

MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Klinisch-psychologische Behandlung in Österreich
Eine deskriptive Exploration aus 2021

verfasst von | submitted by

Martin Josef Kranister BSc

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien | Vienna, 2025

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

UA 066 840

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

Masterstudium Psychologie

Betreut von | Supervisor:

Dr. Anton-Rupert Laireiter Privatdoz.

Zusammenfassung

Die Zahl an Menschen mit psychischen Erkrankungen in der österreichischen Bevölkerung steigt. Daher kommt einer adäquaten Versorgung im psychosozialen Bereich eine immer größere Rolle zu. Bereits in der Vergangenheit konnte ein wesentlicher Verbesserungsbedarf an psychotherapeutischen bzw. klinisch-psychologischen Behandlungsmöglichkeiten festgestellt werden. In Österreich besteht – im Vergleich zu anderen europäischen Ländern – die besondere Situation, dass die Behandlung von psychischen Störungen und Problemen einerseits im Rahmen der Psychotherapie und andererseits im Rahmen der klinisch-psychologischen Behandlung von Klinischen Psycholog*innen erfolgen kann.

Da der Bereich der praktischen Ausübung der klinisch-psychologischen Behandlung noch relativ unerforscht ist, soll diese Forschungsarbeit im Rahmen einer explorativen und deskriptiven Befragungsstudie, Einblick verschaffen. Dazu wurden Klinische Psycholog*innen mittels eines selbst erstellten Online-Fragebogens befragt. Im Fokus standen dabei explorative Forschungsfragen nach dem Tätigkeitsprofil der Klinischen Psycholog*innen, nach der tatsächlichen Ausübung der klinisch-psychologischen Behandlung im niedergelassenen und stationären Bereich, nach der postgraduellen Ausbildung zu Klinischen Psycholog*innen und es interessierten auch die Einstellungen der Klinischen Psycholog*innen zu ausgewählten Bereichen der Klinischen Psychologie.

Es konnte gezeigt werden, dass die Klinischen Psycholog*innen einen hohen Grad an Spezialisierung aufweisen, eine breite Methodenvielfalt zur Verfügung steht und dass eine große Anzahl an psychischen Störungen behandelt wird. Der Evaluation und Evidenzbasiertheit kommt eine bedeutende Rolle zu und die theoretisch definierten Charakteristika der klinisch-psychologischen Behandlung werden in der praktischen Arbeit überwiegend umgesetzt. Größtenteils ist die Berufsgruppe mit der postgraduellen Ausbildung zufrieden und die erfragten Einstellungen zeigen interessante Anliegen auf. Insgesamt konnten, im Rahmen der explorativen Vorgehensweise, eine Reihe an Vorschlägen für zukünftige Forschungen in all den genannten Bereichen erarbeitet werden.

*Schlüsselwörter: Klinisch-psychologische Behandlung, psychosoziale Versorgung, klinische Psychologie, Klinische Psycholog*innen, Psychotherapie*

Abstract

The number of people with mental illnesses in the Austrian population is increasing. Adequate psychosocial care is therefore playing an increasingly important role. A significant need for improvement in psychotherapeutic and clinical-psychological treatment options has already been identified in the past. Compared to other European countries, Austria has the special situation that the treatment of clinically relevant mental disorders and problems can take place within the framework of psychotherapy on the one hand and clinical-psychological treatment on the other. Since the area of the practical practice of clinical psychological treatment is still relatively unexplored, this research work is intended to provide insight within the framework of an explorative and descriptive survey study. To this end, clinical psychologists were surveyed using a newly created online questionnaire. The focus was on exploratory research questions about the job profile of clinical psychologists, the actual practice of clinical psychological treatment in private practice and inpatient care, postgraduate training as clinical psychologists and the attitudes of clinical psychologists towards selected areas of clinical psychology. It was shown that clinical psychologists have a high degree of specialisation, a wide variety of methods are available and that a large number of mental disorders are treated. Evaluation and evidence-based treatment play an important role and the theoretically defined characteristics of clinical psychological treatment are largely implemented in practical work. For the most part, the professional group is satisfied with the postgraduate training and the attitudes surveyed reveal interesting concerns. Overall, a number of suggestions for future research in all of the areas mentioned were developed as part of the exploratory approach.

Keywords: clinical-psychological treatment, psychosocial care, clinical psychology, clinical psychologists, psychotherapy

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung/Abstract

I. THEORETISCHER TEIL.....	8
1. Psychosoziale Versorgung in Österreich.....	8
1.1. Klinische Psychologie in Österreich.....	9
2. Klinisch-psychologische Behandlung.....	11
2.1. Charakteristika der klinisch-psychologischen Behandlung.....	12
2.2. Tätigkeitsbereiche.....	13
2.2.1. Stationärer Bereich.....	13
2.2.2. Niedergelassener Bereich.....	14
2.2.2.1. Aktuelle Situation in Österreich zur Finanzierung der klinisch-psychologischen Behandlung im niedergelassenen Bereich..	15
2.3. Zielgruppen.....	17
2.3.1. Kinder- und Jugendbereich.....	17
2.3.2. Gerontologischer Bereich.....	18
2.4. Methoden.....	19
2.5. Indikationen.....	20
2.6. Ausbildung.....	20
2.6.1. Ausbildung zu Klinischen Psycholog*innen.....	20
2.6.2. Spezialisierungen.....	21
2.7. Abgrenzung zur Psychotherapie.....	22
2.8. Einstellungen der Klinischen Psycholog*innen.....	24
II. EMPIRISCHER TEIL.....	25
3. Zielsetzung der Studie.....	25
4. Fragestellungen.....	26
4.1. Forschungsfragen.....	26
4.1.1. Bereich Deskriptive Beschreibung und Filterfragen.....	27
4.1.2. Bereich Tätigkeitsprofil.....	27
4.1.3. Bereich klinisch-psychologische Behandlung.....	29
4.1.4. Bereich Ausbildung.....	31
4.1.5. Bereich Einstellungen.....	32
4.2. Weiterführende Analysen.....	33
5. Methodik.....	35

5.1. Stichprobenkriterien.....	35
5.1.1. Deskriptive Beschreibung der Stichprobe.....	35
5.2. Studiendesign.....	36
5.3. Untersuchungsdurchführung.....	37
5.4. Statistische Auswertung.....	38
5.4.1. Voraussetzungen für die Berechnungen.....	38
5.4.2. Spezialfall Mehrfachantworten.....	39
5.4.3. Abweichende Stichprobenzahlen und fehlende Werte.....	40
6. Ergebnisdarstellung.....	40
6.1. Filterfragen Subgruppen.....	41
6.2. Bereich Tätigkeitsprofil der Klinischen Psycholog*innen.....	41
6.3. Bereich klinisch-psychologische Behandlung.....	51
6.4. Bereich Ausbildung.....	63
6.5. Bereich Einstellungen der Klinischen Psycholog*innen.....	74
6.6. Weiterführende Analysen.....	85
7. Diskussion und Ausblick.....	88
7.1. Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse und Ausblick.....	88
7.1.1. Bereich Tätigkeitsprofil der Klinischen Psycholog*innen.....	89
7.1.2. Bereich klinisch-psychologische Behandlung.....	91
7.1.3. Bereich Ausbildung.....	94
7.1.4. Bereich Einstellungen.....	96
7.1.5. Weiterführende Analysen.....	99
7.2. Limitationen.....	101
7.3. Fazit.....	102
Literaturverzeichnis.....	104
Tabellenverzeichnis.....	109
Abkürzungsverzeichnis.....	111
Anhang A.....	112
Anhang A.1. Einladung zur Studie per Mail.....	112
Anhang A.2. Einladung zur Studie in Social Media.....	114
Anhang A.3. Fragebogen.....	116

Klinisch-psychologische Behandlung in Österreich - Eine deskriptive Exploration aus 2021

Psychische Gesundheit ist nicht nur für die betroffene Person eine wichtige Voraussetzung für deren Lebensqualität, sondern auch in Hinsicht auf die Gesellschaft und ihre sozialökonomischen Systeme. Die Zahl an Menschen mit psychischen Erkrankungen steigt. Bereits im Jahr 1998 zeigte der World Health Report der Weltgesundheitsorganisation (WHO), dass Depressionen an vierter Stelle der häufigsten Krankheiten stehen. Durchschnittlich nimmt jeder vierte Mensch einmal in seinem Leben professionelle Hilfe in Anspruch, da er von schweren psychischen Beeinträchtigungen betroffen ist (WHO, 2005). So nimmt auch die Relevanz des Bereiches *mental health* in Österreich zu (Katschnig et al., 2001). Bereits im Jahr 2018 konnte ein wesentlicher Verbesserungsbedarf an psychotherapeutischen bzw. klinisch-psychologischen Behandlungsmöglichkeiten festgestellt werden (Sagerschnig et al., 2018). Neben der Diagnostik und Beratung bei psychischen Problemen und Erkrankungen spielt die Behandlung dieser eine wesentliche Rolle. Die Behandlung von psychischen oder psychosomatischen Störungen kann unter anderem durch klinisch-psychologische Behandlung (KPB) erfolgen (Bednar et al., 2013). Diese wird von Klinischen Psycholog*innen durchgeführt. Die Wirksamkeit der KPB wird laufend beforscht und aufgrund der aktuellen Befundlage kann davon ausgegangen werden, dass Methoden der KPB als wirksam belegt sind (Baumann et al., 2011, zitiert nach Laireiter, 2017).

Es gibt jedoch kaum Studien oder Forschungsergebnisse zur tatsächlichen Ausübung der KPB in Österreich. So liegen nur wenige Daten dazu vor, auf welche Weise und in welcher Intensität die spezifischen Charakteristika der KPB durch die Klinischen Psycholog*innen umgesetzt werden und wie die KPB im Allgemeinen ausgeübt wird. Um diese Forschungslücke zu schließen, soll die vorliegende Forschungsarbeit einen Beitrag leisten. Es handelt sich bei dem vorliegenden Studienkonzept um eine deskriptive und explorative Fragebogenstudie. Dazu wurden Klinische Psycholog*innen - im niedergelassenen und stationären Bereich - nach der aktuellen Ausübung der KPB in Österreich befragt. Es wurde unter anderem erhoben, welche Methoden verwendet werden, welche Störungsgruppen behandelt werden, wo und in welchem Ausmaß KPB möglich ist und welche Einstellungen die Klinischen Psycholog*innen zur derzeitigen Verortung der KPB im österreichischen

Gesundheitssystem haben. Neben der deskriptiven Darstellung der genannten und darüber hinausgehenden Forschungsinteressen, soll die Exploration dieses wesentlichen Bereiches in der psychosozialen Versorgung, Anregungen für weitere Forschungen geben.

I. THEORETISCHER TEIL

Im Folgenden wird der theoretische Hintergrund dieser Abhandlung dargestellt. Da bezüglich der praktischen Ausübung der KPB in Österreich kaum beschreibende Forschungsergebnisse vorliegen und es sich hierbei um eine explorative Forschungsarbeit handelt, werden im Theorieteil – neben den theoretischen Grundlagen - eigene Überlegungen dargestellt, welche der Formulierung der Forschungsfragen zugrunde liegen.

1. Psychosoziale Versorgung in Österreich

Die psychische Gesundheit ist als Teil der allgemeinen Gesundheit eines Menschen ein wesentlicher Faktor, der persönlich und gesamtgesellschaftlich eine große Bedeutung hat, da sie nicht nur Voraussetzung für Wohlbefinden, sondern auch für ein sozial teilhabendes und produktives Leben ist (Kordy, 2008). Diese Relevanz zeigt sich auch in politischen Maßnahmen. So fordern die Abgeordneten des Europäischen Parlaments Maßnahmen zum Schutz der psychischen Gesundheit, da die Anzahl der Menschen mit psychischen Problemen immer mehr zunimmt (Europäisches Parlament, 2022). In Österreich wurden in der Nationalen Strategie zur psychischen Gesundheit (Gesundheitsministerium [BMASGPK], 2018) zehn Ziele festgelegt, um die psychische Gesundheit der Bevölkerung zu fördern und zu erhalten. Eines dieser Ziele ist es, die psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen zu fördern, welches - ausgestattet mit konkreten Inhalten und Maßnahmen – als die eigentliche Strategie des BMASGPK dient, um den psychosozialen Bereich weiter auszubauen. Im Rahmen dieser Ziele wird unter anderem eine faire und angemessene Finanzierung gefordert, da diese im Bereich der Versorgung von psychisch kranken Menschen in Österreich nur teilweise vorliegt und dies so zu einer Benachteiligung von Menschen mit psychischen Erkrankungen führt (Gesundheitsministerium [BMASGPK], 2018).

Die psychosoziale Versorgung wird in Österreich von mehreren Berufsgruppen in unterschiedlichen Arbeitsbereichen erfüllt. Hagleitner (Gesundheit Österreich GmbH, 2014) unterteilt diese in die Versorgungsangebote Stationäre Versorgung, Rehabilitationsangebote, außerstationäre Versorgung und Versorgung mit Psychotherapie.

Greve und Steinhart (2020) wiederum unterteilen die psychosoziale Versorgung in drei Subsysteme. In *Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen* an Allgemein-Krankenhäusern erfolgt eine Versorgung in Stationen, Tageskliniken, Institutsambulanzen und im Rahmen von stationsäquivalenter Behandlung. Unter dem Überbegriff *niedergelassene Praxen* werden Haus- und Fachärzt*innen, Medizinische Versorgungszentren, Psychotherapeut*innen, Ergo-, Sozio- und Physiotherapeut*innen und Pflegedienste verortet. Im Rahmen von *gemeinde-psychiatrischen Diensten* werden medizinische und berufliche Rehabilitation, Wohn- und Betreuungsangebote, Arbeits- und Beschäftigungsangebote, sozialpsychiatrische Dienste, Ergo- und Soziotherapeut*innen sowie Pflegedienste angeboten. Da diese Unterteilung aus Deutschland stammt, weichen die Bezeichnungen teilweise von den österreichischen ab. Festhalten lässt sich jedenfalls, dass mittlerweile in vielen dieser Subsysteme auch Klinische Psycholog*innen tätig sind (Bednar et al., 2013).

Im nächsten Kapitel wird die Klinische Psychologie genauer dargestellt. Diese stellt mit ihren Nachbardisziplinen einen wesentlichen Teil der psychosozialen Versorgung dar und findet besonders bei der Versorgung von Menschen mit psychischen sowie psychosomatischen Störungen und Problemen, psychischen Extremsituationen und psychischen Folgen akuter Belastungen, Entwicklungskrisen und psychischen Krisen Anwendung (Bednar et al., 2013).

1.1. Klinische Psychologie in Österreich

Perrez und Baumann (2011, S. 32) definieren die Klinische Psychologie als „diejenige Teildisziplin der Psychologie, die sich mit psychischen Störungen und den psychischen Aspekten somatischer Störungen/Krankheiten befasst. Dazu gehören u.a. die Themen Ätiologie/Bedingungsanalyse, Klassifikation, Diagnostik, Epidemiologie, Intervention (Prävention, Psychotherapie, Rehabilitation, Gesundheitsversorgung, Evaluation)“. In einer früheren Ausgabe ihres Werkes Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie ergänzen Baumann und Perrez

(2005, zitiert nach Wittchen & Hoyer, 2011, S. 4) diese Definition um folgenden Absatz:

Klinische Psychologie umfasst die Erforschung, Diagnostik und Therapie der Gesamtheit psychischer Störungen bei Menschen aller Altersstufen. Aufbauend auf den wissenschaftlichen Grundlagen der Psychologie mit ihren Teildisziplinen ist es ein Charakteristikum der Klinischen Psychologie, dass sie enge Beziehungen zu vielen anderen Wissenschaftsdisziplinen aufweist, insbesondere zur Psychiatrie, der Soziologie, den neurobiologischen Fächern (einschließlich der Gebiete Genetik und Psychopharmakologie), der Neurologie und anderen medizinischen Fächern.

Innerhalb der Psychologie als Wissenschaft vom Erleben und Verhalten nimmt die Klinische Psychologie als größtes Anwendungsfach eine zentrale Rolle ein (Wittchen & Hoyer, 2011). Dabei wird die Klinische Psychologie im Allgemeinen als Anwendungs- sowie als Grundlagenfach gesehen, da sie einerseits als Grundlagenfach Lösungen für die Anwendung bereitstellt und andererseits als Anwendungsfach Grundlagenfragen behandelt. So ergeben sich laut Perrez und Baumann (2011) z.B. aus der Erforschung von gestörten Funktionen auch allgemeine Erkenntnisse über ungestörte Funktionen.

Die gesetzliche Grundlage für die Berufsausübung von Klinischen Psycholog*innen stellt das Psychologengesetz (PIG) von 2013 dar. Nach diesem umfasst die Berufsausübung der Klinischen Psycholog*innen „die Untersuchung, Auslegung und Prognose des menschlichen Erlebens und Verhaltens sowie die gesundheitsbezogenen und störungsbedingten und störungsbedingenden Einflüsse darauf, weiters die klinisch-psychologische Behandlung von Verhaltensstörungen, psychischen Veränderungen und Leidenszuständen“ (§ 22 Psychologengesetz 2013). Die Aufgaben von Klinischen Psycholog*innen dürfen in Österreich nur jene Psycholog*innen ausführen, welche durch eine postgraduelle Ausbildung die Zusatzqualifikation zum Klinischen Psychologen/zur Klinischen Psychologin erhalten haben. Im Näheren wird darauf in Kapitel 2.6. *Ausbildung* eingegangen.

Fasst man die Aufgabengebiete der Klinischen Psychologie zusammen, ergeben sich vier große Felder. Dies ist die klinisch-psychologische Diagnostik, die KPB, die klinisch-psychologische Beratung und die Krisenintervention und -begleitung.

Klinische Psycholog*innen sind laut Psychologengesetz 2013 zur Ausübung von folgenden Tätigkeiten berechtigt (§ 22 Psychologengesetz 2013):

- Klinisch-psychologischer Diagnostik inkl. Erstellung von Gutachten und Befunden
- Anwendung klinisch-psychologischer Behandlungsmethoden bei Personen aller Altersstufen und Gruppen, die aufbauend auf klinisch-psychologische Diagnostik fokussiert, ziel- und lösungsorientiert ist
- Klinisch-psychologische Begleitung von Personen in Krisensituationen
- Klinisch-psychologische Beratung in Bezug auf Beeinträchtigungen
- Klinisch-psychologische Evaluation

Im Rahmen dieser Arbeit steht die KPB im Fokus des Forschungsinteresses und daher wird im nächsten Kapitel genauer auf diese eingegangen.

2. Klinisch-psychologische Behandlung

Klinisch-psychologische Behandlung stellt in Österreich jene therapeutische Interventionsform dar, welche von Klinischen Psycholog*innen angeboten wird. Der Berufsverband Österreichischer Psycholog*innen (BÖP) (2019, S. 1) definiert diese dabei wie folgt:

Klinisch-psychologische Behandlung ist eine auf wissenschaftlicher Forschung basierende professionelle Unterstützung bei der Bewältigung psychischer, sozialer und körperlicher Beeinträchtigungen und Erkrankungen. Die Klinisch-psychologische Behandlung hat zum Ziel psychische Störungen bzw. Leidenszustände zu lindern oder zu beseitigen, sowie Menschen darin zu unterstützen, Belastungen und Krisen besser bewältigen zu können um die Lebensqualität zu steigern.

Die KPB darf in Österreich nur von Klinischen Psycholog*innen angewendet werden, welche nach dem Universitätsstudium der Psychologie auf Diplom- oder Masterniveau, die postgraduelle Fachausbildung abgeschlossen haben und sich daraus resultierend in die vom Gesundheitsministerium geführte Berufsliste der Klinischen Psycholog*innen eintragen haben lassen. In die Liste der Klinischen Psycholog*innen des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sind zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit (23.06.2025) 11.878 Klinische Psycholog*innen eingetragen (BMASGPK, 2025).

2.1. Charakteristika der klinisch-psychologischen Behandlung

Baumann und Perrez (2006, S. 8) betrachten die KPB nicht als Therapieschule oder allgemeine Therapietheorie, sondern als „fachpolitischer Identitätsbegriff für Technologien, die sich auf das Gesamt der empirischen Psychologie stützen“. Daraus ergibt sich im Gegensatz zu verschiedenen Psychotherapieschulen der Vorteil, dass im Rahmen der KPB alle Interventionsformen, die diesen Kriterien entsprechen, auch angewendet werden können.

Diese Kriterien bzw. Merkmale sind laut Baumann und Perrez (2006) die Wahl der Mittel, die spezifischen Behandlungsfunktionen, die Zielorientierung, die theoretische Fundierung, die empirische Evaluation und die Professionalität des Handelns. Feselmayer und Beiglböck (2011) schreiben, dass diese Auflistung noch um das Merkmal *spezifische Diagnostik* ergänzt werden sollte, da ohne eine grundlegende Diagnostik auch eine adäquate Wahl der Mittel nicht zielführend sei. Somit müssen alle im Rahmen der KPB angewandten Interventionen diesen Kriterien entsprechen, was als Qualitätssicherung der Methodenauswahl gesehen werden kann.

Ein wesentliches Merkmal stellt die Verankerung in der wissenschaftlichen Psychologie dar. Neben den Erkenntnissen aus der Klinischen Psychologie fließen auch aus der allgemeinen Psychologie, der Entwicklungspsychologie, der biologischen Psychologie, der Sozialpsychologie und anderen Quellen an Erkenntnissen aus der empirischen Psychologie in die KPB mit ein (Schmid & Steiger-Hirsch, 2009).

Noch genauer definiert Laireiter (2017, S. 110) die Bedeutung der unterschiedlichen Wissensbestände innerhalb der KPB, im Rahmen eines Zwiebelmodells, folgendermaßen:

Zu den theoretischen und praxeologischen Kernkompetenzen der KPB gehören in erster Linie die verschiedenen Erkenntnisse, Wissensbestände und Behandlungsmethoden der Klinischen Psychologie aus den Bereichen Ätiologie, klinisch-psychologische Diagnostik, Epidemiologie, Klassifikation und Behandlung und Behandlungsforschung, weiters der psychologischen Diagnostik im Allgemeinen, der Psychotherapie und Psychotherapieforschung (Lambert, 2013), der Psychiatrie, der Medizin und der Neurologie und Neuropsychologie, gefolgt von Erkenntnissen und Methoden der Sozialpsychologie, der Persönlichkeitspsychologie, der Allgemeinen

Psychologie, Arbeitspsychologie, der (Human-)Biologie und der Pädagogik sowie (in einer weiteren Schicht) Erkenntnisse und Wissensbestände weiterer Disziplinen, wie der Soziologie, der Rechtswissenschaften etc.

Ein weiteres wichtiges Charakteristikum stellt die Auffassung dar, dass die KPB nicht nur auf die Behandlung psychischer Störungen anzuwenden ist, sondern auch auf die Behandlung psychischer Aspekte von somatischen Erkrankungen (Baumann & Perrez, 2006).

Zu erwähnen ist hier auch noch die Methodenvielfalt (Schmid & Steiger-Hirsch, 2009). Klinische Psycholog*innen können aus der Vielfalt an Behandlungstechniken schöpfen, solange sie den oben genannten Kriterien entsprechen. Dies wiederum ermöglicht eine individuelle Anpassung innerhalb des Behandlungsprozesses, abgestimmt auf die jeweilige behandelte Person, auf das Behandlungsziel und die jeweilige Ausprägung der psychischen oder psychosomatischen Erkrankung (Schmid & Steiger-Hirsch, 2009).

Im Allgemeinen ist die KPB kurzzeitorientiert und umfasst bei den meisten Beschwerden eine Behandlungsdauer von 12 bis 15 Einheiten. Dies führt einerseits zu einer schnelleren Erleichterung für die Patient*innen und andererseits trägt die kurze Behandlungsdauer zu einer größeren Ökonomie bei (Schmid & Steiger-Hirsch, 2009).

Im Rahmen dieser Forschungsarbeit stellt sich die Frage, wie und in welchen Anteilen die theoretischen Charakteristika der KPB in der praktischen Ausübung umgesetzt werden.

2.2. Tätigkeitsbereiche

2.2.1. Stationärer Bereich. Bereits Anfang der 90er-Jahre stellten die europäischen Gesundheitsminister ein eklatantes Defizit in der psychosozialen Versorgung von Patient*innen in Allgemeinkrankenhäusern fest (Herzog et al., 2003). Im Jahr 2011 berichteten Rumpold et al., dass stationäre Aufenthalte aufgrund von psychischen Erkrankungen bereits an vierter Stelle der Aufnahmen lagen. Durch die Novellierung des Krankenanstaltengesetzes im Jahr 1995 (KAKuG, BGBl Nr. 1/1997, 2025) wurde festgehalten, dass auf Wunsch von Patient*innen eine psychologische Unterstützung (neben einer seelsorgerischen Unterstützung) möglich

sein muss. Dies hatte schlussendlich auch eine Ausweitung des klinisch-psychologischen Behandlungsangebotes in Allgemeinkrankenhäusern zur Folge, während KPB in psychiatrischen Einrichtungen bereits verbreitet war. Feselmayer und Beiglböck (2011) schreiben, dass die KPB mittlerweile einen bedeutenden Platz im stationären Behandlungsangebot hat. Nach einer Studie von Hagleitner (2007) waren im Jahr 2006 42 Prozent ($N= 1,177$) der Klinischen Psycholog*innen in Institutionen beschäftigt.

Da die erwähnte Erhebung von Hagleitner (2007) aus dem Jahre 2006 der einzige Vergleich für die vorliegende Arbeit ist, werden im Folgenden die Ergebnisse dieser Arbeit dargestellt. Laut dieser Befragung ($N= 1,177$) waren 86 Prozent der Klinischen Psycholog*innen in Institutionen angestellt, 7 Prozent freie Dienstnehmer und 4 Prozent hatten einen Werkvertrag (3 % anderes). Mehr als ein Drittel der Teilnehmer waren in einem Krankenhaus beschäftigt und acht Prozent in Rehabilitationszentren. Je ein Viertel der klinisch-psychologischen Tätigkeit wurde in den Bereichen Diagnostik, Behandlung, Beratung und andere Tätigkeiten erbracht. 91 Prozent der befragten Klinischen Psycholog*innen waren auch gesundheits-psychologisch tätig und 27 Prozent auch psychotherapeutisch. Zu 60 Prozent fand die klinisch-psychologische Tätigkeit in Einzelsettings statt und es wurden pro Monat durchschnittlich 41 Personen pro Psychologin/pro Psychologen behandelt (Hagleitner, 2007).

Im Rahmen dieser Forschungsarbeit interessiert ebenfalls das Tätigkeitsprofil der Klinischen Psycholog*innen in Institutionen, welche Personengruppen mit welchen Behandlungsmethoden behandelt werden, in welcher Regelmäßigkeit und welche anderen Rahmenbedingungen in diesem Arbeitsbereich vorliegen.

2.2.2. Niedergelassener Bereich. Eine besondere Rolle im niedergelassenen Bereich nimmt die klinisch-psychologische Diagnostik ein. Durch das Psychologengesetz 2013 wird im § 22 Abs. 2 PIG geregelt, dass die klinisch-psychologische Diagnostik inkl. Erstellung von Gutachten und Befunden einem Tätigkeitsvorbehalt für Klinische Psycholog*innen unterliegt. Aufgrund dieses Tätigkeitsvorbehaltes bestehen Verträge mit den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern und die Leistung der klinisch-psychologischen Diagnostik stellt eine Sachleistung dar (BÖP, 2024). So können Vertragspsycholog*innen direkt mit den Krankenversicherungsträgern abrechnen und für die Leistung von Wahl-

psycholog*innen ist ein Kostenersatz für die den Klient*innen entstandenen Kosten vorgesehen. Aufgrund der Finanzierung ist die Berufsgruppe der Klinischen Psycholog*innen im Bereich der Diagnostik gut verankert.

2.2.2.1. Aktuelle Situation in Österreich zur Finanzierung der KPB im niedergelassenen Bereich (Stand 2023). Im § 22 Abs. 3 des Psychologengesetzes 2013 ist weiter geregelt, dass Klinische Psycholog*innen zur Anwendung klinisch-psychologischer Behandlungsmethoden bei Personen aller Altersstufen und Gruppen, die aufbauend auf klinisch-psychologischer Diagnostik fokussiert, ziel- und lösungsorientiert ist, berechtigt sind. In der Vergangenheit war es jedoch so, dass das Psychotherapiegesetz von 1990 eine Art Alleinbehandlungsanspruch von psychischen Störungen und Problemen im ambulanten Bereich von Psychotherapeut*innen vorgesehen hat (Laireiter, 2017). Dies wirkte sich insofern aus, dass die Sozialversicherung nur dann die Kosten ganz oder teilweise übernahm, wenn die Therapie bzw. Behandlung von psychischen Störungen oder Problemen im ambulanten Bereich durch Psychotherapeut*innen erfolgte. Durch diese Regelung mussten Leistungen der KPB bis Ende 2023 ausschließlich privat finanziert werden.

Ein Grund warum diese Regelung kritisch zu sehen galt, war, dass es bereits vor Jahren eine Versorgungslücke im klinisch-psychologischen sowie psychosozialen Bereich gab und ein wesentlicher Verbesserungsbedarf an psychotherapeutischen bzw. klinisch-psychologischen Behandlungsmöglichkeiten notwendig war (Sagerschnig et al., 2018). Somit wäre für die Schließung dieser Versorgungslücke wissenschaftlich ausgebildetes Personal in Form von Klinischen Psycholog*innen zur Verfügung gestanden, nur war der finanzierte Zugang zu diesem zentralen Tätigkeitsfeld verschlossen (Laireiter, 2017). Um diesen Umstand zu ändern, gab es seit Jahren Initiativen der Psychologischen Berufsverbände (siehe Pressemitteilungen BÖP), welche schlussendlich Früchte getragen haben.

Seit 1. Jänner 2024 erhalten sozialversicherte Personen in Österreich einen Kostenzuschuss für klinisch-psychologische Behandlungen, sowohl für Einzel- als auch für Gruppenbehandlungen. Somit gilt KPB als Kassenleistung und ist der Psychotherapie gleichgestellt (BÖP, 2024). Der Kostenzuschuss liegt aktuell je nach Sozialversicherungsträger zwischen 33.70 € (ÖGK) und 46 € (BVAEB, SVS) pro Einheit (BÖP, 2024). Für einen Kostenzuschuss müssen die folgenden Kriterien erfüllt werden. Erstens müssen die Klinischen Psycholog*innen in die Berufsliste der

Klinischen Psycholog*innen des Gesundheitsministeriums eingetragen sein. Es muss eine psychische Erkrankung vorliegen und spätestens vor der zweiten klinisch-psychologischen Behandlungseinheit muss eine ärztliche Untersuchung durchgeführt worden sein (BÖP, 2024).

Da die Befragung dieser vorliegenden Forschungsarbeit bereits vor dieser wesentlichen Änderung in der psycho-sozialen Landschaft erfolgt ist, kann dieser Umstand bzw. etwaige Auswirkungen durch diese Arbeit nicht näher beleuchtet werden.

Jedoch wurde schon im Rahmen dieser Befragung die Frage gestellt, unter welchen Bedingungen und in welchem Rahmen die Klinischen Psycholog*innen im niedergelassenen Bereich ihre Leistungen anbieten. So interessierte im Rahmen dieser Arbeit, wie viele Klinische Psycholog*innen ihre Leistungen anbieten würden, wenn die KPB als Kassenleistung angeboten werden würde. Weiters wurde gefragt, mit welchem Spezialisierungsgrad (hinsichtlich Personen- und Altersgruppen, Störungsgruppen, Behandlungsmethoden) die Klinischen Psycholog*innen tätig sind. Somit kann auch in einem ungefähren Ausmaß ausgemacht werden, in welchen Bereichen die KPB angeboten wird und in welchem Ausmaß.

Bereits vorliegende Vergleichsdaten gibt es anhand der Befragung von Hagleitner im Jahr 2006. In der Befragung (Hagleitner, 2007) ($N= 1.177$) zeigte sich, dass 14 Prozent der Klinischen Psycholog*innen in freier Praxis tätig sind und 16 Prozent in freier Praxis und in einer Institution. Zwei Drittel der Stichprobe waren auch gesundheitspsychologisch tätig und knapp die Hälfte übte auch Psychotherapie aus. 75 Prozent der Befragten waren in einer Einzelpraxis tätig und 25 Prozent in einer Gruppenpraxis. Aufgeteilt auf vordefinierte Bereiche ergab sich, dass 30 Prozent der Arbeitsstunden auf die Diagnostik entfiel, 27 Prozent auf die Behandlung, 12 Prozent auf die Beratung, 9 Prozent auf organisatorische Tätigkeiten und 23 Prozent auf andere Tätigkeiten (z.B. Forschung, Supervision). Es gaben fast 60 Prozent der befragten Personen an, freie Kapazitäten zu haben und im Durchschnitt wären nach Angabe 17 Stunden pro Monat zusätzlich möglich gewesen. Es gaben 15 Prozent der Befragten an, einen Diagnostik-Kassenvertrag zu haben und 30 Prozent als Wahlpsycholog*innen eingetragen zu sein. Weiters berichtet Hagleitner (2007), dass ein sehr hoher Spezialisierungsgrad hinsichtlich Personengruppen, Störungsbildern und Behandlungsverfahren vorliegt.

Im Rahmen dieser Forschungsarbeit wurden, angelehnt an die Befragung von Hagleitner (2007), teilweise die gleichen Informationen abgefragt und teils darüber hinausgehende. So wurde auch nach dem bestehenden Angebot und nach freien Kapazitäten, jedoch speziell im Bereich der KPB, gefragt. Im Abschnitt Forschungsfragen können die interessierenden Themenbereiche genauer eingesehen werden.

2.3. Zielgruppen

Im Folgenden wird kurz auf die Zielgruppen der KPB eingegangen. Im Wesentlichen ist eine Behandlung von Kindern und Jugendlichen, Erwachsenen und betagten Menschen bzw. Menschen im gerontologischen Bereich möglich (BÖP, 2015). Das unterschiedliche Alter der Klient*innen wird von unterschiedlichen Herausforderungen und Themen begleitet und so sind auch dementsprechend angepasste Methoden und Herangehensweisen erforderlich (vgl. dazu Gatterer, 2008; Gahleitner et al., 2013). Aus diesem Grund kommt auch der Frage der Zielgruppen in dieser Forschungsarbeit ein besonderes Augenmerk zu und es wurden den unterschiedlichen Subgruppen speziell angepasste Fragen vorgegeben. Zum Forschungsinteresse zählen hier die Fragen in welchen Institutionen die subgruppen-spezifischen Klinischen Psycholog*innen tätig sind und welche Störungsgruppen diese behandeln.

Auf die Personengruppen der Erwachsenen wird hier nicht in einem eigenen Punkt eingegangen.

2.3.1. Kinder- und Jugendbereich. Gerade bei der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen besteht große Einigkeit im öffentlichen Diskurs, dass für diese Altersgruppe eine flächendeckende Versorgung wichtig ist (Brickner, 2025). Eine Vielzahl von psychischen Störungen beginnt im Kindes- und Jugendalter und daher ist eine frühzeitige Diagnostik und Intervention gerade in diesem Bereich sehr wichtig (Petermann, 2011). Die Realität, was die Versorgungslage betrifft, sieht jedoch ganz anders aus. Ein Bericht der OECD (2009, zitiert nach Gahleitner et al., 2013) hat ergeben, dass mindestens 2.2 Prozent der österreichischen Kinder und Jugendlichen eine psychotherapeutische Behandlung benötigen würden. Der tatsächliche Versorgungsgrad liegt jedoch bei 0.3 Prozent der Betroffenen und somit gibt es

32,300 Kinder und Jugendliche in Österreich, die eine psychotherapeutische Behandlung benötigen würden (Gahleitner et al., 2013).

An dieser Stelle wird die Initiative *Gesund aus der Krise* erwähnt, da diese ein Beispiel für einen österreichweiten Einsatz von KPB, im Rahmen eines Projektes im Kinder- und Jugendbereich, darstellt. Um dem Anstieg von psychischen Belastungen bei jungen Menschen aufgrund von multiplen Krisen (Covid-19-Pandemie, Ukraine-Krieg, Inflation, etc.) in Österreich entgegenzuwirken, wurde die Initiative *Gesund aus der Krise* implementiert (BÖP, 2024). Das Ziel dieser Initiative ist es, dass Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bis zu einem Alter von 21 Jahren österreichweit psychosozial versorgt werden. Die Versorgung soll dabei niederschwellig und ohne lange Wartezeiten erfolgen. Pro Kind bzw. Jugendlicher/Jugendlichem oder junger/jungem Erwachsenen sind 15 kostenlose klinisch-psychologische, gesundheits-psychologische, psychotherapeutische bzw. musiktherapeutische Einheiten im Einzelsetting oder im Gruppensetting möglich (BÖP, 2024). *Gesund aus der Krise* wird vom BÖP in enger Kooperation mit dem Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP) umgesetzt und zur Gänze durch das BMASGPK gefördert (BÖP, 2024). *Gesund aus der Krise* wurde in der Vergangenheit von 01.04.2022 bis 30.06.2023 und von 01.06.2023 bis 30.06.2024 durchgeführt und wurde aktuell wieder ab 15.10.2025 gestartet (BÖP 2023, 2024).

Betrachtet man die Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter zeigt sich, dass am häufigsten Angststörungen verbreitet sind (10.4 %), dann aggressiv-dissoziale Störungen (7.5 %), gefolgt von hyperkinetischen Störungen (4.4 %).

Wie bereits erwähnt, steht hier im Forschungsinteresse, welche Störungsgruppen von den Klinischen Psycholog*innen im Kinder- und Jugendbereich behandelt werden und welches Potential an möglichen zusätzlichen Wochenstunden im Rahmen der KPB bei Klinischen Psycholog*innen bestehen würde.

2.3.2. Gerontologischer Bereich. Menschen im höheren bzw. hohen Alter stehen vor besonderen Herausforderungen, da z.B. Gedächtnisleistungen abnehmen und körperliche Beschwerden oder Krankheiten zunehmen. Dies wirkt sich auch auf die psychische Gesundheit aus.

Einen großen Stellenwert nehmen die Betreuung und Behandlung älterer Menschen ein. Neben sozialen und medizinischen Angeboten nehmen klinisch-

psychologische und psychotherapeutische Unterstützungsangebote bei der Bewältigung von Veränderungen und Krisen an Bedeutung zu (Gatterer, 2008). Bei einer möglichen klinisch-psychologischen Beratung oder Behandlung können Themen wie die Auseinandersetzung mit Altersveränderungen, Verlusterlebnisse, Krankheiten und verändertes Rollenverhalten im Mittelpunkt stehen (Gatterer, 2008).

Die verschiedenen Formen der Demenz, Depressionen und Somatisierungsstörungen zählen zu den häufigsten psychischen Störungen im Alter. Gerade in der klinisch-psychologischen Diagnostik kommt der Unterscheidung bzw. Abgrenzung dieser Erkrankungen von normalen Altersprozessen eine große Rolle zu (Kruse & Re, 2011).

Wie auch bei der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen interessiert im Rahmen dieser Forschungsarbeit welche Störungsgruppen im gerontologischen Bereich behandelt werden und welche Ressourcen im Bereich der KPB an möglichen zusätzlichen Wochenstunden im Rahmen der KPB bei Klinischen Psycholog*innen bestehen würde.

2.4. Methoden

Das Methodeninventar von Klinischen Psycholog*innen im Rahmen der KPB ist sehr vielfältig. Die angewandten Methoden bzw. Interventionen müssen den oben genannten Charakteristika der KPB entsprechen, sind jedoch nicht durch eine psychotherapeutische Schule oder Methode eingeschränkt. Schmid und Steiger-Hirsch (2009) zählen zu den Methoden der KPB u.a. die psychologische Gesprächsführung, Entspannungsverfahren, kognitive Therapie, Biofeedback, Angstmanagement, psychologisches Counselling, Hypnose, kognitives Training (z.B. bei Demenzen), systemische Ansätze und Methoden der Verhaltensmodifikation. Diese Aufzählung stellt keine taxative Aufzählung dar und kann um viele weitere ergänzt werden. Die Methoden der KPB werden „zur Vorbeugung (Prävention), Akutbehandlung und Wiederherstellung (Rehabilitation) eingesetzt“ (Bednar et al., 2013, S. 19). Im Rahmen einer KPB ist es auch üblich, dass mehrere Methoden miteinander kombiniert werden. Weiter wurden für viele Störungsbilder sowie Problemlagen spezielle Behandlungsprogramme entwickelt (Bednar et al., 2013).

Hagleitner (2007) berichtet im Rahmen seiner Befragung, dass mehr als die Hälfte der Klinischen Psycholog*innen die Behandlungsverfahren Problemlösetraining, Gesprächstechniken, Kognitive Umstrukturierung, Imaginative

Techniken, Verfahren zur Verhaltensmodifikation, Entspannungsverfahren, Selbstsicherheitstraining, Soziales Kompetenztraining, Angstbewältigungstraining und Depressionsbehandlungen einsetzt.

Im Rahmen dieser Forschungsarbeit soll die Breite der angewandten Behandlungsmethoden und -interventionen erfasst werden. Da sich Klinische Psycholog*innen oft auf bestimmte Methoden spezialisieren, soll auch dies erhoben werden.

2.5. Indikationen

Im Rahmen der KPB wird von den Klinischen Psycholog*innen „professionelle Unterstützung bei der Bewältigung vorwiegend psychischer, aber auch sozialer und körperlicher Beeinträchtigungen und Störungen“ (Bednar et al., 2013, S. 9) angeboten. Die Einordnung der psychischen Störungsbilder erfolgt durch die Klassifikationssysteme ICD-10/ICD-11 und DSM-5. Die Auflistung aller psychischer Störungsbilder und Problemlagen würde den Rahmen dieser Arbeit übersteigen. Laut Schmid und Steiger-Hirsch (2009, S. 3) liegt der Schwerpunkt bei „Angststörungen, Depressionen, Stressbeschwerden, chronischen Schmerzen und anderen körperlichen Erkrankungen, bei denen psychische Faktoren eine Rolle spielen“.

Um diesen Bereich mehr zu beleuchten, werden im Rahmen dieser Arbeit Störungsgruppen gebildet (abgeleitet aus der Literatur zu Klinischer Psychologie [siehe Perrez & Baumann, 2011; Kruse, A. & Re, S. 2011; Petermann, 2011]) und erfragt, welche dieser Störungsgruppen allgemein behandelt werden und auf welche sich die Klinischen Psycholog*innen spezialisiert haben.

2.6. Ausbildung

Im § 4 Abs. 1 des Psychologengesetzes 2013 ist geregelt, dass eine Person zur Führung der Bezeichnung *Psychologin* oder *Psychologe* berechtigt ist, wer „...das Studium der Psychologie mit einem Gesamtausmaß von mindestens 300 ECTS Anrechnungspunkten erfolgreich absolviert hat.“ In Absatz 2 und 3 (PIG 2013) werden die - die aktuelle Studienform vorangegangenen - Voraussetzungen zur Führung der Bezeichnung *Psycholog*in* geregelt.

2.6.1. Ausbildung zu Klinischen Psycholog*innen. Die Berufsbezeichnungen *Klinischer Psychologe* und *Klinische Psychologin* sind ebenfalls

durch das Psychologengesetz 2013 gesetzlich geschützt. In diesem Gesetz sind auch die Ausbildung, die Berufspflichten und Rechte der Klinischen Psycholog*innen verbindlich geregelt (Bednar et al., 2013). Um diese Berufsbezeichnungen führen zu dürfen, bedarf es einer postgraduellen Ausbildung in Klinischer Psychologie. Nach § 7 Abs. 1 des Psychologengesetzes 2013 darf diese Ausbildung nur beginnen, wer die Bezeichnung *Psychologin* bzw. *Psychologe* gemäß § 4 Abs. 1 führen darf. Wie bereits oben genauer beschrieben wurde, muss dafür aktuell das Universitätsstudium der Psychologie im Rahmen von 300 ECTS-Punkten absolviert worden sein. Weiter muss die physische, die psychische und persönliche Eignung für diese postgraduelle Ausbildung nachgewiesen werden (§ 7 Abs. 3 PIG 2013).

Die postgraduelle Ausbildung in Klinischer Psychologie beinhaltet eine theoretische und eine praktische Ausbildung und umfasst insgesamt ein Gesamtausmaß von 2500 Stunden. Diese Stundenanzahl teilt sich auf den theoretischen Erwerb fachlicher Kompetenzen (340 Einheiten), die praktische Fachausbildungstätigkeit (2098 Stunden) und eine diese Fachausbildungstätigkeit begleitende Supervision im Ausmaß von zumindest 120 Einheiten auf. Weiter sind 76 Einheiten Selbsterfahrung im Zusammenhang mit der Berufsausbildung zu absolvieren (§ 8 Abs. 1 PIG 2013). Hat man diese ein- bis zweijährige Ausbildung absolviert, ist eine Eintragung in die Berufsliste der Klinischen Psycholog*innen des Gesundheitsministeriums möglich (BMASGPK, 2025). An dieser Stelle soll noch erwähnt sein, dass Klinische Psycholog*innen zu kontinuierlichen Fort- und Weiterbildungen verpflichtet sind (BÖP, 2019).

