Versorgung wird von privaten Ordinationen, Ambulatorien sowie den Ambulanzen der Krankenhäuser übernommen. Das österreichische Gesundheitssystem zeichnet sich durch die freie Wahl der behandelnden Personen und einen weitgehend uneingeschränkten Zugang zu allen Versorgungsstufen aus, von Allgemeinmediziner:innen über Fachärzt:innen bis hin zu Krankenhäusern (vgl. Bachner et al. 2024: 10).

Seit 2017 werden in ganz Österreich multidisziplinäre Primärversorgungseinheiten aufgebaut, um besser auf die Bedürfnisse der Bevölkerung einzugehen, insbesondere für Menschen mit chronischen Erkrankungen. Ziel ist es, die Zugänglichkeit zu verbessern, vor allem in abgelegenen Regionen, und die Zahl der Selbstzuweisungen zu Krankenhausambulanzen zu verringern. Diese Zentren bestehen aus einem Kernteam von mindestens zwei Allgemeinmediziner:innen, diplomierten Pflegekräften

und einer Ordinationsassistentenz. Durch die Kooperation mit Gesundheits- und Sozialberufen können zusätzliche Leistungen wie beispielsweise Ergotherapie, Physiotherapie, Psychotherapie oder Sozialarbeit angeboten werden (vgl. BMASGPK 2024b; Bachner et al. 2024: 10).

Das österreichische Gesundheitssystem ermöglicht Patient:innen auf allen Versorgungsebenen einen weitgehend freien Zugang zu Vertragsärzt:innen. In der Regel erfolgt der erste Kontakt mit dem Gesundheitssystem über eine/n Allgemeinmediziner:in. Diese haben keine formale Gatekeeping-Funktion, was bedeutet, dass Fachärzt:innen auch direkt aufgesucht werden können. Eine Überweisung ist in den meisten Fällen nicht erforderlich. Eine Ausnahme bildet lediglich eine kleine Anzahl medizinischer Fachrichtungen, wie beispielsweise die Radiologie, bei denen eine Zuweisung notwendig ist (vgl. Hofmarcher 2013, 199; Bachner et al. 2019: 170f.).

Allerdings gibt es eine Einschränkung bei der Inanspruchnahme: Die Krankenkassen erlauben es in der Regel nicht, innerhalb eines Abrechnungszeitraums (meist innerhalb eines Quartals) mehrfach zwischen Ärzt:innen desselben Fachgebiets zu wechseln, es sei denn, es liegt ein triftiger Grund vor. Darüber hinaus haben Patient:innen die Möglichkeit, sich direkt an eine Spitalsambulanz ihrer Wahl zu wenden. Diese Ambulanzen übernehmen insbesondere außerhalb der regulären Ordinationszeiten von Haus- und Fachärzt:innen eine wichtige Rolle in der medizinischen Versorgung (vgl. Österreichische Gesundheitskasse o.J.a; Bachner et al. 2019: 171).

Herausforderungen zeigen sich insbesondere bei der Chancengleichheit des Zugangs. Zwar ist der formale Zugang unabhängig von Einkommen oder Wohnort gewährleistet, faktisch bestehen jedoch deutliche Unterschiede. Obwohl die medizinische Versorgung in Österreich nahezu flächendeckend gewährleistet ist, gibt es dennoch bestimmte Bevölkerungsgruppen, bei denen ein erhöhtes Risiko besteht, keinen Versicherungsschutz zu haben. Dazu zählen beispielsweise ältere Studierende, die nicht mehr als unterhaltsberechtigter gelten sowie Personen ohne offiziellen Asylstatus. Auch Menschen, die arbeitslos sind oder unter schweren psychischen Erkrankungen leiden, können Schwierigkeiten beim Zugang zur Krankenversicherung haben (vgl. OECD & World Health Organization 2022: 14). Diese Spannungen zwischen formaler

Universalität und faktischer Exklusion werden für die spätere Diskussion bedeutsam sein, da sich die strukturellen Zugangshürden im psychotherapeutischen Bereich wesentlich deutlicher materialisieren als im allgemeinmedizinischen Kontext.

Im Rahmen der Sozialversicherungsreform im Jahr 2020 wurde die Zahl der Sozialversicherungsträger von ursprünglich 18 auf fünf reduziert (siehe Tabelle 1). Zu den neuen Trägern zählt auch die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK), die mittlerweile rund 7,6 Millionen Menschen versichert, das entspricht etwa 82 % der österreichischen Bevölkerung (vgl. Österreichische Gesundheitskasse o.J.b). Ziel dieser Reform war es, Unterschiede in der Leistungsabdeckung zu verringern, sowohl regional, durch die Zusammenlegung der neun Gebietskrankenkassen zur ÖGK, als auch zwischen den verschiedenen spezialisierten Versicherungsträgern (vgl. OECD & World Health Organization 2022: 14).

Tabelle 1: Die 5 Sozialversicherungsträger in Österreich (BMASGPK 2025)

Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK)
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB)
Sozialversicherung der Selbstständigen und Bauern (SVS)
Pensionsversicherungsanstalt (PVA)
Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA)

Ursprünglich war vorgesehen, das Leistungsspektrum der neuen Krankenkasse nach oben hin zu harmonisieren, um sicherzustellen, dass niemand Leistungen verliert, die zuvor durch den jeweiligen regionalen Träger abgedeckt waren. Allerdings wurden in den kurz vor der Fusion im Januar 2020 geschlossenen Vereinbarungen nicht alle Leistungen berücksichtigt. Besonders im Bereich der Psychotherapie gab es zunächst keine einheitliche Regelung, obwohl die Unterschiede zwischen den Regionen und Versicherungsträgern sowohl hinsichtlich der abgedeckten Leistungen als auch der Erstattungsbeträge erheblich waren (vgl. OECD & World Health Organization 2022: 14). Die noch ausstehende Harmonisierung verdeutlicht, dass strukturelle Reformen nicht automatisch zu einer Gleichheit im Zugang führen. Wie sich diese Ungleichheiten gerade im Feld der psychotherapeutischen Versorgung manifestieren, zeigt der nächste Abschnitt.

2.3. Psychotherapie als Teil des österreichischen Versorgungssystems

Mit der 50. Novelle des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG), die im Jänner 1992 in Kraft trat, wurden psychotherapeutische Leistungen sowie die klinisch-psychologische Diagnostik der ärztlichen Tätigkeit gleichgestellt und als Pflichtleistungen in den Leistungskatalog der Sozialversicherung aufgenommen. Damit wurde ein bedeutender Schritt zur Anerkennung psychotherapeutischer Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung gesetzt (vgl. Scholz 2001: 491).

Am 17. April 2024 verabschiedete der Nationalrat das neue Psychotherapiegesetz (PThG 2024), das eine umfassende Reform des Berufsbildes und der Ausbildung von Psychotherapeut:innen darstellt. Ziel des Gesetzes ist es, die Qualität der psychotherapeutischen Versorgung deutlich zu verbessern. Es definiert klar die Berufsausübung und -pflichten und führt eine Akademisierung der Ausbildung ein. Psychotherapie wird damit als eigenständiger Gesundheitsberuf auf universitärer Ebene verankert, vergleichbar mit Medizin, Psychologie und Musiktherapie (vgl. Hochgerner 2024: 1).

Die neue Ausbildungsstruktur umfasst ein dreistufiges Modell: Ein Bachelorstudium mit psychosozialer Grundausbildung, ein konsekutives Masterstudium in Psychotherapie sowie einen postgradualen Abschnitt mit praktischer Tätigkeit und einer staatlichen Approbationsprüfung. Bestehende Ausbildungswege bleiben bis 2038 gültig und werden dem neuen System gleichgestellt. Diese Reform stellt einen zentralen Meilenstein für Professionalisierung und Qualitätssicherung dar, der langfristig zu einer besseren Versorgung der Bevölkerung beitragen soll (vgl. Hochgerner 2024: 2f.).

Die psychosoziale Gesundheitsversorgung in Österreich beruht auf einem gemischten System aus verschiedenen Anbieter:innen des Sozial- und Gesundheitsbereichs, wobei die konkreten Versorgungsstrukturen je nach Bundesland stark variieren. Psychotherapie im Sinne des österreichischen Psychotherapiegesetzes darf ausschließlich von Personen durchgeführt werden, die in der offiziellen Psychotherapeut:innenliste des BMASGPK eingetragen sind. Diese Personen haben

eine gesetzlich geregelte Ausbildung abgeschlossen und sind berechtigt, psychotherapeutische Behandlungen anzubieten. Davon zu unterscheiden sind psychotherapeutische Leistungen, die von Ärzt:innen erbracht werden. Diese erfolgen im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit und können als sogenannte „psychotherapeutische Medizin“ mit den Sozialversicherungsträgern abgerechnet werden. Alle Krankenkassen finanzieren solche Leistungen, stellen jedoch bestimmte Anforderungen an die Qualifikation der behandelnden Ärzt:innen.

Je nach Versicherungsträger wird eine oder mehrere der folgenden Qualifikationen vorausgesetzt:

- das PSY-III-Diplom der Österreichischen Ärztekammer für psychotherapeutische Medizin,
- eine Facharztausbildung in Psychiatrie und/oder Neurologie,
- oder der Abschluss einer Psychotherapieausbildung gemäß dem PThG.

Welche dieser Qualifikationen konkret anerkannt werden, hängt vom jeweiligen Sozialversicherungsträger ab und kann unterschiedlich geregelt sein (vgl. Gruber/Dinhof/Grabenhofer-Eggerth 2024: 13).

Psychotherapeut:innen arbeiten entweder in Einrichtungen mit Vertrag zur Sozialversicherung (Versorgungsvereine, Ambulatorien oder Beratungszentren) oder als Selbständige:r ohne Kassenvertrag. Auch psychosoziale Dienste spielen eine wichtige Rolle in der Versorgung, da sie multiprofessionelle Teams (Psychotherapeut:innen, Psycholog:innen sowie Sozialarbeiter:innen) beschäftigen und niederschwellige Unterstützung bieten (vgl. Bachner et al. 2019: 199).

Die psychosoziale Versorgung ist weiterhin durch eine institutionelle Trennung zwischen stationären, ambulanten und sozialen Angeboten geprägt, was zu strukturellen Herausforderungen führt. Besonders kritisch ist die Versorgungslage für Kinder und Jugendliche im ambulanten Bereich, die vielerorts unzureichend ist, unter anderem aufgrund begrenzter personeller Ressourcen. Die Verbesserung der Angebote für diese Zielgruppe wurde daher als spezifisches Ziel im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017-2021 verankert (vgl. Bachner et al. 2019: 200).

Darüber hinaus wurden Maßnahmen ergriffen, um die psychosoziale Versorgung für besonders vulnerable Gruppen wie Geflüchtete und suizidgefährdete Personen zu verbessern. So wurde 2017 eine Koordinierungsplattform zur Unterstützung von Geflüchteten und deren Betreuer:innen eingerichtet und bereits 2012 entstand eine zentrale Koordinationsstelle für Suizidprävention (vgl. Bachner et al. 2019: 200f.).

Psychotherapie ist in Österreich gesetzlich geregelt und wird als ein wichtiger Bestandteil des Gesundheitssystems anerkannt. Trotzdem bestehen in der praktischen Umsetzung weiterhin Engpässe, regionale Disparitäten und finanzielle Barrieren. Damit steht dieser Bereich exemplarisch für die Spannungsfelder des österreichischen Gesundheitssystems: Formale Universalität einerseits, faktische Zugangsbeschränkungen andererseits. Die zentrale Bedeutung der psychotherapeutischen Versorgung steht damit außer Frage. Gleichzeitig wird deutlich, dass ihre tatsächliche Verfügbarkeit und Zugänglichkeit in hohem Maße von der Finanzierungsstruktur des Gesundheitssystems abhängt.

2.4. Finanzierungsstrukturen des österreichischen Gesundheitssystems

Das österreichische Gesundheitssystem wird durch eine solidarische Mischfinanzierung getragen, bestehend aus einkommensabhängigen Sozialversicherungsbeiträgen, öffentlichen Steuermitteln und privaten Zuzahlungen. Diese Struktur gewährleistet einen weitgehend gerechten Zugang zu Gesundheitsleistungen, unabhängig von Einkommen, Alter oder Herkunft. Dennoch bleibt die Eigenbeteiligung eine faktische Zugangshürde, etwas durch Rezeptgebühr, Selbstbehalte oder vollständig selbst zu finanzierende Leistungen (vgl. BMASGK 2022: 31).

Im Jahr 2024 lagen die laufenden Gesundheitsausgaben (öffentliche und private, ohne Investitionen) bei 57 026 Mio. Euro (vgl. STATISTIK AUSTRIA 2025). Über 75 % der laufenden Gesundheitsausgaben werden öffentlich finanziert, während etwa 18 % auf direkte Selbstzahlungen (Out-of-Pocket Payments) entfallen. Private Zusatzversicherungen spielen eine untergeordnete Rolle (vgl. Bachner et al. 2019: 79).

Die Finanzierung der Akutversorgung erfolgt über das leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem (LKF), das dem DRG-Modell

(Diagnosebezogene Fallgruppen Modell) ähnelt. Öffentliche und gemeinnützige Krankenhäuser werden über Landesgesundheitsfonds finanziert, während niedergelassene Ärzt:innen und Ambulatorien mit Kassenverträgen ihre Vergütung durch die Sozialversicherung erhalten, meist durch Einzelleistungsvergütungen und Fallpauschalen (vgl. Bachner et al. 2019: 79f.). Bei Inanspruchnahme von Wahlärzt:innen oder Wahltherapeut:innen müssen die Kosten zunächst privat getragen werden. Die Sozialversicherung erstattet auf Antrag bis zu 80 % des Kassentarifs, was jedoch meist deutlich unter den tatsächlichen Honoraren liegt, da die Wahlärzt:innen ihre Honorare frei festlegen können (vgl. BMASGK 2022: 32).

Trotz dieser Zuzahlungsregelungen ist der Zugang zu ärztlicher Versorgung in Österreich sehr gut. Nur 1,9 % der Bevölkerung ab 16 Jahren berichten laut Eurostat (2024) von einem unerfüllten Bedarf an medizinischen Leistungen. Dieser Wert liegt deutlich unter dem EU-Durchschnitt von 3,8 % (vgl. Eurostat 2025). Gerade im Bereich der Psychotherapie wird besonders deutlich, wie die allgemeinen Finanzierungsmechanismen des Gesundheitssystems wirken und an welchen Stellen sie an ihre Grenzen stoßen. Der folgende Abschnitt erläutert die Finanzierung psychotherapeutischer Leistungen.

2.5. Finanzierung psychotherapeutischer Leistungen

Im Bereich der Psychotherapie ist die Finanzierung besonders komplex. Es gibt fünf Modelle:

- (1) Psychotherapie im Rahmen von „Vereinslösungen“
- (2) Psychotherapie im Rahmen von Institutionen
- (3) Kostenzuschüsse für Behandlungen in freier Praxis
- (4) Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen
- (5) Psychotherapeutische Medizin, die durch Ärzt:innen mit Zusatzausbildung erbracht wird (vgl. Gruber/Dinhof/Grabenhofer-Eggerth 2024: 5).

In vielen Bundesländern bestehen Verträge zwischen Sozialversicherungsträgern und psychotherapeutischen Versorgungsvereinen. Diese ermöglichen Psychotherapie als Sachleistung, d.h. die Krankenkasse übernimmt die Kosten direkt, ohne dass Patient:innen selbst dafür zahlen müssen. Ziel dieser Versorgungsvereine ist eine flächendeckende psychotherapeutische Versorgung im jeweiligen Bundesland

sicherzustellen. In der Praxis heißt das, dass in fast allen Bezirken Psychotherapeut:innen zur Verfügung stehen, die Behandlungen auf Kassenkosten anbieten können. Wenn jedoch mehr Menschen eine Therapie benötigen, als Plätze verfügbar sind, muss entschieden werden, wer vorrangig behandelt wird. Die Vereine legen dafür keine eigenen Auswahlkriterien fest, sondern orientieren sich an den Vorgaben der Krankenkassen. Die Voraussetzung für eine Behandlung auf Kassenkosten ist in allen Bundesländern, dass eine psychische Erkrankung vorliegt, die mit Psychotherapie behandelbar ist. Darüber hinaus berücksichtigen viele Vereine zusätzliche Faktoren, um die Dringlichkeit einer Behandlung einzuschätzen. Dazu zählen unter anderem der Schweregrad der Erkrankung, soziale Bedürftigkeit, akute Belastungen wie Gewalterfahrungen sowie die allgemeine psychosoziale Situation der betroffenen Person (vgl. Gruber/Dinhof/Grabenhofer-Eggerth 2024: 6f.).

In Tirol und Salzburg gibt es darüber hinaus spezielle Regelungen:

Im Tiroler Modell werden vorrangig Menschen mit schweren psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen behandelt. Dabei wird nicht nur die Hauptsymptomatik betrachtet, sondern es fließt eine umfassende Diagnostik ein, die auch Persönlichkeitsmerkmale, körperliche Erkrankungen, soziale Belastungen und das allgemeine Funktionsniveau berücksichtigt. Dadurch können auch Personen mit leichteren Symptomen eine Therapie erhalten, wenn andere belastende Faktoren vorliegen (vgl. Gruber/Dinhof/Grabenhofer-Eggerth 2024: 7).

Das Salzburger Modell unterscheidet zwei Zielgruppen, für die Psychotherapie als Sachleistung bewilligt werden kann. Zum einen gibt es das SE-Modell (Sachleistung Erwachsene) für schwer psychisch erkrankte Personen. Hier wird der Schweregrad der Erkrankung anhand der Beeinträchtigung im Alltag bewertet. Zum anderen gibt es das WS-Modell (Wirtschaftlich Schwache) für sozial benachteiligte Menschen. In diesem Fall ist der Schweregrad der Erkrankung nicht entscheidend. Stattdessen wird geprüft, ob die betroffene Person finanziell bedürftig ist. Die Finanzierung erfolgt hier teilweise über die Sozialmittel des Landes Salzburg, die von der Landesstelle der ÖGK verwaltet werden. Für diese Form der Sachleistung müssen Patient:innen einen Antrag stellen, in dem auch ihre Einkommensverhältnisse offengelegt werden (vgl. Gruber/Dinhof/Grabenhofer-Eggerth 2024: 8).

In Österreich haben rund 115 Einrichtungen Verträge mit einem oder mehreren Sozialversicherungsträgern abgeschlossen und bieten Psychotherapie als Sachleistung an. Meist bestehen diese Verträge mit den Landesstellen der ÖGK, BVAEB oder SVS, abhängig vom jeweiligen Bundesland (vgl. Gruber/Dinhof/Grabenhofer-Eggerth 2024: 11).

Die Finanzierung der psychotherapeutischen Leistungen erfolgt unterschiedlich. In den meisten Fällen zahlt die Sozialversicherung direkt für die erbrachten Leistungen. In Vorarlberg hingegen fließen die Mittel zunächst vom Versicherungsträger an das Bundesland, das wiederum Verträge mit den Einrichtungen abschließt und die Leistungen finanziert. Neben Psychotherapie werden in vielen dieser Einrichtungen auch andere psychosoziale Angebote wie klinisch-psychologische Diagnostik, Ergotherapie oder Logopädie mitfinanziert (vgl. Gruber/Dinhof/Grabenhofer-Eggerth 2024: 11f.).

Je nach Einrichtung und Vertrag gibt es drei Modelle der Finanzierung:

1. Abrechnung nach geleisteten Stunden (vor allem bei der BVAEB und SVS)
2. Pauschalen pro Fall und Quartal (überwiegend bei der ÖGK)
3. Jahrespauschalen (weniger verbreitete Variante)

Der Umfang der angebotenen Leistungen unterscheidet sich stark zwischen den Einrichtungen. Im Jahr 2022 reichte das Spektrum von wenigen Therapieeinheiten bis zu über 27.660 Einheiten pro Einrichtung. Dabei ist zu beachten, dass diese Zahlen nicht ausschließlich psychotherapeutische Leistungen abbilden, sondern auch andere Angebote enthalten können insbesondere in Einrichtungen, die auf Kinder und Jugendliche spezialisiert sind. Dort werden oft mehrere Therapieformen kombiniert, was eine genaue Trennung der Leistungen erschwert. Deshalb ist es auf Basis der verfügbaren Daten nicht möglich, exakt zu bestimmen, wie viele psychotherapeutische Einheiten tatsächlich als Sachleistung erbracht wurden (vgl. Gruber/Dinhof/Grabenhofer-Eggerth 2024: 12).

In ganz Österreich gelten einheitliche Regelungen für Zuschüsse zur Psychotherapie in freier Praxis, d.h. außerhalb von Einrichtungen mit Direktverträgen mit den Krankenkassen. Damit Patient:innen diesen Kostenzuschuss erhalten können,

müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein: Der/Die behandelnde Psychotherapeut:in muss in der offiziellen Psychotherapeut:innenliste des BMASGPK eingetragen sein. Außerdem muss eine psychische Erkrankung laut ICD 10 vorliegen und vor der zweiten Therapiesitzung muss eine ärztliche Untersuchung durchgeführt und schriftlich bestätigt werden (vgl. Gruber/Dinhof/Grabenhofer-Eggerth 2024: 12; ÖGK 2025b).

Werden mehr als zehn psychotherapeutische Behandlungseinheiten in Anspruch genommen, benötigt die ÖGK bestimmte Angaben zu den persönlichen Gesundheitsdaten des/der Antragsteller:in. Diese Informationen sind notwendig, um beurteilen zu können, ob und für welchen Zeitraum Psychotherapie als Krankenbehandlung erforderlich ist. Ab der elften Behandlungseinheit übernimmt die ÖGK die Kosten nur dann, wenn alle für die Beurteilung erforderlichen Angaben vorliegen und die Kostenübernahme vor Beginn der elften Einheit ausdrücklich bewilligt wurde. Für Behandlungseinheiten ohne Bewilligung können keine Kosten übernommen werden (vgl. ÖGK 2020: 1). Im Jahr 2025 lag der Zuschuss pro Einzelsitzung bei einer Dauer von 50-60 Minuten bei 33,70 Euro für Versicherte der ÖGK, 48,80 Euro für Versicherte der BVAEB und 45,00 Euro bei der SVS (vgl. Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen o.J.).

Diese Zuschussregelung wurde eingeführt, weil es keinen bundesweiten Gesamtvertrag zwischen Psychotherapeut:innen und den Sozialversicherungsträgern gibt. Die Zuschüsse decken allerdings nur etwa ein Viertel der tatsächlichen Therapiekosten ab. Das bedeutet, dass Patient:innen den Großteil der Kosten selbst tragen müssen, wenn sie Psychotherapie in freier Praxis in Anspruch nehmen (vgl. Gruber/Dinhof/Grabenhofer-Eggerth 2024: 12).

Die begrenzte öffentliche Finanzierung psychotherapeutischer Angebote führt dazu, dass viele Patient:innen auf private Zusatzmodelle angewiesen sind (vgl. Riffer et al. 2022: 10f.). Daher folgt im nächsten Abschnitt ein Exkurs der privaten Krankenversicherung im österreichischen Gesundheitssystem, welche Rolle sie spielt und welche Auswirkungen dies auf den Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung hat.

2.6. Exkurs: Rolle der privaten Krankenversicherung und ihre Bedeutung für die psychotherapeutische Versorgung

Die private Krankenversicherung spielt im österreichischen Gesundheitssystem eine ergänzende und komplementäre Funktion. Während die gesetzliche Sozialversicherung den universellen Grundzugang sicherstellt, ermöglicht die private Zusatzversicherung eine Ausweitung und Individualisierung der Leistungen. Sie wird von 3,57 Millionen Menschen in Österreich in Anspruch genommen, Das entspricht 38,94% der Bevölkerung (vgl. Arthofer 2025). Die Inanspruchnahmen erfolgt meist in Form von Zusatzpolizzen, die etwa die freie Arztwahl/Äztinnenwahl im Spital, eine bessere Unterbringung im Krankenhaus („Sonderklasse“), kürzere Wartezeiten oder Zugang zu Privatärzt:innen abdecken. Der Abschluss einer privaten Krankenversicherung ist freiwillig und erfolgt individuell, die Prämien orientieren sich am Eintrittsalter, Geschlecht und Gesundheitszustand der versicherten Person (vgl. Bachner et al. 2019: 122f.; Url 2024: 1; Arthofer 2025).

Die private laufenden Gesundheitsausgaben in Österreich beliefen sich im Jahr 2024 auf 13.530 Mio. Euro (vgl. STATISTIK AUSTRIA 2025). Kärnten verzeichnete mit einer beeindruckenden Versicherungsquote von 51,36 % den höchsten Anteil an privat krankenversicherten Personen in ganz Österreich. Dahinter folgten Salzburg mit 48,53 % und Wien mit 45,61 %. Auch die Steiermark (43,08 %) und Tirol (40,24 %) lagen deutlich über dem österreichweiten Durchschnitt. Am unteren Ende der Skala befinden sich Niederösterreich mit 28,01 %, das Burgenland mit 32,34 % und Vorarlberg mit 31,93 %. In diesen Bundesländern ist weniger als ein Drittel der Bevölkerung privat versichert (vgl. Arthofer 2025).

Diese regionalen Unterschiede lassen sich durch verschiedene Faktoren erklären. Dazu zählen unter anderem das durchschnittliche Einkommensniveau, die Erreichbarkeit und Qualität öffentlicher Gesundheitsangebote sowie regionale Unterschiede in den Präferenzen für medizinische Versorgung und Vorsorge. Besonders in städtischen Gebieten wie Wien dürften auch vielfältigere Versicherungsprodukte, etwa reine Wahlärzt:innen- oder ambulante Zusatzpakete, eine Rolle bei der Zusammensetzung der Versichertengruppen spielen (vgl. Arthofer 2025).

Im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung zeigt sich die Relevanz der privaten Finanzierung besonders stark. Kassenfinanzierte Plätze sind begrenzt und Wartezeiten oft sehr lang, wodurch viele Patient:innen psychotherapeutische Behandlungen aus eigener Tasche bezahlen müssen (vgl. Riffer et al. 2022: 10; Gusner 2016: 76). 2022 gaben die Sozialversicherungsträger rund 135 Millionen Euro für Psychotherapie aus, eine Steigerung von 80 % gegenüber 2014. Dennoch erhielten nur ca. 96.500 Personen (rund 1 % der Bevölkerung) eine voll finanzierte Psychotherapie. Ein erheblicher Anteil der Patient:innen muss Eigenleistungen erbringen, was den Zugang für einkommensschwache Gruppen einschränkt (Gruber/Dinhof/Grabenhofer-Eggerth 2024: 5).

Studien zeigen, dass die Mehrheit der Patient:innen keine Rückerstattung durch Zusatzversicherungen erhält, sondern die Kosten vollständig selbst trägt. In einer Untersuchung gaben 72 % der Befragten an, pro Sitzung bis zu 100 Euro selbst bezahlt zu haben, trotz niedrigen Einkommen oder Arbeitsunfähigkeit (vgl. Riffer et al. 2022: 10). Die private Finanzierung stellt somit für viele Betroffene die einzige Möglichkeit dar, zeitnah eine Behandlung zu beginnen, ist aber gleichzeitig eine deutliche soziale Barriere. Personen mit höheren Einkommen können Therapieplätze problemlos selbst finanzieren oder über Zusatzversicherungen absichern, während einkommensschwächere Patient:innen von der Versorgung ausgeschlossen bleiben oder nur mit erheblicher zeitlicher Verzögerung Zugang erhalten.

Zusammengefasst lässt sich feststellen, dass die private Krankenversicherung in Österreich zwar quantitativ einen kleineren Anteil an der Gesamtfinanzierung des Gesundheitssystems trägt, aber eine wichtige strukturelle Ergänzungsfunktion erfüllt. Dies gilt besonders im Bereich der Psychotherapie, wo private Leistungen, ob durch Zusatzversicherungen oder direkte Eigenzahlungen, oftmals die einzige realistische Möglichkeit darstellen, die Versorgungslücke zu schließen, die durch das begrenzte Angebot an kassenfinanzierten Therapieplätzen entsteht. Damit wird die Rolle der privaten Finanzierung in diesem Bereich zu einem zentralen Faktor sozialer Ungleichheit, da sie den Zugang stark vom individuellen Einkommen und der Versicherungsentscheidung abhängig macht (vgl. Riffer et al. 2022: 15; Gruber/Dinhof/Grabenhofer-Eggerth 2024: 55f.; Url 2024: 25f).

3. Theoretischer Rahmen der Arbeit

Dieses Kapitel entwickelt den theoretischen Rahmen der Arbeit, um die Forschungsfrage nach den wahrgenommenen Auswirkungen jüngerer Gesundheitsreformen auf die psychotherapeutische Versorgung in Österreich analytisch zu bearbeiten. Dafür werden drei komplementäre Ansätze der kritischen Gesellschaftstheorie herangezogen: (1) die Regulationstheorie allgemein und anschließend in der staatstheoretischen Erweiterung nach Joachim Hirsch, (2) Michel Foucaults Konzepte der Biopolitik/Biomacht und (3) Antonio Gramscis Hegemonietheorie bzw. das Konzept des integralen Staates.

Die Ansätze werden nicht als „Paralleltheorien“ dargestellt, sondern als mehrstufiges Analyseinstrument: Die Regulationstheorie dient dazu, Reformen als institutionelle Arrangements und konflikthafte Stabilisierung von Versorgungsweisen zu erfassen; Biopolitik/Biomacht macht sichtbar, wie gesundheitspolitische Steuerung mit Normierungen von Subjektivität, Risiko und „Normalität“ verbunden ist; Gramsci ermöglicht schließlich, politische Aushandlungen als hegemoniale Prozesse zu verstehen, in denen Zustimmung, Deutungshoheit und Legitimität im Zusammenspiel von Staat und Zivilgesellschaft organisiert werden.

Für die empirische Analyse bedeutet dies: Die Interviews und Umfrage werden daraufhin ausgewertet, (a) welche institutionellen/finanziellen Steuerungslogiken (Regulation) thematisiert werden, (b) welche Normalitäts- und Verantwortungszuschreibungen in Bezug auf psychische Gesundheit sichtbar werden (Biopolitik) und (c) welche Konflikt- und Legitimationsmuster zwischen Akteur:innen (z. B. Sozialversicherung, Berufsgruppen, Politik, Öffentlichkeit) in den Aussagen erscheinen (Hegemonie/integraler Staat).

3.1. Die Regulationstheorie

Die Regulationstheorie ist für diese Arbeit zentral, da sie Reformen des Gesundheitssystems als konfliktförmige Anpassungsprozesse institutioneller Arrangements versteht, die auf die Stabilisierung gesellschaftlicher Verhältnisse abzielen. Sie eignet sich besonders, um Veränderungen in Finanzierung, Zuständigkeiten und Versorgungsstrukturen der psychotherapeutischen Versorgung analytisch zu erfassen.

Die Regulationstheorie entstand in den 1970er Jahren in Frankreich mit dem Ziel, zu verstehen, unter welchen Bedingungen kapitalistische Gesellschaften trotz innergesellschaftlicher Widersprüche in der Lage waren, für längere Zeiträume ein relativ stabiles Wachstum und infolgedessen eine gewisse wirtschaftliche Stabilität zu erreichen. Zu ihren wichtigsten Vertreter:innen zählen unter anderen Michel Aglietta, Robert Boyer, Alain Lipietz und Benjamin Coriat, die aus marxistischer Theorie heraus argumentierten und durch die sozialen Protestbewegungen im Jahr 1968 geprägt waren. Sie entwickelten Konzepte wie „Akkumulationsregime“ und „Regulationsweise“, die eine differenzierte Analyse der sich ständig wandelnden Akkumulationsdynamik sowie der sich verändernden Gesellschaftsstrukturen mit ihren Konflikten ermöglichen. Damit wird das Verständnis von Politik erweitert: Es geht bei der Regulationstheorie nicht nur um gesetzliche und politische Steuerung, sondern auch gesellschaftliche Normen (vgl. Simonis 2007: 213).

Die „Regulationsweise“ verweist somit auf institutionelle und soziale Formen, die Wachstum und somit auch das jeweilige „Akkumulationsregime“ fördern, vor negativen Einflüssen schützen sowie seine gesamte Funktionsbedingungen und durch Arbeitsbeziehungen, Sozialstaat oder Geldpolitik aufrechterhalten. Das „Akkumulationsregime“ hingegen, beschreibt die spezifischen Muster kapitalistischer Produktion und Konsumption. Damit dieses stabil bleibt, bedarf es Normen, Gewohnheiten, Gesetze und regulierende politische und soziale Institutionen, damit die Gesellschaft entsprechend den kontinuierlich veränderten Stabilitätsanforderungen dieses Regimes handelt. Die Akteure orientieren sich daher an etablierten Arbeits-, Lebens- und Konsumweisen und praktizieren bestimmte Formen der Interessenwahrnehmung. Dies zeigt, dass ein stabiler Akkumulationsprozess immer mit einem System gesellschaftlicher Regulation verbunden ist. Mit der Zeit verändern sich sowohl Akkumulationsweise als auch Regulation. Sie bleiben somit nicht konstant, sondern nehmen durch soziale Konflikte und Krisen unterschiedliche Formen an, etwa in Arbeitsbeziehungen, Sozialstaat, staatlicher Wirtschaftssteuerung sowie Konsum- und Lebensweisen (vgl. Hübner 1989: 36f.; Becker 2024: 47f.; Simonis 2007: 213; Hirsch 2005: 87).

Die Regulationstheorie entstand mit dem Kerninteresse, die Gründe für die längere Prosperitätsphase in den Nachkriegszeiten sowie das Verständnis von Krisendynamiken zu erklären (vgl. Becker 2024: 50). Der Regulationsansatz erlaubt es daher, mit seinem historisch-analytischen Kern nationale sowie zeitspezifische

Varianzen in Krisenzeiten aufzudecken (vgl. Hübner 1989: 22). Während der Nachkriegszeit beruhte der Kapitalismus auf einem „Akkumulationsregime“, das Massenproduktion mit Massenkonsum verband. Dieses Regime wurde durch den Wohlfahrtsstaat, Tarifverträge, soziale Absicherung und keynesianische Steuerungspolitiken stabilisiert. Der Fordismus gilt daher ein zentrales Beispiel für eine „Regulationsweise“, die ökonomisches Wachstum, soziale Absicherung und damit ein hohes Maß an gesellschaftlicher Befriedigung und politischer Stabilität über mehrere Jahrzehnte hinweg sichern konnte (vgl. Becker 2024: 50).

Dieses Modell geriet jedoch mit der Krise in den 1970er Jahren stark ins Wanken. Durch Inflation, steigende Arbeitslosigkeit, sinkende Lohnquoten und Instabilitäten wurde deutlich, dass die vorhandenen institutionellen Arrangements nicht mehr funktionierten (vgl. Hübner 1989: 188). Die Regulationstheorie knüpft hier an und versucht, die Veränderungen während Krisendynamiken zu erklären und gleichzeitig neue Muster innerhalb der Gesellschaft zu analysieren. Sie entwickelte sich dadurch zu einem wichtigen Instrument, um historische Brüche und Übergänge im Kapitalismus zu analysieren (vgl. Becker 2024: 51f.). Die historische Beispielhaftigkeit des Fordismus dient im Regulationsansatz nicht nur als Beschreibung einer spezifischen Phase, sondern als Modellfall für das Zusammenspiel von Produktion, Konsumption sowie institutionalisierter Stabilisierung und dass diese Stabilität immer zeitlich begrenzt bleibt (vgl. Aglietta 2015: 181).

