



*Bundesamt für Sozialversicherung
Office fédéral des assurances sociales
Ufficio federale delle assicurazioni sociali
Uffizi federal da las assicuranzas socialas*

*Stationen im Prozess
der Anerkennung der
psychologischen Psychotherapie*

Forschungsbericht Nr. 3/02

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

Das Bundesamt für Sozialversicherung veröffentlicht in seiner Reihe „Beiträge zur Sozialen Sicherheit“ konzeptionelle Arbeiten und Forschungsergebnisse zu aktuellen Themen im Bereich der Sozialen Sicherheit, die damit einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Analysen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Sozialversicherung wieder.

Autor: Guido Mattanza, Markus Schweizer, Silvia Ess, Andreas Frei, Heinz Roth, Pedro Koch

Auskünfte: Pedro Koch
Bundesamt für Sozialversicherung
Effingerstrasse 20
3003 Bern
Tel. 031/322 91 25
E-mail: pedro.koch@bsv.admin.ch

ISBN: 3-905340-55-0

Copyright: Bundesamt für Sozialversicherung,
CH-3003 Bern

Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung
– unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares
an das Bundesamt für Sozialversicherung gestattet.

Vertrieb: BBL, Vertrieb Publikationen, CH-3003 Bern
www.bbl.admin.ch/bundespublikationen

Bestellnummer: 318.010.3/02 d 1.03 500

Guido Mattanza
Markus Schweizer
Silvia Ess
Andreas Frei
Heinz Roth
Pedro Koch

**STATIONEN IM PROZESS DER ANERKENNUNG
DER PSYCHOLOGISCHEN PSYCHOTHERAPIE**

Bern, Oktober 2002

VORWORT DES BUNDESAMTES FÜR SOZIALVERSICHERUNG

Psychotherapie wird gegenwärtig von der Krankenversicherung nur vergütet, wenn sie von zugelassenen Ärztinnen oder Ärzten durchgeführt wird. Leistungspflicht und Leistungsvoraussetzungen werden in den Art. 2 und 3 KLV näher umschrieben. Als ärztliche Psychotherapie gilt nach der Rechtsprechung zum früheren KUVG, die unter dem geltenden KVG bisher unbestritten geblieben ist, auch die „delegierte Psychotherapie«. Darunter versteht man die Psychotherapie, welche durch nichtärztliche Therapeutinnen oder Therapeuten unter ärztlicher Aufsicht und Verantwortung in der Praxis eines Arztes oder einer Ärztin durchgeführt wird.

Nicht vergütet wird die Psychotherapie durch selbständig und auf eigene Rechnung tätige nichtärztliche Therapeutinnen und Therapeuten. Sie sind als Leistungserbringer weder im Gesetz (Art. 35 ff. KVG) noch in der Verordnung (Art. 46 ff. KVV) aufgeführt.

Die Frage der Zulassung von nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist in den parlamentarischen Beratungen zum KVG ausführlich diskutiert worden. Im Parlament gab es Bestrebungen, die Voraussetzungen für die Zulassung dieses Berufes als Leistungserbringer bereits im Gesetz selber zu regeln. Schliesslich hat das Parlament aber den ursprünglichen Antrag des Bundesrates übernommen, wonach die Voraussetzungen für die Zulassung gestützt auf Art. 38 KVG auf Verordnungsstufe geregelt werden sollen.

Gestützt auf Art. 38 KVG können nichtärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten durch Verordnung des Bundesrates zugelassen werden. Die Leistungen können nur auf ärztliche Anordnung hin erbracht werden. Sie müssen auf Verordnungsstufe näher bezeichnet werden (Art. 33 Abs. 2 KVG).

Praktisch gleichzeitig mit dem Ende der parlamentarischen Beratungen zum KVG hat das BSV im März 1994 die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH), die Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) und den Schweizer Psychotherapeuten Verband (SPV) eingeladen, einen gemeinsamen Regelungsvorschlag über die Zulassung nichtärztlicher Psychotherapeuten und -therapeutinnen und über die vergütungsberechtigte Psychotherapie zu unterbreiten. Ein solcher gemeinsamer Regelungsvorschlag ist indessen nicht zustande gekommen. Umstritten war und ist dabei insbesondere die Frage der Aus- und Weiterbildung.

Für nichtärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten gibt es heute weder ein Eidgenössisches Diplom noch eine von den Kantonen allgemein anerkannte Regelung über die Berufsausbildung. Diese Ausbildung ist vielmehr heftig umstritten. Insbesondere besteht kein

Konsens in der Frage, auf welche Grundausbildung die Weiterbildung zum Psychotherapeuten oder zur Psychotherapeutin aufbauen soll.

Es gibt heute nichtärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten, welche als Grundausbildung ein Hochschuldiplom in Psychologie erworben haben. Daneben gibt es aber Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, welche diese Weiterbildung auf der Basis einer anderen Ausbildung absolviert haben. Diese unterschiedlichen Auffassungen über die Aus- und Weiterbildung waren ein Hauptgrund dafür, dass bisher noch keine Regelung zustande gekommen ist.

Die Diskussionen über die Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten fanden auch im Zusammenhang mit der Ausarbeitung eines Medizinalberufegesetzes statt. Eine im Auftrag des EDI unter dem Vorsitz von Prof. Thomas Fleiner tätige Expertenkommission hat dazu im November 1997 einen Vorentwurf unterbreitet. Danach sollte sowohl für die traditionellen Medizinalberufe (Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker) wie auch für weitere Berufe wie Chiropraktoren, Osteopathen und Psychotherapeuten die Aus- und Weiterbildung im gleichen Gesetz geregelt werden. Aufgrund der Ergebnisse des anschliessend durchgeführten Vernehmlassungsverfahrens hat der Bundesrat im August 1998 indessen entschieden, das Psychologiestudium sowie die Weiterbildung in Psychotherapie in einem speziellen Gesetz zu regeln. Eine vom BAG eingesetzte Expertengruppe hat den Auftrag, einen entsprechenden Vorentwurf für das „Bundesgesetz über die Aus-, Weiter- und Fortbildung der psychologischen Berufe (PsyG)“ zu erarbeiten. Die entsprechenden Arbeiten sind gegenwärtig im Gange.

Bezüglich der Leistungspflicht in der Krankenversicherung wurde im BSV aktiv bis Ende 2001 an der Verordnung über die Psychotherapie in der Krankenversicherung gearbeitet. Zur Klärung der Situation der Psychotherapie wurden sowohl vom BSV als auch von verschiedenen Fachverbänden Studien in Auftrag gegeben. Mit der Regelung der Kassenpflicht soll indessen, gemäss Beschluss des EDI vom 17. Dezember 2001 noch zugewartet werden, bis die entsprechende Regelung des Bundes zur Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten und -therapeutinnen vorliegt.

Zweck der vorliegenden Publikation ist es, die Ergebnisse der oben genannten Studien einem breiteren Publikum zugänglich zu machen. Sie umfasst in den entsprechenden Kapiteln die Regelung der Psychotherapie in anderen Staaten (Deutschland, Frankreich, Grossbritannien, Italien, Niederlande, Österreich und Schweden, Frankreich und Grossbritannien), den aktuellen Stand der

psychotherapeutischen Versorgung in der Schweiz, die Kostenfolgen bei einer Leistungsübernahme der Psychotherapie durch die Krankenversicherung (Szenarien), den volkswirtschaftlichen Nutzen der Psychotherapie sowie eine Übersicht über den aktuellen Planungsstand beim Entwurf zum PsyG.

Abschliessend formulierten die sechs Autoren gemeinsam 9 Arbeitshypothesen deren Prüfung sie – im Sinne eines Denkanstosses auf dem Weg zu einer wünschbaren und sinnvollen Anerkennung der psychologischen Psychotherapie – empfehlen.

Bern, im September 2002

Fritz Britt
Fürsprecher
Vizedirektor BSV

AVANT-PROPOS DE L'OFFICE FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES

A l'heure actuelle, l'assurance-maladie ne rembourse les psychothérapies que lorsqu'elles sont pratiquées par des médecins agréés. Les art. 2 et 3 OPAS définissent l'obligation de prise en charge et les conditions du droit aux prestations. La jurisprudence de l'ancienne loi sur l'assurance-maladie (LAMA), qui est toujours valable dans la LAMal, considère aussi la «psychothérapie déléguée» (psychothérapie supervisée par un médecin) comme médicale. L'on entend par là toute psychothérapie pratiquée par un thérapeute non médecin sous surveillance et sous la responsabilité d'un médecin dans son cabinet.

N'est pas remboursée la psychothérapie prodiguée par des thérapeutes non médecins qui exercent à titre indépendant et à leur compte. Ils ne figurent en tant que fournisseurs de prestations ni dans la loi (art. 35 ss. LAMal), ni dans l'ordonnance (art. 46 ss. OAMal).

La reconnaissance des psychothérapeutes non médecins a été largement débattue lors des délibérations parlementaires sur la LAMal. Certains parlementaires ont préconisé une réglementation préalable dans la loi des conditions de reconnaissance de cette profession en qualité de fournisseur de prestations. Le Parlement a finalement repris la proposition initiale du Conseil fédéral, qui prévoit que les conditions à l'admission sur la base de l'art. 38 LAMal se règlent au niveau de l'ordonnance.

En vertu de cet article, les psychothérapeutes non médecins peuvent être autorisés par voie d'ordonnance du Conseil fédéral. Les prestations, qui ne seront fournies que sur prescription médicale, doivent être désignées en détail au niveau de l'ordonnance (art. 33, al. 2, LAMal).

En mars 1994, pour ainsi dire au moment où les délibérations parlementaires sur la LAMal touchaient à leur fin, l'OFAS a invité la Fédération des médecins suisses (FMH), la Fédération suisse des psychologues (FSP) et l'Association Suisse des Psychothérapeutes (ASP) à soumettre une proposition commune de réglementation de l'admission des psychothérapeutes non médecins et de la psychothérapie remboursable. On attend toujours cette proposition, la question de la formation initiale et du perfectionnement des psychothérapeutes en particulier restant le nœud de la discorde.

Il n'existe à ce jour ni diplôme fédéral, ni régime reconnu par tous les cantons pour la formation professionnelle des psychothérapeutes non médecins. Cette formation fait au contraire l'objet de violentes controverses. Aucun consensus n'a été notamment trouvé sur la formation qui servirait de base au perfectionnement des psychothérapeutes.

Actuellement, certains psychothérapeutes non médecins ont, comme formation de base, un licence en psychologie. D'autres ont emprunté une autre filière avant de se perfectionner en psychothérapie. Ces différentes conceptions de la formation et du perfectionnement expliquent que l'on ne soit pas encore parvenu à les réglementer.

La formation et le perfectionnement des psychothérapeutes ont aussi fait l'objet de discussions lors de l'élaboration d'une loi sur les professions médicales. Une commission d'experts mandatée par le DFI et présidée par le professeur Thomas Fleiner a soumis un avant-projet en novembre 1997 à cet effet. Une seule et même loi devait par la suite réglementer la formation et le perfectionnement à la fois des professions médicales traditionnelles (médecins, dentistes, vétérinaires et pharmaciens) et d'autres professions (par exemple chiropraticiens, ostéopathes et psychothérapeutes). Sur la base des résultats de la procédure de consultation lancée par la suite, le Conseil fédéral a décidé en août 1998 de régler les études de psychologie et le perfectionnement en psychothérapie dans une loi spéciale. Un groupe d'experts désigné par l'OFSP a pour tâche d'élaborer un avant-projet correspondant de la « loi fédérale sur la formation de base, la formation postgrade et la formation continue des professions de la psychologie » (LPsy). Les travaux sont en cours.

L'OFAS a collaboré activement à l'élaboration de l'ordonnance sur la psychothérapie jusqu'à fin 2001 en ce qui concerne la prise en charge par l'assurance de base. L'OFAS et diverses associations professionnelles ont commandé des études afin de clarifier la situation de la psychothérapie. Pour ce qui est d'une réglementation de l'obligation de prise en charge, il faut encore attendre, conformément à la décision du DFI, de disposer d'une norme fédérale sur la formation et le perfectionnement des psychothérapeutes.