Da die Bedingungen der postgraduellen Ausbildung in Klinischer Psychologie innerhalb der Berufsgruppe auch immer wieder einmal kritisch betrachtet werden (z.B. Finanzierung, Mangel an Fachausbildungsstellen), sollen im Rahmen dieser Arbeit, die Einstellungen der Klinischen Psycholog*innen zu dieser erhoben werden.

2.6.2. Spezialisierungen. Mit dem Psychologengesetz 2013 wurde die Möglichkeit geschaffen, in die Berufsliste der Klinischen Psycholog*innen (BMASGPK, 2025) bis zu vier Spezialisierungen eintragen zu lassen. Gleiches ist auch im Bereich der Gesundheitspsychologie möglich. Im Bereich der Klinischen Psychologie ist die Eintragung der Spezialisierungen Gerontopsychologie, Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie, Klinische Neuropsychologie, Notfallpsychologie und Schmerzpsychologie möglich. Im Bereich der Gesundheitspsychologie sind dies

die Spezialisierungen auf Gerontopsychologie und Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie. Als Voraussetzung müssen „zumindest 120 Einheiten theoretisches Weiterbildungscurriculum sowie eine mehrjährige berufliche schwerpunktspezifische Tätigkeit nachgewiesen werden (§ 20 Abs. 5 und § 29 Abs. 5 Psychologengesetz 2013). Es muss ein breites Spektrum an Störungsbildern, einschlägiger Diagnostik und Handlungskompetenz (Interventions-, Behandlungs-, und Beratungskompetenzen) im Spezialisierungsbereich abgedeckt werden.“ (BÖP, 2025).

Spezialisierungen können jedoch auch informell, also ohne Eintragung in die Berufsliste des BMSGPK (2025) erfolgen, indem die Klinischen Psycholog*innen Fort- und Weiterbildungen in einem bestimmten Bereich absolvieren. Gerade im Bereich der KPB ist es auch möglich, dass eine Spezialisierung auf bestimmte Behandlungsmethoden oder auf die Behandlung von gewissen Störungsbildern erfolgt. Im Rahmen dieser Arbeit soll erhoben werden, welche Spezialisierungen die Befragten der Stichprobe aufweisen.

2.7. Abgrenzung zur Psychotherapie

Nach § 6 Abs. 1 des Psychotherapiegesetzes 2024 (PThG 2024, 2025) ist Psychotherapie die „bewusste, geplante und umfassende Anwendung von wissenschaftlichen Methoden der psychotherapiewissenschaftlichen Ausrichtungen (Cluster) Humanistische Therapie, Psychoanalytisch-Psychodynamische Therapie, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie in einer therapeutischen Beziehung“.

In Österreich sind insgesamt 23 Therapiemethoden anerkannt, die sich den vier oben genannten Grundorientierungen bzw. Cluster zuordnen lassen. Diese vier psychotherapiewissenschaftlichen Ausrichtungen unterscheiden sich insofern, als in der Theorie von unterschiedlichen Menschenbildern ausgegangen wird (BMSGPK, 2024). Diese wiederum liegen dem professionellen Handeln zugrunde. Grob gesagt unterscheiden sich diese Menschenbilder in den Fragen, was einen Menschen ausmacht, ob Menschen gut oder böse sind, was ihre Werte und ihre Ziele sind und wie Veränderung geschieht (BMSGPK, 2024).

Auf die einzelnen psychotherapeutischen Grundorientierungen wird im Rahmen dieser Forschungsarbeit nicht näher eingegangen, da dies nicht das zentrale Forschungsinteresse darstellt. Psychotherapeutische Methoden scheinen sehr heterogen zu sein, doch vereinen sie gemeinsame Struktur- und Prozessmerkmale, die zwar nicht die Fülle der Wirkung der einzelnen Methoden erklären,

aber aus denen allgemeine Charakteristika abgeleitet werden können (Perrez & Baumann, 2011).

Baumann und Perrez (2011, S. 42) schreiben in einem anderen Kapitel, dass es zwischen der Psychologie und der Psychotherapie ein besonderes Naheverhältnis gibt und dass aus der Sicht der wissenschaftlichen Klinischen Psychologie die Psychotherapie als Teilgebiet der Klinischen Psychologie gesehen werden kann. Aber was unterscheidet nun die Psychotherapie von der KPB?

Laireiter (2017) betont ebenfalls die Verbindung der KPB und der Psychotherapie durch die Idee des Behandlungsansatzes und des metatheoretischen Rahmens. Weiter diskutiert er in seinem Artikel Unterschiede zwischen der KPB und den verschiedenen psychotherapeutischen Behandlungsansätzen. Diese werden im Folgenden dargestellt.

Als ersten Unterschied nennt er Non-Selektivität und Non-Reduktionismus. Die KPB ist nicht auf einige wenige theoretische Grundüberzeugungen oder Grundannahmen, eine bestimmte psychotherapeutische Schule, Theorie oder Philosophie beschränkt. Durch diese Offenheit des Behandlungsansatzes kann die KPB – je nach Störungsbild, Zielgruppe, Altersgruppe, Zielsetzung und Behandlungsform - flexibel angewendet werden. Sie stützt sich auf das gesamte Wissen der Psychologie und vor allem auf das der Klinischen Psychologie, der Neuropsychologie und der neuropsychologischen, neurokognitiven und gesundheitspsychologischen Wissensbestände. Somit besteht ein Zugang zu allen wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen und Interventionen, ohne durch ein bestimmtes Menschenbild oder eine philosophische Schule eingeschränkt zu werden (Laireiter, 2017).

Als zweites wird die Orientierung an Wissenschaft und Forschung genannt. Wesentlich an der KPB ist, dass sie nicht auf den Lehren oder Interpretationen einzelner Personen oder deren Schriften basiert, sondern sich an wissenschaftlichen Erkenntnissen und Forschungsergebnissen orientiert. Dadurch steht hinter der KPB ein dynamisches, offenes System, das kontinuierlich neue Forschungsergebnisse integriert und sich weiterentwickelt (Laireiter, 2017).

Der nächste Unterschied bezieht sich auf Empirismus und Evaluation. Die KPB ist an empirischer Forschung und der Evaluation ihrer Methoden, Verfahren und Behandlungsprogrammen ausgerichtet. Diese werden regelmäßig evaluiert und

weiterentwickelt und so kann die empirische Orientierung in allen Einsatzbereichen gesichert werden (Laireiter, 2017).

Als viertes wird das rationale Welt- und Menschenbild genannt. Die KPB beruht auf einem empirischen, rationalen Wissenschaftsverständnis und folgt daher einem naturwissenschaftlich geprägten Zugang. Somit erfolgt eine Abgrenzung zu tiefenpsychologischen und/oder phänomenologischen oder geisteswissenschaftlichen Zugängen zur Generierung von Wissen. Jedoch werden Methoden aus anderen Ansätzen - wie z.B. der Tiefenpsychologie - angewendet, sofern diese empirisch evaluiert und als wirksam belegt sind (Laireiter, 2017).

Der nächste Unterschied trägt die Bezeichnung *Umfassender Ansatz* vs. *Einzelmethode*. Die KPB verfolgt einen umfassenden, integrativen Ansatz und stützt sich nicht auf eine einzelne Methode. Sie nutzt eine Vielzahl unterschiedlicher Methoden und Ansätze, die je nach Ziel, Problemstellung und Aufgabe angepasst werden können (Laireiter, 2017).

Zuletzt wird noch der Unterschied *Medizinisches Modell* und *klinische Behandlung* genannt. Die KPB orientiert sich primär am medizinischen Modell der Psychotherapie. Dieses Modell versteht Psychotherapie als eine zielgerichtete, regelgeleitete Intervention, basierend auf Diagnostik und dem Einsatz spezifischer Methoden zur Reduktion von Leidenszuständen. Das kontextuelle Modell sieht den Beziehungsprozess zwischen Therapeut*in und Patient*in als zentralen Faktor an (Wampold, 2011 zitiert nach Laireiter, 2017). Trotz dieser methodischen Ausrichtung berücksichtigt die KPB jedoch auch Beziehungseinflüsse, Klient*innenfaktoren und Therapeut*innenmerkmale als wirksame Elemente an (Laireiter, 2017).

2.8. Einstellungen der Klinischen Psycholog*innen

Da die vorliegende explorative Forschungsarbeit beabsichtigt, den Bereich der KPB in einem umfangreichen Ausmaß zu beleuchten, erschien es im Rahmen der Konzeption sinnvoll, auch die Einstellungen der Klinischen Psycholog*innen zu ausgewählten Themenbereichen zu erheben. Oft haben die ausführenden Personen eines bestimmten Tätigkeitsbereiches Praxiserfahrungen, deren Kenntnis zu neuen Forschungsfragen bzw. zu Wissen über etwaige Interessensgebiete oder mögliche Problemfelder führen können. Daher wurden die Klinischen Psycholog*innen nach ihren Einstellungen bzw. ihrer Meinung zu den Themen Wichtigkeit und Eignung der

KPB, Eignung für bestimmte Störungsgruppen, Beurteilung der eigenen Kompetenz und Hürden und Problemfelder bei der Ausübung der KPB befragt.

Im Rahmen der Literaturrecherche konnten kaum Studien gefunden werden, die sich mit den Einstellungen der Klinischen Psycholog*innen zum Thema KPB befassen. Hagleitner (2007) berichtet Ergebnisse, die er im Rahmen seiner Befragung von Klinischen Psycholog*innen ($N= 1,177$) erhoben hat. Dazu hat er zwei offene Fragen zum Thema *Barrieren bei der Inanspruchnahme* gestellt. Einerseits fragte er nach den Problemfeldern in freier Praxis. 72 Prozent der Befragten gaben auf diese Frage *Fehlende Finanzierung* an, 42.3 Prozent *Mangelnde Bekanntheit des Angebots*, 17.3 Prozent *Ängste*, 4.8 Prozent *Konkurrenz zu anderen Berufsgruppen* und 4.4 Prozent führten *Mangelhafte Kooperation* an. Auf die Frage nach einem Verbesserungspotenzial in Institutionen gaben die Klinischen Psycholog*innen die Antworten *Mehr Zeit für Patientinnen und Patienten*, *Mehr Personal/zusätzliche KP*, *Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit*, *Höhere Akzeptanz der klinisch-psychologischen Tätigkeit*, *Verbesserung der Raumausstattung* und *Bessere Bezahlung für klinische Psychologinnen und Psychologen an* (Bei diesen Ergebnissen wurden seitens des Autors keine Prozentangaben angeführt).

Um hier einen möglichen Vergleich anstellen zu können, wurden ähnliche Fragen in die vorliegende Befragung implementiert.

II. Empirischer Teil

3. Zielsetzung der Studie

Das vorrangige Ziel der Studie ist es, den noch kaum erforschten Bereich der KPB explorativ zu beforschen und so Daten zu erhalten, wie sich die tatsächliche Ausübung der KPB in Österreich gestaltet. Das Augenmerk gilt einer allgemeinen Betrachtung der anwendenden Klinischen Psycholog*innen, der KPB selbst sowie Fragen zu den Einstellungen der Klinischen Psycholog*innen rund um den Bereich der Klinischen Psychologie und vor allem der KPB. Da es unter anderem in anderen Ländern kein zur KPB identes Konzept gibt, liegt noch wenig Literatur zu diesem Thema vor. Die KPB weist ein definiertes und über das Spektrum der Psychotherapie hinausgehendes Konstrukt auf, welches durch spezielle Charakteristika definiert ist (Feselmayer & Beiglböck, 2011). Ein weiteres Ziel ist es, die Umsetzung dieser

Charakteristika in der täglichen Arbeit der Klinischen Psycholog*innen näher zu betrachten.

Ein weiteres Vorhaben der Studie ist es, basierend auf den deskriptiven Ergebnissen der Studie, weiterführende Analysen durchzuführen. Ausgehend von der Gesamtheit der Ergebnisse gilt es darüber hinaus im Sinne eines explorativen Vorgehens Vorschläge für zukünftige Forschungen, das Thema betreffend, zu erarbeiten.

4. Fragestellungen

Im folgenden Abschnitt werden die in dieser Studie untersuchten Fragestellungen und Hypothesen dargestellt.

Da es zu den in dieser Studie untersuchten Fragestellungen nahezu keine vorliegenden Studienergebnisse gibt und aufgrund des explorativen Vorgehens, wurden für diese Untersuchung ausschließlich Forschungsfragen und keine Hypothesen formuliert. Die Forschungsfragen werden in fünf Bereiche unterteilt, um bei der großen Menge an Daten die Übersichtlichkeit bewahren zu können. Wie es bei explorativen Studien gängig ist, wurden nach Erhebung und Sichtung der erhobenen Forschungsfragen vier Hypothesen als *Weiterführende Analysen* formuliert.

4.1. Forschungsfragen

Im folgenden Kapitel werden die im Vorhinein formulierten Forschungsfragen sowie die im Nachhinein erstellten weiterführenden Hypothesen aufgelistet.

Für den ersten Bereich *Deskriptive Beschreibung und Filterfragen* erfolgt keine Bezeichnung als Forschungsfrage, da diese nicht als diese definiert wurden, sondern als Fragen zur deskriptiven Beschreibung der Stichprobe sowie zur Zuteilung zu den Subgruppen.

Da die Darstellung der Forschungsergebnisse der genannten Logik der Einteilung nach Bereichen folgt, werden innerhalb dieser Bereiche Forschungsfragen dargestellt, die den bereits genannten Subgruppen zuzuordnen sind. Damit diese erkennbar sind, wird neben der Überschrift der jeweiligen Forschungsfrage die Subgruppe genannt. Folgende Subgruppen werden in der abgekürzten Bezeichnung genannt:

- Klinische Psycholog*innen im niedergelassenen Bereich: Niedergelassene KP's
- Klinische Psycholog*innen im institutionellen Bereich: KP's in Institutionen
- Klinische Psycholog*innen ohne Psychotherapieausbildung: KP's ohne PT-Ausbildung
- Klinische Psycholog*innen mit Psychotherapieausbildung: KP's mit PT-Ausbildung
- Klinische Psycholog*innen im Kinder- und Jugendbereich: KP's Kinder- u. Jugendbereich
- Klinische Psycholog*innen im gerontologischen Bereich: KP's Geronto-Bereich

Wird eine dieser Subgruppen-Bezeichnungen angeführt, wurde diese Forschungsfrage nur bei dieser Subgruppe erhoben. Wird keine derartige Bezeichnung angegeben, beziehen sich die Forschungsfragen auf die gesamte Stichprobe.

4.1.1. Bereich Deskriptive Beschreibung und Filterfragen.

1. Wie setzt sich die Stichprobe in Bezug auf Alter, Geschlecht und Bundesland zusammen?
2. Wie viele Klinische Psycholog*innen haben eine Psychotherapieausbildung abgeschlossen?
3. Wie viele Klinische Psycholog*innen befinden sich in einer Psychotherapieausbildung?
4. Wie viele Klinische Psycholog*innen sind überwiegend mit Kindern und Jugendlichen tätig?
5. Wie viele Klinische Psycholog*innen sind überwiegend im gerontologischen/geriatrischen Bereich tätig?

4.1.2. Bereich Tätigkeitsprofil.

4.1.2.1. Forschungsfrage 1. Wie gestaltet sich das Tätigkeitsprofil der Klinischen Psycholog*innen?

4.1.2.2. Forschungsfrage 2. In welchem Beschäftigungsverhältnis sind Klinische Psycholog*innen tätig?

4.1.2.3. Forschungsfrage 3. (Subgruppe: KP's in Institutionen) In welcher Anstellungsform sind Klinische Psycholog*innen tätig?

4.1.2.4. Forschungsfrage 4. (Subgruppe: KP's in Institutionen) In welchen Arten von Institutionen sind Klinische Psycholog*innen tätig?

4.1.2.5. Forschungsfrage 5. (Subgruppe: Niedergelassene KP's) Wie viele Klinische Psycholog*innen arbeiten in Gruppenpraxen und wie viele in Einzelpraxen?

4.1.2.6. Forschungsfrage 6. (Subgruppe: Niedergelassene KP's) Wie lange besteht eine Tätigkeit als Klinische*r Psycholog*in in freier Praxis?

4.1.2.7. Forschungsfrage 7. (Subgruppe: Niedergelassene KP's) Wie viele Klinische Psycholog*innen haben im Rahmen der Diagnostik einen Kassenvertrag oder sind in die Wahlpsycholog*innenliste des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger eingetragen?

4.1.2.8. Forschungsfrage 8. Welche klinisch-psychologischen Leistungen werden angeboten?

4.1.2.9. Forschungsfrage 9. Wie viele Stunden sind Klinische Psycholog*innen pro Woche tätig (inklusive Tätigkeiten im gesundheitspsychologischen sowie psychotherapeutischen Bereich)?

4.1.2.10. Forschungsfrage 10. Wie teilt sich die durchschnittliche wöchentliche Arbeitsleistung der Klinischen Psycholog*innen auf die Bereiche Diagnostik, Behandlung, Beratung, organisatorische Tätigkeiten und andere Tätigkeiten (z.B. Forschung, Supervision) auf?

4.1.2.11. Forschungsfrage 11. Wie viele Klinische Psycholog*innen haben sich auf bestimmte Personengruppen (Kinder/Jugendliche, Erwachsene, Personen im höheren und hohen Erwachsenenalter sowie Hochbetagte, Paare, Familien) spezialisiert?

4.1.2.12. Forschungsfrage 12. Wie viele Klinische Psycholog*innen haben sich auf die Behandlung bestimmter Störungsbilder spezialisiert und auf welche?

4.1.2.13. Forschungsfrage 13. Wie viele Klinische Psycholog*innen haben sich auf die Behandlung bestimmter Funktionsstörungen spezialisiert und auf welche?

4.1.2.14. Forschungsfrage 14. Wie viele Klinische Psycholog*innen haben sich auf bestimmte Behandlungs-verfahren spezialisiert und auf welche?

4.1.3. Bereich Klinisch-psychologische Behandlung.

4.1.3.1. Forschungsfrage 15. Wie lange sind Klinische Psycholog*innen im Rahmen der klinisch-psychologischen Behandlung tätig?

4.1.3.2. Forschungsfrage 16. Wie lange dauert eine klinisch-psychologische Behandlung im Durchschnitt?

4.1.3.3. Forschungsfrage 17. Wie viele Einheiten umfasst eine klinisch-psychologische Behandlung im Durchschnitt?

4.1.3.4. Forschungsfrage 18. Wie lange dauert eine Einheit klinisch-psychologischer Behandlung?

4.1.3.5. Forschungsfrage 19. In welcher Frequenz findet klinisch-psychologische Behandlung im Durchschnitt statt?

4.1.3.6. Forschungsfrage 20. Wie viele Klient*innen werden durchschnittlich pro Tag behandelt?

4.1.3.7. Forschungsfrage 21. Welche Altersgruppen werden im Rahmen der KPB behandelt?

4.1.3.8. Forschungsfrage 22. In welchen Anteilen werden im Rahmen der KPB Einzel-, Paar-, Gruppen- oder Familienbehandlungen durchgeführt?

4.1.3.9. Forschungsfrage 23. In welchen Arbeitsbereichen wird KPB durchgeführt?

4.1.3.10. Forschungsfrage 24. Welche psychischen bzw. psychosomatischen Störungsbilder werden mittels KPB behandelt?

4.1.3.11. Forschungsfrage 25. Welche allgemeinen Behandlungstechniken werden im Rahmen der KPB angewandt?

4.1.3.12. Forschungsfrage 26. Welche allgemeinen Wirkfaktoren einer therapeutischen Behandlung werden seitens der Klinischen Psycholog*innen aus deren Erfahrung heraus als wirksam erlebt?

4.1.3.13. Forschungsfrage 27. Wie oft werden im Rahmen der KPB therapeutische Behandlungspläne (im Sinne eines für den Einzelfall individuell erstellten Therapieplans) eingesetzt?

4.1.3.14. Forschungsfrage 28. Wie wichtig wird der Einsatz von Behandlungsplänen (im Sinne eines für den Einzelfall individuell erstellten Therapieplans) im Rahmen der KPB beurteilt?

4.1.3.15. Forschungsfrage 29. In welcher Form findet im Rahmen der KPB eine Evaluation dieser statt?

4.1.3.16. Forschungsfrage 30. In welchem Ausmaß und aus welchen psychotherapeutischen Schulen bzw. Verfahren werden Methoden oder Techniken im Rahmen der KPB angewandt?

4.1.3.17. Forschungsfrage 31. (KP's mit PT-Ausbildung) Sind Klinische Psycholog*innen mit Psychotherapieausbildung ausschließlich im Rahmen ihrer ausgebildeten psychotherapeutischen Schule tätig?

4.1.3.18. Forschungsfrage 32. (KP's mit PT-Ausbildung) Wie behandeln Klinische Psycholog*innen mit Psychotherapieausbildung Störungen oder Probleme die durch ihre Methode indikatorisch nicht abgedeckt sind? Werden Methoden der KPB angewandt?

4.1.3.19. Forschungsfrage 33. (KP's mit PT-Ausbildung) Wie viel Prozent der Klinischen Psycholog*innen mit Psychotherapieausbildung arbeiten mit der erlernten psychotherapeutischen Methode und wie viel mit Methoden der KPB oder anderer psychotherapeutischer Methoden?

4.1.3.20. Forschungsfrage 34. (Niedergelassene KP's) Wie viele Klinische Psycholog*innen führen eine Warteliste?

4.1.3.21. Forschungsfrage 35. (Niedergelassene KP's) Wie lange dauert es bei Patient*innen, die auf einer Warteliste bei niedergelassenen Klinischen Psycholog*innen geführt werden, bis sie einen Behandlungsplatz erhalten?

4.1.3.22. Forschungsfrage 36. (Niedergelassene KP's) Sind Klinische Psycholog*innen im Rahmen der KPB gänzlich ausgelastet oder bestehen ungenützte Ressourcen und wie viele Stunden könnten diese pro Woche zusätzlich anbieten?

4.1.3.23. Forschungsfrage 37. (Niedergelassene KP's) Wie viele Klinische Psycholog*innen würden sich um einen Vertrag mit den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern bemühen, wenn KPB als Kassenleistung anerkannt werden würde und in welchem Ausmaß könnten sie KPB anbieten?

4.1.3.24. Forschungsfrage 38. (KP's ohne PT-Ausbildung) Wie oft erleben es Klinische Psycholog*innen ohne Psychotherapieausbildung, dass an KPB interessierte, anfragende Klient*innen aufgrund der fehlenden Verrechnbarkeit mit den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern, eine Behandlung nicht beginnen?

4.1.3.25. Forschungsfrage 39. (KP's mit PT-Ausbildung) Welche Rolle spielt die Verrechnung der angebotenen bzw. durchgeführten Leistungen von

Klinischen Psycholog*innen mit Psychotherapieausbildung im niedergelassenen Bereich?

4.1.4. Bereich Ausbildung.

4.1.4.1. Forschungsfrage 40. Wann haben Klinische Psycholog*innen mit der Ausbildung in Klinischer Psychologie begonnen bzw. wann haben jene die bereits vor 1990 klinisch-psychologisch praktiziert haben (keine formale Ausbildung vorhanden), mit der Tätigkeit als Klinische Psycholog*innen begonnen?

4.1.4.2. Forschungsfrage 41. Wie viele Klinische Psycholog*innen haben die Ausbildung zur Klinischen Psychologin/zum Klinischen Psychologen nach dem alten Psychologengesetz (Psychologengesetz 1990 [BGBl. Nr. 361/1990]) oder nach dem neuen Psychologengesetz (Psychologengesetz 2013 [BGBl. Nr. 182/2013]) absolviert?

4.1.4.3. Forschungsfrage 42. Wie zufrieden sind Klinische Psycholog*innen mit der theoretischen und praktischen postgraduellen Ausbildung zu Klinischen Psycholog*innen?

4.1.4.4. Forschungsfrage 43. Wo und in welcher Intensität werden Problemfelder bei der postgraduellen Ausbildung in Klinischer Psychologie gesehen?

4.1.4.5. Forschungsfrage 44. In welchem Jahr ließen sich Klinische Psycholog*innen in die Berufsliste des Sozialministeriums eintragen?

4.1.4.6. Forschungsfrage 45. In welchen Berufslisten des Gesundheitsministeriums sind Klinische Psycholog*innen eingetragen?

4.1.4.7. Forschungsfrage 46. Welche Spezialisierungen haben Klinische Psycholog*innen in der Spezialisierungsliste des Gesundheitsministeriums eingetragen?

4.1.4.8. Forschungsfrage 47. Welche Fort- und Weiterbildungen haben Klinische Psycholog*innen im Bereich KPB und Beratung absolviert? (Gefragt wurde hier nach speziellen Fort- und Weiterbildungen zu Verfahren oder Techniken, die in der Klinischen Psychologie allgemeine Verbreitung finden und keiner Psychotherapieausbildung bedürfen)

4.1.4.9. Forschungsfrage 48. (KP's mit PT-Ausbildung) Wie viele Klinische Psycholog*innen haben bereits eine Psychotherapieausbildung abgeschlossen und in welchen Therapiemethoden wurde das Fachspezifikum absolviert?

4.1.4.10. Forschungsfrage 49. (KP's mit PT-Ausbildung) Wie viele Klinische Psycholog*innen absolvierten zum Zeitpunkt der Befragung eine Psychotherapieausbildung und in welchen Psychotherapiemethoden?

4.1.4.11. Forschungsfrage 50. (KP's mit PT-Ausbildung) Welche Beweggründe haben Klinische Psycholog*innen eine Psychotherapie-ausbildung zu absolvieren?

4.1.4.12. Forschungsfrage 51. (KP's Kinder- u. Jugendbereich) Wie viele Klinische Psycholog*innen, die im Kinder- und Jugendbereich tätig sind, haben ein Spezialisierungscurriculum in „Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie“ absolviert?

4.1.4.13. Forschungsfrage 52. (KP's Geronto-Bereich) Wie viele Klinische Psycholog*innen, die im gerontologischen Bereich tätig sind, haben ein Spezialisierungscurriculum in „Gerontopsychologie“ absolviert?

4.1.5. Bereich Einstellungen.

4.1.5.1. Forschungsfrage 53. Welche Wichtigkeit wird der KPB als Bestandteil der psychosozialen Versorgung im österreichischen Gesundheitssystem seitens der Klinischen Psycholog*innen zugeschrieben?

4.1.5.2. Forschungsfrage 54. Für welche Störungsgruppen eignet sich die Behandlung mittels KPB laut Meinung der Klinischen Psycholog*innen wie gut?

4.1.5.3. Forschungsfrage 55. (KP's Kinder- u. Jugendbereich) Wie gut eignen sich Methoden der KPB erfahrungsgemäß zur Behandlung von Personen im Kinder- und Jugendbereich?

4.1.5.4. Forschungsfrage 56. (KP's Kinder- u. Jugendbereich) Bei welchen Störungen bzw. Störungsgruppen im Kindes- und Jugendalter eignet sich die Behandlung mittels Methoden der KPB wie gut?

4.1.5.5. Forschungsfrage 57. (KP's Geronto-Bereich) Wie gut eignen sich Methoden der KPB erfahrungsgemäß zur Behandlung von Personen im gerontologischen Bereich?

4.1.5.6. Forschungsfrage 58. (KP's Geronto-Bereich) Bei welchen Störungen bzw. Störungsgruppen im gerontologischen Bereich eignet sich die Behandlung mittels Methoden der KPB wie gut?

4.1.5.7. Forschungsfrage 59. Wie beurteilen Klinische Psycholog*innen ihre eigene Kompetenz im Sinne eines Professionsbewusstseins in der Arbeit im klinischen Spektrum?

4.1.5.8. Forschungsfrage 60. Wie beurteilen Klinische Psycholog*innen ihre eigene Kompetenz in Bezug auf die Bereiche Diagnostik, Begutachtung und Befunderstellung, Beratung und Coaching, Behandlung/Therapie, Krisenintervention und -beratung, Interdisziplinäre Kooperation?

4.1.5.9. Forschungsfrage 61. Welche Hürden werden seitens der Klinischen Psycholog*innen bei der Ausübung der KPB in Österreich in freier Praxis gesehen?

4.1.5.10. Forschungsfrage 62. Welche Problemfelder werden seitens der Klinischen Psycholog*innen bzgl. der Ausübung der KPB in Institutionen gesehen?

4.1.5.11. Forschungsfrage 63. Was würde es seitens der Klinischen Psycholog*innen brauchen, dass diese KPB zukünftig anbieten, wenn sie es noch nicht tun?

4.2. Weiterführende Analysen

Bei explorativen bzw. erkundenden Untersuchungen ist es unter anderem das Ziel, in einem kaum erforschten Untersuchungsbereich neue Hypothesen zu generieren oder ein Forschungsfeld näher zu beleuchten, um so die Voraussetzungen zu schaffen, neue Hypothesen formulieren zu können (Bortz & Döring, 2013). Da bei der vorliegenden Forschungsarbeit bereits - aufgrund des quantitativ-explorativen Charakters – eine große Datenmenge vorliegt, wurden weiterführende Analysen durchgeführt, welche im Zuge der Auswertung der Ergebnisse überlegt und generiert wurden.

An dieser Stelle soll erwähnt sein, dass aus dem vorliegenden Datensatz noch weitere Analysen durchgeführt werden könnten. Aufgrund der vielen unterschiedlichen Forschungsfragen und somit Forschungsdaten könnten noch weitere Zusammenhangs- oder Unterschiedshypothesen erstellt sowie Mediator- und Moderator-Modelle generiert und überprüft werden. Da dies jedoch den Umfang dieser Arbeit übersteigen würde, wurde eine Auswahl an interessierenden Analysen getroffen, welche im Folgenden eingesehen werden können.

Zu folgenden Hypothesen wurden im Rahmen der Literaturrecherche keine richtungsweisenden Theorien oder Erkenntnisse die Personengruppe betreffend eingesehen. Daher erfolgt die Annahme der Hypothesen ohne Richtungsweisung. Lediglich bei der Hypothese 1 wurde von einem einseitigen Zusammenhang ausgegangen, da davon ausgegangen wurde, dass Übung die Sicherheit in einer bestimmten Kompetenz steigert.

Fragestellung 1: Besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der selbst wahrgenommenen Kompetenz der Klinischen Psycholog*innen in klinisch-psychologischer Behandlung/Therapie und der Dauer an praktizierter KPB?

Hypothese 1: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der selbst wahrgenommenen Kompetenz der Klinischen Psycholog*innen in klinisch-psychologischer Behandlung/Therapie und der Dauer an praktizierter KPB.

Fragestellung 2: Besteht ein Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Kompetenz der Klinischen Psycholog*innen bei der Arbeit im klinisch-psychologischen Bereich und der Art der Beschäftigungsform?

Hypothese 2: Es besteht ein Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Kompetenz der Klinischen Psycholog*innen bei der Arbeit im klinisch-psychologischen Bereich und der Art der Beschäftigungsform.

Fragestellung 3: Besteht ein Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Kompetenz der Klinischen Psycholog*innen bei der Arbeit im klinisch-psychologischen Bereich und des Vorliegens einer zusätzlichen psychotherapeutischen Ausbildung (Doppelqualifikation)?

Hypothese 3: Es besteht ein Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Kompetenz der Klinischen Psycholog*innen bei der Arbeit im klinisch-psychologischen Bereich und des Vorliegens einer zusätzlichen psychotherapeutischen Ausbildung (Doppelqualifikation).

Fragestellung 4: Besteht ein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der theoretischen und praktischen Ausbildung in Klinischer Psychologie und der jeweils gültigen Rechtsnorm (PIG 1990 vs. PIG 2013) zum Zeitpunkt der Ausbildung?

Hypothese 4: Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der theoretischen und praktischen Ausbildung in Klinischer Psychologie und der jeweils gültigen Rechtsnorm (PIG 1990 vs. PIG 2013) zum Zeitpunkt der Ausbildung.

5. Methodik

5.1. Stichprobenkriterien

Die Befragung richtete sich an Klinische Psycholog*innen, die zum Zeitpunkt der Erhebung in Österreich klinisch-psychologisch tätig waren oder dies im letzten Jahr vor der Befragung (2020) waren (Grundgesamtheit). Es wurden auch jene Klinische Psycholog*innen befragt, welche zum Zeitpunkt der Befragung bereits eine Psychotherapieausbildung abgeschlossen hatten oder sich in einer Psychotherapieausbildung befanden. Als weitere Subgruppen wurden jene definiert, welche überwiegend im Kinder- und Jugendbereich oder im gerontologischen Bereich tätig waren.

Als Sampling-Methode wurde ein nicht-probabilistisches Sampling gewählt. Es erfolgte die Auswahl einer gezielten bzw. bewussten Stichprobe sowie als Gelegenheitsstichprobe. Die Auswahl erfolgte anhand des Kriteriums einer aktuell oder vor einem Jahr (2020) vorliegenden klinisch-psychologischen Tätigkeit und des Kriteriums der Zugänglichkeit zu den Proband*innen anhand der Erreichbarkeit per E-Mail, in Social Media oder per Schneeball-Prinzip. Dies diente u.a. dazu, eine möglichst große Stichprobengröße zu erreichen.

Sämtliche Informationen zur Datenerhebung können in den folgenden Kapiteln 5.2. *Studiendesign* und 5.3. *Untersuchungsdurchführung* nachgelesen werden.

Die in die Auswertung aufgenommene Stichprobe setzt sich aus 374 Personen (N) zusammen. Insgesamt hatten 531 Personen mit der Bearbeitung des Fragebogens begonnen. Als Einschlusskriterium wurde eine Bearbeitung bis zur dritten Seite des Fragebogens definiert, um jene Fälle auszuschließen, welche lediglich ihre demografischen Daten angegeben hatten. Den Fragebogen hatten 276 Personen bis zur letzten Seite bearbeitet.

Betrachtet man nur die Anzahl der abgeschlossenen Fragebögen ($n= 276$) ergibt sich zum Stand Juni 2025 (11,878 in die Berufsliste des Gesundheitsministerium eingetragene Klinische Psycholog*innen [BMASGPK, 2025]) eine Rücklaufquote von 2.3 Prozent.

5.1.1. Deskriptive Beschreibung der Stichprobe. Von den 374 Personen sind 317 (84.8 %) Personen weiblich und 57 (15.2 %) männlich. Die Antwortalternativen *divers* oder *andere Bezeichnung* wurden in der Stichprobe nicht

gewählt. Das Durchschnittsalter beträgt 43.7 Jahre ($SD= 9.4$). Die jüngste Person ist 26 Jahre und die älteste ist 75 Jahre alt. Die klinisch-psychologische Tätigkeit üben 117 Personen (28.1 %) in Wien, 78 Personen (18.7 %) in Oberösterreich, 74 Personen (17.7 %) in Niederösterreich, 59 Personen (14.1 %) in der Steiermark, 29 Personen (7.0 %) in Tirol, 22 Personen (5.3 %) in Kärnten, 18 Personen (4.3 %) in Salzburg, 13 Personen (3.1 %) in Burgenland und 7 Personen (1.7 %) in Vorarlberg aus. Insgesamt wurden hier 417 Antworten gegeben (Item mit Mehrfachantworten), was bedeutet, dass einige Klinische Psycholog*innen in zwei oder mehr Bundesländern tätig sind.

Die Gesamtanzahl der Stichprobe (N) kann bei den unterschiedlichen Berechnungen variieren, da Fälle mit vermutlichen Eingabefehlern (z.B. Angabe Alter von 4, 5 oder 6 Jahren) ausgeschlossen wurden, sowie durch die subgruppenspezifische Anpassung des Fragebogens, nicht alle Items der gesamten Stichprobe vorgegeben wurden.

5.2. Studiendesign

Bei der Studie handelt es sich um eine explorative und deskriptive Fragebogenstudie im Rahmen eines querschnittlichen Designs.

Explorative Studien werden dann durchgeführt, wenn der Wissensstand in einem Interessensbereich noch sehr gering ist. Ziel ist es, erste Einblicke zu erhalten (Stein, 2019). Deskriptive Forschungen werden eingesetzt, um einen definierten Gegenstandsbereich umfassend zu beschreiben. Hier stehen Fragen nach der Verteilung von bestimmten Merkmalen im Zentrum des Interesses (Stein, 2019). Im Weiteren können deskriptive und explorative Studien herangezogen werden, um eine Grundlage für Verallgemeinerungen in Folgestudien bereitzustellen (Stein, 2019). Laut Bortz und Döring (2013, S. 50) sind explorative Untersuchungen „relativ wenig normiert und lassen der Phantasie und dem Einfallsreichtum des Untersuchenden viel Spielraum“.

Die Befragung wurde mittels einer Online-Erhebung auf der Plattform [soscisurvey.de](https://www.soscisurvey.de) durchgeführt. Die 63 Forschungsfragen wurden mittels 86 Items zur Beantwortung vorgegeben. Die Forschungsfragen wurden dabei auf die drei Teilbereiche Beschreibung der Klinischen Psycholog*innen und deren Tätigkeitsfelder, Ausführung und Anwendung der KPB sowie Einstellungen der Klinischen Psycholog*innen zu Themen der KPB aufgeteilt.

Um den selbst erstellten Fragebogen auf dessen Qualität und Dauer der Bearbeitung hin zu testen, wurde ein Pre-Test mit drei Klinischen Psycholog*innen durchgeführt. Die Dauer der Bearbeitung betrug dabei zwischen 25 und 40 Minuten. Die unterschiedliche Dauer ist durch die Vorgabe von Filterfragen bedingt, welche eine individuell angepasste und somit benutzerfreundlichere Befragung gewährleisten sollte. Es wurden theoriegeleitet vier Subgruppen gebildet, welchen bestimmte Forschungsfragen zugeordnet sind. Somit konnte durch die Verwendung der Filterfragen eine effizientere und somit für die Proband*innen kürzere Befragung erreicht werden.

Die vier Subgruppen sind:

- Klinische Psycholog*innen ohne Psychotherapieausbildung
- Klinische Psycholog*innen mit Psychotherapieausbildung (inklusive jener, die zu dem Zeitpunkt den Status *Psychotherapeut*in in Ausbildung unter Supervision* trugen)
- Klinische Psycholog*innen im Kinder- und Jugendbereich
- Klinische Psycholog*innen im gerontologischen Bereich

Darüber hinaus wurden auch weitere Items nur dann vorgegeben, wenn diese für die Proband*innen zutreffend waren. Zum Beispiel bekamen Klinische Psycholog*innen, welche ausschließlich im niedergelassenen Bereich tätig waren, keine Fragen zum institutionellen Bereich vorgegeben und umgekehrt. Waren die Personen in beiden tätig, bekamen sie auch alle Items zu beiden Bereichen angezeigt. Aus diesem Grund variiert die Größe der Stichprobe (N) bei den unterschiedlichen Items auffallend hoch.

5.3. Untersuchungsdurchführung

Die Rekrutierung der Proband*innen erfolgte mittels Mail-Aussendung an alle in der Berufsliste des Gesundheitsministeriums (BMASGPK, 2021) angeführten Klinischen Psycholog*innen, welche selbst eine E-Mail-Adresse angegeben hatten. Darüber hinaus wurde die Einladung der Studie über das Konzept des *Schneeballprinzips* an mir bekannte Klinische Psycholog*innen geschickt, welche die Einladung in weiterer Folge an ihnen bekannte Klinische Psycholog*innen weitergeleitet hatten. Um eine noch breitere Reichweite zu erlangen, postete ich die Einladung zur Studie in einschlägigen Gruppen auf Facebook, wie *Pioniere der Klinischen Psychologie*, *Psychologie Netzwerk Österreich*, etc. Nach insgesamt vier Wochen wurden die per

E-Mail kontaktierten Klinischen Psycholog*innen im Rahmen einer Erinnerung nochmals gebeten, an der Studie teilzunehmen. Personen die um eine Streichung aus dem Mail-Verteiler gebeten haben, wurden aus diesem entfernt. Auf der ersten Seite der Online-Befragung wurden die Teilnehmer*innen auf die Dauer der Bearbeitung, die Freiwilligkeit der Bearbeitung des Fragebogens, auf die Anonymität und auf die Möglichkeit, die Befragung jederzeit abbrechen zu können (informed consent), hingewiesen (siehe Anhang A).

Der Zeitraum der Befragung dauerte von 28. Mai 2021 bis 15. August 2021 (ca. 2,5 Monate). Es wurden ca. 5,500 Einladungen zur Studie per Mail versandt. Der Einladungslink wurde insgesamt 1,095-mal angeklickt.

5.4. Statistische Auswertung

5.4.1. Voraussetzungen für die Berechnungen. Für die Überprüfung des in Hypothese 1 vermuteten Zusammenhangs, wird die Spearman-Rangkorrelation verwendet. Da die im Fragebogen verwendeten Items selbst erstellt wurden und die Abstände zwischen den Werten somit nicht als gleichmäßig betrachtet werden können, kann nicht von einem metrischen Skalenniveau ausgegangen werden. Somit ist eine Verwendung der Pearson-Korrelation nicht zulässig. Bei der Spearman-Rangkorrelation müssen die Rangplätze entweder gleichabständig sein oder intervallskalierte Rohwerte in Rangplätze überführt worden sein. Eine Prüfung der Linearität ist hier nicht vorgesehen und die Spearman-Rangkorrelation ist relativ robust gegenüber Ausreißern (Bühner & Ziegler, 2009).

Für die Berechnung eines etwaigen Zusammenhangs bei Hypothese 2 bis 4 wurde der Kontingenzkoeffizient herangezogen. Da bei diesen Analysen bei mindestens einer Variable ein nominales Skalenniveau vorliegt, kann auch keine Spearman-Rangkorrelation verwendet werden.

In Form einer Kreuztabelle können zwei nominalskalierte oder ordinalskalierte Variablen miteinander in Beziehung gebracht werden und mit einem Chi-Quadrat-Verteilungstest kann überprüft werden, ob es signifikante Kategorienkombinationen gibt. Das daraus berechnete Zusammenhangsmaß ist der Kontingenzkoeffizient. Der Kontingenzkoeffizient kann, so wie andere Korrelationskoeffizienten, eine Größe von null bis eins annehmen ($0 < C < 1$) (Zöfel, 2003).

Zur Beurteilung der Korrelationskoeffizienten (r) wird folgende Einstufung des Korrelationskoeffizienten nach Zöfel (2003) herangezogen:

$|r| < 0.2$ sehr geringe Korrelation

$0.2 < |r| < 0.5$ geringe Korrelation

$0.5 < |r| < 0.7$ mittlere Korrelation

$0.7 < |r| < 0.9$ hohe Korrelation

$0.9 < |r| < 1$ sehr hohe Korrelation

Im Rahmen dieser Untersuchung wird das Signifikanzniveau (p) auf .05 festgelegt. Das bedeutet, dass bei einem p kleiner als .05 von einem signifikanten Zusammenhang ausgegangen wird.

Folgende 3 Signifikanzstufen nach Zöfel (2003) werden herangezogen:

$p < 0.05$ signifikant *

$p < 0.01$ sehr signifikant **

$p < 0.001$ höchst signifikant ***

5.4.2. Spezialfall Mehrfachantworten. Im Rahmen der Befragung war es bei einigen Fragen möglich, mehrere Antworten auf eine Frage zu geben. Dies wurde bei der Erstellung des Fragebogens im Vorhinein bei Items definiert, wo das Zulassen von Mehrfachnennungen theoretisch begründet ist. Bei diesen Fragen erfolgte ein eindeutiger Hinweis, dass mehrere Antworten gewählt werden können. Diese Möglichkeit der Mehrfachnennungen führt zu einer Besonderheit bei der Darstellung von Prozentwerten. Aus diesem Grund enthalten die Tabellen bzw.

Ergebnisdarstellungen von Items mit Mehrfachnennungen zwei Angaben zu den Prozentwerten, welche sich auf die Häufigkeiten beziehen. Einerseits wird die Spalte bzw. der Wert *Prozent* angegeben, welcher sich auf die Gesamtzahl der Angaben (z.B. es wurden von 10 Personen insgesamt *50 Angaben* gemacht) bezieht.

Andererseits gibt die Spalte bzw. der Wert *Prozent der Fälle* an, welchen Prozentanteil die gezählten Antworten in Bezug auf die Stichprobe (n) bei dem jeweiligen Item ausmacht (in dem oben genannten Beispiel beträgt die *Stichprobe 10*).

Es werden bei der Ergebnisdarstellung beide Werte angegeben, da sich der Wert *Prozent* auf die Gesamtzahl der Nennungen des Items bezieht und somit insgesamt hundert Prozent ergibt. Der Wert *Prozent der Fälle* wiederum zeigt die oft

interessantere Darstellung an, wie viele Personen der Stichprobe diese Auswahlmöglichkeit gewählt haben. Der Unterschied der beiden Werte ist exemplarisch sehr gut in *Tabelle 2* auf Seite 45 zu sehen.