Die Regulationstheorie sieht Krisen nicht als Ausnahmen, sondern als immanente Momente kapitalistischer Entwicklung. Brüche zwischen „Akkumulationsregimen“ und „Regulationsweisen“ werden als Wendepunkte verstanden, an denen neue politische und gesellschaftliche Kompromisse entstehen. Krisen eröffnen somit politische Räume, in denen Klassenkämpfe, soziale Bewegungen und institutionelle Transformationen neu ausgehandelt werden. Der Ansatz gewinnt dadurch eine historische, politische und gesellschaftliche Dimension, die ihn von rein ökonomischen Theorien unterscheidet. Regulation bedeutet somit nicht nur technokratische Steuerung, sondern umfasst gesellschaftliche Normen, symbolische Ordnungen und institutionelle Arrangements, die Stabilität ermöglichen (vgl. Simonis 2007: 213f.; Becker 2024: 47f.). Diese Perspektive ist insofern relevant, da sozialstaatliche Felder, insbesondere gesundheitspolitische Bereiche, besonders krisenanfällig gegenüber gesellschaftlichen Konflikten und Verteilungsfragen sind. Die immanente Krisenlogik

der Regulationstheorie liefert damit eine theoretische Grundlage, um Spannungen und Transformationsprozesse im Gesundheitsbereich zu analysieren.

In der weiteren Entwicklung der Regulationstheorie zeigt sich, dass diese nicht auf Frankreich begrenzt blieb, sondern international theoretisch weiterentwickelt wurde. In Japan etwa wurden ökonomische Problemlagen aufgegriffen, im deutschsprachigen Raum hingegen erfolgte eine deutliche Vertiefung der staatstheoretischen Dimension. Hier wurde der Regulationsansatz mit marxistisch-gramscianschen Zugängen verbunden, wodurch politische, ideologische und zivilgesellschaftliche Faktoren stärker berücksichtigt wurden. Zudem wurden ökologische Fragestellungen einbezogen, was die theoretische Breite des Ansatzes erweiterte. In Lateinamerika wiederum wurde der Ansatz mit dem Strukturalismus und der Dependenztheorie verbunden, wodurch ungleiche globale Machtverhältnisse und periphere Entwicklungslogiken stärker in den Fokus rückten (vgl. Becker 2024: 48). Diese internationale theoretische Ausweitung zeigt, dass Regulation nicht an nationale Spezifika gebunden ist, sondern konzeptionell flexibel genug bleibt, um unterschiedliche institutionelle Konfigurationen, Wohlfahrtsmodelle und Machtarrangements erklären zu können.

Die Forschung zeigt, dass die Regulationstheorie weit über ein rein ökonomisches Modell hinausgeht. Sie versteht sich als ein institutionalisierter makrogesellschaftlicher Koordinationsmechanismus, in dem Regulationsformen und Akkumulationslogiken durch gesellschaftliche Auseinandersetzungen hervorgebracht werden (vgl. Simonis 2007: 215). Damit eröffnet sie eine Perspektive, die sich besonders gut auf Felder anwenden lässt, in denen ökonomische, politische und gesellschaftliche Interessen kollidieren. Die psychotherapeutische Versorgung eignet sich in besonderer Weise für eine regulationstheoretische Analyse, da sie an der Schnittstelle von sozialstaatlicher Finanzierung, institutionell verankerter Leistungserbringung und professionspolitischen Aushandlungsprozessen angesiedelt ist. In diesem Feld treffen unterschiedliche ökonomische, politische und soziale Interessen unmittelbar aufeinander, wodurch Fragen der Ressourcenverteilung, der Zuständigkeiten sowie der institutionellen Koordination besonders konfliktanfällig sind. Aus regulationstheoretischer Perspektive lässt sich psychotherapeutische Versorgung somit als Teil eines historisch gewachsenen Arrangements begreifen, in dem spezifische Versorgungsformen, Finanzierungslogiken und Steuerungsmechanismen temporär stabilisiert werden, ohne frei von inneren Widersprüchen zu sein. Gerade

diese spannungsreiche Stabilisierung macht das Feld empirisch anschlussfähig für eine Analyse gesellschaftlicher Regulation jenseits rein ökonomischer Erklärungen.

3.2. Die staatstheoretische Erweiterung nach Joachim Hirsch

Die staatstheoretische Erweiterung nach Hirsch erlaubt es, den Staat nicht als neutralen Regulator, sondern als umkämpftes gesellschaftliches Terrain zu analysieren, in dem gesundheitspolitische Entscheidungen ausgehandelt werden. Dies ist besonders relevant für die Untersuchung der Psychotherapie, da deren Regulierung stark von politischen, korporatistischen und professionsbezogenen Interessen geprägt ist.

Im deutschsprachigen Raum wurde die Regulationstheorie von Joachim Hirsch in Verbindung mit staatstheoretischen Ansätzen weiterentwickelt. Er kombiniert die Analyse von „Akkumulationsregimen“ mit der materialistischen Staatstheorie und versteht den Staat als eigenständigen Akteur, der jedoch innerhalb kapitalistischer Verhältnisse eingebettet bleibt (vgl. Hirsch 2005: 84). Hirsch betont die historisch spezifische Trennung von ökonomischer und politischer Sphäre. Während kapitalistische Akkumulation nach einer wirtschaftlichen Logik erfolgt, eröffnet die relative Autonomie des Staates einen Raum für politische Aushandlungsprozesse und hegemoniale Kämpfe innerhalb der Gesellschaft. Jede „Regulationsweise“ ist somit auf eine hegemoniale Absicherung angewiesen, die über rein ökonomische Mechanismen hinausgeht. Zwischen ökonomischer und politischer Sphäre können sowohl Verbindungen als auch Spannungen bestehen (vgl. Jessop 2018: 71).

Die Staatableitungsdebatte zielte darauf ab, den Staat nicht isoliert, sondern im Kontext kapitalistischer Produktionsverhältnisse zu analysieren. Der Staat wird innerhalb dieses Verständnisses nicht als einfacher Reflex ökonomischer Strukturen oder als bloßer „Überbau“ gesehen, sondern als eigenständiges Handlungsfeld mit spezifischen Bedingungen, Dynamiken und Konflikten (vgl. Hirsch 2005: 17f.). Obwohl die Staatsableitungsdebatte häufig auf einem hohen theoretischen Abstraktionsniveau geführt wurde, entwickelte Hirsch einen Ansatz, der die relative Eigenständigkeit des Staates betonte. Damit schuf er eine wichtige Verbindung zur Regulationstheorie und erweiterte deren Analysemöglichkeiten im Hinblick auf staatliche Funktionen und gesellschaftliche Machtverhältnisse.

Wie bereits dargestellt, unterscheidet Hirsch klar zwischen ökonomischer und politischer Sphäre und begreift beide als komplementäre Momente innerhalb des Kapitalverhältnisses (vgl. Jessop 2018: 71f.; Hirsch 2005: 25f.). Dieser theoretische Zugang ist zentral für das spätere Diskussionskapitel, da sich in den Feldern der Psychotherapie und Politik ebenfalls die Spannungslinien zwischen ökonomisch-institutioneller Regulation und politischer Aushandlungsprozesse deutlich zeigt.

In seinem Ansatz greift Hirsch auf Gramscis Konzept des integralen Staates zurück, um die Funktion des Staates als Verbindung zwischen politischer Gesellschaft und Zivilgesellschaft zu erklären. Der Staat wird dabei nicht nur als Herrschaftsapparat verstanden, sondern als Raum hegemonialer Produktion und Organisation, in dem gesellschaftliche Zustimmung aktiv hergestellt werden muss.

„Die konkrete Gestalt des Staates, das bestimmte Verhältnis von »Staat« und »Gesellschaft«, die Form staatlicher Interventionen und die Institutionalisierung gesellschaftlicher Beziehungen sind also nicht festgeschrieben, sondern verändern sich mit den Bedingungen der Regulation“ (Hirsch 2005, 91).

Hirsch argumentiert, dass kapitalistische Ökonomie nicht als autonomer Bereich gedacht werden kann, da sie durch variierende staatliche Regulierungsmechanismen strukturiert und stabilisiert wird. Diese Stabilisierung basiert nicht primär auf Zwang, sondern auf der Herstellung hegemonialer Zustimmung. Joachim Hirsch beschreibt dies mit Antonio Gramscis Formel „politische Gesellschaft + Hegemonie, gepanzert mit Zwang“ (Jessop 2018: 72). Diese Formel verdeutlicht, dass Herrschaft gleichermaßen auf Konsens innerhalb der Zivilgesellschaft und auf die Fähigkeit zur Durchsetzung mittels staatlicher Gewaltapparate angewiesen ist (vgl. Hirsch 2005: 90-96).

Hirsch bezieht sich zudem auf Gramscis Konzept des „historischen Blocks“, der aus einer spezifischen Strategie der Akkumulation, bestimmten Klassenverhältnissen und sozialen Strukturen sowie einer hegemonialen Ordnung besteht (vgl. Jessop 2018: 83). Jede „Regulationsweise“ ist somit auf die Stabilisierung dieses „historischen Blocks“ angewiesen. Am Beispiel des Fordismus wird deutlich, dass ökonomische Produktionsweisen, wohlfahrtsstaatliche Institutionen, Arbeitsbeziehungen sowie gesellschaftliche Konsensformen über Wachstum und Konsum miteinander verbunden waren (vgl. Hirsch 2005: 107f.). In Bezug auf Fordismus und Postfordismus verweist Hirsch ebenfalls auf Gramscis Konzept des erweiterten Staates, der tief in gesellschaftliche Institutionen und Praxen hineinwirkt und damit die kapitalistische Produktion absichert (vgl. Jessop 2018: 72).

Akkumulationsprozesse müssen gesellschaftlich eingebettet und hegemonial abgesichert sein, um dauerhaft zu funktionieren; diese Absicherung bleibt jedoch permanent umkämpft (vgl. Hirsch 2005: 87). Stabilität wird im Kapitalismus nicht technisch produziert, sondern hegemonial. Genau hier könnte sich später zeigen, dass gesundheitspolitische Reformen im Feld der Psychotherapie nicht nur gesetzliche Anpassungen darstellen, sondern Ausdruck von Machtkämpfen um gesellschaftliche Leitbilder psychischer Gesundheit sind.

In seinem Ansatz betont Hirsch die gleichzeitige Trennung und Verflechtung von ökonomischer und politischer Sphäre. Kapitalakkumulation, gesellschaftliche Konflikte und staatliche Politik sind nicht isoliert voneinander zu verstehen, sondern durch historisch gewachsene institutionelle Formen miteinander verbunden. Diese institutionellen Formen sind Ergebnisse gesellschaftlicher Auseinandersetzungen und Krisenkonstellationen und damit stets veränderbar (vgl. Jessop 2018: 71; Hirsch 2005: 57). Regulation entsteht demnach im Zusammenspiel verschiedener gesellschaftlicher Prozesse und Akteurskonstellationen. Der Staat übernimmt zwar keine direkte gesellschaftliche Steuerungsfunktion, bildet jedoch ein institutionelles Zentrum, in dem Kompromisse verbindlich gemacht und abgesichert werden. Staatliche Strukturen verändern sich somit mit den Verschiebungen der Kräfteverhältnisse und Akkumulationsbedingungen. Regulation ist daher nicht als technokratischer Steuerungsmechanismus zu verstehen, sondern als dynamische Balance zwischen ökonomischen Anforderungen und politischen sowie ideologischen Auseinandersetzungen (vgl. Hirsch 2005: 90f.).

Durch die Verbindung von Regulationstheorie und materialistischer Staatstheorie leistet Joachim Hirsch einen Beitrag, der die Analyse von kapitalistischen Gesellschaften um eine staatstheoretische Perspektive erweitert. Einerseits führt er die Regulationstheorie aus einer rein ökonomisch-institutionalistischen Perspektive zu einem Verständnis des Staates als umkämpftes gesellschaftliches Terrain. Andererseits zeigt er, dass gesellschaftliche Regulation im Zusammenspiel zwischen Staat und Zivilgesellschaft konstituiert wird. Diese Perspektive ist insbesondere für die Analyse gesundheitspolitischer Felder relevant, da hier ökonomische Steuerungsmechanismen, institutionelle Strukturen und gesellschaftliche Diskurse eng miteinander verwoben sind. Gesundheitsreformen lassen sich daher nicht allein als staatliche Interventionen verstehen, sondern als Ergebnis hegemonialer Auseinandersetzungen zwischen Sozialversicherungsträgern, Berufsverbänden,

politischen Akteur:innen und zivilgesellschaftlichen Initiativen (vgl. Hirsch 2005: 90-96; Becker 2024: 60-66).

Gerade in Österreich wird diese Verzahnung von Staat und Zivilgesellschaft sichtbar, da die politische Struktur durch eine historisch starke Sozialpartnerschaft geprägt ist, in der kollektive Akteur:innen und staatliche Institutionen Kompromisse aushandeln. Auch im Gesundheitssystem zeigt sich dieses Muster: Fragen der Finanzierung, Versorgung und Professionalisierung, etwa im Bereich der Psychotherapie, sind nicht ausschließlich staatlich determiniert, sondern Ergebnis verhandelter Regulation zwischen relevanten politischen, institutionellen und zivilgesellschaftlichen Kräften. Die seit 1990 anhaltende Weiterentwicklung des Psychotherapiegesetzes verdeutlicht diese Aushandlungsprozesse (vgl. Simonis 2007: 213; Folkers & Rödel 2015: 1; Rieß & Löffler-Stastka 2022: 136f., Gruber/Dinhof/Grabenhofer-Eggerth 2024: 1).

Diese regulativen Aushandlungsprozesse materialisieren sich gegenwärtig besonders deutlich in einer Reihe gesundheitspolitischer Reformen, die das institutionelle Umfeld der psychotherapeutischen Versorgung prägen. Für die Analyse aktueller regulatorischer Entwicklungen sind insbesondere folgende Reformprozesse zentral, da sie die gegenwärtige Struktur, Finanzierung und Organisation psychotherapeutischer Versorgung in Österreich maßgeblich prägen.

Genau diese Verwobenheit (Regulation als hegemonialer Prozess) bildet die wesentliche konzeptionelle Brücke in die Diskussion zur psychotherapeutischen Versorgung in Österreich. Die empirische Analyse wird nicht nur betrachten „was“ reguliert wurde, sondern „warum“ und auf Basis welcher Macht- und Bedeutungsstrukturen diese Regulierung stabilisiert oder verändert wurde.

Während die Regulationstheorie institutionelle und makrogesellschaftliche Stabilitätsmechanismen kapitalistischer Gesellschaften analysiert, richtet Foucaults Konzept der Biopolitik/Biomacht den Blick auf eine andere Ebene der Macht: die direkte Regulierung von Körpern, Subjekten und der Bevölkerung. Damit ergänzt die Biopolitik die regulationstheoretische Perspektive um eine mikro- und bevölkerungspolitische Dimension.

3.3. Biopolitik und Biomacht nach Michel Foucault

Foucaults Konzept der Biopolitik ist für diese Arbeit relevant, da psychische Gesundheit zunehmend als Gegenstand staatlicher Sorge, Prävention und Optimierung verstanden wird. Die biopolitische Perspektive ermöglicht es, psychotherapeutische Versorgung als Teil bevölkerungspolitischer Steuerung zu analysieren.

Die konzeptionelle Verbindung zur Biopolitik ergibt sich über den Begriff der Regulation. Foucault entwickelt mit dem Konzept der Biopolitik eine machtanalytische Perspektive, die auf die systematische Regulierung des Lebens abzielt. Zu beachten ist hierbei, dass Foucault die Begriffe „Biopolitik“ und „Biomacht“ nicht immer trennscharf unterscheidet. Andreas Folkers und Thomas Lemke verweisen darauf, dass Foucault beide Begriffe stellenweise synonym verwendet. Laut Petra Gehring, auf die sich Folkers und Lemke bezieht, wird „Biopolitik“ eher zur Bezeichnung konkreter Techniken der Lebensförderung herangezogen, während „Biomacht“ den übergeordneten gesellschaftlichen und machtanalytischen Kontext markiert, in dem diese Techniken wirksam werden (vgl. Grieb-Viglaloro 2022: 26). Diese Differenzierung ist zentral, da sie im weiteren Verlauf für die Diskussion relevant wird, inwiefern Regulierung im Feld psychischer Gesundheit nicht nur institutionell, sondern als regulierte Form des „Gestaltens von Leben“ verstanden werden muss.

Seit dem 18. Jahrhundert, etabliert sich gemäß Foucaults These ein Machtmodus, der nicht primär über Unterdrückung wirkt, sondern über die Steuerung, Optimierung und Kontrolle des Lebens. Während vormoderne Herrschaftsformen über das Recht charakterisiert waren, über „Leben und Tod“ zu entscheiden, transformiert sich Macht in der Moderne zur Biomacht, die darauf abzielt, Leben zu fördern, Gesundheit zu optimieren und die Bevölkerung zu regulieren. Die Biopolitik richtet sich somit sowohl auf den Körper als auch auf die Population und manifestiert sich in Hygienepolitiken, im Gesundheitswesen und in Sozialstatistiken (vgl. Folkers & Rödel 2025: 1; Sarasin & Thomä 2008: 147; Ahmed 2021: 90-96).

Ein zentraler Faktor der Biopolitik besteht darin, dass sie gleichzeitig fürsorglich und kontrollierend wirkt. Gesundheitspolitiken können das Leben verlängern und verbessern, zugleich aber auch soziale Normen verstärken, Ausschlüsse erzeugen und Machtstrukturen als selbstverständlich legitimieren. Foucaults Konzept der Biomacht betont daher, dass Macht nicht ausschließlich repressiv, sondern auch

produktiv ist, indem sie Körper, Subjekte und Bevölkerungen formt. Dies eröffnet einen Analyserahmen, in dem die Organisation psychischer Gesundheit ebenfalls als Element biopolitischer Ordnung verstanden werden kann (vgl. Grieb-Viglialoro 2022: 28f.).

Biopolitik lässt sich zudem nur historisch nachvollziehen. Seit dem 18. Jahrhundert etablierten sich neue Formen der Bevölkerungspolitik, etwa durch statistische Erhebungen zu Geburten und Todesfällen, staatliche Hygienemaßnahmen, Impfkampagnen und später auch Sozialversicherungssysteme. Diese Praktiken zielten darauf ab, das Leben der Bevölkerung messbarer, kalkulierbarer und steuerbarer zu machen. Besonders deutlich wird die biopolitische Dimension in der Entwicklung der Psychiatrie: Seit dem 19. Jahrhundert wurden psychische Erkrankungen nicht mehr nur als individuelles Leiden, sondern zunehmend als gesellschaftliche Gefahr betrachtet. Psychiatrische Institutionen dienten einerseits der medizinischen Versorgung, andererseits erfüllten sie Aufgaben der sozialen Kontrolle. Sie erfüllten eine doppelte Funktion: Behandlung und Verwahrung. Dies zeigt, dass Biopolitik historisch sowohl fürsorgliche als auch repressive Elemente umfasste (vgl. Sarasin & Thomä 2008: 148; Rödel & Folkers 2015: 1f.; Ahmed 2021: 86f., 164f.; Cziesla 2022: 114f.).

Foucault hat mit dem Konzept der Biopolitik einen analytischen Zugang geschaffen, der das Verhältnis von Macht und Leben grundlegend neu fasst. Er argumentiert, dass sich seit dem 18. Jahrhundert ein spezifischer Machtmodus herausbildet, der nicht mehr primär auf Repression basiert, sondern auf die Regulierung, Förderung und Optimierung des Lebens selbst. Während vormoderne Souveränität durch das Recht charakterisiert war, über Leben und Tod zu entscheiden, also darüber, ob getötet oder verschont wird, verschiebt sich die moderne Machtausübung zur Biomacht: Einer Form politischer Steuerung, die das Leben in all seinen Dimensionen reguliert. Biomacht entfaltet sich hierbei sowohl auf der Ebene der Disziplinierung einzelner Körper (z.B. in Schulen, Kasernen, Kliniken), als auch auf der Ebene der Bevölkerung, etwa in Form von Geburtenraten, Lebenserwartung, Hygienepolitiken oder statistischen Kontrollregimen (vgl. Grieb-Viglialoro 2022: 28f.; Ahmed 2021: 95f.; Foucault 2008: 1f.).

Die doppelte Dimension der Biopolitik (fürsorglich und kontrollierend zugleich) macht sie zu einem grundlegenden Ordnungsprinzip moderner Gesellschaften. Sie wirkt nicht nur repressiv, sondern auch produktiv, indem sie Subjektivität erzeugt sowie Normen und Erwartungen an „gesundes“ Verhalten formt. Gesundheitspolitiken sind daher besonders aufschlussreich: Sie zielen einerseits auf Prävention und Lebensförderung ab, regulieren jedoch gleichzeitig Risiken, Abweichungen und Pathologien. Foucault Beschreibt dies als Macht, die „leben machen“ und „sterben lassen“ kann. Der Staat interveniert somit nicht nur in Krisensituationen, sondern auch im Alltag, indem er Körper und Verhaltensweisen normiert und optimiert (vgl. Folkers & Rödel 2015: 2; Ahmed 2021: 90-97, 226f.).

Die Biopolitik weist zugleich eine ambivalente Struktur auf: Sie erscheint fürsorglich, weil sie Gesundheit, Lebenserwartung und Wohlergehen verbessert, ist jedoch kontrollierend, weil sie Menschen und Gemeinschaften in festgelegte Normmuster einordnet. Macht wirkt dabei weniger durch direktes Verbot als durch die Erzeugung von Normalität. Abweichungen von körperlicher Leistungsfähigkeit, psychischer Gesundheit oder gesellschaftlich erwünschter Verhaltensweisen werden nicht nur diagnostiziert, sondern auch pathologisiert und reguliert. So wird die Biopolitik zu einem zentralen Mechanismus, mit dem Normalität hergestellt, Abweichung definiert und gesellschaftliche Ordnung gesichert wird (vgl. Ahmed 2021: 96f., 243; Grieb-Viglialoro 2022: 28).

Gerade im Bereich der psychischen Gesundheit tritt diese biopolitische Dimension deutlich hervor. Psychiatrie, Psychotherapie und Psychologie sind nicht nur therapeutische Praxisfelder, sondern fungieren zugleich als gesellschaftliche Ordnungsmechanismen, die Normalitätsvorstellungen hervorbringen und abweichendes Verhalten klassifizieren. Hier verbindet sich Disziplinarmacht (auf Ebene einzelner Subjekte, z.B. im therapeutischen Setting) mit Biopolitik (auf Ebene der Bevölkerung, z.B. über gesundheits- und sozialpolitische Steuerungsinstrumente). In Österreich gilt psychotherapeutische Versorgung nicht nur als individuelle Behandlung, sondern als bevölkerungspolitische Aufgabe im Sinne von Prävention, Arbeitsfähigkeit und gesellschaftlicher Stabilität. Psychische Gesundheit wird damit zum Gegenstand biopolitischer Rationalität: Teil staatlicher Sorge um das Leben, zugleich aber Teil einer normativen Ordnung, die festlegt, was als „gesundes Leben“ gilt (vgl. Ahmed 2021: 62-67,87).

Diese Perspektive verdeutlicht schließlich, dass Biopolitik und Regulationstheorie eng miteinander verknüpft werden können. Während die Regulationstheorie sich auf makro-institutionelle Arrangements und „Akkumulationsregime“ fokussiert, richtet die Biopolitik den Blick auf Körper, Subjekte und Bevölkerungen. Stabilität in kapitalistischen Gesellschaften wird demnach nicht nur ökonomisch-institutionell, sondern auch über die Regulierung des Lebens selbst hergestellt. Biopolitik ergänzt so die Regulationstheorie um die Dimension direkter Lebensformierung bis in alltägliche Praktiken hinein.

Hier setzt ein weiterer Diskussionspunkt an, denn wenn psychotherapeutische Versorgung politisch verhandelt wird, wird möglicherweise damit zugleich verhandelt, welches Leben gefördert und welches Verhalten als normativ wünschenswert definiert wird. Die empirische Analyse wird darauf ausgerichtet sein zu untersuchen, wie sich biopolitische Rationalitäten in Fragen von Zugang, Finanzierung und Professionalisierung psychotherapeutischer Versorgung artikulieren.

Die biopolitische Perspektive zeigt, wie Macht über Leben und Gesundheit organisiert wird, bleibt jedoch ohne die Berücksichtigung kultureller und gesellschaftlicher Aushandlungsprozesse unvollständig. Für die vorliegende Arbeit wird Gramscis Konzept des integralen Staates daher ergänzend herangezogen, um zu analysieren, wie biopolitische Steuerungslogiken im Feld der psychotherapeutischen Versorgung gesellschaftlich legitimiert, normalisiert oder auch infrage gestellt werden. Insbesondere erlaubt dieser Zugang, in den empirischen Interviews nachzuzeichnen, über welche Akteur:innen, Diskurse und institutionellen Arrangements Zustimmung zu bestimmten Verständnissen von psychischer Gesundheit, Behandlungsbedürftigkeit und Verantwortungszuschreibungen hergestellt wird.

3.4. Antonio Gramscis Theorie des integralen Staates

Gramscis Konzept des integralen Staates erweitert die Analyse um die Frage, wie gesundheitspolitische Regelungen gesellschaftlich legitimiert und hegemonial abgesichert werden. Dies ist besonders relevant für die Psychotherapie, da deren gesellschaftliche Anerkennung, Finanzierung und institutionelle Stellung stark von zivilgesellschaftlichen Diskursen und professionspolitischen Kämpfen abhängen.

Gramscis Konzept des „integralen Staates“ biete eine zentrale Erweiterung, um diese Zusammenhänge theoretisch zu erfassen. Gramsci kritisiert einfache Basis-Überbau-

Modelle, da diese Politik, Kultur und Ideologie lediglich als passives Abbild ökonomischer Strukturen begreifen und zeigt stattdessen, dass diese Bereiche eigenständige und aktive Kräfte gesellschaftlicher Machtsicherung und Formierung darstellen. Der Staat wird in diesem Verhältnis nicht nur als politisches Herrschaftsinstrument begriffen, sondern als Einheit von politischer Gesellschaft (Staatsapparate) und Zivilgesellschaft (Organisationen, Diskurse und Alltagspraktiken). Die Grundlage hegemonialer Macht beruht somit nicht nur auf Zwang, sondern ebenso auf Zustimmung, die durch gesellschaftliche Institutionen (Medien, Kirchen, Schulen oder das Gesundheitssystem) hergestellt wird (vgl. Hirsch/Kannankulam/Wissel 2015: 94f.; Pohn-Lauggas 2017: 25; Demirović 2007: 25; Opratko 2012: 40).

Gramscis Konzept des integralen Staates entwickelte sich aus einer konkreten politischen Erfahrung: Dem Scheitern revolutionärer Bewegungen in Westeuropa nach dem Ersten Weltkrieg. Während die Revolution in Russland erfolgreich war, blieb sie im Westen aus. Gramsci führt dieses Ausbleiben revolutionärer Erfolge im Westen auf die strukturelle Stabilität des bürgerlichen Staates zurück, der nicht nur durch repressive Mittel, sondern über ein dichtes Geflecht zivilgesellschaftlicher Institutionen legitimiert und abgesichert wurde. Gewerkschaften, Parteien, Medien und das Bildungssystem fungierten dabei als „Kasematten“ der Herrschaft, die eine direkte Machteroberung durch die Arbeiter:innenklasse verhinderten. Die „Kasematten“ wirken als hegemoniale Festungen, indem sie Zustimmung organisieren, Herrschaft stabilisieren und Veränderungsprozesse verlangsamen. Aus dieser Analyse schlussfolgert Gramsci, dass politische Macht im Westen nicht durch einen unmittelbaren „Frontalangriff“ (Bewegungskrieg), sondern nur durch einen langwierigen „Stellungskrieg“ gewonnen werden kann. Damit unterstreicht Gramsci, dass gesellschaftliche Veränderungen nicht allein durch ökonomische Widersprüche entstehen, sondern wesentlich über kulturelle und ideologische Kämpfe vermittelt werden (vgl. Hirsch/Kannankulam/Wissel 2015: 94f.; Pohn-Lauggas 2017: 26; Opratko 2012: 38).

Der Kern in Gramscis Theorie liegt darin, dass Herrschaft nicht als statische oder rein ökonomische Größe verstanden wird, sondern als Ergebnis fortlaufender gesellschaftlicher Kämpfe. Diese Auseinandersetzungen um Deutungen, Werte und Normen finden primär innerhalb der Zivilgesellschaft statt. Zentral ist dabei der Alltagsverstand, den Gramsci als ein heterogenes, historisch gewachsenes Geflecht

aus Überzeugungen, Vorurteilen und tradiertem Wissen versteht, das tief in den Lebenswelten der Menschen verankert ist. In der Zivilgesellschaft werden Alltagsverstand, kulturelle Praktiken und gesellschaftliche Leitbilder geformt, die wiederum auf politische Gesellschaftsformen zurückwirken. Gramsci beschreibt diesen Prozess als Kampf um Hegemonie, in dem sich gesellschaftliche Kraft dauerhaft auf ihre bestehenden Machtressourcen verlassen kann. Gesellschaftliche Führungsansprüche müssen vielmehr durch Konsensbildung, Zugeständnisse und die Einbindung widerständiger Gruppen immer wieder neu abgesichert werden (vgl. Opratko 2012: 42-46; Pohn-Lauggas 2017: 26-29).

„So spielt etwa der herzustellende Kollektivwille, der nicht mehr (zwangsläufig) an eine Klassenzugehörigkeit gebunden ist, eine zentrale Rolle in der Aufgabe einer revolutionären Partei, „Verkünder und Organisator einer intellektuellen und moralischen Reform“ zu sein, denn dies bedeutet, „das Terrain für eine Weiterentwicklung des populären nationalen Kollektivwillens zu bereiten“, wie es in den Gefängnisheften heißt“ (Pohn-Lauggas 2017, 23).

Gramsci betont, dass Hegemonie stets mit einem Moment des Zwangs verbunden bleibt. Sie ist eine „Hegemonie gepanzert mit Zwang“, weil sie letztlich auch auf der Möglichkeit staatlicher Gewalt basiert. Zustimmung und Zwang stehen dabei nicht im Widerspruch, sondern bilden komplementäre Elemente der Machtausübung. Politische Herrschaft wird folglich als Prozess verstanden, in dem die Grenzen zwischen politischer und ziviler Gesellschaft nicht strikt getrennt sind, sondern ineinander übergehen. Der integrale Staat ist daher nicht als klar abgegrenzte institutionelle Einheit zu verstehen, sondern als Terrain, auf dem gesellschaftliche Kräfteverhältnisse ständig neu ausgehandelt werden. Diese Perspektive bildet eine Brücke zur Regulationstheorie nach Joachim Hirsch, die ebenfalls davon ausgeht, dass Stabilität in kapitalistischen Gesellschaften nur durch institutionalisierte Kompromisse und hegemoniale Absicherung hergestellt werden kann (vgl. Hirsch 2005: 90-97; Jessop 2018: 71-78).

Hirsch greift diese Überlegungen auf, indem er Regulationstheorie mit Gramscis Staatstheorie verbindet. „Akkumulationsregime“ werden demnach durch historische Blöcke stabilisiert, in denen ökonomische Strukturen, politische Institutionen und kulturelle Praktiken eine Einheit bilden. Der integrale Staat bildet das organisatorische Zentrum dieses Blocks, während Biopolitik die Mikroebene der Subjektivierung thematisiert. Daraus ergibt sich eine umfassende theoretische Perspektive, die

ökonomische, politische und kulturelle Dimensionen kapitalistischer Gesellschaften zusammendenkt (vgl. Hirsch 2005: 90-97; Jessop 2018: 71-78).

Gramscis theoretischer Ansatz stellt damit einen besonders geeigneten Bezugsrahmen für die Analyse der psychotherapeutischen Versorgung in Österreich dar (vgl. Demirović 2007: 25). Die Psychotherapie befindet sich an der Schnittstelle zwischen politischer und ziviler Gesellschaft: Einerseits handelt es sich um einen regulierten Gesundheitsbereich, in dem staatliche Institutionen (Ministerien, Krankenkassen, Kammern) über gesetzliche und finanzielle Steuerungsmechanismen eingreifen. Andererseits ist Psychotherapie, durch Berufsverbände, Ausbildungsinstitutionen, Patient:inneninitiativen oder öffentliche Diskurse über psychische Gesundheit, tief in zivilgesellschaftliche Strukturen eingebettet. Welche Formen von psychotherapeutischer Versorgung als legitim gelten, welche Berufsgruppen Anerkennung erhalten und wie „psychische Normalität“ gesellschaftlich definiert wird, sind Fragen, die im hegemonialen Feld der Zivilgesellschaft ausgehandelt werden. Psychotherapie wird damit zu einem Terrain, auf dem gesellschaftliche Bedeutungen von Gesundheit, Krankheit und sozialer Teilhabe verhandelt werden und gleichzeitig zu einem Instrument, mit dem kapitalistische Gesellschaften Arbeitsfähigkeit, soziale Ordnung und individuelle Anpassung stabilisieren. Diese theoretische Einbettung schafft die Grundlage für die spätere Diskussion, in der sichtbar wird, wie sich hegemoniale Kräfteverhältnisse konkret in der Ausgestaltung, Regulierung und politischen Aushandlung psychotherapeutischer Versorgung in Österreich materialisieren.

3.5. Psychotherapie als Feld von Regulation, Biopolitik und Hegemonie

Psychotherapie eignet sich als Untersuchungsfeld, da sich hier institutionelle Regulierung, biopolitische Rationalitäten und hegemoniale Aushandlungsprozesse besonders verdichtet zeigen. Das Feld erlaubt es, die theoretischen Perspektiven exemplarisch auf einen konkreten Bereich des Gesundheitssystems anzuwenden.

Mit dem Psychotherapiegesetz von 1990 wurde Psychotherapie erstmals umfassend gesetzlich geregelt. Diese Regulierung schuf nicht nur eine neue Berufsgruppe, sondern definierte auch, welche Formen psychischen Leidens als behandlungsbedürftig gelten und wer Anspruch auf Versorgung hat. Gleichzeitig

entstand damit ein System von Ausschlüssen: Bestimmte Verfahren erhielten staatliche Anerkennung, andere nicht; bestimmte gesellschaftliche Gruppen erhielten leichteren Zugang zur Versorgung, während andere, insbesondere Personen mit eingeschränkten finanziellen Ressourcen, weiterhin auf private Leistungen angewiesen sind. Aus regulationstheoretischer Perspektive wird im empirischen Teil analysiert, wie psychotherapeutische Versorgung über institutionelle Arrangements in das Gesundheitssystem eingebettet wird (vgl. Gruber/Müller/Kropik 2017: 152f.; Gruber/Dinhof/Grabenhofer-Eggerth 2024: 1).