La présente publication a pour but de rendre accessible à un large public les résultats des études précitées. Les différents chapitres traitent des thèmes suivants : réglementation de la psychothérapie dans d'autres pays (Allemagne, Autriche, France, Grande-Bretagne, Hollande, Italie et Suède), état actuel en matière de soins psychothérapeutiques en Suisse, conséquences financières d'une prise en charge des prestations de psychothérapie par l'assurance-maladie (scénarios), utilité économique de la psychothérapie et aperçu de l'état du projet sur la LPsy.

Pour conclure, les six auteurs ont élaboré de concert neuf hypothèses de travail qu'ils recommandent d'examiner, en guise de réflexion qui devrait conduire à une reconnaissance souhaitable et judicieuse de la psychothérapie prodiguée par un non-médecin indépendant.

Berne, septembre 2002

Fritz Britt
avocat
sous-directeur OFAS

PREFAZIONE DELL'UFFICIO FEDERALE DELLE ASSICURAZIONI SOCIALI

L'assicurazione malattie attualmente rimborsa la psicoterapia solo se praticata da medici autorizzati ad esercitare. Gli art. 2 e 3 Opre descrivono in modo più dettagliato l'obbligo di assumere prestazioni e le condizioni da soddisfare per il diritto alle prestazioni. Secondo la giurisprudenza inerente la vecchia legge sull'assicurazione malattie (LAMal), tuttora riconosciuta nel quadro della LAMal, anche la "psicoterapia delegata" è considerata alla stregua della psicoterapia medica. Per psicoterapia delegata s'intende la psicoterapia praticata da terapeuti non medici sotto il controllo e la responsabilità di un medico nello studio di quest'ultimo.

Non viene invece rimborsata la psicoterapia eseguita da terapeuti non medici che esercitano per conto proprio e a titolo indipendente. Questi ultimi non figurano infatti fra i fornitori di prestazioni né ai sensi della legge (art. 35 segg. LAMal) né nell'ordinanza (art. 46 segg. OAMal).

La questione relativa all'autorizzazione degli psicoterapeuti non medici è stata dettagliatamente affrontata e discussa nei dibattiti parlamentari concernenti la LAMal. In sede parlamentare si è cercato di regolamentare direttamente nella legge le condizioni per l'autorizzazione di questi professionisti quali fornitori di prestazioni. Alla fine al termine del dibattito Parlamento ha però accolto la proposta iniziale del Consiglio federale, secondo la quale le condizioni per l'autorizzazione a norma dell'art. 38 LAMal dovrebbero essere definite a livello di ordinanza.

Ai sensi dell'art. 38 LAMal, gli psicoterapeuti non medici possono essere autorizzati tramite ordinanza del Consiglio federale. Le prestazioni, che potranno essere fornite solo dietro prescrizione medica, devono essere definite più precisamente a livello di ordinanza (art. 33 cpv. 2 LAMal).

Nel marzo 1994, praticamente al termine dei dibattiti parlamentari sulla LAMal, l'UFAS ha invitato la Federazione svizzera dei medici (FMH), la Federazione svizzera delle Psicologhe e degli Psicologi (FSP) e l'Associazione svizzera degli psicoterapeuti (ASP) a inoltrare una proposta comune volta a disciplinare l'autorizzazione degli psicoterapeuti non medici, nonché le cure psicoterapeutiche che daranno diritto ad un rimborso. Fino ad oggi, questa proposta comune non è stata elaborata, in quanto sono sorte controversie, in particolare a proposito della formazione e del perfezionamento degli psicoterapeuti.

Attualmente per gli psicoterapeuti non medici non esiste né un diploma federale, né un regolamento sulla formazione professionale che sia generalmente riconosciuto dai Cantoni. La formazione è piuttosto oggetto di aspre controversie, in particolare manca un'accordo sulla

formazione che dovrebbe servire da base al perfezionamento degli psicoterapeuti.

Attualmente vi sono psicoterapeuti non medici che hanno come formazione di base un diploma di scuola superiore in psicologia, ma esistono altresì. Poi, però, vi sono psicoterapeuti che sono giunti al medesimo perfezionamento seguendo altri percorsi formativi. Queste differenti concezioni sulla formazione e sul perfezionamento spiegano come mai, ad oggi non si sia riusciti ad elaborare un regolamento unitario in merito.

Aspre discussioni sulla formazione e il perfezionamento degli psicoterapeuti si sono registrate anche nell'ambito dell'elaborazione di una legge sulle professioni mediche. Nel novembre 1997, una commissione di esperti, incaricata dal DFI e presieduta dal Prof. Thomas Fleiner, ha presentato un avamprogetto che prevedeva di disciplinare in un'unica legge la formazione e il perfezionamento sia delle professioni mediche tradizionali (medici, dentisti, veterinari e farmacisti) che delle altre professioni (chiropratici, osteopati e psicoterapeuti). Visti gli esiti scaturiti dalla procedura di consultazione avviata in seguito, nell'agosto 1998 il Consiglio federale ha deciso di disciplinare lo studio della psicologia e il perfezionamento in psicoterapia in una legge speciale. A tal fine un gruppo di esperti istituito dall'UFSP è stato incaricato di elaborare un avamprogetto per una legge federale sulla formazione, il perfezionamento e l'aggiornamento per le professioni nell'ambito della psicologia. I lavori sono attualmente in corso.

Per quanto concerne l'obbligo di fornire prestazioni dell'assicurazione malattie, l'UFAS ha lavorato alacremente fino alla fine del 2001 all'ordinanza sulla psicoterapia nell'ambito dell'assicurazione malattie. Per chiarire la situazione della psicoterapia, sia l'UFAS sia diverse associazioni di categoria hanno commissionato vari studi. In conformità al decreto del DFI del 17 dicembre 2001, prima di disciplinare l'obbligo di rimborso da parte delle casse malati si dovrà attendere la normativa federale sulla formazione e sul perfezionamento degli psicoterapeuti.

La presente pubblicazione ha quale obiettivo di rendere accessibile ad un pubblico più vasto i risultati degli studi summenzionati. Nei vari capitoli vengono trattati i temi seguenti: la regolamentazione della psicoterapia in altri Stati (Germania, Francia, Gran Bretagna, Italia, Paesi Bassi, Austria e Svezia), lo stato attuale delle cure psicoterapeutiche in Svizzera, le conseguenze finanziarie in caso di rimborso delle prestazioni da parte dell'assicurazione malattie (scenari), l'utilità economica della psicoterapia nonché una panoramica sullo stato attuale del progetto

relativo alla legge sulla formazione, il perfezionamento e l'aggiornamento per le professioni nell'ambito della psicologia.

Infine, i sei autori hanno formulato insieme 9 ipotesi di lavoro che raccomandano di prendere in esame quale riflessione volta ad un riconoscimento auspicabile e ragionevole della psicoterapia psicologica.

Berna, settembre 2002

Fritz Britt
Avvocato
Vicedirettore dell'UFAS

PREFACE SWISS FEDERAL OFFICE OF SOCIAL INSURANCE

At present psychotherapy is reimbursed by the statutory health insurance only if it is carried out by an approved doctor. Articles 2 and 3 of the ordinance on health-care services describe what the health insurance companies are obliged to provide and the conditions under which they are to provide it. According to the interpretation of the former health insurance law, which under the current law on health insurance (LHI) has as yet not been contested, medical psychotherapy also covers “delegated psychotherapy”. This means psychotherapy carried out by a non-medical therapist under the supervision and responsibility of a doctor in his or her surgery.

Psychotherapy carried out independently by a self-employed, non-medical therapist is not reimbursed, however. Such practitioners are not mentioned as service providers entitled to provide services at the expenses of compulsory health insurance either in the law on health insurance (LHI, Arts. 35 ff.) or the ordinance on health insurance (OHI, Arts. 46 ff.).

The question of including treatment given by non-medical psychotherapists was discussed in depth in the parliamentary debate on the law on health insurance. In parliament efforts were made to regulate conditions covering the admission of this profession as a service provider under the terms of the law itself. Finally, however, parliament adopted the original proposal made by the Federal Council, according to which, on the basis of Article 38 of the LHI, the conditions for acceptance should be regulated by an ordinance.

According to the above mentioned article, non-medical psychotherapists may be accepted as service providers through an ordinance to be issued by the Federal Council. Treatment may only be provided through referral of a doctor and must be defined in more detail in an ordinance (Art. 33, § 2, LHI).

In March 1994, just as the parliamentary debate on the LHI was being wound up, the Swiss Federal Office of Social Insurance (FOSI) asked the Swiss Medical Association (SMA), the Federation of Swiss Psychologists (FSP) and the Association of Swiss Psychotherapists (ASPT) to submit a joint proposal for a regulation concerning the acceptance of non-medical psychotherapists and types of psychotherapy which should be paid for by the statutory health insurance scheme. The parties involved have not yet produced such a proposal. The stumbling block was and still is the question of education and further training.

At present there is no federal diploma in psychotherapy and there exist no regulations concerning training which are accepted by all the cantonal authorities.

Rather, training in psychotherapy is highly controversial. In particular there is no agreement about the basic educational qualifications required for further training as a psychotherapist.

Today there are psychotherapists who have a university degree in psychology. On the other hand, there are others who have become psychotherapists after completing a totally different type of education. These differences of opinion concerning basic and further training are one of the main reasons why no regulations have been put in place so far.

Discussions about basic and further training for psychotherapists also came about in connection with the drawing up of a law concerning the medical profession. A committee of experts headed by Prof. Thomas Fleiner was asked to draw up a preliminary draft by the Federal Department of Home Affairs (DHA), which it presented in November 1997. According to this draft, basic and further training for both the traditional medical professions (doctors, dentists, veterinary doctors and pharmacists) and other paramedical professions such as chiropractors, osteopaths and psychotherapists should be regulated under one law. On the basis of the results of the consultation procedure which followed, the Federal Council decided in August 1998 that university courses in psychology and further training in psychotherapy should be covered by a special law. A team of experts appointed by the Swiss Federal Office of Health (FOH) has been asked to draw up a corresponding preliminary draft for a “federal law on basic, further and continual training for professions in the field of psychology”, which it is working on at present.

As far as concerns reimbursement by the statutory health insurance, the FOSI was actively working on the ordinance on psychotherapy in relation to health insurance until the end of 2001. In order to clarify the situation with regard to psychotherapy studies were commissioned by both the FOSI and various specialised associations. According to a decision taken by the DHA on 17 December 2001, regulations concerning compulsory reimbursement should be delayed until the Confederation has put in place the corresponding regulations on basic and further training for psychotherapists.

The aim of the present publication is to present the results of the above mentioned studies to the general public. The corresponding sections cover regulations for psychotherapy which exist in other countries (Austria, France, Germany, Italy, the Netherlands, Sweden and the UK), the current situation with regard to psychotherapy in Switzerland, the financial consequences if the

statutory health insurance has topay for psychotherapy treatment (different scenarios), the economic benefit of psychotherapy, and an overview of the current status of the draft law on basic, further and continual training for professions in the field of psychology.

The six authors conclude by presenting nine working hypotheses which they recommend for examination as a starting point for defining a desirable and meaningful recognition of psychological psychotherapy.

Berne, September 2002

Fritz Britt, Lawyer
Deputy Director of the FOSI

ZUSAMMENFASSUNG

Internationaler Vergleich

Im internationalen Vergleich prägen die grossen Unterschiede in den Systemen der Gesundheitsversorgung die Entwicklung und Ausübung der Psychotherapie. Dies zeigt der Vergleich zwischen der Schweiz und sieben europäischen Ländern – Deutschland, Frankreich, Grossbritannien, Italien, Niederlande, Österreich und Schweden. Wo bis heute noch keine gesetzliche Regelungen für die Ausübung der Psychotherapie bestehen, wird daran gearbeitet – dies trifft auch auf die Schweiz zu.