5.4.3. Abweichende Stichprobenzahlen und fehlende Werte. Wie bereits im Kapitel 5.2. *Studiendesign* erwähnt, wurde der Online-Fragebogen so konstruiert, dass den unterschiedlichen Subgruppen nur dann eine Frage vorgegeben wurde, wenn diese für die Person relevant war. Z.B. wurden Klinischen Psycholog*innen in Institutionen keine Fragen über die klinisch-psychologische Tätigkeit im niedergelassenen Bereich vorgegeben. Diese Vorgehensweise führt dazu, dass die Stichprobenanzahl bei den einzelnen Fragen variiert. Daher wurde auf die Angabe der *Fehlenden Werte* bei der Ergebnisdarstellung verzichtet, da diese keine Aussagekraft haben. Diese Entscheidung soll der Leserin/dem Leser das Studium der Ergebnisse erleichtern. Auf die Stichprobenanzahl wurde bereits im Kapitel 5.1. *Stichprobenkriterien* eingegangen.

6. Ergebnisdarstellung

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der durchgeführten Analysen dargestellt. Wie bereits erwähnt, werden hier die Ergebnisse von 63 Forschungsfragen dargestellt.

Die soziodemografische Beschreibung der Stichprobe wurde bereits im Kapitel 5.1.1. dargestellt. Die weitere Darstellung der Ergebnisse folgt der bereits genannten Einteilung nach Bereichen. Zu Beginn werden die Ergebnisse der Filterfragen dargestellt, welche für die Einteilung zu den Subgruppen vorgegeben wurden. Danach werden die Ergebnisse der einzelnen Bereiche dargestellt.

Im Kapitel 4.1. *Forschungsfragen* wurde bereits bei den Forschungsfragen auf die Kennzeichnung der Subgruppen hingewiesen. Zur Erinnerung werden hier die Subgruppen, samt den dazugehörigen Abkürzungen, wiederholt, um eine genaue Zuordnung der Ergebnisse zu erleichtern.

- Klinische Psycholog*innen im niedergelassenen Bereich: Niedergelassene KP's
- Klinische Psycholog*innen im institutionellen Bereich: KP's in Institutionen
- Klinische Psycholog*innen ohne Psychotherapieausbildung: KP's ohne PT-Ausbildung

- Klinische Psycholog*innen mit Psychotherapieausbildung: KP's mit PT-Ausbildung
- Klinische Psycholog*innen im Kinder- und Jugendbereich: KP's Kinder- u. Jugendbereich
- Klinische Psycholog*innen im gerontologischen Bereich: KP's Geronto-Bereich

Ist eine Subgruppen-Bezeichnung angeführt, kann das Ergebnis nur dieser Subgruppe zugeordnet werden, da es speziell für diese Subgruppe vorgegeben oder im Nachhinein ausgewertet wurde. Wird keine derartige Bezeichnung angegeben, bezieht sich das Ergebnis auf die gesamte Stichprobe.

6.1. Filterfragen Subgruppen

Die Vorgabe der Filterfragen diente bei der Befragung der Zuteilung zu den vier Subgruppen, welche die Bearbeitung des Fragebogens ökonomischer gestalten sollte.

Es gaben 49 (13.1 %) Personen ($n=314$) an, eine Psychotherapieausbildung abgeschlossen zu haben und in die Psychotherapeutenliste nach § 17 des Psychotherapiegesetzes eingetragen zu sein (Filterfrage 1). 265 Personen (70.9 %) verneinten diese Frage. Auf die zweite Filterfrage ($n=314$) antworteten 15 Personen (4.8 %), dass sie sich in einer Psychotherapieausbildung befinden und die Bescheinigung *Psychotherapeut*in in Ausbildung unter Supervision* führen, während sich 16 Personen (5.1 %) in einer Psychotherapieausbildung, ohne dieser Bescheinigung, befanden. 283 Personen (90.1 %) gaben an, sich in keiner Psychotherapieausbildung zu befinden. Im Rahmen der dritten Filterfrage ($n=314$) gaben 144 Personen (38.5 %) an, überwiegend im Kinder- und Jugendbereich klinisch-psychologisch tätig zu sein. Bei der vierten Filterfrage ($n=314$) gaben insgesamt 56 Personen (17.8 %) an, überwiegend im gerontologischen/geriatrischen Bereich klinisch-psychologisch tätig zu sein.

6.2. Bereich Tätigkeitsprofil der Klinischen Psycholog*innen

6.2.1. Forschungsfrage 1.

*Wie gestaltet sich das Tätigkeitsprofil der Klinischen Psycholog*innen?*

Im Rahmen ihres Berufes gehen die Klinischen Psycholog*innen folgenden Tätigkeiten nach. 353 Personen (43 %) üben im Rahmen ihrer Tätigkeit eine klinisch-

psychologische Tätigkeit aus, 250 Personen (30.5 %) eine gesundheitspsychologische Tätigkeit, 84 Personen (10.2 %) eine psychotherapeutische Tätigkeit, 59 Personen (7.2 %) eine Tätigkeit in der Arbeits-, Organisations- oder Wirtschaftspsychologie, 38 Personen (4.6 %) eine Tätigkeit in der Schul- oder Bildungspsychologie, 24 Personen (2.9 %) eine Tätigkeit in der Forensischen Psychologie oder Rechtspsychologie, 8 Personen (1 %) eine Tätigkeit in der Verkehrspsychologie und 4 Personen (0.5 %) haben angegeben, dass sie keiner psychosozialen Tätigkeit nachgehen.

6.2.2. Forschungsfrage 2.

*In welchem Beschäftigungsverhältnis sind Klinische Psycholog*innen tätig?*

Auf die Frage nach dem Beschäftigungsverhältnis gaben 123 Personen (34.7 %) an, selbständig in freier Praxis tätig zu sein. 69 Personen (19.5 %) befanden sich in einem Angestellten- oder Vertragsbedienstetenverhältnis, während 144 Personen (40.7 %) angaben, selbständig und in einem Angestellten- oder Vertragsbedienstetenverhältnis tätig zu sein. 18 Personen (5.1 %) wählten die Option *Anderes* (z.B. Werkvertrag, Karenz, freie*r Dienstnehmer*in) ($n = 354$).

6.2.3. Forschungsfrage 3. (Subgruppe: KP's in Institutionen)

*In welcher Anstellungsform sind Klinische Psycholog*innen tätig?*

160 Personen (63 %) gaben an, als Angestellte tätig zu sein, 27 Personen (10.6 %) als Vertragsbedienstete, 19 Personen (7.5 %) als Freie Dienstnehmer*innen, 12 Personen (4.7 %) mit einem Werkvertrag und 10 Personen (3.9 %) wählten die Option *Anderes* (z.B. Beamter/Beamtin, geringfügig beschäftigt) ($n = 254$).

6.2.4. Forschungsfrage 4. (Subgruppe: KP's in Institutionen)

*In welchen Arten von Institutionen sind Klinische Psycholog*innen tätig?*

Der folgenden *Tabelle 1* kann entnommen werden, in welchen Institutionen Klinische Psycholog*innen tätig sind.

Tabelle 1*Klinische Psycholog*innen in Institutionen (Mehrfachantworten)*

Institutionen	n	Prozent	Kumulierte Prozent	Prozent der Fälle
Andere	35	14.9	14.9	18.3
Einrichtung des Bildungs- und Sozialwesens	34	14.5	29.4	17.8
Ambulatorium, Beratungsstelle	32	13.6	43.0	16.8
Allgemeines Krankenhaus	25	10.6	53.6	13.1
Rehabilitationskliniken/Kuranstalten	21	8.9	62.5	11
Allgemeines Krankenhaus (Psychiatrische oder Neurologische Abteilung)	19	8.1	70.6	9.9
Psychiatrisches Krankenhaus	17	7.2	77.8	8.9
Einrichtung für behinderte Menschen	15	6.4	84.2	7.9
Sonstige Bildungseinrichtung	9	3.8	88.0	4.7
Universität	8	3.4	91.4	4.2
Kinder- und Erziehungsheim	7	3	94.4	3.7
Heime und Anstalten des Straf- und Maßnahmenvollzuges	6	2.6	97.0	3.1
Kinderklinik bzw. -ambulatorium	3	1.3	98.3	1.6
Einrichtung für betagte Menschen	3	1.3	99.6	1.6
Sucht-/Drogenklinik	1	0.4	100.0	0.5
Gesamt ^a	235	100		123.0

^a Anmerkung. Gesamt ergibt sich aus Mehrfachnennungen; n= 191.

Im Rahmen dieser Frage war es möglich offene Antworten zu geben, welche hier der Kategorie *Andere* zugeordnet werden. Zusammengefasst wurden folgende Institutionen durch die Klinischen Psycholog*innen ergänzt: Arbeitsmedizinisches Zentrum, Behörde der Kinder- und Jugendhilfe, Behörden allgemein, Beratungsfirma, Betreuungsstellen, Diverse Bundesministerien, Familien- und Jugendgerichtshilfe, Geriatriische Klinik, Kinderschutzzentrum, Klinik für Psychosomatik, Nachsorgezentren, Neurologisches Krankenhaus, Öffentlich-rechtliche Stellen, mobile sozialpsychiatrische Betreuung, NGO bzw. Erzdiözese/Pfarre, Bildungseinrichtungen, Stellungskommission des Bundesheeres, Gesetzliche Versicherungsträger, Zentrum für tiergestützte Therapie.

6.2.5. Forschungsfrage 5. (Subgruppe: Niedergelassene KP's)

*Wie viele Klinische Psycholog*innen arbeiten in Gruppenpraxen und wie viele in Einzelpraxen?*

Von den Klinischen Psycholog*innen, die im niedergelassenen Bereich tätig sind ($n=264$), gaben 149 Personen (56.4 %) an, in einer Einzelpraxis tätig zu sein und 105 Personen (39.8 %) in einer Gruppen- oder Gemeinschaftspraxis. 10 (3.8 %) Personen machten hierzu keine Angabe.

6.2.6. Forschungsfrage 6. (Subgruppe: Niedergelassene KP's)

*Wie lange besteht eine Tätigkeit als Klinische*r Psycholog*in in freier Praxis?*

Im Durchschnitt gaben die Befragten ($n=285$) an, 10.1 ($SD=8.25$) Jahre als Klinische Psycholog*innen tätig zu sein. Teilt man die Antworten auf Kategorien auf, zeigt sich die Verteilung folgendermaßen. 137 Personen (48.1 %) gaben an, zwischen 1 bis 7 Jahre in freier Praxis tätig zu sein, 71 Personen (24.9 %) zwischen 8 bis 14 Jahre, 51 Personen (17.9 %) zwischen 15 bis 21 Jahre, 16 Personen (5.6 %) zwischen 22 bis 28 Jahre, 6 Personen (2.1 %) zwischen 29 bis 35 Jahre und 4 Personen (1.4 %) zwischen 36 und 42 Jahre.

6.2.7. Forschungsfrage 7. (Subgruppe: Niedergelassene KP's)

*Wie viele Klinische Psycholog*innen haben im Rahmen der Diagnostik einen Kassenvertrag oder sind in die Wahlpsycholog*innenliste des Hauptverbandes eingetragen?*

Von den 243 Klinischen Psycholog*innen, die diese Frage beantwortet haben, gaben 13 Personen an (5.3 %) einen Kassenvertrag mit einem gesetzlichen Krankenversicherungsträger zu haben, 57 Personen (23.5 %) sind eingetragene Wahlpsycholog*innen und 173 Personen (71.2 %) hatten nichts von beidem.

6.2.8. Forschungsfrage 8.

Welche klinisch-psychologischen Leistungen werden angeboten?

Wie in *Tabelle 2* ersichtlich ist, stellt die Klinisch-psychologische Behandlung die häufigste Leistung der Klinischen Psycholog*innen dar. Sämtliche Ergebnisse zu dieser Forschungsfrage können in *Tabelle 2* eingesehen werden.

Tabelle 2*Leistungen von Klinischen Psycholog*innen (Mehrfachantworten)*

Leistungen	n	Prozent	Kumulierte Prozent	Prozent der Fälle
Klinisch-psychologische Behandlung/Psychologische Therapie	333	16.0	16.0	94.1
Beratung	329	15.8	31.8	92.9
Diagnostik	232	11.2	43.0	65.5
Krisenintervention	206	9.9	52.9	58.2
Maßnahmen zur Förderung der Krankheitsbewältigung und -verarbeitung	195	9.4	62.3	55.1
Training sozialer Kompetenzen	153	7.4	69.6	43.2
Prävention	144	6.9	76.6	40.7
Coaching	138	6.6	83.2	39.0
Kognitive Trainings	107	5.1	88.3	30.2
Schmerzpsychologie	77	3.7	92.0	21.8
Rehabilitative Maßnahmen	74	3.6	95.6	20.9
Notfallpsychologie	53	2.5	98.2	15.0
Sonstiges	38	1.8	100.0	10.7
Gesamt ^a	2079	100.0		587.3

Anmerkung. ^a Gesamt ergibt sich aus Mehrfachnennungen; n= 354.

6.2.9. Forschungsfrage 9.

*Wie viele Stunden sind Klinische Psycholog*innen pro Woche tätig (inklusive Tätigkeiten im gesundheitspsychologischen sowie psychotherapeutischen Bereich)?*

Die befragten Personen (n= 345) gaben an durchschnittlich 28 Stunden pro Woche (SD= 12.26) tätig zu sein. Der Median ließ sich hier bei 30 Wochenstunden feststellen; mit einem Minimum von 2 und einem Maximum von 60 Wochenstunden.

6.2.10. Forschungsfrage 10.

*Wie teilt sich die durchschnittliche wöchentliche Arbeitsleistung der Klinischen Psycholog*innen auf die Bereiche Diagnostik, Behandlung, Beratung, organisatorische Tätigkeiten und andere Tätigkeiten (z.B. Forschung, Supervision) auf?*

Die Aufteilung der wöchentlichen Arbeitsleistung der Klinischen Psycholog*innen kann der *Tabelle 3* entnommen werden.

Tabelle 3

Aufteilung der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitsleistung (Mehrfachantworten)

Arbeitsbereiche	n	M	SD	Min	Max
Behandlung/Therapie	294	45.7%	21.6%	0.0%	100.0%
Beratung	276	21.9%	14.9%	0.0%	70.0%
Diagnostik	235	21.4%	20.4%	0.0%	100.0%
Organisatorische Tätigkeiten	279	15.9%	10.1%	0.0%	75.0%
Andere Tätigkeiten (z.B. Forschung, Supervision)	187	10.5%	10.5%	0.0%	70.0%
Gesamt ^a	1271				

Anmerkung. ^a Gesamt ergibt sich aus Mehrfachnennungen; n= 309.

6.2.11. Forschungsfrage 11.

*Wie viele Klinische Psycholog*innen haben sich auf bestimmte Personengruppen (Kinder/Jugendliche, Erwachsene, Personen im höheren und hohen Erwachsenenalter sowie Hochbetagte, Paare, Familien) spezialisiert?*

Wie in *Tabelle 4* einzusehen ist, haben sich 97 Prozent der befragten Personen auf eine oder mehrere Personengruppen spezialisiert.

Tabelle 4

Spezialisierungen auf Personengruppen (Mehrfachantworten)

Spezialisierungen	n	Prozent	Kumulierte Prozent	Prozent der Fälle
Erwachsene	272	36.5	36.5	76.8
Kinder und Jugendliche	174	23.4	59.9	49.2
Familien	110	14.8	74.6	31.1
Personen im höheren und hohen Erwachsenenalter sowie Hochbetagte	75	10.1	84.7	21.2
Paare	68	9.1	93.8	19.2
Andere	24	3.2	97.0	6.8
Keine	22	3.0	100.0	6.2
Gesamt ^a	745	100.0		210.5

Anmerkung. ^a Gesamt ergibt sich aus Mehrfachnennungen; n= 354.

6.2.12. Forschungsfrage 12.

*Wie viele Klinische Psycholog*innen haben sich auf die Behandlung bestimmter Störungsbilder spezialisiert und auf welche?*

Tabelle 5 kann entnommen werden, auf welche Störungsbilder sich Klinische Psycholog*innen spezialisiert haben.

Tabelle 5*Spezialisierung auf Störungsbilder (Mehrfachantworten)*

Störungen	n	Prozent	Kumulierte Prozent	Prozent der Fälle
Depressive Störungen	228	10.5	10.5	64.6
Generalisierte Angststörung	176	8.1	18.6	49.9
Stressabhängige körperliche Beschwerden	173	8.0	26.5	49.0
Posttraumatische Belastungsstörung	165	7.6	34.1	46.7
Panik und Agoraphobie	161	7.4	41.5	45.6
Soziale Phobie	159	7.3	48.8	45.0
Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter	137	6.3	55.1	38.8
Somatoforme Störungen	125	5.7	60.9	35.4
Spezifische Phobien	100	4.6	65.5	28.3
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)	93	4.3	69.7	26.3
Persönlichkeitsstörungen	91	4.2	73.9	25.8
Zwangsstörungen	87	4.0	77.9	24.6
Bipolare Störungen	82	3.8	81.7	23.2
Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit	61	2.8	84.5	17.3
Essstörungen	57	2.6	87.1	16.1
Keine	57	2.6	89.7	16.1
Psychotische Störungen und Schizophrenie	54	2.5	92.2	15.3
Störungen durch Substanzkonsum	46	2.1	94.3	13.0
Drogenmissbrauch und -abhängigkeit	42	1.9	96.3	11.9
Nikotinabhängigkeit	36	1.7	97.9	10.2
Sexuelle Störungen	31	1.4	99.3	8.8
Pathologisches Glücksspielen und vergleichbare Störungen	15	0.7	100.0	4.2
Gesamt ^a	2176	100.0		616.4

Anmerkung. ^a Gesamt ergibt sich aus Mehrfachnennungen; n= 353.

6.2.13. Forschungsfrage 13.

*Wie viele Klinische Psycholog*innen haben sich auf die Behandlung bestimmter Funktionsstörungen spezialisiert und auf welche?*

Der Anteil an Spezialisierungen innerhalb der Stichprobe auf Funktionsstörungen kann *Tabelle 6* entnommen werden.

Tabelle 6*Spezialisierung auf Funktionsstörungen (Mehrfachantworten)*

Funktionsstörungen	n	Prozent	Kumulierte Prozent	Prozent der Fälle
Keine	142	21.7	21.7	40.1
Schlafstörungen	126	19.3	41.0	35.7
Lernstörungen	101	15.5	56.5	28.6
Wahrnehmungsstörungen	99	15.2	71.6	28.0
Gedächtnisstörungen	86	13.2	84.8	24.4
Essstörungen	57	8.7	93.5	16.1
Motorische Störungen	28	4.3	97.8	7.9
Andere	14	2.1	100.0	4.0
Gesamt ^a	653	100.0		184.9

*Anmerkung. ^a Gesamt ergibt sich aus Mehrfachnennungen; n= 354.***6.2.14. Forschungsfrage 14.***Wie viele Klinische Psycholog*innen haben sich auf bestimmte Behandlungsverfahren spezialisiert und auf welche?*

In *Tabelle 7* können die von der Stichprobe angegebenen Spezialisierungen auf Behandlungsverfahren eingesehen werden. 128 (36.9 %) Personen ($n= 347$) haben angegeben sich auf kein Behandlungsverfahren spezialisiert zu haben. Somit haben sich 62.1 % der befragten Klinischen Psycholog*innen auf ein oder mehrere Behandlungsverfahren spezialisiert. Aufgrund der Länge der Tabelle muss diese auf zwei Seiten aufgeteilt werden.

Tabelle 7

Spezialisierung auf Behandlungsverfahren (Mehrfachantworten)

Behandlungsverfahren	n	Prozent	Kumulierte Prozent	Prozent der Fälle
Keine Spezialisierung auf Behandlungsverfahren	128	16.4	16.4	36.9
Entspannungsverfahren	100	12.8	29.2	28.8
Achtsamkeitsbasierende Verfahren (z.B. MBSR)	62	7.9	37.1	17.9
Traumatherapeutische Verfahren - Allgemein	56	7.2	44.3	16.1
Hypnotherapeutische Verfahren (inkl. Klinischer Hypnotherapie)	33	4.2	48.5	9.5
Verhaltenstherapeutische Verfahren	33	4.2	52.8	9.5
Bio-/Neurofeedback	30	3.8	56.6	8.6
Schematherapie	28	3.6	60.2	8.1
Systemisch therapeutische Verfahren	24	3.1	63.3	6.9
Nicht eindeutig zuordenbar	13	1.7	64.9	3.7
Kognitive Trainings/Verfahren	12	1.5	66.5	3.5
Kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren	10	1.3	67.7	2.9
Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)	9	1.2	68.9	2.6
Klinische Hypnose (EFT)	9	1.2	70.0	2.6
Imaginationsverfahren	7	0.9	70.9	2.0
Positiv psychologische Verfahren	7	0.9	71.8	2.0
Schmerztherapeutische Verfahren	7	0.9	72.7	2.0
Stressbewältigungsverfahren	7	0.9	73.6	2.0
Brainspotting/Traumatherapie	6	0.8	74.4	1.7
Dialektisch-behaviorale-Therapie (DBT)	6	0.8	75.2	1.7
Ego-State-therapeutische Verfahren	6	0.8	75.9	1.7
Körperorientierte/-zentrierte Therapie/Verfahren	6	0.8	76.7	1.7
Psychoedukation	6	0.8	77.5	1.7
Sozial-emotionales Kompetenztraining	6	0.8	78.2	1.7
Bindungsgeleitete Interventionen	5	0.6	78.9	1.4
PMR - Progressive Muskelentspannung (nach Jacobson)	5	0.6	79.5	1.4
Spieltherapie (Kindzentrierte-)	5	0.6	80.2	1.4
Aufmerksamkeits- und Konzentrationstraining	4	0.5	80.7	1.2
Autogenes Training	4	0.5	81.2	1.2
Klopptechniken/-therapie (z.B. PEP)	4	0.5	81.7	1.2
Kognitive Umstrukturierung	4	0.5	82.2	1.2
Krisenintervention	4	0.5	82.7	1.2
Kunsttherapeutische Ansätze/Interventionen	4	0.5	83.2	1.2
Methoden zur Behandlung von Autismus (z.B. ABA/VB)	4	0.5	83.7	1.2
Psychoonkologie	4	0.5	84.3	1.2
Ressourcenarbeit/-aktivierung	4	0.5	84.8	1.2
ACT - Acceptance- and Commitment Therapy	3	0.4	85.2	0.9
EFT - Emotionsfokussierte Therapie	3	0.4	85.5	0.9
Existenzanalyse und Logotherapie	3	0.4	85.9	0.9
Expositionsbehandlung (bei Ängsten)	3	0.4	86.3	0.9
Gesprächstherapie/Gesprächszentrierte Verfahren	3	0.4	86.7	0.9
Klienten-/Personenzentrierte Psychotherapie	3	0.4	87.1	0.9
Kognitive Therapie	3	0.4	87.5	0.9
Lerntherapeutische Ansätze/Verfahren	3	0.4	87.8	0.9
Motivational Interviewing	3	0.4	88.2	0.9
Psychoanalytische/-dynamische Verfahren	3	0.4	88.6	0.9
Skills-Training	3	0.4	89.0	0.9
Somatic Experiencing	3	0.4	89.4	0.9
Zürcher Ressourcen Modell (ZRM)	3	0.4	89.8	0.9
Aufstellungsarbeit	2	0.3	90.0	0.6
Embodiment-basierte Verfahren	2	0.3	90.3	0.6
Energetisch psychologische Interventionen/Therapie	2	0.3	90.5	0.6
Hypno-systemische Therapie	2	0.3	90.8	0.6
Metakognitive Therapie	2	0.3	91.0	0.6
Resilienztraining	2	0.3	91.3	0.6
Selbstwertorientierte Verfahren	2	0.3	91.6	0.6
Therapeutisches Zaubern	2	0.3	91.8	0.6
Traumatherapeutische Verfahren - Prä- und perinatale				
Traumaarbeit	2	0.3	92.1	0.6
Yoga (inkl. TreYoga)	2	0.3	92.3	0.6

Anmerkung. ^a Gesamt ergibt sich aus Mehrfachnennungen; n= 347. Fortsetzung der Tabelle auf der nächsten Seite.

Tabelle 7 - Fortsetzung

Spezialisierung auf Behandlungsverfahren (Mehrfachantworten)

Behandlungsverfahren	n	Prozent	Kumulierte Prozent	Prozent der Fälle
5 Säulen der Identität	1	0.1	92.5	0.3
Applied Behavior Analysis (ABA)	1	0.1	92.6	0.3
ADHS-orientierte Behandlungsverfahren	1	0.1	92.8	0.3
Affirmation	1	0.1	92.9	0.3
Aufmerksamkeits- und Konzentrationstraining bei Kindern und Jugendlichen	1	0.1	93.0	0.3
Coaching	1	0.1	93.1	0.3
Legasthenie-orientierte Behandlungsverfahren	1	0.1	93.3	0.3
Biografiearbeit	1	0.1	93.4	0.3
Burnoutprävention	1	0.1	93.5	0.3
Dyskalkulie-Behandlung	1	0.1	93.7	0.3
ED TM (Energy Diagnostic & Treatment Methods)	1	0.1	93.8	0.3
Emotionsregulatorische Verfahren	1	0.1	93.9	0.3
Energiemanagement	1	0.1	94.0	0.3
Ernährungspsychologische Beratung	1	0.1	94.2	0.3
Existenzielles Grounding	1	0.1	94.3	0.3
Externalisierung	1	0.1	94.4	0.3
Familienbrett	1	0.1	94.5	0.3
Frühförderung	1	0.1	94.7	0.3
Gestalttherapie	1	0.1	94.8	0.3
Gestaltpsychologische Methoden	1	0.1	94.9	0.3
Gewaltfreie Kommunikation	1	0.1	95.1	0.3
Imagery Rehearsal Therapy (IRT)	1	0.1	95.2	0.3
Impakt Verfahren	1	0.1	95.3	0.3
Interaktionsanalysen	1	0.1	95.4	0.3
Integrativ-eklektizistische Verfahren	1	0.1	95.6	0.3
Kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren bei Kindern und Jugendlichen	1	0.1	95.7	0.3
Krankheitsbewältigung	1	0.1	95.8	0.3
Leistungstraining	1	0.1	96.0	0.3
Lernen am Modell - Rollen-/Perspektivenübernahme	1	0.1	96.1	0.3
Lerntraining	1	0.1	96.2	0.3
Lösungsfokussierte Methoden	1	0.1	96.3	0.3
Lösungsorientierte Kurzzeittherapie	1	0.1	96.5	0.3
Mindful Self-Compassion (MSC)	1	0.1	96.6	0.3
Motivierende Gesprächsführung	1	0.1	96.7	0.3
MSC	1	0.1	96.9	0.3
Neuropsychologische Therapie	1	0.1	97.0	0.3
Neurolinguistisches Programmieren (NLP)	1	0.1	97.1	0.3
Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)	1	0.1	97.2	0.3
Paartherapie	1	0.1	97.4	0.3
Pädagogische Psychologie	1	0.1	97.5	0.3
Pantomime	1	0.1	97.6	0.3
Philosophie-orientierte Ansätze	1	0.1	97.7	0.3
Provokative Interventionen	1	0.1	97.9	0.3
Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie	1	0.1	98.0	0.3
Psychodrama	1	0.1	98.1	0.3
Psychomotorik	1	0.1	98.3	0.3
Psychosomatische Integration	1	0.1	98.4	0.3
Reframing	1	0.1	98.5	0.3
Behandlung zur Erreichung eines selbstbestimmten und kontrollierten Konsums	1	0.1	98.6	0.3
Sensorische Integration	1	0.1	98.8	0.3
Sindelar-Methode	1	0.1	98.9	0.3
Therapieklettern	1	0.1	99.0	0.3
Tiergestützte Therapie	1	0.1	99.2	0.3
Training exekutiver Funktionen	1	0.1	99.3	0.3
Training sozialer Kompetenzen	1	0.1	99.4	0.3
Trauerbegleitung	1	0.1	99.5	0.3
Traumatherapeutische Verfahren - PITT (Psychodynamisch imaginative Traumatherapie)	1	0.1	99.7	0.3
Traumatherapeutische Verfahren - Traumabezogene Spieltherapie	1	0.1	99.8	0.3
Videogestützte Verfahren	1	0.1	99.9	0.3
Traumatherapeutische Verfahren - EMI (Eye movement integration)	1	0.1	100.0	0.3
Gesamt ^a	781	100.0		188.2

Anmerkung. ^a Gesamt ergibt sich aus Mehrfachnennungen; n= 347.

6.3. Bereich Klinisch-psychologische Behandlung

6.3.1. Forschungsfrage 15.

*Wie lange sind Klinische Psycholog*innen im Rahmen der klinisch-psychologischen Behandlung tätig?*

Im Durchschnitt gaben die befragten Personen ($n = 330$) an, seit 11.6 ($SD = 8.1$) Jahren KPB zu praktizieren. Die Spannweite zeigt sich zwischen einem Jahr (Minimum) und 40 Jahren (Maximum).

6.3.2. Forschungsfrage 16.

Wie lange dauert eine klinisch-psychologische Behandlung im Durchschnitt?

Auf die Frage nach der durchschnittlichen Dauer einer KPB gaben die Proband*innen ($n = 241$) an, dass diese im Mittel 7.1 Monate ($SD = 5.8$) dauern würde. Mit einem Minimum von einem Monat und einem Maximum von 36 Monaten ist die Dauer der Behandlung breit gestreut, wobei die mittleren 50 Prozent zwischen 3 (25%-Perzentil) und 10 Monaten (75%-Perzentil) lagen. Der Median ergab bei dieser Frage 6 Monate.

6.3.3. Forschungsfrage 17.

Wie viele Einheiten umfasst eine klinisch-psychologische Behandlung im Durchschnitt?

Die befragten Klinischen Psycholog*innen ($n = 248$) berichteten, dass eine KPB durchschnittlich 20.4 ($SD = 19.5$) Einheiten umfasst. Das Minimum beträgt hier eine Einheit und das Maximum 130 Einheiten. Betrachtet man die mittleren 50 Prozent zeigt sich eine Häufung zwischen 10 (25%-Perzentil) und 24 (75%-Perzentil) Einheiten. Da hier eine breite Streuung vorliegt, lohnt sich der Blick auf den Median. Der Median liegt bei 15 Einheiten.

6.3.4. Forschungsfrage 18.

Wie lange dauert eine Einheit klinisch-psychologischer Behandlung?

In *Tabelle 8* kann eingesehen werden, wie viele Klinische Psycholog*innen welche Dauer für eine Behandlungseinheit wählen.

Tabelle 8*Dauer einer Behandlungseinheit*

Dauer der Behandlungseinheit	n	Prozent	Kumulierte Prozent
45-50 Einheiten	166	62.6	62.6
60 Minuten	85	32.1	94.7
90 Minuten	7	2.6	97.3
30 Minuten	6	2.3	99.6
mehr als 90 Minuten	1	0.4	100.0
Gesamt	265	100.0	

6.3.5. Forschungsfrage 19.*In welcher Frequenz findet klinisch-psychologische Behandlung statt?*

Die angegebene Frequenz einer KPB kann in *Tabelle 9* eingesehen werden.

Tabelle 9*Frequenz der KPB*

Frequenz	n	Prozent	Kumulierte Prozent
1x pro Woche	109	41.0	41.0
mehr als 1x pro Woche	101	38.0	79.0
alle 2 bis 3 Wochen	50	18.8	97.8
1x pro Monat	3	1.1	98.9
seltener als 1x pro Monat	3	1.1	100.0
Gesamt	266	100.0	

6.3.6. Forschungsfrage 20.*Wie viele Klient*innen werden pro Tag behandelt?*

Im Durchschnitt werden in der Stichprobe ($n = 252$) an einem Arbeitstag im Rahmen der KPB durchschnittlich 4.6 Klient*innen ($SD = 2.1$) behandelt. Das Minimum liegt hier bei 1 und das Maximum bei 22. Betrachtet man die mittleren 50 Prozent zeigt sich die untere Grenze bei 3 (25%-Perzentil) und die obere bei 5.75 Klient*innen (75%-Perzentil) pro Tag. Der Median liegt bei 5 Klient*innen pro Tag.

6.3.7. Forschungsfrage 21.*Welche Altersgruppen werden im Rahmen der KPB behandelt?*

Bei der Frage, welche Altersgruppen die Proband*innen ($n = 266$) im Rahmen der KPB behandeln, waren Mehrfachantworten möglich. Es folgten 133 Angaben

(31 %) Kinder und Jugendliche zu behandeln, 233 Angaben (54.3 %) Erwachsene zu behandeln und 63 Angaben (14.7 %) Personen im höheren und hohen Erwachsenenalter sowie Hochbetagte zu behandeln. Somit behandeln 50 Prozent der Stichprobe Kinder und Jugendliche, 87.6 Prozent Erwachsene und 23.7 Prozent Personen im höheren und hohen Erwachsenenalter sowie Hochbetagte. Im Durchschnitt wählten die Klinischen Psycholog*innen bei dieser Frage 1.6 Antwortmöglichkeiten. Das bedeutet, dass manche Klinische Psycholog*innen zwei oder alle drei Altersgruppen behandeln.

6.3.8. Forschungsfrage 22.

In welchen Anteilen werden im Rahmen der KPB Einzel-, Paar-, Gruppen- oder Familienbehandlungen durchgeführt?

Bei diesem Item wurden die Teilnehmer*innen der Befragung gebeten insgesamt 100 Prozent auf die vier Behandlungssettings, die sie zum Zeitpunkt der Befragung angeboten haben, aufzuteilen. In *Tabelle 10* können die dazugehörigen Ergebnisse eingesehen werden.

Tabelle 10

Anteil an Behandlungssettings (Mehrfachantworten)

Behandlungssettings	n	M	SD	Min	Max
Einzelbehandlung	263	83.7%	18.1%	10.0%	100.0%
Gruppenbehandlung	108	15.5%	19.1%	0.0%	90.0%
Familienbehandlung	130	12.4%	13.5%	0.0%	80.0%
Paarbehandlung	117	8.5%	6.9%	0.0%	40.0%
Gesamt ^a	618				

Anmerkung. ^a Gesamt ergibt sich aus Mehrfachnennungen; n= 263.

6.3.9. Forschungsfrage 23.

In welchen Arbeitsbereichen wird KPB durchgeführt?

Bei der Frage danach, in welchen Arbeitsbereichen KPB durchgeführt wird (n= 265) waren Mehrfachnennungen möglich. 82 Personen (30.9 %) gaben an im stationären institutionellen Bereich (z.B. stationäre Tätigkeit in einem Allgemeinen oder Psychiatrischen Krankenhaus) tätig zu sein, 71 Personen (26.8 %) in einem ambulanten institutionellen Bereich (z.B. Ambulatorien, Beratungsstellen), 24 Personen (9.1 %) in einem sonstigen institutionellen Bereich (z.B. Schul- oder Kindergartenbehörden, Sozialversicherung) und 210 Personen (79.2 %) im

niedergelassenen Bereich (eigene freie Praxis oder Gruppenpraxis). 12 Personen (4.5 %) wählten die Option *Sonstiges*. Insgesamt machten bei diesem Item 265 Personen 399 Angaben.

6.3.10. Forschungsfrage 24.

Welche psychischen bzw. psychosomatischen Störungsbilder werden mittels KPB behandelt?

Bei der nachfolgend dargestellten *Tabelle 11* beziehen sich die Ergebnisse ausschließlich auf die Personengruppe der Erwachsenen. Für die Personengruppe Kinder und Jugendliche können die Ergebnisse weiter unten in *Tabelle 11.1* und für Personen im höheren und hohen Erwachsenenalter in *Tabelle 11.2* eingesehen werden.

Zur Erinnerung: Die Spalte *Prozent* gibt an, welchen Anteil das jeweilige Störungsbild unter allen angeführten Störungsbildern einnimmt, während die Spalte *Prozent der Fälle* angibt, wie viele Klinische Psycholog*innen insgesamt dieses Störungsbild mittels der KPB behandeln.

Tabelle 11

Behandlung von Störungsbildern mittels KPB (Mehrfachantworten)
(Personengruppe: Erwachsene)

Störungsbilder	n	Prozent	Kumulierte Prozent	Prozent der Fälle
Depressive Störungen	218	12.1	12.1	85.8
Stressabhängige körperliche Beschwerden	164	9.1	21.2	64.6
Panik und Agoraphobie	151	8.4	29.6	59.4
Generalisierte Angststörung	149	8.3	37.9	58.7
Posttraumatische Belastungsstörung	141	7.8	45.7	55.5
Soziale Phobie	140	7.8	53.5	55.1
Somatoforme Störungen	124	6.9	60.4	48.8
Persönlichkeitsstörungen	95	5.3	65.7	37.4
Spezifische Phobien	87	4.8	70.5	34.3
Zwangsstörungen	79	4.4	74.9	31.1
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)	65	3.6	78.5	25.6
Bipolare Störungen	61	3.4	81.9	24.0
Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit	55	3.1	85.0	21.7
Essstörungen	46	2.6	87.6	18.1
Störungen durch Substanzkonsum	45	2.5	90.1	17.7
Psychotische Störungen und Schizophrenie	40	2.2	92.3	15.7
Drogenmissbrauch und -abhängigkeit	35	1.9	94.2	13.8
Nikotinabhängigkeit	31	1.7	95.9	12.2
Sexuelle Störungen	30	1.7	97.6	11.8
Andere	27	1.5	99.1	10.6
Pathologisches Glücksspielen und vergleichbare Störungen	14	0.8	100.0	5.5
Gesamt ^a	1797	100.0		707.4

Anmerkung. ^a Gesamt ergibt sich aus Mehrfachnennungen; n= 254.

Tabelle 11.1

Behandlung von Störungsbildern mittels KPB (Mehrfachantworten)
(Personengruppe: Kinder und Jugendliche)

Störungsbilder	n	Prozent	Kumulierte Prozent	Prozent der Fälle
Angststörungen	93	9.4	9.4	81.6
Belastungs- und Anpassungsstörungen	89	9.0	18.4	78.1
Störungen des Sozialverhaltens	82	8.3	26.7	71.9
Affektive Störungen	75	7.6	34.3	65.8
Hyperkinetische Störungen (ADHS)	74	7.5	41.8	64.9
Lernstörungen	67	6.8	48.6	58.8
Emotionale Probleme im Zusammenhang mit Lese- und Rechtschreibstörungen	60	6.1	54.7	52.6
Zwangsstörungen	54	5.5	60.2	47.4
Schlafstörungen	54	5.5	65.7	47.4
Suizidalität	43	4.4	70.1	37.7
Dyskalkulie	37	3.7	73.8	32.5
Autismus	35	3.5	77.3	30.7
Psychische Störungen mit chronischer körperlicher Symptomatik	32	3.2	80.5	28.1
Essstörungen	30	3.0	83.5	26.3
Störungen der Sprache und des Sprechens und Behinderungen	27	2.7	86.2	23.7
Geistige Behinderung	23	2.3	88.5	20.2
Störungen und Probleme bei akuten körperlichen Erkrankungen und medizinischen Behandlungen (z.B. Neoplasmen, Operationen, etc.)	20	2.0	90.5	17.5
Substanzmissbrauchsstörungen	16	1.6	92.5	14.0
Bewegungsstörungen	13	1.3	94.1	11.4
Deprivationsstörungen	12	1.2	95.4	10.5
Schizophrenien	11	1.1	96.6	9.6
Hirnstörungen	9	0.9	97.7	7.9
Sexuelle Störungen	5	0.5	98.6	4.4
Keine	4	0.4	99.1	3.5
Andere	3	0.3	99.5	2.6
Gesamt ^a	988	100.0	100.0	866.6

Anmerkung. ^a Gesamt ergibt sich aus Mehrfachnennungen; n= 114.

Tabelle 11.2

Behandlung von Störungsbildern mittels KPB (Mehrfachantworten)
(Personengruppe: Personen im gerontologischen/geriatrischen Bereich)

Störungsbilder	n	Prozent	Kumulierte Prozent	Prozent der Fälle
Depressive Störungen	39	11.8	11.8	90.7
Angststörungen (allgemein)	38	11.5	23.3	88.4
Demenzielle Störungen	31	9.4	32.7	72.1
Anpassungsstörungen	30	9.1	41.8	69.8
Schlafstörungen	30	9.1	50.9	69.8
Somatoforme Störungen	22	6.6	57.5	51.2
Stressabhängige körperliche Beschwerden	21	6.3	63.8	48.8
Posttraumatische Belastungsstörung	18	5.4	69.2	41.9
Panik und Agoraphobie	15	4.5	73.7	34.9
Persönlichkeitsstörungen	10	3.0	76.7	23.3
Soziale Phobie	10	3.0	79.7	23.3
Bipolare Störungen	9	2.7	82.4	20.9
Psychotische Störungen und Schizophrenie	9	2.7	85.1	20.9
Störungen durch Substanzkonsum	8	2.4	87.5	18.6
Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit	8	2.4	89.9	18.6
Spezifische Phobien	7	2.1	92.0	16.3
Zwangsstörung	5	1.5	93.5	11.6
Essstörungen	5	1.5	95.0	11.6
Sexuelle Störungen	5	1.5	96.5	11.6
Drogenmissbrauch und -abhängigkeit	4	1.2	97.7	9.3
Nikotinabhängigkeit	3	0.9	98.6	7.0
Keine	2	0.6	99.2	4.7
Pathologisches Glücksspielen und vergleichbare Störungen	2	0.6	99.8	4.7
Andere	0	0.0	100.0	0.0
Gesamt ^a	331	100.0		770.0

Anmerkung. ^a Gesamt ergibt sich aus Mehrfachnennungen; n= 43.

6.3.11. Forschungsfrage 25.

Welche allgemeinen Behandlungstechniken werden im Rahmen der KPB angewandt?

In *Tabelle 12* kann eingesehen werden, welche Behandlungstechniken von Klinischen Psycholog*innen im Rahmen der KPB angewandt werden.

Tabelle 12*Angewandte Behandlungstechniken im Rahmen der KPB (Mehrfachantworten)*

Behandlungstechniken	n	Prozent	Kumulierte Prozent	Prozent der Fälle
Psychoedukation	253	4.2	4.2	95.5
Ressourcenaktivierung	250	4.2	8.4	94.3
Psychologische bzw. therapeutische Gesprächstechniken	247	4.1	12.5	93.2
Entspannungsverfahren	230	3.9	16.4	86.8
Motivierende Interventionsstrategien	195	3.3	19.7	73.6
Stressbewältigungstraining/-managementtraining	195	3.3	23.0	73.6
Achtsamkeitsübungen	194	3.3	26.3	73.2
Krisenintervention	187	3.1	29.4	70.6
Lösungsorientierte Fragen und Techniken	187	3.1	32.5	70.6
Imaginative Techniken	186	3.1	35.6	70.2
Depressionsbehandlung	184	3.1	38.7	69.4
Kognitive Umstrukturierung	182	3.1	41.8	68.7
Fördern von Selbstwirksamkeitsüberzeugungen	182	3.1	44.9	68.7
Phantasiereisen	163	2.7	47.6	61.5
Selbstsicherheits- und soziales Kompetenztraining	162	2.7	50.3	61.1
Angstbewältigungsprogramme	157	2.6	52.9	59.2
Hausaufgaben und Verhaltensverträge	151	2.5	55.4	57.0
Wunderfrage	150	2.5	57.9	56.6
Training der Emotionsregulation	143	2.4	60.3	54.0
Arbeit mit Angehörigen	142	2.4	62.7	53.6
Einsatz von Tagebüchern	138	2.3	65.0	52.1
Supportive Gespräche	135	2.3	67.3	50.9
Problemlösetraining	125	2.1	69.4	47.2
Klient(en)zentrierte Gespräche	121	2.0	71.4	45.7
Behandlung von Schlafstörungen	117	2.0	73.4	44.2
Krankheitsbewältigungstraining	117	2.0	75.4	44.2
Methoden der Positiven Psychologie	113	1.9	77.3	42.6
Training zur Verbesserung der Selbstkontrolle	110	1.8	79.1	41.5
Kommunikationstraining	108	1.8	80.9	40.8
Stuhltechniken	107	1.8	82.7	40.4
Wahrnehmungstraining	104	1.7	84.4	39.2
Verhaltensaktivierung	100	1.7	86.1	37.7
Kognitives Training	100	1.7	87.8	37.7
Training zum Aufbau von Gesundheitsverhalten	96	1.6	89.4	36.2
Konfrontative Techniken	94	1.6	91.0	35.5
Körperorientierte Verfahren	92	1.5	92.5	34.7
Sokratischer Dialog/kognitive Umstrukturierung	88	1.5	94.0	33.2
Genusstraining	84	1.4	95.4	31.7
Deutungen und Interpretationen	70	1.2	96.6	26.4
Expositionsbehandlung	61	1.0	97.6	23.0
Gedächtnistraining	53	0.9	98.5	20.0
Operante Verfahren	47	0.8	99.3	17.7
Andere	24	0.4	99.7	9.1
Stressimpfung	12	0.2	100.0	4.5
Gesamt ^a	5956	100.0		2247.6

Anmerkung. ^a Gesamt ergibt sich aus Mehrfachnennungen; n= 265.