Die biopolitische Dimension wird darin sichtbar, dass psychische Gesundheit zunehmend als gesamtgesellschaftliches Schlüsselthema erscheint. Begriffe wie Burnout, Depression oder Resilienz prägen öffentliche Diskurse und beeinflussen gesundheitspolitische Entscheidungen. Im Rahmen der empirischen Analyse wird untersucht, inwiefern Psychotherapie in gesundheitspolitischen und professionellen Deutungen über die individuelle Behandlung hinaus als bevölkerungspolitische Aufgabe konstruiert wird. Psychische Gesundheit wird dadurch zum staatlich regulierten Gegenstand der Sorge um das Leben selbst. Ein klassisches Beispiel für Foucaults Konzept der Biopolitik, in dem die Regierung von Bevölkerungen im Mittelpunkt steht (vgl. Ahmed 2021: 62-67, 87, 96f., 243; Sarasin & Thomä 2008: 147).

Zugleich lässt sich die psychotherapeutische Versorgung in Österreich nur durch hegemonietheoretische Perspektiven vollständig verstehen. Berufsverbände, Krankenkassen, politische Parteien und Patient:inneninitiativen ringen darum, wie psychische Gesundheit definiert wird, welche Leistungen finanziert werden und welchen Status psychische Erkrankungen gesellschaftlich erhalten. Diese Auseinandersetzungen finden nicht nur innerhalb der staatlichen Institutionen wie dem Parlament oder dem Gesundheitsministerium statt, sondern ebenso in der Zivilgesellschaft: In medialen Debatten über „Versorgungsdefizite“, in Protestaktionen von Berufsverbänden oder in Kampagnen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen. Psychotherapie wird in dieser Arbeit als gesellschaftliches Terrain verstanden, auf dem Normen, Deutungsmacht und Leitbilder im Zusammenspiel staatlicher und zivilgesellschaftlicher Akteur:innen verhandelt werden (vgl. Pohn-Lauggas 2017: 25; Opratko 2012: 40; Rieß & Löffler-Stastka 2022: 136f.; Gruber/Müller/Kropik 2017: 152f.). Für die spätere Diskussion ist anzumerken, dass sich Konflikte um die psychotherapeutische Versorgung nicht „im System“ allein abspielen, sondern entlang gesellschaftlicher Macht- und Bedeutungsstrukturen.

Besonders deutlich wird dies in den aktuellen Finanzierungsdebatten. Trotz steigender Nachfrage bleibt das Angebot an von der Sozialversicherung finanzierten Kassenplätzen begrenzt, wodurch viele Patient:innen auf kostenpflichtige private Leistungen ausweichen müssen. Die empirische Analyse richtet sich darauf, psychotherapeutische Versorgung als potenzielles politisch-ökonomisches Verteilungsfeld zu untersuchen, in dem sich regulative, biopolitische und hegemoniale Dynamiken überschneiden (vgl. Rieß & Löffler-Stastka 2022: 136f.).

Aus regulationstheoretischer Perspektive lässt sich die aktuelle Situation als Ausdruck einer Krise der Anpassung interpretieren: Die bestehenden institutionellen Arrangements reichen nicht mehr aus, um die steigende Nachfrage mit den vorhandenen auszugleichen. Biopolitisch zeigt sich die Spannung zwischen dem Anspruch, das Leben der Bevölkerung zu optimieren und den realen Begrenzungen der staatlichen Steuerungsfähigkeit. Hegemonietheoretisch wiederum verdeutlicht die Debatte, dass der gesellschaftliche Konsens über die Ausgestaltung psychotherapeutischer Versorgung brüchig geworden ist und neu ausgehandelt werden muss.

Die Verknüpfung von Regulationstheorie, Biopolitik und Gramscis Staatstheorie schafft damit ein umfassendes Analyseinstrumentarium:

1. Regulationstheorie zeigt, wie institutionelle Arrangements im Gesundheitssystem (Gesetze, Krankenkassen, Berufsverbände) auf die Stabilisierung kapitalistischer Gesellschaften zielen.
2. Biopolitik macht sichtbar, dass dabei nicht nur Institutionen reguliert werden, sondern das Leben selbst: Normalität, Gesundheit und Abweichung.
3. Gramsci verdeutlicht, dass diese Prozesse nicht nur „von oben“ erfolgen, sondern in der Zivilgesellschaft verhandelt werden.

Insgesamt dient der hier entwickelte theoretische Rahmen dazu, die psychotherapeutische Versorgung in Österreich als analytisches Feld zu untersuchen, in dem ökonomische, politische und kulturelle Dimensionen aufeinandertreffen. Die Kombination aus Regulationstheorie, Biopolitik und Gramscis Konzept des integralen Staates ermöglicht es, im empirischen Teil systematisch zu analysieren, wie psychotherapeutische Versorgung institutionell reguliert wird, welche normativen Vorstellungen von psychischer Gesundheit dabei wirksam werden und über welche gesellschaftlichen Akteur:innen und Diskurse diese Arrangements legitimiert oder

infrage gestellt werden. Die Mehrdimensionalität des Feldes macht Psychotherapie somit nicht bereits per se zu einem Ergebnis dieser Analyse, sondern zu einem geeigneten Untersuchungsgegenstand, an dem sich die Verzahnung von institutioneller Regulation, biopolitischer Steuerung und hegemonialen Aushandlungsprozessen nachvollziehen lässt (vgl. Becker 2024: 51f.; Grieb-Viglialoro 2022: 28f.; Ahmed 2021: 95f.; Opratko 2012: 42-46; Gruber/Dinhof/Grabenhofer-Eggerth 2024: 57-60).

4. Forschungsdesign: Mixed-Methods-Ansatz

Die vorliegende Arbeit stützt sich auf einen Mixed-Methods-Ansatz, um die psychotherapeutische Versorgung in Österreich umfassend zu analysieren. Durch die Kombination qualitativer und quantitativer Verfahren können sowohl messbare Muster als auch subjektive Erfahrungen sichtbar gemacht werden. Gerade komplexe Forschungsgegenstände wie Zugangsbarrieren, institutionelle Logiken des Versorgungssystems oder individuelle Wahrnehmungen lassen sich mit einer einzelnen Methode häufig nur unzureichend erfassen (vgl. J. Creswell & Clark, 2018: 13).

Dabei werden qualitative und quantitative Daten möglichst zeitgleich erhoben und anschließend zusammengeführt, um eine umfassende Analyse des Forschungsproblems zu ermöglichen. Die Integration beider Datenarten erfolgt im Interpretationsprozess, sodass ein Gesamtbild entsteht, das die jeweiligen Stärken der Methoden verbindet. Zudem erlaubt dieses Design, widersprüchliche oder nicht übereinstimmende Befunde sichtbar zu machen und weitergehend zu erklären (vgl. J. Creswell & D. Creswell 2023: 16).

Ein zentraler Mehrwert des Mixed-Methods-Ansatzes liegt in der sogenannten Triangulation, also der bewussten Verknüpfung unterschiedlicher Datenquellen und Analysemethoden. Durch diese Verbindung können Forschungsergebnisse wechselseitig überprüft, ergänzt oder in Beziehung zueinander gesetzt werden. Auf diese Weise lassen sich sowohl Widersprüche zwischen qualitativen und quantitativen Befunden identifizieren als auch neue Perspektiven auf den Forschungsgegenstand eröffnen. Die Integration verschiedener Datenebenen erhöht damit die Validität und Glaubwürdigkeit der Untersuchung und trägt zu einer ausgewogeneren Interpretation der Ergebnisse bei (vgl. Baur/Kelle/Kuckartz 2017: 4f.).

Die Entscheidung für ein Mixed-Methods-Design ermöglicht es, die Forschungsfrage sowohl in ihrer strukturellen Breite als auch in ihrer analytischen Tiefe zu erfassen. Die quantitative Online-Umfrage bietet einen Überblick über Zugangs- und Versorgungserfahrungen einer breiteren Bevölkerungsgruppe und erlaubt damit erste Einschätzungen zu Mustern, Häufigkeiten und wahrgenommenen Hürden der psychotherapeutischen Versorgung im Alltag und gibt Hinweise auf strukturelle Dynamiken, Verteilungsfragen und potenzielle Versorgungslücken. Die leitfadengestützten problem-zentrierten Expert:inneninterviews erweitern diese Ergebnisse um eine qualitative Ebene, indem sie die Perspektiven zentraler Akteur:innen des Feldes erschließen und jene Sinnordnungen, Erfahrungslogiken und Deutungsprozesse sichtbar machen, die in standardisierten Erhebungen nicht adäquat abgebildet werden können. Sie ermöglichen eine qualitative Analyse die Rekonstruktion hegemonialer Bedeutungsproduktionen, biopolitischer Steuerungsmechanismen und regulativer Verschiebungen innerhalb des Versorgungssystems. Der Mixed-Methods-Ansatz schafft somit die Möglichkeit, beide Ebenen wechselseitig zu integrieren und daraus ein umfassenderes, mehrdimensionales Verständnis der psychotherapeutischen Versorgung in Österreich zu gewinnen. Um den Mixed-Methods-Ansatz inhaltlich zu konkretisieren, werden im Folgenden zunächst die eingesetzten Erhebungs- und Analyseverfahren genau dargestellt.

4.1. Online-Umfrage

Für die quantitative Phase wurde ein standardisierter Online-Fragebogen entwickelt, um ein möglichst breites Bild der Wahrnehmungen und Erfahrungen zur psychotherapeutischen Versorgung zu gewinnen. Die Online-Befragung bietet den Vorteil, dass sie eine große Stichprobe in kurzer Zeit und mit geringem organisatorischem Aufwand ermöglicht (vgl. J. Creswell & D. Creswell 2023: 159). Zudem können die Daten, über die der Software Qualtrics XM automatisiert erfasst und direkt in die Statistiksoftware R exportiert werden.

Ein weiterer Vorteil des Online-Formats liegt in der Niedrigschwelligkeit. Durch die Verteilung über soziale Medien, Bekannte, Freunde und Online-Plattformen konnten unterschiedliche Personengruppen erreicht werden. Die anonyme Teilnahme erhöhte dabei die Bereitschaft, offen über persönliche Erfahrungen, Einstellungen oder

Barrieren im Zugang zu Psychotherapie zu berichten. Dies ist insbesondere bei sensiblen Themen wie psychischer Gesundheit von großer Bedeutung (vgl. J. Creswell & D. Creswell 2023: 161).

Darüber hinaus bietet die Standardisierung des Fragebogens eine hohe Vergleichbarkeit der Antworten. Alle Teilnehmenden erhalten dieselben Fragen in identischer Reihenfolge, wodurch Verzerrungen minimiert und die Reliabilität erhöht werden. Die gewählte Form erlaubt somit sowohl deskriptive als auch inferenzstatistische Analysen. Auf Basis der erhobenen Daten können Häufigkeiten, Zusammenhänge und Gruppenunterschiede identifiziert werden, die anschließend qualitativ weiter untersucht werden vgl. (Koo & Yang 2025, 3). Die methodische Entscheidung für dieses Erhebungsinstrument wird im folgenden Abschnitt genauer begründet.

Ein standardisierter Fragebogen stellt für diese Arbeit die geeignete quantitative Methode dar, da er es erlaubt, Erfahrungen und Wahrnehmungen von Personen im österreichischen Gesundheitssystem systematisch zu erfassen. Die Forschungsfrage richtet sich auf Zugangsbarrieren, Versorgungslücken, subjektive Einschätzungen der Qualität sowie auf die Wirkung gesundheitspolitischer Reformen, alles Bereiche, die an bereits erlebten Situationen ansetzen. Online-Umfragen können solche Erfahrungen in größerem Umfang quantifizieren und so Muster sichtbar machen, die für eine strukturelle Analyse zentral sind.

Ein experimentelles Design wäre hingegen methodisch unpassend und ethisch problematisch. Experimente setzen voraus, dass Forschende eine Variable kontrolliert manipulieren können, um deren Auswirkungen zu messen. Im Kontext psychotherapeutischer Versorgung ist eine solche Manipulation jedoch weder möglich noch vertretbar: Man kann Personen nicht zufällig unterschiedlichen Versorgungsbedingungen zuweisen oder den Zugang zu Therapie künstlich verändern. Auch die Wahrnehmung politischer Reformen oder Barrieren im Gesundheitssystem lässt sich nicht in einer kontrollierten Laborsituation nachstellen, da diese Phänomene gesellschaftlich eingebettet, komplex, und sozial konstruiert sind (vgl. J. Creswell & D. Creswell 2023: 161).

Darüber hinaus besitzen Fragebögen in diesem Themenbereich eine deutlich höhere ökologische Validität, da sie die Realität der Betroffenen widerspiegeln, anstatt künstliche Situationen zu erzeugen. Ein Experiment könnte lediglich Verhaltensreaktionen auf spezifische Stimuli erfassen, würde aber keine Rückschlüsse auf tatsächliche Versorgungserfahrungen ermöglichen. Vor diesem Hintergrund wurde ein standardisiertes Erhebungsinstrument gewählt, das sowohl individuelle Erfahrungen als auch strukturelle Rahmendbedingungen der psychotherapeutischen Versorgung erfassen kann.

Die Entwicklung des Fragebogens erfolgte theorie- und literaturgeleitet. Den Ausgangspunkt bildeten zentrale Themenfelder aus der bestehenden Forschung zur psychotherapeutischen Versorgung und zu gesundheitspolitischen Reformen in Österreich, insbesondere Fragen des Zugangs, der Finanzierung, der Inanspruchnahme sowie der wahrgenommenen Fairness und Transparenz des Versorgungssystems. Ergänzend wurden Überlegungen aus dem theoretischen Rahmen der Arbeit (Regulation, Biopolitik, Hegemonie) herangezogen, um relevante Dimensionen wie Verantwortungszuschreibungen, institutionelle Zuständigkeiten und subjektive Bewertungskriterien abzubilden.

Die einzelnen Fragen wurden so formuliert, dass sie sowohl deskriptive Informationen (z. B. Nutzungserfahrungen, Finanzierungsform) als auch evaluative Einschätzungen (z. B. Wahrnehmung von Zugangsbarrieren oder Reformwirkungen) erfassen. Vor dem Einsatz im Feld wurde der Fragebogen einem Pretest unterzogen, bei dem Verständlichkeit, Eindeutigkeit der Items sowie die Bearbeitungsdauer überprüft wurden. Auf Basis dieses Pretests wurden einzelne Formulierungen präzisiert und Antwortkategorien angepasst, um Missverständnisse zu vermeiden und die inhaltliche Passung der Fragen zu verbessern.

Insgesamt ist der Einsatz eines Fragebogens im Rahmen des Mixed-Methods-Designs gut begründet, da er die strukturellen Muster sichtbar macht, die anschließend durch die qualitativen Expert:inneninterviews analytisch vertieft werden können.

4.2. Expert:inneninterviews mit Psychotherapeut:innen

Ergänzend zur quantitativen Online-Erhebung wurden leitfadengestützte problemzentrierte Expert:inneninterviews mit Psychotherapeut:innen durchgeführt. Diese Methode wurde gewählt, um ein vertieftes Verständnis der strukturellen, institutionellen und praxisbezogenen Aspekte psychotherapeutischer Versorgung zu gewinnen. Während der Fragebogen vor allem allgemeine Wahrnehmungen und statistische Zusammenhänge erfasst, ermöglichen Expert:inneninterviews eine differenzierte Auseinandersetzung mit professionellen Erfahrungen und Einschätzungen.

Das Problemzentrierte Interview (PCI) ist eine qualitative Interviewmethode, die auf Offenheit, Flexibilität und Prozessorientierung basiert. Im Zentrum steht ein dialogischer Austausch auf Augenhöhe, in dem die Fragestellung und das zu untersuchende Problem gemeinsam präzisiert werden. PCI kombiniert dabei das theoretisch-empirische Vorwissen der Forschenden mit den individuellen Erfahrungen der Interviewten und folgt einem iterativen Prozess aus induktiver und deduktiver Annäherung. Der Ansatz nutzt ein sensibilisierendes theoretisches Rahmenkonzept und fördert aktiv erzählorientierte Darstellungen, wobei auch jene sozialen Bedingungen einbezogen werden, die Wahrnehmungen, Orientierungen und Bewertungen der Befragten prägen (vgl. Döringer 2021: 268f.).

Methodisch beruht das PCI auf einem Interviewleitfaden, der mit einer offenen narrativen Einstiegsfrage beginnt und anschließend gezielte Nachfragen vorsieht. Dabei geht es nicht um ein starres Frage-Antwort-Schema, sondern um einen thematischen Orientierungsrahmen, der sowohl Struktur als auch Freiraum für individuelle Relevanzen bietet. Nach der einleitenden Erzählung folgen allgemeine und spezifische Vertiefungsfragen: Erstere greifen potenziell relevante, aber noch nicht angesprochene Aspekte auf, während Letztere direkt an die Aussagen der Befragten anknüpfen. Damit unterscheidet sich PCI von narrativen Interviewformen, bei denen Interviewende möglichst wenig intervenieren. Durch seinen dialogisch-diskursiven Charakter ermöglicht das PCI eine gemeinsame Herstellung sozialer Wirklichkeit und eignet sich besonders für Expert:inneninterviews, da es individuelle Perspektiven betont und zugleich eine gezielte thematische Vertiefung erlaubt (vgl. Döringer 2021: 268f.). Aufbauend auf der methodischen Verortung wird im nächsten Schritt die Entwicklung des Interviewleitfadens erläutert.

Der Interviewleitfaden orientierte sich an den zentralen Forschungsfragen und gliederte sich in mehrere thematische Blöcke: Zugang und Finanzierung, Erfahrungen mit Reformen, regionale Unterschiede und Verbesserungsvorschläge. Die Fragen wurden offen formuliert, um narrative Antworten zu ermöglichen, zugleich aber hinreichend fokussiert, um Vergleichbarkeit zwischen den Interviews zu sichern. Vor den Interviews wurde der Leitfaden mit der Betreuerin besprochen, wodurch unklare Formulierungen angepasst bzw. weitere Fragen eingefügt werden konnten. Diese Vorgehensweise gewährleistete sowohl inhaltliche Validität als auch Verständlichkeit. Die Wahl dieser Interviewform verlangt eine methodische Reflexion, die im Folgenden ausgeführt wird.

Für die qualitative Datenerhebung wurde das leitfadengestützte problemzentrierte Experteninterview gewählt, da dieses Verfahren besonders geeignet ist, komplexe gesellschaftliche und institutionelle Problemlagen zu untersuchen. Die psychotherapeutische Versorgung in Österreich ist durch eine Vielzahl struktureller, politischer und berufsbezogener Dynamiken gekennzeichnet, die sich nur durch die Perspektiven zentraler Akteur:innen adäquat erfassen lassen. Das problemzentrierte Interview bietet hierfür einen geeigneten Rahmen, da es sowohl theoretisch sensibilisiert als auch offen angelegt ist und damit erlaubt, bereits vorliegendes Wissen mit den individuellen Erfahrungen der Expert:innen zu verbinden. Durch die Kombination einer erzählorientierten Einstiegsphase mit gezielten thematischen Vertiefungsfragen können sowohl persönliche Wahrnehmungen als auch systemische Zusammenhänge nachvollzogen und in ihrer Bedeutung für die Versorgungssituation interpretiert werden.

Im Unterschied zu anderen Interviewformen, etwa stark strukturierten Leitfadeninterviews oder narrativen Interviews, ermöglicht das problemzentrierte Vorgehen eine flexible, dialogische Gesprächssituation, in der relevante Themen vertieft werden können, ohne dass zentrale Aspekte der Forschungsfrage unberücksichtigt bleiben. Während narrative Interviewformen häufig sehr offen und biografisch ausgerichtet sind und damit den Blick auf strukturelle Voraussetzungen begrenzen, erfordern stärker standardisierte Leitfadeninterviews ein hohes Maß an Vorstrukturierung, das wenig Raum für neue Einsichten lässt. Das problemzentrierte Experteninterview verbindet dagegen Offenheit mit thematischer Fokussierung und eignet sich daher besonders, um implizite Wissensbestände, professionelle

Deutungsmuster und subjektive Orientierungen sichtbar zu machen. Es trägt somit maßgeblich dazu bei, die komplexen Wechselwirkungen zwischen individuellen Erfahrungen und den institutionellen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Versorgung in Österreich differenziert zu verstehen.

4.3. Datenerhebung, Stichprobe und Rekrutierung

Für den quantitativen Online-Umfrage-Teil der Mixed-Methods-Erhebung erfolgte die Verteilung des standardisierten Online-Fragebogens über mehrere Kanäle: durch das persönliche Umfeld, Studienkolleg:innen sowie über Social-Media-Plattformen (Instagram, pollpool, SurveyCircle, Studo). Dadurch sollte eine möglichst breite Sichtbarkeit im relevanten Alters- und Interessensspektrum gewährleistet werden. Zur Erhöhung der Reichweite wurde das Schneeballprinzip genutzt: Der Link zur Umfrage wurde über persönliche Netzwerke, soziale Medien und Online-Plattformen geteilt. Auf diese Weise konnten Personen aus unterschiedlichen Altersgruppen, Beschäftigungsformen und Bildungshintergründen erreicht werden, wodurch eine heterogene Stichprobe mit einem Umfang von $n = 102$ entstand.

Gleichzeitig ist diese Zugangsweise mit methodischen Limitationen verbunden. Die Rekrutierung über persönliche Netzwerke, universitäre Kontexte und soziale Medien begünstigt insbesondere die Teilnahme von Personen mit höherem Bildungsniveau, digitaler Affinität sowie bestehendem Interesse an psychischen Gesundheitsthemen. Bevölkerungsgruppen mit geringerem formalen Bildungsabschluss, eingeschränktem Internetzugang oder geringer Anbindung an soziale Netzwerke sind dadurch vermutlich unterrepräsentiert. Zudem ist von einem Selbstselektionsbias auszugehen, da insbesondere Personen teilnahmen, die entweder eigene Erfahrungen mit psychotherapeutischer Versorgung gemacht haben oder ein grundsätzliches Interesse an dem Thema aufweisen. Diese Verzerrungen schränken die Generalisierbarkeit der quantitativen Ergebnisse ein und sind bei der Interpretation der Befunde zu berücksichtigen. Ziel der Umfrage ist daher weniger eine repräsentative Abbildung der Gesamtbevölkerung als vielmehr die Identifikation zentraler Muster und Wahrnehmungstendenzen, die im qualitativen Teil der Studie vertieft analysiert werden.

Parallel erfolgte die qualitativen leitfadengestützten problem-zentrierten Expert:inneninterviews mit Psychotherapeut:innen aus verschiedenen Bundesländern.

Die Auswahl erfolgte nach dem Prinzip des gezielten Samplings. Die Rekrutierung der Expert:innen erfolgte mittels mehrerer Zugangswege. Einerseits wurden Psychotherapeut:innen über persönliche Empfehlungen aus dem sozialen Umfeld kontaktiert. Darüber hinaus wurde ein Schneeballprinzip genutzt: interviewte Psychotherapeut:innen empfahlen weitere potenzielle Interviewpartner:innen. Zusätzlich wurden Psychotherapeut:innen per E-Mail angeschrieben, insbesondere jene, die bereits in anderen Kontexten Interviews gegeben hatten, da hier die Wahrscheinlichkeit der Teilnahme erfahrungsgemäß höher war. Jede der sechs interviewten Personen (siehe Tabelle 2) erhielt im Vorfeld den Interviewbogen zur Durchsicht und eine schriftliche Datenschutzerklärung, die Zweck, Umfang und Aufbewahrungsdauer der Daten erläuterte. Nach der Darstellung des Rekrutierungsprozesses werden nun die Kriterien erläutert, anhand die Teilnehmenden ein- bzw. ausgeschlossen wurden.

Tabelle 2: Interviewpartner:innen (eigene Quelle)

Name	Ort	Geschlecht	Arbeitsschwerpunkte
P1	Wien	Männlich	Humanistische Therapie und Integrative Gestalttherapie
P2	Wien	Weiblich	Psychoanalytische-psychodynamische Therapie und Transaktionsanalytischer Ansatz
P3	Tirol	Weiblich	Psychoanalytische-psychodynamische Therapie und Konzentrierte Bewegungstherapie
P4	Wien	Männlich	Humanistische Therapie und Psychodrama
P5	Wien	Weiblich	Humanistische Therapie und Psychodrama
P6	Wien	Männlich	Humanistische Therapie und Integrative Gestalttherapie

Eine weitere Limitation besteht darin, dass die interviewten Psychotherapeut:innen überwiegend in Wien tätig sind. Aussagen über Versorgungsrealitäten in anderen Bundesländern können daher nur eingeschränkt getroffen werden. Zwar wurden in den Interviews vereinzelt vergleichende Einschätzungen zu anderen regionalen Kontexten geäußert, diese ersetzen jedoch keine systematische Abdeckung der unterschiedlichen bundesländerspezifischen Versorgungsstrukturen. Die Ergebnisse der qualitativen Analyse sind daher primär als Einblicke in urbane Versorgungskontexte zu interpretieren, während regionale Unterschiede im ländlichen Raum nur begrenzt abgebildet werden.

Die Fokussierung der quantitativen Erhebung auf Personen im Alter von 18 bis 35 Jahren basiert auf der empirisch belegten Annahme, dass gerade junge Erwachsene trotz überdurchschnittlich hoher psychischer Belastung mit besonders ausgeprägten Zugangsbarrieren im psychosozialen Versorgungssystem konfrontiert sind (vgl. Birgel et al. 2025: 1f.; Vanheusden et al. 2008: 7f.). Mehrere Studien, etwa Birgel et al. (2025), Cooper et al. (2025), Vanheusden et al. (2008) und Mehra et al. (2021), weisen darauf hin, dass junge Erwachsene psychotherapeutische Angebote deutlich seltener in Anspruch nehmen als andere Altersgruppen, obwohl der Bedarf in dieser Lebensphase besonders hoch ist.

Birgel et al. (2025: 6f.) zeigen in einer bevölkerungsbezogenen Analyse, dass junge Erwachsene mit erheblichen Hindernissen bei der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen konfrontiert sind. Diese reichen von sozialem Stigma über lange Wartezeiten bis hin zu einer verbreiteten Bagatellisierung psychischer Belastungen („Es ist eh nicht schlimm“). Ähnlich weisen Cooper et al. (2025: 3f.) darauf hin, dass junge Erwachsene spezifische strukturelle Barrieren, wie ein als stark fragmentiert wahrgenommenes Versorgungssystem sowie finanzielle und informationsbezogene Hürden erleben. Letztere beziehen sich unter anderem darauf, dass Gesundheitsdienstleister:innen oftmals nicht ausreichend informiert sind, um komplexe psychische Problemlagen junger Menschen angemessen zu adressieren.

Bereits Vanheusden et al. (2008: 99f.) konnten nachweisen, dass junge Erwachsene häufig aus Scham, mangelndem Wissen über psychische Erkrankungen oder fehlendem Vertrauen in bestehende Versorgungsstrukturen keine professionelle Hilfe suchen. Dies führt nicht selten dazu, dass Betroffene entweder überhaupt keine Unterstützung aufsuchen oder davon ausgehen, die Probleme würden sich „von selbst lösen“, obwohl junge Erwachsene überdurchschnittlich stark betroffen sind. Ergänzend verdeutlichen Mehra et al. (2021: 168f.), dass begrenzte zeitliche Ressourcen beispielsweise durch Schule, Ausbildung, Beruf oder Freizeitaktivitäten, die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Angebote zusätzlich erschweren. Ebenso spielen subjektive Wahrnehmungen wie mangelndes Bewusstsein über vorhandene Angebote, Stigmatisierung sowie Unsicherheiten hinsichtlich der Erfolgsaussichten einer Therapie eine zentrale Rolle. Viele junge Erwachsene sehen ihre Belastungen nicht als therapiebedürftig an oder befürchten, trotz Therapiebereitschaft keine:n geeignete:n Therapeut:in zu finden.

Für die qualitative Erhebung wurden sowohl Psychotherapeut:innen mit Kassenplätzen als auch in freier Praxis, die keinen Kostenzuschuss anbieten, interviewt, um unterschiedliche Versorgungsrealitäten adäquat abbilden zu können. Nicht berücksichtigt wurden hingegen rein privat tätige Psychotherapeut:innen, da diese für die Forschungsfrage weniger relevant sind: Einerseits sind sie nicht in die interdisziplinären Abstimmungsprozesse mit den Sozialversicherungsträgern eingebunden, etwa bei der Antragstellung für Kostenzuschüsse. Andererseits spielen zentrale Aspekte der gesundheits- und sozialversicherungsrechtlichen Struktur, insbesondere die Rolle der ÖGK nach der Zusammenlegung, sowie Fragen des Kostenzuschusses und der kassenfinanzierten Therapieplätze, für rein privat Tätige keine Rolle. Da diese Elemente jedoch einen wesentlichen Bestandteil der Untersuchung darstellen, wurden ausschließlich jene Therapeut:innengruppen einbezogen, die direkt mit diesen strukturellen Rahmenbedingungen arbeiten. Um den Analyseprozess transparent nachvollziehbar zu machen, wird zunächst die quantitative Auswertung vorgestellt.

4.4. Quantitative Datenauswertung: Pearson-Korrelation

Die im Rahmen der Online-Befragung erhobenen Daten werden mithilfe der Statistiksoftware R (v4.2.1; R Core Team 2022) ausgewertet. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wird der Zusammenhang zwischen einer Auswahl an Variablen und der tatsächlichen Inanspruchnahme von Therapieangeboten (IAT) analysiert. Die Fragestellung zielt ausschließlich auf die Identifikation eines statistischen Zusammenhangs ab und nicht auf die Modellierung von Eintrittswahrscheinlichkeiten oder die Vorhersage von Therapieinanspruchnahme. Aufgrund dessen wird bewusst ein bivariates Analyseverfahren gewählt, betrachtet werden hierbei paarweise Korrelationen (Pearson). Diese Korrelationen werden ergänzend auch hinsichtlich ihrer Signifikanz beurteilt.

Alle Fragen (Items) zur Wahrnehmung der psychologischen Versorgung sowie zur wahrgenommenen Zugänglichkeit wurden im Online-Fragebogen mittels fünfstufiger Likert-Skalen (1 = stimme voll zu, 5 = stimme überhaupt nicht zu) erfasst. Die Variable IAT wird als dichotome Variable kodiert (0 = keine Inanspruchnahme; 1 = Inanspruchnahme).

Der Datensatz wird vor der Analyse auf fehlende Werte überprüft. Falls mindestens eine Frage nicht beantwortet wurde, so wird der/die Proband:in aus dem Datensatz entfernt, um eine vollständige Analyse zu gewährleisten. Etwaige Subfragen, welche nur beantwortbar sind, sofern zuvor eine bestimmte Antwort auf die Hauptfrage gegeben wurde (Q6.1, Q6.2, Q6.3, Q6.4), sowie die optionale offene Frage (Q17) werden von dieser Regel ausgenommen. Extremwerte bzw. auffällige Ausprägungen in den Skalenmittelwerten werden zusätzlich explorativ auf unplausible Eingaben geprüft.

Da ausschließlich der bivariate statistische Zusammenhang zwischen den einzelnen Antwortitems und der Therapieinanspruchnahme (IAT) untersucht werden soll, erfolgt die Auswertung mithilfe von paarweisen Pearson-Korrelationen. Die Pearson-Korrelation ist in diesem Fall äquivalent zur punktbiserialen Korrelation, da jeweils eine metrisch behandelte Variable (Likert-Item) und die dichotome Variable IAT (0/1) korreliert werden (vgl. Tachtsoglou & König 2017: 175).

Für jede Paarung wird sowohl der Korrelationskoeffizient r als auch der zugehörige Signifikanzwert (p -Wert) ausgewiesen. Eine weitere Modellierung, etwa Regressionsmodelle oder inferenzstatistische Schätzungen von Eintrittswahrscheinlichkeiten, erfolgt bewusst nicht, da dies nicht Ziel der Fragestellung ist. Die Analyse dient vielmehr der explorativen Identifikation möglicher Zusammenhänge zwischen individueller Wahrnehmung psychotherapeutischer Versorgungskomponenten und der tatsächlichen Inanspruchnahme.

Zusätzlich zur Korrelationsanalyse wurde eine umfangreiche deskriptive Analyse durchgeführt, um die Struktur und Charakteristik der erhobenen Daten zu beschreiben, Antwortverteilungen sichtbar zu machen und erste Hinweise auf mögliche Muster oder Unterschiede zwischen Personengruppen zu erhalten. Diese Schritte dienen als Grundlage, um die spätere Interpretation der Zusammenhangsanalysen besser einordnen zu können.

Die Anwendung der Pearson-Korrelation setzt idealtypisch voraus, dass die kontinuierliche Variable approximativ normalverteilt ist und dass ein monoton-linearer Zusammenhang erwartet werden kann. Diese Annahmen sind im vorliegenden Fall jedoch nur eingeschränkt prüfbar, da Likert-Skalen aufgrund ihrer ordinalen Struktur nicht strikt normalverteilt sein können. Gleichwohl zeigt die Forschung, dass Pearson-

Korrelationen bei Likert-Skalen mit fünf Antwortkategorien und ausreichender Fallzahl eine hohe Robustheit gegenüber Normalitätsverletzungen aufweisen (vgl. Norman 2010: 628f.). Die dichotome Variable IAT kann definitionsgemäß nicht normalverteilt sein, was jedoch die Berechnung der Pearson-Korrelation nicht beeinträchtigt. Diese Einschränkungen sind in weiterer Folge auch deswegen nicht kritisch, weil, über die Berechnung von p-Werten hinausgehend, keinerlei Inferenz betrieben wird. Zudem wurde im Rahmen der deskriptiven Analyse überprüft, ob eine hinreichende Variabilität in den Items vorliegt und keine extremen Floor- oder Ceiling-Effekte auftreten.

Likert-Items sind streng genommen ordinalskaliert, werden jedoch häufig als metrisch behandelt, da sich bei fünf Antwortkategorien robuste und interpretierbare Ergebnisse erzielen lassen. Dieser Schritt ist methodisch nicht völlig unproblematisch, ist aber im Kontext dieser Arbeit akzeptabel (vgl. Norman 2010: 628f.).

Zudem handelt es sich um eine rein bivariate Analyse, sodass potenzielle Drittvariablen wie Alter, Bildung, psychische Belastung oder sozioökonomische Faktoren nicht kontrolliert werden. Dies schränkt die Aussagekraft insofern ein, als beobachtete Zusammenhänge nicht notwendigerweise „direkt“ sind oder durch andere Einflüsse moderiert werden könnten. Schließlich erlaubt die Korrelation grundsätzlich keine kausalen Schlussfolgerungen, sondern beschreibt ausschließlich die Stärke und Richtung statistischer Zusammenhänge. Dennoch ist die gewählte Vorgehensweise für die vorliegende Fragestellung angemessen, da bewusst kein Vorhersagemodell entwickelt werden soll, sondern lediglich explorativ geprüft wird, ob bestimmte Wahrnehmungen mit der Inanspruchnahme von Therapieangeboten zusammenhängen.