Wo Regelungen bestehen, fallen markante regionale Unterschiede bezüglich deren Umsetzung auf. Namentlich die Vergütung der Psychotherapie durch die soziale und private Krankenversicherung weist grosse Unterschiede auf. Bezüglich Weiterbildung und Befähigung zur psychotherapeutischen Tätigkeit in der freien Praxis werden unterschiedliche Wege beschritten. In einigen Ländern wird als Grundausbildung ein Medizinstudium oder das Studium der Psychologie vorausgesetzt, in anderen Ländern ist die Regelung bezüglich Grundausbildung offener. Bei einer genaueren Prüfung lässt sich aber eine grosse Ähnlichkeit der Anforderungen an die Weiterbildung in Psychotherapie feststellen, wobei aber nur Deutschland und die Niederlande über ausgereifte „Kontrollsysteme“ verfügen. Erschwerend für eine abschliessende Abschätzung der Mengenausweitung und Kostensteigerung die durch eine Integration der Psychotherapie in die soziale Krankenversicherung zu erwarten ist, wirkt die hohe Intransparenz durch weitgehend fehlendes Zahlenmaterial in den Vergleichsländern.

Status Quo in der Schweiz

Auch in der Schweiz ist eine grössere Transparenz im Psychotherapiebereich gefordert. Dafür setzten sich unter anderem die psychotherapeutischen Ausbildungsinstitute und Fachverbände ein. 2001 wurde eine empirische Erhebung unter einem bedeutenden Teil der Therapeuten in der Schweiz durchgeführt, welche Fragen zur Ausbildung und Arbeitsweise der Therapeuten sowie zu den von ihnen behandelten Patienten umfasste. Bei den Resultaten fällt die grosse Verflechtung der verschiedenen Therapiemethoden auf, sowohl was die Ausbildung der Therapeuten anbelangt, als auch die Verwendung der Methoden im Therapieprozess. Eine überwiegende Mehrheit der Therapeuten verfügt über Weiter- oder Fortbildungen in mehreren Verfahren und integriert diese auch in ihrer therapeutischen Tätigkeit. Aufgrund dieser ausgeprägten Methodenverflechtung lässt sich die Integration der Psychotherapie in die Krankenver-

sicherung auf der Basis einer Methodenanerkennung hinterfragen. Eine strikte Unterscheidung von Therapieleistungen in anerkannten und nicht anerkannten Verfahren wird bei Therapeuten, die in mehreren Methoden ausgebildet sind, realistischweise kaum möglich sein. Vielversprechender scheint daher der geplante Weg im Psychologiestudium, die Anerkennung von Methoden auf die Stufe der Akkreditierung der psychotherapeutischen Weiterbildung zu verlegen.

Gegenwärtig sind in der Schweiz die analytischen Verfahren, welche in rund der Hälfte der gesamten Therapie-stundenzahl angewandt werden, am stärksten vertreten, gefolgt von humanistischen und körperpsychotherapeutischen Verfahren. Systemische und verhaltenstherapeutische Verfahren spielen heute in der Schweiz noch eine untergeordnete Rolle, was unter anderem auch darauf zurückzuführen ist, dass sie weniger als Hauptmethode Verwendung finden, sondern vielmehr als zusätzlich neben einer Hauptmethode verwendete Verfahren.

Kosten der Psychotherapie in der Schweiz

Psychische Störungen sind in der Bevölkerung weit verbreitet. Nicht alle haben jedoch Krankheitswert oder sind psychiatrisch oder psychotherapeutisch behandlungsbedürftig. Der Anteil der Therapiebedürftigen, die bestenfalls bereit sind, sich psychotherapeutisch behandeln zu lassen, dürfte zwischen zwei und fünf Prozent der Bevölkerung liegen. Im Jahr 2000 gab es in der Schweiz rund 150'000 Personen, die insgesamt rund 4.5 Mio. Stunden Psychotherapie in Anspruch nahmen. 65 % davon wurden von Ärzten behandelt. Die Kosten beliefen sich dabei auf insgesamt 579 Mio. CHF, wovon 396 Mio. CHF von der Grundversicherung der Krankenkassen übernommen wurden.

Eine Integration der nichtärztlichen Psychotherapeuten in das heutige Sozialversicherungssystem würde sofortige Mehrausgaben für die Grundversicherung in der Höhe von 80 bis 100 Mio. CHF bedeuten. In den 10 folgenden Jahren wird sich – je nach Szenario – die Anzahl Patienten, die jährlich eine Psychotherapie anfangen, von 146'000 auf maximal 218'200 erhöhen, wodurch die Kosten für die Grundversicherung von 495 Mio. auf maximal 864 Mio. CHF steigen.

Der volkswirtschaftliche Nutzen der Psychotherapie

Diesen Mehrkosten stehen Einsparungsmöglichkeiten bei mehreren Indikationsbereichen gegenüber, wo durch den adäquaten Einsatz von Psychotherapie Einsparungen im Bereich der medizinisch-somatischen Versorgung

erzielt werden können. Für die Indikationsbereiche Operationsvorbereitung, Alkoholmissbrauch, Angststörungen, psychosomatische Störungen, Schizophrenie und Depression lassen sich diese Einsparungen grob ermitteln. Auf der Basis einer Abschätzung der Anzahl behandlungsbedürftiger Fälle mit Therapiemotivation könnten in der Schweiz durch den adäquaten Einsatz der Psychotherapie gut zwei Milliarden Franken im somatisch-medizinischen Bereich eingespart werden. Davon dürften etwa 1800 Millionen im Spital und 250 Millionen in der ambulanten ärztlichen Behandlung anfallen. Die Kosten der dafür erforderlichen Psychotherapie betragen etwa 960 Millionen CHF, so dass per Saldo eine Nettoeinsparung in der Grössenordnung von rund einer Milliarde CHF resultieren könnte.

Das Psychologieberufegesetz

Neben der sozialversicherungsrechtlichen Neuregelung des Psychotherapiebereiches steht auch die Regelung der Aus-, Weiter-, und Fortbildung der psychologischen Berufe in der gesundheitspolitischen Agenda der Schweiz. Der Gesetzgebungsauftrag liegt dabei beim Bundesamt für Gesundheit (BAG) und stützt sich auf einen Bundesratsbeschluss von 1998 und zwei Motionen. Die Arbeiten zum Psychologieberufegesetz (PsyG) wurden im Jahre 2001 aufgenommen. Zwei Arbeitsgruppen haben Thesen zum neuen Bundesgesetz erarbeitet und im April 2002 verabschiedet. Aufgrund dieser Thesen, diverser Rückmeldungen aus einer Informationsveranstaltung und der grundsätzlichen Zustimmung des Eidgenössischen Departementes des Innern, wurde im Sommer 2002 ein erster Vorentwurf des PsyG ausgearbeitet. Für das Jahr 2003 ist die Vernehmlassung des Vorentwurfes geplant. Gestützt auf die Resultate des Vernehmlassungsverfahrens wird das BAG den Entwurf des Gesetzes konkretisieren und dem Parlament vorlegen.

Fazit

Wichtig für die gesetzliche Regelung der psychologischen Psychotherapie sind unter anderem folgende Punkte, die sich aus den vorliegenden Studien ergeben:

- Es gibt im internationalen Vergleich eine grosse Heterogenität und keinen erkennbaren Konsens bei der Regelung der Psychotherapie in den verschiedenen Ländern bzw. bei deren Integration in die verschiedenen Systeme der sozialen Krankenversicherungen.
- Der Status Quo im Psychotherapiebereich der Schweiz ist geprägt durch eine grosse Methodenvielfalt bei der Ausbildung der Therapeuten und eine ausgeprägte Verflechtung bei der Verwendung der einzelnen Verfahren.
- Durch die Integration der psychologischen Psychotherapie in die soziale Krankenversicherung der Schweiz kann eine adäquatere und kosteneffizientere medizinische und psychotherapeutische Versorgung der Versicherten angestrebt werden. Allerdings ist dabei mindestens kurzfristig auch mit einer Kostensteigerung zu rechnen.
- Den zu erwartenden zusätzlichen Kosten, welche sich durch die Integration psychotherapeutischer Leistungen in die Krankenversicherung ergeben könnten, stehen Hinweise auf bedeutende Kosteneinsparungspotentiale im Bereich der somatisch-medizinischen Leistungen gegenüber.
- Vorgängig zur sozialversicherungsrechtlichen Neuregelung des Psychotherapiebereiches soll in der Schweiz die Qualitätssicherung bei der Aus-, Weiter- und Fortbildung der psychologischen Berufe gesetzlich geregelt werden.

Vor diesem Hintergrund lassen sich verschiedene Arbeitshypothesen formulieren, die aus der Sicht der Autoren bei der weiterhin anstehenden Neuregelung des Psychotherapiebereiches zu prüfen wären.

ARBEITSHYPOTHESEN ZUR ANSTEHENDEN GESETZLICHEN REGELUNG DER PSYCHOLOGISCHEN PSYCHOTHERAPIE

- *Um die Voraussetzungen für eine angemessenere und effizientere medizinische und psychotherapeutische Versorgung der Versicherten zu schaffen, sollten die Leistungen der psychologischen Psychotherapie in die Grundversicherung der Krankenkassen aufgenommen werden.*
- *Die Integration der psychotherapeutischen Leistungen in die soziale Krankenversicherung ist an ein umfassendes Qualitätssicherungsverfahren zu binden.*
- *Psychotherapeuten müssen neben fachlicher Kompetenz eine persönliche Eignung für die Berufsausübung haben. Entsprechende Abklärungen sind in die Weiterbildung zu integrieren.*
- *Voraussetzung für die Akkreditierung von Weiterbildungsinstitutionen soll der Nachweis der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der gelehrteten Methode sein.*
- *Einem Gate Keeper System für die Übernahme psychotherapeutischer Leistungen durch die soziale Krankenversicherung ist ein Second Opinion System vorzuziehen. Psychotherapeuten mit konformer Aus- und Weiterbildung könnten dann bezüglich Diagnostik und Indikationsstellung den Ärzten gleichgestellt werden.*
- *Um mehr Einblick in die Struktur einer angemessenen und kosteneffizienten Versorgung der Schweizer Bevölkerung zu erhalten, sind weitere, breit angelegte Untersuchungen unter Einbezug der Leistungen der ärztlichen und der psychologischen Psychotherapie unumgänglich.*
- *Damit die von der sozialen Krankenversicherung getragenen Leistungen indiziert, angemessen und kosteneffizient erbracht werden, bedarf es weitergehender Anreize oder Regelungen, die sicherstellen, dass psychische Störungen frühzeitig erkannt, richtig diagnostiziert und einer angemessenen Behandlung zugeführt werden.*
- *Die Kompetenz zur Diagnostik psychischer Störungen, zu psychosomatischer und psychosozialer Beratung sowie zur Indikationsstellung für eine Psychotherapie ist in der Weiter- und Fortbildung von Ärzten zu fördern.*
- *Zur Vermeidung von zukünftigen Versorgungsengpässen im Bereich der Psychotherapie muss die gesetzliche Regelung der psychologischen Psychotherapie zügig vorangetrieben werden.*

SYNTHÈSE

Comparaison internationale

Il ressort de la comparaison internationale – notamment entre la Suisse et sept pays européens (Allemagne, Autriche, France, Grande-Bretagne, Hollande, Italie et Suède) - que les grandes disparités en matière de systèmes de santé influent sur le développement et la pratique de la psychothérapie. Les Etats qui ne disposent pas encore de dispositions légales concernant l'exercice de la psychothérapie y travaillent ; c'est aussi le cas de la Suisse.