6.3.12. Forschungsfrage 26.

*Welche allgemeinen Wirkfaktoren einer therapeutischen Behandlung werden seitens der Klinischen Psycholog*innen aus deren Erfahrung heraus als wirksam erlebt?*

Wie sehr Klinische Psycholog*innen in der Stichprobe die genannten allgemeinen Wirkfaktoren als wirksam erleben, kann in *Tabelle 13* eingesehen werden. Die Beantwortung dieser Frage erfolgte auf einer 7-stelligen Likert-Skala von *Nicht wirksam (1)* bis *Sehr wirksam (7)*.

Tabelle 13

Erlebte Wirksamkeit von Wirkfaktoren

Wirkfaktoren	n	Md	SD	Min	Max
Therapiebeziehung	264	7.0	0.7	2.0	7.0
Patient*innenteilnahme	263	7.0	0.9	2.0	7.0
Veränderungsbereitschaft	263	7.0	1.0	2.0	7.0
Erhöhung der Selbstwirksamkeitserfahrungen	261	6.0	0.9	3.0	7.0
Ressourcenaktivierung	262	6.0	1.0	2.0	7.0
Vermittlung von Bewältigungserfahrungen	260	6.0	1.2	2.0	7.0
Mentalisierung und Selbstreflexivität	258	6.0	1.2	1.0	7.0
Achtsamkeit	262	6.0	1.3	1.0	7.0
Affektregulation	262	6.0	1.1	1.0	7.0
Kognitive Umstrukturierung und Bewältigung	259	6.0	1.3	1.0	7.0
Assimilation problematischer Erfahrungen	254	5.0	1.4	1.0	7.0
Affektives Erleben	256	5.0	1.1	2.0	7.0
Klärung und Einsicht	261	5.0	1.3	1.0	7.0
Erklärungssystem	261	5.0	1.2	1.0	7.0
Abschwächung sozialer Isolation	258	5.0	1.3	1.0	7.0
Korrektive emotionale Erfahrung	260	5.0	1.3	1.0	7.0
Besserungserwartung	261	5.0	1.3	2.0	7.0
Verhaltensregulation	257	5.0	1.3	1.0	7.0
Neue Narration des Selbst	254	5.0	1.4	1.0	7.0
Freisetzung unterdrückter Emotionen (Katharsis)	262	5.0	1.5	1.0	7.0
Problemaktualisierung	259	5.0	1.4	1.0	7.0
Desensibilisierung	260	4.0	1.5	1.0	7.0

Anmerkung. Die Beantwortung des Items erfolgte auf einer 7-stelligen Likert-Skala.

6.3.13. Forschungsfrage 27.

Wie oft werden im Rahmen der KPB therapeutische Behandlungspläne (im Sinne eines für den Einzelfall individuell erstellten Therapieplans) eingesetzt?

Die Häufigkeit der Verwendung eines Behandlungsplans wurde anhand einer 7-stelligen Likert-Skala mit den Endpolen *Nie (1)* und *Immer (7)* erfragt. Die Befragung ($n = 264$) ergab einen Median von 4 ($SD = 1.9$). Das Minimum lag dabei bei 1 und das Maximum bei 7. Betrachtet man die mittleren 50 Prozent, zeigt sich beim 25%-Perzentil ein Wert von 3 und beim 75%-Perzentil ein Wert von 6.

6.3.14. Forschungsfrage 28.

Wie wichtig wird der Einsatz von Behandlungsplänen (im Sinne eines für den Einzelfall individuell erstellten Therapieplans) im Rahmen der KPB beurteilt?

Die Beantwortung auf diese Frage erfolgte auf einer 7-stelligen Likert-Skala mit den Endpolen *Gar nicht wichtig* (1) bis *Sehr wichtig* (7). Die Auswertung ($n = 264$) ergab einen Median von 5 ($SD = 1.8$) mit einem Minimum von 1 und einem Maximum von 7. Die mittleren 50 Prozent liegen zwischen 3 (25%-Perzentil) und 6 (75%-Perzentil).

6.3.15. Forschungsfrage 29.

In welcher Form findet im Rahmen der KPB eine Evaluation dieser statt?

Tabelle 14 kann entnommen werden, in welcher Form die an der Befragung teilnehmenden Klinischen Psycholog*innen die Ergebnisse bzw. den Verlauf ihrer klinisch-psychologischen Behandlungstätigkeit evaluieren.

Tabelle 14

Formen der Evaluation im Rahmen der KPB (Mehrfachantworten)

Evaluationsformen	n	Prozent	Kumulierte Prozent	Prozent der Fälle
Mittels eigener Aufzeichnungen	171	33.7	33.7	64.5
Mittels qualitativer Einschätzungen	124	24.4	58.1	46.8
Mittels Zielerreichungsbeurteilung	120	23.6	81.7	45.3
Mittels standardisierter diagnostischer Skalen	51	10.0	91.7	19.2
Keine Evaluation	24	4.7	96.4	9.1
Andere Formen	18	3.5	100.0	6.8
Gesamt ^a	508	100.0		191.7

Anmerkung. ^a Gesamt ergibt sich aus Mehrfachnennungen; $n = 265$.

6.3.16. Forschungsfrage 30.

In welchem Ausmaß und aus welchen psychotherapeutischen Schulen bzw. Verfahren werden Methoden oder Techniken im Rahmen der KPB angewandt?

In Tabelle 15 kann eingesehen werden, welche psychotherapeutischen Schulen bzw. Verfahren und in welchem Ausmaß - im Rahmen der Ausübung der KPB - angewendet werden. Die Beantwortung dieser Frage erfolgte auf einer 7-stelligen Likert-Skala von *Gar nicht* (1) bis *Sehr oft* (7).

Tabelle 15*Angewandte psychotherapeutische Schulen bzw. Verfahren im Rahmen der KPB*

Psychotherapeutische Schulen bzw. Verfahren	n	Md	SD	Min	Max
Verhaltenstherapie (VT)	262	6.0	1.6	1.0	7.0
Systemische Familientherapie (SF)	250	5.0	2.0	1.0	7.0
Klientenzentrierte Psychotherapie (KP)	252	4.0	2.0	1.0	7.0
Person(en)zentrierte Psychotherapie (PP)	249	4.0	2.0	1.0	7.0
Hypnosepsychotherapie (HY)	248	3.0	2.2	1.0	7.0
Individualpsychologie (IP)	245	2.0	1.8	1.0	7.0
Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP)	244	2.0	1.9	1.0	7.0
Existenzanalyse und Logotherapie nach Frankl (EL)	242	2.0	1.8	1.0	7.0
Integrative Gestalttherapie (IG)	246	2.0	1.7	1.0	7.0
Autogene Psychotherapie (ATP)	246	2.0	1.6	1.0	7.0
Psychodrama (PD)	244	2.0	1.8	1.0	7.0
Analytische Psychologie (AP)	245	2.0	1.6	1.0	7.0
Gestalttheoretische Psychotherapie (GTP)	242	2.0	1.7	1.0	7.0
Integrative Therapie (IT)	244	1.0	1.6	1.0	7.0
Psychoanalyse/Psychoanalytische Psychotherapie (PA)	243	1.0	1.5	1.0	7.0
Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie (PoP)	242	1.0	1.6	1.0	7.0
Transaktionsanalytische Psychotherapie (TA)	243	1.0	1.5	1.0	7.0
Neuro-Linguistische Psychotherapie (NLPT)	243	1.0	1.6	1.0	7.0
Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT)	245	1.0	1.4	1.0	7.0
Existenzanalyse nach Längle (E)	243	1.0	1.5	1.0	7.0
Gruppenpsychoanalyse/Psychoanalytische Psychotherapie (GP)	244	1.0	1.1	1.0	6.0
Daseinsanalyse (DA)	240	1.0	1.2	1.0	7.0
Dynamische Gruppenpsychotherapie (DG)	240	1.0	1.1	1.0	6.0

Anmerkung. Die Beantwortung des Items erfolgte auf einer 7-stelligen Likert-Skala mit den Endpunkten Gar nicht (1) bis Sehr oft (7).

6.3.17. Forschungsfrage 31. (KP's mit PT-Ausbildung)

*Sind Klinische Psycholog*innen mit Psychotherapieausbildung ausschließlich im Rahmen ihrer ausgebildeten psychotherapeutischen Schule tätig?*

Bei dieser Forschungsfrage wurden ausschließlich jene Klinische Psycholog*innen befragt, die eine Psychotherapieausbildung abgeschlossen haben oder sich im Status *Psychotherapeut*in in Ausbildung unter Supervision* befanden. Von dieser Subgruppe ($n = 38$) haben 35 Personen (92.1 %) angegeben, im Rahmen ihrer therapeutischen Tätigkeit auch Methoden anderer psychotherapeutischer Schulen oder der Klinischen Psychologie anzuwenden. Von den 38 Personen gaben 29 (82.9 %) an, auch Methoden der KPB anzuwenden und 27 Personen (77.1 %) wenden auch Methoden anderer psychotherapeutischer Schulen an. 3 Personen (7.9 %) wählten die Option *Nicht zutreffend*.

6.3.18. Forschungsfrage 32. (KP's mit PT-Ausbildung)

*Wie behandeln Klinische Psycholog*innen mit Psychotherapieausbildung Störungen oder Probleme, die durch ihre Methode indikatorisch nicht abgedeckt sind? Werden Methoden der KPB angewandt?*

Von dieser Subgruppe ($n = 38$) gaben 17 Personen (44.7 %) an, dass dies noch nicht vorgekommen sei. 15 Personen (39.5 %) behandeln in diesem Fall mit Methoden der KPB und 12 Personen (31.6 %) gaben an, mit Methoden anderer psychotherapeutischer Verfahren zu arbeiten. 5 Personen (13.2 %) wählten die Option *Andere*. Bei dieser Frage waren Mehrfachantworten möglich.

6.3.19. Forschungsfrage 33. (KP's mit PT-Ausbildung)

*Wie viel Prozent der Klinischen Psycholog*innen mit Psychotherapieausbildung arbeiten mit der erlernten psychotherapeutischen Methode und wie viel mit Methoden der KPB oder anderer psychotherapeutischer Methoden?*

Im Durchschnitt gaben die Klinischen Psycholog*innen mit Psychotherapieausbildung an, im Durchschnitt zu 71.6 Prozent ($SD = 19.7$; $n = 36$; $Min. = 20$; $Max. = 100$) mit der erlernten psychotherapeutischen Methode zu arbeiten, zu 21.7 Prozent ($SD = 17.1$; $n = 33$; $Min. = 0$; $Max. = 80$) mit Methoden der KPB und zu 11.4 Prozent ($SD = 7.6$; $n = 27$; $Min. = 0$; $Max. = 30$) mittels anderer psychotherapeutischer Methoden.

6.3.20. Forschungsfrage 34. (Niedergelassene KP's)

*Wie viele Klinische Psycholog*innen führen eine Warteliste?*

Von den niedergelassenen Klinischen Psycholog*innen ($n = 197$) gaben 31 Personen (15.7 %) an, die überwiegende Zeit in ihrer eigenen Praxis für KPB, eine Warteliste zu führen.

6.3.21. Forschungsfrage 35. (Niedergelassene KP's)

*Wie lange dauert es bei Patient*innen, die auf einer Warteliste bei niedergelassenen Klinischen Psycholog*innen geführt werden, bis sie einen Behandlungsplatz erhalten?*

Im Durchschnitt dauert es bei den an der Befragung teilnehmenden Klinischen Psycholog*innen ($n = 66$) 7.1 Wochen ($SD = 11.6$) bis auf der Warteliste geführte

Klient*innen einen Behandlungsplatz bekommen. Das Minimum in der Stichprobe liegt bei einer Woche und das Maximum bei 80 Wochen.

6.3.22. Forschungsfrage 36. (Niedergelassene KP's)

*Sind Klinische Psycholog*innen im Rahmen der KPB gänzlich ausgelastet oder bestehen ungenützte Ressourcen und wie viele Stunden könnten diese pro Woche zusätzlich anbieten?*

Von den niedergelassenen Klinischen Psycholog*innen ($n = 196$) haben 86 Personen (43.9 %) angegeben, dass im Rahmen der KPB ungenützte Ressourcen bestehen, während 110 Personen (56.1 %) angegeben haben, gänzlich ausgelastet zu sein. 97 Personen haben angegeben im Durchschnitt 5.2 Stunden pro Woche ($SD = 4.3$) zusätzlich an KPB anbieten zu können. Das Minimum liegt hier bei 1 Stunde pro Woche und das Maximum bei 30 Stunden pro Woche. In Summe könnten die 97 Klinischen Psycholog*innen 508 Stunden pro Woche zusätzlich an KPB anbieten.

6.3.23. Forschungsfrage 37. (Niedergelassene KP's)

*Wie viele Klinische Psycholog*innen würden sich um einen Vertrag mit den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern bemühen, wenn KPB als Kassenleistung anerkannt werden würde und in welchem Ausmaß könnten sie KPB anbieten?*

Von den teilnehmenden niedergelassenen Klinischen Psycholog*innen ($n = 249$) würden sich 185 Personen (74.3 %) um einen Kassenvertrag bemühen, wenn KPB als Kassenleistung anerkannt werden würde. 14 Personen (5.6 %) haben angegeben, bereits einen Kassenvertrag zu haben.

Bei Abschluss eines Vertrages mit den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern könnten die Klinischen Psycholog*innen ($n = 181$) im Durchschnitt 14.5 Stunden pro Woche ($SD = 8.2$) an KPB anbieten. Das Minimum liegt hier bei 2 Stunden pro Woche und das Maximum bei 40 Stunden pro Woche. In Summe könnten 2633 Stunden pro Woche an kassenfinanzierter KPB angeboten werden.

6.3.24. Forschungsfrage 38. (KP's ohne PT-Ausbildung)

*Wie oft erleben es Klinische Psycholog*innen ohne Psychotherapieausbildung, dass an KPB interessierte, anfragende Klient*innen aufgrund der fehlenden Verrechnbarkeit mit den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern, eine Behandlung nicht beginnen?*

Die Beantwortung dieser Frage erfolgte auf einer 7-stelligen Likert-Skala von *Nie* (1) bis *Sehr oft* (7). Die Auswertung ($n= 222$) ergab einen Median von 6 ($SD= 1.6$) mit einem Minimum von 1 und einem Maximum von 7. Die mittleren 50 Prozent lagen zwischen den Werten 5 (25%-Perzentil) und 7 (75%-Perzentil).

6.3.25. Forschungsfrage 39. (KP's mit PT-Ausbildung)

*Welche Rolle spielt die Verrechnung der angebotenen bzw. durchgeführten Leistungen von Klinischen Psycholog*innen mit Psychotherapieausbildung im niedergelassenen Bereich?*

Die Fragen zu dieser Forschungsfrage wurden ausschließlich Klinischen Psycholog*innen mit einer psychotherapeutischen Ausbildung vorgegeben. Von diesen ($n= 33$) haben 16 Personen (48.5 %) angegeben, dass sie bestimmte Leistungen im Rahmen ihrer Tätigkeit als Klinische Psycholog*innen als psychotherapeutische Leistung anbieten, da hier eine Beteiligung der Krankenkassen vorliegt, die sie ansonsten – bei Finanzierung der KPB durch die Krankenkassen – als klinisch-psychologische Behandlungsleistung anbieten würden.

Bei der Frage, wie oft die befragten Personen Methoden der Psychotherapie verwenden anstatt solcher der Klinischen Psychologie, da eine finanzielle Beteiligung der Krankenkassen bei Methoden der KPB nicht vorgesehen sind, wurde eine 7-stufige Likert-Skala von *Nie* (1) bis *Sehr oft* (7) verwendet. Die Auswertung ($n= 26$) ergab einen Median von vier ($SD= 2.2$) mit einem Minimum von 1 und einem Maximum von 7. Die mittleren 50 Prozent lagen zwischen 2 (25%-Perzentil) und 6.25 (75%-Perzentil).

6.4. Bereich Ausbildung

6.4.1. Forschungsfrage 40.

*Wann haben Klinische Psycholog*innen mit der Ausbildung in Klinischer Psychologie begonnen bzw. wann haben jene die bereits vor 1990 klinisch-psychologisch praktiziert haben (keine formale Ausbildung vorhanden), mit der Tätigkeit als Klinische Psycholog*innen begonnen?*

Im Durchschnitt wurde in der Stichprobe ($n= 266$) die Ausbildung in Klinischer Psychologie im Jahr 2006 ($SD= 6.8$) begonnen. Das Minimum – also der früheste Beginn der Ausbildung - liegt hier im Jahr 1991 und das Maximum im Jahr 2019. Die

mittleren 50 Prozent liegen zwischen 2001 (25%-Perzentil) und 2012 (75%-Perzentil).

Jene Personen, die bereits vor 1990 klinisch-psychologisch tätig waren, wurden hier gesondert befragt, da davor keine formale Ausbildung in Klinischer Psychologie vorhanden war. Bei dieser Gruppe ($n= 14$) liegt der Mittelwert des Beginns der klinisch-psychologischen Tätigkeit im Jahr 1984 ($SD= 4.7$) mit einem Minimum von 1971 und einem Maximum von 1989. Die mittleren 50 Prozent reichen von 1983 (25%-Perzentil) und 1987 (75%-Perzentil).

6.4.2. Forschungsfrage 41.

*Wie viele Klinische Psycholog*innen haben die Ausbildung zur Klinischen Psychologin/zum Klinischen Psychologen nach dem alten Psychologengesetz (Psychologengesetz 1990 [BGBl. Nr. 361/1990]) oder nach dem neuen Psychologengesetz (Psychologengesetz 2013 [BGBl. Nr. 182/2013]) absolviert?*

Von den teilnehmenden Klinischen Psycholog*innen ($n= 177$) haben 137 Personen (77.4 %) die Ausbildung nach dem alten Psychologengesetz aus 1990 (BGBl. Nr. 361/1990) absolviert und 40 Personen (22.6 %) nach dem neuen aus 2013 (BGBl. Nr. 182/2013).

6.4.3. Forschungsfrage 42.

*Wie zufrieden sind Klinische Psycholog*innen mit der theoretischen und praktischen postgraduellen Ausbildung zu Klinischen Psycholog*innen?*

Die Beantwortung dieser Fragen erfolgte auf einer 7-stelligen Likert-Skala von *gar nicht zufrieden* (1) bis *sehr zufrieden* (7). Im Rahmen der theoretischen postgraduellen Ausbildung ergab die Befragung ($n= 177$) eine durchschnittliche Zufriedenheit (Md) von 5 ($SD= 1.6$). Das Minimum liegt hier bei 1 und das Maximum bei 7. Die mittleren 50 Prozent liegen zwischen 3 (25%-Perzentil) und 6 (75%-Perzentil).

Bei der praktischen postgraduellen Ausbildung ($n= 177$) liegt die durchschnittliche Zufriedenheit (Md) bei 6 ($SD= 1.8$) mit einem Minimum von 1 und einem Maximum von 7. Die mittleren 50 Prozent reichen von 4 (25%-Perzentil) bis 7 (75%-Perzentil).

6.4.4. Forschungsfrage 43.

Wo und in welcher Intensität werden Problemfelder bei der postgraduellen Ausbildung in Klinischer Psychologie gesehen?

In *Tabelle 16* kann eingesehen werden, wo die befragten Personen ($n= 168$) Problemfelder in der postgraduellen Ausbildung in Klinischer Psychologie wahrgenommen haben und in welcher Intensität. Die Beantwortung dieser Frage erfolgte auf einer 7-stelligen Likert-Skala von *Kein Problemfeld/Vollkommen passend* (1) bis *Sehr starkes Problemfeld/Änderungsbedürftig* (7).

Tabelle 16

Wahrgenommene Problemfelder der postgraduellen klinisch-psychologischen Ausbildung

Problemfelder	n	Md	SD	Min	Max
Nicht ausreichende Bezahlung in der praktischen Ausbildungstätigkeit	169	7.0	1.5	1.0	7.0
Mangel an Ausbildungsplätzen im praktischen Teil	168	6.0	1.8	1.0	7.0
Kosten der Ausbildung	168	5.0	1.8	1.0	7.0
Finanzierung der Ausbildung	167	5.0	2.0	1.0	7.0
Kosten-Nutzen-Relation	164	4.0	1.8	1.0	7.0
Qualität der theoretischen Ausbildung	166	4.0	1.8	1.0	7.0
Inhalte/Themen der theoretischen Ausbildung	166	4.0	1.8	1.0	7.0
Geforderte Selbsterfahrungsstunden zu gering	164	4.0	2.2	1.0	7.0
Qualität der praktischen Ausbildung	166	4.0	2.1	1.0	7.0
Qualität der Ausbilder*innen im theoretischen Teil	165	4.0	1.9	1.0	7.0
Qualität der Ausbildung im Rahmen der praktischen Tätigkeit	166	3.5	2.1	1.0	7.0
Geforderte Supervisionsstunden zu wenig	164	3.0	2.1	1.0	7.0
Dauer der Ausbildung zu lange	166	3.0	1.6	1.0	7.0
Geforderte Supervisionsstunden zu viel	165	2.0	1.6	1.0	7.0
Geforderte Selbsterfahrungsstunden zu viel	164	2.0	1.7	1.0	7.0
Mangel an Ausbildungsplätzen im theoretischen Teil	162	1.0	1.3	1.0	7.0

Anmerkung. Die Beantwortung des Items erfolgte auf einer 7-stelligen Likert-Skala mit den Endpunkten Kein Problemfeld/Vollkommen passend (1) bis Sehr starkes Problemfeld/Änderungsbedürftig (7).

6.4.5. Forschungsfrage 44.

*In welchem Jahr ließen sich Klinische Psycholog*innen in die Berufsliste des Sozialministeriums eintragen?*

Im Durchschnitt ließen sich die befragten Personen ($n= 295$) im Jahr 2008 ($SD= 7.7$) in die Berufsliste für Klinische Psycholog*innen eintragen. Das Minimum liegt hier bei 1990 und das Maximum bei 2021. Die mittleren 50 Prozent liegen zwischen 2003 (25%-Perzentil) und 2014 (75%-Perzentil).

6.4.6. Forschungsfrage 45.

*In welchen Berufslisten des Gesundheitsministeriums sind Klinische Psycholog*innen eingetragen?*

309 Personen (87.8 %) haben angegeben in die Berufsliste der Klinischen Psycholog*innen sowie in die der Gesundheitspsycholog*innen eingetragen zu sein. 37 Personen (10.5 %) sind nur in die der Klinischen Psycholog*innen und 6 Personen (1.7 %) nur in die der Gesundheitspsycholog*innen eingetragen. 2 Personen haben die Antwortalternative *Nicht zutreffend/Keine Eintragung* gewählt.

6.4.7. Forschungsfrage 46.

*Welche Spezialisierungen haben Klinische Psycholog*innen in der Spezialisierungsliste des Gesundheitsministeriums eingetragen?*

In *Tabelle 17* können die von der Stichprobe in die Liste des BMASGPK (2025) eingetragenen Spezialisierungen eingesehen werden. Die Eintragungen teilen sich auf die Bereiche Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie auf.

Tabelle 17

Eintragung von Spezialisierungen (Mehrfachantworten)

	Spezialisierungen	n	Prozent	Kumulierte Prozent	Prozent der Fälle
Spezialisierungen der Klinischen Psychologie					
	Keine	179	59.1	59.1	62.4
	Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie	63	20.8	79.9	22.0
	Notfallpsychologie	29	9.6	89.5	10.1
	Klinische Neuropsychologie	14	4.6	94.1	4.9
	Gerontopsychologie	13	4.3	98.4	4.5
	Schmerzpsychologie	5	1.7	100.0	1.7
Gesamt ^a		303	100.0		105.6
Spezialisierungen der Gesundheitspsychologie					
	Keine	191	77.3	77.3	77.6
	Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie	49	19.8	100.0	19.9
	Gerontopsychologie	7	2.8	80.1	2.8
Gesamt ^b		247	97.2		97.6

Anmerkung. ^a Gesamt ergibt sich aus Mehrfachnennungen; n= 287.

Anmerkung. ^b Gesamt ergibt sich aus Mehrfachnennungen; n= 246.

6.4.8. Forschungsfrage 47.

*Welche Fort- und Weiterbildungen haben Klinische Psycholog*innen im Bereich KPB und Beratung absolviert? (gefragt wurde hier nach speziellen Fort- und Weiterbildungen zu Verfahren oder Techniken, die in der Klinischen Psychologie allgemeine Verbreitung finden und keiner Psychotherapieausbildung bedürfen)*

Bei diesem Item war es möglich, bis zu zehn offene Antworten zu geben. Daraus resultierten insgesamt 932 Angaben zu Fort- und Weiterbildungen ($n = 267$). Angaben die nicht eindeutig zuordenbar waren oder nicht im Bereich der Klinischen Psychologie angesiedelt waren, wurden in einer eigenen Kategorie zusammengefasst. Um eine Reduktion der Daten zu erreichen wurden inhaltlich zusammengehörige Angaben zusammengefasst. Die Ergebnisse können in *Tabelle 18* eingesehen werden. Aufgrund der Länge der Tabelle, musste diese aufgeteilt werden.

Tabelle 18

Fort- und Weiterbildungen im Bereich der KPB und Beratung (Mehrfachantworten)

Fort- und Weiterbildungen	n	Prozent	Kumulierte Prozent	Prozent der Fälle
Nicht eindeutig zuordenbar/Nicht im klinisch-psychologischen Bereich	68	7.3	7.3	25.5
Entspannungsverfahren allgemein	65	7.0	14.3	24.3
Biofeedback/Neurofeedback	33	3.5	17.8	12.4
Schematherapie	32	3.4	21.2	12.0
Autogenes Training	26	2.8	24.0	9.7
Eye Movement Desensitization and Reprocessing - EMDR	23	2.5	26.5	8.6
Klinische Hypnose	23	2.5	29.0	8.6
Achtsamkeitsverfahren (MBSR, MSC)	21	2.3	31.2	7.9
Traumabehandlung allgemein	20	2.1	33.4	7.5
Notfallpsychologie	17	1.8	35.2	6.4
Traumatherapie	16	1.7	36.9	6.0
Krisenintervention	15	1.6	38.5	5.6
Achtsamkeitstraining allgemein	14	1.5	40.0	5.2
Brainspotting	14	1.5	41.5	5.2
Hypnotherapie	12	1.3	42.8	4.5
Progressive Muskelentspannung (PMR)	12	1.3	44.1	4.5
Psychoonkologie	12	1.3	45.4	4.5
Positive Psychologie	11	1.2	46.6	4.1
Schmerztherapeutische Verfahren	11	1.2	47.8	4.1
Motivierende Gesprächsführung/Motivational Interviewing	10	1.1	48.8	3.7
Stressbewältigungsverfahren	9	1.0	49.8	3.4
Neuropsychologische Verfahren	8	0.9	50.6	3.0
Onlinebehandlung/-beratung	8	0.9	51.5	3.0
Ressourcenaktivierung/-arbeit	8	0.9	52.4	3.0
Skillstraining	8	0.9	53.2	3.0

Anmerkung. ^a Gesamt ergibt sich aus Mehrfachnennungen; $n = 267$. Fortsetzung der Tabelle auf der nächsten Seite.

Tabelle 18 - Fortsetzung 1

Fort- und Weiterbildungen im Bereich der KPB und Beratung (Mehrfachantworten)

Fort- und Weiterbildungen	n	Prozent	Kumulierte Prozent	Prozent der Fälle
Ego-State-Therapie	7	0.8	54.0	2.6
Gesprächsführung	7	0.8	54.8	2.6
Hypnosebehandlung allgemein	7	0.8	55.5	2.6
Hypnosystemische Therapie	7	0.8	56.3	2.6
Hypnotherapie nach Erickson	7	0.8	57.0	2.6
Körperorientierte Interventionen	7	0.8	57.8	2.6
Sexualtherapie/-beratung	7	0.8	58.5	2.6
Systemische Verfahren allgemein	7	0.8	59.3	2.6
Behandlung von Angststörungen	6	0.6	59.9	2.2
Behandlung von/Training bei Autismus-Spektrum-Störung (ASS)	6	0.6	60.5	2.2
Dialektisch Behaviorale Therapie - DBT	6	0.6	61.2	2.2
Gestalttherapie/Maltherapie	6	0.6	61.8	2.2
Soziales Kompetenztraining	6	0.6	62.5	2.2
Systemische Therapie/Behandlung	6	0.6	63.1	2.2
Verhaltenstherapeutische Verfahren allgemein	6	0.6	63.8	2.2
Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen	5	0.5	64.3	1.9
Familienaufstellung/Familienbrett	5	0.5	64.8	1.9
Genusstraining	5	0.5	65.4	1.9
Imaginative Methoden	5	0.5	65.9	1.9
Kognitive Therapie	5	0.5	66.4	1.9
Lösungsfokussierte Ansätze	5	0.5	67.0	1.9
Raucherentwöhnung	5	0.5	67.5	1.9
Spezifische Verfahren zur Behandlung und Beratung von Kindern und Jugendlichen	5	0.5	68.1	1.9
Behandlung von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	4	0.4	68.5	1.5
Behandlung von Depression	4	0.4	68.9	1.5
Coaching	4	0.4	69.3	1.5
Emotionales Kompetenztraining	4	0.4	69.8	1.5
Ernährungspsychologische Interventionen	4	0.4	70.2	1.5
Integrative beziehungsorientierte Traumatherapie - I.B.T.	4	0.4	70.6	1.5
Kognitive Verfahren	4	0.4	71.1	1.5
Kreative Methoden	4	0.4	71.5	1.5
Projektive Verfahren	4	0.4	71.9	1.5
Selbstwert-Training (-therapie)	4	0.4	72.3	1.5
Sokratischer Dialog	4	0.4	72.8	1.5
Systemische Beratung	4	0.4	73.2	1.5
Tiergestützte Verfahren/Therapie	4	0.4	73.6	1.5
Traumatherapeutische Verfahren - PITT				
(Psychodynamisch imaginative Traumatherapie)	4	0.4	74.1	1.5
Zürcher Ressourcen Modell (ZRM)	4	0.4	74.5	1.5
Akzeptanz- und Commitment-Therapie - ACT	3	0.3	74.8	1.1
Behandlung von Borderline-Störungen	3	0.3	75.1	1.1
Deeskalation	3	0.3	75.5	1.1
Emotional Freedom Technique - EFT	3	0.3	75.8	1.1
Familientherapie	3	0.3	76.1	1.1
Gerontopsychologische Interventionen	3	0.3	76.4	1.1
Kognitive Verhaltenstherapie	3	0.3	76.7	1.1
Legasthetietraining	3	0.3	77.1	1.1
Lösungsorientierte Kurzzeittherapie	3	0.3	77.4	1.1
Mentaltraining	3	0.3	77.7	1.1
Mindful Self Compassion - MSC	3	0.3	78.0	1.1
Neurolinguistische Programmierung - NLP	3	0.3	78.4	1.1
Neuropsychologische Diagnostik	3	0.3	78.7	1.1
Paarberatung	3	0.3	79.0	1.1
Psychosomatische Integration	3	0.3	79.3	1.1
SAFE-Mentorin	3	0.3	79.6	1.1
Sensorische Integration	3	0.3	80.0	1.1
Systemische Aufstellungsarbeit	3	0.3	80.3	1.1
Trauerbegleitung	3	0.3	80.6	1.1
Traumabehandlung Kinder und Jugendliche	3	0.3	80.9	1.1
Trennungs-/Scheidungsberatung	3	0.3	81.3	1.1
Verhaltenstherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen	3	0.3	81.6	1.1
Videogestützte Verfahren	3	0.3	81.9	1.1
Waffenscheinbegutachtung	3	0.3	82.2	1.1

Anmerkung. ^a Gesamt ergibt sich aus Mehrfachnennungen; n= 267. Fortsetzung der Tabelle auf der nächsten Seite.

Tabelle 18 - Fortsetzung 2

Fort- und Weiterbildungen im Bereich der KPB und Beratung (Mehrfachantworten)

Fort- und Weiterbildungen	n	Prozent	Kumulierte Prozent	Prozent der Fälle
Behandlung von Bindungsstörungen	2	0.2	82.4	0.7
Behandlung von Emotionsregulationsstörungen	2	0.2	82.6	0.7
Behandlung von Schlafstörungen	2	0.2	82.8	0.7
Behandlung suizidaler Patient*innen	2	0.2	83.0	0.7
Bindungsgeleitete Interventionen	2	0.2	83.3	0.7
Diagnostik und Behandlung von Teilleistungsschwächen	2	0.2	83.5	0.7
Diagnostik von Demenzerkrankungen	2	0.2	83.7	0.7
ED TM (Energy Diagnostic & Treatment Methods)	2	0.2	83.9	0.7
Embodiment Interventionen	2	0.2	84.1	0.7
Energetische Psychologie	2	0.2	84.3	0.7
Entwicklungspsychologische Verfahren/Beratung	2	0.2	84.5	0.7
Forensische Interventionen/Begutachtung (z.B. Kriminalprognoseverfahren	2	0.2	84.8	0.7
Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy - IRRRT	2	0.2	85.0	0.7
Impact Methoden	2	0.2	85.2	0.7
Klopftechniken	2	0.2	85.4	0.7
Körper(psycho)therapie	2	0.2	85.6	0.7
Kunsttherapie	2	0.2	85.8	0.7
Mediation	2	0.2	86.0	0.7
Narrative Verfahren	2	0.2	86.3	0.7
Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik - OPD	2	0.2	86.5	0.7
Paartherapie	2	0.2	86.7	0.7
Positiv Emotionale Psychotherapie - PEP	2	0.2	86.9	0.7
Prä- und Perinatalpsychologie	2	0.2	87.1	0.7
Psychiatrische Fortbildungen	2	0.2	87.3	0.7
Psychoanalytische Verfahren	2	0.2	87.6	0.7
Psychohygiene	2	0.2	87.8	0.7
Psychoneuroimmunologie	2	0.2	88.0	0.7
Resilienztraining	2	0.2	88.2	0.7
Somatic Experiencing	2	0.2	88.4	0.7
Therapeutisches Zaubern	2	0.2	88.6	0.7
Abklärung vor ästhetischen OP's	1	0.1	88.7	0.4
Abklärung vor bariatrischen OP's	1	0.1	88.8	0.4
Angewandte Verhaltensanalyse (ABA)	1	0.1	88.9	0.4
Analoge Interventionstechniken	1	0.1	89.1	0.4
Anamnese	1	0.1	89.2	0.4
Arbeit mit innerem Team	1	0.1	89.3	0.4
Aufmerksamkeitstraining	1	0.1	89.4	0.4
Behandlung von ADHS bei Kindern	1	0.1	89.5	0.4
Behandlung von Bipolaren Störungen	1	0.1	89.6	0.4
Behandlung von Essstörungen	1	0.1	89.7	0.4
Behandlung von Narzisstischer Persönlichkeitsstörung	1	0.1	89.8	0.4
Behandlung von Persönlichkeitsstörungen	1	0.1	89.9	0.4
Behandlung bei chronischen Erkrankungen	1	0.1	90.0	0.4
Behandlung von Somatisierungen	1	0.1	90.1	0.4
Bibliotherapie	1	0.1	90.2	0.4
Biografiearbeit	1	0.1	90.3	0.4
Body2Brain	1	0.1	90.4	0.4
Burnoutprävention	1	0.1	90.6	0.4
Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)	1	0.1	90.7	0.4
Collage Dream Play	1	0.1	90.8	0.4
Covid-spezifische psychologische Interventionen	1	0.1	90.9	0.4
Critical Incident Stress Management - CISM	1	0.1	91.0	0.4
Diagnostik - Allgemein	1	0.1	91.1	0.4
Diagnostik - Rorschach-Test	1	0.1	91.2	0.4
Diagnostik bei Migrationshintergrund	1	0.1	91.3	0.4
Diagnostik im Kinder- und Jugendalter	1	0.1	91.4	0.4
Diagnostik kognitiver Störungen	1	0.1	91.5	0.4
Diagnostik von ADHS	1	0.1	91.6	0.4
Diagnostik von Autismus-Spektrum-Störungen (ASS)	1	0.1	91.7	0.4
Diagnostik von sexuellem Missbrauch	1	0.1	91.8	0.4
Diagnostische Testung	1	0.1	91.9	0.4
Dyskalkulietraining	1	0.1	92.1	0.4
Einfluss digitaler Medien	1	0.1	92.2	0.4
Emotionales Kompetenztraining bei Kindern und Jugendlichen	1	0.1	92.3	0.4

Anmerkung. ^a Gesamt ergibt sich aus Mehrfachnennungen; n= 267. Fortsetzung der Tabelle auf der nächsten Seite.

Tabelle 18 - Fortsetzung 3

Fort- und Weiterbildungen im Bereich der KPB und Beratung (Mehrfachantworten)

Fort- und Weiterbildungen	n	Prozent	Kumulierte Prozent	Prozent der Fälle
Familienberatung	1	0.1	92.4	0.4
Familienplanungsberatung	1	0.1	92.5	0.4
Filmtherapie/Cinetheapie	1	0.1	92.6	0.4
Focusing	1	0.1	92.7	0.4
Gefährliche Situationen in therapeutischen Settings	1	0.1	92.8	0.4
Gesundheitscoaching	1	0.1	92.9	0.4
Gesundheitskompetenz (Health literacy)	1	0.1	93.0	0.4
Gewaltfreie Kommunikation	1	0.1	93.2	0.4
Gruppenfokussierte Interventionen	1	0.1	93.3	0.4
Hochsensibilität	1	0.1	93.4	0.4
Interventionen zum Thema Mobbing	1	0.1	93.5	0.4
Interventionen bei gewaltbereiten Kindern	1	0.1	93.6	0.4
Kardiopsychologie	1	0.1	93.7	0.4
Katathymes Bilderleben	1	0.1	93.8	0.4
Klinisch-psychologische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen	1	0.1	93.9	0.4
Klinisch-psychologische Beratung	1	0.1	94.0	0.4
Klinische Neuropsychologie	1	0.1	94.1	0.4
Kognitive Interventionen bei Angststörungen	1	0.1	94.2	0.4
Kognitive Umstrukturierung	1	0.1	94.3	0.4
Kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren allgemein	1	0.1	94.4	0.4
Lerntherapie	1	0.1	94.5	0.4
Lösungsorientierte Praxis mit Kindern und Jugendlichen (Dr. Vogt)	1	0.1	94.7	0.4
LSBTIQ*-Beratung	1	0.1	94.8	0.4
Marburger Konzentrationstraining	1	0.1	94.9	0.4
Marte Meo	1	0.1	95.0	0.4
Mentalisierungsbasierte Therapie und Beratung	1	0.1	95.1	0.4
Mindsight nach Daniel Siegel	1	0.1	95.2	0.4
Motorische Diagnostik	1	0.1	95.3	0.4
Neue Autorität	1	0.1	95.4	0.4
Neuropsychologische Therapie	1	0.1	95.5	0.4
Personale Dialogverfahren	1	0.1	95.6	0.4
Positive Verhaltensunterstützung	1	0.1	95.7	0.4
Prä- und perinatale Traumaaarbeit	1	0.1	95.8	0.4
Provokative Therapie	1	0.1	95.9	0.4
Provokative Systemarbeit	1	0.1	96.0	0.4
Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie - POP	1	0.1	96.2	0.4
Psychoanalytische Psychosentherapie	1	0.1	96.3	0.4
Psychodrama	1	0.1	96.4	0.4
Psychoedukation zu speziellen neurologischen Krankheiten	1	0.1	96.5	0.4
Psychologische Gesundheitsförderung	1	0.1	96.6	0.4
Psychologische Interventionen zum Thema Geburtshilfe	1	0.1	96.7	0.4
Psychomotorik	1	0.1	96.8	0.4
Psychopharmaka	1	0.1	96.9	0.4
Psychosoziale Akutbetreuung	1	0.1	97.0	0.4
Rainbow-Ausbildung zur Beraterin	1	0.1	97.1	0.4
Rehabilitationspsychologie	1	0.1	97.2	0.4
Risikoprognose	1	0.1	97.3	0.4
Sandspiel	1	0.1	97.4	0.4
Schematherapie für Kinder und Jugendliche	1	0.1	97.6	0.4
Schulung der Wahrnehmung	1	0.1	97.7	0.4
Schwangerschaftshypnose	1	0.1	97.8	0.4
Screentechnik	1	0.1	97.9	0.4
Selbstwirksamkeitstraining	1	0.1	98.0	0.4
Shiatsu-Ausbildung	1	0.1	98.1	0.4
Sonnenkind Prinzip	1	0.1	98.2	0.4
Sozialpädagogische Diagnostik	1	0.1	98.3	0.4
Spieltherapie	1	0.1	98.4	0.4
Stabilisierungstechniken	1	0.1	98.5	0.4
Sterbebegleitung	1	0.1	98.6	0.4
Suchtberatung	1	0.1	98.7	0.4
Suchtprävention	1	0.1	98.8	0.4
Supervision	1	0.1	98.9	0.4

Anmerkung. ^a Gesamt ergibt sich aus Mehrfachnennungen; n= 267. Fortsetzung der Tabelle auf der nächsten Seite.

Tabelle 18 - Fortsetzung 4*Fort- und Weiterbildungen im Bereich der KPB und Beratung (Mehrfachantworten)*

Fort- und Weiterbildungen	n	Prozent	Kumulierte Prozent	Prozent der Fälle
Systemische Familientherapie	1	0.1	99.0	0.4
Systemische Paarberatung	1	0.1	99.1	0.4
Systemisches Coaching	1	0.1	99.2	0.4
Telefonberatung	1	0.1	99.3	0.4
Therapeutisches Schreiben	1	0.1	99.4	0.4
Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP)	1	0.1	99.5	0.4
Traumaspesifische Spieltherapie	1	0.1	99.6	0.4
Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP)	1	0.1	99.8	0.4
Virtual reality	1	0.1	99.9	0.4
Wunderfrage	1	0.1	100.0	0.4
Gesamt ^a	932	100.0		349.1

*Anmerkung. ^a Gesamt ergibt sich aus Mehrfachnennungen; n= 267.***6.4.9. Forschungsfrage 48. (KP's mit PT-Ausbildung)**

*Wie viele Klinische Psycholog*innen haben bereits eine Psychotherapieausbildung abgeschlossen und in welchen Therapiemethoden wurde das Fachspezifikum absolviert?*

48 Personen haben angegeben eine psychotherapeutische Ausbildung abgeschlossen zu haben, was 12.8 Prozent der gesamten Stichprobe (N= 374) entspricht. In *Tabelle 19* kann eingesehen werden, in welchen psychotherapeutischen Methoden das Fachspezifikum absolviert wurde.

Tabelle 19*Ausbildung in psychotherapeutischen Methoden (Mehrfachantworten)*

Psychotherapeutische Methoden	n	Prozent	Kumulierte Prozent	Prozent der Fälle
Systemische Familientherapie (SF)	15	25.9	25.9	31.2
Verhaltenstherapie (VT)	11	19.0	44.9	22.9
Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP)	7	12.1	57.0	14.6
Person(en)zentrierte Psychotherapie (PP)	7	12.1	69.1	14.6
Existenzanalyse nach Längle (E)	4	6.9	76.0	8.3
Neuro-Linguistische Psychotherapie (NLPT)	3	5.2	81.2	6.2
Individualpsychologie (IP)	2	3.4	84.6	4.2
Hypnosepsychotherapie (HY)	2	3.4	88.0	4.2
Psychoanalyse/Psychoanalytische Psychotherapie (PA)	1	1.7	89.7	2.1
Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT)	1	1.7	91.4	2.1
Existenzanalyse und Logotherapie nach Frankl (EL)	1	1.7	93.1	2.1
Gestalttheoretische Psychotherapie (GTP)	1	1.7	94.8	2.1
Integrative Gestalttherapie (IG)	1	1.7	96.5	2.1
Integrative Therapie (IT)	1	1.7	98.2	
Psychodrama (PD)	1	1.7	100.0	2.1
Gesamt ^a	58	100.0		120.8

Anmerkung. ^a Gesamt ergibt sich aus Mehrfachnennungen; n= 48. Jene psychotherapeutische Methoden mit Angabe Null werden nicht angezeigt.

6.4.10. Forschungsfrage 49. (KP's mit PT-Ausbildung)

*Wie viele Klinische Psycholog*innen absolvierten zum Zeitpunkt der Befragung eine Psychotherapieausbildung und in welchen Psychotherapiemethoden?*

Insgesamt haben bei diesem Item 14 Personen angegeben, sich zum Zeitpunkt der Befragung in einer psychotherapeutischen Ausbildung zu befinden. Diese stellen 3.7 Prozent der gesamten Stichprobe ($N= 374$) dar. In *Tabelle 20* kann eingesehen werden, in welchen psychotherapeutischen Methoden die Ausbildung gemacht wurde.

Tabelle 20

Laufende Ausbildung in einer psychotherapeutischen Methode (Mehrfachantworten)

Psychotherapeutische Methoden	n	Prozent	Kumulierte Prozent	Prozent der Fälle
Verhaltenstherapie (VT)	3	20.0	20.0	21.4
Existenzanalyse nach Längle (E)	2	13.3	33.3	14.3
Integrative Therapie (IT)	2	13.3	46.6	14.3
Systemische Familientherapie (SF)	1	6.7	53.3	7.1
Person(en)zentrierte Psychotherapie (PP)	1	6.7	60.0	7.1
Individualpsychologie (IP)	1	6.7	66.7	7.1
Psychoanalyse/Psychoanalytische Psychotherapie (PA)	1	6.7	73.4	7.1
Existenzanalyse und Logotherapie nach Frankl (EL)	1	6.7	80.1	7.1
Autogene Psychotherapie (ATP)	1	6.7	86.8	7.1
Transaktionsanalytische Psychotherapie (TA)	1	6.7	93.5	7.1
Psychodrama (PD)	1	6.7	100.0	7.1
Gesamt ^a	15	100.0		106.8

Anmerkung. ^a Gesamt ergibt sich aus Mehrfachnennungen; $n= 14$. Jene psychotherapeutische Methoden mit Angabe Null werden nicht angezeigt.