Die paarweisen Korrelationen liefern Hinweise darauf, ob individuelle Wahrnehmungen psychotherapeutischer Versorgungsaspekte, etwa subjektive Barrieren, Zufriedenheit, Systemerfahrungen oder Einstellungen, mit der tatsächlichen Inanspruchnahme von Therapieangeboten zusammenhängen.

Ein signifikanter positiver oder negativer Zusammenhang kann darauf hinweisen, dass bestimmte Wahrnehmungen (z. B. eine als belastend empfundene Suche, wahrgenommene Zugänglichkeit, Erwartungen an das Gesundheitssystem, erlebte Stigmatisierung) strukturell mit der Entscheidung verbunden sind, psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen oder nicht.

Gleichzeitig bleibt zu betonen, dass ein Korrelationsbefund lediglich Assoziationen beschreibt und keine Aussage darüber zulässt, ob bestimmte Wahrnehmungen Ursache oder Folge der Inanspruchnahme sind. Dennoch kann die Analyse wichtige Hinweise für die Versorgungspraxis liefern, etwa dahingehend, welche Aspekte der Wahrnehmung besonders sensibel gegenüber tatsächlichem Nutzungsverhalten sind und wo potenziell Stellschrauben für niedrigschwellige Angebote oder Informationsmaßnahmen liegen könnten.

4.5. Qualitative Datenauswertung: Qualitative Inhaltsanalyse nach Udo Kuckartz

Die Auswertung der geführten Interviews erfolgte nach der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse von Udo Kuckartz. Diese Methode gilt als eine der zentralen Verfahren der qualitativen Sozialforschung und zeichnet sich durch ihre Systematik, Transparenz und Nachvollziehbarkeit aus (vgl. Kuckartz 2018: 34, 49, 52f., 123). Sie erlaubt es, umfangreiche Textdaten schrittweise zu reduzieren und zu strukturieren, ohne dabei die inhaltliche Tiefe zu verlieren. Ziel ist es, die wesentlichen Themen, Argumentationsmuster und Deutungen der interviewten Personen zu erfassen und theoretisch einzuordnen (vgl. Kuckartz 2018: 51f.).

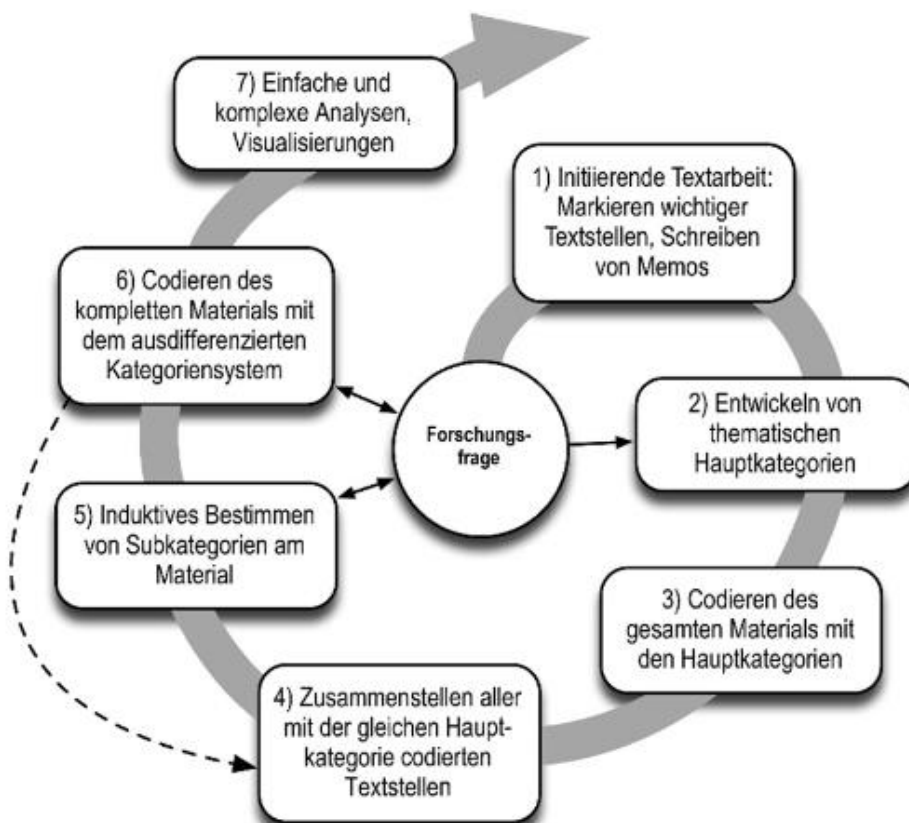
Die Wahl dieser Auswertungsmethode ist eng mit der Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit verbunden. Ziel der qualitativen Analyse ist es nicht, eine neue Theorie aus dem Datenmaterial zu entwickeln, sondern die Wahrnehmungen, Deutungen und Erfahrungen von Psychotherapeut:innen in Bezug auf gesundheitspolitische Reformen und strukturelle Rahmenbedingungen der Versorgung systematisch zu rekonstruieren und theoriegeleitet einzuordnen. Die inhaltlich-strukturierende Inhaltsanalyse nach Kuckartz eignet sich hierfür besonders, da sie die Kombination deduktiver Kategorien, abgeleitet aus dem theoretischen Rahmen der Arbeit (Regulation, Biopolitik, Hegemonie), mit einer induktiven Weiterentwicklung des Kategoriensystems aus dem empirischen Material erlaubt (vgl. Kuckartz 2018: 47-52, 71f.).

Im Unterschied zu stärker explorativen Verfahren wie der Grounded Theory, die auf die Generierung neuer theoretischer Konzepte abzielen, bietet der Ansatz nach Kuckartz die Möglichkeit, vorhandene theoretische Konzepte gezielt auf empirisches Material anzuwenden und zugleich offen für neue, im Material auftretende Aspekte zu

bleiben. Damit trägt die Methode sowohl dem theoriegeleiteten Erkenntnisinteresse der Arbeit als auch der Offenheit qualitativer Forschung Rechnung.

Das Verfahren folgt einem mehrstufigen Ablauf (siehe Abbildung 1): Zunächst werden sogenannte Hauptkategorien entwickelt, welche sich an der Forschungsfrage und den zentralen Themen der Interviews orientieren. Im nächsten Schritt werden die Kategorienart und das Abstraktionsniveau bestimmt. Anschließend werden in einem ersten Codier-Durchlauf alle relevanten Textstellen diesen Kategorien zugeordnet. In einem zweiten Durchlauf werden auf Basis der empirischen Daten zusätzliche Subkategorien induktiv entwickelt, also direkt aus dem Material heraus. Nach dieser Erweiterung erfolgt ein erneutes Codieren des gesamten Materials, um eine einheitliche und verlässliche Kategoriensystematik sicherzustellen (vgl. Kuckartz 2018, 83-86).

Abbildung 1: Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse (Kuckartz 2018, 100).



Die Hauptkategorien dienen als analytische Ordnungsrahmen und werden in der softwaregestützten Codierung auf das gesamte Interviewmaterial angewendet. Die folgenden sechs Hauptkategorien bilden dabei die Grundlage des Codierprozesses:

1. Politische Voraussetzungen
2. Kostenübernahme und finanzielle Barrieren
3. Pandemiebedingte Veränderungen
4. Bürokratische Prozesse
5. Zugangshürden zur psychotherapeutischen Versorgung
6. Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Anschließend werden die codierten Segmente kategorienweise analysiert, verdichtet, verglichen und im Hinblick auf Gemeinsamkeiten, Unterschiede sowie wiederkehrende Argumentationslinien interpretiert. Ziel ist es, zentrale Deutungsmuster und hegemoniale Sinnordnungen innerhalb der Expert:innenpositionen sichtbar zu machen und in Bezug zur Forschungsfrage zu setzen. Wie oben erwähnt, werden die Subkategorien nicht vorab vollständig festgelegt, sondern im Verlauf des interpretativen Codierprozesses induktiv weiterentwickelt. Das bedeutet, dass neue analytisch relevante Themen, die im Material auftreten, als weitere Subkategorien ergänzt werden und damit zur sukzessiven Präzisierung des Kategoriensystems beitragen (vgl. Kuckartz 2018, 71f., 84f.).

Damit schafft die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz eine systematische Verbindung zwischen theoretischem Rahmen, empirischer Materialbasis und interpretativer Auswertung und ermöglicht dadurch ein theorieinformatiertes, aber dennoch offenheitsbasiertes Vorgehen für die qualitative Ergebnisinterpretation. Es folgt eine kurze Ergänzung über die Datenaufbereitung.

Die geführten Interviews wurden mit Zustimmung der Teilnehmenden digital aufgezeichnet und anschließend mit der Software aTrain (Haberl et al. 2024) transkribiert. Sie wurde am Business Analytics and Data Science-Center an der Universität Graz entwickelt. Für die qualitative Analyse wird die Software MAXQDA (VERBI Software 2021) verwendet. Sie unterstützte den Codierprozess, die Erstellung von den oben genannten Kategoriensystemen und die Verwaltung der aufgenommenen Memos. Durch Funktionen wie Code-Matrix-Browser oder Dokumentvergleich konnten

thematische Muster sichtbar gemacht und Zusammenhänge zwischen Kategorien geprüft werden.

4.6. Gütekriterien

In der quantitativen Phase dieser Arbeit wurden Reliabilität und Validität berücksichtigt (vgl. J. Creswell & D. Creswell 2023: 212). Für die qualitative Phase standen Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Reflexivität im Vordergrund. Der gesamte Codierprozess wurde dokumentiert, Memos und Beispielzitate stützen die argumentative Nachvollziehbarkeit, und die inhaltliche Validität wurde durch systematische Kategorienbildung sowie die Triangulation mit quantitativen Befunden gestärkt. Die Glaubwürdigkeit der Analyse wurde zusätzlich durch wiederholtes Gegenlesen und theoretisches Abgleichen der Kategorien gewährleistet (vgl. Döring 2023: 92-114).

4.7. Ethische Aspekte und Datenschutz

Zum Schutz der Privatsphäre und Persönlichkeitsrechte der Teilnehmenden ist eine sorgfältige Anonymisierung und vertrauliche Behandlung aller erhobenen Daten unerlässlich. Alle Teilnehmenden wurden vorab umfassend über Zweck, Ablauf und den freiwilligen Charakter der Studie informiert. Bei der Online-Umfrage erfolgte die Zustimmung zur Datenverarbeitung durch das Anklicken des Startbuttons. Für die Interviews erfolgte die Unterzeichnung der Einverständniserklärung beim Interviewtermin bzw. bei Zoom-Meetings wurde sie im Nachhinein per E-Mail gesendet. Personenbezogene Daten wurden vollständig pseudonymisiert; Audio- und Videomaterial wurden nach der Transkription gelöscht. Die Transkripte wurden ausschließlich lokal und passwortgeschützt gespeichert. Damit werden sämtliche Anforderungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) eingehalten (vgl. Döring 2023: 121-126).

Darüber hinaus wurden weitere ethische Aspekte berücksichtigt. Da es sich bei den Interviewpartner:innen um beruflich tätige Expert:innen handelt, wurde auf eine sensible Gesprächsführung geachtet, um mögliche berufliche oder institutionelle Risiken durch die Teilnahme zu minimieren. Fragen wurden so formuliert, dass keine Verpflichtung zur Offenlegung sensibler oder vertraulicher Informationen bestand. Zudem wurde die eigene Position der Forscherin reflektiert, insbesondere im Hinblick

auf mögliche Machtasymmetrien zwischen Interviewerin und Interviewten sowie auf die Interpretation der Aussagen im Analyseprozess(vgl. Döring 2023: 121-130).

Insgesamt orientierte sich das Vorgehen an den Grundprinzipien informierter Einwilligung, Freiwilligkeit, Vertraulichkeit und Nicht-Schädigung. Die Verarbeitung der Daten erfolgte in Übereinstimmung mit den Vorgaben der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie mit etablierten ethischen Standards der sozialwissenschaftlichen Forschung.

4.8. Reformkontext und Governance

Um die empirischen Ergebnisse angemessen einordnen zu können, ist es notwendig, den aktuellen Reformkontext und die zentralen Governance-Strukturen der psychotherapeutischen Versorgung in Österreich darzustellen. Dieser Abschnitt dient nicht der theoretischen Analyse, sondern der kontextualisierenden Rahmung der empirischen Befunde, da sich viele in den Interviews thematisierten Erfahrungen, Deutungen und Konflikte unmittelbar auf konkrete gesundheitspolitische Reforminstrumente, institutionelle Zuständigkeiten und Steuerungsmechanismen beziehen.

Das Gesundheitsziel 9 stellt seit 2012 einen strategischen Referenzrahmen für die Weiterentwicklung psychosozialer und psychotherapeutischer Versorgung dar. Ziel ist es, psychosoziale Gesundheit und Wohlbefinden zu fördern und Prävention wie Früherkennung systematisch zu stärken. Inhaltlich umfasst das Gesundheitsziel drei Kernbereiche:

- (1) die Förderung psychosozialer Ressourcen in Schule, Arbeitswelt und Familie,
- (2) die Bereitstellung bedarfsgerechter, niederschwelliger und inklusiver Unterstützungs-, Behandlungs- und Rehabilitationsangebote samt Ausbau der Ausbildungslandschaft und
- (3) die Entstigmatisierung psychischer Gesundheit und gesellschaftliche Integration Betroffener (vgl. Arrouas & Fleischmann 2019: 15-43).

Einen weiteren zentralen Reformkontext bildet der Zielsteuerungsvertrag 2024–2028. Er adressiert strukturelle Herausforderungen wie lange Wartezeiten bei

Kassenärzt:innen, die steigende Inanspruchnahme von Wahlärzt:innen, die Überlastung von Spitalsambulanzen und den wachsenden Versorgungsbedarf aufgrund demografischer Veränderungen. Über den Finanzausgleich werden hierfür jährlich rund eine Milliarde Euro zusätzlich bereitgestellt. Zu den Schwerpunkten zählen der Ausbau des niedergelassenen Bereichs (u. a. mehr Kassenstellen und Primärversorgungseinheiten), Strukturreformen in Richtung stärkerer Ambulantisierung, die Weiterentwicklung digitaler Gesundheitsinfrastrukturen wie ELGA sowie die Stärkung von Gesundheitsförderung und Frühen Hilfen. Der Vertrag wird von Bund, Ländern und Sozialversicherung gemeinschaftlich umgesetzt, um die Versorgung wohnortnah, effizient und langfristig tragfähig zu gestalten (vgl. Bittschi et al. 2024: 29, 37; Bund/Dachverband der Sozialversicherungsträger/Bundesländer 2024: 3f.; Bundeskanzleramt & BMASGPK 2023: 1f.; Gesundheit Österreich GmbH 2024b).

5. Ergebnisse und Diskussion

Im folgenden Abschnitt werden zunächst die Ergebnisse der qualitativen Erhebung dargestellt. Ziel ist es, zentrale Themen, Wahrnehmungen und Deutungsmuster der interviewten Psychotherapeut:innen systematisch herauszuarbeiten. Die qualitative Ergebnisdarstellung folgt einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse und dient dazu, die subjektiven Erfahrungen und Einschätzungen der Akteur:innen im Kontext der aktuellen gesundheits- und versorgungspolitischen Rahmenbedingungen sichtbar zu machen. Die Interpretation der Ergebnisse erfolgt zunächst deskriptiv und wird im weiteren Verlauf mit den quantitativen Befunden sowie den theoretischen Perspektiven der Arbeit in Beziehung gesetzt.

5.1. Qualitative Ergebnisse

Die qualitativen Ergebnisse sind entlang zentraler thematischer Kategorien gegliedert, die im Rahmen der Inhaltsanalyse aus dem Interviewmaterial entwickelt wurden. Diese Kategorien bilden unterschiedliche Dimensionen der psychotherapeutischen Versorgung ab und ermöglichen eine strukturierte Darstellung der relevanten Befunde. Den Auftakt bildet die Kategorie „Politische Voraussetzungen“, da sie den übergeordneten institutionellen und gesundheitspolitischen Rahmen beschreibt, innerhalb dessen psychotherapeutische Versorgung organisiert, reguliert und wahrgenommen wird.

5.1.1. Politische Voraussetzungen

Politische Rahmenbedingungen bilden aus Sicht der befragten Psychotherapeut:innen einen zentralen Bezugsrahmen für die Ausgestaltung psychotherapeutischer Versorgung. Die Politik wird dabei jedoch nicht als kohärenter oder einheitlicher Steuerungsmechanismus wahrgenommen, sondern als ein Feld teilweise widersprüchlicher, fragmentierter und zeitlich begrenzter Maßnahmen. In den Interviews wird deutlich, dass politische Verantwortung sowohl an konkreten Reformen und Förderprogrammen als auch an symbolischen Signalen, institutioneller Anerkennung und strukturellen Begrenzungen festgemacht wird.

Diese doppelte Perspektive, Verbesserung der Versorgung einerseits und Sicherung professioneller Rahmenbedingungen andererseits, bringt eine Interviewpartnerin folgendermaßen auf den Punkt:

„[...], weil [...] [dass] muss man auch von zwei Seiten sehen. Das eine ist, wie kann man die Klient:innenversorgung überhaupt verbessern unbedingt, ja ja ja. Aber auch wie kann man die Rahmenbedingungen für Psychotherapeut:innen schaffen, die es überhaupt ermöglicht, diese Klient:innenversorgung zu gewährleisten“ (P5, Pos. 27, 2025).

Wahrnehmung politischer Veränderungen

Politische Veränderungen im Bereich der psychischen Gesundheit werden von allen Befragten grundsätzlich wahrgenommen. Insbesondere Förderprogramme, zusätzliche Angebote und eine erhöhte öffentliche Aufmerksamkeit für psychische Belastungen werden als Zeichen politischer Aktivität genannt, vor allem im Zusammenhang mit gesellschaftlichen Krisen. Dort, wo finanzielle Mittel über einen längeren Zeitraum bereitgestellt wurden, werden diese Maßnahmen nicht nur als symbolisch, sondern als konkret wirksam beschrieben. Gleichzeitig tragen mediale Präsenz und öffentliche Bekenntnisse zur Wahrnehmung politischer Veränderung bei.

„Ich glaube, [...] es gab dann sehr viele Förderangebote. [...] auch an Schulen oder jetzt auch nach dem [...] Amoklauf jetzt zum Beispiel in Graz, da ist Geld in die Hand genommen worden, um zu sagen, die Bevölkerung braucht das, wir finanzieren das. Und das, glaube ich, ist nicht nur diese symbolische Geste, [...] sondern auch, dass es hier über einen längeren Zeitraum Geld gibt für ein Angebot, das sehr vielen Menschen zugutekommt. Das, glaube ich, ist auch ein wichtiges Signal“ (P6, Pos. 26, 2025).

„Also [...] der ORF macht [...] die Suizidhochrechnung im Jahr 2025 und solche Sachen. Damit man sagt, ja, da muss man hinschauen. Das finde ich alles cool“ (P4, Pos. 131, 2025).

„Also dieses [...] [Gesund aus der Krise] fand ich schon mal sehr cool, aber das war vorwiegend für Psycholog:innen [...] die haben meiner Wahrnehmung nach einen leichteren Zugang gehabt. Aber ich finde, das war schon ein Schritt in die richtige Richtung“ (P2, Pos. 5, 2025).

„Und auch jetzt zum Alkohol und zu den Drogengeschichten. Auch da wird extrem viel investiert und viel gemacht [...]“ (P1, Pos. 132, 2025).

Zugleich wird jedoch wiederholt darauf hingewiesen, dass politische Maßnahmen häufig anlassbezogen bleiben und nicht immer langfristig abgesichert sind. Diese Einschätzung tritt besonders dort hervor, wo kurzfristige Förderprogramme auf dauerhaft bestehende Versorgungsprobleme treffen.

Politische Verantwortung und institutionelle Steuerung

Ein wiederkehrendes Thema in den Interviews ist die Frage, wie politische Verantwortung für psychische Gesundheit ausgestaltet wird. Mehrere Befragte problematisieren eine zunehmende Individualisierung dieser Verantwortung. Das Narrativ der Eigenverantwortung wird zwar als politisch anschlussfähig wahrgenommen, zugleich jedoch als strukturell problematisch beschrieben, da es institutionelle Steuerung und systemische Verantwortung untergräbt.

„[...] dieses [...] schön klingende Narrativ der Eigenverantwortung zersetzt institutionelle Steuerungskapazität“ (P6, Pos. 70, 2025).

Aus dieser Perspektive wird psychische Gesundheit weniger als individuelles, sondern vielmehr als institutionelles und gesellschaftliches Thema verstanden. Politische Maßnahmen, die auf systemischer Ebene ansetzen, werden entsprechend als wirksamer eingeschätzt als Appelle an individuelles Verhalten. Gleichzeitig zeigen die Interviews, dass diese Einschätzung nicht durchgehend geteilt wird und auch Gegenpositionen existieren:

„Ich glaube irgendwo ist die Grenze zu finden. Der Mensch ist nicht dumm. Ich glaube da ist mit den Klienten eine Aufklärung notwendig und wie viel Wille steckt dahinter zu lernen. Das ist glaube ich ein Thema. Diese Passivität in vielen. Der Staat wird schon richten. Ich glaube, man darf nicht immer alles vom Staat verlangen“ (P1, Pos. 171, 2025).

Andere Interviewpartner:innen argumentieren explizit für eine stärkere institutionelle Verantwortung und verorten politische Steuerung auf einer strukturellen Ebene:

„Und deswegen würde ich sagen, das ist nicht nur eine Sache des Einzelnen, sondern hier würde ich einfach argumentieren, das ist eine institutionelle Angelegenheit. Und alles, was institutionell geschafft wird, hat einfach einen größeren systemischen Effekt“ (P6, Pos. 66, 2025).

Insgesamt wird politische Steuerung dort als wirksam beschrieben, wo sie systematisch, verbindlich und institutionell abgesichert ist.

Akademisierung

Die Akademisierung der Psychotherapie wird von den Interviewpartner:innen überwiegend als zentrale politische Reform wahrgenommen. Sie ist mit Erwartungen an eine stärkere institutionelle Anerkennung des Berufsstandes sowie an eine verbesserte Position gegenüber Krankenkassen und politischen Entscheidungsträger:innen verbunden:

„Die Akademisierung [...] finde ich eine gute Sache, dass das passiert, [...] auch [für] die Wertschätzung unseres Berufsstands“ (P5, Pos. 53, 2025).

Gleichzeitig äußern mehrere Interviewpartner:innen auch Bedenken hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung der Akademisierung. Kritisch thematisiert werden mögliche Vereinheitlichungstendenzen, der Verlust fachlicher Vielfalt sowie weiterhin hohe Ausbildungskosten:

„[...] meine Sorge ist [...], dass zu viel subsumiert wird und dann uns womöglich das droht, wie in Deutschland, dass dann ein paar einzelne Ausbildungseinrichtungen sozusagen die Vorherrschaft haben und diese vielfältige bunte Psychotherapielandschaft mit diesen vielen Fachrichtungen dann verloren geht“ (P5, Pos. 53, 2025).

„[Es wird] pseudomäßig nach außen getragen, [...] [dass] die Psychotherapie Ausbildung [...] jetzt an der Uni und damit kostenfrei sein [wird]. Das stimmt ja alles nicht, weil im dritten Bereich muss man ja dann sowieso wieder für Selbsterfahrung, für Supervision und dergleichen Geld ausgeben, also das sind alles unklare Aussagen, die so nicht stimmen“ (P3, Pos. 104, 2025).

„Der Irrglaube ist, dass es, nur weil es auf der Uni ist, dass es trotzdem gratis ist, ja, weil ja [die] Universität ja gratis ist“ (P4, Pos. 103, 2025).

Darüber hinaus wird die Akademisierung auch als soziale Selektionsfrage diskutiert, da hohe finanzielle Hürden den Zugang zum Beruf weiterhin einschränken könnten:

„Wer kann es sich überhaupt leisten, ein/e Psychotherapeut:in zu werden [...]? Und ja, welche Themen können dadurch auch nicht abgedeckt werden? Was wird damit alles nicht sichtbar gemacht im Berufsfeld, wenn eben nur bestimmte Menschen Zugang zu dieser Ausbildung überhaupt haben?“ (P5, Pos. 53, 2025).

Auch die Umsetzung der Reform wird als ambivalent beschrieben:

„Also, das sind alles so Prozesse, wo man sagt, ja, es ist gut, die Umsetzung, die Idee ist gut [wirft aber noch sehr viele Fragen auf]“ (P4, Pos. 103, 2025).

Damit wird deutlich, dass die Akademisierung zwar als politisch relevantes Signal wahrgenommen wird, ihre konkrete Ausgestaltung jedoch mit Unsicherheiten und widersprüchlichen Erwartungen verbunden ist.

Wertschätzung

Die Interviews zeichnen ein ambivalentes Bild politischer und gesellschaftlicher Wertschätzung von Psychotherapie. Einerseits wird eine zunehmende Anerkennung sowohl innerhalb von Institutionen als auch in der breiten Öffentlichkeit wahrgenommen. Förderangebote und öffentliche Diskurse haben aus Sicht der Befragten zu einer größeren Bereitschaft geführt, psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen:

„Ich würde sagen, doch ja, dass auf beiden Seiten, sowohl in der öffentlichen Wahrnehmung in der Psychotherapie ist, glaube ich, ein bisschen mehr Wertschätzung da, eine größere Bereitschaft das anzunehmen und auch von den Förderangeboten und staatlichen Unterstützungen“ (P6, Pos. 108, 2025).

Gleichzeitig wird diese Wertschätzung nicht als gleichberechtigt erlebt. Mehrere Interviewpartner:innen kritisieren bestehende Hierarchien im Gesundheitssystem, insbesondere im Verhältnis zur Medizin:

„Das [...] darf man schon kritisch hinterfragen, warum die Einschätzung, die ich habe von meinen Patient:innen, die ich ja zum Teil über Jahre betreue und begleite, weniger wert ist als [die von einem] [...] Chefarzt oder einer Chefarztin. Warum müssen da Mediziner:innen noch ihr OK dazugeben, wenn wir ein gleichberechtigter Teil des Gesundheitssystems sein sollen? [...] Da sitzt dann ein Arzt, kennt die Patientin nicht und die kriegt dann, weil er so entscheidet, keine Teilrefundierung. Why?“ (P5, Pos. 9, 2025).

Darüber hinaus wird eine anhaltende Unschärfe in der öffentlichen Differenzierung zwischen Psychotherapie, Psychologie und Psychiatrie thematisiert:

„Jeder glaubt, dass ein Psychologe, ein Psychotherapeut und ein Psychiater leider immer noch das Gleiche sind“ (P4, Pos. 13, 2025).

Diese Aussagen verdeutlichen, dass politische und gesellschaftliche Anerkennung zwar zunimmt, jedoch weiterhin durch strukturelle Hierarchien, mangelnde Differenzierung und ungleiche institutionelle Anerkennung begrenzt bleibt.

Wien vs. Andere Bundesländer

Ein weiterer zentraler Aspekt politischer Voraussetzungen betrifft regionale Unterschiede in der psychotherapeutischen Versorgung. Besonders Wien wird aufgrund der hohen Dichte an Ausbildungseinrichtungen und Ambulanzen als Sonderfall beschrieben:

„Die Situation in Wien ist halt nochmal eine eigene Situation, weil hier zwei Drittel aller Ausbildungseinrichtungen sind. Es gibt hier sehr viele Ambulanzen, wo kostengünstige Psychotherapie angeboten wird [...]“ (P6, Pos. 10, 2025).

Demgegenüber wird die Versorgung in anderen Bundesländern als deutlich heterogener wahrgenommen. Unterschiede zeigen sich sowohl in den Regelungen der Krankenkassen als auch in den institutionellen Zuständigkeiten:

„ÖGK ist nicht gleich ÖGK, das ist wirklich bundesländerweit sehr verschieden. Auch ab wie vielen Einheiten man dann einen Antrag stellen muss. Das ist in Oberösterreich schon mal ganz anders als in Wien zum Beispiel“ (P5, Pos. 9, 2025).

„Also in Österreich ist es wirklich so, dass es in jedem Bundesland anders geregelt ist. Da gibt es bestimmte Vereine, die dafür zuständig sind, ob man in die Vollfinanzierung gehen kann oder nicht. Also da gibt es keine übergeordnete Stelle, sondern da sind ganz, ganz viele, ich weiß gar nicht wie viele, viel zu viele Trägervereine ausgelagert“ (P5, Pos. 23, 2025).

Auch innerhalb der Krankenkassen wird auf unterschiedliche Handhabungen hingewiesen, wobei insbesondere Wien als restriktiver beschrieben wird:

„[Da] gerade bei der Wiener Gebietskrankenkasse, viel eher (...) Restriktionen sind, also [alles] viel genauer gehandhabt wird als wie in den anderen Bundesländern“ (P1, Pos. 5, 2025).

Regionale Unterschiede erscheinen damit nicht als zufällige Abweichungen, sondern als Ausdruck unterschiedlicher institutioneller Rahmenbedingungen und politischer Prioritätensetzungen. Die Interviews verdeutlichen, dass der Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung in Österreich stark vom jeweiligen Bundesland abhängt und eine gleichwertige Versorgung bislang nicht gewährleistet ist.

5.1.2. Kostenübernahme und finanzielle Barrieren

Finanzielle Aspekte und Fragen der Kostenübernahme strukturieren den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung in den Interviews als zentrale, wiederkehrende Dimension. Kosten werden dabei nicht ausschließlich als individuelles Problem einzelner Klient:innen beschrieben, sondern als strukturelle Barriere, die aus der Ausgestaltung des Finanzierungssystems, der Höhe von Rückerstattungen sowie

politischen Prioritätensetzungen hervorgeht. Finanzielle Hürden betreffen sowohl Klient:innen als auch Psychotherapeut:innen und werden eng mit Fragen sozialer Ungleichheit und Versorgungsgerechtigkeit verknüpft.

Lobbying und Preissetzung der Psychotherapeut:innen

Ein wiederkehrendes Thema ist die Preissetzung psychotherapeutischer Leistungen und deren politische bzw. institutionelle Rahmung. Mehrere Befragte verweisen darauf, dass Tarifänderungen eng mit der Arbeit von Berufsverbänden und deren Lobbying verbunden sind. Anpassungen werden dabei nicht nur als Frage der Einkommenssicherung, sondern auch als Faktor der Leistbarkeit für Klient:innen verstanden:

„Also das habe ich natürlich auch verfolgt oder schaue ich auch immer um den Jahreswechsel, ob sich die Tarife ändern oder wir werden ja auch informiert vom Berufsverband, weil das ja einfach auch eine Leistbarkeit ist für die Klient:innen“ (P6, Pos. 18, 2025).

Refundierungsmöglichkeiten durch Krankenkassen werden als zentraler Mechanismus beschrieben, der Spielräume für höhere Tarife eröffnet und damit zugleich ökonomische Stabilität auf Seiten der Therapeut:innen ermöglicht:

„Die Klient:innen kriegen Geld zurück und wir Psychotherapeuten haben damit die Möglichkeit, einen höheren Tarif zu verlangen. Und das heißt, das sichert auch einfach unser Einkommen“ (P6, Pos. 54, 2025).

Die Honorarhöhe wird in den Interviews jedoch nicht nur als ökonomische Variable verhandelt, sondern als Selektionsmechanismus, der die Zusammensetzung des Klientels beeinflusst:

„[...] der Tarif, den man verrechnet, das ist schon auch ein Selektionskriterium, welches Klientel zu einem kommt“ (P6, Pos. 84, 2025).

Gleichzeitig wird die Spannung zwischen Leistbarkeit und ökonomischem Druck thematisiert. Steigende Lebenshaltungskosten und Inflation werden als Faktoren beschrieben, die Preisanpassungen nahelegen, während Rückerstattungen diese Dynamik nur teilweise kompensieren:

„Ja, und dann ist man aufs Selbstzahler angewiesen. Beziehungsweise auf diese Teilrefundierungen mit den Anträgen. [...] Aber auch wir Psychotherapeut:innen müssen natürlich entsprechend der Inflation unsere Preise anpassen und erhöhen. Also man kriegt zwar jetzt mehr zurück [...] [von der] ÖGK, aber man zahlt auch mehr für die Stunde“ (P5, Pos. 5, 2025).

Neben „regulären“ Tarifen werden auch Dumpingpreise und mögliche Marktverzerrungen angesprochen, die die Erwartungen von Klient:innen mitprägen können:

„Natürlich, was die Therapeuten verlangen, es ist schwierig. Es gibt auch Therapeuten, die verlangen nur 30 Euro, wenn sie ihre Stunden zusammenbekommen wollen [...]. Aber es drückt halt irgendwo auch den Markt und dann kommen die Überraschungen, wenn man sagt, ja, 120 Euro kostet eine Einheit“ (P4, Pos. 11, 2025).

Schließlich verweisen die Interviews darauf, dass Preissetzung nicht losgelöst von strukturellen Kosten möglich ist. Steuerlast, Miete, Versicherungen und Fortbildungen begrenzen den realen finanziellen Spielraum:

„Ich glaube, insgesamt ist dieses System halt sehr hilflos. [...] Ich muss ja von diesen 120 Euro mal ungefähr die Hälfte in Steuer weglegen. Dann muss ich die Miete zahlen. Dann muss ich ja Berufshaftpflichtversicherung zahlen. Ich muss Weiterbildungen machen. Also es bleibt im Endeffekt gar nicht so viel über“ (P2, Pos. 31, 2025).

Insgesamt wird deutlich, dass die Tarifgestaltung nicht als rein individuelle Entscheidung erscheint, sondern durch politische Rahmenbedingungen, Lobbying-Prozesse und strukturelle Kostenfaktoren geprägt ist. Gleichzeitig wirkt sie als Mechanismus, der zwischen Einkommenssicherung und dem Anspruch, Psychotherapie leistbar zu halten, vermittelt.

Kassenplätze

Kassenfinanzierte Psychotherapieplätze werden als zentrale, zugleich aber umstrittene Ressource beschrieben. Einerseits gelten sie als wesentliche Entlastung für Klient:innen, andererseits beeinflussen Honorarniveau und strukturelle Rahmenbedingungen die Bereitschaft der Therapeut:innen, solche Plätze anzubieten. So wird berichtet, dass Tarifierhöhungen die Entscheidung für Kassenplätze erleichtern können:

„Ich habe zwei Kassenplätze bei der WGBV, die haben zum Glück auch das Honorar spürbar erhöht von 63 Euro auf [...] mittlerweile 83. [...] Mit 83 Euro kann ich mich arrangieren, mit 63 Euro oder 72, da ist schon noch irgendwie ein bisschen ein flaes Gefühl“ (P6, Pos. 22, 2025).

Gleichzeitig wird die Knappheit kassenfinanzierter Plätze als zentrales strukturelles Problem hervorgehoben. Versicherungsschutz wird dabei nicht mit faktischem Zugang gleichgesetzt:

„Eine ÖGK-Versicherung heißt ja noch lange nicht, dass sie den kassenfinanzierten Psychotherapieplatz bekommen. Weil die sehr, sehr rar sind. [...] Ja, und dann ist man aufs Selbstzahler angewiesen“ (P5, Pos. 5, 2025).