Dans les pays où il existe de telles dispositions, l'on observe des différences régionales considérables au niveau de leur application. Les disparités sont particulièrement grandes en matière de remboursement de la psychothérapie par l'assurance-maladie sociale ou privée. Différentes voies sont empruntées pour se perfectionner ou acquérir les aptitudes nécessaires au travail de psychothérapeute en cabinet. Dans certains pays, la réglementation pour la formation de base exige des études de médecine ou de psychologie, tandis qu'elle est plus souple dans d'autres pays. Un examen plus approfondi fait ressortir des exigences très similaires en matière de perfectionnement en psychothérapie ; mais seules l'Allemagne et la Hollande disposent de « systèmes de contrôle » élaborés. Le manque important de transparence dans les pays de référence, faute de données chiffrées suffisantes, rend particulièrement délicate une évaluation concluante de l'augmentation du volume des prestations et des coûts, que la prise en charge de la psychothérapie par l'assurance-maladie sociale laisse présumer.

Statu quo en Suisse

Une plus grande transparence dans le domaine de la psychothérapie s'avère également indispensable en Suisse. Notamment les institutions chargées de la formation des psychothérapeutes et les associations professionnelles aspirent actuellement à cette transparence. Une enquête empirique a été menée en 2001 auprès d'une grande partie des thérapeutes en Suisse qui ont été interrogés sur leur formation, leur manière de travailler et les patients en traitement chez eux. Les résultats ont révélé des interdépendances importantes des différentes méthodes thérapeutiques, que ce soit dans la formation des thérapeutes ou dans l'application des méthodes en thérapie. La grande majorité des thérapeutes ont suivi des cours de perfectionnement ou de formation continue sur diverses méthodes qu'ils intègrent également dans leur travail. La forte imbrication des méthodes remet en question le bien-fondé d'une intégration de la psychothérapie dans l'assurance-maladie basée sur la re-

connaissance des méthodes. Une distinction stricte entre procédés thérapeutiques reconnus et non reconnus n'est, dans la réalité, guère possible lorsque les thérapeutes ont à leur effectif plusieurs méthodes. Il semble dès lors plus prometteur de suivre la voie prévue dans la loi sur les professions de la psychologie, à savoir remplacer la reconnaissance des méthodes par l'accréditation du perfectionnement psychothérapeutique.

A l'heure actuelle en Suisse, c'est aux méthodes analytiques que les psychothérapeutes ont recours le plus largement (appliquées dans environ la moitié de l'ensemble des heures de thérapie), suivies par la psychothérapie humaniste et la psychothérapie corporelle. Les thérapies systémique et comportementale ne jouent actuellement dans notre pays qu'un rôle négligeable. Cela provient notamment du fait qu'elles sont moins utilisées comme méthode principale que comme méthode complémentaire.

Coûts de la psychothérapie en Suisse

Les troubles psychiques sont largement répandus au sein de la population. Tous ne peuvent toutefois pas être qualifiés de maladie ni ne nécessitent un traitement psychiatrique ou psychothérapeutique. L'on estime à 2 à 5 % la proportion de personnes pour lesquelles une thérapie s'avère nécessaire et qui sont disposées, dans le meilleur des cas, à suivre une psychothérapie. En 2000, environ 150'000 personnes en Suisse ont eu recours à globalement près de 4,5 millions d'heures de psychothérapie. 65 % d'entre elles ont été traitées par un médecin. Les coûts se sont élevés à 579 millions de francs suisses en tout, dont 396 millions ont été pris en charge par l'assurance-maladie de base.

L'intégration des thérapeutes non médecins dans le système actuel de sécurité social entraînerait des dépenses supplémentaires immédiates pour l'assurance de base à hauteur de 80 à 100 millions de francs suisses. Ces dix prochaines années, le nombre de patients qui commenceront une psychothérapie passera (selon les scénarios) de 146'000 à 218'200 maximum, ce qui conduira à une hausse des coûts pour l'assurance de base de 495 millions actuellement à 864 millions de francs maximum.

L'utilité économique de la psychothérapie

A ces frais supplémentaires correspondent des possibilités d'économies dans plusieurs domaines d'indication thérapeutique où une psychothérapie bien appliquée permettrait d'économiser dans le secteur médico-somatique. Il est possible de calculer approximativement

ces économies pour certains domaines d'indication tels que la préparation à une opération, l'abus d'alcool, les troubles de l'anxiété, les troubles psychosomatiques, la schizophrénie et la dépression. Sur la base d'une estimation du nombre de cas nécessitant un traitement et qui sont motivés à entreprendre une thérapie, l'usage adéquat de la psychothérapie permettrait d'économiser deux bons milliards de francs dans le secteur médico-somatique, dont 1800 millions utilisés dans le domaine hospitalier et 250 millions pour les traitements médicaux ambulatoires. Les coûts liés aux psychothérapies requises se montent à environ 960 millions de francs suisses, ce qui représente une économie nette de l'ordre d'environ un milliard de francs.

La loi sur les professions de la psychologie

Hormis la nouvelle réglementation du droit des assurances sociales dans le domaine de la psychothérapie, la réglementation de la formation de base, de la formation postgrade et de la formation continue des professions de la psychologie figure également à l'agenda de la politique de la santé en Suisse. Le mandat législatif, qui s'appuie sur un arrêté du Conseil fédéral de 1998 et deux motions, est entre les mains de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Les travaux relatifs à la loi sur les professions de la psychologie (LPsy) ont débuté en 2001. Deux groupes de travail ont élaboré des thèses sur la nouvelle loi fédérale qu'ils ont adoptées en avril 2002. Ces thèses, ainsi que diverses réactions recueillies à une séance d'informations et l'accord de principe du Département fédéral de l'Intérieur ont permis de concevoir un premier avant-projet de la LPsy en été 2002. La mise en consultation de l'avant-projet est prévue pour 2003. Selon les résultats qui en ressortiront, l'OFSP concrétisera le projet de loi et le soumettra au Parlement.

Conclusions

Il est important, au moment d'établir les dispositions légales en matière de la psychothérapie pris en charge par des non-médecins indépendants, de tenir compte entre autres des éléments suivants qui se dégagent des études mentionnées dans ce document :

- La comparaison internationale fait apparaître une grande hétérogénéité et l'absence de consensus au niveau de la réglementation de la psychothérapie et de son intégration dans les différents systèmes d'assurances-maladie sociales.
- Le statu quo dans le domaine de la psychothérapie en Suisse se caractérise par une grande diversité de méthodes enseignées aux thérapeutes en formation, d'une part, et par une forte imbrication de ces méthodes au moment de leur application, d'autre part.
- L'intégration de la psychothérapie psychologique dans les prestations de l'assurance-maladie sociale en Suisse favoriserait une prise en charge médicale et psychothérapeutique des assurés plus adéquate et moins coûteuse. Il faudrait certes compter, du moins à court terme, avec une hausse des coûts.
- Le rapport coûts / bénéfices mérite qu'on s'y arrête : on s'attend d'une part à des coûts supplémentaires – ils résulteraient de l'intégration des prestations psychothérapeutiques dans l'assurance-maladie obligatoire. Mais d'autre part, d'importantes économies se dessinent dans le secteur des prestations médico-somatiques.
- Les modalités d'une formation (initiale, postgrade et continue) de qualité doivent tout d'abord être fixées dans la loi. Après quoi il sera possible d'intégrer le domaine de la psychothérapie dans le droit des assurances sociales.

A partir de là, on peut formuler neuf hypothèses de travail, qui, selon le point de vue des auteurs des études mériteraient d'être examinées, la nouvelle réglementation du domaine de la psychothérapie étant toujours en suspens.

HYPOTHESES DE TRAVAIL CONCERNANT LES DISPOSITIONS LÉGALES EN SUSPENS EN MATIÈRE DE PSYCHOTHÉRAPIE

- *L'admission des prestations de psychothérapie pratiquée par des thérapeutes non-médecins indépendants dans l'assurance-maladie de base permettrait de créer les conditions propres à offrir aux assurés des soins médicaux et psychothérapeutiques mieux adaptés et plus efficaces.*
- *La prise en charge des prestations d'ordre psychothérapeutique doit s'accompagner d'une démarche globale d'assurance qualité.*
- *Outre des compétences professionnelles, les psychothérapeutes doivent faire preuve d'aptitudes personnelles pour exercer cette profession. Il y a lieu d'intégrer des examens déterminant ces capacités dans les cours de perfectionnement.*
- *L'efficacité, l'adéquation et la rentabilité des méthodes enseignées doivent être prouvées avant que les institutions de perfectionnement ne soient accréditées.*
- *Le système du deuxième avis médical est préférable au système du «gate keeper» en matière de prise en charge des prestations psychothérapeutiques. Les psychothérapeutes ayant suivi une formation de base et des cours de perfectionnement conformes à la loi pourraient ainsi être mis sur un pied d'égalité, concernant leurs diagnostics et leurs indications thérapeutiques, avec les médecins.*
- *Afin de se représenter quelle forme pourrait revêtir une structure de soins avantageux et adaptés aux besoins de la population suisse, il faut impérativement réaliser des études à vaste échelle incluant les prestations de psychothérapie médicale et de psychothérapie pratiquée par des thérapeutes non-médecins indépendants.*
- *Afin que les prestations supportées par l'assurance-maladie sociale soient indiquées, adéquates et peu coûteuses, des incitations ou des réglementations permettant de garantir que les troubles psychiques sont décelés en temps voulu, diagnostiqués correctement et traités de façon appropriée s'avèrent nécessaires.*
- *Il convient d'encourager, dans le cadre de la formation de base et des cours de perfectionnement des médecins, le développement de leurs compétences à diagnostiquer des troubles psychiques, à donner des conseils pour des problèmes psychosomatiques ou psychosociaux et à déterminer les cas où une psychothérapie est indiquée.*
- *Il est indispensable de mettre rapidement en place les dispositions législatives concernant la psychothérapie pratiquée par des thérapeutes non-médecins indépendants si l'on veut éviter une pénurie de soins psychothérapeutiques à l'avenir.*

RIEPILOGO

Raffronto internazionale

Dal raffronto internazionale, segnatamente tra la Svizzera e sette Paesi europei (Germania, Francia, Gran Bretagna, Italia, Paesi Bassi, Austria e Svezia), risulta che le grandi differenze fra i sistemi sanitari influiscono sullo sviluppo e sull'esercizio della psicoterapia. Laddove non esiste ancora una normativa per l'esercizio della psicoterapia, si sta lavorando per cercare di colmare questa lacuna e anche la Svizzera sta seguendo tale orientamento.

Nei Paesi in cui esistono normative, si osservano differenze regionali notevoli per quanto riguarda la loro applicazione. Queste differenze riguardano in particolare il rimborso della psicoterapia da parte dell'assicurazione malattie sociale e privata. Per quanto riguarda il perfezionamento e l'abilitazione al libero esercizio dell'attività di psicoterapeuta, le strade improntate sono diverse. In alcuni Paesi si richiedono, quale formazione di base, degli studi in medicina o in psicologia. In altri Paesi, invece, la normativa concernente la formazione di base è più aperta. A un esame più attento, ci si accorge tuttavia che i requisiti richiesti per il perfezionamento in psicoterapia sono molto simili fra loro; solo la Germania e i Paesi Bassi dispongono però di "sistemi di controllo" collaudati. A causa della considerevole mancanza di trasparenza nei Paesi di riferimento, dovuta a materiale quantitativo insufficiente, è difficile valutare in modo probante di quanto aumenteranno il volume delle prestazioni e i relativi costi se la psicoterapia venisse integrata nell'assicurazione malattie sociale.

Status quo in Svizzera

L'esigenza di una maggiore trasparenza nel settore della psicoterapia è necessaria anche in Svizzera. Per conseguirla si sono adoperati anche gli istituti di formazione in psicoterapia e le associazioni di categoria. Nel 2001 è stata condotta un'inchiesta empirica che ha coinvolto un gran numero di terapeuti attivi in Svizzera. L'inchiesta prevedeva domande sulla formazione, sul metodo di lavoro dei terapeuti e sui loro pazienti. Quanto ai risultati, colpisce il fitto intreccio tra i diversi metodi terapeutici sia in relazione alla formazione dei terapeuti che all'impiego dei metodi nel processo terapeutico. La grande maggioranza dei terapeuti ha frequentato corsi di perfezionamento o aggiornamento in diversi metodi, integrandoli anche nella loro attività terapeutica. Visto questo fitto intrecciarsi di metodi, un'integrazione della psicoterapia nell'assicurazione malattie basata sul riconoscimento dei metodi va messa in discussione. In realtà, se il terapeuta è stato formato su diversi metodi, è praticamente impossibile fare una distinzione netta tra procedimenti

terapeutici riconosciuti e procedimenti terapeutici non riconosciuti. Pertanto, sembra più opportuno seguire quanto previsto della legge sulle professioni nell'ambito della psicologia, ovvero sostituire il riconoscimento dei metodi con l'accREDITAMENTO del perfezionamento psicoterapeutico.