6.4.11. Forschungsfrage 50. (KP's mit PT-Ausbildung)

*Welche Beweggründe haben Klinische Psycholog*innen eine Psychotherapieausbildung zu absolvieren?*

In *Tabelle 21* kann eingesehen werden, welche Beweggründe Klinische Psycholog*innen haben, eine Psychotherapieausbildung zu absolvieren. Hierfür wurden nur Personen der Stichprobe befragt, welche bereits eine Psychotherapieausbildung absolviert haben oder sich zum Zeitpunkt der Befragung in einer befunden haben.

Tabelle 21

*Beweggründe für eine Psychotherapieausbildung unter Klinischen Psycholog*innen in laufender oder mit abgeschlossener Psychotherapieausbildung (Mehrfachantworten)*

Beweggründe	n	Prozent	Kumulierte Prozent	Prozent der Fälle
Mehrwert an zusätzlicher Ausbildung	50	22.8	22.8	79.4
Interesse	45	20.5	43.3	71.4
Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten	43	19.6	62.9	68.3
Professionalisierung in einer Methode/Psychotherapieschule	33	15.1	78	52.4
Vorbehalt an Kassenplätzen für Behandlung/Therapie	19	8.7	86.7	30.2
Chancen am Arbeitsmarkt	18	8.2	94.9	28.6
Vorgabe oder Wunsch des Dienstgebers	6	2.7	97.6	9.5
Andere	3	1.4	99	4.8
Spezialisierung auf ein bestimmtes Störungsbild	2	0.9	100.0	3.2
Gesamt ^a	219	100.0		347.6

Anmerkung. ^a Gesamt ergibt sich aus Mehrfachnennungen; n= 63.

6.4.12. Forschungsfrage 51. (KP's Kinder- u. Jugendbereich)

*Wie viele Klinische Psycholog*innen, die im Kinder- und Jugendbereich tätig sind, haben ein Spezialisierungscurriculum in Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie absolviert?*

Von den insgesamt 143 Klinischen Psycholog*innen, die vorwiegend im Kinder- und Jugendbereich tätig sind, haben 57 Personen (39.9 %) angegeben, ein Spezialisierungscurriculum in Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie absolviert zu haben.

6.4.13. Forschungsfrage 52. (KP's Geronto-Bereich)

*Wie viele Klinische Psycholog*innen, die im gerontologischen Bereich tätig sind, haben ein Spezialisierungscurriculum in Gerontopsychologie absolviert?*

14 Personen (25 %) von den insgesamt 56 Klinischen Psycholog*innen, die vorwiegend im gerontologischen Bereich klinisch-psychologisch tätig sind, haben ein Spezialisierungscurriculum in Gerontopsychologie absolviert.

6.5. Bereich Einstellungen der Klinischen Psycholog*innen

6.5.1. Forschungsfrage 53.

*Welche Wichtigkeit wird der KPB als Bestandteil der psychosozialen Versorgung im österreichischen Gesundheitssystem seitens der Klinischen Psycholog*innen zugeschrieben?*

Die Beantwortung dieser Frage erfolgte auf einer 7-stelligen Likert-Skala mit den Endpolen *Gar nicht wichtig (1)* bis *Sehr wichtig (7)*. Im Durchschnitt (*Md*) ergab die Beantwortung dieser Frage durch die teilnehmenden Klinischen Psycholog*innen (*n*= 251) einen Wert von 7 (*SD*= 0.7). Das Minimum beträgt 2 und das Maximum 7. Die mittleren 50 Prozent liegen sowohl bei der Untergrenze (25%-Perzentil) als auch bei der Obergrenze (75%-Perzentil) beim Wert 7.

6.5.2. Forschungsfrage 54.

*Für welche Störungsgruppen eignet sich die Behandlung mittels KPB laut Meinung der Klinischen Psycholog*innen wie gut?*

Tabelle 22 kann entnommen werden, wie gut Klinische Psycholog*innen (*n*= 251) die Eignung der KPB für die Behandlung von bestimmten Störungsgruppen wahrnehmen. Die Beantwortung dieser Frage erfolgte auf einer 7-stelligen Likert-Skala von *Gar nicht geeignet (1)* bis *Sehr gut geeignet (7)*.

Tabelle 22*Wahrgenommene Eignung der KPB bei ausgewählten Störungsgruppen*

Störungsgruppen	n	Md	SD	Min	Max
Störungen im Kindes- und Jugendalter					
allgemein	196	7.0	0.9	2.0	7.0
Soziale Phobie	234	7.0	0.9	1.0	7.0
Spezifische Phobien	222	7.0	0.8	1.0	7.0
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) im Erwachsenenalter	183	7.0	0.9	3.0	7.0
Panik und Agoraphobie	230	7.0	1.0	1.0	7.0
Generalisierte Angststörung	237	7.0	1.0	1.0	7.0
Stressabhängige körperliche Beschwerden (z.B. Somatisierung, Schmerzstörungen)	231	7.0	1.0	1.0	7.0
Nikotinabhängigkeit	182	7.0	1.1	2.0	7.0
Depressive Störungen	235	7.0	1.1	1.0	7.0
Posttraumatische Belastungsstörung	227	7.0	1.2	1.0	7.0
Somatoforme Störungen	224	7.0	1.2	1.0	7.0
Zwangsstörungen	217	7.0	1.2	1.0	7.0
Sexuelle Störungen	159	7.0	1.4	1.0	7.0
Störungen durch Substanzkonsum	176	7.0	1.4	2.0	7.0
Drogenmissbrauch und -abhängigkeit	165	7.0	1.4	2.0	7.0
Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit	181	7.0	1.3	1.0	7.0
Pathologisches Glücksspielen und vergleichbare verhaltensbezogene Süchte	161	7.0	1.4	1.0	7.0
Essstörungen	191	7.0	1.4	1.0	7.0
Bipolare Störungen	192	6.0	1.4	1.0	7.0
Persönlichkeitsstörungen	201	6.0	1.6	1.0	7.0
Psychotische Störungen und Schizophrenie	164	6.0	1.7	1.0	7.0

Anmerkung. Die Beantwortung des Items erfolgte auf einer 7-stelligen Likert-Skala mit den Endpunkten *Gar nicht geeignet* (1) bis *Sehr gut geeignet* (7).

6.5.2. Forschungsfrage 55. (KP's Kinder- u. Jugendbereich)

Wie gut eignen sich Methoden der KPB erfahrungsgemäß zur Behandlung von Personen im Kinder- und Jugendbereich?

Die Beantwortung dieser Frage erfolgte auf einer 7-stelligen Likert-Skala mit den Endpolen *Gar nicht gut* (1) bis *Sehr gut* (7). Im Durchschnitt ergab die Befragung der teilnehmenden Klinischen Psycholog*innen ($n = 114$) einen Median von 7 ($SD = 1.0$). Das Minimum beträgt 3 und das Maximum 7. Die mittleren 50 Prozent reichen von 6 (25%-Perzentil) bis 7 (75%-Perzentil).

6.5.3. Forschungsfrage 56. (KP's Kinder- u. Jugendbereich)

Bei welchen Störungen bzw. Störungsgruppen im Kindes- und Jugendalter eignet sich die Behandlung mittels Methoden der KPB wie gut?

Tabelle 23 kann entnommen werden, wie gut Klinische Psycholog*innen ($n= 114$) die Eignung der KPB für die Behandlung von bestimmten Störungsgruppen im Kindes- und Jugendalter wahrnehmen. Die Beantwortung dieser Frage erfolgte auf einer 7-stelligen Likert-Skala von *Gar nicht geeignet (1)* bis *Sehr gut geeignet (7)*.

Tabelle 23

Wahrgenommene Eignung der KPB bei ausgewählten Störungsgruppen im Kindes- und Jugendalter

Störungsgruppen	n	Md	SD	Min	Max
Angststörungen	106	7.0	0.9	1.0	7.0
Affektive Störungen	104	7.0	1.0	1.0	7.0
Belastungs- und Anpassungsstörungen	104	7.0	1.0	1.0	7.0
Hyperkinetische Störungen (ADHS)	93	7.0	1.0	3.0	7.0
Emotionale Probleme im Zusammenhang mit Lese- und Rechtschreibstörungen	96	7.0	1.1	2.0	7.0
Zwangsstörungen	91	7.0	1.2	1.0	7.0
Lernstörungen	97	7.0	1.1	3.0	7.0
Psychische Störungen mit chronischer körperlicher Symptomatik	75	7.0	1.3	1.0	7.0
Störungen des Sozialverhaltens	102	7.0	1.1	1.0	7.0
Suizidalität	84	7.0	1.2	1.0	7.0
Essstörungen	78	7.0	1.3	1.0	7.0
Schlafstörungen	91	7.0	1.3	1.0	7.0
Störungen und Probleme bei akuten körperlichen Erkrankungen und medizinischen Behandlungen (z.B. Neoplasmen, Operationen etc.)	62	7.0	1.5	1.0	7.0
Deprivationsstörungen	46	7.0	1.6	1.0	7.0
Substanzmissbrauchsstörungen	58	6.5	1.6	1.0	7.0
Dyskalkulie	83	6.0	1.3	3.0	7.0
Psychische Störungen bei chronischen körperlichen Krankheiten und Behinderungen	68	6.0	1.3	1.0	7.0
Autismus-Spektrum-Störung (ASS)	66	6.0	1.2	3.0	7.0
Sexuelle Störungen	45	6.0	1.7	2.0	7.0
Störungen der Sprache und des Sprechens	64	6.0	1.7	1.0	7.0
Hirnstörungen	38	6.0	1.8	1.0	7.0
Schizophrenien	43	5.0	1.6	2.0	7.0
Geistige Behinderung	51	5.0	1.6	2.0	7.0
Bewegungsstörungen	42	4.0	1.8	1.0	7.0

Anmerkung. Die Beantwortung des Items erfolgte auf einer 7-stelligen Likert-Skala mit den Endpunkten Gar nicht geeignet (1) bis Sehr gut geeignet (7).

6.5.4. Forschungsfrage 57. (KP's Geronto-Bereich)

Wie gut eignen sich Methoden der KPB erfahrungsgemäß zur Behandlung von Personen im gerontologischen Bereich?

Im Durchschnitt (*Md*) bewerteten die Klinischen Psycholog*innen (*n*= 43) die Eignung der Methoden der KPB zur Behandlung von Personen im gerontologischen Bereich mit 7 (*SD*= 1.1) und mit einem Minimum von 3 und einem Maximum von 7. Die mittleren 50 Prozent liegen zwischen 6 (25%-Perzentil) und 7 (75%-Perzentil). Die Beantwortung dieser Frage erfolgte auf einer 7-stelligen Likert-Skala mit den Endpolen *Gar nicht gut* (1) bis *Sehr gut* (7).

6.5.5. Forschungsfrage 58. (KP's Geronto-Bereich)

Bei welchen Störungen bzw. Störungsgruppen im gerontologischen Bereich eignet sich die Behandlung mittels Methoden der KPB wie gut?

Tabelle 24 kann entnommen werden, wie gut Klinische Psycholog*innen (*n*= 43) die Eignung der KPB für die Behandlung von bestimmten Störungsgruppen im gerontologischen Bereich wahrnehmen. Die Beantwortung dieser Frage erfolgte auf einer 7-stelligen Likert-Skala von *Gar nicht geeignet* (1) bis *Sehr gut geeignet* (7).

Tabelle 24

Wahrgenommene Eignung der KPB bei ausgewählten Störungsgruppen im gerontologischen Bereich

Störungsgruppen	n	Md	SD	Min	Max
Angststörungen (allgemein)	40	7.0	0.7	5.0	7.0
Demenzielle Störungen	35	7.0	1.4	2.0	7.0
Depressive Störungen	40	7.0	1.1	2.0	7.0
Anpassungsstörungen	35	7.0	1.2	2.0	7.0
Schlafstörungen	37	7.0	1.1	3.0	7.0
Nikotinabhängigkeit	20	7.0	1.3	2.0	7.0
Somatoforme Störungen	33	7.0	1.4	2.0	7.0
Panik und Agoraphobie	29	7.0	1.0	4.0	7.0
Soziale Phobie	27	7.0	0.7	4.0	7.0
Spezifische Phobien	23	7.0	0.8	4.0	7.0
Posttraumatische Belastungsstörung	29	7.0	1.3	2.0	7.0
Zwangsstörung	21	7.0	1.8	2.0	7.0
Stressabhängige körperliche Beschwerden	35	7.0	0.8	4.0	7.0
Drogenmissbrauch und -abhängigkeit	16	6.5	1.7	2.0	7.0
Sexuelle Störungen	20	6.5	1.3	2.0	7.0
Bipolare Störungen	25	6.0	1.5	2.0	7.0
Störungen durch Substanzkonsum	21	6.0	1.4	2.0	7.0
Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit	23	6.0	1.6	2.0	7.0
Pathologisches Glücksspielen und vergleichbare Störungen	15	6.0	1.8	1.0	7.0
Psychotische Störungen und Schizophrenie	21	6.0	1.7	2.0	7.0
Persönlichkeitsstörungen	25	6.0	1.4	2.0	7.0
Essstörungen	20	6.0	1.4	2.0	7.0

Anmerkung. Die Beantwortung des Items erfolgte auf einer 7-stelligen Likert-Skala mit den Endpunkten Gar nicht geeignet (1) bis Sehr gut geeignet (7).

6.5.6. Forschungsfrage 59.

*Wie beurteilen Klinische Psycholog*innen ihre eigene Kompetenz im Sinne eines Professionsbewusstseins in der Arbeit im klinischen Spektrum?*

Im Durchschnitt (*Md*) bewerten die Klinischen Psycholog*innen (*n*= 181) ihre Kompetenz in der Arbeit im klinischen Spektrum mit einem Wert von 6 (*SD*= 1.0). Das Minimum beträgt hier 2 und das Maximum 7. Die mittleren 50 Prozent liegen zwischen 5 (25%-Perzentil) und 7 (75%-Perzentil). Die Beantwortung folgte hier anhand einer 7-stelligen Likert-Skala mit den Endpunkten *Sehr wenig kompetent* (1) bis *Sehr kompetent* (7).

6.5.7. Forschungsfrage 60.

*Wie beurteilen Klinische Psycholog*innen ihre eigene Kompetenz in Bezug auf die Bereiche Diagnostik, Begutachtung und Befunderstellung, Beratung und Coaching, Behandlung/Therapie, Krisenintervention und -beratung, Interdisziplinäre Kooperation?*

Die Beantwortung dieser Frage erfolgte anhand einer 7-stelligen Likert-Skala mit den Endpunkten *Sehr wenig kompetent* (1) bis *Sehr kompetent* (7). Wie sehr die Klinischen Psycholog*innen ihre eigene Kompetenz in bestimmten Bereichen der klinischen Psychologie einschätzen, kann in *Tabelle 25* eingesehen werden.

Tabelle 25

Beurteilung der eigenen Kompetenz in bestimmten Bereichen der Klinischen Psychologie

Tätigkeitsbereiche	n	Md	SD	Min	Max
Behandlung/Therapie	180	6.0	1.0	2.0	7.0
Beratung und Coaching	180	6.0	1.1	1.0	7.0
Interdisziplinäre Kooperation	178	6.0	1.3	1.0	7.0
Krisenintervention und -beratung	179	6.0	1.4	1.0	7.0
Diagnostik	178	6.0	1.7	1.0	7.0
Begutachtung und Befunderstellung	180	5.0	1.9	1.0	7.0

Anmerkung. Die Beantwortung des Items erfolgte auf einer 7-stelligen Likert-Skala mit den Endpunkten Sehr wenig kompetent (1) bis Sehr kompetent (7).

6.5.8. Forschungsfrage 61.

*Welche Hürden werden seitens der Klinischen Psycholog*innen bei der Ausübung der KPB in Österreich in freier Praxis gesehen?*

Bei diesem Item wurden vordefinierte mögliche Hürden bei der Ausübung der KPB in freier Praxis vorgegeben. Es erfolgte eine Befragung des Zutreffens der Aussagen auf einer 7-stelligen Likert-Skala von *Trifft überhaupt nicht zu (1)* bis *Trifft sehr zu (7)*. Das Ergebnis kann in *Tabelle 26* eingesehen werden.

Tabelle 26

Wahrgenommene Hürden der Ausübung der KPB in freier Praxis

Vordefinierte Hürden der Ausübung von KPB in freier Praxis	n	Md	SD	Min	Max
Fehlende Kostenbeteiligung durch die Krankenversicherungsträger	246	7.0	0.8	2.0	7.0
Mangelnde Bekanntheit des Angebots	245	6.0	1.7	1.0	7.0
Konkurrenz zu anderen Berufsgruppen	247	6.0	1.8	1.0	7.0
Mangelhaftes professionelles Selbstbewusstsein der Psycholog*innen	245	6.0	1.7	1.0	7.0
Mangelhafte Kooperation	241	5.0	2.0	1.0	7.0
Fehlende Vermittlung entsprechender Strategien und Methoden in der Ausbildung	243	4.0	2.0	1.0	7.0
Lücken in der Ausbildung	246	3.0	1.9	1.0	7.0
Mangelndes/fehlendes Vertrauen der Patient*innen	244	2.0	1.8	1.0	7.0

Anmerkung. Die Beantwortung des Items erfolgte auf einer 7-stelligen Likert-Skala mit den Endpunkten Trifft überhaupt nicht zu (1) bis Trifft sehr zu (7).

Im Rahmen dieser Forschungsfrage war es auch möglich, offene Antworten zu geben. Ausgehend von diesen Antworten ($n=50$) wurden inhaltliche Kategorien gebildet, welchen idente und inhaltlich ähnliche Antworten zugeordnet wurden. Die Auswertung ergab die Überkategorien *Engagiertere Berufsverbände und Ausbau der Lobbyarbeit* ($n=9$), *Veränderung bzw. Erweiterung der Ausbildung/des Studiums* ($n=8$), *Präzisierung des Berufsbildes und Abgrenzung zu anderen PSY-Berufen* ($n=7$), *Wahrnehmung und Aufklärung in der Gesellschaft* ($n=7$), *Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Förderung des Selbstbewusstseins der Klinischen Psycholog*innen* ($n=6$), *Gesundheitspolitische, rechtliche und strukturelle Rahmenbedingungen* ($n=6$) und *Kooperation und Verhältnis zur Psychotherapie/Medizin* ($n=4$). Drei offene Antworten konnten keinen Kategorien eindeutig zugeordnet werden. Die inhaltlichen Kategorien inklusive zugeordneten Antworten können in *Tabelle 26.1* eingesehen werden.

Tabelle 26.1

Inhaltliche Kategorisierung von offenen Antworten zu Hürden bei der Ausübung von KPB in freier Praxis

Inhaltliche Kategorie	Zugeordnete offene Antworten zu Hürden bei der Ausübung von KPB in freier Praxis	n
Engagiertere Berufsverbände und Ausbau der Lobbyarbeit	Keine gute Berufsvertretung	1
	schlechte Vertretung durch Berufsverband	1
	Es gibt in Österreich keinerlei Lobby für KPB/PT	1
	fehlende Kammer (vgl. dazu Ärztekammer)	1
	Die Berufsverbände scheinen sich für dieses Thema überhaupt nicht zu interessieren	1
	keine Lobby im Hintergrund	1
	Allgemein verständlichere Vermittlung des Angebotes durch Institutionen wie BÖP, zu hochschwellig inhaltlich	1
	Geeinte Dachverbände	1
	Schlechte Vertretung durch Berufsverbände	1
Gesamt		9
Veränderung bzw. Erweiterung der Ausbildung/des Studiums	Das Studium selbst sollte praxisorientierter sein und das Selbstbewusstsein der Psycholog_innen fördern	1
	fehlende gute Praktikumsplätze, die noch dazu schlecht bezahlt sind	1
	Fehlendes verpflichtendes Psychiatriepraktikum	1
	Es fehlen in der Ausbildung die Module für fundiertes (!) medizinisches Wissen!	1
	Vieles muss man sich selbst erarbeiten	1
	Viele Methoden habe ich erst in Seminaren nach dem Klinischen Lehrgang erworben. Klinisch-psychologische Behandlung sollte im Lehrgang aufgenommen werden.	1
	Klinisch-psychologische Ausbildung sollte griffiger sein	1
	Fokussierung auf Techniken und nicht allgemeiner Wirkfaktoren	1
Gesamt		8
Präzisierung des Berufsbildes und Abgrenzung zu anderen PSY-Berufen ^a	Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen	1
	Fehlende Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen	1
	Mangelhaftes Wissen der Patient*innen über Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen	1
	Verwirrung in der Gesellschaft darüber was welcher Psy-Beruf jetzt "genau macht"	1
	Der Kunde unterscheidet ohnehin nicht zwischen Psychologie und Psychotherapie, aber das Geld entscheidet natürlich oftmals	1
	Der Wildwuchs und fehlende Regulierung an esoterischen Verfahren (Energetiker, Lebens- und Sozialberater)	1
	zu viele "Heiler" ohne Ausbildung aber viel Selbstbewusstsein	1
Gesamt		7
Wahrnehmung und Aufklärung in der Gesellschaft	Mangelnde Aufklärung der BürgerInnen	1
	Mangeldendes Wissen über klinische Psychologie in d. Medien	1
	Verwirrung der Patient*innen hinsichtlich der vielfältigen Angebote, zB psychologische Beratung, psychologische Therapie vs Psychotherapie	1
	Entstehende Scham, am Gedanken an eine Therapie der Klienten eingeschränktes Vertrauen der Klienten aufgrund fehlender Kassenleistung	1
	Vorurteile gegenüber Psychologie als große Hürde	1
	Werbeverbot bzw. Bewerbung anderer Berufsgruppen (z.B. LSB) verzerrt das Bild bzgl. Qualität von Angeboten	1
Gesamt		7

Anmerkung. ^a PSY-Berufe umfassen Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen, Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie. n= 50. Fortsetzung der Tabelle auf der nächsten Seite.

Tabelle 26.1- Fortsetzung 1*Inhaltliche Kategorisierung von offenen Antworten zu Hürden bei der Ausübung von KPB in freier Praxis*

Inhaltliche Kategorie	Zugeordnete offene Antworten zu Hürden bei der Ausübung von KPB in freier Praxis	n
Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Förderung des Selbstbewusstseins der Klinischen Psycholog*innen	Fehlende Vernetzung	1
	Erleben von Hilflosigkeit wenn Techniken nicht funktionieren	1
	Gefühl der Minderwertigkeit gegenüber PsychotherapeutInnen bzw. KP mit Psychotherapieausbildung	1
	kein Mentoring durch erfahrene KollegInnen in der Startphase als selbstständige Psychologin	1
	Kein Menschenbild zu haben verunsichert anfang und für zu wenig Mut in die Selbstständigkeit	1
	mangelnde Identifikation durch psychotherapeutische Zusatzqualifikation	1
Gesamt		6
Gesundheitspolitische, rechtliche und strukturelle Rahmenbedingungen	Es scheint in der Politik kaum Interesse an einer Finanzierung von KPB außerhalb der Psychotherapie zu geben	1
	Gleichstellung in Österreich mit Psychotherapie	1
	KPB sollte analog den Kriterien der Psychotherapieausbildung werden	1
	Mangelnde Gleichstellung mit Psychotherapie	1
	Psychotherapiegesetz in Ö im Unterschied zu Deutschland	1
	Psychologische beratung nicht geschützter Bereich	1
Gesamt		6
Kooperation und Verhältnis zur Psychotherapie/Medizin	Engere Kooperationen v K-Psy und PT wäre sinnvoll	1
	Vertretung Psychotherapie zu stark/Konkurrenzdenken	1
	Fehlende Überweisung von Ärzten an uns	1
	Ignoranz anderer Berufsgruppen über Kompetenzen von Klin. Psych.	1
Gesamt		4
Sonstiges/nicht eindeutig interpretierbar	Benzodiazepinabhängigkeiten	1
	PsychologInnen werden als softies angesehen!	1
	KP sind meist Frauen, es gilt hier die Finanzfalle!	1
Gesamt		3

Anmerkung. ^a PSY-Berufe umfassen Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen, Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie. n= 50.

6.5.9. Forschungsfrage 62.

*Welche Problemfelder werden seitens der Klinischen Psycholog*innen bzgl. der Ausübung der KPB in Institutionen gesehen?*

Bei diesem Item wurden vordefinierte mögliche Problemfelder bei der Ausübung der KPB in Institutionen vorgegeben. Es erfolgte eine Befragung des

Zutreffens der Aussagen auf einer 7-stelligen Likert-Skala von *Trifft überhaupt nicht zu (1)* bis *Trifft sehr zu (7)*. Das Ergebnis kann in *Tabelle 27* eingesehen werden.

Tabelle 27

Wahrgenommene Problemfelder der Ausübung von KPB in Institutionen

Vordefinierte Problemfelder bei der Ausübung von KPB in Institutionen	n	Md	SD	Min	Max
Versorgungsgrad an Klinischen Psycholog*innen ist zu gering (zu wenige Klinische Psycholog*innen in der Institution tätig), um allen Patient*innen eine KPB anbieten zu können	236	6.0	1.8	1.0	7.0
Die Arbeit der Klinischen Psycholog*innen wird zu wenig wertgeschätzt	236	6.0	1.9	1.0	7.0
Eine zusätzliche Psychotherapieausbildung wird gefordert um behandeln/therapieren zu dürfen	235	6.0	2.1	1.0	7.0
Versorgungsgrad an Personal allgemein ist zu gering (zu wenig Personal allgemein in der Institution tätig)	227	5.0	1.8	1.0	7.0
Bezahlung der Klinischen Psycholog*innen ist zu gering	235	5.0	1.9	1.0	7.0
Zu wenig Zeit der Klinischen Psycholog*innen um mit Patient*innen regelmäßig eine KPB durchzuführen	238	5.0	2.1	1.0	7.0
Interdisziplinäre Zusammenarbeit gestaltet sich mangelhaft	236	4.0	1.8	1.0	7.0
Beschäftigungsverträge werden oft nur befristet vergeben	228	4.0	2.2	1.0	7.0
Ausstattung und Hilfsmittel sind für eine adäquate Durchführung der KPB zu gering	229	3.0	1.9	1.0	7.0

Anmerkung. Die Beantwortung des Items erfolgte auf einer 7-stelligen Likert-Skala mit den Endpunkten Trifft überhaupt nicht zu (1) bis Trifft sehr zu (7).

Bei dieser Forschungsfrage gab es für die Proband*innen ebenfalls die Möglichkeit, offene Antworten anzuführen. Die gegebenen Antworten ($n= 18$) wurden gesichtet und davon inhaltliche Kategorien gebildet, welchen idente und inhaltlich ähnliche Antworten zugeordnet wurden. Die Analyse ergab die Überkategorien *Präzisierung des Berufsbildes und Abgrenzung zur Psychotherapie* ($n= 4$), *Bezahlung und finanzielle Rahmenbedingungen* ($n= 4$), *Fehlende Ausbildungs- bzw. Praktikumsplätze* ($n= 3$), *Kritik an Berufsverbänden* ($n= 3$), *Institutionelle und strukturelle Rahmenbedingungen* ($n= 2$), *Arbeitsbezogene zwischenmenschliche Probleme* ($n= 1$) und *Resignation der Klinischen Psycholog*innen* ($n= 1$). Sämtliche inhaltliche Kategorien inklusive der zugeordneten Antworten sind in *Tabelle 27.1* dargestellt.

Tabelle 27.1*Inhaltliche Kategorisierung von offenen Antworten zu Problemfeldern bei der Ausübung von KPB in Institutionen*

Inhaltliche Kategorie	Zugeordnete offene Antworten zu Problemfeldern bei der Ausübung von KPB in Institutionen	n
<u>Präzisierung des Berufsbildes und Abgrenzung zur Psychotherapie</u>		
	Behandelnde Tätigkeit wird oft als nicht zum Psychologenberuf gehörig angesehen	1
	Keine genaue Abgrenzung psychologischer Behandlung zur PT	1
	mangelndes Wissen über die vielfältigen Einsatzmöglichkeiten Klinischer Psycholog*innen	1
	Viele sehen die Pthe als die KPB und wechseln zu dieser	1
Gesamt		4
<u>Bezahlung und finanzielle Rahmenbedingungen</u>		
	ganz oft wird man gar nicht als KLin Psychologin angestellt obwohl man diese Arbeit machen soll! Das ist dann wieder mit schlechterer Bezahlung verknüpft	1
	Anschaffungskosten für Diagnostikmaterial, keine Unterstützung durch Berufsverband	1
	Keine Kostenübernahme durch ögk	1
	In Institutionen, die über Kassa verrechnen ist die Tätigkeit der Klin. Psych nicht möglich, da nicht abrechenbar (z.B: Ambulanzen)	1
Gesamt		4
<u>Fehlende Ausbildungs- bzw. Praktikumsplätze</u>		
	zu wenige Ausbildungsstellen	1
	zu wenige Ausbildungsstellen seit Reform des PsyG	1
	KollegInnen in Ausbildung finden zT KEINE geeigneten Praktikumsplätze oder nur MIESE Arbeitsbedingungen	1
Gesamt		3
<u>Kritik an Berufsverbänden</u>		
	Die politische Macht des BÖP ist nicht gegeben	1
	Mangelnde Berufsvertretung	1
	Die Psychotherapeuten haben vor vielen Jahren besser und konsequenter verhandelt!	1
Gesamt		3
<u>Institutionelle und strukturelle Rahmenbedingungen</u>		
	zu wenig Räumlichkeiten um Schweigepflicht einhalten zu können (Gespräche am PatientInnenbett)	1
	Psychotherapeuten bevorzugt	1
Gesamt		2
<u>Arbeitsbezogene zwischenmenschliche Probleme</u>		
	Arrogante Ärzte	1
Gesamt		1
<u>Resignation der Klinischen Psycholog*innen</u>		
	Viele Klinische Psycholog*innen haben resigniert und betreiben keine KPB mehr	1
Gesamt		1

*Anmerkung. n= 18.***6.5.10. Forschungsfrage 63.**

*Was würde es seitens der Klinischen Psycholog*innen brauchen, dass diese KPB zukünftig anbieten, wenn sie es noch nicht tun?*

Hier wurden mögliche Anreize aufgelistet, welche ein mögliches Potenzial innehaben könnten, dass Klinische Psycholog*innen KPB zukünftig anbieten, wenn dies noch nicht der Fall ist. Die Art der Zustimmung zu den Aussagen konnte auf

einer 7-stelligen Likert-Skala von *Trifft überhaupt nicht zu (1)* bis *Trifft sehr zu (7)* abgegeben werden. Das Ergebnis kann in *Tabelle 28* eingesehen werden.

Tabelle 28

*Anreize für Klinische Psycholog*innen KPB anzubieten*

Anreize für Klinische Psycholog*innen KPB anzubieten	n	Md	SD	Min	Max
Finanzierungsbeitrag durch die gesetzliche Krankenversicherung (analog zur Psychotherapie)	142	7.0	1.3	1.0	7.0
Gesamtvertrag mit den österreichischen Krankenversicherungsträgern	138	7.0	1.3	1.0	7.0
Förderung der Wahrnehmung der KPB in der Öffentlichkeit	134	7.0	1.3	1.0	7.0
Nachversorgungsaufträge nach Reha- oder Spitalsaufenthalten	134	7.0	1.4	1.0	7.0
Werbung für die Qualität der KPB	134	7.0	1.6	1.0	7.0
Bessere Vernetzung mit den Allgemeinärzt*innen	133	6.0	1.5	1.0	7.0
Bessere Vernetzung unter den PSY-Berufen	133	6.0	1.7	1.0	7.0
Mehr Unterstützung durch die Berufsverbände bei der Gründung von Praxen für KPB	130	6.0	1.7	1.0	7.0
Mehr und bessere Ausbildung in KPB (im Rahmen der Ausbildung zu Klinischen Psycholog*innen)	133	5.0	2.1	1.0	7.0
Eigene Aus-/Weiterbildung in KPB für Klinische Psycholog*innen	130	5.0	2.0	1.0	7.0

Anmerkung. Die Beantwortung des Items erfolgte auf einer 7-stelligen Likert-Skala mit den Endpunkten Trifft überhaupt nicht zu (1) bis Trifft sehr zu (7).

Auch bei dieser Forschungsfrage war es möglich, offene Antworten zu geben. Wie bei den zwei vorhergehenden Analysen wurden auch hier, ausgehend von den gegebenen Antworten ($n=8$), inhaltliche Kategorien gebildet und idente bzw. inhaltlich ähnliche Antworten zugeordnet. Die Auswertung ergab die Überkategorien *Bessere Vernetzung* ($n=3$), *Geregelte Zuständigkeiten und Berufsbezeichnungen im Gesundheitssystem* ($n=2$), *Spezialisierungen bzw. Weiterentwicklung des Berufsbildes* ($n=1$) und *Öffentliche Aufklärung über die KPB* ($n=1$). Eine Antwort konnte nicht eindeutig interpretiert werden bzw. beinhaltete die Zustimmung zu allen im Fragebogen vordefinierten Antwortmöglichkeiten ($n=1$). Die inhaltlichen Kategorien inklusive der zugeordneten Aussagen können in *Tabelle 28.1* eingesehen werden.

Tabelle 28.1

*Inhaltliche Kategorisierung von offenen Antworten zu Anreizen, die Klinische Psycholog*innen motivieren könnten, KPB anzubieten*

Inhaltliche Kategorie	Zugeordnete offene Antworten zu Anreizen um KPB anzubieten	n
Bessere Vernetzung		
	Bessere Vernetzung mit Fachärzt*innen	1
	Vernetzung zwischen Berufsverbände und psychologischen Diensten beim Bund	1
	Bessere Vernetzung mit weiteren nahen Berufsgruppen	1
Gesamt		3
Geregelte Zuständigkeiten und Berufsbezeichnungen im Gesundheitssystem		
	Vor-Versorgungsaufträge z.B. bariatrische chirurgische Eingriffe, Schönheits OPs	1
	Verbot das LSB psychologische Berater heißen dürfen!!!!	1
Gesamt		2
Spezialisierungen bzw. Weiterentwicklung des Berufsbildes		
	mehr Spezialisierungen analog der Neuropsychologie (Psychoonkologie, psychologische Schmerztherapie, Sexologie etc.)	1
Gesamt		1
Öffentliche Aufklärung über die KPB		
	Was genau ist der Inhalt der kl.psy. Behandlung - Klarheit für die Klienten	1
Gesamt		1
Nicht eindeutig interpretierbar/Zustimmung zu vorgegebenen Antworten		
	stimme allen genannten Argumenten zu, biete KPB aber seit vielen Jahren an	1
Gesamt		1

Anmerkung. n= 8.

6.6. Weiterführende Analysen

Im Folgenden wird die Überprüfung der Hypothesen dargestellt, welche nach Sichtung der Ergebnisse formuliert und überprüft wurden.

6.6.1. Hypothese 1. Die Annahme, dass eine längere Dauer an praktizierter KPB und eine höhere Einschätzung der eigenen wahrgenommenen Kompetenz in KPB zusammenhängt, konnte bestätigt werden (siehe *Tabelle 29*). Es zeigte sich ein geringer aber signifikanter Zusammenhang ($p < .01$).

Tabelle 29

Korrelation (Spearman-Rho) von selbst wahrgenommener Kompetenz in klinisch-psychologischer Behandlung/Therapie und Dauer an praktizierter KPB

	Dauer an praktizierter KPB
Selbst wahrgenommene Kompetenz in klinisch-psychologischer Behandlung/Therapie	.225**

Anmerkungen. ** $p < .01$ (einseitig), n= 235.

6.6.2. Hypothese 2. Die zweite Hypothese beinhaltete die Annahme, dass die selbst wahrgenommene Kompetenz in KPB mit der Art der Beschäftigungsform (Selbständig in freier Praxis, Angestellten- oder Vertragsbedienstetenverhältnis oder beides) zusammenhängen würde. Es zeigte sich hier ein mittlerer und signifikanter Zusammenhang ($p = .011$) (siehe *Tabelle 30*).

Tabelle 30

Kontingenzkoeffizient von selbst wahrgenommener Kompetenz in klinisch-psychologischer Behandlung/Therapie und der Art der Beschäftigungsform

	Art der Beschäftigungsform
Selbst wahrgenommene Kompetenz in klinisch-psychologischer Behandlung/Therapie	.329*

Anmerkungen. * $p < .05$, $n = 249$.

Ein Kruskal-Wallis-Test zeigte in der *selbst wahrgenommenen Kompetenz in KPB/Therapie* einen signifikanten Unterschied zwischen den drei Beschäftigungsformen (Selbständig in freier Praxis, Angestellten- oder Vertragsbedienstetenverhältnis, Selbständig und in einem Angestellten- oder Vertragsbedienstetenverhältnis), $H(2, N = 248) = 12.92$, $p = .002$. Die Post-hoc-Tests (Gruppenvergleiche) ergaben, dass sich die Ergebnisse zwischen den Gruppen *Angestellten- oder Vertragsbedienstetenverhältnis* und *Selbständig in freier Praxis* signifikant unterschieden ($p < .001$). Ebenfalls unterschieden sich die Ergebnisse zwischen den Gruppen *Angestellten- oder Vertragsbedienstetenverhältnis* und *Selbständig und in einem Angestellten- oder Vertragsbedienstetenverhältnis* signifikant ($p = .003$). Die Gruppen *Selbständig in freier Praxis* und *Selbständig und in einem Angestellten- oder Vertragsbedienstetenverhältnis* unterschieden sich nicht signifikant ($p = .398$). Die Mediane betrugen in der Gruppe *Selbständig in freier Praxis* 7 ($SD = 0.844$), in der Gruppe *Selbständig und in einem Angestellten- oder Vertragsbedienstetenverhältnis* 6 ($SD = 1.046$) und in der Gruppe *Angestellten- oder Vertragsbedienstetenverhältnis* 6 ($SD = 1.321$).

6.6.3. Hypothese 3. Im Rahmen der Hypothese 3 wurde angenommen, dass die selbst wahrgenommene Kompetenz im Bereich Klinisch-psychologische

Behandlung/Therapie und das Vorliegen einer zusätzlichen psychotherapeutischen Ausbildung (Doppelqualifikation) zusammenhängt. Diese Annahme konnte nicht bestätigt werden (siehe *Tabelle 31*). Es zeigte sich ein sehr geringer aber nicht signifikanter Zusammenhang ($p = .844$).

Tabelle 31

Kontingenzkoeffizient von selbst wahrgenommener Kompetenz in klinisch-psychologischer Behandlung/Therapie und des Vorliegens einer zusätzlichen psychotherapeutischen Ausbildung

	Vorliegen einer zusätzlichen psychotherapeutischen Ausbildung (Doppelqualifikation)
Selbst wahrgenommene Kompetenz in klinisch-psychologischer Behandlung/Therapie	.093

Anmerkungen. n = 232.

6.6.4. Hypothese 4.1. Die Hypothese, dass es einen Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der postgraduellen *theoretischen Ausbildung* in Klinischer Psychologie und der zu dem Zeitpunkt jeweils gültigen Rechtsnorm (PIG 1990 vs. PIG 2013) gibt, konnte nicht bestätigt werden (siehe *Tabelle 32*). Die Analyse ergab einen sehr geringen aber nicht signifikanten Zusammenhang ($p = .889$).

Tabelle 32

Kontingenzkoeffizient von der Zufriedenheit mit der theoretischen postgraduellen Ausbildung in Klinischer Psychologie und der jeweils gültigen Rechtsnorm (PIG) zum Zeitpunkt der Ausbildung

	Gültige Rechtsnorm zum Zeitpunkt der Ausbildung (PIG 1990 vs. PIG 2013)
Zufriedenheit mit der theoretischen postgraduellen Ausbildung in Klinischer Psychologie	.098

Anmerkungen. n = 240.

6.6.4.1. Hypothese 4.2. Ein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der postgraduellen *praktischen Ausbildung* in Klinischer Psychologie und der zu dem

Zeitpunkt jeweils gültigen Rechtsnorm (PIG 1990 vs. PIG 2013) konnte ebenfalls nicht bestätigt werden (siehe *Tabelle 33*). Die Analyse ergab einen geringen Zusammenhang, der aber nicht signifikant ist ($p = .382$).

Tabelle 33

Kontingenzkoeffizient von der Zufriedenheit mit der praktischen postgraduellen Ausbildung in Klinischer Psychologie und der jeweils gültigen Rechtsnorm (PIG) zum Zeitpunkt der Ausbildung

	Gültige Rechtsnorm zum Zeitpunkt der Ausbildung (PIG 1990 vs. PIG 2013)
Zufriedenheit mit der praktischen postgraduellen Ausbildung in Klinischer Psychologie	.161

Anmerkungen. n = 240.

7. Diskussion und Ausblick

7.1. Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

In der vorliegenden explorativ-deskriptiven Forschungsarbeit wurde die praktische Ausübung der KPB in Österreich sowie die praktizierende Gruppe der Klinischen Psycholog*innen untersucht. Des Weiteren wurden die Einstellungen der Klinischen Psycholog*innen zu definierten Themenbereichen erhoben. Um einen Einblick in die Diversität des klinisch-psychologischen Arbeitsbereiches zu erlangen, wurden Subgruppen gebildet. Es konnte eine große Menge an deskriptiven Daten gesammelt werden, welche in weiterer Folge interpretiert und diskutiert werden. Zu Beginn werden die Ergebnisse der deskriptiven Datenanalyse betrachtet und im Anschluss die im Nachhinein erstellten weiterführenden Analysen.

Zu erwähnen ist an dieser Stelle, dass es sich hier um eine explorative Analyse handelt und erste Einblicke in diesen Interessensbereich gegeben werden sollen. Keines der Ergebnisse kann als empirisch genügend abgesichert angesehen werden und dient daher primär einer Orientierung in dem vorliegenden Forschungsgebiet.

Anhand der Diskussion der Ergebnisse werden im weiteren Verlauf Vorschläge für zukünftige Forschungen gegeben und die Reichweite bzw. die Limitationen der Ergebnisse diskutiert. Im Rahmen der korrelativen weiterführenden

Analysen sind keine kausalen Interpretationen zulässig. Alle Äußerungen, die sich in eine bestimmte Richtung neigen, sind als Vermutungen aufzufassen.

In Bezug auf die Stichprobenzusammensetzung lässt sich feststellen, dass der Großteil der Teilnehmer*innen weiblich ist (84.8 %) und das Alter sehr variiert (26 bis 75 Jahre). Entsprechend der Bevölkerungsverteilung nahmen mehr Klinische Psycholog*innen aus dem Osten Österreichs teil als aus dem Westen. Weiters zeigte sich, dass einige Klinische Psycholog*innen in einem oder mehreren Bundesländern tätig sind.

In Hinblick auf die Analyse der Subgruppengrößen ist interessant, dass 38.5 Prozent der Stichprobe überwiegend im Kinder- und Jugendbereich tätig sind. Da keine Vergleichswerte zum Anteil der Klinischen Psycholog*innen im Kinder- und Jugendbereich gefunden werden konnten, kann hier kein Vergleich in Bezug auf eine Besonderheit bei der Stichprobenzusammensetzung angestellt werden. Festhalten lässt sich jedoch, dass diese Gruppe einen auffallend großen Anteil in der Stichprobe einnimmt.

7.1.1. Bereich Tätigkeitsprofil der Klinischen Psycholog*innen. Betrachtet man das Tätigkeitsprofil der Klinischen Psycholog*innen zeigt sich, dass 16.2 Prozent auch in anderen psychologischen Tätigkeitsbereichen arbeiten, die thematisch etwas weiter entfernt liegen, wie in der Arbeits- und Organisationspsychologie, Forensischen Psychologie, Verkehrspsychologie, etc. Etwa zwei Drittel (66.8 %) der befragten Personen arbeiten auch im gesundheitspsychologischen Bereich, was durch die frühere gemeinsame postgraduelle Ausbildung bedingt sein könnte. Dieser Befund deckt sich mit der Befragung von Hagleitner (2007), wo ebenfalls ca. zwei Drittel der Klinischen Psycholog*innen auch gesundheitspsychologisch tätig waren. Hier wird interessant sein, ob sich dieser Anteil durch die Trennung der Ausbildung in Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie durch das Psychologengesetz 2013 (Inkrafttreten am 1. Jänner 2014) (PIG 2013, 2025) in Zukunft ändern wird. Fast ein Viertel der Proband*innen (22.5 %) ist auch im Rahmen der Psychotherapie tätig. Dieses Ergebnis deckt sich nicht mit der Erhebung von Hagleitner (2007), bei dessen Befragung knapp die Hälfte auch Psychotherapie ausübte. Hier kann die Frage gestellt werden, ob der Anteil der Klinischen Psycholog*innen, welche zusätzlich eine Psychotherapieausbildung absolvieren, mit

der Zeit zurückgegangen ist oder ob dies mit Besonderheiten der Stichprobenzusammensetzung zusammenhängt.