Mehrere Aussagen verdeutlichen, dass vollfinanzierte Plätze nicht nur knapp, sondern auch an hohe Anforderungen gebunden sind, die als bürokratisch und finanziell belastend wahrgenommen werden:

„Es gibt echt eine Latte an Voraussetzungen, die man erfüllen muss, die ich [mir] neben meiner freiberuflichen Tätigkeit nicht leisten könnte“ (P5, Pos. 23, 2025).

„Also ich habe keine vollfinanzierten Kassenplätze. Könnte ich machen aber das, was ich dafür machen müsste. Und die Problematik ist, hier in der freien Praxis kann ich mir ein bisschen natürlich frei wählen, mit wem ich arbeite. Mit vollfinanzierten Kassenplätzen ist das schwieriger“ (P4, Pos. 113, 2025).

Auch die Vergabe selbst wird als Hürde beschrieben:

„Es ist immer eine Hürde, einen kassenfinanzierten, also einen vollfinanzierten Platz zu bekommen“ (P3, Pos. 21, 2025).

Zusätzlich wird das Honorarniveau als Grund genannt, keine Kassenplätze anzubieten:

„Also ich biete keine an, weil ich weiß, dass man da einfach auch nur 70 Euro Honorar kriegt“ (P2, Pos. 5 2025).

Ein weiterer Interviewpartner verweist auf Voraussetzungen für Vertragsmodelle und betont den Wunsch nach Autonomie in der freien Praxis:

„Ich glaube, du kriegst den [Kassenplatz] nicht so leicht. Also als Psychotherapeut musst du gewisse Voraussetzungen erfüllen, dass du so einen Vertrag bekommst. Die habe ich glaube ich gar nicht. Ich habe mich auch nie erkundigt danach. Ich komme aus der Privatwirtschaft und bleibe. Ich finde es so einfach viel freier“ (P1, Pos. 24, 2025).

Insgesamt zeigen die Interviews, dass Kassenplätze zwar eine zentrale Ressource darstellen, ihre geringe Zahl, die vergleichsweise niedrige Honorierung und hohen bürokratischen Anforderungen jedoch dazu führen, dass viele Therapeut:innen sie nicht anbieten. Damit bleibt kassenfinanzierte Psychotherapie für Klient:innen stark eingeschränkt und strukturell vermittelt.

Beurteilung der Anträge

Die Beurteilung von Anträgen auf Kostenübernahme bzw. Zuschüsse wird ambivalent beschrieben. Einerseits wird anerkannt, dass öffentliche Mittel nachvollziehbar und

prüfbar eingesetzt werden sollen. Einige Befragte deuten die Antragspraxis als grundsätzlich legitime Form der Kontrolle:

„Ich finde schon, es ist eine Art Quid Pro Quo. Der Staat gibt Geld aus und möchte dafür wissen, wofür gebe ich denn das Geld aus. Haben die Menschen wirklich eine psychische Erkrankung? Wie ist es mit den Symptomen? Das finde ich [...] nicht so unvernünftig“ (P6, Pos. 52, 2025).

Demgegenüber wird jedoch kritisch hervorgehoben, dass die Qualität der Antragsprüfung stark von der Fachkompetenz der prüfenden Personen abhängt. Besonders problematisch erscheint, wenn Entscheidungen von Personen getroffen werden, die die Patient:innen nicht kennen:

„Die Wiener ÖGK [...] [hat] den Ruf, [...] dass da Anträge zurückgeschmissen werden, weil dann eben ein Arzt oder eine Ärztin dasitzt, die der Meinung ist, dass diese Patientin, die sie hier nicht mal kennen oder dieser Patient, keine Psychotherapie benötigen“ (P5, Pos. 9, 2025).

Als zusätzliche Belastung wird die Bürokratie der Verfahren beschrieben. Lange, detailreiche Bögen und hohe Anforderungen an die formale Ausgestaltung erschweren die Antragstellung:

„Ganz lange Bögen, sehr, sehr detailgetreu. [...] Das ist halt anstrengend und da muss man echt schon relativ gut das Ganze ausfüllen, damit einfach auch die Kosten rückerstattet werden“ (P4, Pos. 21, 2025).

Darüber hinaus wird darauf hingewiesen, dass Formulierungsweisen und Diagnosen für Bewilligungen ausschlaggebend sein können. Dies kann Spannungen zwischen fachlicher Praxis und administrativen Erwartungen erzeugen, insbesondere wenn Anträge strategisch „dramatischer“ formuliert werden müssen. Insgesamt werden Anträge damit zugleich als notwendige Kontrolle und als problematischer Mechanismus erlebt, der therapeutische Arbeit belastet und Versorgung potenziell erschwert.

Kostenantrag

Die Beantragung von Kostenrückerstattung wird als stark versicherungsabhängig beschrieben. Unterschiedliche Versicherungen bieten unterschiedliche Rückerstattungshöhen und Bedingungen, was zu einer erheblichen Heterogenität führt. Private Krankenkassen werden dabei als großzügiger wahrgenommen, insbesondere wenn ein jährliches Kontingent an Einheiten inkludiert, ist:

„Die meisten privaten Krankenkassen, je nachdem, was man abschließt, haben jährlich auch irgendwie schon 20, 25 Psychotherapieeinheiten dabei. [...] Man fliegt nicht raus aus der

Krankenversicherung, wenn man das Angebot nutzt, dass sie das Weiterfinanzieren“ (P4, Pos. 9, 2025).

Im Vergleich dazu wird die Rückerstattung durch die ÖGK als deutlich geringer beschrieben. Zwar werden Anpassungen über die Jahre benannt, die Differenz zu tatsächlichen Honoraren bleibt jedoch groß:

„Als ich begonnen habe, hat die ÖGK 21 Euro bezahlt. Und jetzt sind es 33. Und die anderen haben es wenigstens geschafft bis 40. [...] [Die SVS] sogar bis 50 Euro“ (P4, Pos. 21, 2025).

Die Diskrepanz zwischen Honoraren und Rückerstattungsbeträgen wird als zentraler Grund genannt, weshalb Psychotherapie für viele weiterhin schwer leistbar bleibt:

„Wenn ich mir denke, ich kriege Pi mal Daumen 30 Euro zurück von der Gebietskrankenkasse oder von der ÖGK, dann ist das bei einem Preis, wie ich es weiß, von Kolleg:innen einfach ein Wahnsinn. Das kann sich ja kaum jemand leisten“ (P3, Pos. 29, 2025).

Neben der Höhe der Rückerstattung wird auch die Antragstellung selbst als bürokratisch und zeitaufwendig beschrieben. Insbesondere in Wien gelten Anträge als umfangreich; zusätzlich wird auf Verzögerungen durch fehlende direkte Verbindungen zur Krankenkasse hingewiesen. Insgesamt wird der Kostenantrag als notwendiges, aber unzureichendes Instrument wahrgenommen: Geringe Rückerstattungsbeträge und bürokratische Hürden tragen dazu bei, dass Psychotherapie trotz formaler Zuschussmöglichkeiten für viele Klient:innen schwer zugänglich bleibt.

5.1.3. Pandemiebedingte Veränderungen

Die Corona-Pandemie wird von den befragten Psychotherapeut:innen als einschneidendes Ereignis beschrieben, das die Bedingungen psychotherapeutischer Versorgung in kurzer Zeit deutlich verändert hat. In den Interviews erscheint die Pandemie dabei weniger als isolierter Ausnahmezustand, sondern als Katalysator: Sie verstärkte bestehende Belastungen, verschob institutionelle Routinen und führte zugleich zu neuen Formen der Praxisgestaltung. Thematisiert werden insbesondere Veränderungen in der gesellschaftlichen Wahrnehmung des Berufsstandes, die Etablierung digitaler Formate, eine dauerhaft erhöhte Nachfrage sowie Anpassungen des therapeutischen Settings.

Wendepunkt

Für viele Befragte stellt die Pandemie einen markanten Wendepunkt dar. Sie wird mit einer erhöhten Nachfrage nach psychotherapeutischen Angeboten in Verbindung

gebracht, zugleich aber auch mit einer Veränderung der gesellschaftlichen und institutionellen Wahrnehmung des Berufsstandes. Mehrere Interviewpartner:innen berichten von wachsender Anerkennung und einer Abnahme von Stigmatisierung:

„Vor allem über die Nachwirkungen der Corona-Jahre hat [...] die Tätigkeit als Psychotherapeut doch ein bisschen mehr Ansehen, weniger Stigmatisierung und mehr institutionelle Unterstützung erfahren. [...] Seit Corona ist es auch klar, warum es wichtig ist, dass es dieses Gesundheitsangebot gibt“ (P6, Pos. 24, 2025).

Gleichzeitig wird die Pandemie als Moment beschrieben, in dem strukturelle Probleme des Versorgungssystems sichtbarer wurden:

„Die Pandemie [...] [hat] nur gezeigt, was eh schon längst in Schieflage war“ (P5, Pos. 77, 2025).

Andere Stimmen betonen vor allem die längerfristigen Nachwirkungen sowie die Notwendigkeit, die Folgen erst nach dem Ende der akuten Krise umfassend bearbeiten zu können:

„Aber dann so gegen Ende Corona und danach, ich habe so das Gefühl, das ist wie bei einer Überschwemmung, wo man zuerst mal [...] sieht, da stimmt was nicht, da ist [nur] Wasser. Und dann, wenn das Wasser weg ist, dann sieht man aber erst, wo der Schlammwald drinnen ist und das Ungeziefer, die Käfer, und dann muss man erst richtig aufräumen und putzen“ (P2, Pos. 15, 2025).

Insgesamt wird die Pandemie damit als Katalysator beschrieben: Sie verstärkte die gesellschaftliche Wertschätzung psychotherapeutischer Arbeit, machte zugleich aber strukturelle Defizite deutlicher sichtbar. Der „Wendepunkt“ erscheint dabei sowohl als Chance für stärkere institutionelle Unterstützung als auch als Herausforderung für die zukünftige Ausgestaltung der Versorgung.

Telearbeit

Ein zentrales Feld pandemiebedingter Veränderung betrifft die Etablierung digitaler Formate. Während die Durchführung von Supervision oder therapeutischen Sitzungen über Distanz zuvor als wenig verbreitet beschrieben wird, berichten mehrere Befragte von einer deutlichen Verschiebung der Praxis. Besonders im supervisorischen Kontext wird Telearbeit als praktikabel und entlastend hervorgehoben:

„Da hat sich einiges verändert, vor allem auch im supervisorischen Bereich, dass man [...] mittlerweile Supervision wunderbar auch über Internet machen kann. [...] Wir bevorzugen alle face to face, aber manchmal ist es nicht möglich und dann wird einfach eine Telestunde zwischendurch eingeschoben. Und das finde ich eigentlich sehr entlastend und merke auch, dass das gut möglich ist“ (P3, Pos. 41, 2025).

Auch im therapeutischen Alltag wurde die Flexibilität digitaler Formate als hilfreich erlebt, insbesondere dort, wo rechtliche bzw. institutionelle Möglichkeiten neu geöffnet wurden:

„Ja, während Corona [...], dass wir es dann auch telefonisch machen dürfen“ (P1, Pos. 5, 2025).

Telearbeit erscheint insgesamt nicht als Ersatz für persönliche Begegnung, sondern als sinnvolle Ergänzung. Sie wird mit besserer Erreichbarkeit über Distanz und Entlastung im Arbeitsalltag verbunden sowie als Bestandteil psychotherapeutischer Praxis beschrieben, der durch die Pandemie einen deutlichen Schub erfahren hat.

Pandemie als Beschleuniger psychischer Belastungen

Neben strukturellen und organisatorischen Veränderungen wird die Pandemie als wesentlicher Beschleuniger psychischer Belastungen dargestellt. Viele Befragte berichten von stark ausgelasteten Praxen während und nach der Pandemie. Wiederholt wird betont, dass die Pandemie weniger neue Probleme geschaffen habe, sondern bestehende Belastungen verstärkt und sichtbarer gemacht habe:

„Die Pandemie hat uns tatsächlich die Praxen schon sehr voll gespült. [...] Die Pandemie [war] einfach ein Brandbeschleuniger [...], neben dem, was eh schon da war. [...] Die Belastung war dann zu hoch und dadurch sind sie schneller zu uns in die Praxen gekommen, die Leute“ (P5, Pos. 11, 2025).

Auch die Dauerhaftigkeit dieser Veränderung wird betont, sowohl im eigenen Arbeitsalltag als auch im Feld insgesamt:

„Ich habe schon das Gefühl gehabt, dass dann nicht nur bei mir, sondern auch bei vielen, vielen Kolleg:innen die Auslastung enorm hoch war durch die Pandemie“ (P5, Pos. 13, 2025).

„Seit Corona hat sich es ganz geändert, dass es nie Leerstellen gibt“ (P4, Pos. 17, 2025).

Darüber hinaus wird auf besondere Nachwirkungen für spezifische Gruppen hingewiesen. Einschränkungen sozialer Kontakte werden im Zusammenhang mit jungen Menschen genannt, während für ältere Menschen Einsamkeit als zentrale Erfahrung beschrieben wird:

„Corona [...] [hat] gar nicht so wenig Nachwehen. Gerade für junge Menschen, die nicht leben oder fortgehen konnten, und für Ältere, die ur einsam waren. [...] Zwei, drei Jahre danach war so mein Ding, dass der Leidensdruck einfach bei vielen Menschen stärker geworden ist“ (P2, Pos. 15, 2025).

Insgesamt wird deutlich, dass die Pandemie psychische Belastungen vieler Menschen verschärft hat und mit einer dauerhaft erhöhten Nachfrage nach

psychotherapeutischen Angeboten verbunden wird. Gleichzeitig werden dadurch bestehende strukturelle Defizite des Versorgungssystems erneut sichtbar.

Veränderung des Therapiesettings

Schließlich beschreiben die Interviews tiefgreifende Veränderungen im therapeutischen Setting. Besonders Gruppenangebote waren stark betroffen: Geplante Gruppentherapien konnten aufgrund der Lockdowns nicht stattfinden, und die Unsicherheit bezüglich möglicher Schließungen stellte für manche Praxen ein erhebliches Risiko dar:

„[Ich habe] jedes Mal gewonnen eigentlich mit Kindergruppen und die dann einfach vorbei waren. [...] Danach war immer der Moment, wenn dann einer bereit gewesen wäre, müssen ja alle, und dann habe ich einfach ganz klar sagen müssen, ich entscheide mich gegen [die Gruppentherapie], weil ich es mir nicht leisten kann, wenn eventuell ein Verdacht in der Schule entsteht [...], dass ich eine Woche lang die ganze Praxis zumache“ (P4, Pos. 41, 2025).

Gleichzeitig wird die Pandemie auch als Auslöser für neue Formen des Arbeitens beschrieben. In einzelnen Fällen wurde die Natur als alternativer Therapieraum entdeckt und langfristig in die Praxis integriert:

„Ich konnte wirklich meine Praxis mehr oder weniger in den Wald verschieben und habe dort mit meinen Klient:innen gearbeitet. [...] Das fließt mittlerweile auch so in meine Arbeit ein, dass ich einfach öfters ins Freie gehe und mit meinen Leuten dort arbeite, weil [...] die Natur auch viel Kraft gibt“ (P3, Pos. 41, 2025).

Darüber hinaus führten Hygienevorgaben zu Anpassungen räumlicher Bedingungen. Abstandsregeln und Masken veränderten die Atmosphäre von Sitzungen und stellten zusätzliche Herausforderungen dar:

„Dann musste man vier Meter Abstand halten und einen Raumdiffuser [aufstellen], beide mit Masken“ (P2, Pos. 29, 2025).

Die Aussagen zeigen, dass die Pandemie nicht nur Einschränkungen mit sich brachte, sondern auch zu einer Neuorientierung im Setting führte. Während Gruppenangebote vielerorts zurückgestellt wurden, entstanden zugleich kreative Lösungen und neue Routinen, die teilweise über die akute Krisenphase hinaus Bestand haben.

5.1.4. Bürokratische Prozesse

Bürokratische Prozesse werden von den befragten Psychotherapeut:innen als zentraler Einflussfaktor auf den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung sowie auf die alltägliche Ausgestaltung therapeutischer Arbeit beschrieben. Bürokratie wirkt in diesem Zusammenhang nicht als notwendige Verwaltungsstruktur, sondern vielmehr als zusätzliche Belastung, die sowohl Klient:innen als auch Therapeut:innen trifft. Thematisiert werden insbesondere Bewilligungs- und Antragsverfahren, formale Abhängigkeiten von ärztlichen Instanzen sowie ein insgesamt zunehmender administrativer Aufwand in den letzten Jahren.

Aufbau der Praxis / Etablierung der Selbstständigkeit

Der Schritt in die Selbstständigkeit wird von vielen Befragten als ressourcenintensiver und langfristiger Prozess beschrieben. Neben fachlicher Qualifikation erfordert der Aufbau einer eigenen Praxis erhebliche finanzielle Investitionen, organisatorische Planung und persönliches Engagement. Gleichzeitig wird dieser Schritt häufig mit dem Wunsch nach größerer Autonomie und Gestaltungsspielräumen begründet.

Ein Therapeut beschreibt den Übergang in die freie Praxis als bewusste Abkehr von hierarchischen Strukturen:

„Ich habe vorher in einem Angestelltenverhältnis gearbeitet [...] und habe mich dort vielfach über vorgesetzte Strukturen und Arbeitskolleg:innen geärgert. Ich bin sehr froh, dass ich jetzt hier in der freien Praxis mir selbst einen Arbeitsplatz schaffen konnte und eine Nische schaffen und strukturieren konnte, die so ist, dass ich mich wohlfühle“ (P6, Pos. 24, 2025).

Der Aufbau der Praxis wird zugleich als langwieriger Prozess mit finanziellen Risiken beschrieben. Die Möglichkeit, den eigenen Arbeitsplatz selbst zu gestalten, wird jedoch als zentraler Gewinn wahrgenommen und mit positiven Effekten auf das eigene Wohlbefinden verbunden:

„Das alles aufzubauen und dass es so aussieht, wie es aussieht, war ein aufwendiger Prozess über mehrere Jahre. [...] Ich hatte das Glück, dass es insgesamt gut gegangen ist. Und wie gesagt, dass ich einen Arbeitsplatz habe, den ich mir selbst gestalten konnte, wo ich viel Gestaltungsspielräume habe. Und in dem Rahmen würde ich sagen, fühle ich mich sehr wohl. Und das wirkt sich wirklich einfach auf mein psychisches Wohlbefinden aus und damit auch auf meine Haltung gegenüber meiner Arbeit“ (P6, Pos. 24, 2025).

„[...] und weil ich in der guten Lage bin, dass die Praxis mir gehört und ich freien Raum habe [...]“ (P3, Pos. 27, 2025).

Neben der therapeutischen Tätigkeit selbst wird der erhebliche organisatorische und administrative Aufwand betont, der mit der Selbstständigkeit einhergeht. Buchhaltung, Miete, Versicherungen und laufende organisatorische Aufgaben werden als zusätzliche Belastungen beschrieben, die nicht vergütet sind:

„Dann kommt aber noch die ganze Buchhaltung dazu, dann kommt noch dazu, dass ich hier auch eine Praxis führe, wo ich was einkaufen muss, besorgen muss, Miete zahlen muss. [...] Also das ist schon ein ziemlicher Aufwand, den keiner zahlt, weil da müsste ich eigentlich 180 Euro die Stunde verlangen“ (P4, Pos. 59, 2025).

Insgesamt zeigt sich, dass die Etablierung einer selbstständigen Praxis ambivalent erlebt wird: Sie ist mit hoher Arbeitsbelastung und finanziellen Risiken verbunden, eröffnet zugleich aber zentrale Autonomie- und Gestaltungsspielräume, die von den Befragten als wesentlich für ihre berufliche Zufriedenheit beschrieben werden.

Verbesserungsvorschläge

Vor dem Hintergrund dieser Belastungen formulieren die Interviewpartner:innen zahlreiche Verbesserungsvorschläge zur aktuellen Versorgungssituation. Besonders häufig wird die lange Bearbeitungsdauer von Anträgen durch Krankenkassen kritisiert:

„Ich meine, die ÖGK braucht sehr lange in der Bearbeitung, sieben bis acht Wochen“ (P6, Pos. 56, 2025).

Um strukturelle Defizite zumindest teilweise abzufedern, greifen viele Therapeut:innen auf individuelle Lösungen zurück. Dazu zählt insbesondere die Einrichtung von Sozialtarifen für einkommensschwache Klient:innen. Gleichzeitig wird jedoch betont, dass diese individuellen Kompensationen keine nachhaltige Lösung darstellen:

„Also was viele Psychotherapeut:innen machen, was ich auch mache, ist, dass ich ein kleines Kontingent an Sozialtarifen habe. [...] Unterm Strich stützen wir Psychotherapeut:innen damit ein nicht sehr gesundes System und versuchen auf individueller Basis auszugleichen, was auf struktureller Ebene schief läuft. Das kann sich nicht ausgehen“ (P5, Pos. 31, 2025).

Darüber hinaus wird gefordert, Angebote insgesamt niederschwelliger zu gestalten und bürokratische Hürden zu reduzieren:

„Dass da viel niederschwelliger die Angebote gemacht werden und man nicht fünf Anträge machen muss“ (P2, Pos. 75, 2025).

Die Verbesserungsvorschläge zielen damit vor allem auf eine Entlastung bürokratischer Verfahren, eine bessere strukturelle Absicherung und eine gerechtere

Finanzierung. Die individuellen Strategien der Therapeut:innen verdeutlichen zugleich die Dringlichkeit systemischer Lösungen

Emotionale Belastung und Selbstabgrenzung

Neben administrativen Anforderungen wird auch die emotionale und psychische Belastung der therapeutischen Arbeit thematisiert. Mehrere Befragte betonen, dass die Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen fordernd ist und klare Grenzen der eigenen Belastbarkeit erfordert:

„Die Arbeit mit psychisch kranken Menschen ist fordernd und anstrengend und die emotionalen Kapazitäten am Tag, in der Woche, im Monat sind beschränkt. [...] Sonst werde ich psychisch krank und dann bin ich belastet und kann meine Arbeit nicht gut machen“ (P6, Pos. 80, 2025).

Die Vielfalt der Themen, mit denen Klient:innen in die Praxis kommen, wird als ständige Herausforderung beschrieben:

„Jeder Mensch bringt unterschiedliche Themen mit und ich begleite sie halt. [...] Es gibt echt wenig, was ich nicht schon gehört habe oder gesehen. Damit muss ich zurechtkommen“ (P4, Pos. 79, 2025).

Besonders wichtig erscheint den Befragten eine klare Trennung zwischen beruflicher Rolle und privatem Leben. Ein Therapeut beschreibt dies folgendermaßen:

„Wenn ich zu Hause ankomme, bin ich Papa und Partner und Ehemann. [...] Hier und da erreicht es mich, aber ich bin nicht mehr [...] der Therapeut. Ja, ich rege mich auch auf und ja, Gott, herrlich ist das, [aber ich nehme es nicht in die Praxis mit] [...]“ (P4, Pos. 125, 2025).

Darüber hinaus wird Selbstreflexion als zentrale Ressource hervorgehoben. Eigene Therapieerfahrungen, Supervision und die Fähigkeit, Grenzen zu setzen, werden als notwendig beschrieben, um langfristig arbeitsfähig zu bleiben. Insgesamt wird deutlich, dass emotionale Belastung ein integraler Bestandteil des Berufs ist, der kontinuierliche Selbstfürsorge und bewusste Abgrenzung erfordert.

Administrativer Aufwand

Die administrativen Anforderungen im Zusammenhang mit Therapieanträgen und Dokumentationspflichten werden von den Befragten als erhebliche Belastung erlebt. Besonders Antragsverfahren bei Krankenkassen werden als zeitintensiv und zunehmend komplex beschrieben:

„[...] Das Antragsformular ist aufwendiger geworden. Nun muss man halt mehr Daten angeben“ (P6, Pos. 48 2025).

„[...] Also ich brauch da mindestens eine Stunde, um das zu schreiben und auch zu recherchieren, wie habe ich das damals formuliert, wie passt das rein, geht das durch. Also das sind eher zwei Stunden Arbeit, aber es ist halt ein Aufwand“ (P2, Pos. 25, 2025).

Frustration entsteht insbesondere dann, wenn Anträge abgelehnt oder zurückgeschickt werden:

„Was schon frustrierend ist für uns, wenn wir uns hinsetzen, Anträge schreiben, die dann zurückgeschmissen werden. Das ist natürlich schwierig. Das ist auch für die Klient:innen sehr, sehr schwierig und belastend“ (P5, Pos. 31, 2025).

Darüber hinaus wird betont, dass administrative Aufgaben weit über Anträge hinausgehen. Dokumentationspflichten, Verlängerungen und Nachbereitung von Sitzungen führen zu einem erheblichen Mehraufwand:

„Weil [...] mit jeder Klientenstunde habe ich ja trotzdem noch mindestens eine halbe Stunde noch zusätzliche Arbeit“ (P4, Pos. 51, 2025).

Einzelne Befragte berichten, dass digitale Programme und zunehmende Routine den Aufwand teilweise reduzieren können. Dennoch bleibt Bürokratie ein zentraler Bestandteil der psychotherapeutischen Arbeit, der einen erheblichen Teil der Arbeitszeit beansprucht und die Versorgung von Klient:innen indirekt erschwert.

5.1.5. Zugangshürden zur psychotherapeutischen Versorgung

Zugangshürden zur psychotherapeutischen Versorgung werden in den Interviews nicht als isolierte Einzelprobleme beschrieben, sondern als Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels struktureller, organisatorischer und individueller Bedingungen. Der Zugang zeigt sich dabei weniger als bloße formale Möglichkeit, sondern vielmehr als praktischer Prozess, der für viele Klient:innen mit Unsicherheit, Frustration und erheblichen Eigenleistungen verbunden ist. Besonders häufig thematisiert werden Informationsdefizite, lange Wartezeiten, institutionelle Fragmentierung sowie Anforderungen an Eigeninitiative und Orientierungskompetenz.

Such- und Orientierungsprozess

Die Suche nach einem geeigneten Therapieplatz stellt für viele Menschen eine erhebliche Herausforderung dar. Während Fachpersonen aufgrund ihrer Ausbildung und Vernetzung einen Überblick über bestehende Angebote besitzen, fehlt dieser Orientierungsvorsprung den meisten Klient:innen. Der Suchprozess beginnt häufig in

einer Phase psychischer Belastung, in der Orientierung und Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt sind:

„Ich kann mir vorstellen, jemand einfach aus der Bevölkerung, [...] sagt, [...] [es] geht mir nicht so gut, ich habe Schlafprobleme, Beziehungsprobleme, Depressionen, wo wende ich mich jetzt hin? Da ist es, glaube ich, nicht so einfach, mal zu wissen, was es alles gibt und wie komme ich dorthin, wo ich das bekomme, was ich brauche und wo ich es mir leisten kann“ (P6, Pos. 10, 2025).

Besonders digitale Suchangebote werden in diesem Zusammenhang ambivalent bewertet. Plattformen wie PsyOnline gelten zwar als zentrale Informationsquelle, werden jedoch gerade für Menschen in akuten Krisen als überfordernd beschrieben:

„Die meisten Menschen, die sich um Psychotherapie bemühen, sind in großer Not. [...] Und dann wird meistens PsyOnline genannt. Aber jeder, der schon mal bei PsyOnline reingeschaut hat, weiß, das ist eigentlich eine völlig überfordernde Plattform. [...] Das finde ich eine riesen, riesen Hürde“ (P5, Pos. 5, 2025).

Darüber hinaus endet der Suchprozess nicht mit der Zuweisung eines freien Platzes. Die Passung zwischen Therapeut:in und Klient:in wird als zentrales Kriterium für den Therapieerfolg beschrieben und erfordert zusätzliche Entscheidungen:

„Wenn man wo reinkommt und den Therapeuten die Hand schüttelt und man sagt, da fühle ich mich nicht wohl, dann geht man besser wieder und bleibt dann nicht dort krampfhaft sitzen, weil man endlich einen gefunden hat. Das sage ich auch immer bei meinen Erstgesprächen. Ich halte es aus, dass man sagt, nein, es tut mir leid, Sie sind es nicht. Das ist für mich kein Problem“ (P4, Pos. 115, 2025).

Als entlastend werden niederschwellige Angebote wie Ambulanzen von Ausbildungseinrichtungen genannt, die kostengünstige Psychotherapie ermöglichen und damit finanzielle Zugangshürden reduzieren. Insgesamt Die Suche nach einem Therapieplatz wird durch mangelnde Transparenz, hohe Nachfrage und organisatorische Hürden erschwert. Niederschwellige Angebote und eine gute Passung zwischen Therapeut:in und Klient:in erscheinen dabei als zentrale Voraussetzungen für einen gelingenden Zugang.

Stigma

Stigmatisierung wird in den Interviews als ambivalent beschrieben. Einerseits berichten die Befragten von einem deutlichen Rückgang gesellschaftlicher Vorbehalte gegenüber Psychotherapie, insbesondere bei jüngeren Generationen:

„Ein großer Teil der nächsten Generation [hat] schon Erfahrung mit Psychotherapie gemacht und [...] [wird] damit sozialisiert. [...] Das [...] ist auf einem Horizont aus meiner Sicht auf die nächsten 10 bis 20 Jahre ein wichtiger Faktor, dass die Leute damit schon von jung auf sozialisiert werden“ (P6, Pos. 36, 2025).

Gleichzeitig werden deutliche Unterschiede zwischen urbanen und ländlichen Regionen wahrgenommen. Während in Wien eine größere Offenheit beschrieben wird, bestehen im ländlichen Raum weiterhin stärkere Vorbehalte:

„Hier in Wien [...] [wird] psychischer Versorgung und Psychotherapie gerade in der jüngeren Generation [...] sehr viel offener begegnet. Aber wenn man in den ländlichen Raum schaut, dann ist das noch [...] eine andere Geschichte“ (P5, Pos. 69, 2025).

Darüber hinaus bleibt die Angst vor Stigmatisierung in Zusammenhang mit Diagnosen, Dokumentation und Datenweitergabe bestehen. Manche Klient:innen vermeiden Anträge aus Sorge vor negativen Konsequenzen im beruflichen Kontext:

„[...] [Es] wollen nicht alle Klienten Anträge haben, weil einfach die Angst zu groß ist, dass es irgendwo aufscheint bei meinem Arbeitgeber“ (P4, Pos. 59, 2025).

„Also man muss schon auch Vertrauen haben, dass mit dem, was man da reinschreibt, nichts passiert. Und trotzdem macht es halt die Gefahr der Stigmatisierung recht hoch, weil es hat jemand ein Konsumproblem. Oder eine Schizophrenie [...]. Das mag man halt auch nicht überall drinnen stehen haben“ (P2, Pos. 37, 2025).

Damit zeigt sich ein ambivalentes Bild: Während gesellschaftliche Enttabuisierung voranschreitet, bestehen weiterhin kontextspezifische und institutionell vermittelte Stigmatisierungsängste.

Geografische Ungleichverteilung

Ein weiterer zentraler Zugangsfaktor betrifft regionale Unterschiede in der Versorgung. Die Interviews verweisen auf ein ausgeprägtes Stadt-Land-Gefälle, das den Zugang zu Therapieplätzen erheblich beeinflusst:

„Es wäre, glaube ich, ganz eine sinnvolle Sache, flächendeckend österreichweit zu schauen, dass Psychotherapeuten vom gleichen Stellenwert [...] [sind]. [...] Das Stadt-Land-Gefälle, das gibt es. [...] In der Steiermark fehlen ganz viele, in Wien auch“ (P4, Pos. 139, 2025).

Darüber hinaus werden spezifische regionale Modelle angesprochen, die von der allgemeinen Versorgung abweichen. Ein Beispiel hierfür ist Tirol:

„Also prinzipiell ist es ja so, dass ich ja in Tirol verortet bin und da gibt es eigentlich ein anderes System. [...] Das Modellplatzsystem von der Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung in Tirol das [hat] sich, glaube ich, um einiges differenzierter und anders dargestellt als im Rest Österreichs“ (P3, Pos. 21, 2025).

Die geografische Ungleichverteilung wird dabei nicht auf Unterschiede in Qualifikation oder Ausbildung zurückgeführt, sondern auf strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen. Eine flächendeckende und gleichwertige Versorgung erscheint aus Sicht der Befragten bislang nicht gewährleistet.

Institutionelle Abläufe und Antragslogiken

Neben regionalen Unterschieden wird die bürokratische Komplexität der Antragsverfahren als zentrale Zugangshürde beschrieben. Bereits die Struktur der Kostenzuschüsse wird als wenig transparent wahrgenommen:

„Den Kostenzuschuss bekommen Sie ab der ersten Einheit. [...] der Antrag ist für ein Kontingent ab der 11. Einheit“ (P6, Pos. 8, 2025).

Auch die Verantwortung für Verlängerungsanträge wird teilweise auf Klient:innen übertragen, was zusätzliche Anforderungen an Eigeninitiative mit sich bringt:

„Man muss mal eh [beantragen], also die Verlängerung, ein, zweimal verlängere ich sicher immer wieder Anträge [...]. Aber da kümmerge ich mich nicht drum. Ich erwarte das von meinen Klienten. [...] Die Kapazitäten habe ich dann nicht mehr, leider“ (P4, Pos. 39, 2025).

Besonders problematisch werden lange Bearbeitungszeiten beschrieben, die gerade für Menschen in prekären Lebenslagen schwer zu überbrücken sind:

„Ich habe das echt in den letzten zwei, drei Jahren erlebt, dass das zwei, drei Monate mindestens waren. [...] Das ist echt ein bürokratischer Dschungel. [...] Gerade für jemanden, der prekär lebt, ist es schwierig, dann mal zwei, drei Monate zu warten, um da endlich zu diesem Kostenzuschuss zu kommen“ (P2, Pos. 21, 2025).

Die bürokratische Komplexität wird als zusätzlicher Belastungsfaktor beschrieben, der sowohl therapeutische Arbeit als auch Versorgung erschwert und strukturelle Vereinfachungen notwendig erscheinen lässt.

Kosten als implizites Gatekeeping

Kosten wirken in den Interviews als zentrale Zugangshürde und übernehmen damit eine implizite Gatekeeping-Funktion. Zwar wird der Zugang formal als offen

beschrieben, da Zuschüsse gewährt werden und die ersten zehn Einheiten bewilligungsfrei sind, der finanzielle Eigenanteil bleibt jedoch entscheidend:

„Es kann im Wesentlichen jeder Psychotherapie in Anspruch nehmen. [...] Je nach Krankenkasse gibt es [...] einen Zuschuss in der Höhe zwischen 33 bis 48 Euro. [...] Das Einzige ist halt, die finanzielle Unterstützung ist nicht so groß, hält sich in Grenzen. Und es braucht halt ein gewisses Eigenkapital, das die Klient:innen haben [müssen], um sich Therapie leisten zu können“ (P6, Pos. 6, 2025).