Attualmente in Svizzera i procedimenti ai quali ricorrono maggiormente gli psicoterapeuti sono quelli analitici (applicati in circa la metà delle ore di psicoterapia praticate), seguiti dai procedimenti umanistici e da quelli psicofisici. Nel nostro Paese, i procedimenti sistemici e quelli di terapia comportamentale svolgono ancora un ruolo secondario e questo va ricondotto al fatto che esse sono utilizzate come metodo complementare accanto ad un metodo principale.

Costi della psicoterapia in Svizzera

I disturbi psichici sono molto diffusi fra la popolazione. Non tutti, però, hanno valenza di malattia o richiedono cure psichiatriche o psicoterapeutiche. La percentuale di soggetti che necessitano di una terapia e che sono disposti, nella migliore delle ipotesi, a sottoporsi a cure psicoterapeutiche potrebbe variare tra il 2 e il 5 per cento della popolazione. Nel 2000, in Svizzera, 150'000 persone circa hanno fatto ricorso alla psicoterapia per un totale di 4,5 milioni di ore. Il 65% di queste persone sono state curate da medici per una spesa complessiva di 579 milioni di franchi, di cui 396 milioni a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria.

L'integrazione degli psicoterapeuti non medici nell'attuale sistema delle assicurazioni sociali comporterebbe per l'assicurazione malattie obbligatoria un aumento immediato delle spese per un importo tra gli 80 e i 100 milioni di franchi. Nei 10 anni successivi – a seconda dello scenario – il numero di pazienti che ogni anno inizia una psicoterapia passerebbe da 146'000 a un massimo di 218'200, aumentando i costi per l'assicurazione malattie obbligatoria da 495 milioni a un massimo di 864 milioni di franchi.

Utilità economica della psicoterapia

All'aumento delle spese si contrappongono possibilità di risparmio. Un adeguato impiego della psicoterapia permetterebbe di effettuare dei risparmi nel settore delle cure medico-somatiche. In ambiti d'indicazione terapeutica quali la preparazione operatoria, l'abuso di alcool, i disturbi d'ansia, i disturbi psicosomatici, la schizofrenia e la depressione, è possibile determinare in modo approssimativo l'ammontare di questi risparmi. In base a una stima del numero di casi che necessitano di

un trattamento e che sono motivati a seguire una terapia, un impiego adeguato della psicoterapia in Svizzera permetterebbe di risparmiare ben due miliardi di franchi nel settore medico-somatico, di cui 1800 milioni circa nell'ambito delle cure ospedaliere e 250 milioni in quello delle cure mediche ambulatoriali. I costi legati alla psicoterapia necessaria a tale scopo ammontano a 960 milioni di franchi circa, giungendo così ad un risparmio netto di un miliardo di franchi circa.

Legge sulle professioni nell'ambito della psicologia

Oltre alla nuova regolamentazione del diritto delle assicurazioni sociali nell'ambito della psicoterapia, nell'agenda della politica sanitaria svizzera vi è anche la regolamentazione della formazione, del perfezionamento e dell'aggiornamento per le professioni nell'ambito della psicologia. Il mandato legislativo, che si fonda su un decreto del Consiglio federale del 1998 e sue due mozioni, è stato affidato all'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP). I lavori relativi alla legge sulle professioni nell'ambito della psicologia sono iniziati nel 2001. Due gruppi di lavoro hanno elaborato delle tesi sulla nuova legge federale che sono state approvate nell'aprile 2002. Sulla base di queste tesi, di diversi riscontri facenti seguito a un incontro informativo e del consenso di massima del Dipartimento federale dell'interno, nell'estate 2002 è stato elaborato un primo avamprogetto della legge in questione. La procedura di consultazione sull'avamprogetto è prevista per il 2003. In base ai risultati che ne scaturiranno, l'UFSP concretizzerà il progetto di legge e lo presenterà al Parlamento.

Conclusione

Dai presenti studi sono emersi alcuni punti importanti per la legge in materia di psicoterapia psicologica. Questi punti sono i seguenti:

- Dal raffronto internazionale si può constatare che vi è una grande eterogeneità e che manca un consenso per quanto concerne la regolamentazione della psicoterapia nei diversi Paesi o la sua integrazione nei diversi sistemi di assicurazione malattie sociale.
- In Svizzera, lo status quo nel settore della psicoterapia è caratterizzato da una grande varietà dei metodi insegnati ai terapeuti in formazione e da un fitto intreccio nella loro applicazione.
- Con l'integrazione della psicoterapia psicologica nell'assicurazione malattie sociale svizzera si può mirare a offrire agli assicurati cure mediche e psicoterapeutiche più adeguate e più efficaci dal punto di vista dei costi. Tuttavia, almeno a breve termine, si dovrà fare i conti con un aumento dei costi.
- Ai previsti costi supplementari che potrebbero derivare dall'integrazione delle prestazioni psicoterapeutiche nell'assicurazione malattie si contrappongono possibilità di risparmio considerevoli nel settore delle prestazioni medico-somatiche.
- In Svizzera, prima di integrare il settore della psicoterapia nel diritto delle assicurazioni sociali, si dovrebbe disciplinare a livello di legge la garanzia della qualità per quanto riguarda la formazione, il perfezionamento e l'aggiornamento per le professioni nell'ambito della psicologia.

Sulla base di quanto detto si possono formulare nove ipotesi di lavoro che, secondo gli autori, meriterebbero di essere esaminate nel quadro della futura legge in materia di psicoterapia.

IPOTESI DI LAVORO INERENTI LA FUTURA LEGGE IN MATERIA DI PSICOTERAPIA PSICOLOGICA

- *Al fine di creare le condizioni necessarie per offrire agli assicurati cure mediche e psicoterapeutiche più adeguate e più efficaci, le prestazioni della psicoterapia psicologica dovrebbero essere inserite nell'assicurazione malattie obbligatoria.*
- *L'integrazione delle prestazioni psicoterapeutiche nell'assicurazione malattie sociale deve essere affiancata da una procedura completa di garanzia della qualità.*
- *Oltre alla competenza tecnica, gli psicoterapeuti devono avere un'attitudine personale all'esercizio della professione. Accertamenti in proposito devono essere integrati in corsi di perfezionamento.*
- *Per poter accreditare gli istituti di perfezionamento si deve dimostrare che i metodi insegnati sono efficaci, appropriati ed economici.*
- *Per l'assunzione delle prestazioni psicoterapeutiche da parte dell'assicurazione malattie sociale, il "Second Opinion System" è da preferire al "Gate Keeper System". Così, gli psicoterapeuti con formazione e perfezionamento conformi potrebbero essere equiparati ai medici per quanto concerne le diagnosi e le indicazioni.*
- *Per meglio comprendere come dovrebbe essere strutturata un'assistenza efficiente sotto il profilo dei costi ed adeguata ai bisogni della popolazione svizzera, è indispensabile eseguire ulteriori indagini su vasta scala che includano anche le prestazioni della psicoterapia medica e psicologica.*
- *Affinché le prestazioni assunte dall'assicurazione malattie sociale siano indicate, adeguate ed efficaci sotto il profilo dei costi, occorrono maggiori incentivi o regolamentazioni in grado di garantire che i disturbi psichici vengano riconosciuti in tempo, diagnosticati correttamente e curati in modo adeguato.*
- *Durante i corsi di perfezionamento e di aggiornamento dei medici si deve favorire lo sviluppo delle competenze per diagnosticare disturbi psichici, fornire consulenza in caso di problemi psicosomatici o psicosociali e determinare quando una psicoterapia è indicata.*
- *Per evitare che in futuro vi sia una penuria nell'ambito delle cure psicoterapeutiche, si deve accelerare la procedura riguardo la legge in materia di psicoterapia psicologica*

SUMMARY

An international comparison

From an international point of view the development and practice of psychotherapy are characterised by considerable differences in health-care systems. This is clearly shown by a comparison of Switzerland with seven other European countries – Austria, France, Germany, Italy, the Netherlands, Sweden and the UK. In countries where no regulations exist with regard to the practice of psychotherapy this issue is being addressed, as it is in Switzerland.

Where regulations exist there are marked regional differences in how they are implemented. Major differences exist in particular concerning the reimbursement of psychotherapy through compulsory and complementary health insurance. As far as concerns further training and diplomas for the independent practice of psychotherapy, various countries have chosen an individual policy. In some countries a degree in medicine or psychology is required as a basic training while in others the regulations concerning basic training are more flexible. A more detailed investigation reveals considerable similarities in the requirements concerning further training in psychotherapy, Germany and the Netherlands being the only countries where a fully developed monitoring system is in place, however. The lack of transparency due to the almost total inexistence of figures for the countries included in the comparison makes it difficult to estimate with any accuracy the increase in volume of services and costs which would result from including psychotherapy in compulsory health insurance cover.

The current situation in Switzerland

In Switzerland too, more transparency is needed in relation to the field of psychotherapy, and various organisations including institutions which offer training in psychotherapy and professional associations were calling for clarification. In 2001 an empirical survey was carried out among a large proportion of therapists working in Switzerland and included questions about training and professional activities as well as the patients treated. The results of the survey reveal a broad range of different types of therapy as regards both the training of therapists and the treatment given. A large majority of the therapists have had further and continual training in several techniques and include them in their therapy. In view of this broad use of multiple methods, the possibility of including psychotherapy under the health insurance scheme on the basis of recognition of the methods may be questioned. From a realistic point of view, it would

hardly be possible to make a clear distinction between therapeutic services involving recognised and non-recognised methods in the case of therapists who are trained in several techniques.

A more promising approach is therefore to recognise different methods on the basis of the accreditation ranking for further training in psychotherapy, as proposed in the law on psychology.

At present in Switzerland, analytical methods which are used in around half of the total number of hours of therapy are the most common, followed by humanist methods and physical psychotherapy. Systematic and behavioural therapy is still quite rare in Switzerland, which can be explained among other things by the fact that they are used not as principal methods of treatment but rather as secondary methods.

The cost of psychotherapy in Switzerland

Psychological problems are quite common throughout society. Not all are mental disorders, however, or require psychiatric treatment or psychotherapy. The proportion of those who need treatment and are willing to undergo psychotherapy is assumed to be between 2 and 5% of the population. In 2000 some 150,000 people in Switzerland underwent around 4.5 million hours of psychotherapy, 65% of those people being treated by medically qualified practitioners. The total cost of this treatment was Sfr. 579 million, of which Sfr. 396 million was paid for by compulsory health insurance

If treatment by non-medical psychotherapists were included in present-day compulsory health insurance, the immediate rise in costs in relation to basic insurance would amount to between Sfr. 80 and 100 million. Over the subsequent 10 years the number of patients per year who start psychotherapy would rise from 146,000 to a maximum of 218,200, depending on the scenario, leading to a rise in the cost of basic insurance from Sfr. 495 million to a maximum of Sfr. 864 million.

The economic benefit of psychotherapy

The rise in cost is offset by savings in various other areas since, if psychotherapy is used appropriately, utilisation and costs of medical care can be reduced. Such savings can be roughly estimated in the areas of psychological care before operations, alcohol abuse, anxiety disorders, somatoform disorders, schizophrenia and depression. In Switzerland, on the basis of an estimation of the number of cases where therapy is needed and sought, a good Sfr. 2 billion could be saved in the cost of medical treat-

ment through the appropriate use of psychotherapy. This figure includes some Sfr. 1,800 million for hospital costs and Sfr. 250 million for out-patient treatment. The cost of the corresponding psychotherapy would amount to around Sfr. 960 million, giving a net saving of around one billion francs.