Die Analyse der Beschäftigungsverhältnisse zeigte, dass ein großer Teil der Klinischen Psycholog*innen (40.7 %) in einem Angestellten- oder Vertragsbedienstetenverhältnis und gleichzeitig selbständig tätig ist. Im Vergleich zur Beschäftigung in einer Institution (19.5 %) nimmt die selbständige Tätigkeit einen größeren Anteil (34.7 %) ein. Diese Ergebnisse entsprechen nicht denen der Befragung von Hagleitner (2007), in der 42 Prozent angaben, in einer Institution tätig zu sein, 14 Prozent in freier Praxis und 16 Prozent in beidem.

Interessant ist, dass von den Klinischen Psycholog*innen, die in Institutionen tätig sind, die größte Gruppe (14.5 %) im Sozialwesen tätig ist, gefolgt von der Tätigkeit in Ambulatorien bzw. Beratungsstellen (13.6 %), in einem Allgemeinen Krankenhaus (10.6 %), in Rehabilitationskliniken/Kuranstalten (8.9 %) und in psychiatrischen oder neurologischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern (8.1 %). Lediglich 7.2 Prozent sind in Psychiatrischen Krankenhäusern tätig.

Mehr als zwei Drittel der Klinischen Psycholog*innen (71.2 %) haben angegeben, keine Vertrags- oder Wahlpsycholog*innen im Rahmen der Diagnostik zu sein. Da 65.5 Prozent klinisch-psychologische Diagnostik anbieten, lässt dies darauf schließen, dass ein großer Teil der Diagnostik von den Klient*innen selbst finanziert werden muss. Hier ist jedoch zu beachten, dass auch psychologische Diagnostikleistungen enthalten sein könnten, die generell keiner Finanzierung durch die Sozialversicherung unterliegen (z.B. Waffenscheinbegutachtung). Weiters könnte die Diagnostik auch einfach im Rahmen der KPB oder Beratung erfolgen.

Die häufigste Leistung der Klinischen Psycholog*innen stellt die KPB dar. 94.1 Prozent bieten diese an, gefolgt von der Beratung (92.9 %), der Diagnostik (65.5 %) und der Krisenintervention (58.2 %). Diese Leistungen stellen ca. 50 Prozent der angebotenen Leistungen dar und können somit als Hauptaufgaben der Klinischen Psycholog*innen interpretiert werden.

Durchschnittlich sind die Klinische Psycholog*innen pro Woche 28 Stunden tätig und ihre - im vorigen Absatz festgestellten - Hauptaufgabenfelder spiegeln sich auch in der prozentualen Aufteilung der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitsleistung wider. Während im Mittel 45.7 Prozent für Behandlung/Therapie aufgewendet wird, stehen Beratung mit 21.9 Prozent und Diagnostik mit 21.4 Prozent an nächster Stelle.

Im Bereich der Spezialisierung können mehrere Variablen betrachtet werden. Einerseits stellt ein Charakteristikum der KPB die Methodenvielfalt dar (Schmid & Steiger-Hirsch, 2009), andererseits können Spezialisierungen, auf z.B. eine Personengruppe oder auf bestimmte Behandlungsverfahren, dazu führen, dass die Kompetenz in diesem Bereich gesteigert und dauerhaft gesichert wird. So stellen laut Baumann und Perrez (2006) die Wahl der Mittel, die spezifischen Behandlungsfunktionen sowie die Professionalität des Handelns drei von sechs der von ihnen genannten Merkmale der KPB dar. Spezialisierungen könnten dazu beitragen, die Kompetenz in diesen drei Kriterien zu erhöhen. Im Rahmen der Befragung haben 97 Prozent der Klinischen Psycholog*innen angegeben, sich auf bestimmte Personengruppen (z.B. in Bezug auf die Altersgruppe oder auf Familien, Paare usw.) spezialisiert zu haben. Bezogen auf Störungsbilder haben 16.1 Prozent angegeben, sich auf keine spezialisiert zu haben, was im Umkehrschluss bedeutet, dass sich 83.9 Prozent auf eines oder mehrere Störungsbilder spezialisiert haben. Im Rahmen von Funktionsstörungen haben sich 59.9 Prozent auf eine oder mehrere Funktionsstörungen spezialisiert. Im Bereich der Behandlungsverfahren haben 62.1 Prozent der Klinischen Psycholog*innen angegeben, sich auf ein oder mehrere Behandlungsverfahren spezialisiert zu haben. Ausgehend von diesen Daten kann von einem hohen Spezialisierungsgrad innerhalb der Stichprobe ausgegangen werden.

7.1.2. Bereich Klinisch-psychologische Behandlung. Ein weiteres Charakteristikum der KPB ist es, dass diese kurzzeitorientiert ist und bei vielen Beschwerden eine Behandlungsdauer von 12 bis 15 Einheiten umfasst (Schmid & Steiger-Hirsch, 2009). Im Rahmen der vorliegenden Befragung gaben die Klinischen Psycholog*innen an, dass eine KPB im Durchschnitt 7.1 Monate ($SD= 5.8$) dauern würde. Da hier eine breite Streuung vorliegt ist eine Betrachtung des Medians sinnvoll, da dieser gegenüber Ausreißern robuster ist. Dieser zeigt eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 6 Monaten. Bei der Frage nach den durchschnittlichen Einheiten einer KPB lag ebenfalls eine breite Streuung vor ($M= 20.4$; $SD= 19.5$). Betrachtet man wiederum den Median, zeigt sich, dass eine KPB im Durchschnitt 15 Einheiten umfasst. Somit liegt innerhalb der Stichprobe die Dauer der KPB in einem kurzzeitorientierten Rahmen. Am häufigsten werden Behandlungseinheiten mit einer Dauer von 45 bis 50 Minuten gewählt (62.6 %) und 79 Prozent

der Stichprobe wählen eine Frequenz der KPB von *einmal in der Woche* (41 %) und *mehr als einmal in der Woche* (38 %).

Zu den am häufigsten mit KPB behandelten Störungsbildern gehören Depressive Störungen, welche 85.8 Prozent der Klinischen Psycholog*innen behandeln. Darauf folgen stressabhängige körperliche Beschwerden (64.6 %), Panik und Agoraphobie (59.4 %), Generalisierte Angststörung (58.7 %), Posttraumatische Belastungsstörung (55.5 %) und Soziale Phobien (55.1 %). Hier wurden nur diese genannt, welche mindestens die Hälfte der Klinischen Psycholog*innen mittels der KPB behandeln. Alle weiteren können in *Tabelle 11* eingesehen werden.

Wie bereits erwähnt, stellt die Methodenvielfalt ein Merkmal der KPB dar (Schmid & Steiger-Hirsch, 2009). Betrachtet man die Ergebnisse zu den angewandten Behandlungstechniken im Rahmen der KPB, zeigt sich ein großes Methodeninventar. Insgesamt haben 265 Personen 5,956 Antworten zu 45 vorgegebenen Behandlungstechniken (eine Antwortmöglichkeit war *Andere*) abgegeben. Somit haben die Klinischen Psycholog*innen im Durchschnitt angegeben, 22.5 Behandlungstechniken zu kennen und anzuwenden. Mehr als 80 Prozent der Klinischen Psycholog*innen wenden die Methoden Psychoedukation, Ressourcenaktivierung, Psychologische bzw. therapeutische Gesprächstechniken und Entspannungsverfahren an.

Die Verwendung von Behandlungsplänen stellt im Rahmen der KPB eine Komponente eines zielorientierten Vorgehens dar, was ein Merkmal der KPB ist (Baumann & Perrez, 2006). Aus den Angaben der Proband*innen kann bei diesem Punkt keine eindeutige Aussage getroffen werden. Die Tendenz geht in die Richtung, dass Behandlungspläne eher verwendet werden, als nicht ($Md= 4$, $SD= 1.9$; 7-stellige Likert-Skala von *Nie* bis *Immer*). Betrachtet man jedoch die erfragte Wichtigkeit des Einsatzes von Behandlungsplänen, schätzen die befragten Klinischen Psycholog*innen diese als eher wichtig ein ($Md= 5$, $SD= 1.8$, 7-stellige Likert-Skala von *Gar nicht wichtig* bis *Sehr wichtig*).

Die empirische Evaluation ist ein weiteres Merkmal der KPB (Baumann & Perrez, 2006). Von einer Evaluation der Behandlungsmethoden und -prozesse kann im weitesten Sinne ausgegangen werden, da sich diese an den Prinzipien der Evidenzbasiertheit und der Empirie orientieren. Es kann jedoch nicht in jedem Fall von einer erfolgreichen Behandlung ausgegangen werden und daher ist eine eigene Evaluation der Anwendung der KPB und ihrer Methoden und Techniken im Einzelfall

vorzunehmen (Laireiter, 2017). Innerhalb der Stichprobe haben 90.9 Prozent angegeben im Rahmen der KPB eine Form von Evaluation anzuwenden. Am häufigsten erfolgt diese mittels eigener Aufzeichnungen (64.5 %).

Im Theorieteil wird die Abgrenzung der KPB zur Psychotherapie beschrieben. Im Rahmen dieser Arbeit wird die Frage gestellt, inwiefern und in welchem Ausmaß eine Kombination aus Methoden der KPB und der Psychotherapie erfolgt. 92.1 Prozent der Klinischen Psycholog*innen mit Psychotherapieausbildung haben angegeben, im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit auch Methoden anderer psychotherapeutischer Schulen oder solche der KPB anzuwenden. Wenn man weitere Ergebnisse näher betrachtet, zeigt sich, dass diese Gruppe zu mehr als zwei Drittel (71.6 %) mit ihrer erlernten psychotherapeutischen Methode arbeitet, zu 11.4 Prozent mit anderen psychotherapeutischen Methoden und zu 21.7 Prozent mit Methoden der KPB. Anhand dieser Ergebnisse kann interpretiert werden, dass Klinische Psycholog*innen, welche ein Psychotherapieausbildung absolviert haben, vorwiegend mit ihrer erlernten Psychotherapiemethode tätig sind, jedoch auch mit Methoden der KPB und anderer Psychotherapiemethoden arbeiten. Da dieser Gruppe mit Doppelqualifikation die Methodenvielfalt aus der KPB und der Psychotherapie zur Verfügung steht, wäre in einer weiteren Untersuchung interessant, bei welchen therapeutischen Problemstellungen Methoden der KPB gewählt werden.

Im Rahmen dieser Arbeit und mit dem Hintergrund der vergangenen Bemühungen der Berufsverbände der Psycholog*innen, die KPB in die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungsträger aufnehmen zu lassen und somit einen finanzierten Zugang zur KPB zu ermöglichen (siehe vergangene Pressemitteilungen des BÖP), interessierte die Auslastung der Klinischen Psycholog*innen und welche ungenützten Ressourcen hier vorliegen. Von den niedergelassenen Klinischen Psycholog*innen gaben 15.7 Prozent an, die meiste Zeit eine Warteliste für die KPB zu führen. Im Durchschnitt dauert es ca. 7 Wochen, bis Klient*innen auf der Warteliste einen Behandlungsplatz bekommen. Gleichzeitig haben 43.9 Prozent angegeben, dass in ihrer Praxis ungenutzte Ressourcen betreffend der KPB vorhanden sind. Im Durchschnitt könnten diese 5.2 Stunden pro Woche zusätzlich anbieten. Insgesamt könnten diese 86 Klinischen Psycholog*innen pro Woche 508 Stunden an KPB zusätzlich anbieten. Interessant ist auch, dass sich 74.3 Prozent der niedergelassenen Klinischen Psycholog*innen um einen Kassenvertrag bemühen

würden, wenn die KPB als Kassenleistung angeboten werden würde. Zum Zeitpunkt der Befragung gab es noch keinen Kostenzuschuss zur KPB. Dieser wurde mit 1. Jänner 2024 eingeführt (BÖP, 2024). Im Rahmen weiterer Befragungen wäre interessant, wie viele Klinische Psycholog*innen nun tatsächlich mit den Krankenversicherungsträgern Leistungen der KPB abrechnen bzw. wie oft der Kostenzuschuss in Anspruch genommen wird.

Bei der nächsten Auswertung stellt sich die Frage, ob der erwähnte Kostenzuschuss für die an der KPB interessierten Personen auch ausreicht, diese zu beginnen. Laut den Einschätzungen der Klinischen Psycholog*innen passierte es im Jahr 2021 oft ($Md= 6$, $SD= 1.6$, 7-stellige Likert-Skala von *Nie* bis *Sehr oft*), dass anfragende Klient*innen aufgrund der fehlenden Verrechenbarkeit mit den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern, eine Behandlung nicht begonnen haben.

7.1.3. Bereich Ausbildung. Die nächsten Absätze behandeln das Thema Ausbildung der Klinischen Psycholog*innen. Was den Beginn der postgraduellen Ausbildung in Klinischer Psychologie betrifft, ist die Stichprobe breit gestreut. Im Durchschnitt wurde diese im Jahr 2006 ($SD= 6.8$) begonnen und der Beginn reicht von 1991 bis 2019. 14 Personen waren bereits vor 1990 klinisch-psychologisch tätig und haben somit keine formale postgraduelle Ausbildung absolviert, da diese zu diesem Zeitpunkt noch nicht gegeben war. Der Durchschnitt des Beginns der Tätigkeit als Klinische Psycholog*innen liegt hier im Jahr 1984, mit dem frühesten Beginn im Jahr 1971 und dem spätesten im Jahr 1989. Dies weist darauf hin, dass mit der Befragung eine weite Spannweite in Bezug auf die Zeitachse des Beginns der klinisch-psychologischen Tätigkeit erreicht wurde. Der überwiegende Teil hat die Ausbildung nach dem neuen Psychologengesetz aus 2013 begonnen (77.4 %) und ein kleinerer Teil nach dem alten aus 1990 (22.6 %). Die befragten Klinischen Psycholog*innen sind mit der theoretischen postgraduellen Ausbildung eher zufrieden ($Md= 5$, $SD= 1.6$, 7-stellige Likert-Skala von *gar nicht zufrieden* [1] bis *sehr zufrieden* [7]) und mit der praktischen zufrieden ($Md= 6$, $SD= 1.8$, 7-stellige Likert-Skala von *gar nicht zufrieden* [1] bis *sehr zufrieden* [7]).

Im Kontext dieses Themas interessierte die Meinung der Klinischen Psycholog*innen in Bezug auf vordefinierte potentielle Problemfelder im Rahmen der postgraduellen Ausbildung. Zwei Problemfelder wurden als starkes bzw. sehr starkes Problemfeld seitens der Klinischen Psycholog*innen bewertet. Die *nicht ausreich-*

ende Bezahlung in der praktischen Ausbildungstätigkeit wurde als ein sehr starkes Problemfeld und änderungsbedürftig bewertet und *der Mangel an Ausbildungsplätzen im praktischen Teil* als ein starkes Problemfeld und änderungsbedürftig. Weitere potentielle Problemfelder samt ihrer Bewertung können in *Tabelle 16* nachgelesen werden.

Auch im Bereich der Ausbildung stellt sich die Frage nach dem Grad der Spezialisierung der Klinischen Psycholog*innen. In Bezug auf die Spezialisierungsliste des Gesundheitsministeriums (BMASGPK, 2025) haben 62.4 Prozent der Stichprobe angegeben, keine Eintragung in die Spezialisierungsliste der Klinischen Psychologie zu haben. Die häufigste Eintragung stellt hier die Spezialisierung Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie mit 22 Prozent der Klinischen Psycholog*innen dar. Da jedoch ein hoher Anteil an Klinischen Psycholog*innen im Kinder- und Jugendbereich in der Stichprobe ist, könnte die hohe Anzahl der Eintragung in dieser Sparte durch die Stichprobenzusammensetzung bedingt sein. Im Bereich der Gesundheitspsychologie haben 77.6 Prozent angegeben, keine Spezialisierung eingetragen zu haben. Auch hier stellt die häufigste Eintragung die der Spezialisierung in Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie dar. Das könnte jedoch auch mit der oben erwähnten Stichprobenzusammensetzung zusammenhängen.

Bei der formellen Eintragung von Spezialisierungen zeigt sich ein anderes Bild als bei den informellen Angaben der Klinischen Psycholog*innen zu ihren Spezialisierungen. Hier kann angemerkt werden, dass die Eintragung einer Spezialisierung in die Liste des Gesundheitsministeriums (BMASGPK, 2025) eine Reihe von Nachweisen erfordert und daher einen hohen Aufwand darstellt und die Arbeit mit diesen Personengruppen auch ohne diese Spezialisierung rechtlich und fachlich möglich ist. Somit sollte in künftigen Untersuchungen die Frage gestellt werden, aus welchen Gründen eine Eintragung in die Spezialisierungsliste angestrebt wird oder nicht.

Im Rahmen der Befragung interessierte auch, welche Fort- und Weiterbildungen die Klinischen Psycholog*innen im Bereich der KPB absolviert haben. Hier wurden von insgesamt 267 Personen 932 Angaben zu Fort- und Weiterbildungen abgegeben. Die vollständige Liste kann in *Tabelle 18* eingesehen werden. Die 10 am häufigsten angegeben sind Entspannungsverfahren allgemein (24.3 %), Biofeedback/Neurofeedback (12.4 %), Schematherapie (12.0 %), Autogenes Training

(9.7 %), Eye Movement Desensitization and Reprocessing – EMDR (8.6 %), Klinische Hypnose (8.6 %), Achtsamkeitsverfahren (7.9 %), Traumabehandlung allgemein (7.5 %), Notfallpsychologie (6.4 %) und Traumatherapie (6.0 %). Die komplette Liste der Fort- und Weiterbildungen spiegelt die Komplexität und den Umfang an Behandlungsmethoden und klinisch-psychologisch relevanten Störungs- und Problembereichen wider.

Betrachtet man die Subgruppe der Klinischen Psycholog*innen mit Psychotherapieausbildung, zeigt sich, dass am häufigsten die psychotherapeutischen Ausbildungen in den Methoden Systemische Familientherapie (31.2 %), Verhaltenstherapie (22.9 %), Katathym Imaginative Psychotherapie (14.6 %), Person(en)zentrierte Psychotherapie (14.6 %) und Existenzanalyse nach Längle (8.3 %) absolviert wurden. Hier stellte sich auch die Frage, aus welchen Beweggründen sich Klinische Psycholog*innen dazu entschließen eine Psychotherapieausbildung zu absolvieren. Am häufigsten genannt wurden hier ein Mehrwert an zusätzlicher Ausbildung (79.4 %), Interesse (71.4 %), Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten (68.3 %), Professionalisierung in einer Methode/Psychotherapieschule (52.4 %) und Vorbehalt an Kassenplätzen für Behandlung/Therapie (30.2 %). Die vollständige Auflistung kann in *Tabelle 21* nachgelesen werden. Bei dieser Frage waren Mehrfachantworten möglich. Anhand der Auswertung kann man feststellen, dass es für die teilnehmenden Klinischen Psycholog*innen mehrere Gründe gab, eine zusätzliche Psychotherapieausbildung zu absolvieren. Anhand der häufigsten Nennungen kann vermutet werden, dass eine zusätzliche Vertiefung bzw. Spezialisierung und gleichzeitig eine Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten im Fokus der Personen stand. In zukünftigen Forschungen könnte untersucht werden, ob auch in der Ausbildung zu Klinischen Psycholog*innen eine Spezialisierung auf bestimmte Methoden, Behandlungsprozesse oder -verfahren seitens der Klinischen Psycholog*innen gewünscht wird.

7.1.4. Bereich Einstellungen. Die nächsten Absätze behandeln die Einstellungen der Klinischen Psycholog*innen zu den erstellten Forschungsfragen. Diese schätzten die KPB als Bestandteil der psychosozialen Versorgung im Schnitt als sehr wichtig ein ($Md = 7$, $SD = 0.7$, 7-stellige Likert-Skala von *gar nicht wichtig* [1] bis *sehr wichtig* [7]). Betrachtet man die wahrgenommene Eignung der KPB für die Behandlung von ausgewählten Störungsgruppen, zeigt sich, dass diese von den

Klinischen Psycholog*innen als gut bis sehr gut geeignet wahrgenommen wird. Die detaillierten Werte können in *Tabelle 22* eingesehen werden. Im Bereich der Behandlung von Kindern und Jugendlichen sowie im gerontologischen Bereich zeigen sich recht ähnliche Ergebnisse. Daraus kann geschlussfolgert werden, dass die KPB von den Klinischen Psycholog*innen subjektiv als wirksam empfunden wird und diese von ihrer Behandlungsform insgesamt überzeugt sind.

Dies spiegelt sich auch in der Wahrnehmung der eigenen Kompetenz der Klinischen Psycholog*innen im Sinne eines Professionsbewusstseins in der Arbeit im klinischen Spektrum wider. Diese wird als gut kompetent eingeschätzt ($Md= 6$, $SD= 1.0$, 7-stellige Likert Skala von *sehr wenig kompetent [1]* bis *sehr kompetent [7]*). Bezogen auf die einzelnen Tätigkeitsbereiche zeigt sich ein ähnliches Bild. Interessant ist an dieser Stelle, dass die Bereiche Diagnostik ($Md= 6$, $SD= 1.7$) und Begutachtung/Befunderstellung ($Md= 5$, $SD= 1.9$) hier die Schlusslichter darstellen, obwohl diese eine Kernkompetenz der Klinischen Psycholog*innen darstellt. Die Werte differieren jedoch nicht sehr im Vergleich zu den anderen Bereichen Behandlung/Therapie ($Md= 6$, $SD= 1.0$), Beratung und Coaching ($Md= 6$, $SD= 1.1$), Interdisziplinäre Kooperation ($Md= 6$, $SD= 1.3$) und Krisenintervention und -beratung ($Md= 6$, $SD= 1.4$). Insgesamt schätzen die Klinischen Psycholog*innen ihre Kompetenz also als sehr gut bis gut ein.

Die KPB in ihrer Form sowie die Klinische Psychologie unterliegen einem ständigen Wandel, genauso wie sich das Gesundheitssystem und der Bedarf an psychosozialer Versorgung verändert. Daher wurde im Rahmen dieser Forschungsarbeit die Frage gestellt, welches Potential im Bereich der KPB vorliegt, indem Hürden und Problemfelder bei der Ausübung überlegt und erfragt wurden.

In freier Praxis wird vor allem die fehlende Kostenbeteiligung durch die Krankenversicherungsträger als Hürde gesehen ($Md= 7$, $SD= 0.8$, 7-stellige Likert-Skala von *Trifft überhaupt nicht zu [1]* bis *Trifft sehr zu [7]*). Dadurch dass die Befragung im Jahr 2021 erfolgt ist und – wie bereits erwähnt – seit dem 1. Jänner 2024 ein Kostenzuschuss zur KPB bezahlt wird, haben sich in diesem Bereich die Bedingungen grundlegend verändert. Auf diese Thematik wurde bereits weiter oben im Rahmen der Diskussion der Ergebnisse eingegangen und auf weitere zukünftige Forschungen verwiesen. Als weitere Hürden für die Ausübung der KPB in freier Praxis werden die mangelnde Bekanntheit des Angebots gesehen ($Md= 6$, $SD= 1.7$), die Konkurrenz mit anderen Berufsgruppen ($Md= 6$, $SD= 1.8$), ein mangelhaftes

professionelles Selbstbewusstsein der Psycholog*innen ($Md= 6$, $SD= 1.7$) sowie mangelhafte Kooperation ($Md= 5$, $SD= 2.0$). An dieser Stelle wurden nur die am höchsten bewerteten Hürden dargestellt. Die gesamte Auflistung kann in *Tabelle 26* nachgelesen werden. Die Ergebnisse sind denen der Befragung von Hagleitner (2007) aus dem Jahr 2006 recht ähnlich. Hier erfolgte zwar keine Bewertung anhand einer Skala, aber im Rahmen der Befragung wurden Problemfelder in freier Praxis als offene Frage erhoben. Als Antworten wurden eine fehlende Finanzierung (72 %), die mangelnde Bekanntheit des Angebots (42.3 %), Ängste (17.3 %), Konkurrenz mit anderen Berufsgruppen (4.8 %) und eine mangelhafte Kooperation (4.4 %) genannt. Wie bereits oben erwähnt wurde, hat sich im Bereich der fehlenden Finanzierung Grundlegendes verändert. Daher wird auf diesen Bereich nicht weiter eingegangen. In Bezug auf die Einschätzung der mangelnden Bekanntheit des Angebots wäre interessant, wie sich hier die Wahrnehmung der KPB auf der Seite der potentiellen oder tatsächlichen Klient*innen darstellt. So könnte erhoben werden, welches Angebot einerseits der Bevölkerung bekannt ist und andererseits wie zuweisende Stellen, wie Hausärzt*innen, Fachärzt*innen, Kliniken usw. die Verortung der KPB im psychosozialen Bereich wahrnehmen. Anhand dieser Erkenntnisse könnten Interventionen zur Bekanntmachung sowie Bewerbung der KPB entwickelt werden.

In Institutionen wird der Versorgungsgrad mit Klinischen Psycholog*innen als zu gering betrachtet, um allen Patient*innen eine KPB anbieten zu können ($Md= 6$, $SD= 1.8$, 7-stellige Likert-Skala von *Trifft überhaupt nicht zu [1]* bis *Trifft sehr zu [7]*). Als weiteres Problemfeld wird die zu geringe Wertschätzung der Arbeit der Klinischen Psycholog*innen ($Md= 6$, $SD= 1.9$) gesehen. Die Aussage, dass eine zusätzliche Psychotherapieausbildung gefordert wird, um behandeln bzw. therapieren zu dürfen, wird ebenfalls als zutreffend bewertet ($Md= 6$, $SD= 2.1$). Des Weiteren wird der Versorgungsgrad an allgemeinem Personal als zu gering bewertet ($Md= 5$, $SD= 1.9$), die Bezahlung als zu gering gesehen ($Md= 5$, $SD= 1.9$) und es liegt zu wenig Zeit vor, um mit Patient*innen regelmäßig eine KPB durchführen zu können ($Md= 5$, $SD= 2.1$). Zusammenfassend kann hier festgestellt werden, dass die Klinischen Psycholog*innen, welche in Institutionen beschäftigt sind, einen Mangel an Ressourcen, Wertschätzung und finanzieller Abgeltung verorten. Dieser Befund deckt sich auch größtenteils mit der Befragung von Hagleitner (2007), wo Verbesserungspotential in Form von mehr Zeit für Patient*innen, mehr Personal bzw. zusätzliche Klinische Psycholog*innen, Verbesserung der interdisziplinären

Zusammenarbeit, höhere Akzeptanz der klinisch-psychologischen Tätigkeit, Verbesserung der Raumausstattung und bessere Bezahlung genannt wurde (keine Angabe von Prozentwerten vorhanden).

Als letzte Forschungsfrage wurde erfragt, was es für die Klinischen Psycholog*innen brauchen würde, dass diese KPB anbieten, wenn sie dies noch nicht tun. Hier werden vor allem Anreize wie ein Finanzierungsbeitrag durch die Sozialversicherung ($Md= 7$, $SD= 1.3$, 7-stellige Likert-Skala von *Trifft überhaupt nicht zu [1]* bis *Trifft sehr zu [7]*), ein Gesamtvertrag mit den österreichischen Krankenversicherungsträgern ($Md= 7$, $SD= 1.3$), die Förderung der Wahrnehmung der KPB in der Öffentlichkeit ($Md= 7$, $SD= 1.3$), Nachversorgungsaufenthalte nach Reha- oder Spitalsaufenthalten ($Md= 7$, $SD= 1.4$) und Werbung für die Qualität der KPB ($Md= 7$, $SD= 1.6$) als zutreffend bewertet, um zukünftig KPB anzubieten. Die Ergebnisse spiegeln gut die oben diskutierten Hürden bei der Ausübung der KPB im niedergelassenen Bereich wider und daher kann auf die oben beschriebenen Überlegungen hingewiesen werden.

7.1.5. Weiterführende Analysen. Im Rahmen der Sichtung der Ergebnisse ist aufgefallen, dass die Klinischen Psycholog*innen zwar ihre Kompetenz im klinisch-psychologischen Bereich als gut beschreiben, aber ein mangelhaftes professionelles Selbstbewusstsein der Psycholog*innen als Hürde für die Ausübung von KPB in freier Praxis gesehen wird. Daher rückte dieser Bereich in den Fokus des Interesses für weiterführende Analysen.

Im Rahmen der ersten Hypothese wurde ein Zusammenhang zwischen der selbst wahrgenommenen Kompetenz in der Ausübung von KPB und der Dauer an praktizierter KPB untersucht. Es zeigte sich ein signifikanter geringer Zusammenhang ($r= .225$, $p< .01$) zwischen diesen beiden Variablen. Anhand dieses Ergebnisses kann vermutet werden, dass eine längere Dauer an praktizierter KPB, zu mehr Erfahrung und Selbstsicherheit in diesem Bereich führt und somit zu einer höheren Einschätzung der eigenen Kompetenz.

Bei der zweiten Hypothese wurde ein Zusammenhang zwischen der eigenen wahrgenommenen Kompetenz in der Ausübung von KPB und der Art der Beschäftigungsform (selbständig in freier Praxis, Angestellten- oder Vertragsbedienstetenverhältnis, selbständig und in einem Angestellten- oder Vertragsbedienstetenverhältnis) analysiert. Hier zeigte sich ein signifikanter mittlerer

Zusammenhang ($r = .329$, $p < .05$). Die anschließenden Gruppenvergleiche mittels Post-hoc-Tests haben gezeigt, dass ausschließlich die Klinischen Psycholog*innen in einem Angestellten- oder Vertragsbedienstetenverhältnis ihre Kompetenz im Bereich KPB/Therapie signifikant schlechter einschätzten, als jene, die selbständig in freier Praxis oder in beidem tätig waren, also angestellt und selbständig. In zukünftigen Forschungen könnte dieses Ergebnis in Form von einer auf dieses Forschungsinteresse abzielenden Studie untersucht werden. Darüber hinaus wäre hier interessant, welche Bedingungen für diese unterschiedlichen Einschätzungen eine Rolle spielen. Als mögliche Erklärung kann hier diskutiert werden, ob Klinische Psycholog*innen im Laufe ihrer Karriere von einer institutionellen Beschäftigung zu einer kombinierten und schließlich zu einer selbständigen in eigener Praxis wechseln. Somit könnte die Dauer an praktizierter Tätigkeit hier eine medierende Rolle spielen.

Im Rahmen der dritten Hypothese wurde untersucht, ob zwischen der selbst wahrgenommenen Kompetenz in der Ausübung von KPB und dem Vorliegen einer Doppelqualifikation (Klinische Psycholog*innen mit Psychotherapieausbildung) ein Zusammenhang besteht. Diese Annahme konnte nicht bestätigt werden. Die Analyse ergab einen sehr geringen Zusammenhang, welcher nicht signifikant ist ($r = .093$, $p = .844$). Die Überlegung hinter dieser Analyse war, dass sich einige Klinische Psycholog*innen für eine Psychotherapieausbildung entscheiden, um ihre Kompetenzen in einer spezifischen psychotherapeutischen Methode zu verbessern. So war die Überlegung, dass diese Spezialisierung zu einer höheren Einschätzung der eigenen Kompetenz im Rahmen der Behandlung bzw. Therapie führen kann. Diese Annahme konnte nicht bestätigt werden.

Die vierte Hypothese untersuchte einen Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der postgraduellen theoretischen und praktischen Ausbildung und der zum Zeitpunkt der Ausbildung jeweils gültigen Rechtsnorm (PIG 1990 vs. PIG 2013). Die theoretische Überlegung hinter dieser Hypothese war, dass mit der Einführung des PIG 2013 die Ausbildungsstandards im Rahmen der postgraduellen Ausbildung in Klinischer Psychologie angehoben wurden (Patera & Reinsperger, 2013). Aufgrund der Änderung dieser Standards und somit der Qualität der Ausbildung wurde ein Einfluss auf die Zufriedenheit der Klinischen Psycholog*innen vermutet. Es konnte kein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der theoretischen postgraduellen Ausbildung in Klinischer Psychologie und der zu dem

Zeitpunkt jeweils gültigen Rechtsnorm (PIG 1990 vs. PIG 2013) festgestellt werden ($r = .098$, $p = .889$). Auch in Bezug auf die Zufriedenheit mit der praktischen postgraduellen Ausbildung und der zu dem Zeitpunkt jeweils gültigen Rechtsnorm (PIG 1990 vs. PIG 2013) konnte kein Zusammenhang festgestellt werden ($r = .161$, $p = .382$). Diese Annahmen konnten nicht bestätigt werden.

7.2. Limitationen

Die Ergebnisse dieser Studie unterliegen aufgrund einiger Einschränkungen Limitationen und müssen somit kritisch betrachtet werden.

Der Fragebogen für die Erhebung der Ergebnisse wurde eigens angefertigt und wurde keinen statistischen Tests zur Überprüfung der Qualität der Operationalisierung unterzogen. Es wurde zwar ein Pre-Test zur Verständlichkeit und Qualität der Bearbeitung durchgeführt, jedoch kann dieser keinen Anspruch auf eine vollständige Absicherung der Güte des Befragungsinstruments beanspruchen. Die Erhebungsmethode kann auch kritisch gesehen werden, da der Online-Fragebogen in einer nicht kontrollierten Situation durch die Proband*innen bearbeitet wurde.

Des Weiteren stellt auch die Breite der konzipierten Studie ein Problem dar, da auf die vielen Bereiche nur oberflächlich eingegangen werden konnte. Hier wird für zukünftige Forschungen in diesem Bereich eine spezialisiertere Betrachtung der einzelnen Bereiche empfohlen.

Aufgrund der relativ kleinen Stichprobenzahl ($N = 374$) muss davon ausgegangen werden, dass die vorliegende Untersuchung für die Gesamtheit der Klinischen Psycholog*innen in der Population nicht als repräsentativ angesehen werden kann. Somit wäre für zukünftige Forschungen in dieser Art eine Erhebung mit einer größeren Stichprobe erstrebenswert. Der hohe Anteil an Klinischen Psycholog*innen in der Stichprobe, die vorwiegend mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, kann ebenfalls zu einer Verzerrung der Ergebnisse geführt haben.

Da die Befragung bereits vor ca. 4 Jahren (2021) durchgeführt wurde, kann nicht auf die Situation im Jahr 2025 geschlossen werden. Vor allem auch deswegen, da es in der Zwischenzeit eine Novellierung des PIG 2013 gegeben hat und eine grundlegende Veränderung in der Finanzierung der KPB, mit Inkrafttreten des Kostenzuschusses zur KPB ab 1. Jänner 2024, erfolgt ist. Die wiederholte Durchführung der Initiative *Gesund aus der Krise* (in den Jahren 2022 bis 2025 drei

Durchführungszeiträume) könnte ebenfalls zu einer veränderten Bewertung der aktuellen Situation geführt haben.

Eine weitere Einschränkung stellt die explorative Konzeption der Studie dar. Die Ergebnisse können ein Forschungsfeld näher beleuchten und Vorschläge für zukünftige Studien generieren. Um die Studienergebnisse abzusichern und detaillierter zu betrachten, bedarf es jedoch genauerer Analysen der interessierenden Forschungsbereiche.

7.3. Fazit

Trotz der oben genannten Limitationen konnte die Studie einen Einblick in den Bereich der praktischen Ausübung der KPB und den ausführenden Klinischen Psycholog*innen in Österreich gewähren. Die Erhebung der Einstellungen der Stichprobe konnte ebenfalls Aufschluss über die subjektive Wahrnehmung von ausgewählten Interessensbereichen geben.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Klinische Psycholog*innen in sämtlichen Bereichen in der psychosozialen Versorgung tätig sind. Weiters konnte ein hoher Grad an Spezialisierung in Bezug auf Behandlungsmethoden, Personengruppen, Störungsgruppen bzw. -bilder und Funktionsstörungen festgestellt werden. Gleichzeitig weisen die Ergebnisse auf eine breite Methodenvielfalt im Rahmen der Anwendung der KPB hin und auf eine Anwendung dieser auf eine große Anzahl an psychischen, psychosomatischen Störungen sowie Funktionsstörungen und Problemen in Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen.

In Bezug auf die Charakteristika der KPB konnte gezeigt werden, dass diese im Rahmen der praktischen Ausübung der KPB größtenteils umgesetzt werden. So legen die Klinischen Psycholog*innen einen starken Wert auf die Evidenzbasiertheit von Behandlungsmethoden und auf die Evaluation der Behandlung im Einzelfall. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die KPB in der Praxis als Kurzzeittherapie angewendet wird und somit einer ökonomischen Behandlungsform entspricht.

Insgesamt scheinen die Klinischen Psycholog*innen mit der Ausbildung zu Klinischen Psycholog*innen zufrieden zu sein, sowohl mit der postgraduellen theoretischen und der praktischen Ausbildung. Die schlechte Bezahlung während der praktischen Ausbildung sowie der Mangel an Ausbildungsplätzen dürften für diese jedoch wichtige Kritikpunkte darstellen.

Die Ergebnisse zur Auslastung der Klinischen Psycholog*innen weisen darauf hin, dass es eine große Bereitschaft und Ressourcen gibt, KPB im niedergelassenen Bereich in größerem Ausmaß anzubieten.

Die Befragung der Einstellungen und Wünsche der Klinischen Psycholog*innen hat gezeigt, dass sich diese eine Förderung der Wahrnehmung der KPB in der Öffentlichkeit wünschen. Einer besseren Vernetzung mit Allgemeinärzt*innen sowie innerhalb der Berufsgruppen im psychosozialen Bereich und Werbung für die Qualität der KPB wird ebenfalls ein großer Stellenwert zugeschrieben um die KPB für Klient*innen zukünftig attraktiver zu gestalten.

Literaturverzeichnis

- Baumann, U. & Perrez, M. (2006). Grundlagen der Klinisch-psychologischen Behandlung. In W. Beiglböck, S. Feselmayer & E. Honemann (Hrsg.), *Handbuch der klinisch-psychologischen Behandlung* (2. Aufl., S. 1–16). Springer. <https://doi.org/10.1007/3-211-36649-0>
- Bednar, W., Kierein, M., & Steiger-Hirsch, U. (2013). *Klinische Psychologie - wenn's allein nicht weitergeht*. Abgerufen am 17.08.2022 von https://www.boep.or.at/download/5410369864613544675d0000/kpl_broschuere_2013.pdf
- Berufsverband Österreichischer PsychologInnen. (BÖP) (2015). *Klinisch-psychologische Behandlung*. [Informationsblatt]. https://www.boep.or.at/download/55dc5bc3646135653a000002/Infoblatt_KliPsy_Behandlung_2015_07_15_end.pdf
- Berufsverband Österreichischer PsychologInnen. (BÖP) (2019). *Klinisch-psychologische Behandlung [Folder]*. Abgerufen am 26.10.2019 unter <https://www.boep.or.at/folder>
- Berufsverband Österreichischer PsychologInnen. (BÖP) (2023). *Endbericht "Gesund aus der Krise"* [Projektbericht]. Abgerufen am 19.10.2025 unter <https://gesundausderkrise.at/infomaterial/>
- Berufsverband Österreichischer PsychologInnen. (BÖP) (2024). *Endbericht "Gesund aus der Krise II"* [Projektbericht]. Abgerufen am 19.10.2025 unter <https://gesundausderkrise.at/infomaterial/>
- Berufsverband Österreichischer PsychologInnen. (BÖP) (2024). *Gesund aus der Krise - Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene stärken* [Infoblatt]. Abgerufen am 19.10.2025 unter <https://gesundausderkrise.at/infomaterial/>
- Berufsverband Österreichischer PsychologInnen. (BÖP) (2024). *Ihr Weg zum Kostenzuschuss – Klinisch-psychologische Behandlung als Kassenleistung*. [Folder]. https://www.boep.or.at/download/65f1f8363c15c847dc000027/Wege_zum_Kostenzuschuss-1.pdf
- Berufsverband Österreichischer PsychologInnen. (BÖP) (2024). *Klinisch-psychologische Diagnostik, Klinisch-psychologische Behandlung/Psychologische Therapie* [Folder]. Abgerufen am 08.10.2025 unter

- https://www.boep.or.at/download/661545a23c15c875af000038/Klinisch_Psychologische_Diagnostik.pdf
- Berufsverband Österreichischer PsychologInnen. (BÖP) (2025). *Spezialisierungen*. <https://www.boep.or.at/service/spezialisierungen#ce5c6d1e013c15c805c500001b>
- Bortz, J. & Döring, N. (2013). *Forschungsmethoden und Evaluation: Für Human- und Sozialwissenschaftler*. Springer-Verlag.
- Brickner, I. (2025, 29. August). *90 Tage warten auf Arzttermin: Rechnungshof mahnt bessere psychiatrische Versorgung von Kindern ein*. DER STANDARD. <https://www.derstandard.at/story/3000000285458/90-tage-warten-auf-arzttermin-rechnungshof-mahnt-bessere-psychiatrische-versorgung-von-kindern-ein>
- Bühner, M. & Ziegler, M. (2009). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. Pearson Studium
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK). (2021). *Liste der Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen*. Abgerufen am 18.03.2021 von <https://klinischepsychologie.ehealth.gv.at/>
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK). (2025). *Liste der Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen*. Abgerufen am 23.06.2025 von <https://klinischepsychologie.ehealth.gv.at/>
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK). (2018). *Nationale Strategie zur psychischen Gesundheit*. <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Psychische-Gesundheit/Nationale-Strategie-zur-psychischen-Gesundheit.html>
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). (2024). *Patientinnen- und Patienten-Information über die psychotherapeutischen Ausrichtungen*. [https://www.sozialministerium.gv.at/dam/jcr:067ed3c8-aaea-4c84-84c2-a3afb9cef836/Patienteninformation_\(BMGSPK\),_Stand_29.04.2020.pdf](https://www.sozialministerium.gv.at/dam/jcr:067ed3c8-aaea-4c84-84c2-a3afb9cef836/Patienteninformation_(BMGSPK),_Stand_29.04.2020.pdf)
- Europäisches Parlament. *Parlament fordert Maßnahmen zum Schutz der psychischen Gesundheit*. Abgerufen am 20.06.2023 von

- <https://www.europarl.europa.eu/news/de/headlines/society/20220624STO33809/parlament-fordert-massnahmen-zum-schutz-der-psychischen-gesundheit>
- Feselmayer, S. & Beiglböck, W. (2011). Psychologische Tätigkeiten im Krankenhaus—Psychologische Behandlung. In J. Lehrner, K. Stolba, G. Traun-Vogt & S. Völkl-Kernstock (Hrsg.), *Klinische Psychologie im Krankenhaus* (S. 77-86). Springer.
- Gahleitner, S. B., Hintenberger, G., Janisch, W., & Frank, C. (2013). Psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Österreich: ein Fachkommentar. *Resonanzen—E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychosomatischer Medizin, Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 1(2), 198-204. https://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/238Behandlung_2015_07_15_end.pdf
- Gatterer, G. (2008). Psychotherapie und klinisch-psychologische Maßnahmen im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 21(1), 21-32. <https://doi.org/10.1024/1011-6877.21.1.21>
- Greve, N., & Steinhart, I. (2020). Aufsuchende Hilfen im Rahmen des gemeindepsychiatrischen Verbundes – der ambulante Kern der Versorgung. In N. Greve, S. Weinmann & A. Bechdorf (Hrsg.), *Psychiatrische Krisenintervention zu Hause: Das Praxisbuch zu StäB & Co.* (S. 96-116). Psychiatrie-Verlag. <https://doi.org/10.5771/9783966050883>
- Hagleitner, J. (2007). *Klinisch-psychologische Versorgung in Österreich*. [PDF] Gesundheit Österreich GmbH. https://www.boep.or.at/download/5410369864613544675c0000/Klinisch_psychologische_Versorgung_in_20Oesterreich_Vortrag_18_09_2007.pdf
- Hagleitner, J. (2014). *Psychosoziale Versorgung in Österreich - ein Überblick*. Gesundheit Österreich GmbH. https://www.tirol.gv.at/fileadmin/_migrated/content_uploads/02_Hagleitner__Joachim-PSV_Ueberblick.pdf
- Herzog, T., Stein, B., Söllner, W., & Franz, M. (2003). *Konsiliar- und Liaisonpsychosomatik und -psychiatrie Teil I: Leitlinie und Quellentext für den psychosomatischen Konsiliar- und Liaisondienst*. Schattauer GmbH.
- Katschnig, H., Ladinser, E., Scherer, M., Sonneck, G., & Wancata, J. (2001). *Österreichischer Psychiatriebericht 2001 Teil 1. Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung*. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen.