Für Familien und Menschen mit geringem Einkommen wird Psychotherapie damit zu einer erheblichen finanziellen Belastung:

„[Wenn] meine Kinder [...] in Therapie gehen und das wäre schon [...] eine enorme familiäre Belastung, wenn man sagt, ich muss da irgendwie 400, 500 Euro aufstellen jedes Monat, damit sie gut versorgt sind. Auch wenn ich dann eh 100 Euro [im Monat] wieder zurückkriege oder 120“ (P4, Pos. 65, 2025).

Die Interviews verdeutlichen, dass finanzielle Ressourcen nicht nur über die Möglichkeit der Inanspruchnahme entscheiden, sondern auch über Frequenz und Dauer der Therapie:

„[Ich] erlebe einfach Menschen, die einfach keine finanziellen Mittel haben und ganz, ganz schwierig sich wirklich Psychotherapie leisten [...] können“ (P3, Pos. 59, 2025).

„Wenn ich [...] ein Honorar von 100 Euro habe, dann [müssen] es sich die Menschen mal leisten können, [...] wöchentlich [hinzugehen]“ (P2, Pos. 5 2025).

Niederschwellige Angebote wie Ambulanzen oder Sozialtarife werden als wichtige Ausgleichsmechanismen genannt. Dennoch bleibt die strukturelle Problematik bestehen: Kosten wirken als Selektionsmechanismus und bestimmen maßgeblich, wer Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung erhält.

Wartezeiten

Lange Wartezeiten werden schließlich als zentraler Engpass beschrieben. Mehrere Befragte berichten von einer deutlichen Verlängerung der Wartezeiten in den letzten Jahren, insbesondere in akuten Situationen:

„Die Wartezeit [ist] zum Teil um vieles länger geworden [...]. Wenn ich heute ein gebrochenes Bein habe, dann brauche ich auch eine Schnellversorgung und das ist in der Psychotherapie [...] eigentlich nicht möglich und das finde ich ein großes Manko“ (P3, Pos. 21, 2025).

Auch aus Perspektive der Klient:innen werden Wartezeiten als belastend erlebt:

„Also dann, wenn es mir schlecht geht, weiß ich, dass ich einmal sicher irgendwo warten muss“ (P2, Pos. 5, 2025).

Besonders deutlich wird der Unterschied zwischen Kassen- und Privatversorgung:

„Wenn ich eine Zusatzversicherung habe oder mir einen Wahlarzt leisten kann, dann kriege ich wahrscheinlich schneller einen Termin. [...] Aber [...] einfach nur [durch die] ÖGK versichert [zu] sein, [...] dann kriege ich in drei, vier Monaten einen Termin beim Psychiater“ (P2, Pos. 45, 2025).

Ein Befragter berichtet von Wartezeiten von bis zu drei bis vier Monaten für psychiatrische Termine (P1, Pos. 48, 2025), während stationäre Angebote teilweise schneller verfügbar sind (P1, Pos. 135, 2025).

Die Interviews zeigen, dass Wartezeiten ein strukturelles Problem darstellen, das den Zugang zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung erheblich erschwert. Für Menschen in akuten Krisen bedeutet dies eine zusätzliche Belastung und verdeutlicht den Bedarf an schnelleren und besser koordinierten Versorgungsstrukturen.

5.1.6. Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die Interdisziplinäre Zusammenarbeit nimmt im beruflichen Selbstverständnis der befragten Psychotherapeut:innen grundsätzlich einen hohen Stellenwert ein. Sie wird als wichtiger Bestandteil einer funktionierenden psychotherapeutischen Versorgung beschrieben, ist jedoch nur selten institutionell abgesichert. Vielmehr zeigt sich, dass die Kooperation zwischen Berufsgruppen überwiegend auf individuellen Kontakten, informellen Netzwerken und persönlichem Engagement beruht. Dementsprechend variiert die Intensität, Qualität und Verlässlichkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit deutlich in der Abhängigkeit von Setting, Klientel und institutioneller Einbettung.

Die Bedeutung interdisziplinärer Zusammenarbeit wird insbesondere im Umgang mit komplexen Problemlagen hervorgehoben. Gleichzeitig wird deutlich, dass der wahrgenommene Bedarf an Kooperation stark vom jeweiligen Tätigkeitsbereich abhängt. Psychotherapeut:innen, die in stärker strukturierten oder institutionellen Kontexten arbeiten, berichten häufiger von bestehenden Schnittstellen zu anderen Berufsgruppen als jene in rein privaten Praxiskontexten.

Ein Interviewpartner beschreibt diesen Zusammenhang folgendermaßen:

„Ich bin in einem Versorgungsbereich tätig, der auf einer höheren Stufe ist. Das heißt, die Leute, die zu mir kommen, die sind tendenziell gesünder. Also ich bin jetzt nicht darauf angewiesen, beispielsweise mit einem Sozialarbeiter zusammenzuarbeiten. [...] in diesem Bereich, wo ich arbeite, erlebe ich die Zusammenarbeit zum Beispiel mit den klinischen Psycholog:innen. [Es] sind zwei in der Praxis, die [Zusammenarbeit] ist sehr angenehm, sehr gut“ (P6, Pos. 56, 2025).

Neben der Klientel und dem Setting spielen auch institutionelle Rahmenbedingungen eine zentrale Rolle für die Ausgestaltung von Kooperationen. Abhängigkeiten von formalen Zuständigkeiten und administrativen Schnittstellen werden dabei als strukturierende Faktoren beschrieben:

„Wir sind abhängig von den Ärzt:innen, dass die diese Überweisung schreiben, dass die Chefärzt:innen das dann abstempeln. [...] es wäre ein Bedarf da, das sehr viel niederschwelliger zu gestalten und eben nicht darauf zu vergessen, dass die Rahmenbedingungen für alle Betroffenen passen müssen. Nicht nur für die Klient:innensicht oder nicht nur für die Ärzt:innensicht, sondern eben auch für uns Psychotherapeut:innen“ (P5, Pos. 29, 2025).

Gleichzeitig werden auch positive Erfahrungen mit institutionellen Ansprechpartner:innen geschildert, insbesondere dort, wo informelle Kontakte bestehen:

„Wobei, ich muss sagen, auch die Wiener Gebietskrankenkasse, da habe ich auch schon ein paar Nummern, wo ich anrufe, und die sind immer sehr freundlich. Es gibt auch immer kompetente Auskunft“ (P1, Pos. 42, 2025).

Diese Aussagen verdeutlichen, dass interdisziplinäre Zusammenarbeit nicht als durchgängig notwendige oder einheitlich ausgestaltete Praxis verstanden wird. Ihre Qualität und Verlässlichkeit hängen vielmehr von strukturellen Rahmenbedingungen, persönlicher Erreichbarkeit und individuellen Kontakten ab.

Zusammenarbeit mit Psychiater:innen

Innerhalb der interdisziplinären Kooperation nimmt die Zusammenarbeit mit Psychiater:innen eine zentrale Rolle ein. Sie wird am häufigsten thematisiert und zugleich ambivalent bewertet. Dort, wo persönliche Kontakte bestehen und die Zusammenarbeit auf Vertrauen basiert, wird sie als kollegial und unterstützend beschrieben:

„Ich habe den einen oder anderen Psychiater in der Nähe, an den ich gerne überweise. Das ist insgesamt ein gutes kollegiales Miteinander“ (P6, Pos. 56, 2025).

Zugleich wird deutlich, dass diese Form der Zusammenarbeit nicht selbstverständlich ist und aktive Vernetzungsarbeit erfordert:

„Ich glaube, das ist einfach etwas ganz, ganz Wesentliches, die Vernetzungsarbeit, die ich teilweise von den Psychiaterinnen und Psychiatern selber auch spüre, aber teilweise einfach auch selber einfordere. [...] aber gerade dieses Vernetzen ist ganz vom Wesentlichen, weil das auch für unsere Patientinnen und Patienten so ein wesentlicher Punkt ist, dass sie sich einfach gut eingebettet fühlen“ (P3, Pos. 51, 2025).

Als begrenzender Faktor wird häufig die hohe Arbeitsbelastung von Psychiater:innen genannt, die einen regelmäßigen Austausch erschwert:

„[Die Psychiater:innen] sind alle derartig beschäftigt, derartig ausgelastet und derartig überlastet [...], dass [es] da wenig Zusammenarbeit gibt“ (P1, Pos. 48, 2025).

Insgesamt zeigt sich, dass die Zusammenarbeit mit Psychiater:innen zwar als fachlich notwendig anerkannt wird, jedoch stark von individuellen Rahmenbedingungen abhängt und strukturell nicht abgesichert ist:

„Aber grundsätzlich ist das Thema, die Zusammenarbeit zwischen Psychiatrie und Psychotherapie und Psychotherapeuten gehört vielleicht ein bisschen mehr ausgebaut“ (P1, Pos. 52, 2025).

Psychosoziale Dienste als Entlastung

Psychosoziale Dienste werden von mehreren Interviewpartner:innen als wichtige ergänzende Ressource beschrieben, insbesondere im Umgang mit Klient:innen mit hohem psychosozialen Unterstützungsbedarf. Die Möglichkeit, bestimmte Problemlagen weiterzuleiten, wird dabei als entlastend für die eigene therapeutische Arbeit wahrgenommen:

„Ich brauche nicht alles machen. Ich kann sagen, ich habe ein Netzwerk, es gibt ja den psychosozialen Dienst. Ich brauche nicht 24/7 für meine Klient:innen da sein“ (P4, Pos. 111, 2025).

Gerade in akuten Situationen oder in der Anfangsphase einer Behandlung werden psychosoziale Dienste als sinnvolle Ergänzung beschrieben, die zugleich eine strukturelle Entlastung für private Praxen darstellen:

„[...] ich finde das ist eine gute Entlastung für die privaten Praxen, dass das einfach vom Staat [...] [organisiert] wird“ (P1, Pos. 157, 2025).

Darüber hinaus werden weitere niederschwellige Angebote genannt, insbesondere der Psychotherapeutische Bereitschaftsdienst:

„Was ich sehr cool finde, aber den gibt es schon länger, [...] ist der Psychotherapeutische Bereitschaftsdienst. [...] dort können Student:innen sogar kostenlos einen Termin ausmachen“ (P2, Pos. 7, 2025).

Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass auch diese Angebote für Klient:innen mit zusätzlichem Koordinationsaufwand verbunden sein können.

Gezielte Weiterleitung

Vor dem Hintergrund begrenzter institutioneller Strukturen kommt den informellen Netzwerken eine zentrale Bedeutung für die Weiterleitung von Klient:innen zu. Viele Psychotherapeut:innen berichten, dass sie Anfragen bevorzugt an Kolleg:innen weitergeben, die sie persönlich kennen oder deren Arbeitsweise ihnen vertraut ist:

„Mir ist immer wichtig, dass ich die Leute kenne, an die ich weiterschicke. Ungern ganz Fremde. [...] Ich sehe eher den Menschen dahinter und dann denke ich mir, es ist gut, wenn ich sage, [...] ich [weiß], wie sie arbeiten, [damit] kann ich mich identifizieren, [...] [dort] kann ich [die Klient:innen] hinschicken, weil ich sie entweder privat [oder] freundschaftlich kenne oder weiß, wie sie arbeiten“ (P4, Pos. 17, 2025).

Besonders Praxisgemeinschaften und selbst aufgebaute Netzwerke ermöglichen eine rasche Einschätzung verfügbarer Kapazitäten und eine gezielte Vermittlung:

„Ich habe dann hier [in meiner Gemeinschaftspraxis] den Luxus, dass ich dann einfach von meinen Kolleg:innen weiß, [...], wer hat Kapazitäten. Ich habe ja auch eine Website dafür gebaut oder bauen lassen. Und das heißt, da kann man dann auch sehen, wer hat Kapazitäten. Auch ich sehe das dann. Und dann leite ich [...] die Anfragen weiter“ (P6, Pos. 16, 2025).

Ergänzend werden externe Vermittlungsstellen genannt, die eine strukturiertere Weiterleitung ermöglichen und teilweise auch Nachbetreuung anbieten:

„Ich kriege von dort ab und zu Klient:innen, aber Klient:innen berichten, dass die [Vermittlungsstellen] wirklich gut beraten. [...] Die gehen dort in der Regel mit einem Termin für ihr Erstgespräch raus“ (P2, Pos. 7, 2025).

„Sie vermitteln mal und rufen dann auch zwei, drei Wochen später nochmal an und fragen, ob die Person gut gelandet ist oder ob sie nochmal neu vermitteln sollen“ (P2, Pos. 9, 2025).

Auch Bereitschaftsdienste werden als besonders engagiert wahrgenommen:

„Es gibt auch andere wie iwik oder die Wiener Couch. Aber ich habe das Gefühl, die Bereitschaftsdienste haben dann auch mal einen ganz anderen Zugang. Die wollen wirklich, dass die Klient:innen das finden, was sie gerade brauchen“ (P2, Pos. 11, 2025).

Neben diesen Angeboten bleiben Ambulanzen eine wichtige Ressource, insbesondere bei der Suche nach kassenfinanzierten Plätzen:

„Ich versuche immer, wenn mir welche schreiben, sie suchen einen Kassenplatz, dann sag ich ihnen Empfehlungen von den Ambulanzen“ (P1, Pos. 167, 2025).

Insgesamt zeigt sich, dass persönliche Netzwerke eine zentrale Rolle für eine passgenaue Vermittlung spielen, jedoch nicht allen Therapeut:innen gleichermaßen zur Verfügung stehen:

„Meistens hört man ja schon im Telefonat oder im Erstgespräch, um was es geht, und dann kann ich auch richtungsweisend sagen: ja, bei mir in der Praxis hat ein Kollege noch Platz. [...] Ich habe mir ein relativ gutes therapeutisches Netzwerk aufgebaut in den letzten Jahren. Ich sage dann immer, sie sollen sagen, sie kommen von mir. Dann geht das auch oft leichter“ (P4, Pos. 19, 2025).

Erreichbarkeit und fachlicher Austausch zwischen Kolleg:innen

Der regelmäßige fachliche Austausch zwischen Kolleg:innen wird als zentrale Ressource zur Qualitätssicherung und emotionalen Entlastung beschrieben. Intervisionsgruppen, informelle Fallbesprechungen und kurzfristige Rücksprachen werden dabei als besonders wertvoll erlebt:

„Also wo ich mich mit anderen Therapeuten über Fälle austausche. Das hilft ganz gut beziehungsweise wir haben noch zwei Kollegen hier, in der Praxis ist es auch ganz angenehm. Dann kann man sich schnell zwischen Tür und Angel austauschen“ (P4, Pos. 79, 2025).

„[...] ich bin gut vernetzt. Ich bin in zwei Intervisionsgruppen, das heißt, da sind lauter verschiedene Therapeuten aus unterschiedlichen Schulen, wo wir Fälle bearbeiten. [...] aber das ist halt alles nicht selbstverständlich. Es ist nicht selbstverständlich, dass wird nicht vorgegeben [...]“ (P4, Pos 69, 2025).

Besonders in akuten Situationen erweist sich die Erreichbarkeit innerhalb bestehender Netzwerke als entscheidend:

„[...] wenn es akut ist und die Einrichtungen was brauchen, mit denen ich schon lange arbeite oder auch Kollegen sind, das ist so wichtig, dann geht sich das schon irgendwie aus. Dann wird das gemacht, dann bin ich sofort da“ (P4, Pos. 19, 2025).

Gleichzeitig wird deutlich, dass diese Formen des Austauschs überwiegend informell organisiert sind und häufig außerhalb regulärer Arbeitszeiten stattfinden. Die Verantwortung für Vernetzungs- und Koordinationsarbeit liegt damit weitgehend bei den einzelnen Psychotherapeut:innen selbst.

5.2. Quantitative Ergebnisse

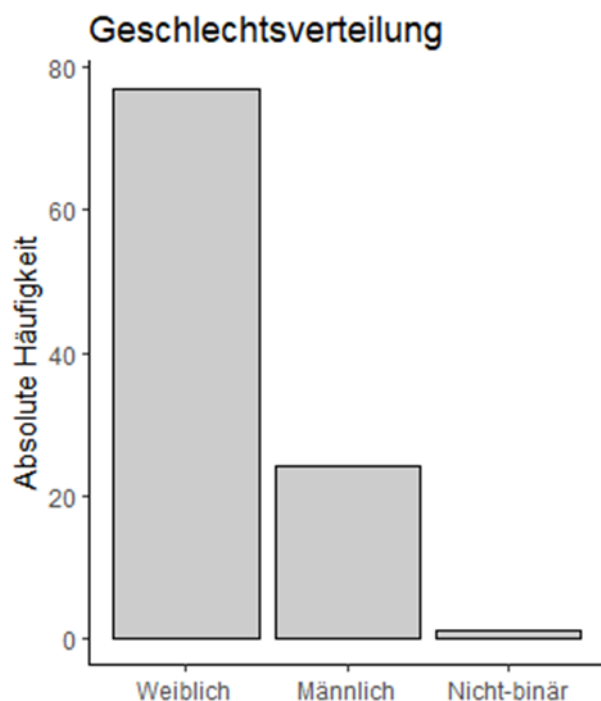
Im quantitativen Teil der Studie wird der Zusammenhang zwischen ausgewählten wahrgenommenen Struktur-, Zugangs- und Barrierefaktoren und der tatsächlichen Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen untersucht. Ziel der Analyse ist

die Identifikation statistischer Zusammenhänge, nicht die Ableitung kausaler Effekte. Die Analyse basiert auf bivariaten Korrelationsanalysen (Pearson-r). Bevor die inferenzstatistischen Zusammenhänge zwischen der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen und ausgewählten wahrgenommenen Struktur-, Zugangs- und Barrierefaktoren analysiert werden, erfolgt zunächst eine deskriptive Darstellung der quantitativen Stichprobe. Ziel dieser deskriptiven Analyse ist es, zentrale Merkmale der befragten Personen darzustellen und damit eine kontextuelle Einordnung der nachfolgenden Korrelationsanalysen zu ermöglichen.

Soziodemografische Merkmale – Geschlecht

Abbildung 2 zeigt die Verteilung der Befragten nach Geschlecht. Dargestellt sind die absoluten Häufigkeiten der einzelnen Antwortkategorien. Die Stichprobe setzt sich überwiegend aus weiblichen Teilnehmenden zusammen, während männliche und diverse Geschlechtsidentitäten in geringerem Ausmaß vertreten sind. Diese Verteilung ist bei der Interpretation der quantitativen Ergebnisse mitzudenken, da sie Hinweise auf eine mögliche Selektivität der Stichprobe liefert.

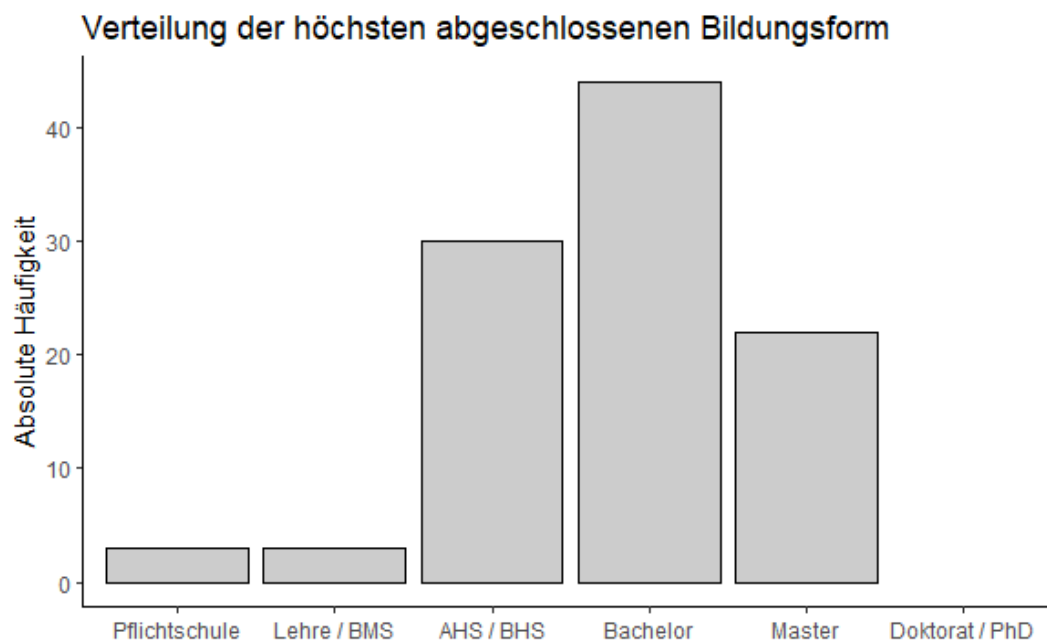
Abbildung 2: Geschlechtsverteilung (eigene Quelle)



Soziodemografische Merkmale – Bildungsniveau

Abbildung 4 stellt den höchsten Bildungsabschluss der Befragten dar. Die Ergebnisse zeigen, dass ein Großteil der Stichprobe über einen höheren Bildungsabschluss verfügt, während niedrigere Bildungsabschlüsse seltener vertreten sind. Diese Struktur kann Einfluss darauf haben, wie Zugangsbarrieren wahrgenommen und bewertet werden, insbesondere im Hinblick auf Informationszugang und institutionelle Navigationskompetenz.

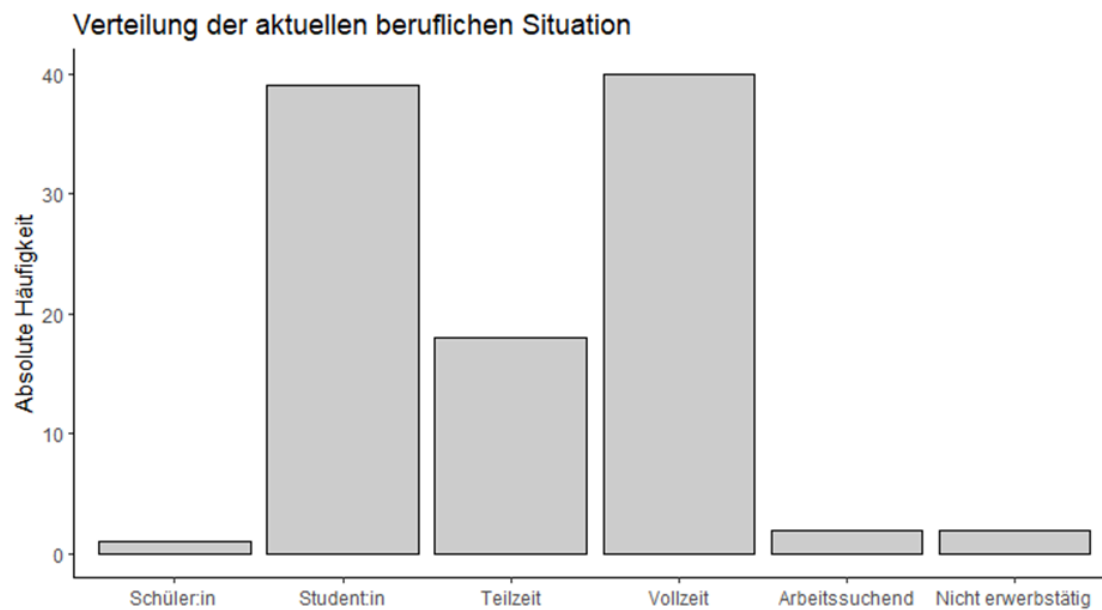
Abbildung 3: Verteilung der höchsten abgeschlossenen Bildungsform (eigene Quelle)



Soziodemografische Merkmale – Berufliche Situation

Die berufliche Situation der Befragten ist in Abbildung X dargestellt. Das Balkendiagramm zeigt eine heterogene Zusammensetzung der Stichprobe, wobei insbesondere Erwerbstätigkeit und Ausbildung dominieren. Diese Merkmale liefern zusätzliche Hinweise auf die sozioökonomische Struktur der Stichprobe.

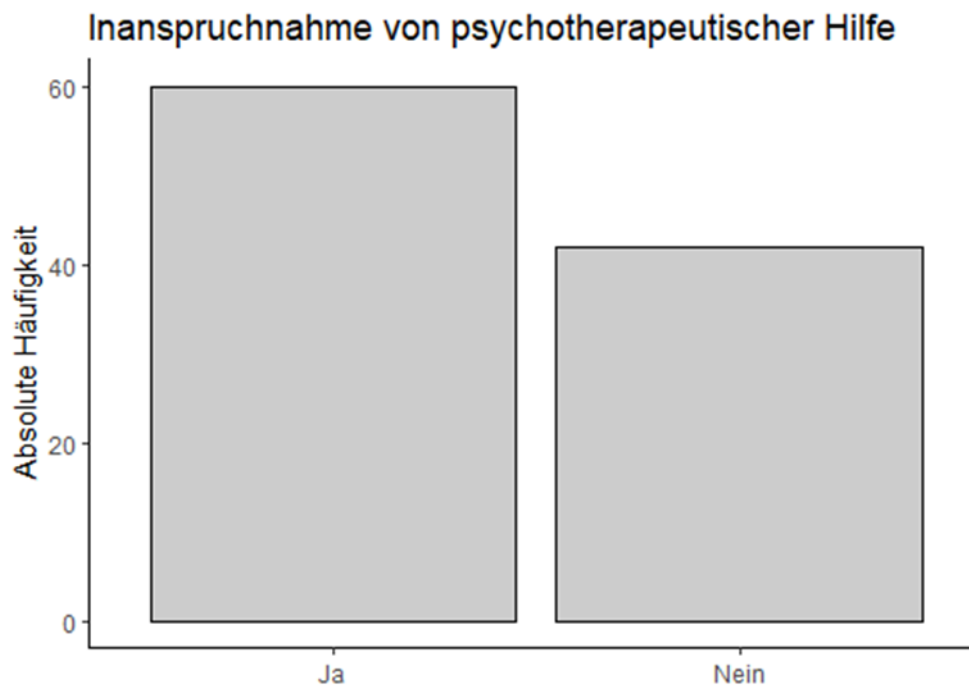
Abbildung 4: Verteilung der aktuellen beruflichen Situation (eigene Quelle)



Zentrale Variable: Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen

Abbildung 6 zeigt, wie viele der befragten Personen bereits psychotherapeutische Leistungen in Anspruch genommen haben. Ein substanzieller Anteil der Stichprobe verfügt über eigene Therapieerfahrungen, während ein weiterer Teil bislang keine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen hat. Diese Variable bildet die zentrale Bezugsgröße für die nachfolgenden Analysen, da sie als Referenzpunkt für die Untersuchung von Zusammenhängen mit wahrgenommenen Struktur-, Zugangs- und Barrierefaktoren dient.

Abbildung 5: Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Hilfe (eigene Quelle)



Die deskriptive Analyse ermöglicht eine strukturierte Einordnung der quantitativen Stichprobe und macht zentrale Merkmale sichtbar, die für die Interpretation der weiteren Ergebnisse relevant sind. Auf dieser Grundlage wird im folgenden Abschnitt untersucht, in welchem Zusammenhang die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen mit ausgewählten wahrgenommenen Struktur-, Zugangs- und Barrierefaktoren steht.

Überblick über die Korrelationsanalyse

Die Korrelationsanalyse zeigt, dass nicht alle untersuchten Variablen in einem signifikanten Zusammenhang mit der tatsächlichen Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen stehen. Während mehrere Items keine statistisch signifikanten Zusammenhänge aufweisen, zeigen sich für einzelne Variablen moderate, statistisch signifikante Korrelationen, sowohl positiver als auch negativer Richtung (siehe Tabelle).

Tabelle 3: Signifikanz-Codes und zugehörige p-Wert-Bereiche (eigene Quelle)

p-Wert	Signifikanz-Code
0.05 bis 0.01	*
0.01 bis 0.001	**
=< 0.001	***

Tabelle 4: Pearson-Korrelationen zwischen Q6 und den Items Q7-Q15 (eigene Quelle)

Variable 1	Variable 2	r	p-Wert	Signifikanz
Q6	Q7	-0,041	0,686	nein
	Q8	-0,380	0,000	***
	Q9	-0,256	0,009	**
	Q10	0,004	0,966	nein
	Q11	0,312	0,001	**
	Q12	-0,092	0,356	nein
	Q13	-0,042	0,674	nein
	Q14	-0,267	0,007	**
	Q15	0,314	0,001	**

Damit deutet sich an, dass bestimmte wahrgenommene Barrieren und Rahmenbedingungen stärker mit der tatsächlichen Inanspruchnahme von Psychotherapie verbunden sind als andere.

Signifikante Zusammenhänge mit der Inanspruchnahme von Psychotherapie

Mehrere Variablen weisen einen statistisch signifikanten Zusammenhang mit der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen (Q6) auf (siehe Tabelle).

Der hochsignifikante positive Zusammenhang zwischen Q6 und Q8 ($r = 0,380$; $p < 0,001$) deutet darauf hin, dass Personen, die psychotherapeutische Hilfe bereits in Anspruch genommen haben, der in Q8 formulierten Aussage „Ich habe schlechte Erfahrungen mit dem österreichischen Gesundheitssystem im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit gemacht.“ häufiger zustimmen als Personen ohne entsprechende Inanspruchnahmeerfahrung. Dies deutet darauf hin, dass die in Q8

angesprochenen Erfahrungen und Einschätzungen vor allem bei Personen verbreitet sind, die bereits Kontakt mit psychotherapeutischer Versorgung hatten.

Auch für Q9 zeigt sich ein signifikanter positiver Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Psychotherapie ($r = 0,256$; $p = 0,009$). Personen mit Therapieerfahrung neigen somit eher dazu, der in Q9 formulierten Aussage „Die Suche nach einem Therapieplatz kann belastend oder überfordernd sein.“ zuzustimmen. Dies kann darauf hindeuten, dass bestimmte wahrgenommene Zugangs- oder Belastungsaspekte vor allem von Personen benannt werden, die bereits aktiv mit dem Versorgungssystem interagiert haben.

Der signifikante negative Zusammenhang zwischen Q6 und Q11 ($r = -0,312$; $p = 0,001$) zeigt, dass Personen mit eigener Inanspruchnahmeerfahrung der Aussage, psychotherapeutische Hilfe sei für junge Menschen finanziell gut zugänglich, eher nicht zustimmen. Personen ohne solche Erfahrung bewerten die finanzielle Zugänglichkeit dagegen positiver. Das deutet darauf hin, dass die Wahrnehmung der finanziellen Rahmenbedingungen stark von tatsächlichen Nutzungserfahrungen beeinflusst wird.

Der signifikante positive Zusammenhang zwischen Q6 und Q14 ($r = 0,267$; $p = 0,007$) zeigt, dass Personen mit Therapieerfahrung der Aussage in Q14, dass psychotherapeutische Behandlungen (teilweise) von der Krankenkasse bezahlt werden können, häufiger zustimmen. Das deutet darauf hin, dass solche systembezogenen Einschätzungen vor allem dann entstehen oder bewusster wahrgenommen werden, wenn Menschen bereits konkrete Erfahrungen mit psychotherapeutischen Angeboten gemacht haben.

Der signifikante negative Zusammenhang zwischen Q6 und Q15 ($r = -0,314$; $p = 0,001$) deutet darauf hin, dass Personen, die Psychotherapie in Anspruch genommen haben, die Berücksichtigung psychischer Gesundheit im österreichischen Gesundheitssystem häufiger als unzureichend einschätzen. Dies kann darauf hinweisen, dass systemische Engpässe und Zugangshürden insbesondere aus der Perspektive tatsächlicher Nutzer:innen sichtbar werden.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass sich Personen mit und ohne Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen systematisch in ihrer Wahrnehmung ausgewählter Zugangs-, Belastungs- und Rahmenbedingungen unterscheiden. Die signifikanten Zusammenhänge verweisen dabei weniger auf allgemeine Einstellungen, sondern

vielmehr auf erfahrungsbasierte Unterschiede im Umgang mit und in der Bewertung des psychotherapeutischen Versorgungssystems.

Nicht-signifikante Zusammenhänge

Für mehrere untersuchte Variablen konnten keine statistisch signifikanten Zusammenhänge mit der Inanspruchnahme von Psychotherapie festgestellt werden. Dies betrifft insbesondere Q7, Q10, Q12 und Q13, deren Korrelationskoeffizienten gering ausfallen und keine statistische Signifikanz erreichen ($p > 0,05$) (siehe Tabelle 3 und Tabelle 4).

Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass nicht alle wahrgenommenen Faktoren gleichermaßen mit der tatsächlichen Inanspruchnahme psychotherapeutischer Angebote verbunden sind. Bestimmte Aspekte scheinen demnach für die Entscheidung oder Möglichkeit zur Inanspruchnahme weniger relevant zu sein als andere (siehe Tabelle).

Einordnung der Effektstärken

Die beobachteten signifikanten Zusammenhänge bewegen sich überwiegend im moderaten Bereich ($|r| \approx 0,25-0,38$). Damit weisen die Ergebnisse auf substanzielle, jedoch keine starken Zusammenhänge hin. Dies ist angesichts der Komplexität von Hilfe- und Inanspruchnahmeprozessen sowie der Vielzahl potenziell relevanter Einflussfaktoren plausibel (siehe Tabelle).

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen nicht durch einzelne Faktoren erklärt werden kann, sondern in einem mehrdimensionalen Zusammenhang mit unterschiedlichen wahrgenommenen Barrieren und Unterstützungsfaktoren steht (siehe Tabelle).

Methodisch ist zu berücksichtigen, dass mit der Pearson-Korrelation ausschließlich lineare Zusammenhänge zwischen den untersuchten Variablen erfasst werden können. Nicht-lineare oder komplexere, etwa kurvilineare oder schwellenartige Zusammenhänge bleiben mit diesem Analyseverfahren unberücksichtigt. Entsprechend ist nicht auszuschließen, dass bestimmte Zusammenhänge zwar bestehen, sich jedoch nicht in einem linearen Zusammenhang abbilden und daher in der vorliegenden Analyse nicht sichtbar werden. Diese Einschränkung stellt eine zentrale Limitation der gewählten Analyseverfahren dar.

5.3. Diskussion

Die vorliegende Arbeit untersuchte, inwiefern die jüngsten Gesundheitsreformen in Österreich zu strukturellen Veränderungen in der psychotherapeutischen Versorgung geführt haben und welche Auswirkungen sich daraus insbesondere für den Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen, die berufliche Praxis psychotherapeutischer Fachkräfte sowie die Wahrnehmung dieser Veränderungen ergeben. Die Analyse basiert auf einer Kombination qualitativer Interviews mit Psychotherapeut:innen und einer quantitativen Befragung der Bevölkerung und ist theoretisch in regulationstheoretische, staatstheoretische, biopolitische und hegemonietheoretische Ansätze eingebettet.