The law on professions in the field of psychology

Apart from the new regulations on psychotherapy and compulsory health insurance, the Swiss health policy agenda also includes regulations concerning basic, further and continual training in professions within the field of psychology. The legislative task in this respect is the responsibility of the Federal Office of Health (FOH) and is based on a decision taken by the Federal Council in 1998, as well as two motions. Work on drawing up the law on professions in the field of psychology was started in 2001. Two working groups have drawn up proposals for a new federal law, which they presented in April 2002. On the basis of these proposals, various reactions from an information meeting and the preliminary approval of the Federal Department for Home Affairs, a first draft of the new law was drawn up in summer 2002. This initial draft is due to be circulated for consultation in 2003. On the basis of the results of the consultation process the FOH will review the proposed law and present a final draft to parliament.

Conclusion

Among other things, the following points, which have emerged from the present studies, are important in relation to the legal regulation of psychological psychotherapy:

- from an international point of view, there is a high degree of heterogeneity and no recognisable consensus concerning regulations on psychotherapy in the various countries studied and the inclusion of such regulations in compulsory health insurance;
- the current situation in Switzerland with regard to psychotherapy is characterised by a great variety of therapeutic methods included in the training of psychotherapists as well as a marked variety of methods used;
- including psychological psychotherapy in the health care benefits covered by compulsory health insurance in Switzerland would help to provide more appropriate and cost-effective medical and psychotherapeutic care for those insured. It should be mentioned, however, that costs would rise, at least in the short term;
- the additional costs which can be expected if psychotherapeutic services are included in health insurance cover would be offset by a considerable potential for reducing costs in the field of medical services;
- before new regulations are adopted concerning health insurance cover for psychotherapeutic treatment, new legislation should be put in place with regard to quality assurance for basic, further and continual training in professions in the field of psychology.

Taking the above into account, nine working hypotheses can be put forward which, in the authors' opinion, should be examined in connection with the planned new regulations concerning the field of psychotherapy.

WORKING HYPOTHESES IN CONNECTION WITH THE PLANNED NEW LEGISLATION CONCERNING PSYCHOLOGICAL PSYCHOTHERAPY

- *In order to establish the prerequisites for more appropriate and cost-effective medical and psychotherapeutic care for those insured the services provided in the field of psychological psychotherapy should be included in the basic health insurance package.*
- *The inclusion of psychotherapeutic treatment in compulsory health insurance should be combined with a comprehensive quality assurance system.*
- *Psychotherapists should show personal suitability for practising their profession, apart from formal competence. The corresponding clarification process should be included in their further training.*
- *Proof of the efficacy, suitability and cost-effectiveness of the methods taught should be a prerequisite for accreditation of institutions of further training.*
- *A "second-opinion" system is preferable to a "gate-keeper" system for the inclusion of psychotherapeutic treatment in compulsory health insurance. Psychotherapists who have completed the required basic and further training courses could then be put on an equal footing with doctors with regard to diagnoses and indications.*
- *Further, broad-based investigations also covering the provision of medical and psychological psychotherapy are essential in order to gain a better idea of how health care can be provided for the Swiss population in an appropriate and cost-effective way.*
- *Further incentives or regulations are needed which ensure that psychological disorders are recognised early on and are correctly diagnosed and appropriately treated in order that the services provided under health care insurance are necessary, appropriate and cost-effective.*
- *Further and continual training for doctors should place more emphasis on diagnosing psychological disorders, providing psychosomatic and psycho-social advice and identifying the need for psychotherapy.*
- *Rapid progress should be made with regard to legislation concerning psychological psychotherapy in order to avoid a break down in the provision of psychotherapeutic services in the future.*

INHALTSVERZEICHNIS

KAPITEL 1

INTERNATIONALE REGELUNG DER PSYCHOTHERAPIE DEUTSCHLAND, FRANKREICH, GROSSBRITANNIEN, ITALIEN, NIEDERLANDE, ÖSTERREICH UND SCHWEDEN IM VERGLEICH MIT DER SCHWEIZ	1
--	---

KAPITEL 2

STATUS QUO IM PSYCHOTHERAPIEBEREICH DER SCHWEIZ RESULTATE DER ERHEBUNG «BASISDOKUMENTATION» DER SCHWEIZER CHARTA FÜR PSYCHOTHERAPIE	17
---	----

KAPITEL 3

KOSTEN DER PSYCHOTHERAPIE IN DER SCHWEIZ UND SZENARIEN ZUR KOSTENENTWICKLUNG	43
---	----

KAPITEL 4

DER VOLKSWIRTSCHAFTLICHE NUTZEN DER PSYCHOTHERAPIE	51
---	----

KAPITEL 5

STAND DER ARBEITEN ZUM PSYCHOLOGIEBERUFEGESETZ	71
---	----

KAPITEL 6

ARBEITSHYPOTHESEN ZUR ANSTEHENDEN REGELUNG DER PSYCHOLOGISCHEN PSYCHOTHERAPIE	77
--	----

1

Guido Mattanza

INTERNATIONALE REGELUNG DER PSYCHOTHERAPIE

**Deutschland, Frankreich, Grossbritannien,
Italien, Niederlande, Österreich und Schweden
im Vergleich mit der Schweiz**

Die Studie wurde erstellt im Auftrag des
Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV)

VORBEMERKUNGEN

Für die seinerzeit geplante Einführung einer Verordnung „Psychotherapie in der Krankenversicherung“ wurden verschiedene Abklärungen vorgenommen. Die Regelung der Psychotherapie in der Krankenversicherung und die Auswirkungen der Regelung hinsichtlich Mengenausweitung und Kostensteigerung in den Ländern Deutschland, Frankreich, Grossbritannien, Italien, Niederlande, Österreich, und Schweden soll erfasst werden. Es sei vorweggenommen, dass die grosse Unterschiedlichkeit der Versorgungssysteme und Regelungen der Psychotherapie in der Krankenversicherung Vergleiche in einfachen und übersichtlichen Tabellen verunmöglicht. Wenig sinnvoll und kontrovers diskutiert ist auch der einfache Vergleich von Honoraransätzen in den verschiedenen Ländern. Die vorliegende Aufstellung folgt dem Fragenkatalog, den F. Britt, Vizedirektor des Bundesamtes für Sozialversicherungen den interessierten Verbänden mit der Bitte zur Beantwortung unterbreitet hat. Die Umfrage wurde kaum beachtet und bis zum festgesetzten Termin nur fragmentarisch beantwortet, so dass eigene Recherchen erforderlich wurden. (Arbeitsteam: Federführung Dr. med. G. Mattanza, Mitarbeit von Frau Dr. med. W. Schmied und M. Sc. D. Gyurina. Unterstützung durch Dr. phil. P. Schulthess, Vizepräsident der Schweizer Charta für Psychotherapie). Die Übersicht stützt sich auf allgemein zugängliche, allerdings oft mangelhafte Quellen, sowie direkte Kontakte mit verschiedenen Stellen. Dargestellt ist die Situation im November/Dezember 2001. Aufgeführte Quellen liegen vor.

ZUSAMMENFASSUNG

Die grossen Unterschiede in den Systemen der Gesundheitsversorgung der Vergleichsländer Deutschland, Frankreich, Grossbritannien, Italien, Niederlande, Österreich und Schweden prägen die Entwicklung und Ausübung der Psychotherapie sowie ihre Stellung in der Behandlung psychischer Störungen zulasten der sozialen Krankenversicherung.

Die Erstellung einer einfachen Vergleichstabelle ist nicht möglich. Frankreich und Grossbritannien, also zwei der verglichenen sieben Länder, haben noch keine gesetzliche Regelung. In beiden Ländern liegen aber parlamentarische Vorstösse vor und es wird an einer gesetzlichen Regelung gearbeitet. In den übrigen Ländern fallen markante regionale Unterschiede bezüglich Umsetzung der Regelung auf. Namentlich die Vergütung der Psychotherapie durch die soziale und private Krankenversicherung weist regionale Unterschiede auf. Bezüglich Weiterbildung und Befähigung zur psychotherapeutischen Tätigkeit in der freien Praxis werden unterschiedliche Wege beschritten. Deutschland, Italien und die Niederlande verlangen als Grundausbildung ein Medizinstudium oder das Studium der Psychologie. In Österreich und Schweden ist die Regelung bezüglich Grundausbildung offener. Bei einer genaueren Prüfung lässt sich eine grosse Ähnlichkeit der Anforderungen an die Weiterbildung in Psychotherapie feststellen. Über ausgereifte „Kontrollsysteme“ verfügen nur Deutschland und die Niederlande. Fehlendes Datenmaterial erschwert eine Abschätzung der Mengenausweitung und Kostensteigerung, welche sich durch eine Regelung der Psychotherapie in der sozialen Krankenversicherung ergeben könnte.

Als Fazit bezüglich einer Regelung der Psychotherapie in der sozialen Krankenversicherung in der Schweiz muss gesagt werden, dass ein Monitoring der Auswirkungen mit Korrekturmöglichkeiten sinnvoll wäre.

I. REGELUNG, ANGABEN ÜBER THERAPEUTEN

CH Nur die ärztliche Psychotherapie ist gesetzlich geregelt. Massgebend für die Weiterbildung nichtärztlicher Psychotherapeuten* sind die Richtlinien der Schweizer Charta für Psychotherapie bzw. der FSP. Verlangt wird ein Hochschulstudium bzw. ein Psychologiestudium als Grundausbildung. Die beiden Richtlinien sind vergleichbar. Die Weiterbildungsordnung der FMH für den Facharztstitel in Psychiatrie und Psychotherapie sieht eine 6jährige Weiterbildung für beide Fachgebiete zusammen vor. Bezüglich der Psychotherapieweiterbildung allein ist eine geringere Stundenzahl vorgesehen. Etwa 5000 Psychotherapeuten (auf 7 Mio Einwohner) praktizieren 40 verschiedene Methoden. Die delegierte Psychotherapie ist weit verbreitet.

D Die Psychotherapie in der Krankenversicherung ist gesetzlich geregelt. Unterschieden wird bezüglich Aus und Weiterbildung zwischen der psychologischen Psychotherapie und der ärztlichen Psychotherapie. Für letztere sind verschiedene Tätigkeitsbereiche mit unterschiedlichen Weiterbildungswegen definiert.

Die Psychologen müssen nach Abschluss ihrer Weiterbildung eine staatliche Prüfung ablegen und ihre Approbation erhalten. Für die Approbation in psychologischer Psychotherapie wird eine Weiterbildung von 4200 Stunden verlangt. Diese gliedert sich in praktische Tätigkeit in einer zugelassenen klinischen Einrichtung (1200 Stunden mit verschiedenen definierten Aufgaben), theoretische Ausbildung (600 Stunden), praktische Ausbildung (600 Behandlungsstunden unter mindestens 150 genauer umschriebenen Supervisionsstunden) und Selbsterfahrung (mindestens 120 Stunden). Verlangt ist ferner die Vorlage von 6 ausführlichen Fallberichten

Ärzte erlangen mit ihrem Staatsexamen die Approbation, müssen aber nach Gebietsbezeichnung unterschiedliche Facharztprüfungen ablegen. Die ärztliche Psychotherapie gliedert sich in 5 Gruppen. Unterschieden wird zwischen der Psychotherapeutischen Medizin, der Gebietsbezeichnung Psychiatrie und Psychotherapie, der Gebietsbezeichnung Psychotherapie, der Gebietsbezeichnung Psychoanalyse und der Psychosomatischen Grundversorgung. Für jede der 5 Gruppen gibt es einen definierten Weiterbildungsgang (vgl. Musterweiterbildungsordnungen der Bundesärztekammer). Für die

Psychotherapeutische Medizin z. B. dauert die Weiterbildung 5 Jahre und gliedert sich in 1 Jahr Innere Medizin und 1 Jahr Psychiatrie in entsprechenden Kliniken. Es folgen 3 Jahre Psychotherapeutische Medizin, davon min. 2 Jahre in anerkannten Institutionen. 1 Jahr kann in einer Praxis absolviert werden. Für das Fachexamen werden eingehende Kenntnisse in Innerer Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie verlangt. Nachzuweisen sind 240 Stunden Seminare und Kurse in diesen Fachgebieten, 60 Stunden diagnostische Untersuchungen, 1500 dokumentierte Behandlungsstunden und 300 Stunden Supervision. Nachgewiesen sein müssen je nach gewähltem Verfahren selbständig durchgeführte Tiefenpsychologische oder kognitivbehaviourale Psychotherapien in einer Mindestzahl, wovon ein Teil supervidierte Behandlungen im Einzel-, Paar-, Familien- und Gruppensetting sein müssen. Im jeweils anderen Hauptverfahren müssen 50 Doppelstunden an Behandlungen nachgewiesen werden. Erforderlich sind ferner 150 Stunden Einzelselbsterfahrung und 70 Stunden Selbsterfahrung in der Gruppe, 50 Stunden Balintgruppe, Kurse mit je 8 Doppelstunden in 3 Entspannungsverfahren, 10 supervidierte Kriseninterventionen und 20 konsiliarische Untersuchungen. Vorzuweisen sind 5 durchgeführte Begutachtungen.