- https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:bceab058-f6f9-4a9a-ac6c-1938cb926955/psychatriebericht_teil_i1.pdf
- Kordy, H. (2008). Psychosoziale Versorgungsforschung. *Psychotherapeut*, 53(4), 245-253. <https://doi.org/10.1007/s00278-008-0612-z>
- Krankenanstalten und Kuranstalten Gesetz 1957 (KAKuG). (2025). Bundesgesetz in der Fassung vom 24.07.2025. (BGBl. Nr. 1/1957. (NR: GP VIII AB 164 S. 22. BR: S. 121.)) <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010285>
- Kruse, A., & Re, S. (2011). Störungen im Alter: Klassifikation und Diagnostik. In: M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie-Psychotherapie* (S. 1080-1086). Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Laireiter, A. R. (2017). Klinisch-psychologische Behandlung: Konzept und Praxis. *Psychologie in Österreich*, 37(2-3), 108 - 117.
- Patera, N., & Reinsperger, I. (2013). *Behandlung durch Klinische PsychologInnen, Übersicht zu Ausbildungserfordernissen und systematische Stakeholderanalyse zu Aufgabengebieten und Behandlungsmethoden*. LBI-HTA Projektbericht Nr.: 69a. Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment. https://eprints.aihta.at/1018/1/HTA-Projektbericht_Nr.69a.pdf
- Perrez, M., & Baumann, U. (Hrsg.). (2011). *Lehrbuch Klinische Psychologie - Psychotherapie*. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Petermann, F. (2011). Verhaltens- und Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen: Intervention. In M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie-Psychotherapie* (S. 1061-1077). Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Psychologengesetz 2013 (PiG). (2025). Bundesgesetz in der Fassung vom 04.11.2019 (BGBl. I Nr. 182/2013 (NR: GP XXIV IA 2360/A AB 2572 S. 213. BR: 9041 AB 9067 S. 823.)). Zuletzt 2019 geändert BGBl. I Nr. 105/2019 (NR: GP XXVI IA 970/A S. 89. BR: AB 10260 S. 897.).
- Psychotherapiegesetz 2024 (PTHG). (2025). Bundesgesetz in der Fassung vom 04.06.2025. (BGBl. I Nr. 49/2024). <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20012578&ShowPrintPreview=True>

- Rumpold, G., Lettner, S., & Konrad, U. (2011). Strukturqualität der Klinischen Psychologie im Krankenhaus. In J. Lehrner, K. Stolba, G. Traun-Vogt & S. Völkl-Kernstock (Hrsg.), *Klinische Psychologie im Krankenhaus* (S. 87-94). Springer.
- Sagerschnig, S., Grabenhofer-Eggerth, A., Kern, D., Sator, M., & Zuba, M. (2018). *Inanspruchnahme von Psychotherapie und psychiatrischer Rehabilitation im Kontext der Angebote*. Gesundheit Österreich GmbH. https://jasmin.goeg.at/id/eprint/418/1/Inanspruchnahme%20PT%20und%20PSY%20Reha_0-Fehler.pdf
- Schmid, N., & Steiger-Hirsch, U. (2009). *Die klinisch-psychologische Behandlung - Kurzzeit-Therapie mit dem wissenschaftlichen Know-how der Klinischen Psychologie*. https://www.boep.or.at/download/541036a36461354467670000/wirksamkeit_klin_ges_oegam-kp-behandl_09-07-09.pdf
- Stein, P. (2019). Forschungsdesigns für die quantitative Sozialforschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. (S. 125-143). Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4>
- Wittchen, H. U., & Hoyer, J. (Hrsg.). (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Springer.
- World Health Organization. (2005). *The world health report 1998 - Life in the 21st century: A vision for all*. https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/wha51/ea3.pdf
- Zöfel, P. (2003). Statistik für Psychologen. *Im Klartext*. Pearson Studium.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.	Klinische Psycholog*innen in Institutionen.....	43
Tabelle 2.	Leistungen von Klinischen Psycholog*innen.....	45
Tabelle 3.	Aufteilung der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitsleistung.....	46
Tabelle 4.	Spezialisierungen auf Personengruppen.....	46
Tabelle 5.	Spezialisierung auf Störungsbilder.....	47
Tabelle 6.	Spezialisierung auf Funktionsstörungen.....	48
Tabelle 7.	Spezialisierung auf Behandlungsverfahren.....	49
Tabelle 8.	Dauer von Behandlungseinheiten.....	52
Tabelle 9.	Frequenz der KPB.....	52
Tabelle 10.	Anteil an Behandlungssettings.....	53
Tabelle 11.	Behandlung von Störungsbildern mittels KPB.....	54
Tabelle 11.1.	Behandlung von Störungsbildern mittels KPB (Personengruppe: Kinder und Jugendliche).....	55
Tabelle 11.2.	Behandlung von Störungsbildern mittels KPB (Personengruppe: Personen im gerontologischen/geriatrischen Bereich).....	56
Tabelle 12.	Angewandte Behandlungstechniken im Rahmen der KPB.....	57
Tabelle 13.	Erlebte Wirksamkeit von Wirkfaktoren.....	58
Tabelle 14.	Formen der Evaluation im Rahmen der KPB.....	59
Tabelle 15.	Angewandte psychotherapeutische Schulen bzw. Verfahren im Rahmen der KPB.....	60
Tabelle 16.	Wahrgenommene Problemfelder der postgraduellen klinisch- psychologischen Ausbildung.....	65
Tabelle 17.	Eintragung von Spezialisierungen.....	66
Tabelle 18.	Fort- und Weiterbildungen im Bereich der KPB und Beratung.....	67
Tabelle 19.	Ausbildung in psychotherapeutischen Methoden.....	71
Tabelle 20.	Laufende Ausbildung in einer psychotherapeutischen Methode.....	72
Tabelle 21.	Beweggründe für eine Psychotherapieausbildung unter Klinischen Psycholog*innen in laufender oder mit abgeschlossener Psychotherapieausbildung.....	73
Tabelle 22.	Wahrgenommene Eignung der KPB bei ausgewählten Störungsgruppen.....	75

Tabelle 23.	Wahrgenommene Eignung der KPB bei ausgewählten Störungsgruppen im Kindes- und Jugendalter.....	76
Tabelle 24.	Wahrgenommene Eignung der KPB bei ausgewählten Störungsgruppen im gerontologischen Bereich.....	77
Tabelle 25.	Beurteilung der eigenen Kompetenz in bestimmten Bereichen der Klinischen Psychologie.....	78
Tabelle 26.	Wahrgenommene Hürden bei der Ausübung der KPB in freier Praxis.....	79
Tabelle 26.1.	Inhaltliche Kategorisierung von offenen Antworten zu Hürden bei der Ausübung von KPB in freier Praxis.....	80
Tabelle 27.	Wahrgenommene Problemfelder bei der Ausübung von KPB in Institutionen.....	82
Tabelle 27.1.	Inhaltliche Kategorisierung von offenen Antworten zu Problemfeldern bei der Ausübung von KPB in Institutionen.....	83
Tabelle 28.	Anreize für Klinische Psycholog*innen KPB anzubieten.....	84
Tabelle 28.1.	Inhaltliche Kategorisierung von offenen Antworten zu Anreizen, die Klinische Psycholog*innen motivieren könnten, KPB anzubieten.....	85
Tabelle 29.	Korrelation (Spearman-Rho) von selbst wahrgenommener Kompetenz in klinisch-psychologischer Behandlung/Therapie und Dauer an praktizierter KPB.....	85
Tabelle 30.	Kontingenzkoeffizient von selbst wahrgenommener Kompetenz in klinisch-psychologischer Behandlung/Therapie und der Art der Beschäftigungsform.....	86
Tabelle 31.	Kontingenzkoeffizient von selbst wahrgenommener Kompetenz in klinisch-psychologischer Behandlung/Therapie und des Vorliegens einer zusätzlichen psychotherapeutischen Ausbildung.....	87
Tabelle 32.	Kontingenzkoeffizient von der Zufriedenheit mit der theoretischen postgraduellen Ausbildung in Klinischer Psychologie und der jeweils gültigen Rechtsnorm (PIG) zum Zeitpunkt der Ausbildung.....	87
Tabelle 33.	Kontingenzkoeffizient von der Zufriedenheit mit der praktischen postgraduellen Ausbildung in Klinischer Psychologie und der jeweils gültigen Rechtsnorm (PIG) zum Zeitpunkt der Ausbildung.....	88

Abkürzungsverzeichnis

KPB – Klinisch-psychologische Behandlung

PT – Psychotherapie

Geronto – Gerontologischer und Geriatischer Bereich

KP's – Klinische Psycholog*innen

Anhang A

Anhang A.1. Einladung zur Studie per Mail

Betreff: Studie zur Klinisch-psychologischen Behandlung in Österreich

Sehr geehrte Damen und Herren!

Geschätzte Klinische Psychologinnen und Psychologen!

Mein Name ist M. K. und im Rahmen meines Abschlusses des Masterstudiums Psychologie an der Universität Wien behandelt meine Masterarbeit das Thema Klinisch-psychologische Behandlung in Österreich.

Die Klinische Psychologie stellt neben anderen Forschungs- und Anwendungsfeldern der Psychologie ein zentrales Anwendungsgebiet der Psychologie dar. Die Klinisch-psychologische Behandlung wird in Österreich durch das Psychologengesetz 2013 als die klinisch-psychologische Behandlungsmethode der Klinischen Psychologinnen und Psychologen geregelt.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt liegen kaum wissenschaftliche Daten zu den Bedingungen der Ausübung der Klinisch-psychologischen Behandlung in Österreich vor. Meine Studie soll mittels einer deskriptiv-explorativen Befragung der anwendenden Klinischen Psycholog*innen zu einem Einblick in die Ausübung dieser führen und somit eine Grundlage für weitere Forschung schaffen.

Die vorliegende Befragung befasst sich mit der Profession der Klinischen Psycholog*innen selbst, der Ausübung der Klinisch-psychologischen Behandlung sowie mit den Einstellungen der Klinischen Psycholog*innen zu Themen der Klinisch-psychologischen Behandlung. Sie ist durch keinerlei berufspolitische Interessen oder Intentionen motiviert, sondern entspringt ausschließlich dem wissenschaftlichen Interesse an den genannten Themen.

Wichtige Info: Die Studie zielt allgemein auf die Personengruppe der aktiven Klinischen Psycholog*innen ab. Wenn Sie zusätzlich zu Ihrer klinisch-psychologischen Tätigkeit auch als Psychotherapeut*in tätig sind, sind auch Ihre Angaben und Meinungen von großer Wichtigkeit für meine Studie.

Hiermit lade ich Sie herzlich zur Teilnahme an meiner Fragebogenstudie ein.

Mittels Klick auf untenstehenden Link gelangen Sie auf die Homepage [soscisurvey.de](https://www.soscisurvey.de), auf welcher die Befragung implementiert ist. Die Dauer der Befragung beträgt in etwa 25 bis 30 Minuten und erfolgt absolut anonym und freiwillig. Bitte verwenden Sie für die Bearbeitung des Fragebogens vorwiegend einen PC, Laptop oder ein Tablet. Bei der Öffnung des Fragebogens über ein Handy kann es leider zu Problemen kommen.

Bitte nehmen Sie sich die Zeit, um einen wesentlichen Beitrag zur Erforschung der Klinisch-psychologischen Behandlung in Österreich beizutragen und somit eine Basis für Veränderung und Verbesserung zu schaffen.

Link:

https://www.soscisurvey.de/kpb_in_oesterreich/

Wenn Sie andere Klinische Psycholog*innen kennen, die an einer Teilnahme an dieser Befragung interessiert wären, wäre ich Ihnen für eine Weiterleitung dieser Nachricht an diese sehr dankbar.

Ich spreche Ihnen schon jetzt meinen Dank aus und verbleibe mit freundlichen Grüßen.

M. K., BSc

Anhang A.2. Einladung zur Studie in Social Media

KLINISCHE PSYCHOLOG*INNEN (mit und ohne Psychotherapieausbildung) FÜR STUDIE GESUCHT!

Geschätzte Psychologinnen und Psychologen!

Im Rahmen meines Abschlusses des Masterstudiums an der Uni Wien behandelt meine Masterarbeit das Thema Klinisch-psychologische Behandlung in Österreich. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt liegen kaum wissenschaftliche Daten zu den Bedingungen der Ausübung der Klinisch-psychologischen Behandlung in Österreich vor. Meine Studie soll mittels einer deskriptiv-explorativen Befragung der anwendenden Klinischen Psycholog*innen zu einem Einblick in die Ausübung dieser führen und somit eine Grundlage für weitere Forschung schaffen.

Die vorliegende Befragung befasst sich mit der Profession der Klinischen Psycholog*innen selbst, der Ausübung der Klinisch-psychologischen Behandlung sowie mit den Einstellungen der Klinischen Psycholog*innen zu Themen der Klinisch-psychologischen Behandlung. Sie ist durch keinerlei berufspolitische Interessen oder Intentionen motiviert, sondern entspringt ausschließlich dem wissenschaftlichen Interesse an den genannten Themen.

Teilnehmen können alle Klinischen Psycholog*innen, die aktuell klinisch-psychologisch tätig sind oder dies im letzten Jahr waren.

Wichtige Info: Die Studie zielt allgemein auf die Personengruppe der aktiven Klinischen Psycholog*innen ab. Wenn Sie zusätzlich zu Ihrer klinisch-psychologischen Tätigkeit auch als Psychotherapeut*in tätig sind, sind auch Ihre Angaben und Meinungen von großer Wichtigkeit für meine Studie.

Ich lade Sie herzlich zur Teilnahme an meiner Fragebogenstudie ein.

Mittels Klick auf untenstehenden Link gelangen Sie auf die Homepage soscisurvey.de, auf welcher die Befragung implementiert ist. Die Dauer der Befragung beträgt in etwa 25 bis 35 Minuten und erfolgt absolut anonym und freiwillig.

Bitte nehmen Sie sich die Zeit, um einen wesentlichen Beitrag zur Erforschung der Klinisch-psychologischen Behandlung in Österreich beizutragen und somit eine Basis für Veränderung und Verbesserung zu schaffen.

Link:

https://www.soscisurvey.de/kpb_in_oesterreich/

Wenn Sie andere Klinische Psycholog*innen kennen, die an einer Teilnahme an dieser Befragung interessiert wären, wäre ich Ihnen für eine Weiterleitung dieser Nachricht bzw. des Links an diese sehr dankbar.

Ich spreche Ihnen schon jetzt meinen Dank aus und verbleibe mit herzlichen Grüßen.

M. K., BSc

Anhang A.3. Fragebogen



kpb_in_oesterreich → base

08.06.2021, 19:12

Seite 01

**Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,
herzlich willkommen und vielen Dank für Ihr Interesse an meiner Studie!**

Da die Klinisch-psychologische Behandlung (KPB) ein wenig erforschtes Gebiet darstellt, soll im Rahmen dieser Befragung die aktuelle Ausübung der KPB sowie die Erfahrungen und Einstellungen der anwendenden Klinischen Psycholog*innen erhoben werden.

Bei der vorliegenden Befragung handelt es sich um eine in erster Linie aus dem wissenschaftlichen Interesse heraus geborenen Studie. Es steht kein berufspolitisches Ziel oder ein vergleichbares Kalkül dahinter. Es geht in erster Linie darum zu erfahren, in welchem Ausmaß und mit welchen Methoden Klinische Psychologinnen und Psychologen Menschen mit welchen Störungsbildern und in welchen Altersgruppen klinisch-psychologisch behandeln. Auch wird erfragt, an welchen übergeordneten theoretischen Orientierungen sich deren Behandlungstätigkeit orientiert.

Für die Befragung gelten folgende Kriterien:

- Die Bearbeitung des Fragebogens dauert in etwa 25 bis 30 Minuten.
- Die Daten werden vollkommen anonym erfasst und nur für wissenschaftliche Forschungszwecke ausgewertet.
- Ein Rückschluss auf Sie als Bearbeiter*in des Fragebogens ist nicht möglich.
- Die Befragung erfolgt freiwillig und kann jederzeit ohne weitere Konsequenzen für Sie abgebrochen werden.
- Bitte bearbeiten Sie den Fragebogen in einem Stück und in eine Richtung. Eine Unterbrechung oder ein Zurückscrollen führt zum Abbruch und zum Datenverlust.
- Da bei der Bearbeitung des Fragebogens Fragen übersehen werden könnten, wird bei fehlenden Antworten "nachgehakt". Wenn Sie jedoch eine Frage bewusst nicht beantworten wollen, scrollen Sie bitte nach dem Hinweis auf unvollständige Beantwortung auf der jeweiligen Seite ganz nach oben und wählen den Button "Ich möchte meine Angaben nicht ändern" bzw. "Ich möchte keine weiteren Angaben auf dieser Seite machen" aus. Nun können Sie fortfahren. Wenige wichtige Schlüssel- bzw. Filterfragen müssen jedoch beantwortet werden.

Sollten Sie Fragen oder Rückmeldungen zum Fragebogen oder zur Befragung als solche haben, wenden Sie sich an mich als Studienleiter unter folgender E-Mail-Adresse:

Für weiterführende Fragen können Sie sich auch an den
Projektleiter, Herrn Univ.-Prof. Dr.
wenden.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Bearbeitung des Fragebogens
und verbleibe mit herzlichen Grüßen.

Wenn Sie mit der Bearbeitung der Befragung zu den genannten Bedingungen einverstanden sind, drücken Sie bitte den unten befindlichen Weiter-Button. Herzlichen Dank!

1. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.

- ☐ weiblich
☐ männlich
☐ divers

☐ Ich wähle eine andere Bezeichnung, nämlich:

2. Wie alt sind Sie?

Ich bin Jahre

3. In welchem Bundesland sind Sie als Klinische Psychologin/Klinischer Psychologe tätig?

(Mehrfachauswahl möglich)

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

4. In welchem Bezirk sind Sie als Klinische Psychologin/Klinischer Psychologe tätig?

Bitte wählen Sie zuerst das jeweilige Bundesland aus. Anschließend werden Ihnen die dazugehörigen Bezirke angezeigt. (Mehrfachauswahl möglich)

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

5. Üben Sie aktuell eine klinisch-psychologische Tätigkeit aus oder haben Sie dies in der Vergangenheit getan?

Hinweis: Wenn Sie aktuell keine klinisch-psychologische Tätigkeit ausüben oder dies im letzten Jahr getan haben, führt dies zur Beendigung der Befragung!

- ☐ ja aktuell
- ☐ nicht aktuell aber in dem letzten Jahr
- ☐ nicht aktuell aber in den letzten drei Jahren
- ☐ nicht aktuell aber in den letzten fünf Jahren
- ☐ nicht aktuell aber in den letzten zehn Jahren
- ☐ nicht aktuell und nicht in der Vergangenheit

6. Welchen Tätigkeiten gehen Sie im Rahmen ihres Berufes nach?

Mehrfachauswahl möglich!

- ☐ Klinisch-psychologische Tätigkeit
- ☐ Gesundheitspsychologische Tätigkeit
- ☐ Psychotherapeutische Tätigkeit
- ☐ Arbeits-, Organisations- oder Wirtschaftspsychologische Tätigkeit
- ☐ Schul & Bildungspsychologie
- ☐ Forensische Psychologie/Rechtspsychologie
- ☐ Verkehrspsychologie
- ☐ Keine psychosoziale Tätigkeit

7. In welchem Jahr haben Sie mit der Ausbildung in Klinischer Psychologie begonnen?

Wenn Sie bereits vor 1990 klinisch-psychologisch tätig waren, bitte „Nicht zutreffend“ wählen.

Meine Ausbildung in Klinischer Psychologie habe ich im Jahr

begonnen.☐ Nicht zutreffend / Bereits
vor 1990 klinisch-
psychologisch tätig**8. Wenn Sie bereits vor 1990 klinisch-psychologisch tätig waren und deshalb keine formale Ausbildung zu absolvieren hatten, wann haben Sie Ihre Tätigkeit als Klinische*r Psycholog*in begonnen?**

Wenn Sie Ihre Ausbildung in Klinischer Psychologie nach 1990 absolviert haben, bitte „Nicht zutreffend“ wählen.

Mit meiner klinisch-psychologischen Tätigkeit habe ich im Jahr

begonnen.☐ Nicht zutreffend /
Ausbildung in Klinischer
Psychologie nach 1990**9. In welchem Jahr erfolgte Ihre Eintragung in die Berufsliste des Sozialministeriums für Klinische Psycholog*innen?**Meine Eintragung in die Berufsliste für Klinische
Psycholog*innen erfolgte im Jahr .☐ Nicht zutreffend**10. In welche(r) der folgenden Berufslisten des Sozialministeriums sind Sie eingetragen?**

- ☐ Berufsliste der Klinischen Psycholog*innen
- ☐ Berufsliste der Gesundheitspsycholog*innen
- ☐ In der Berufsliste der Klinischen Psycholog*innen sowie die der Gesundheitspsycholog*innen

☐ Nicht zutreffend / Keine Eintragung

11. Verfügen Sie zusätzlich zur Eintragung in die Psycholog*innen-Liste des Sozialministeriums auch über eine Eintragung einer oder mehrerer Spezialisierungen?

Mehrfachauswahl möglich!

Bitte wählen Sie Ihre eingetragenen Spezialisierungen aus.

☒ **Klinische Psychologie**

- ☐ Keine
- ☐ Gerontopsychologie
- ☐ Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie
- ☐ Klinische Neuropsychologie
- ☐ Notfallpsychologie
- ☐ Schmerzpsychologie

☒ **Gesundheitspsychologie**

- ☐ Keine
- ☐ Gerontopsychologie
- ☐ Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie

☐ Nicht zutreffend

12. In welchem Beschäftigungsverhältnis befinden Sie sich derzeit?

- ☐ Selbständig in freier Praxis
- ☐ Angestellten- oder Vertragsbedienstetenverhältnis
- ☐ Selbständig und in einem Angestellten- oder Vertragsbedienstetenverhältnis
- ☐ Derzeit übe ich keine Beschäftigung aus
- ☐ Anderes

13. Welche klinisch-psychologischen Leistungen werden von Ihnen aktuell angeboten oder wurden dies im letzten Jahr?

Hinweis: Wenn Sie aktuell oder im letzten Jahr keine klinisch-psychologische Behandlung anbieten bzw. angeboten haben, gelangen Sie nach Bearbeitung dieser Seite auf den Abschnitt „Einstellungen zur Ausübung der klinisch-psychologischen Behandlung“ und überspringen somit den für Sie nicht relevanten Teil der Befragung zur aktuellen Ausübung der klinisch-psychologischen Behandlung.

Mehrfachauswahl möglich!

- ☐ Klinisch-psychologische Behandlung / Psychologische Therapie
- ☐ Beratung
- ☐ Diagnostik
- ☐ Kognitive Trainings
- ☐ Training sozialer Kompetenzen
- ☐ Maßnahmen zur Förderung der Krankheitsbewältigung und -verarbeitung
- ☐ Krisenintervention
- ☐ Notfallpsychologie
- ☐ Schmerzpsychologie
- ☐ Coaching
- ☐ Rehabilitative Maßnahmen
- ☐ Prävention
- ☐ Sonstiges

14. Wie lange sind Sie bereits im Rahmen Ihrer Tätigkeit als Klinische*r Psycholog*in in freier Praxis tätig?

Info: Bei einer Tätigkeit, die weniger als ein Jahr besteht, bitte ein Jahr angeben.

Ich bin seit als Klinische*r Psycholog*in in freier Praxis tätig.

☐ Nicht zutreffend

15. Wie lange praktizieren Sie bereits Klinisch-psychologische Behandlung?

Info: Bei weniger als einem Jahr, bitte ein Jahr angeben.

Ich praktiziere bereits seit Jahren Klinisch-psychologische Behandlung.

☐ Nicht zutreffend

16. Auf welche Personengruppen haben Sie sich im Rahmen Ihrer Tätigkeit als Klinische*r Psycholog*in spezialisiert?

Mehrfachauswahl möglich!

- ☐ Keine
- ☐ Kinder und Jugendliche
- ☐ Erwachsene
- ☐ Personen im höheren und hohen Erwachsenenalter sowie Hochbetagte
- ☐ Paare
- ☐ Familien
- ☐ Andere

17. Auf welche der folgenden Störungen bzw. Störungsgruppen haben Sie sich im Rahmen Ihrer klinisch-psychologischen Tätigkeit spezialisiert?

Mehrfachauswahl möglich!

- ☐ Keine
- ☐ Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter
- ☐ Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)
- ☐ Störungen durch Substanzkonsum
- ☐ Drogenmissbrauch und –abhängigkeit
- ☐ Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit
- ☐ Nikotinabhängigkeit
- ☐ Pathologisches Glücksspielen und vergleichbare Störungen
- ☐ Psychotische Störungen und Schizophrenie
- ☐ Bipolare Störungen
- ☐ Depressive Störungen
- ☐ Persönlichkeitsstörungen
- ☐ Panik und Agoraphobie
- ☐ Generalisierte Angststörung
- ☐ Soziale Phobie
- ☐ Spezifische Phobien
- ☐ Posttraumatische Belastungsstörung
- ☐ Zwangsstörung
- ☐ Somatoforme Störungen
- ☐ Stressabhängige körperliche Beschwerden
- ☐ Essstörungen
- ☐ Sexuelle Störungen

18. Auf welche Funktionsstörungen haben Sie sich im Rahmen Ihrer klinisch-psychologischen Tätigkeit spezialisiert?

Mehrfachauswahl möglich!

- ☐ Keine
- ☐ Motorische Störungen
- ☐ Wahrnehmungsstörungen
- ☐ Gedächtnisstörungen
- ☐ Lernstörungen
- ☐ Schlafstörungen
- ☐ Essstörungen

☐ Andere

19. Haben Sie sich im Rahmen Ihrer klinisch-psychologischen Tätigkeit auf ein oder mehrere bestimmte Behandlungsverfahren spezialisiert und wenn ja, auf welche(s)?

Geben Sie im Folgenden bis zu fünf allgemeine oder auch spezifische klinisch-psychologische Behandlungsverfahren an.

Beispiele: Schematherapie, Traumatherapie, Achtsamkeitsverfahren, Entspannungsverfahren usw.

Bitte klicken Sie auf das links vom Textfeld dargestellte Kästchen, bevor Sie einen Text eintragen!

☐ Nein

☐ Ja, dieses ist:

☐ Ja, dieses ist:

☐ Ja, dieses ist:

☐ Ja, dieses ist:

☐ Ja, dieses ist:

20. Sind Sie neben ihrer praktischen Tätigkeit auch in der klinisch-psychologischen Forschung tätig?

☐ Ja

☐ Nein

21. Wie viele Stunden sind Sie als Klinische*r Psychologe*in pro Woche tätig (inklusive Tätigkeiten im gesundheitspsychologischen sowie psychotherapeutischen Bereich; jedoch exklusive Tätigkeiten im wissenschaftlichen Bereich)?

Hinweis: Eingaben mit Dezimalstellen (z.B. 38,5 Stunden) sind hier möglich.

Stunden pro Woche (im Durchschnitt)

22. Wie teilt sich Ihre durchschnittliche wöchentliche Arbeitsleistung auf die folgenden Bereiche im Durchschnitt auf?

Bitte geben Sie im Folgenden Ihre wöchentliche Arbeitsleistung in Prozent an. Die gesamte Arbeitsleistung darf dabei hundert Prozent nicht überschreiten und auch nicht unterschreiten.

Diagnostik

Behandlung/Therapie

Beratung

Organisatorische
Tätigkeiten

Andere Tätigkeiten
(z.B. Forschung,
Supervision)

Summe Prozent 0

23. Durch wen erhalten Sie im Rahmen Ihrer klinisch-psychologischen Tätigkeit Zuweisungen von Klient*innen?

(Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ Fachärzt*innen für Psychiatrie und/oder Psychotherapie
- ☐ Fachärzt*innen für Neurologie
- ☐ Andere Fachärzt*innen
- ☐ Allgemeinärzt*innen
- ☐ Psychotherapeut*innen
- ☐ Andere (Klinische/Gesundheits-) Psycholog*innen
- ☐ Ehemalige Klient*innen
- ☐ Durch Klient*innen selbst
- ☐ Allgemeine Krankenhäuser
- ☐ Psychiatrische Krankenhäuser
- ☐ Einrichtungen des Bildungs- und Sozialwesens
- ☐ Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-pädiatrie (stationär oder ambulant)
- ☐ Rehabilitationskliniken/Kuranstalten
- ☐ Ambulatorien
- ☐ Beratungsstellen
- ☐ Heime und Anstalten des Straf- und Maßnahmenvollzuges
- ☐ Einrichtungen der Seniorenbetreuung (Seniorenwohnhäuser, ambulante Einrichtungen)
- ☐ Behörden
- ☐ Andere
- ☐

24. An wen vermitteln Sie im Rahmen Ihrer klinisch-psychologischen Tätigkeit Klient*innen weiter?

(Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ Fachärzt*innen für Psychiatrie und/oder Psychotherapie
- ☐ Fachärzt*innen für Neurologie
- ☐ Andere Fachärzt*innen
- ☐ Allgemeinärzt*innen
- ☐ Psychotherapeut*innen
- ☐ Andere (Klinische/Gesundheits-) Psycholog*innen
- ☐ Allgemeine Krankenhäuser
- ☐ Psychiatrische Krankenhäuser
- ☐ Einrichtungen des Bildungs- und Sozialwesens
- ☐ Rehabilitationskliniken/Kuranstalten
- ☐ Ambulatorien
- ☐ Beratungsstellen
- ☐ Behörden
- ☐ Andere
- ☐

25. Welches Honorar verlangen Sie pro Einheit (= 50 – 60 Min.) im Einzelsetting für eine klinisch-psychologische Behandlung und/oder Beratung?

Bitte beachten Sie bei den folgenden sensiblen Fragen zum Honorar, dass dies eine anonyme Befragung ist und ausschließlich Stichprobenübergreifend (Durchschnitt) ausgewertet wird!

☐ Euro für eine Einheit im Einzelsetting (= 50 – 60 Minuten)

☐ Nicht zutreffend / Keine Tätigkeit im niedergelassenen Bereich

26. Welches Honorar verlangen Sie pro Einheit (= 50 – 60 Min.) für eine Paarbehandlung/-therapie/-beratung?

Bitte beachten Sie die Angabe zur Dauer!

☐ Euro für eine Paarbehandlung/-therapie/-beratung (= 50 – 60 Minuten)

☐ Nicht zutreffend / Keine Tätigkeit im niedergelassenen Bereich

27. Welches Honorar verlangen Sie pro Einheit (= 90 – 100 Min.) für eine Paarbehandlung/-therapie/-beratung?

Bitte beachten Sie die Angabe zur Dauer!

☐ Euro für eine Paarbehandlung/-therapie/-beratung (= 90 – 100 Minuten)

☐ Nicht zutreffend / Keine Tätigkeit im niedergelassenen Bereich

28. Welches Honorar verlangen Sie pro Einheit (= 50 – 60 Min.) für eine Familienbehandlung/-therapie/-beratung?

Bitte beachten Sie die Angabe zur Dauer!

☐ Euro für eine Familienbehandlung/-therapie/-beratung (= 50 – 60 Minuten)

☐ Nicht zutreffend / Keine Tätigkeit im niedergelassenen Bereich

29. Welches Honorar verlangen Sie pro Einheit (= 90 – 100 Min.) für eine Familienbehandlung/-therapie/-beratung?

Bitte beachten Sie die Angabe zur Dauer!

☐ Euro für eine Familienbehandlung/-therapie/-beratung (= 90 – 100 Minuten)

☐ Nicht zutreffend / Keine Tätigkeit im niedergelassenen Bereich

30. Welches Honorar verlangen Sie pro Einheit (= 90 – 100 Min.) für eine Gruppenbehandlung/-therapie/-beratung?

Bitte geben Sie hier das jeweilige Einzelhonorar pro Person und Sitzung an.

☐ Euro für eine Gruppenbehandlung/-therapie/-beratung (= 90 – 100 Minuten)

☐ Nicht zutreffend / Keine Tätigkeit im niedergelassenen Bereich

Hinweis

Aufgrund Ihrer Auswahl auf der vorherigen Seite, erhalten Sie auf dieser Seite weitere Fragen die vorherigen Themen betreffend.

(Information: Diese Vorgehensweise dient einer Zielgruppenspezifischen Befragung und verkürzt so die Bearbeitung des Fragebogens.)

31. In welcher Anstellungsform befinden Sie sich?

Mehrfachauswahl möglich!

- ☐ Angestellte*r
- ☐ Freie*r Dienstnehmer*in
- ☐ Werkvertrag
- ☐ Vertragsbedienstete*r

☐ Anderes

32. In welcher Art von Institution sind Sie beschäftigt?

Mehrfachauswahl möglich!

- ☐ Allgemeines Krankenhaus (allgemein)
- ☐ Allgemeines Krankenhaus (Abteilung für Psychiatrie und/oder Neurologie)
- ☐ Psychiatrisches Krankenhaus
- ☐ Rehabilitationsklinik/Kuranstalt
- ☐ Sucht-/Drogenklinik
- ☐ Kinder- und Erziehungsheim
- ☐ Kinderklinik bzw. -ambulatorium
- ☐ Einrichtung des Bildungs- und Sozialwesens
- ☐ Ambulatorium, Beratungsstelle
- ☐ Universität
- ☐ Sonstige Bildungseinrichtung
- ☐ Heime und Anstalten des Straf- und Maßnahmenvollzuges
- ☐ Einrichtung für betagte Menschen
- ☐ Einrichtung für behinderte Menschen

☐ Andere

33. Haben Sie im Rahmen der Diagnostik einen Kassenvertrag mit einem gesetzlichen Krankenversicherungsträger oder sind Sie in die Wahlpsycholog*innenliste des Hauptverbandes eingetragen?

Diese Frage betrifft Ihre Tätigkeit im niedergelassenen Bereich.

Mehrfachauswahl möglich!

- ☐ Kassenvertrag mit einem gesetzlichen Krankenversicherungsträger
- ☐ Eingetragene*r Wahlpsycholog*in
- ☐ Nichts von beidem

34. In welcher Art von Praxis sind Sie tätig?

Mehrfachauswahl möglich!

- ☐ Einzelpraxis
- ☐ Gruppen- oder Gemeinschaftspraxis

35. Auf der vorherigen Seite haben Sie angegeben, dass Sie in der klinisch-psychologischen Forschung tätig sind.

Welche Themen/Schwerpunkte beforschen Sie? Bitte geben Sie die drei bis vier wichtigsten an.

Bitte tragen Sie hier ein Thema / einen Schwerpunkt ein:

Bitte tragen Sie hier ein Thema / einen Schwerpunkt ein:

Bitte tragen Sie hier ein Thema / einen Schwerpunkt ein:

Bitte tragen Sie hier ein Thema / einen Schwerpunkt ein:

Hinweis

Im Folgenden erhalten Sie vier Fragen, welche Filterfragen darstellen. Dies bedeutet, dass Sie anhand ihrer Antworten bestimmten Subgruppen zugeordnet werden und somit bestimmte Fragen zu speziellen Themen erhalten werden.

Diese vier Subgruppen sind:

- Klinische Psycholog*innen ohne Psychotherapie-Ausbildung
- Klinische Psycholog*innen mit Psychotherapie-Ausbildung
- Klinische Psycholog*innen im Kinder- und Jugendbereich
- Klinische Psycholog*innen im gerontologischen Bereich

36. Haben Sie eine Psychotherapieausbildung abgeschlossen und sind in der Psychotherapeutenliste des Bundesministeriums für Gesundheit nach §17 des Psychotherapiegesetzes eingetragen?

- ☐ Ja
☐ Nein

37. Befinden Sie sich derzeit in Psychotherapieausbildung?

- ☐ Ja, mit Bescheinigung „Psychotherapeut*in in Ausbildung unter Supervision“
☐ Ja, ohne Bescheinigung „Psychotherapeut*in in Ausbildung unter Supervision“
☐ Nein

38. Sind Sie als Klinische*r Psychologe*in auch oder überwiegend mit Kindern und/oder Jugendlichen tätig?

- ☐ Ja
☐ Nein

39. Sind Sie als Klinische*r Psychologe*in auch oder überwiegend im gerontologischen/geriatrischen Bereich tätig?

- ☐ Ja
☐ Nein

Hinweis

Aufgrund Ihrer Antwort auf die "Filterfragen" erhalten Sie diese speziell für Sie zutreffende(n) Frage(n).

Subgruppe: Klinische Psycholog*innen mit/in Psychotherapieausbildung

40. In welcher in Österreich zugelassenen psychotherapeutischen Methode haben Sie Ihre Psychotherapieausbildung absolviert?

Mehrfachauswahl möglich!

- ☐ Verhaltenstherapie (VT)
- ☐ Analytische Psychologie (AP)
- ☐ Gruppenpsychoanalyse/Psychoanalytische Psychotherapie (GP)
- ☐ Individualpsychologie (IP)
- ☐ Psychoanalyse/Psychoanalytische Psychotherapie (PA)
- ☐ Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie (PoP)
- ☐ Autogene Psychotherapie (ATP)
- ☐ Daseinsanalyse (DA)
- ☐ Dynamische Gruppenpsychotherapie (DG)
- ☐ Hypnosepsychotherapie (HY)
- ☐ Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP)
- ☐ Konzentrationale Bewegungstherapie (KBT)
- ☐ Transaktionsanalytische Psychotherapie (TA)
- ☐ Existenzanalyse nach Längle (E)
- ☐ Existenzanalyse und Logotherapie nach Frankl (EL)
- ☐ Gestalttheoretische Psychotherapie (GTP)
- ☐ Integrative Gestalttherapie (IG)
- ☐ Integrative Therapie (IT)
- ☐ Klientenzentrierte Psychotherapie (KP)
- ☐ Person(en)zentrierte Psychotherapie (PP)
- ☐ Psychodrama (PD)
- ☐ Neuro-Linguistische Psychotherapie (NLPT)
- ☐ Systemische Familientherapie (SF)

41. In welcher in Österreich zugelassenen psychotherapeutischen Methode absolvieren Sie Ihre Psychotherapieausbildung?

Mehrfachauswahl möglich!

- ☐ Verhaltenstherapie (VT)
- ☐ Analytische Psychologie (AP)
- ☐ Gruppenpsychoanalyse/Psychoanalytische Psychotherapie (GP)
- ☐ Individualpsychologie (IP)
- ☐ Psychoanalyse/Psychoanalytische Psychotherapie (PA)
- ☐ Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie (PoP)
- ☐ Autogene Psychotherapie (ATP)
- ☐ Daseinsanalyse (DA)
- ☐ Dynamische Gruppenpsychotherapie (DG)
- ☐ Hypnosepsychotherapie (HY)
- ☐ Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP)
- ☐ Konzentrative Bewegungstherapie (KBT)
- ☐ Transaktionsanalytische Psychotherapie (TA)
- ☐ Existenzanalyse nach Längle (E)
- ☐ Existenzanalyse und Logotherapie nach Frankl (EL)
- ☐ Gestalttheoretische Psychotherapie (GTP)
- ☐ Integrative Gestalttherapie (IG)
- ☐ Integrative Therapie (IT)
- ☐ Klientenzentrierte Psychotherapie (KP)
- ☐ Person(en)zentrierte Psychotherapie (PP)
- ☐ Psychodrama (PD)
- ☐ Neuro-Linguistische Psychotherapie (NLPT)
- ☐ Systemische Familientherapie (SF)

42. Aus welchen Gründen haben Sie sich für eine Psychotherapieausbildung entschieden?

Mehrfachauswahl möglich!

- ☐ Mehrwert an zusätzlicher Ausbildung
- ☐ Vorbehalt an Kassenplätzen für Behandlung/Therapie
- ☐ Chancen am Arbeitsmarkt
- ☐ Interesse
- ☐ Professionalisierung in einer Methode/Psychotherapieschule
- ☐ Spezialisierung auf ein bestimmtes Störungsbild
- ☐ Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten
- ☐ Vorgabe oder Wunsch des Dienstgebers

☐ Andere

Hinweis

Aufgrund Ihrer Antwort auf die "Filterfragen" erhalten Sie diese speziell für Sie zutreffende(n) Frage(n).

Subgruppe: Klinische Psycholog*innen im Kinder- und Jugendbereich

43. Haben Sie ein Spezialisierungscurriculum in Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie absolviert?

- ☐ Ja
☐ Nein

44. Welche zusätzlichen Aus- und Weiterbildungen (exklusive dem Spezialisierungscurriculum Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie) im Kinder- und Jugendbereich haben Sie absolviert?

Bis zu fünf Antworten sind hier möglich!

Bitte hier eintragen:

Bitte hier eintragen:

Bitte hier eintragen:

Bitte hier eintragen:

Bitte hier eintragen:

45. In welcher Institution sind Sie als Klinische*r Psychologe*in im Kinder- und Jugendbereich tätig?

Mehrfachauswahl möglich!

- ☐ In keiner, ich bin im niedergelassenen Bereich tätig
- ☐ Kinderklinik
- ☐ Kinder- und Erziehungsheim
- ☐ Ambulatorium für Kinder und/oder Jugendliche
- ☐ Einrichtung des Bildungs- oder Sozialwesens
- ☐ Allgemeines Krankenhaus
- ☐ Psychiatrisches Krankenhaus
- ☐ Sucht-/Drogenklinik
- ☐ Beratungsstelle
- ☐ Rehabilitationsklinik/Kuranstalt
- ☐ Sozialtherapeutisches Zentrum
- ☐ Einrichtung für behinderte Menschen
- ☐ Öffentlicher Gesundheitsdienst
- ☐ Tagespflegeeinrichtung
- ☐ Gesetzliche Sozialversicherung
- ☐ Universität
- ☐ Andere
- ☐

46. Zu welchen Themen bieten Sie klinisch-psychologische Behandlungs- und Beratungsleistungen an?
Mehrfachauswahl möglich!

- ☐ Erziehungsfragen aller Art
- ☐ Familiäre Veränderungen wie Trennung, Scheidung, Patchworkfamilien
- ☐ Verhaltensauffälligkeiten wie Aggressionen, depressiver Verstimmung, Einnässen, Einkoten, Ängste
- ☐ Chronische Erkrankungen
- ☐ Behinderung
- ☐ Entwicklungsverzögerungen
- ☐ Schulische Probleme wie z.B. Lernschwierigkeiten, Prüfungsängsten, Konzentrationsproblemen, Teilleistungsstörungen
- ☐ Auffälligkeiten im Sozialverhalten wie Gehemmtheit, Isolation, Rückzug, Stehlen, Lügen, Eifersucht
- ☐ Psychosomatische Krankheiten wie Kopfschmerzen, Bauchweh, unklaren körperlichen Symptomen
- ☐ Entwicklungskrisen wie Trotzalter, Kindergarten- und Schuleintritt, Pubertät
- ☐ Traumatische Ereignisse wie Verlust/Tod eines Angehörigen, Gewalt, sexueller Missbrauch
- ☐ ADHS (Aufmerksamkeitsprobleme und Hyperaktivität)
- ☐ Suchtprobleme
- ☐ Essstörungen

☐ Andere

Hinweis

Aufgrund Ihrer Antwort auf die "Filterfragen" erhalten Sie diese speziell für Sie zutreffende(n) Frage(n).

Subgruppe: Klinische Psycholog*innen im gerontologischen/geriatrischen Bereich

47. Haben Sie ein Spezialisierungscurriculum in Gerontopsychologie absolviert?

- ☐ Ja
☐ Nein

48. Welche zusätzlichen Aus- und Weiterbildungen (exklusive dem Spezialisierungscurriculum Gerontopsychologie) im gerontologischen Bereich haben Sie absolviert?

Bis zu fünf Antworten sind hier möglich!

Bitte hier eintragen:

Bitte hier eintragen:

Bitte hier eintragen:

Bitte hier eintragen:

Bitte hier eintragen:

49. In welcher Art von Institution sind Sie als Klinische*r Psychologe*in im gerontologischen Bereich tätig?

Mehrfachauswahl möglich!

- ☐ In keiner, ich bin im niedergelassenen Bereich tätig
- ☐ Altenheim
- ☐ Pflegeheim
- ☐ Allgemeines Krankenhaus
- ☐ Psychiatrisches Krankenhaus
- ☐ Beratungsstelle
- ☐ Ambulatorium
- ☐ Rehabilitations- oder Kurzentrum
- ☐ Sozialtherapeutisches Zentrum
- ☐ Öffentlicher Gesundheitsdienst
- ☐ Tagespflegeeinrichtung
- ☐ Betreutes Wohnheim
- ☐ Gesetzliche Sozialversicherung
- ☐ Universität
- ☐ Andere
- ☐

50. Zu welchen Themen bieten Sie klinisch-psychologische Behandlungs- und Beratungsleistungen an?

Mehrfachauswahl möglich!