Zusammenfassend lässt sich die Forschungsfrage dahingehend beantworten, dass die aktuellen Gesundheitsreformen zwar zu einer erhöhten politischen und gesellschaftlichen Sichtbarkeit psychischer Gesundheit geführt haben, jedoch bislang keine grundlegenden strukturellen Veränderungen in der Zugänglichkeit, Finanzierung oder institutionellen Verankerung psychotherapeutischer Versorgung bewirkt haben. Die Reformwirkungen bleiben überwiegend graduell und symbolisch, während zentrale Steuerungs- und Verteilungslogiken des Versorgungssystems weitgehend unverändert fortbestehen.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass Psychotherapie im österreichischen Gesundheitssystem formal anerkannt und gesetzlich verankert ist, zugleich jedoch weiterhin von struktureller Unterfinanzierung, institutioneller Fragmentierung und selektivem Zugang geprägt bleibt. Diese Ambivalenz zieht sich konsistent durch alle empirischen Befunde der Arbeit und stellt ein zentrales Ergebnis dar: Die politische Aufwertung psychischer Gesundheit steht in einem Spannungsverhältnis zu ihrer begrenzten materiellen und institutionellen Absicherung.

Aus regulationstheoretischer Perspektive lassen sich die jüngsten Gesundheitsreformen als schrittweise Anpassungen innerhalb bestehender Steuerungslogiken interpretieren. Reforminstrumente wie die Zielsteuerung-Gesundheit, der Ausbau psychosozialer Angebote oder zusätzliche Förderprogramme reagieren auf den wachsenden Bedarf und gesellschaftlichen Druck, ohne jedoch die grundlegenden Verteilungs- und Finanzierungsmechanismen der psychotherapeutischen Versorgung nachhaltig zu verändern. Wie Riess (2025) zeigt, deckt das öffentlich finanzierte Angebot derzeit nur eine Basisversorgung ab, sodass

ein erheblicher Teil des psychotherapeutischen Bedarfs ungedeckt bleibt und viele Betroffene weiterhin auf selbstfinanzierte Leistungen angewiesen sind.

Diese strukturellen Rahmenbedingungen wirken sich unmittelbar auf den Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen aus. Die quantitative Analyse zeigt, dass die tatsächliche Inanspruchnahme von Psychotherapie signifikant mit der Wahrnehmung bestimmter Barrieren zusammenhängt, insbesondere mit finanziellen Einschränkungen, belastenden Suchprozessen und negativen Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem. Auffällig ist dabei, dass diese kritischen Einschätzungen vor allem von Personen mit eigener Therapieerfahrung geteilt werden. Personen, die Psychotherapie bereits in Anspruch genommen haben, bewerten den Zugang sowie die Berücksichtigung psychischer Gesundheit im österreichischen Gesundheitssystem signifikant negativer als Personen ohne entsprechende Erfahrung.

Diese Befunde deuten darauf hin, dass strukturelle Defizite weniger auf der Ebene abstrakter Einstellungen, sondern vor allem in der konkreten Nutzungserfahrung sichtbar werden. Der Zugang zu Psychotherapie ist formal gegeben, faktisch jedoch stark von individuellen Ressourcen abhängig. Die aktuellen Reformen haben an dieser grundlegenden Selektivität bislang wenig geändert. Zwar wurden punktuell zusätzliche Mittel bereitgestellt und neue Angebote geschaffen, diese bleiben jedoch häufig zeitlich befristet, regional begrenzt oder projektförmig organisiert. Damit reproduziert das System bestehende soziale Ungleichheiten, anstatt sie systematisch abzubauen.

Die qualitativen Interviews verdeutlichen zudem, dass sich diese strukturellen Bedingungen deutlich auf die berufliche Praxis psychotherapeutischer Fachkräfte auswirken. Psychotherapeut:innen erleben ihre Tätigkeit in einem Spannungsfeld zwischen fachlicher Autonomie und institutioneller Abhängigkeit. Einerseits wird die freie Gestaltung der therapeutischen Arbeit als zentrales Qualitätsmerkmal wahrgenommen, andererseits sind Therapeut:innen in hohem Maße auf externe Bewilligungsprozesse, Kostenzuschussregelungen und informelle Kooperationsstrukturen angewiesen. Die Reformen haben an dieser grundlegenden Konstellation bislang wenig verändert. Vielmehr verlagert sich ein erheblicher Teil der Koordinations- und Vernetzungsarbeit weiterhin auf die einzelnen Berufsangehörigen.

Besonders deutlich wird dies im Bereich der interdisziplinären Zusammenarbeit. Diese wird von den Interviewpartner:innen zwar als fachlich sinnvoll und für eine qualitativ hochwertige Versorgung essenziell beschrieben, ist jedoch überwiegend nicht

institutionell abgesichert. Kooperationen mit Psychiater:innen, psychosozialen Diensten oder Kolleg:innen erfolgen primär über persönliche Netzwerke und informelle Kontakte. Die Qualität und Verlässlichkeit dieser Zusammenarbeit variierten entsprechend stark zwischen Regionen, Settings und individuellen Ressourcen. Aus staats-theoretischer Perspektive nach Hirsch lässt sich dies als Ausdruck begrenzter institutioneller Steuerungskapazität interpretieren: Der Staat formuliert Zielsetzungen und Programme, überlässt deren Umsetzung jedoch weitgehend den Akteur:innen vor Ort.

Die Akademisierung der Psychotherapie stellt eine der zentralen strukturellen Reformen der letzten Jahre dar und wird von den Interviewpartner:innen ambivalent bewertet. Einerseits wird sie als wichtiger Schritt zur Professionalisierung, Qualitätssicherung und gesellschaftlichen Anerkennung des Berufsstandes wahrgenommen. Andererseits werden neue Exklusionsmechanismen befürchtet, insbesondere im Hinblick auf weiterhin hohe Ausbildungskosten und unklare Finanzierungsmodelle im postgradualen Abschnitt. Damit besteht die Gefahr, dass Reformen, die auf eine Aufwertung der Psychotherapie abzielen, zugleich soziale Selektivität im Zugang zum Beruf reproduzieren.

Im Anschluss an Foucault lassen sich diese Entwicklungen auch als Ausdruck biopolitischer Steuerungsmechanismen interpretieren. Psychische Gesundheit wird zunehmend als gesellschaftlich relevantes Thema anerkannt, gleichzeitig wird Verantwortung für deren Sicherstellung in hohem Maße individualisiert. Dies zeigt sich sowohl auf Seiten der Patient:innen, die finanzielle und organisatorische Hürden selbst bewältigen müssen, als auch auf Seiten der Therapeut:innen, denen Koordinations- und Vernetzungsaufgaben übertragen werden, ohne dass diese strukturell abgesichert wären. Die Reformen haben diese Logik bislang nicht grundlegend verändert, sondern vielmehr stabilisiert.

Aus hegemonietheoretischer Perspektive nach Gramsci lässt sich argumentieren, dass die jüngsten Gesundheitsreformen zur Stabilisierung eines breiten gesellschaftlichen Konsenses beitragen, der psychische Gesundheit rhetorisch aufwertet, ohne ihre materielle Absicherung entsprechend auszubauen. Psychotherapie ist gesellschaftlich anerkannt, bleibt jedoch im Verteilungskampf um Ressourcen strukturell nachgeordnet. Diese Spannung zwischen symbolischer Anerkennung und begrenzter institutioneller Umsetzung prägt sowohl die

Wahrnehmung der Reformen durch Psychotherapeut:innen als auch die Erfahrungen der Nutzer:innen des Systems.

Die quantitative Analyse verdeutlicht, dass signifikante Zusammenhänge zwischen der tatsächlichen Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen und der Wahrnehmung struktureller Barrieren insbesondere dort auftreten, wo Befragte konkrete Erfahrungen mit dem Versorgungssystem gemacht haben. Die Inanspruchnahme von Psychotherapie fungiert damit als ErfahrungsfILTER, durch den institutionelle Widersprüche, Zugangsprobleme und Belastungen erst reflektiert werden. Diese Befunde lassen sich eng mit den qualitativen Ergebnissen verschränken, die zeigen, dass viele der im quantitativen Teil erfassten Bewertungen erst im Zuge realer Nutzungserfahrungen entstehen und sich aus konkreten Interaktionen mit dem Versorgungssystem speisen.

Der hochsignifikante Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen und der Wahrnehmung negativer Erfahrungen mit dem österreichischen Gesundheitssystem weist darauf hin, dass systemkritische Bewertungen weniger auf abstrakten Einstellungen beruhen, sondern auf konkreten institutionellen Erfahrungen. Die qualitativen Interviews verdeutlichen, dass diese Erfahrungen häufig mit bürokratischen Abläufen, Abhängigkeiten von ärztlichen Zuweisungen und bewilligungspflichtigen Finanzierungsmodellen verbunden sind. Aus regulationstheoretischer Perspektive lässt sich dieser Befund als Ausdruck einer formalen Integration interpretieren, die nicht mit einer funktionalen Vereinfachung der Versorgungsprozesse einhergeht.

Ein weiterer signifikanter Zusammenhang zeigt sich zwischen der Inanspruchnahme von Psychotherapie und der Einschätzung der Therapiesuche als belastend oder überfordernd. Dieser Befund unterstreicht die hohe Eigenverantwortung, die Patient:innen im österreichischen Versorgungssystem tragen müssen. Die qualitativen Daten zeigen, dass der Zugang zu Psychotherapie häufig nicht über klar strukturierte, institutionell abgesicherte Wege erfolgt, sondern einen hohen Grad an Eigeninitiative, Zeitressourcen und Orientierungskompetenz erfordert. Therapeut:innen berichten, dass sie informell vermittelnd tätig werden, um Suchprozesse abzufedern, ohne dass diese Koordinationsarbeit institutionell vorgesehen oder vergütet wäre.

Der signifikante Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme von Psychotherapie und der Einschätzung, psychotherapeutische Hilfe sei finanziell gut zugänglich,

verweist auf die zentrale Rolle finanzieller Barrieren im Versorgungssystem. Personen mit Nutzungserfahrung bewerten die finanzielle Zugänglichkeit deutlich kritischer als Personen ohne entsprechende Erfahrung. Diese quantitative Evidenz wird durch die qualitativen Interviews gestützt, in denen finanzielle Belastungen, Kostenzuschussmodelle und private Vorfinanzierung als zentrale strukturelle Hürden beschrieben werden. Aus staatstheoretischer Perspektive nach Hirsch lässt sich dieser Befund als Ausdruck begrenzter institutioneller Steuerungskapazität interpretieren.

Die nicht-signifikanten Zusammenhänge liefern ergänzend wichtige Hinweise für die Interpretation der Reformwirkungen. Dass bestimmte allgemeine oder abstrakte Einschätzungen keinen Zusammenhang mit der Inanspruchnahme aufweisen, deutet darauf hin, dass Reformen auf der Ebene politischer Kommunikation und öffentlicher Diskurse zwar wahrgenommen werden, jedoch nicht automatisch zu veränderten Nutzungsmustern führen. Die tatsächliche Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen ist demnach weniger durch allgemeine Haltungen geprägt als durch konkrete strukturelle Bedingungen, die erst im Nutzungskontext wirksam werden.

Die Ergebnisse dieser Arbeit sind vor dem Hintergrund der explorativen Anlage der Studie sowie der quantitativen Analyse zu interpretieren. Die Befunde erlauben keine kausalen Schlussfolgerungen, liefern jedoch konsistente Hinweise auf strukturelle Muster, die durch die qualitative Analyse weiter plausibilisiert werden. Die Stärke der Untersuchung liegt insbesondere in der Verschränkung quantitativer und qualitativer Daten, die es ermöglicht, statistische Zusammenhänge in ihren institutionellen und professionellen Kontexten zu verorten.

In der Gesamtschau zeigen die Ergebnisse, dass die aktuellen Gesundheitsreformen in Österreich weniger als tiefgreifende Transformationsprozesse, sondern vielmehr als Stabilisierungsmechanismen bestehender Versorgungslogiken zu verstehen sind. Psychotherapeutische Versorgung wird politisch aufgewertet, institutionell jedoch weiterhin fragmentiert und selektiv organisiert. Die Spannung zwischen symbolischer Anerkennung und begrenzter materieller Umsetzung bildet den zentralen Befund der vorliegenden Arbeit und markiert zugleich einen zentralen Ansatzpunkt für zukünftige gesundheitspolitische Reformbemühungen.

6. Conclusio

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, zu untersuchen, inwiefern die jüngsten Gesundheitsreformen in Österreich zu strukturellen Veränderungen in der psychotherapeutischen Versorgung geführt haben und welche Auswirkungen sich daraus für den Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen, die berufliche Praxis psychotherapeutischer Fachkräfte sowie die Wahrnehmung dieser Veränderungen ergeben. Auf Basis eines Mixed-Methods-Designs, das qualitative Interviews mit Psychotherapeut:innen und eine quantitative Bevölkerungsbefragung kombiniert, wurde diese Fragestellung theoriegeleitet aus regulationstheoretischer, staatstheoretischer, biopolitischer und hegemonietheoretischer Perspektive analysiert.

Die Ergebnisse der Arbeit zeigen, dass die aktuellen Reformen zwar zu einer erhöhten politischen, gesellschaftlichen und diskursiven Sichtbarkeit psychischer Gesundheit beigetragen haben, ihre strukturellen Effekte auf die konkrete psychotherapeutische Versorgung jedoch bislang begrenzt bleiben. Psychotherapie ist im österreichischen Gesundheitssystem formal anerkannt und rechtlich verankert, zugleich aber weiterhin durch Unterfinanzierung, fragmentierte Zuständigkeiten und selektive Zugangsbedingungen geprägt. Die Reformen lassen sich daher weniger als tiefgreifende Transformationen, sondern vielmehr als inkrementelle Anpassungen bestehender Steuerungs- und Finanzierungslogiken interpretieren.

Für den Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen bedeutet dies, dass formale Ansprüche weiterhin mit faktischen Zugangshürden kollidieren. Die quantitative Analyse zeigt konsistent, dass Personen mit eigener Nutzungserfahrung strukturelle Barrieren, insbesondere finanzielle Einschränkungen, belastende Suchprozesse und negative institutionelle Erfahrungen, signifikant kritischer bewerten als Personen ohne entsprechende Erfahrung. Diese Befunde werden durch die qualitativen Interviews gestützt, in denen der Zugang zu Psychotherapie als stark ressourcenabhängig beschrieben wird. Die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen erweist sich damit als zentraler Erfahrungsfiler, durch den institutionelle Widersprüche und Versorgungsdefizite erst sichtbar werden.

Auch für die berufliche Praxis psychotherapeutischer Fachkräfte zeigen sich begrenzte Reformwirkungen. Die Interviews verdeutlichen ein anhaltendes Spannungsfeld zwischen fachlicher Autonomie und institutioneller Abhängigkeit. Während die therapeutische Arbeit selbst als weitgehend autonom erlebt wird, sind

Psychotherapeut:innen in hohem Maße auf externe Bewilligungsprozesse, Kostenzuschussregelungen und informelle Kooperationsstrukturen angewiesen. Insbesondere im Bereich der interdisziplinären Zusammenarbeit wird deutlich, dass fachlich notwendige Kooperationen überwiegend nicht institutionell abgesichert sind, sondern auf individuellen Netzwerken und persönlichem Engagement beruhen. Die Reformen haben an dieser grundlegenden Struktur bislang wenig verändert und tragen damit zur weiteren Individualisierung von Koordinations- und Versorgungsarbeit bei.

Theoretisch lassen sich diese Befunde als Ausdruck begrenzter staatlicher Steuerungskapazität interpretieren. Aus regulationstheoretischer Perspektive stabilisieren die Reformen bestehende Verteilungs- und Finanzierungslogiken, anstatt diese grundlegend zu verändern. Staatstheoretisch zeigt sich eine Verschiebung von Verantwortung auf individuelle Akteur:innen, während institutionelle Absicherung nur punktuell erfolgt. Biopolitisch wird psychische Gesundheit zwar diskursiv aufgewertet, ihre Sicherstellung jedoch in hohem Maße individualisiert. Hegemonietheoretisch tragen die Reformen zur Stabilisierung eines gesellschaftlichen Konsenses bei, der psychische Gesundheit symbolisch anerkennt, ohne eine entsprechende materielle Umverteilung von Ressourcen durchzusetzen.

Die Ergebnisse der Arbeit sind vor dem Hintergrund der explorativen Anlage sowie der quantitativen Analyse zu interpretieren. Zwar erlauben die Befunde keine kausalen Schlussfolgerungen, sie liefern jedoch konsistente Hinweise auf strukturelle Muster, die durch die qualitative Analyse weiter plausibilisiert werden. Die Stärke der Untersuchung liegt insbesondere in der integrativen Betrachtung qualitativer und quantitativer Daten, die es ermöglicht, statistische Zusammenhänge in ihren institutionellen, professionellen und politischen Kontexten zu verorten.

Insgesamt zeigt die Arbeit, dass die jüngsten Gesundheitsreformen in Österreich bislang vor allem auf der Ebene symbolischer Anerkennung und politischer Zielsetzungen wirksam sind, während grundlegende Zugangs-, Finanzierungs- und Steuerungsprobleme der psychotherapeutischen Versorgung fortbestehen. Die Spannung zwischen wachsender gesellschaftlicher Aufmerksamkeit für psychische Gesundheit und begrenzter struktureller Umsetzung bildet den zentralen Befund dieser Untersuchung. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, zukünftige Reformen stärker auf institutionelle Absicherung, nachhaltige Finanzierung und den Abbau selektiver Zugangshürden auszurichten, um psychotherapeutische Versorgung nicht nur

rhetorisch, sondern auch materiell als integralen Bestandteil des österreichischen Gesundheitssystems zu verankern.

6.1. Policy- und Handlungsempfehlungen im Kontext bestehender Reforminstrumente

Die folgenden Empfehlungen zielen nicht auf neue Reforminstrumente ab, sondern auf eine konsequentere Nutzung und strukturelle Schärfung bestehender Steuerungsmechanismen. Die Analyse der jüngsten Gesundheitsreformen zeigt, dass bestehende Steuerungsinstrumente grundsätzlich geeignet wären, strukturelle Verbesserungen in der psychotherapeutischen Versorgung zu bewirken, bislang jedoch nur begrenzt entsprechend genutzt werden. Vor diesem Hintergrund lassen sich aus den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit mehrere Handlungsempfehlungen ableiten, die explizit an bestehende Reforminstrumente wie die Zielsteuerung-Gesundheit, den Finanzausgleich sowie laufende Professionalisierungs- und Ausbildungsreformen anknüpfen.

Zielsteuerung-Gesundheit: Verbindlichere Operationalisierung psychotherapeutischer Versorgung

Die Zielsteuerung-Gesundheit stellt ein zentrales Instrument der gesundheitspolitischen Koordination zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung dar. Die Ergebnisse der Arbeit zeigen jedoch, dass psychotherapeutische Versorgung innerhalb dieses Rahmens bislang vor allem auf konzeptioneller Ebene berücksichtigt wird, ohne verbindliche strukturelle Konsequenzen zu entfalten.

Eine zentrale Empfehlung besteht darin, psychotherapeutische Versorgung stärker und verbindlicher in die Zielsteuerung-Gesundheit zu integrieren. Dies könnte etwa durch klar definierte Ausbauziele für vollfinanzierte Therapieplätze, verbindliche Mindeststandards für regionale Versorgung sowie konkrete Umsetzungsindikatoren erfolgen. Eine solche Operationalisierung würde dazu beitragen, psychische Gesundheit nicht nur als Zielkategorie, sondern als steuerungsrelevanten Bestandteil der Regelversorgung zu verankern.

Finanzausgleich: Zweckgebundene Mittel für psychotherapeutische Versorgung

Der Finanzausgleich bildet die finanzielle Grundlage für die Aufgabenverteilung zwischen staatlichen Ebenen und stellt damit ein zentrales Instrument für strukturelle Steuerung dar. Die Ergebnisse der Arbeit legen nahe, dass die bislang bereitgestellten Mittel für psychische Gesundheit häufig nicht nachhaltig und strukturell wirksam eingesetzt werden.

Vor diesem Hintergrund erscheint eine stärkere Zweckbindung von Mitteln für psychotherapeutische Versorgung im Rahmen des Finanzausgleichs sinnvoll. Zweckgebundene Finanzierungsanteile könnten gezielt für den Ausbau vollkassenfinanzierter Therapieplätze, die langfristige Absicherung psychosozialer Angebote sowie den Abbau regionaler Versorgungsunterschiede eingesetzt werden. Eine solche Maßnahme würde die bislang beobachtete Projektlogik reduzieren und zur Verstetigung bestehender Angebote beitragen.

Kostenzuschussmodelle und Sachleistungsprinzip: Strukturelle Weiterentwicklung bestehender Finanzierungsinstrumente

Die Arbeit zeigt, dass Kostenzuschussmodelle zwar kurzfristig entlastend wirken, jedoch strukturelle Selektivität reproduzieren, da sie private Vorfinanzierung voraussetzen. Vor dem Hintergrund bestehender Reforminstrumente erscheint daher eine schrittweise Weiterentwicklung in Richtung eines stärker sachleistungsorientierten Modells angezeigt.

Im Rahmen bestehender Finanzierungsmechanismen könnten Kostenzuschüsse perspektivisch durch den gezielten Ausbau direkter Kassenverträge ergänzt oder ersetzt werden. Eine solche Weiterentwicklung würde dazu beitragen, finanzielle Zugangshürden abzubauen und psychotherapeutische Versorgung stärker an den Prinzipien der Solidarität und Bedarfsorientierung auszurichten.

Versorgungssteuerung und Zugangsmanagement: Nutzung bestehender Koordinationsstrukturen

Die Ergebnisse der Arbeit verdeutlichen, dass Suchprozesse und bürokratische Hürden einen erheblichen Teil der Belastung für Patient:innen darstellen. Bestehende

Koordinations- und Steuerungsstrukturen im Gesundheitssystem werden bislang nur begrenzt genutzt, um diese Prozesse systematisch zu vereinfachen.

Empfohlen wird daher, bestehende Versorgungssteuerungsinstrumente gezielt für den Bereich der psychotherapeutischen Versorgung zu öffnen. Dies könnte etwa durch zentralisierte Anlaufstellen, koordinierte Zuweisungssysteme oder digital unterstützte Informationsplattformen erfolgen, die institutionell abgesichert sind und nicht auf individueller Eigeninitiative beruhen. Eine solche Maßnahme würde die derzeitige Individualisierung von Zugangsarbeit deutlich reduzieren.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Institutionelle Verankerung innerhalb bestehender Versorgungsmodelle

Die qualitative Analyse zeigt, dass interdisziplinäre Zusammenarbeit überwiegend informell organisiert ist, obwohl sie fachlich als zentral erachtet wird. Bestehende Versorgungsmodelle bieten bislang nur begrenzte strukturelle Anreize für institutionalisierte Kooperation.

Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, interdisziplinäre Zusammenarbeit explizit in bestehende Versorgungs- und Finanzierungsmodelle zu integrieren. Denkbar wären formalisierte Kooperationsvereinbarungen, klar definierte Schnittstellen zwischen Berufsgruppen sowie die Berücksichtigung interdisziplinärer Koordinationsarbeit in Vergütungsmodellen. Dadurch könnte die Qualität der Versorgung erhöht und zugleich die individuelle Belastung einzelner Berufsangehöriger reduziert werden.

Akademisierung und Ausbildung: Flankierende Maßnahmen innerhalb bestehender Reformprozesse

Die Akademisierung der Psychotherapie stellt eine zentrale Reform dar, deren strukturelle Wirkungen sich jedoch erst langfristig entfalten werden. Die Ergebnisse der Arbeit legen nahe, dass ohne flankierende Maßnahmen neue soziale Exklusionsmechanismen entstehen können.

Im Rahmen bestehender Reformprozesse sollten daher begleitende Maßnahmen zur sozialen Öffnung der Ausbildung implementiert werden. Dazu zählen insbesondere transparente Finanzierungsmodelle, einkommensabhängige Förderungen sowie eine stärkere öffentliche Verantwortung für zentrale Ausbildungsabschnitte. Eine solche

Ausgestaltung würde nicht nur den Zugang zum Beruf erleichtern, sondern langfristig auch zur Sicherung der Versorgung beitragen.

Systematische Evaluation als integraler Bestandteil zukünftiger Reformen

Schließlich unterstreicht die Arbeit die Bedeutung kontinuierlicher Evaluation gesundheitspolitischer Maßnahmen. Bestehende Reforminstrumente sollten daher systematisch durch empirische Begleitforschung ergänzt werden, um ihre tatsächlichen Effekte auf Zugang, Qualität und Verteilungsgerechtigkeit psychotherapeutischer Versorgung sichtbar zu machen.

Eine institutionalisierte Evaluationspraxis, die quantitative und qualitative Daten integriert, könnte dazu beitragen, Reformen evidenzbasiert weiterzuentwickeln und symbolische Politik von strukturell wirksamen Maßnahmen zu unterscheiden.

Die vorliegenden Policy- und Handlungsempfehlungen basieren auf den empirischen Befunden einer explorativen Mixed-Methods-Studie und sind vor diesem Hintergrund zu interpretieren. Die quantitative Analyse erlaubt aufgrund ihres bivariaten Designs keine kausalen Schlussfolgerungen, liefert jedoch konsistente Hinweise auf strukturelle Zusammenhänge, die durch die qualitativen Interviews weiter kontextualisiert und plausibilisiert werden. Zukünftige Forschung könnte hier ansetzen, indem längsschnittliche Designs, multivariate Analysen oder vergleichende Untersuchungen zwischen Regionen und Versorgungsmodellen eingesetzt werden, um Reformwirkungen differenzierter abzubilden. Gleichzeitig verdeutlichen die Ergebnisse den Mehrwert integrativer Forschungsansätze, die institutionelle Steuerungslogiken, professionelle Praxis und Nutzungserfahrungen gemeinsam in den Blick nehmen. Eine systematische empirische Begleitforschung erscheint daher nicht nur als wissenschaftliche Anschlussfrage, sondern als notwendige Voraussetzung für eine evidenzbasierte Weiterentwicklung gesundheitspolitischer Reformen im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung.

6.2. Limitationen der vorliegenden Arbeit

Trotz der systematischen Anlage und der Kombination qualitativer und quantitativer Methoden unterliegt diese Arbeit mehreren Limitationen, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen.

Eine zentrale Einschränkung betrifft die qualitative Stichprobe. Obwohl die Expert:inneninterviews wertvolle Einblicke in die Versorgungspraxis psychotherapeutischer Leistungen ermöglichen, konnte keine flächendeckende Abdeckung aller österreichischen Bundesländer erreicht werden. Die Rekrutierung von Interviewpartner:innen erwies sich insbesondere in bestimmten Regionen als schwierig, was dazu führte, dass regionale Perspektiven ungleich vertreten sind. Zwar brachten einige Interviewte Erfahrungen aus anderen Bundesländern ein, dennoch kann keine vollständige Repräsentativität für das gesamte Bundesgebiet beansprucht werden. Die qualitativen Ergebnisse sind daher primär als analytisch verallgemeinerbar, nicht jedoch als statistisch repräsentativ zu verstehen.

Auch die quantitative Erhebung weist Einschränkungen auf. Die Online-Umfrage wurde überwiegend von Personen mit akademischem Hintergrund bzw. von Studierenden ausgefüllt. Dadurch entsteht ein Bildungsbias, der die Generalisierbarkeit der Ergebnisse einschränkt. Personen mit geringer formaler Bildung oder eingeschränktem Zugang zu digitalen Medien sind in der Stichprobe unterrepräsentiert, obwohl gerade diese Gruppen potenziell stärker von Zugangshürden zur psychotherapeutischen Versorgung betroffen sind. Die ermittelten Zusammenhänge zwischen Inanspruchnahme und verschiedenen Einflussfaktoren könnten daher systematisch verzerrt sein.

Methodisch ist zudem zu berücksichtigen, dass die quantitativen Analysen auf bivariaten Korrelationen beruhen. Diese erlauben Aussagen über Zusammenhänge, jedoch keine kausalen Schlussfolgerungen. Die Richtung der Effekte bleibt offen, ebenso mögliche Drittvariablen, die sowohl Wahrnehmungen als auch Inanspruchnahme beeinflussen könnten. Die Ergebnisse sind daher als explorativ zu interpretieren und dienen primär der Einbettung und Ergänzung der qualitativen Befunde.

Eine weitere Limitation ergibt sich aus der Operationalisierung zentraler Konzepte. Wahrnehmungen von Barrieren, Reformen oder institutionellen Rahmenbedingungen wurden über einzelne Items erfasst, wodurch komplexe Phänomene nur eingeschränkt abgebildet werden können. Die fehlende interne Konsistenz einiger Items führte dazu, dass auf aggregierte Skalen verzichtet werden musste. Dies reduziert die statistische Aussagekraft, erhöht jedoch die inhaltliche Transparenz der Analyse.

Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass diese Arbeit den Fokus bewusst auf die Perspektive von Psychotherapeut:innen sowie auf subjektive Wahrnehmungen der Bevölkerung legt. Perspektiven anderer relevanter Akteur:innen, etwa von Sozialversicherungsträgern, politischen Entscheidungsträger:innen oder Patient:innenorganisationen, konnten im Rahmen der Studie nicht systematisch erhoben werden. Dadurch bleiben bestimmte institutionelle Logiken und Entscheidungsprozesse analytisch unterbelichtet.

6.3. Forschungsempfehlungen

Ausgehend von den Ergebnissen und den genannten Limitationen lassen sich mehrere Ansatzpunkte für zukünftige Forschung ableiten.

Erstens erscheint eine vertiefende quantitative Analyse der Zugangsbarrieren zur psychotherapeutischen Versorgung sinnvoll. Künftige Studien könnten multivariate Modelle einsetzen, um den relativen Einfluss von Kosten, Wartezeiten, Stigmatisierung und institutionellen Faktoren differenzierter zu untersuchen. Insbesondere Längsschnittdaten würden es ermöglichen, Veränderungen in der Inanspruchnahme im Zusammenhang mit Reformmaßnahmen oder gesellschaftlichen Entwicklungen zu analysieren.

Zweitens wäre eine Ausweitung der qualitativen Forschung auf weitere Akteur:innengruppen wünschenswert. Interviews mit Vertreter:innen der Sozialversicherung, der Gesundheitspolitik oder psychosozialer Dienste könnten dazu beitragen, institutionelle Entscheidungslogiken besser zu verstehen und die in dieser Arbeit identifizierten Steuerungsmechanismen weiter zu präzisieren. Eine solche Perspektivenerweiterung würde auch die Analyse hegemonialer Diskurse im Sinne Gramscis vertiefen.

Drittens sollte die regionale Dimension psychotherapeutischer Versorgung stärker in den Fokus rücken. Vergleichende Studien zwischen Bundesländern oder zwischen urbanen und ländlichen Regionen könnten aufzeigen, wie föderale Strukturen konkret auf Zugangsbedingungen wirken. Dies wäre insbesondere für eine evidenzbasierte Weiterentwicklung der Zielsteuerung-Gesundheit relevant.

Viertens bietet die Kombination von Regulationstheorie, Biopolitik und hegemoniethoretischen Ansätzen ein fruchtbares theoretisches Fundament, das in zukünftigen Arbeiten weiter ausgebaut werden könnte. Insbesondere die Verbindung

von biopolitischer Steuerung und ökonomischer Regulation im Feld psychischer Gesundheit stellt ein bislang wenig systematisch untersuchtes Forschungsfeld dar.

Schließlich wäre eine stärkere Verknüpfung von Versorgungsforschung und Betroffenenperspektiven wünschenswert. Qualitative Studien mit Patient:innen könnten ergänzen, wie Zugangshürden, Bürokratie und Stigmatisierung subjektiv erlebt werden und welche Strategien entwickelt werden, um mit strukturellen Barrieren umzugehen. Eine solche Perspektive würde die in dieser Arbeit identifizierten Selektionsmechanismen weiter empirisch untermauern.

6.4. Abschließende Einordnung

Insgesamt zeigt diese Arbeit, dass psychotherapeutische Versorgung nicht isoliert, betrachtet werden kann, sondern als Teil umfassender gesellschaftlicher und politischer Aushandlungsprozesse zu verstehen ist. Die Kombination aus qualitativen und quantitativen Methoden hat sich dabei als besonders geeignet erwiesen, um sowohl strukturelle Muster als auch subjektive Wahrnehmungen sichtbar zu machen. Die identifizierten Limitationen markieren zugleich Ansatzpunkte für zukünftige Forschung, die dazu beitragen kann, psychotherapeutische Versorgung stärker evidenzbasiert, gerecht und strukturell verankert weiterzuentwickeln.

7. Literaturverzeichnis

Primärliteratur:

Aglietta, M. (2015). A Theory of Capitalist Regulation. The Us Experience. Übersetzt von D. Fernbach. London: Verso. Verfügbar unter: <https://www.scribd.com/doc/310512911/Aglietta-M-1979-a-Theory-of-Capitalist-Regulation-the-Us-Experience> (Zugegriffen: 24. Dezember 2025).

Foucault, M. (2008). The Birth of Biopolitics. Lectures at the Collège de France, 1978-1979. Edited by M. Senellart. Translated by G. Burchell. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Berichte:

Arrouas, M. & Fleischmann, A. (2019). Gesundheitsziel 9 - Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern, Ergänztter Bericht der Arbeitsgruppe. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Verfügbar unter: <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2024/wp-content/uploads/2024/02/bericht-gesundheitsziel-9-ergaenzt.pdf> (Zugegriffen: 30. Dezember 2025).

Bachner, F., Bobek, J., Habimana, K., Ladurner, J., Lepuschütz, L., Ostermann, H., Rainer, L., Schmidt, A. E., Zuba, M., Quentin, W., Winkelmann, J. (2019). Gesundheitssysteme im Wandel, Das österreichische Gesundheitssystem Akteure, Daten, Analysen, 20(3), S. 1–288. Verfügbar unter: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/219c1896-e9b7-4c3c-857b-af2338869288/content> (Zugegriffen: 30. Dezember 2025).

Bachner, F., Bobek, J., Habimana, K., Ladurner, J., Lepuschütz, L., Ostermann, H., Rainer, L., Schmidt, A. E., Zuba, M., Quentin, W., Winkelmann, J., Maresso, A. (2024). Austria, Health system summary 2024. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies & WHO Regional Office for Europe. Verfügbar unter: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/austria-health-system-summary-2024> (Zugegriffen: 30. Dezember 2025).

Bittschi, B., Famira-Mühlberger, U., Kletzan-Slamanig, D., Klien, M., Pitlik, H., Schratzenstaller, M. (2024). Finanzausgleich 2024 bis 2028: Erste Schritte zu einer Wirkungsorientierung. Monatsberichte 1. Wien: Österreichisches Institut für

Wirtschaftsforschung, S. 29–41. Verfügbar unter:
<https://doi.org/10.37942/9783708342245-401>.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2019). Das österreichische Gesundheitssystem Zahlen – Daten – Fakten. Wien. Verfügbar unter: https://www.sozialministerium.gv.at/dam/jcr:04404433-1321-4c4c-93af-861727f8d8b0/BMASGK_Das-oesterreichische-Gesundheitssystem_Zahlen-Daten-Fakten_WEB.pdf (Zugegriffen: 30. Dezember 2025).

Hofmarcher, M.M. (2013). Das österreichische Gesundheitssystem Zahlen – Daten – Fakten. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

OECD (2023). Health at a Glance 2023: Austria. OECD Publishing. Verfügbar unter: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_4b49102f-en/austria_37635c6a-en.html (Zugegriffen: 28. Dezember 2025).