Am 31.12.1999 waren 9483 psychologische Psychotherapeuten, 1231 Kinder und Jugendpsychotherapeuten und 1372 Ermächtigte Psychotherapeuten erfasst (auf 81 Mio Einwohner), die mit der Krankenversicherung abgerechnet haben. «Ermächtigte Psychotherapeuten» sind Therapeuten, die im Rahmen der Übergangsregelung die Gelegenheit hatten, ihre Weiterbildung zu vervollständigen.

Per Ende 2000 waren rund 10'000 Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie und rund 2000 mit der Zusatzbezeichnung Psychoanalyse niedergelassen. Dazu kommen rund 600 Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Psychiatrie und Psychotherapie, rund 2700 mit der Gebietsbezeichnung Psychotherapeutische Medizin und rund 280 mit der Gebietsbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Neben den aufgeführten, in der Praxis tätigen Ärzten, arbeiten rund 7000 in Institutionen psychotherapeutisch. Mit der gesetzlichen Regelung per 1.1.1999 wurde die delegierte Psychotherapie abgeschafft.

* Zugunsten einer besseren Lesbarkeit wird in diesem Dokument die männliche Sprachform verwendet. Die Gleichheit beider Geschlechter ist selbstverständlich.

F Eine gesetzliche Regelung der Psychotherapie ist in Diskussion. Parlamentarische Vorstösse stehen einem Regierungsvorschlag gegenüber (Oktober 2001). In der Auseinandersetzung engagiert sind mit unterschiedlichen Standpunkten auch die Berufsverbände. In Anlehnung an die European Association for Psychotherapy (EAP) postuliert die Fédération Française de Psychothérapie (FFdP) aufbauend auf ein Bakkalaureat eine 7-jährige Weiterbildung von mindestens 3200 Stunden, die mit einer Approbation abschliesst. Verlangt werden Selbsterfahrung, generelle theoretische humanwissenschaftliche Kenntnisse, spezifische psychotherapeutische Weiterbildung in 12 anerkannten Methoden, Supervision und mindestens eine 2-jährige praktische Tätigkeit. Erst ein relativ kleiner Teil von rund 12'000 (auf 60 Mio Einwohner) Psychotherapeuten (davon 10% Ärzte und 20% Psychologen) sollen in Frankreich dieser Ausbildungsnorm genügen. Rund 6000 Therapeuten sollen ihren Beruf ohne ausreichende Weiterbildung ausüben.

GB Es gibt noch keine gesetzliche Regelung der Psychotherapie. Parlamentarische Vorstösse sind pendent. Der Titel Psychotherapeutin und Psychotherapeut ist nicht geschützt. In rund 80 Berufsverbänden sind ca. 15'000 Mitglieder organisiert (auf 56 Mio Einwohner). Nur rund 5000 Psychotherapeuten sind jedoch individuell registriert. Die Verbände setzen Normen für die Weiterbildung fest. Massgebend ist der Dachverband, das United Kingdom Council for Psychotherapy (UKCP). Vorausgesetzt wird neben der persönlichen Eignung für eine psychotherapeutische Tätigkeit ein Universitätsabschluss, vorzugsweise in Psychologie oder einem verwandten Gebiet. Die Weiterbildung dauert mindestens 4 Jahre. Vorgesehen ist ein propädeutisches Jahr, an das 3 Jahre einer fachspezifischen Ausbildung auf dem Niveau des Mastergrades anschliessen. Für die Supervisions- und Lehrtätigkeit sind Fortbildungen definiert. Für Psychiater und klinische Psychologen wird eine 2-jährige spezifische Weiterbildung in Psychotherapie gefordert.

I Die Psychotherapie ist gesetzlich geregelt. Es wird nicht unterschieden zwischen ärztlicher und nicht-ärztlicher Psychotherapie. Voraussetzung für die Berufsausübung ist neben der persönlichen Eignung ein abgeschlossenes Studium der Medizin oder der Psychologie. Letzteres ist durch ein Jahr Praktikum (tirocinio) in einer universitären oder anerkannten Institution in 2 der 4 Fächer allgemeine Psychologie, klinische Psychologie, Sozialpsychologie oder Entwicklungspsychologie und durch das psychologische Staatsexamen zu ergänzen. Psychotherapeuten müssen entweder eingetragene Mitglieder

der Ärzte oder Psychologenkammer sein, seit mindestens 5 Jahren promoviert haben und beruflich tätig gewesen sein sowie eine mindestens 4jährige psychotherapeutische Weiterbildung in Fachkursen bei anerkannten Ausbildungsinstitutionen belegen können. In Italien erfüllen rund 12'000 Psychotherapeuten diese Vorschriften (auf 57 Mio Einwohner). Daneben gibt es eine unbestimmte Anzahl von Therapeuten, die seit der Einführung des Gesetzes 1994 im Rahmen einer Übergangsregelung ohne konforme Weiterbildung praktizieren.

NL Es gibt seit 5 Jahren eine gesetzliche Regelung der Berufe im Gesundheitswesen. In die Regelung eingeschlossen sind «Psychologen, die im Bereiche der geistigen Gesundheitsfürsorge» tätig sind und Psychotherapeuten. Der Titel des Psychotherapeuten ist geschützt. Es gibt keinen Unterschied zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Psychotherapeuten. Für die Berufsausübung ist gemäss Gesetz der Eintrag in ein Register erforderlich. Voraussetzung dafür ist ein Universitätsabschluss, bevorzugt in Medizin oder Psychologie und eine Weiterbildung von mindestens 4 Jahren. Diese beinhaltet 400 Stunden Theorie, 2400 Stunden praktische Tätigkeit in einer Klinik oder Poliklinik unter Aufsicht erfahrener Kollegen (verlangt wird die Durchführung von Einzel-, Gruppen-, und Familientherapien), 150 Stunden Supervision über insgesamt mindestens 500 Behandlungsstunden durch anerkannte Supervisoren und 50 Stunden Selbsterfahrung. Nach der Weiterbildung müssen Therapeuten in der Lage sein, nach zwei verschiedenen Therapiemethoden zu arbeiten. Gemäss Übergangsregelung wurden Psychiater auch ohne spezifische psychotherapeutische Weiterbildung ins Register aufgenommen. Registriert sind rund 5000 Therapeuten (auf 16 Mio Einwohner). 65% davon sind Psychologen und 20% Ärzte, zumeist Psychiater.

Das niederländische Versicherungssystem bedarf einer Erklärung: Für psychische Störungen ist eine «Volksversicherung» (AWBZ) zuständig. Sie wird mit Steuergeldern finanziert und versichert Risiken, die sonst nicht versicherbar sind. Diese Regelung gilt für die stationäre und ambulante Behandlung psychischer Störungen inklusive Psychotherapie in Institutionen und in der freien Praxis. Die AWBZ setzt die maximalen jährlichen Ausgaben für die Psychotherapie in der freien Praxis fest und macht mit den einzelnen niedergelassenen Therapeuten regional unterschiedliche Verträge über die jährliche Höchstzahl vergüteter Sitzungen pro Patienten. Die Regelung bedeutet faktisch eine Zulassungsbeschränkung für die freie psychotherapeutische Praxis zulasten der AWBZ. Bisher haben die Berufsverbände die Aufgabe gehabt, die Verträge mit den maximalen jährlichen Behandlungsstundenzahlen pro Patienten mit den Therapeuten

auszuhandeln. Ab dem 1.1.2002 werden dies Vertreter der AWBZ machen. Neben der AWBZ gibt es für niedrige und mittlere Einkommen eine obligatorische Krankenversicherung, die aber keine Psychotherapie übernimmt. Private Versicherungen übernehmen teilweise die Psychotherapie. Viele Patienten bezahlen die Behandlung selber, oder bekommen sie von ihren Arbeitgebern bezahlt.

A Die Psychotherapie in der Krankenversicherung ist gesetzlich geregelt. Es wird nicht unterschieden zwischen ärztlicher und nichtärztlicher Psychotherapie. Psychotherapeut ist ein geschützter Titel. Der Zugang zur Weiterbildung ist offen. Aktuell sind 3837 Psychotherapeuten (auf 8 Mio. Einwohner) registriert. Davon sind 20% Ärzte, 40% Psychologen, 10% Sozialarbeiter, 10% Lehrer und 20% Psychotherapeuten mit einer anderen Grundausbildung. Für die Weiterbildung wird gemäss Psychotherapiegesetz unterschieden zwischen einem allgemeinen Teil (psychotherapeutisches Propädeutikum) und einem speziellen Teil (psychotherapeutisches Fachspezifikum). Voraussetzung für das Propädeutikum sind 765 Theoriestunden (Grundlagen der Psychotherapie, Somatologie, und Medizin, Forschungs- und Wissenschaftsmethodik) sowie 550 Stunden praktische Erfahrung (50 Stunden Einzel- und Gruppenselbsterfahrung sowie ein Praktikum im Umgang mit Verhaltensgestörten oder psychisch Kranken in einer Einrichtung des Gesundheits- und Sozialwesens). Voraussetzung für das Fachspezifikum sind 300 im Detail umschriebene Theoriestunden und 1600 Stunden praktische Erfahrung methodenspezifischer Ausrichtung (200 Stunden Selbsterfahrung, 550 Stunden praktische Tätigkeit in einer Institution des Gesundheits- oder Sozialwesens mit 30 Stunden Supervision, 600 Stunden psychotherapeutische Tätigkeit mit Patienten mit 120 Stunden Supervision). Zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie ist berechtigt, wer das Propädeutikum und das Fachspezifikum bestanden hat, das 28. Altersjahr vollendet hat, die gesundheitliche Eignung und Vertrauenswürdigkeit besitzt und auf der Liste der Psychotherapeuten eingetragen ist.

S Die Psychotherapie ist seit 1985 gesetzlich geregelt. Weiterbildungs- und Anerkennungsrichtlinien sind definiert. Es sind 3900 Psychotherapeuten registriert (bei 9 Mio. Einwohnern). Die Weiterbildung ist in zwei Teile gegliedert:

Zum ersten vierjährigen Teil sind Kandidaten mit verschiedenen, auch nichtakademischen Grundausbildungen zugelassen (auch Psychiater und Psychologen müssen diesen ersten Teil absolvieren). Kandidaten

sollen vorgängig 150 Kursstunden in Psychologie oder Sozialwissenschaften absolviert haben. Sie sollen über berufliche Erfahrungen im Bereiche des Gesundheits- oder Sozialwesens verfügen und während ihrer Weiterbildung in diesem Bereich arbeiten. Der erste zweijährige Abschnitt wird in Teilzeit und berufsbegleitend absolviert und umfasst mindestens 240 Theoriestunden (in psychologischen Theorien, in Psychopathologie, Diagnostik, Kenntnis von Psychotherapiemethoden im Allgemeinen mit Vertiefung theoretischer und methodischer Kenntnisse in der gewählten Richtung, in Forschungstheorie und Evaluationsmethodik sowie in ethischen Grundlagen und Kenntnissen über das Gesundheits- und Sozialwesen). Mit mindestens 120 Stunden Supervision behandeln Kandidaten einen Lehrfall. Zudem müssen sie an Selbsterfahrung mindestens 50 Stunden einzeln und 120 Stunden in Gruppen absolviert haben. Sind alle Voraussetzungen erfüllt, werden sie zur Behandlung von Patienten in Vollzeittätigkeit unter regelmässiger Supervision in einer Institution oder in einer psychotherapeutischen Praxis zugelassen. Dieser praktische Abschnitt des ersten Weiterbildungsteils dauert zwei Jahre.