- ☐ Kognitives Training
- ☐ Gesundheitspsychologische Interventionen
- ☐ Wohlbefindenssteigerung
- ☐ Anpassung an veränderte Lebensbedingungen
- ☐ Akzeptanz des Alterungsprozesses
- ☐ Psychoedukation
- ☐ Vermittlung sozialer Kompetenzen
- ☐ Selbstsicherheit und Selbständigkeit
- ☐ Behandlung von affektiven Störungen
- ☐ Behandlung von anderen affektiven Störungen (außer Depressionen)
- ☐ Interventionen bei Angst
- ☐ Interventionen bei Persönlichkeitsstörungen
- ☐ Interventionen bei demenziellen Erkrankungen
- ☐ Interventionen bei Schlafstörungen
- ☐ Trainingsprogramme für Inkontinenz
- ☐ Erarbeitung von Copingstrategien für die Bewältigung von Krankheit, Sterben und Tod
- ☐ Beratung von Angehörigen
- ☐ Beratung von professionellen Helfern
- ☐ Gedächtnisstörungen
- ☐ Weiterbildung und Unterstützung für Pflege- und Heimpersonal
- ☐ Leitung oder Mitarbeit bei Selbsthilfegruppen für Angehörige
- ☐ Bewältigung von Veränderungen bzw. Krisen
- ☐ Suizid bzw. Suizidalität
- ☐ Umgang mit somatischen Problemen und Krankheiten
- ☐ Umgang mit Einsamkeit und Isolation
- ☐ Rollenveränderungen
- ☐ Trauerprozesse
- ☐ Auseinandersetzung mit Sterben und Tod
- ☐ Sexualität im Alter

Andere

Hinweis

Sie haben angegeben, dass Sie aktuell Klinisch-psychologische Behandlung anbieten oder im letzten Jahr angeboten haben. Die Fragen im folgenden zweiten Teil betreffen die tatsächliche Ausübung der Klinisch-psychologischen Behandlung sowie damit in Verbindung stehende Themen.

Die folgenden Fragen beziehen sich also nicht auf spezifische Vertiefungen oder die Psychotherapie, sondern auf die Klinisch-psychologische Behandlung im Speziellen.

51. Welche Fort- und Weiterbildungen haben Sie im Bereich klinisch-psychologischer Behandlung und Beratung absolviert?

Zusatztext: Bitte geben Sie hier spezielle Fort- und Weiterbildungen zu Verfahren oder Techniken der Klinisch-psychologischen Behandlung oder Beratung an, die in der Klinischen Psychologie allgemeine Verbreitung finden und keiner Psychotherapieausbildung bedürfen, wie z.B. MBSR, Schematherapie, Entspannungsmethoden, Autogenes Training, Sokratischer Dialog

Bitte hier eintragen:

Bitte hier eintragen:

Bitte hier eintragen:

Bitte hier eintragen:

Bitte hier eintragen:

52. In welcher Frequenz wird bei Ihnen in der Regel klinisch-psychologische Behandlung in Anspruch genommen?

- ☐ mehr als 1x pro Woche
- ☐ 1x pro Woche
- ☐ alle 2 bis 3 Wochen
- ☐ 1x pro Monat
- ☐ seltener als 1x pro Monat

53. Wie lange dauert bei Ihnen eine klinisch-psychologische Behandlung im Durchschnitt?

Bitte geben Sie die durchschnittliche Dauer in Monaten an.

Im Durchschnitt dauert eine klinisch-psychologische Behandlung im Rahmen meiner Tätigkeit rund Monate.

54. Wie viele Einheiten umfasst bei Ihnen eine klinisch-psychologische Behandlung im Durchschnitt?

Bitte geben Sie die durchschnittliche Anzahl an Einheiten an.

Im Durchschnitt umfasst eine klinisch-psychologische Behandlung im Rahmen meiner Tätigkeit rund Einheiten.

55. Wie lange dauert bei Ihnen eine Einheit klinisch-psychologischer Behandlung im Durchschnitt?

- ☐ 30 Minuten
☐ 45-50 Minuten
☐ 60 Minuten
☐ 90 Minuten
☐ mehr als 90 Minuten

56. Wie viele Klient*innen behandeln Sie durchschnittlich an einem Arbeitstag?

Im Durchschnitt behandle ich an einem Arbeitstag Klient*innen.

57. Welche Altersgruppen werden von Ihnen im Rahmen der klinisch-psychologischen Behandlung behandelt?

Bitte wählen Sie jene Altersgruppen aus, welche Sie vorwiegend behandeln.

Mehrfachauswahl möglich!

- ☐ Kinder und Jugendliche
☐ Erwachsene
☐ Personen im höheren und hohen Erwachsenenalter sowie Hochbetagte

58. Wie viel Prozent Ihrer gesamten Behandlungstätigkeit bieten Sie in welchen Settings an? Nennen Sie bei jedem die entsprechende Anzahl. Die Summe ergibt dabei 100 %.

Einzelbehandlung %
 Paarbehandlung %
 Gruppenbehandlung %
 Familienbehandlung %
 Summe 0 %

59. Welche der folgenden psychischen bzw. psychosomatischen Störungen werden von Ihnen im Rahmen Ihrer klinisch-psychologischen Behandlungstätigkeit überwiegend behandelt?

Bitte beachten Sie, dass diese Frage allgemein auf die Personengruppe der Erwachsenen abzielt! Wenn Sie zusätzlich noch im Kinder- und Jugendbereich oder im gerontologischen/geriatrischen Bereich tätig sind, folgen diesbezüglich noch eigene Fragen.

- ☐ Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)
- ☐ Störungen durch Substanzkonsum
- ☐ Drogenmissbrauch und –abhängigkeit,
- ☐ Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit
- ☐ Nikotinabhängigkeit
- ☐ Pathologisches Glücksspielen und vergleichbare Störungen
- ☐ Psychotische Störungen und Schizophrenie
- ☐ Bipolare Störungen
- ☐ Depressive Störungen
- ☐ Persönlichkeitsstörungen
- ☐ Panik und Agoraphobie
- ☐ Generalisierte Angststörung
- ☐ Soziale Phobie
- ☐ Spezifische Phobien
- ☐ Posttraumatische Belastungsstörung
- ☐ Zwangsstörungen
- ☐ Somatoforme Störungen
- ☐ Stressabhängige körperliche Beschwerden
- ☐ Essstörungen
- ☐ Sexuelle Störungen

☐ Andere

☐ Nicht zutreffend / Arbeite nicht mit der Personengruppe der Erwachsenen

60. Welche der folgenden allgemeinen Behandlungstechniken wenden Sie im Rahmen Ihrer klinisch-psychologischen Behandlungstätigkeit an?

Mehrfachauswahl möglich!

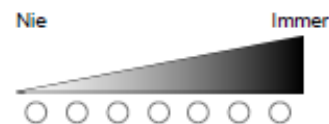
- ☐ Psychologische bzw. –therapeutische Gesprächstechniken
- ☐ Psychoedukation
- ☐ Ressourcenaktivierung
- ☐ Motivierende Interventionsstrategien
- ☐ Operante Verfahren
- ☐ Problemlösetraining
- ☐ Kognitive Umstrukturierung
- ☐ Konfrontative Techniken
- ☐ Imaginative Techniken
- ☐ Entspannungsverfahren
- ☐ Wahrnehmungstraining
- ☐ Selbstsicherheits- und soziales Kompetenztraining
- ☐ Kommunikationstraining
- ☐ Krisenintervention
- ☐ Stressbewältigungstraining/-managementtraining
- ☐ Angstbewältigungsprogramme
- ☐ Expositionsbehandlung
- ☐ Genusstraining
- ☐ Training der Emotionsregulation
- ☐ Depressionsbehandlung
- ☐ Verhaltensaktivierung
- ☐ Kognitives Training
- ☐ Gedächtnistraining
- ☐ Behandlung von Schlafstörungen
- ☐ Krankheitsbewältigungstraining
- ☐ Arbeit mit Angehörigen
- ☐ Sokratischer Dialog/kognitive Umstrukturierung
- ☐ Stressimpfung
- ☐ Einsatz von Tagebüchern
- ☐ Körperorientierte Verfahren
- ☐ Training zum Aufbau von Gesundheitsverhalten
- ☐ Supportive Gespräche
- ☐ Fördern von Selbstwirksamkeitsüberzeugungen
- ☐ Training zur Verbesserung der Selbstkontrolle
- ☐ Hausaufgaben und Verhaltensverträge
- ☐ Klient(en)zentrierte Gespräche
- ☐ Wunderfrage
- ☐ Stuhltechniken
- ☐ Deutungen und Interpretationen
- ☐ Phantasiereisen

- ☐ Achtsamkeitsübungen
- ☐ Methoden der Positiven Psychologie
- ☐ Lösungsorientierte Fragen und Techniken

☐ Andere

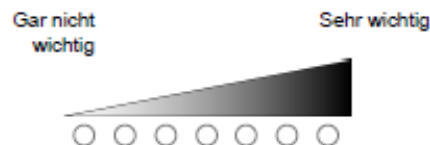
61. Wie oft verwenden Sie im Rahmen der klinisch-psychologischen Behandlung therapeutische Behandlungspläne?

Gemeint sind hier für den Einzelfall individuell erstellte Therapiepläne, in denen das Vorgehen, die Ziele etc. der Behandlung dokumentiert sind.



62. Als wie wichtig erachten Sie den Einsatz von Behandlungsplänen im Rahmen der KPB?

Gemeint sind hier für den Einzelfall individuell erstellte Therapiepläne, in denen das Vorgehen, die Ziele etc. der Behandlung dokumentiert sind.



63. In welcher Form evaluieren Sie die Ergebnisse im Rahmen Ihrer klinisch-psychologischen Behandlungstätigkeit?

Mehrfachauswahl möglich!

- ☐ Keine Evaluation
- ☐ Mittels standardisierter diagnostischer Skalen
- ☐ Mittels Zielerreichungsbeurteilung
- ☐ Mittels qualitativer Einschätzungen
- ☐ Mittels eigener Aufzeichnungen

☐ Andere

64. Wie wirksam erleben Sie in Ihrem therapeutischen Alltag die folgenden allgemeinen Wirkfaktoren im Rahmen der klinisch-psychologischen Behandlung?

Diese Frage zielt auf eine Bewertung anhand Ihrer Erfahrung ab. Bitte führen Sie Ihre subjektive Einschätzung an.

	Nicht wirksam		Sehr wirksam
Therapiebeziehung	☐	☐	☐
Abschwächung sozialer Isolation	☐	☐	☐
Erklärungssystem	☐	☐	☐
Besserungserwartung	☐	☐	☐
Veränderungsbereitschaft	☐	☐	☐
Aktive Patient*innenteilnahme	☐	☐	☐
Ressourcenaktivierung	☐	☐	☐
Affektives Erleben	☐	☐	☐
Freisetzung unterdrückter Emotionen (Katharsis)	☐	☐	☐
Problemaktualisierung	☐	☐	☐
Desensibilisierung	☐	☐	☐
Korrektive emotionale Erfahrung	☐	☐	☐
Achtsamkeit	☐	☐	☐
Affektregulation	☐	☐	☐
Klärung und Einsicht	☐	☐	☐
Assimilation problematischer Erfahrungen	☐	☐	☐
Kognitive Umstrukturierung und Bewältigung	☐	☐	☐
Mentalisierung und Selbstreflexivität	☐	☐	☐
Verhaltensregulation	☐	☐	☐
Vermittlung von Bewältigungserfahrungen	☐	☐	☐
Erhöhung der Selbstwirksamkeitserfahrungen	☐	☐	☐
Neue Narration des Selbst	☐	☐	☐

66. In welchen Arbeitsbereichen bieten Sie klinisch-psychologische Behandlung an?

Mehrfachauswahl möglich!

- ☐ Stationärer Bereich (z.B. Stationäre Tätigkeit in Allgemeinen oder Psychiatrischen Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken und Kuranstalten, Sozialtherapeutische Zentren [stationär])
- ☐ Ambulanter institutioneller Bereich (z.B. Ambulatorien, Beratungsstellen)
- ☐ Sonstiger institutioneller Bereich (z.B. Schul- und Kindergartenbehörden, Sozialversicherungsträger, Bundesheer)
- ☐ Niedergelassener Bereich (Eigene freie Praxis oder Gruppenpraxis)
- ☐ Sonstiges

Hinweis

Aufgrund Ihrer Auswahl auf der vorherigen Seite, erhalten Sie auf dieser Seite weitere Fragen zu Ihrer Tätigkeit im niedergelassenen Bereich.

(Information: Diese Vorgehensweise dient einer Zielgruppenspezifischen Befragung und verkürzt so die Bearbeitung des Fragebogens.)

67. Führen Sie die überwiegende Zeit in Ihrer eigenen Praxis für klinisch-psychologische Behandlung eine Warteliste?

- ☐ Ja
☐ Nein

68. Wie lange dauert es im Rahmen Ihrer klinisch-psychologischen Behandlungstätigkeit im Durchschnitt, dass Patient*innen, die bei Ihnen auf einer Warteliste geführt werden, einen Behandlungsplatz erhalten?

Im Durchschnitt erhalten Klient*innen, welche in meiner Praxis einen Wartelistenplatz haben, nach ungefähr

Wochen einen Behandlungsplatz.

☐ Nicht zutreffend / Keine Warteliste

69. Wurden bei Ihnen in der Praxis aufgrund der durch COVID-19 bedingten speziellen Situation im Zeitraum März 2020 bis März 2021 weniger oder mehr Patient*innen behandelt?



70. Bestehen bei Ihnen im Rahmen Ihrer klinisch-psychologischen Behandlungstätigkeit ungenutzte Ressourcen?

- ☐ Ja, es bestehen ungenutzte Ressourcen
☐ Nein, ich bin gänzlich ausgelastet

71. Wie viele Stunden pro Woche könnten Sie zusätzlich klinisch-psychologische Behandlung anbieten?

Pro Woche könnte ich zusätzlich

Stunden an klinisch-psychologischer Behandlung anbieten.

☐ Nicht zutreffend / Keine ungenutzten Ressourcen

72. Wurden im Rahmen Ihrer bisherigen klinisch-psychologischen Behandlungen Therapien teilweise oder vollständig von Trägern oder Institutionen im Rahmen von Projekten oder Förderungen finanziell übernommen?

Bitte wählen Sie diese Träger bzw. Institutionen im Folgenden aus und bei Nichtvorhandensein der entsprechenden Organisation, führen Sie diese bitte im freien Textfeld an.

- ☐ Keine Übernahme durch Institutionen oder Träger
- ☐ fit-2-work
- ☐ Krisenintervention im Rahmen des VOG (Verbrechensopfergesetz)
- ☐ Frühe Hilfen
- ☐ Kinder- und Jugendhilfeträger
- ☐ Andere
- ☐
- ☐ Andere
- ☐
- ☐ Andere
- ☐
- ☐ Andere
- ☐
- ☐ Andere
- ☐

73. Bei wie vielen Patient*innen wurde eine gänzliche oder teilweise Übernahme von einem der oben genannten oder selbst angeführten Trägern oder Institutionen im Zeitraum Jänner 2019 bis Dezember 2019 bei Ihnen vorgenommen?

Info: Aufgrund der speziellen Situation im Jahr 2020 durch COVID-19, wird hier der Zeitraum Jänner bis Dezember 2019 betrachtet.

- | | |
|--|---|
| ☐ Patient*innen im Jahr 2019 mit teilweise oder vollständiger Kostenübernahme | ☐ Nicht zutreffend / Keine Kostenübernahme |
|--|---|

74. Wie viele Einheiten (à 50 – 60 Min. und à 90 – 100 Min.) klinisch-psychologische Behandlung konnten Sie über eine derartige gänzliche oder teilweise Übernahme bei Ihnen im Zeitraum Jänner 2019 bis Dezember 2019 abrechnen?

- | | |
|--|---|
| ☐ Einheiten à 50 – 60 Minuten im Jahr 2019 | ☐ Nicht zutreffend / Keine Kostenübernahme |
| ☐ Einheiten à 90 – 100 Minuten im Jahr 2019 | ☐ Nicht zutreffend / Keine Kostenübernahme |

75. Hatten Sie aufgrund der durch COVID-19 bedingten speziellen Situation im Zeitraum März 2020 bis März 2021 weniger oder mehr derartige Kostenübernahmen durch diverse Träger oder Institutionen?



76. Wurden im Rahmen Ihrer bisherigen klinisch-psychologischen Behandlungen Therapien teilweise oder vollständig von privaten Krankenversicherern oder von privaten Versicherungsträgern finanziell übernommen?

- ☐ Ja
☐ Nein

77. Bei wie vielen Patient*innen und in welchem Ausmaß (Anzahl Einheiten, Anteil an Behandlungskosten) wurden die Kosten für Ihre klinisch-psychologische Behandlung teilweise oder vollständig von privaten Krankenversicherern oder von privaten Versicherungsträgern im Zeitraum Jänner 2019 bis Dezember 2019 übernommen?

Anzahl Patient*innen: im Jahr 2019

Anzahl übernommener Einheiten im Durchschnitt: im Jahr 2019

Angabe Prozent der Übernahme der Behandlungskosten pro Einheit: (Prozent) im Jahr 2019

☐ Nicht zutreffend / Keine Kostenübernahme

☐ Nicht zutreffend / Keine Kostenübernahme

☐ Nicht zutreffend / Keine Kostenübernahme

78. Bei welchen Störungsgruppen wurden die Kosten für Ihre klinisch-psychologischen Behandlungen teilweise oder vollständig von privaten Krankenversicherern oder von privaten Versicherungsträgern übernommen?

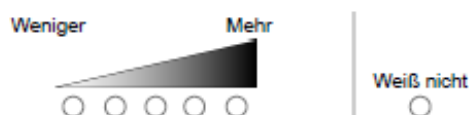
Bitte führen Sie nur die im Vordergrund stehende(n) Primärstörung(en) an.

Mehrfachauswahl möglich!

- ☐ Nicht zutreffend / Keine Kostenübernahme
- ☐ Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter
- ☐ Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)
- ☐ Störungen durch Substanzkonsum
- ☐ Drogenmissbrauch und -abhängigkeit
- ☐ Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit
- ☐ Nikotinabhängigkeit
- ☐ Pathologisches Glücksspielen und vergleichbare Störungen
- ☐ Psychotische Störungen und Schizophrenie
- ☐ Bipolare Störungen
- ☐ Depressive Störungen
- ☐ Persönlichkeitsstörungen
- ☐ Panik und Agoraphobie
- ☐ Generalisierte Angststörung
- ☐ Soziale Phobie
- ☐ Spezifische Phobien
- ☐ Posttraumatische Belastungsstörung
- ☐ Zwangsstörungen
- ☐ Somatoforme Störungen
- ☐ Stressabhängige körperliche Beschwerden
- ☐ Essstörungen
- ☐ Sexuelle Störungen

☐ Andere

79. Hatten Sie aufgrund der durch COVID-19 bedingten speziellen Situation im Zeitraum März 2020 bis März 2021 weniger oder mehr derartige Kostenübernahmen durch private Krankenversicherer oder anderen privaten Versicherungsträgern?



Hinweis

Aufgrund Ihrer Antwort auf eine "Filterfrage" erhalten Sie diese speziell für Sie zutreffende(n) Frage(n).

Diese Frage bezieht sich auf Klinische Psycholog*innen im niedergelassenen Bereich.

80. Wie oft erleben Sie es im Rahmen Ihrer Tätigkeit als Klinische*r Psychologe*in, dass Personen, welche an klinisch-psychologischer Behandlung interessiert wären, diese dann aufgrund der fehlenden Verrechenbarkeit mit den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern nicht in Anspruch nehmen?

Nie Sehr oft

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

bin nicht im ambulanten Bereich / nicht zutreffend ☐

Hinweis

Aufgrund Ihrer Antwort auf die "Filterfragen" erhalten Sie diese speziell für Sie zutreffende(n) Frage(n).

Subgruppe: Klinische Psycholog*innen mit/in Psychotherapieausbildung

81. Wenden Sie im Rahmen Ihrer therapeutischen Tätigkeit neben den Methoden bzw. Verfahren Ihrer erlernten psychotherapeutischen Methode („Schule“) auch Methoden anderer „Schulen“ oder auch der Klinischen Psychologie an?

- ☐ Ja
☐ Nein

82. Welche anderen Methoden bzw. Verfahren wenden Sie an?

Bitte geben Sie bei der Auswahl „Methoden anderer psychotherapeutischer Verfahren“ an, aus welchen „Schulen“ diese stammen (z.B. Systemische Familientherapie).

Mehrfachauswahl möglich!

- ☐ Methoden der klinisch-psychologischen Behandlung
- ☐ Methoden anderer psychotherapeutischer Verfahren
- ☐ Methoden anderer psychotherapeutischer Verfahren
- ☐ Methoden anderer psychotherapeutischer Verfahren

☐ Nicht zutreffend

83. Wie behandeln Sie Störungen oder Probleme, die durch ihre psychotherapeutische Methode nicht abgedeckt sind?

Mehrfachauswahl möglich!

- ☐ Das ist noch nicht vorgekommen.
- ☐ Mittels Methoden der klinisch-psychologischen Behandlung.
- ☐ Mittels Methoden anderer psychotherapeutischer Verfahren.
- ☐ Andere

84. Bitte geben Sie im folgenden an, wie viel Sie im Rahmen Ihrer therapeutischen Tätigkeit mittels Methoden Ihrer erlernten psychotherapeutischen Methode arbeiten, wie viel mittels anderer psychotherapeutischen Methoden und wie viel mittels Methoden der klinisch-psychologischen Behandlung.

Die Summe sollte dabei 100 Prozent ergeben.

Behandlung/Therapie mittels meiner erlernten psychotherapeutischen Methode („Schule“) Prozent

Behandlung/Therapie mittels anderer psychotherapeutischen Methoden („Schulen“) Prozent

Behandlung/Therapie mittels Methoden der klinisch-psychologischen Behandlung Prozent

Summe in Prozent 0 Prozent

85. Bieten Sie bestimmte Leistungen im Rahmen Ihrer Tätigkeit als Klinische*r Psychologe*in als psychotherapeutische Leistung an, da hier eine Beteiligung der Krankenkassen vorliegt, die Sie ansonsten (bei Finanzierung der klinisch-psychologischen Behandlung durch die Krankenkassen) als klinisch-psychologische Behandlungsleistungen anbieten würden?

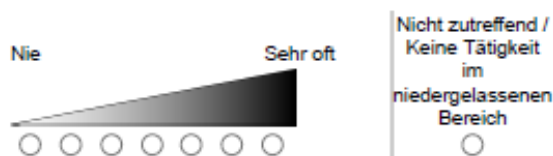
Bitte beachten Sie bei dieser Frage, dass der Fragebogen absolut anonym ist und die Angabe zu dieser Frage einen wesentlichen Wissensgewinn generiert.

☐ Ja

☐ Nein

☐ Nicht zutreffend / Keine Tätigkeit im niedergelassenen Bereich

86. Wie oft verwenden Sie Methoden der Psychotherapie anstatt solcher der Klinischen Psychologie, da eine finanzielle Beteiligung der Krankenkassen bei Methoden der klinisch-psychologischen Behandlung nicht vorgesehen ist?



87. Worin sehen Sie den Unterschied zwischen klinisch-psychologischer Behandlung/Psychologischer Therapie und Psychotherapie?

Bitte hier eintragen:

Hinweis

Aufgrund Ihrer Antwort auf die "Filterfragen" erhalten Sie diese speziell für Sie zutreffende(n) Frage(n).

Subgruppe: Klinische Psycholog*innen im Kinder- und Jugendbereich

88. Wie gut eignen sich Ihrer Erfahrung nach Methoden der klinisch-psychologischen Behandlung zur Behandlung von Personen im Kinder- und Jugendbereich?

Gar nicht gut Sehr gut



○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

89. Welche Störungen bzw. Störungsgruppen mit Beginn in der Kindheit und Jugend behandeln Sie mittels klinisch-psychologischer Behandlung bzw. haben Sie schon behandelt?

Mehrfachauswahl möglich!

Bitte beachten Sie hier, dass diese Frage speziell auf die Subgruppe Kinder- und Jugendliche abzielt!

- ☐ Keine
- ☐ Autismus
- ☐ Hyperkinetische Störungen (ADHS)
- ☐ Geistige Behinderung
- ☐ Schizophrenien
- ☐ Hirnstörungen
- ☐ Bewegungsstörungen
- ☐ Störungen der Sprache und des Sprechens
- ☐ Emotionale Probleme im Zusammenhang mit Lese- und Rechtschreibstörungen
- ☐ Lernstörungen
- ☐ Dyskalkulie
- ☐ Angststörungen
- ☐ Affektive Störungen
- ☐ Zwangsstörungen
- ☐ Belastungs- und Anpassungsstörungen
- ☐ Psychische Störungen mit chronischer körperlicher Symptomatik
- ☐ Störungen und Probleme bei akuten körperlichen Erkrankungen und medizinischen Behandlungen (z.B. Neoplasmen, Operationen etc.)
- ☐ Essstörungen
- ☐ Schlafstörungen
- ☐ Psychische Störungen bei chronischen körperlichen Krankheiten und Behinderungen
- ☐ Störungen des Sozialverhaltens
- ☐ Substanzmissbrauchsstörungen
- ☐ Deprivationsstörungen
- ☐ Sexuelle Störungen
- ☐ Suizidalität
- ☐ Andere

90. Für welche Störungen bzw. Störungsgruppen im Kindes- und Jugendalter eignet sich die Behandlung mittels klinisch-psychologischer Behandlung anhand Ihrer Erfahrung besonders gut?

Bitte beachten Sie hier, dass diese Frage speziell auf die Subgruppe Kinder- und Jugendliche abzielt!

	Gar nicht geeignet	Sehr gut geeignet	
			Kann ich nicht beurteilen
Autismus	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐	☐
Hyperkinetische Störungen (ADHS)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐	☐
Geistige Behinderung	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐	☐
Schizophrenien	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐	☐
Hirnstörungen	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐	☐
Bewegungsstörungen	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐	☐
Störungen der Sprache und des Sprechens	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐	☐
Emotionale Probleme im Zusammenhang mit Lese- und Rechtschreibstörungen	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐	☐
Lernstörungen	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐	☐
Dyskalkulie	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐	☐
	Gar nicht geeignet	Sehr gut geeignet	
			Kann ich nicht beurteilen
Angststörungen	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐	☐
Affektive Störungen	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐	☐
Zwangsstörungen	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐	☐
Belastungs- und Anpassungsstörungen	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐	☐
Psychische Störungen mit chronischer körperlicher Symptomatik	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐	☐
Störungen und Probleme bei akuten körperlichen Erkrankungen und medizinischen Behandlungen (z.B. Neoplasmen, Operationen etc.)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐	☐
Essstörungen	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐	☐
Schlafstörungen	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐	☐
Psychische Störungen bei chronischen körperlichen Krankheiten und Behinderungen	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐	☐
Störungen des Sozialverhaltens	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐	☐
	Gar nicht geeignet	Sehr gut geeignet	
			Kann ich nicht beurteilen
Substanzmissbrauchsstörungen	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐	☐

Deprivationsstörungen

Sexuelle Störungen

Suizidalität

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○

○

Seite 14

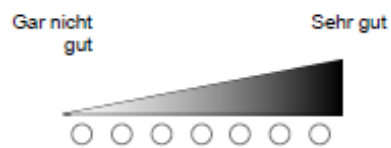
II KP Geronto

Hinweis

Aufgrund Ihrer Antwort auf die "Filterfragen" erhalten Sie diese speziell für Sie zutreffende(n) Frage(n).

Subgruppe: Klinische Psycholog*innen im gerontologischen/geriatrischen Bereich

91. Wie gut eignen sich Ihrer Erfahrung nach Methoden der klinisch-psychologischen Behandlung zur Behandlung von Personen im gerontologischen Bereich?



92. Welche Störungen bzw. Störungsgruppen behandeln Sie mittels klinisch-psychologischer Behandlung im gerontologischen Bereich bzw. haben Sie schon behandelt?

Mehrfachauswahl möglich!

Bitte beachten Sie hier, dass diese Frage speziell auf die Subgruppe im gerontologischen/geriatrischen Bereich abzielt!

- ☐ Keine
- ☐ Angststörungen (allgemein)
- ☐ Demenzielle Störungen
- ☐ Depressive Störungen
- ☐ Bipolare Störungen
- ☐ Anpassungsstörungen
- ☐ Schlafstörungen
- ☐ Störungen durch Substanzkonsum
- ☐ Drogenmissbrauch und –abhängigkeit
- ☐ Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit
- ☐ Nikotinabhängigkeit
- ☐ Somatoforme Störungen
- ☐ Pathologisches Glücksspielen und vergleichbare Störungen
- ☐ Psychotische Störungen und Schizophrenie
- ☐ Persönlichkeitsstörungen
- ☐ Panik und Agoraphobie
- ☐ Soziale Phobie
- ☐ Spezifische Phobien
- ☐ Posttraumatische Belastungsstörung
- ☐ Zwangsstörung
- ☐ Stressabhängige körperliche Beschwerden
- ☐ Essstörungen
- ☐ Sexuelle Störungen

Andere

☐

93. Für welche Störungen bzw. Störungsgruppen im gerontologischen Bereich eignet sich die Behandlung mittels klinisch-psychologischer Behandlung anhand Ihrer Erfahrung besonders gut?

Bitte beachten Sie hier, dass diese Frage speziell auf die Subgruppe im gerontologischen/geriatrischen Bereich abzielt!

	Gar nicht geeignet		Sehr gut geeignet						
Angststörungen (allgemein)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kann ich nicht beurteilen	☐
Demenzielle Störungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
Depressive Störungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
Bipolare Störungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
Anpassungsstörungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
Schlafstörungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
Störungen durch Substanzkonsum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
Drogenmissbrauch und –abhängigkeit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
Nikotinabhängigkeit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
Somatoforme Störungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
Pathologisches Glücksspielen und vergleichbare Störungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
	Gar nicht geeignet		Sehr gut geeignet						
Psychotische Störungen und Schizophrenie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kann ich nicht beurteilen	☐
Persönlichkeitsstörungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
Panik und Agoraphobie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
Soziale Phobie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
Spezifische Phobien	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
Posttraumatische Belastungsstörung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
Zwangsstörung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
Stressabhängige körperliche Beschwerden	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
Essstörungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
Sexuelle Störungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

Hinweis

Sie haben es fast geschafft!

Die Fragen im folgenden dritten Themenblock betreffen Ihre Einstellungen rund um das Thema Klinisch-psychologische Behandlung sowie zu Themen die Klinische Psychologie in Österreich betreffend.

94. Als wie wichtig erachten Sie die Klinisch-psychologische Behandlung als Bestandteil der psychosozialen Versorgung innerhalb des österreichischen Gesundheitssystems generell?

Gar nicht wichtig Sehr wichtig

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

95. Für welche der folgenden Störungsgruppen eignet sich die Behandlung mittels klinisch-psychologischer Behandlung anhand ihrer Erfahrung besonders gut?

Bitte beachten Sie, dass diese Frage allgemein auf die Personengruppe der Erwachsenen abzielt! Wenn Sie zusätzlich noch im Kinder- und Jugendbereich oder im gerontologischen/geriatrischen Bereich tätig sind, haben Sie die gleiche Frage bereits für die jeweilige spezifische Subgruppe erhalten.

	Gar nicht geeignet		Sehr gut geeignet						
Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter allgemein	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kann ich nicht beurteilen	☐
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) im Erwachsenenalter	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
Störungen durch Substanzkonsum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
Drogenmissbrauch und –abhängigkeit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
Nikotinabhängigkeit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
Pathologisches Glücksspielen und vergleichbare verhaltensbezogene Süchte	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
Psychotische Störungen und Schizophrenie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
Bipolare Störungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
Depressive Störungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
Persönlichkeitsstörungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
Panik und Agoraphobie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
	Gar nicht geeignet		Sehr gut geeignet						
Generalisierte Angststörung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kann ich nicht beurteilen	☐
Soziale Phobie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
Spezifische Phobien	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
Posttraumatische Belastungsstörung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
Zwangsstörungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
Somatoforme Störungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
Stressabhängige körperliche Beschwerden (z.B. Somatisierung, Schmerzstörungen)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
Essstörungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
Sexuelle Störungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

96. Als wie wichtig erachten Sie Evidenzbasierung bei der Auswahl von Techniken und Methoden im Rahmen der Ausübung von klinisch-psychologischer Behandlung?



97. Als wie zutreffend beurteilen Sie die unten angeführten Punkte als Hürden bei der Ausübung der klinisch-psychologischen Behandlung in freier Praxis?

Bei Bedarf ergänzen Sie bitte die Liste mittels der drei offenen Textfelder.

Wenn Sie in diesem Tätigkeitsbereich keinen Einblick haben, überspringen Sie bitte diese Frage.

Trifft überhaupt nicht zu Trifft sehr zu

Fehlende Kostenbeteiligung durch die Krankenversicherungsträger

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Mangelnde Bekanntheit des Angebots

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Konkurrenz zu anderen Berufsgruppen

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Mangelhafte Kooperation

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Mangelhaftes professionelles Selbstbewusstsein der Psycholog*innen

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Mangelndes/fehlendes Vertrauen der Patient*innen

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Lücken in der Ausbildung

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Fehlende Vermittlung entsprechender Strategien und Methoden in der Ausbildung

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Andere:

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Andere:

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Andere:

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

99. Als wie erfolgsversprechend bewerten Sie folgende Maßnahmen, die zur Förderung und Verbreitung der klinisch-psychologischen Behandlung in Österreich beitragen könnten?

Bei Bedarf ergänzen Sie bitte die Liste mittels der drei offenen Textfelder.

	Gar nicht erfolgsversprechend	Sehr erfolgsversprechend
Beforschung und Behandlung der klinisch-psychologischen Behandlung in der Literatur	☐	☐
Vernetzung der Berufsverbände für Klinische Psycholog*innen	☐	☐
Petition „Für eine bessere Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Österreich“	☐	☐
Gespräche mit der Bundesregierung	☐	☐
Presseinitiativen und Öffentlichkeitsarbeit	☐	☐
Etablierung einer eigenen Ausbildung in Klinisch-psychologischer Behandlung	☐	☐
Änderungen/Novellierung des Psychologengesetzes 2013 hinsichtlich klinisch-psychologischer Behandlung	☐	☐
Andere:	☐	☐
Andere:	☐	☐
Andere:	☐	☐

100. Welche Schritte würde es Ihrer Meinung nach seitens der Bundesregierung benötigen, um einen Ausbau der klinisch-psychologischen Behandlung in Österreich zu fördern?

Bitte führen Sie pro Zeile nur eine Angabe an!

Bitte hier eintragen:

Bitte hier eintragen:

Bitte hier eintragen:

Bitte hier eintragen:

Bitte hier eintragen:

101. Welche Maßnahmen könnten Ihrer Meinung nach seitens der Klinischen Psycholog*innen ergriffen werden, um die Wertigkeit der klinisch-psychologischen Behandlung im öffentlichen und fachspezifischen Diskurs zu erhöhen?

Bitte führen Sie pro Zeile nur eine Angabe an!

Bitte hier eintragen:

Bitte hier eintragen:

Bitte hier eintragen:

Bitte hier eintragen:

Bitte hier eintragen:

102. Was würde es Ihrer Meinung nach für Sie brauchen, dass Sie klinisch-psychologische Behandlung anbieten würden, wenn Sie es noch nicht tun?

Bei Bedarf ergänzen Sie bitte die Liste mittels der drei offenen Textfelder.

Wenn Sie bereits klinisch-psychologische Behandlung anbieten, lassen Sie diese Frage aus!

	Nicht zutreffend	Sehr zutreffend					
Finanzierungsbeitrag durch die gesetzliche Krankenversicherung (analog zu Psychotherapie)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gesamtvertrag mit den österreichischen Krankenversicherungsträgern	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bessere Vernetzung unter den PSY-Berufen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bessere Vernetzung mit den Allgemeinärzt*innen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Förderung der Wahrnehmung der klinisch-psychologische Behandlung in der Öffentlichkeit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mehr und bessere Ausbildung in klinisch-psychologische Behandlung (im Rahmen der Ausbildung zu Klinischen Psycholog*innen)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Eigene Aus-/Weiterbildung in klinisch-psychologische Behandlung für Klinische Psycholog*innen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mehr Unterstützung durch die Berufsverbände bei der Gründung von Praxen für klinisch-psychologische Behandlung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Werbung für die Qualität der klinisch-psychologischen Behandlung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nachversorgungsaufträge nach Reha- oder Spitalsaufenthalten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Andere:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Andere:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Andere:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

103. Würden Sie sich um einen Vertrag mit den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern bemühen, wenn klinisch-psychologische Behandlung als Kassenleistung anerkannt werden würde?

- ☐ Ja
☐ Nein

☐ Nicht zutreffend / Habe bereits einen Kassenvertrag

104. Wie viele Stunden pro Woche an klinisch-psychologischer Behandlung könnten Sie, bei Abschluss eines Vertrages mit den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern, anbieten?

Stunden pro Woche

☐ Nicht zutreffend / Kein Interesse an einem Kassenvertrag

105. Für welche der folgenden Störungsgruppen könnten Sie nach Abschluss eines Vertrages mit den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern klinisch-psychologische Behandlung anbieten?

Mehrfachauswahl möglich!

Bei nicht vorhandenem Interesse an einem Kassenvertrag klicken Sie bitte unten auf „Nicht zutreffend / Kein Interesse an einem Kassenvertrag“

Info für Subgruppen Klinische Psycholog*innen im Kinder-/Jugendbereich oder im gerontologischen/geriatrischen Bereich: Diese Frage erhalten Sie NICHT noch einmal zusätzlich auf Ihre jeweilige spezifische Subgruppe bezogen!

- ☐ Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter allgemein
- ☐ Psychische Störungen im gerontologischen/geriatrischen Bereich allgemein
- ☐ Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) im Erwachsenenalter
- ☐ Störungen durch Substanzkonsum
- ☐ Drogenmissbrauch und -abhängigkeit
- ☐ Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit
- ☐ Nikotinabhängigkeit
- ☐ Pathologisches Glücksspielen und vergleichbare verhaltensbezogene Süchte
- ☐ Psychotische Störungen und Schizophrenie
- ☐ Bipolare Störungen
- ☐ Depressive Störungen
- ☐ Persönlichkeitsstörungen
- ☐ Panik und Agoraphobie
- ☐ Generalisierte Angststörung
- ☐ Soziale Phobie
- ☐ Spezifische Phobien
- ☐ Posttraumatische Belastungsstörung
- ☐ Zwangsstörungen
- ☐ Somatoforme Störungen
- ☐ Stressabhängige körperliche Beschwerden (z.B. Somatisierung, Schmerzstörungen)
- ☐ Essstörungen
- ☐ Sexuelle Störungen
- ☐ Andere

☐ Nicht zutreffend / Kein Interesse an einem Kassenvertrag

106. Wie zufrieden waren Sie mit der theoretischen postgraduellen Ausbildung zur Klinischen Psychologin/zum Klinischen Psychologen?



107. Wie zufrieden waren Sie mit der praktischen postgraduellen Ausbildung zur Klinischen Psychologin/zum Klinischen Psychologen?

Sehr unzufrieden	Sehr zufrieden	
		Nicht zutreffend / Klinisch- oder Gesundheitspsychologische Tätigkeit bereits vor 1990 ☐

108. Haben Sie die Ausbildung zur Klinischen Psychologin/zum Klinischen Psychologen nach dem alten Psychologengesetz (Psychologengesetz 1990 [BGBl. Nr. 361/1990]) oder nach dem neuen Psychologengesetz (Psychologengesetz 2013 [BGBl. I Nr. 182/2013]) absolviert?

- ☐ Altes Psychologengesetz 1990
- ☐ Neues Psychologengesetz 2013

☐ Nicht zutreffend / Klinisch- oder Gesundheitspsychologische Tätigkeit bereits vor 1990

109. Welche Problemfelder konnten Sie bei Ihrer postgraduellen Ausbildung zur Klinischen Psychologin/zum Klinischen Psychologen oder bei Ihrer Einschulungs- bzw. Ausbildungstätigkeit von anderen Klinischen Psycholog*innen feststellen?

Bei Bedarf ergänzen Sie bitte die Liste mittels der drei offenen Textfelder!

Wenn Sie diese Frage aus Ihrer Sicht nicht beantworten können, bitte freilassen!

	Kein Problemfeld / Vollkommen passend	Sehr starkes Problemfeld / Änderungs- bedürftig
		
Mangel an Ausbildungsplätzen im praktischen Teil	☐	☐
Mangel an Ausbildungsplätzen im theoretischen Teil	☐	☐
Kosten der Ausbildung	☐	☐
Finanzierung der Ausbildung	☐	☐
Kosten-Nutzen-Relation (zu hohe Kosten und zu geringer Nutzen)	☐	☐
Dauer der Ausbildung zu lang	☐	☐
Nicht ausreichende Bezahlung in der praktischen Ausbildungstätigkeit	☐	☐
Qualität der praktischen Ausbildung	☐	☐
Qualität der theoretischen Ausbildung	☐	☐
Inhalte/Themen der theoretischen Ausbildung	☐	☐
Geforderte Selbsterfahrungsstunden zu gering	☐	☐
Geforderte Selbsterfahrungsstunden zu viel	☐	☐
Geforderte Supervisionsstunden zu viel	☐	☐
Geforderte Supervisionsstunden zu wenig	☐	☐
Qualität der Ausbilder im theoretischen Teil	☐	☐
Qualität der Ausbildung im Rahmen der praktischen Tätigkeit	☐	☐
Andere:	☐	☐
Andere:	☐	☐
Andere:	☐	☐

110. Wie sehr erachten Sie als Klinische Psychologin/Klinischer Psychologe es als notwendig, eine zusätzliche Psychotherapieausbildung zu haben, um Personen im klinischen Spektrum behandeln bzw. therapieren zu können?



111. Als wie kompetent würden Sie sich selbst in der Arbeit mit Patient*innen im klinischen Spektrum allgemein beurteilen?



112. Als wie kompetent würden Sie sich selbst in den folgenden spezifischen Bereichen der Klinischen Psychologie beurteilen?

	Sehr wenig kompetent	Sehr kompetent
Diagnostik	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	
Begutachtung und Befunderstellung	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	
Beratung und Coaching	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	
Behandlung/Therapie	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	
Krisenintervention und -beratung	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	
Interdisziplinäre Kooperation	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	
Andere spezielle Angebote:	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	
Andere spezielle Angebote:	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	
Andere spezielle Angebote:	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	

Hinweis

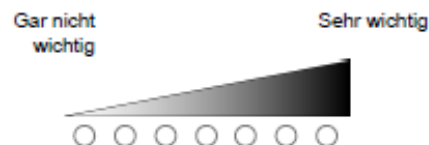
Aufgrund Ihrer Antwort auf die "Filterfragen" erhalten Sie diese speziell für Sie zutreffende(n) Frage(n).

Subgruppe: Klinische Psycholog*innen im Kinder- und Jugendbereich

113. Als wie gut schätzen Sie den Versorgungsgrad an klinisch-psychologischer Behandlung bzw. Psychotherapie für Kinder und Jugendliche in Österreich ein?



114. Für wie wichtig erachten Sie die Bedeutung der Prävention im Bereich der klinischen Psychologie im Kindes- und Jugendalter?



115. Als wie gut beurteilen Sie allgemein die Zusammenarbeit mit anderen Professionen (Allgemeinärzte, Fachärzte, Einrichtungen des Bildungs- und Sozialwesens, etc.) im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie?



116. Wo sehen Sie im Rahmen Ihrer klinisch-psychologischen Tätigkeit mit Kindern und Jugendlichen Verbesserungsbedarf?

Bitte fügen Sie pro Zeile nur eine Angabe ein!

Bitte hier eintragen:	
Bitte hier eintragen:	
Bitte hier eintragen:	
Bitte hier eintragen:	
Bitte hier eintragen:	

Hinweis

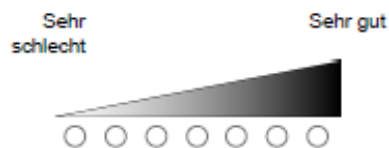
Aufgrund Ihrer Antwort auf die "Filterfragen" erhalten Sie diese speziell für Sie zutreffende(n) Frage(n).

Subgruppe: Klinische Psycholog*innen im gerontologischen/geriatrischen Bereich

117. Als wie gut schätzen Sie den Versorgungsgrad an klinisch-psychologischer Behandlung bzw. Psychotherapie für Menschen im höheren und hohen Alter ein?



118. Als wie gut beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit anderen Professionen (Allgemeinärzte, Fachärzte, Pflege- und Unterstützungsdienste, etc.) in der gerontologisch-psychologischen Tätigkeit?



119. Für wie wichtig erachten Sie die Bedeutung der Prävention (z.B. Psychoedukation, Gerontophylaxe, kognitives Training) in der Gerontopsychologie?



120. Wo sehen Sie im Rahmen Ihrer klinisch-psychologischen Tätigkeit im gerontologischen Bereich Verbesserungsbedarf?

Bitte fügen Sie pro Zeile nur eine Angabe ein!

Bitte hier eintragen:	
Bitte hier eintragen:	
Bitte hier eintragen:	
Bitte hier eintragen:	
Bitte hier eintragen:	

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Ich möchte mich ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken. Sie haben einen wesentlichen Teil zur Erforschung der Klinisch-psychologischen Behandlung (KPB) beigetragen.

Das Forschungsinteresse der Studie gilt einer explorativen, deskriptiven Beforschung der KPB. So wird einerseits die behandelnde Gruppe der Klinischen Psycholog*innen, die Ausübung der KPB selbst, sowie die Einstellung der Klinischen Psycholog*innen zu Themen der KPB erhoben. Falls Sie weiteres Interesse an meiner Studie haben, können Sie mich gerne per E-Mail kontaktieren (_____ oder _____).

Ihre Antworten wurden gespeichert, Sie können das Browser-Fenster nun schließen.

Mit besten Grüßen