OECD & European Observatory on Health Systems and Policies (2022). Österreich: Länderprofil Gesundheit 2021. Paris: OECD Publishing. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1787/bdde3767-de>.

Medienbeiträge:

Arthofer, S. (2024). Private Krankenversicherung Österreich: Alle wichtigen Statistiken auf einen Blick. Verfügbar unter: <https://www.krankenversichern.at/private-krankenversicherung-statistiken/> (Zugegriffen: 7. Dezember 2025).

Bund, Dachverband der Sozialversicherungsträger und Bundesländer (2024). Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene Fassung gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 7. Juni 2024. Verfügbar unter: https://www.sozialministerium.gv.at/dam/jcr:90ea0063-4f8b-4af9-86e0-c2da538e1290/ZV_2024_bis_2028.pdf (Zugegriffen: 30. Dezember 2025).

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2019). Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD), Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Verfügbar unter: <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Oeffentlicher-Gesundheitsdienst-%28OEGD%29.html> (Zugegriffen: 28. Dezember 2025).

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2025a). Informationen zur Krankenversicherung in Österreich, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Verfügbar unter: <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Soziales/Sozialversicherung/Krankenversicherung.html> (Zugegriffen: 28. Dezember 2025).

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2025b). Informationen zur Strukturreform Sozialversicherung, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Verfügbar unter: <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Soziales/Sozialversicherung/Strukturreform-Sozialversicherung.html> (Zugegriffen: 6. Dezember 2025).

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2024a). Zielsteuerungsvertrag 2024 bis 2028, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Verfügbar unter: <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-%28Zielsteuerung-Gesundheit%29/Zielsteuerungsvertrag-2024-bis-2028.html> (Zugegriffen: 28. Dezember 2025).

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2024b). Mehr Gesundheit durch eine gestärkte Primärversorgung, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Verfügbar unter: <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-%28Zielsteuerung-Gesundheit%29/Mehr-Gesundheit-durch-eine-gestaerkte-Primaerversorgung.html> (Zugegriffen: 28. Dezember 2025).

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz und Bundeskanzleramt (2023). Sofortmaßnahmen Gesundheitsreformpaket – Kassenstellen, Psychosoziale Versorgung, Prävention und Digitalisierung. Verfügbar unter: https://www.bundestkanzleramt.gv.at/dam/jcr:0006ab80-11f1-4716-877d-61e5c0a2f60a/67_18_mrv.pdf (Zugegriffen: 28. Dezember 2025).

Eurostat (2025). Unmet health care needs statistics. Verfügbar unter: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics (Zugegriffen: 7. Dezember 2025).

Gesundheit Österreich GmbH (2023). Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG). Verfügbar unter: <https://goeg.at/OESG> (Zugegriffen: 28. Dezember 2025).

Gesundheit Österreich GmbH (2024). Gesundheitsreform – Zielsteuerung Gesundheit, Gesundheitsportal. Verfügbar unter: <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitswesen/gesundheitsreform.html> (Zugegriffen: 7. Dezember 2025).

STATISTIK AUSTRIA (2025). Gesundheitsausgaben. Verfügbar unter: <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/gesundheitsversorgung-und-ausgaben/gesundheitsausgaben> (Zugegriffen: 7. Dezember 2025).

Hochgerner, M. (2024). Basisinformation Psychotherapiegesetz NEU (PthG 49/2024). Wien. Verfügbar unter: https://oeagg.at/wp-content/uploads/2024/06/Information-Psychotherapiegesetz-Bgbl_49_2024-Hochgerner-Endversion-Kopie.pdf (Zugegriffen: 28. Dezember 2025).

Österreichische Gesundheitskasse (2020). Antrag auf KOSTENZUSCHUSS wegen Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Behandlung. Verfügbar unter: <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/load?contentid=10008.753296&version=1633609433> (Zugegriffen: 7. Dezember 2025).

Österreichische Gesundheitskasse (2025). Psychotherapie - Informationen für ÖGK-Vertrags--partner. Verfügbar unter: <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.879220> (Zugegriffen: 7. Dezember 2025).

Österreichische Gesundheitskasse (o.J.a). Ärztliche Versorgung durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Österreichische Gesundheitskasse. Verfügbar unter: <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.870522&portal=oegkportal> (Zugegriffen: 28. Dezember 2025).

Österreichische Gesundheitskasse (o.J.b). Über die ÖGK. Verfügbar unter: <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.867331> (Zugegriffen: 6. Dezember 2025).

Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie (2025). Kosten einer Psychotherapie. Verfügbar unter: <https://www.psychotherapie.at/patientinnen/ueber-psychotherapie/kosten-einer-psychotherapie> (Zugegriffen: 7. Dezember 2025).

Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie (o.J.). Über den ÖBVP. Verfügbar unter: <https://www.psychotherapie.at/oebvp/ueber-den-oebvp> (Zugegriffen: 6. Dezember 2025).

Url, T. (2024). Die Bedeutung der privaten Krankenversicherung für das österreichische Gesundheitssystem. Wien: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, S. 42. Verfügbar unter: <https://www.wifo.ac.at/publication/176303/> (Zugegriffen: 7. Dezember 2025).

Wissenschaftliche Literatur:

Ahmed, N. (2021). Zwischen Biomacht und Lebensmacht. Biopolitisches Denken bei Michel Foucault und Ernst Jünger. 1. Aufl. Bielefeld: transcript Verlag. Verfügbar unter: <https://directory.doabooks.org/handle/20.500.12854/74454> (Zugegriffen: 7. Dezember 2025).

Baur, N., Kelle, U. und Kuckartz, U. (2017). Mixed Methods – Stand der Debatte und aktuelle Problemlagen, KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 69(S2), S. 1–37. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s11577-017-0450-5>.

Becker, J. (2024). Regulationstheorie: Ursprünge, Entwicklungstendenzen und internationale Debatten, in Schneider, E. & Syrovatka, F. (Hrsg.) Politische Ökonomie der „Zeitenwende“. Münster: Westfälisches Dampfboot, S. 47–81.

Birgel, V., Gellert, P., Hölling, H., Kuhnert, R., Michalski, N., Rapp, M., O'Sullivan, J. L., Cohrdes, C. (2025). Barriers to accessing psychotherapeutic care among young adults: Individual and regional associated factors, Journal of Health Monitoring, 10(4). Verfügbar unter: <https://doi.org/10.25646/13549>.

Cooper, Z., Roberts, B., Landery, G., Woodland, S., Collins, K. R. L., Majda, B. T., Stanley, S., Akkari, A., Hood, S. D., Rodger, J. (2025). Exploring the perspectives of young adults on mental healthcare and systemic health, education, and social challenges in Australia: a qualitative study, BMC Health Services Research, 25(1). Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13580-1>.

Creswell, J. W. & Clark, V. L. (2017). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. 3. Aufl. Thousand Oaks: Sage Publications. Verfügbar unter: [https://bookshelf.vitalsource.com/reader/books/9781506394671/epubcfi/6/2\[%3Bvnd.vst.idref%3Dcover\]!/4/2\[cover-image\]/2](https://bookshelf.vitalsource.com/reader/books/9781506394671/epubcfi/6/2[%3Bvnd.vst.idref%3Dcover]!/4/2[cover-image]/2) (Zugegriffen: 29. Dezember 2025).

Creswell, J. W. & Creswell, J. D. (2023). *Research Design. Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 6. Aufl. Thousand Oaks: Sage Publications. Verfügbar unter: [https://bookshelf.vitalsource.com/reader/books/9781071817964/epubcfi/6/2\[%3Bvnd.vst.idref%3Dcover\]!/4/2\[cover-image\]/2%4057:0](https://bookshelf.vitalsource.com/reader/books/9781071817964/epubcfi/6/2[%3Bvnd.vst.idref%3Dcover]!/4/2[cover-image]/2%4057:0) (Zugegriffen: 8. Dezember 2025).

Cziesla, F. (2022). Eine genealogische Kritik der politischen Ökonomie des Todes in Baudrillards *Der symbolische Tausch und der Tod*, in *Von der Biopolitik zur Nekro-Ökonomie: Für eine genealogische Kritik der politischen Ökonomie des Todes*. Bielefeld: transcript Verlag, S. 73–124. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1515/9783839463239>.

Demirović, A. (2007). Politische Gesellschaft – zivile Gesellschaft. Zur Theorie des integralen Staates bei Antonio Gramsci, in Buckel, S. und Fischer-Lescano, A. (Hrsg.) *Hegemonie gepanzert mit Zwang. Zivilgesellschaft und Politik im Staatsverständnis Antonio Gramscis*. Baden-Baden: Nomos (Staatsverständnisse), S. 19–43. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.5771/9783845201849>.

Döring, N. (2023). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. 6. Aufl. Berlin: Springer. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/978-3-662-64762-2>.

Döringer, S. (2021). 'The problem-centred expert interview'. Combining qualitative interviewing approaches for investigating implicit expert knowledge, *International Journal of Social Research Methodology*, 24(3), S. 265–278. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1080/13645579.2020.1766777>.

Grieb-Viglaloro, C. (2022). *Literatur zwischen Biopolitik und Migration: Dispositive in der frankophonen Gegenwartsliteratur*. Bielefeld: transcript Verlag. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1515/9783839464144>.

- Gruber, B., Dinhof, K. und Grabenhofer-Eggerth, A. (2024). Psychotherapie als Sozialversicherungsleistung – Inanspruchnahme und Finanzierung (Datenbasis 2022). Wien: Gesundheit Österreich GmbH. Verfügbar unter: https://jasmin.goeg.at/id/eprint/4644/1/Psychotherapie%20als%20Sozialversicherung_sleistung_bf.pdf (Zugegriffen: 30. Dezember 2025).
- Gruber, V., Müller, S. und Kropik, G. (2017). Gesundheitsreform - Next Level, Hauptverband d. ö. Sozialversicherungsträger, (4), S. 152–159.
- Gusner, K. (2016). Psychotherapie in Österreich unter besonderer Berücksichtigung der Situation in Oberösterreich. Diplomarbeit. Johannes Kepler Universität. Verfügbar unter: <https://epub.jku.at/download/pdf/1480995.pdf> (Zugegriffen: 8. Dezember 2025).
- Hirsch, J. (2005). Materialistische Staatstheorie: Transformationsprozesse des kapitalistischen Staatensystems. Hamburg: VSA-Verlag. Verfügbar unter: https://www.vsa-verlag.de/uploads/media/VSA_Hirsch_Materialistische_Staatstheorie.pdf (Zugegriffen: 30. Dezember 2025).
- Hirsch, J., Kannankulam, J. und Wissel, J. (2015). Die Staatstheorie des »westlichen Marxismus«. Gramsci, Althusser, Poulantzas und die so genannte Staatsableitung, in Der Staat der Bürgerlichen Gesellschaft. 2. Aufl. Baden-Baden: Nomos (Staatsverständnisse), S. 93–119. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.5771/9783845252025-93>.
- Hübner, K. (1989). Theorie der Regulation. Eine kritische Rekonstruktion eines Ansatzes der politischen Ökonomie. Herausgegeben von F. Naschold. Berlin: Edition Sigma. Verfügbar unter: <https://hdl.handle.net/10419/122918> (Zugegriffen: 7. Dezember 2025).
- Jessop, B. (2018). Joachim Hirschs Zusammenführung von materialistischer Staatstheorie und Regulationstheorie“, in Brand, U. und Görg, C. (Hrsg.) Zur Aktualität der Staatsform. Die materialistische Staatstheorie von Joachim Hirsch. Baden-Baden: Nomos, S. 71–94. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.5771/9783845291741-71>.
- Koo, M. und Yang, S.-W. (2025). Likert-Type Scale, Encyclopedia, 5(1). Verfügbar unter: <https://doi.org/10.3390/encyclopedia5010018>.

Kuckartz, U. (2018). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 4. Aufl. Weinheim: Beltz Verlagsgruppe. Verfügbar unter: <https://content.select.com/de/portal/media/view/5aa7b788-bfd0-4912-a0df-6955b0dd2d03?forceauth=1> (Zugegriffen: 8. Dezember 2025).

Mehra, K., Hawke, L. D., Watson, P., Sheikhan, N. Y., Leroux, E., Henderson, J. (2021). Youth Perspectives on Seeking Psychotherapy: A Concurrent Mixed Methods Study, *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(3), S. 165–176.

Norman, G. (2010). Likert scales, levels of measurement and the “laws” of statistics, *Advances in Health Sciences Education*, 15(5), S. 625–632. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s10459-010-9222-y>.

Opratto, B. (2012). Hegemonie : politische Theorie nach Antonio Gramsci. Münster: Westfälisches Dampfboot. Verfügbar unter: https://usearch.uaccess.univie.ac.at/primo-explore/fulldisplay/UWI_alma21220303660003332/UWI (Zugegriffen: 8. Dezember 2025).

Pohn-Lauggas, I. (2017). Integraler Staat und radikale Demokratie. Hegemonie und Staatsmacht bei Gramsci und Laclau/Mouffe, in Hetzel, A. (Hrsg.) *Radikale Demokratie, Zum Staatsverständnis von Chantal Mouffe und Ernesto Laclau*. Baden-Baden: Nomos (Staatsverständnisse), S. 19–38. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.5771/9783845284606>.

Rieß, G. & Löffler-Stastka, H. (2022). VersorgungsNOT – Psychotherapie als zentrale, aber marginalisierte Versorgungsleistung im Gesundheitssystem, *Psychotherapie Forum*, 26(3), S. 136–143. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s00729-022-00210-y>.

Rieß, G. (2025). Schlaglichter auf Psychotherapieversorgung in Österreich, *Psychotherapie Forum* 29, 95–97. Verfügbar unter: <https://doi.org.uaccess.univie.ac.at/10.1007/s00729-025-00291-5>

Riffer, F., Knopp, M., Oppenhauer, C., Sprung, M. (2022). Psychotherapeutische Versorgung in Österreich: Kassenfinanzierte Psychotherapie für Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen im Jahresvergleich 2017 bis 2020, *Psychotherapie Forum*, 26(1), S. 10–17. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s00729-022-00194-9>.

Rödel, M. & Folkers, A. (2015). *Biopolitik / Biomacht, Gender Glossar*. Leipzig: Universität Leipzig. Verfügbar unter: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:15-gucosa-219523> (Zugegriffen: 8. Dezember 2025).

Sarasin, P. & Thomä, D. (2008). Biopolitik, in Gosepath, S., Hinsch, W. und Rössler, B. (Hrsg.) *Handbuch der politischen Philosophie und Sozialphilosophie*. 1. Aufl. Berlin: de Gruyter, S. 147–152. Verfügbar unter: <https://www.zora.uzh.ch/handle/20.500.14742/36953> (Zugegriffen: 7. Dezember 2025).

Scholz, P. (2001). Erörterungen aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht, in Hutterer-Krisch, R. (Hrsg.) *Fragen der Ethik in der Psychotherapie: Konfliktfelder, Machtmißbrauch, Berufspflichten*. 2. Aufl. Wien: Springer, S. 491–499. Verfügbar unter: https://doi.org/10.1007/978-3-7091-6750-2_39.

Simonis, G. (2007). Regulationstheorie, in Benz, A., Lütz, S., Schimank, U. und Simonis, G. (Hrsg.) *Handbuch Governance: Theoretische Grundlagen und empirische Anwendungsfelder*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 212–225. Verfügbar unter: https://doi.org/10.1007/978-3-531-90407-8_16.

Tachtsoglou, S. & König, J. (2017). *Statistik für Erziehungswissenschaftlerinnen und Erziehungswissenschaftler. Konzepte, Beispiele und Anwendungen in SPSS und R*. Wiesbaden: Springer Fachmedien. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/978-3-658-13437-2>.

Vanheusden, K., Mulder, C. L., van der Ende, J., van Lenthe, F. J., Mackenbach, J. P., Verhulst, F. C. (2008). Young adults face major barriers to seeking help from mental health services, *Patient Education and Counseling*, 73(1), S. 97–104. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.05.006>.

Software:

Core Team (2022). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. <https://www.R-project.org>

Haberl, A., Fleiß, J., Kowald, D. & Thalmann, S. (2024). Take the aTrain: Introducing an interface for the Accessible Transcription of Interviews. *Journal of Behavioral and Experimental Finance*, 41, 100891. <https://doi.org/10.1016/j.jbef.2024.100891>

VERBI Software (2021). MAXQDA 2022, computer program, VERBI Software, Berlin.

8. Anhang

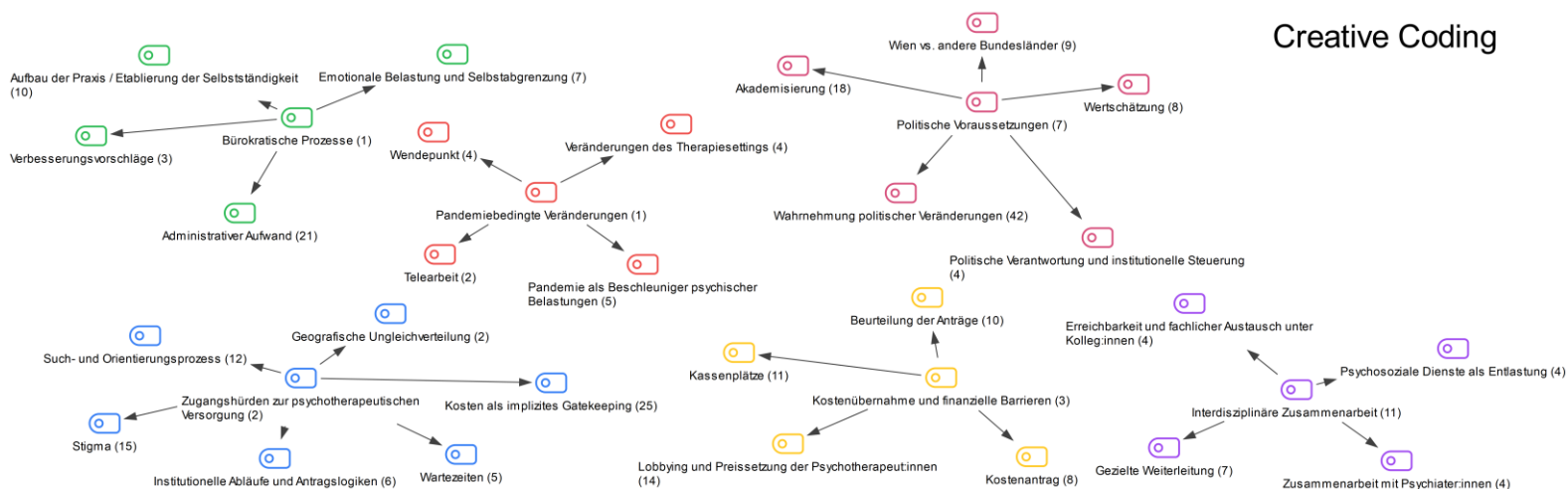
Bereinigter Datensatz der Online-Umfrage

Nr.	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q6.1	Q6.2	Q6.3	Q6.3.1	Q6.4	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17
1	30	2	5	1	1	2						1	5	2	4	5	2	3	1	4	2	
2	30	1	2	4	1	2						2	3	1	3	3	1	2	1	3	3	
3	29	1	2	4	1	2						2	5	2	3	4	1	3	1	2	3	
4	33	1	5	4	1	2						4	3	2	4	4	2	5	1	4	1	
																						Ältere Therapeut*innen bilden sich nicht weiter und haben dementsprechend altmodische Einstellungen zu Neurodivergenz bzw. tun diese einfach ab. Die Leistbarkeit von Therapiestunden ist ebenfalls ein Problem, da man nur wirklich schwer einen Kassenplatz bekommt, die 30€ der Krankenkasse bei einer Teilfinanzierung hilft ebenfalls wenig, wenn man auf Kosten von 100€ pro Therapieeinheit sitzen bleibt – vor allem, wenn man wöchentlich zur Therapie gehen muss.
5	25	1	2	4	1	1	3	2	2		3	4	1	1	2	5	1	2	1	5	2	
6	25	3	2	3	1	1	1	2	2		2	5	2	1	5	5	1	5	1	5	1	
																						Es gibt auch kostenlose Therapieangebote von Kolping- da wird man allerdings von Praktikant:innen betreut. Aber von der Qualität her fand ich es ganz gut.
7	30	1	2	4	1	1	1	2	1		2	2	1	1	5	5	1	4	1	5	2	
																						Selbst Mann wollte ich zu einem männlichen Therapeuten. Dann noch eine spezielle Schule, dann wird das Feld sehr, sehr eng, va weil ich mir Therapie finanziell nicht leisten konnte. Mein Glück war, dass mein Therapeut ein paar Plätze vergünstigt für Studierende/finanziell Schwache anbietet, das konnte ich nutzen um günstiger auszustiegen. Die Kosten waren aber mit ein Grund, warum ich die Therapie nach 2 Jahren (evtl etwas zu früh) beendete. Aktuell überlege ich deswegen, STATT der Therapie Medikamente zu nehmen (günstiger!). Therapie - va für Männer - ist mE immer noch stark stigmatisiert, ich hatte viel Rückhalt
8	25	1	2	4	1	2						4	3	1	4	5	2	5	1	4	1	
9	33	2	2	4	1	1	5	2	2		2	2	3	2	3	5	2	1	1	5	2	
10	29	1	4	5	1	2						4	4	1	1	5	1	2	1	4	1	
11	26	1	2	5	1	1	6	2	1		2	2	2	1	5	5	1	2	1	5	3	
																						Was ich positiv finde, ist, dass es in Primärversorgungszentren in manchen Fällen PsychologInnen gibt, die man für Überweisungen abseits des hektischen Alltags von Hausarztzentren ansprechen kann. Sie haben zwar meist auch längere Wartezeiten und es gibt keine Garantie für einen sensibleren Umgang mit Problemen, aber es kann etwas die Hürde beseitigen, mit psychischen Anliegen für eine Überweisung in die Hausarztpraxis zu gehen.
12	25	1	2	4	1	2						2	2	1	4	4	1	1	1	3	1	
13	28	1	4	5	1	1	5	2	3	2	2	1	2	1	4	5	2	2	1	4	2	
14	31	1	5	5	1	1	5	2	1		2	2	4	1	4	5	1	2	1	4	1	
15	31	1	5	5	1	1	4	2	3	2	1	2	3	3	3	4	1	2	1	4	1	
16	30	1	5	5	1	1	4	2	3	2	2	3	3	1	2	5	1	2	1	5	1	
17	28	1	5	5	1	1	4	2	2		2	2	3	1	2	5	1	1	1	5	1	
18	30	1	5	4	1	1	1	2	2		2	4	3	2	4	5	2	5	1	3	2	
19	28	1	5	5	1	1	5	2	3	1	1	1	4	2	2	5	1	1	1	5	1	
20	27	1	5	5	1	1	5	2	3	2	2	2	2	1	2	5	1	2	1	5	1	
																						Grade als Studentin schwer zugänglich und nicht leistbar - bekam nach 1-2 Jahren einen Kassenplatz, die Therapeutin war überarbeitet, hat während den Sitzungen gegähnt, hat mich öfter vergessen usw. - wahrscheinlich weil sie nur den Kassenbeitrag bekam und überarbeitet war - fühlte mich dadurch noch schlechter
21	31	1	5	5	1	1	5	3	3	2	1	2	2	1	5	5	1	1	1	5	1	
22	28	1	5	3	1	1	2	2	2		1	2	2	1	4	4	1	2	1	4	2	
																						Ich war auf Anhieb mit meinem Therapeut zufrieden, auch wenn er teuer war. Eine/n Therapeut/in finden ist wie Schuhe kaufen: vielleicht muss man ein paar probieren, bis man die richtigen findet. Daher wäre ein leicht einsichtliches Register an Therapeut/innen(online) empfehlenswert.
23	31	2	5	5	1	1	2	2	2		1	3	2	2	4	5	1	2	2	5	2	
24	27	1	4	5	1	1	5	4	2		2	2	2	1	4	4	1	5	1	4	2	
25	30	1	7	4	1	2						4	2	1	3	5	1	1	1	5	1	
26	29	1	4	5	1	1	5	2	3	2	1	2	2	2	3	4	1	1	1	5	1	
27	34	1	5	4	1	1	5	2	2		2	1	5	1	2	5	1	4	1	5	1	
																						Ich wollte einen Termin für ein Erstgespräch ausmachen, es fällt mir aber schwer, über meine Probleme zu reden (telefonische Terminvereinbarung somit schwierig) - schreiben fällt mir leichter, wollte somit lieber per Mail einen Termin vereinbaren. Habe 7 Psychologen angeschrieben (Kontaktformulare auf Websites oder Mail) und 1 Rückmeldung bekommen! Bin deswegen auf ein Online-Angebot umgestiegen, leider von einem deutschen Anbieter, war aber unkomplizierter.
28	28	1	2	4	1	1	4	1	2		2	4	3	1	3	4	3	3	1	2	1	
29	26	1	4	4	1	2						1	3	2	3	2	1	2	1	2	1	
30	30	1	5	4	1	1	4	2	2		3	4	2	1	4	5	1	2	1	4	1	
31	29	1	5	3	1	2						2	3	3	3	4	1	4	1	4	1	
32	26	1	5	2	1	2						4	2	2	5	5	1	4	2	4	1	
33	22	1	4	4	1	1	3	3	1		2	4	3	1	5	5	1	2	1	5	1	
34	28	1	7	5	1	2						2	5	1	5	5	2	2	2	2	2	
35	26	1	5	4	1	1	1	1	3	2	1	5	1	1	5	5	1	1	1	5	1	
																						Meine war nicht so gut ausgebildet, also hat echt Fehler gemacht die sich danach herausgestellt haben, obwohl ich 100€ pro Stunde gezahlt habe . Mein Vater hat es übernommen, weil ich mir als 16 jährige nicht 400€ im Monat leisten konnte
36	23	1	4	4	1	1	1	2	2		3	2	4	1	3	5	1	2	1	4	1	
																						Ich habe mal eine Werbung für Psychotherapie in Österreich auf Instagram gesehen; guter Kanal, um das zu bewerben
37	24	1	2	4	1	2						5	5	2	3	3	1	1	2	3	1	
38	20	1	2	3	1	2						4	4	1	4	4	2	5	2	3	2	
39	23	1	4	3	1	1	4	3	3	2	2	4	2	1	2	5	2	5	1	4	2	
40	23	1	2	3	1	1	1	1	2		4	2	4	3	4	3	2	1	1	4	2	
																						Ich habe keine persönlichen Erfahrungen, weiß aber von Freunden und Bekannten, dass es sehr schwer ist die passende Psychotherapie zu finden und dass Psychotherapeuten auf Kasse endlose Wartelisten haben.
41	24	1	4	3	1	2						4	4	2	5	5	1	2	1	4	1	
																						Kassenfinanzierte Therapieplätze sind für „9 to 5“ Vollzeit arbeitende Menschen so gut wie nicht verfügbar. Therapiestunden an Tages-Randzeiten (morgens/abends) ist meist für „zahlende Klienten“ reserviert.
42	31	1	6	5	1	1	5	2	2		5	4	1	1	3	5	1	2	1	5	2	
43	26	1	2	4	1	2						4	3	1	2	5	2	2	1	5	2	
44	22	2	2	4	1	1	4	2	2		4	4	2	2	4	1	2	1	5	1		
45	29	2	4	4	1	2						2	3	3	3	2	1	3	1	4	2	
46	31	2	5	5	1	1	2	2	2		2	4	2	2	4	5	2	1	2	5	2	

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

75	23	2	2	4	1	2							2	3	3	3	2	2	1	2	4	1	Eventuell wie Psychotherapie von der Gesellschaft aufgenommen wird.
76	30	1	5	4	1	1	2	3	2			4	5	1	1	5	5	3	3	1	5	1	viel zu teuer
77	25	1	2	3	1	1	4	2	3	2		2	1	1	2	2	4	1	1	1	2	1	
78	25	1	2	4	1	2						2	4	3	3	3	3	3	2	3	3		
79	25	1	2	4	1	2						2	3	2	4	3	1	4	1	3	1		
80	27	2	5	5	1	2						4	3	3	3	3	1	5	1	2	1		
81	22	1	2	3	1	1	1	2	2			1	3	4	2	2	5	2	1	1	4	2	
82	31	1	5	5	1	1	4	2	2			3	2	2	3	2	1	2	4	1	4	2	
83	19	1	2	3	1	1	4	2	3	2		1	2	2	1	4	5	1	2	1	2	1	Vor allem für Student*innen, die keine finanzielle Unterstützung von ihren Eltern bekomme ist es sehr schwer einen Therapieplatz zu bekommen
																							Hatte mal eine Führung, wo ich den Gesundheitsminister Rauch durch die Psychiatrie geführt habe und anschließend, zusammen mit changefortheyouth (kann man so auf Instagram eingeben) eine Diskussionsrunde abgehalten im Rahmen einer Reise von Herr Rauch durch verschiedenste Gesundheitsinstitutionen. Geändert hat sich allerdings nichts. Das finde ich schade.
																							Außerdem möchte ich erwähnen, wie ausgelastet das Personal in Psychrien und unabhängige Psychotherapeuten sind. Man würde ja glauben, die Therapeuten wollen einfach nicht über die KK behandeln. Aber das stimmt so nicht ganz. Der/Die Psychotherapeutin muss Antrag für Antrag erstellen,abgeben, verifizieren lassen etc.
84	19	1	2	3	1	1	5	4	1			5	2	2	1	5	4	1	1	1	4	1	
85	32	1	5	4	1	1	1	2	2			2	2	5	3	3	2	1	5	1	4	2	
86	32	1	4	5	1	1	3	2	1			2	1	4	2	2	4	2	4	1	4	1	
87	22	2	2	3	1	2							3	5	3	3	3	3	3	1	1	2	
88	20	1	2	3	1	1	1	2	2			2	1	2	1	3	4	2	2	1	4	2	
89	34	2	5	4	1	1	4	2	3	1		1	4	3	3	2	5	1	5	1	2	1	
90	18	1	2	3	1	1	2	3	2			2	2	2	2	2	5	2	3	1	4	1	Definity kostengünstiger etc. Wie manche Ärzte wäre sinnvoll mit ecard, Psychotherapie hilft wirklich!!!
91	25	1	5	3	1	2							2	5	1	4	4	1	2	1	4	1	
																							Für Jugendliche, die therapeutische Unterstützung benötigen, ist der Zugang erschwert bzw. sind die Wartezeiten viel zu lang und müssen teilweise voll und ganz durch die Eltern finanziert werden.
92	35	1	4	3	1	1	4	2	2			2	2	4	1	4	4	1	4	1	4	1	
93	18	1	2	3	1	2							2	3	2	3	3	2	1	1	2	1	
94	24	1	2	4	1	2							2	5	2	3	2	2	2	2	3	2	
95	25	1	2	4	1	1	5	3	1			2	2	3	1	5	1	4	2	1	3	1	
96	25	1	4	4	1	1	3	3	3	2		2	2	3	1	4	5	2	2	1	5	2	Mehr Kassentherapieplätze!
97	27	1	5	4	1	2							1	4	2	2	3	2	1	2	2		
98	24	1	2	3	1	1	1	2	2			4	2	2	1	2	2	1	2	2	4	1	ADHS angebote würde ich ausbauen
99	21	1	2	3	1	1	3	3	2			1	3	3	3	3	3	3	1	3	3		-
100	29	1	2	3	1	1	1	4	1			2	2	2	1	5	2	1	2	1	4	1	
101	26	1	2	4	1	1	4	1	2			3	3	2	1	3	4	4	2	1	4	3	
102	24	1	2	4	1	2							2	3	4	4	4	4	4	1	2	3	nein

Code-Baum



Creative Coding

Interviewleitfaden

1. Einleitung

- Kurze Vorstellung
- Vorstellung des Themas der Masterarbeit und Ziel des Interviews
- Hinweis auf Anonymität
- Erlaubnis zur Tonaufnahme einholen

Einleitung in das Gespräch: „Könnten Sie sich bitte kurz vorstellen und beschreiben, in welchem Bereich der psychotherapeutischen Versorgung Sie derzeit tätig sind?“ (Name und Praxis bleiben Anonym)

2. Themenblock 1: Zugang und Verfügbarkeit psychotherapeutischer Leistungen

Ziel ist es hier Einblicke in die Versorgungssituation und Versorgungslücken zu gewinnen.

1. Wie würden Sie den Zugang zu psychotherapeutischer Behandlung in Österreich derzeit beschreiben – insbesondere für PatientInnen mit Kassenversicherung?
2. Wie bewerten Sie die aktuelle Auslastung in Ihrer Praxis oder Einrichtung?
3. Inwiefern hat sich die Finanzierung durch öffentliche Kassen in den letzten Jahren verändert?

Themenblock 2: Berufliche Belastung & Perspektiven psychotherapeutischer Fachkräfte

Die Erhebung der Auswirkungen von Strukturveränderungen auf den Berufsalltag der psychotherapeutischen Fachkräfte.

4. Wie haben sich Ihre Arbeitsbedingungen in den letzten 5 Jahren verändert? (Gab es eine maßgebliche Veränderung beispielsweise durch die Covid19-Pandemie?)
5. Hat sich Ihr Arbeitsaufwand oder die administrative Belastung in den letzten 5 Jahren verändert?

6. Sehen Sie Verbesserungsbedarf bei der interdisziplinären Zusammenarbeit? (Mit der ÖGK, mit anderen PsychotherapeutInnen, mit HausärztInnen – Wer stemmt zum Großteil die administrative Arbeit?)
7. Welche Herausforderungen erleben Sie aktuell im beruflichen Alltag?

4. Themenblock 3: Wahrnehmung der Gesundheitsreformen

Die Einschätzung der Interviewten zu politischen Reformmaßnahmen und deren Relevanz für die psychotherapeutische Versorgung. Die Reformmaßnahmen werden im Vorhinein von mir kurz erklärt, damit alle Interviewten auf dem selben Wissenstand sind.

8. Welche der vorgestellten Reformen haben Sie in den letzten Jahren gezielt wahrgenommen?
9. Welche von ihnen sehen Sie als besonders wichtig an?
10. Inwiefern betreffen diese Reformen Ihre berufliche Tätigkeit?
11. Sehen Sie seither Veränderungen in der Struktur des Versorgungssystems?
12. Haben Sie durch die vorhin beschriebenen Reformen eine Veränderung im Stellenwert psychotherapeutischer Versorgung im öffentlichen System wahrgenommen? (Beispielsweise durch die Covid-Pandemie: Gibt es einen erhöhten Bedarf an Psychotherapie innerhalb der Gesellschaft? Sind die Wartezeiten auf Kassenplätze länger geworden?)
13. Welche Reformen halten Sie für besonders relevant?
14. Welche Reformen halten Sie für besonders wirkungslos? (Hier kann auch auf andere als die vorgestellten Reformen eingegangen werden)

5. Abschlussfragen

15. Wären aus Ihrer Sicht zusätzliche Veränderungen erforderlich, um die psychotherapeutische Versorgung zu verbessern? (z.B. neue Reformen in der Politik oder im Ausbildungssystem) Falls ja, welche Änderungen wären aus Ihrer Sicht erforderlich?
16. Gibt es Themen, die wir Ihrer Meinung nach nicht angesprochen haben, die aber wichtig wären? Möchten Sie noch etwas ergänzen?