Für die staatliche Anerkennung als Psychotherapeut mit Aufnahme in das entsprechende Verzeichnis ist ein vertiefender zweiter Weiterbildungsteil von drei Jahren Dauer erforderlich. Vorausgesetzt wird der Abschluss des ersten Weiterbildungsteils inklusive klinischer Erfahrung, ein Universitätsstudium von mindestens 3 Jahren Dauer sowie eine ausgedehnte Selbsterfahrung in der gewählten Methode bei anerkannten Therapeuten (125 Stunden für die spätere therapeutische Arbeit im Einzelsetting, 280 Stunden für die Arbeit im Gruppensetting, oder 30 Stunden an Familienrekonstruktion für die Tätigkeit in Familientherapie). Dieser Weiterbildungsteil erfolgt an einer Universität oder in einem anerkannten Weiterbildungsinstitut und gilt als erfüllt, wenn die Kandidaten mindestens zwei Langzeittherapien und eine problemorientierte Kurztherapie durchgeführt und dokumentiert haben. Während dieses Weiterbildungsteils sind minimal weitere 100 Stunden Einzelsupervision oder 200 Stunden Supervision in kleinen Gruppen zu absolvieren, wobei die Supervision auch gemischt werden kann. Vermerkt wird, dass zu wenig Weiterbildungsplätze zur Verfügung stehen, was den Effekt einer Zulassungsbeschränkung hat. Ein dritter berufsbegleitender zweijähriger Weiterbildungsteil ist definiert für die Weiterbildung zur Supervisionstätigkeit.

Die soziale Versicherung vergütet nur die ärztliche Psychotherapie in der freien Praxis, so dass ein grosser Teil der nichtärztlichen Psychotherapeuten in Institutionen arbeitet oder mit Institutionen der Gesundheitsversorgung zusammenarbeitet.

II PRAKTIZIERENDE THERAPEUTEN NACH METHODE

CH Knapp die Hälfte der etwa 5000 in der Schweiz praktizierenden Psychotherapeuten sind Ärzte. Die andere Hälfte besteht zu rund 40 Prozent aus Therapeuten mit abgeschlossenem Hochschulstudium in Psychologie. Bezüglich der verwendeten Methoden gibt es keine statistisch gesicherten Angaben. Allerdings besteht mit der Erhebung «Basisdokumentation» der Schweizer Charta für Psychotherapie eine sehr umfassende, allerdings nicht streng repräsentative Erhebung, auf deren Basis eine recht zuverlässige Schätzung der Methodenverwendung möglich ist.

Grundsätzlich kann gesagt werden, dass mit rund 40 Therapiemethoden in der Schweiz alle wichtigen Richtungen in unterschiedlicher Häufigkeit vertreten sind. Auf der Basis der geleisteten Therapiestunden praktizieren über 40% der Therapeuten tiefenpsychologische Methoden, etwa 30% humanistische oder integrative Methoden, etwa 5% systemische Methoden und etwa 10% körper- und verhaltensorientierte Methoden als Hauptrichtung. Die meisten Therapeuten haben aber Weiter- und Fortbildungen in zwei und mehr Methoden absolviert und passen ihr methodisches Vorgehen der individuellen Situation an. Die Beobachtung des Weiterbildungsangebots zeigt, dass Verschiebungen der Verteilung zu erwarten sind. Der Anteil an Therapeuten in einer integrativen oder verhaltensorientierten Weiterbildung ist in Zunahme begriffen.

D Angaben sind nur für die gemäss Psychotherapierichtlinien anerkannten Methoden möglich. Ärzte müssen mindestens zu 50% psychotherapeutisch arbeiten, damit sie in der Statistik unter der Rubrik Psychotherapie erfasst werden. Die einzelnen Leistungserbringer können zudem die Berechtigung zur Abrechnung mehrerer Verfahren haben. Die Angaben sind deshalb nicht auf 100% addierbar. Mit der Krankenversicherung rechneten am 30.6.2001 rund 3500 Ärzte und 12'085 psychologische Psychotherapeuten ab. Gesondert erfasst wurden zudem die Abrechnungen der Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche. Die erfassten Therapeuten hatten die Berechtigung zur Abrechnung folgender Verfahren:

T.1

Ärzte:

Einzeltherapie:

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie 63%
- Psychoanalytische Therapie 0%
- Tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytische Therapie 36%
- Verhaltenstherapie 19%

Gruppentherapie:

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie 30%
- Psychoanalytische Therapie 10%
- Verhaltenstherapie 4%

Psychologische Psychotherapeuten:

Einzeltherapie:

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie 37%
- Psychoanalytische Therapie 3%
- Tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytische Therapie 14%
- Verhaltenstherapie 52%

Gruppentherapie:

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie 8%
- Psychoanalytische Therapie 4%
- Verhaltenstherapie 10%

Therapeuten für Kinder und Jugendliche:

Einzeltherapie:

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie 29%
- Psychoanalytische Therapie 9%
- Tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytische Therapie 56%
- Verhaltenstherapie 14%

Gruppentherapie:

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie 10%
 - Psychoanalytische Therapie 7%
 - Verhaltenstherapie 2%
-

F Es sind keine offiziellen Angaben erhältlich. Auf Initiative der Fédération Française de Psychothérapie (FFdP) und der Zeitschrift Psychologie hat das Institut national de sondages erhoben, dass etwa 5,2% der französischen Bevölkerung (ca. 3 Mio. Einwohner) sich in Psychotherapie befanden oder eine Psychotherapie abgeschlossen hatten. Bezüglich Psychotherapiemethoden fanden sich die folgenden Angaben (es ist anzunehmen, dass die methodische Orientierung der Therapeuten etwa dieser Verteilung entspricht):

	T.2
• Klassische Psychoanalyse	12%
• Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapiemethoden	18%
• Verhaltenstherapie	20%
• Humanistische Methoden	40%
• Systemische Paar und Familientherapie	10%

GB Da der überwiegende Teil der Therapeuten in grossen Berufsverbänden nicht individuell registriert ist und nicht einer bestimmten Richtung zugeordnet werden kann, sind Angaben über die Verteilung der Therapeuten auf bestimmte Methoden nicht möglich.

I Eine Vielfalt von Methoden, beziehungsweise Weiterbildungsinstitutionen ist anerkannt. Keine verlässlichen Angaben erhältlich (vgl. Kapitel IV).

NL Die rund 5000 Therapeuten teilen sich auf die 4 anerkannten Methoden auf, wobei für den Eintrag in das Register gemäss Gesetz die kompetente Tätigkeit in zwei anerkannten Methoden verlangt wird und viele Therapeuten deshalb 2 vollständige Weiterbildungen absolviert haben. Zahlenangaben sind unsicher:

	T.3
• Verhaltenstherapie	38%
• Klientenzentrierte Psychotherapie (Rogers)	26%
• Systemische Therapie	21%
• Psychoanalyse	15%

A In Österreich wird ein Register über die Psychotherapeuten nach Methoden geführt.

Die in der Tabelle aufgeführten Psychotherapeuten gelten als „eingetragen“ und sind anerkannt.

	T.4
<i>Tiefenpsychologische Methoden</i>	1202
• Psychoanalyse	269
• Gruppenpsychoanalyse	70
• Dynamische Gruppenpsychotherapie	183
• Analytische Psychotherapie	45
• Transaktionsanalyse	72
• Individualtherapie	150
• Psychodrama	188
• Katathymes Bilderleben	225
<i>Körperorientierte Methoden</i>	67
• Autogenes Training	67
<i>Kognitiv-behaviourale Methoden</i>	517
• Verhaltenstherapie	517
<i>Systemische Methoden</i>	859
• Systemische Familientherapie	859
<i>Humanistische Methoden</i>	1192
• Existenzanalyse	5
• Existenzanalyse und Logotherapie	144
• Hypnose	37
• Personenzentrierte Psychotherapie	162
• Klientenzentrierte Psychotherapie	542
• Integrative Gestalttherapie	270
• Gestalttherapie	32

S Keine detaillierten Angaben erhältlich. Rund 80% der Therapeuten praktizieren die anerkannten Methoden (vgl. Kapitel IV). Aktuell haben die meisten Therapeuten eine Weiterbildung in psychodynamisch orientierten Therapiemethoden. Zunehmend wird eine Weiterbildung in kognitiv-behaviouralen Methoden angestrebt. Es gibt keine Aufzeichnungen über Therapeuten, die nicht anerkannte Methoden praktizieren.

III INDIKATIONSSTELLUNG, ZUSAMMENARBEIT

Gate-Keeper System, Indikationsstellung

- CH** Ein GateKeeping besteht nur für HMO's. Eine Art von GateKeeping besteht auch in der delegierten Psychotherapie. In beiden Fällen stellen Ärzte die Indikation zur Psychotherapie. Zur ärztlichen wie zur nichtärztlichen Psychotherapie ist der Zugang für andere Versicherte frei.
- D** Die Feststellung der Leistungspflicht für eine Psychotherapie erfolgt durch die Krankenkasse auf Antrag der Versicherten. Nach 5 (Psychotherapien) oder 8 (Psychoanalysen) probatorischen Sitzungen müssen die Psychotherapeuten vor der Behandlung der Krankenversicherung in einem ausführlichen Bericht die Diagnose mitteilen und die Indikation zur Psychotherapie begründen. Mit zum Bericht gehört die Beschreibung der Art der vorgesehenen Therapie und der Anzahl vorgesehener Behandlungsstunden. Bei Langzeittherapien ist überdies die Angabe der Sitzungsfrequenz erforderlich. Psychologische Psychotherapeuten müssen ihrem Bericht in verschlossenem Umschlag den Bericht eines Konsiliararztes mit dem körperlichen und psychischen Befund beifügen. Der Bericht des Konsiliararztes geht auch separat an die Krankenversicherung. Ein qualifizierter Gutachter entscheidet aufgrund der Unterlagen über die Indikation. Bei Kurztherapien können Therapeuten durch die Krankenversicherung vom Gutachterverfahren befreit werden.
- F** Keine zuverlässigen Angaben. Eine Minderheit von Patienten wird durch Ärzte zur Psychotherapie überwiesen.
- GB** Die meisten Psychotherapeuten arbeiten unabhängig und stellen die Indikation zur Psychotherapie selber. Die meisten privaten Krankenversicherungen verlangen eine psychiatrische Überweisung. Die Überweisung eines Allgemeinpraktikers wird nicht akzeptiert.
- I** Kein eigentliches Gate-Keeper System. Es gibt regionale Unterschiede. Der Zugang zur Psychotherapie ist in staatlichen Einrichtungen im Allgemeinen frei. Manchenorts ist eine ärztliche Zuweisung erforderlich. Am häufigsten erfolgt die Psychotherapie in der freien Praxis. Die Indikation wird durch die Therapeuten gestellt.
- NL** Es gibt kein Gate-Keeper System. Alle Psychotherapeuten sind befugt, eine Indikation zu stellen. Es besteht aber die gesetzliche Pflicht, bei Unsicherheiten bezüglich Diagnose und Indikationsstellung eine Zweitmeinung bei einem Vertreter einer anderen Disziplin einzuholen. In den Niederlanden arbeiten die 3 Dachverbände (Psychiater, Psychologen und Psychotherapeuten) landesweit zusammen.
- A** Kein Gate-Keeper System. Patienten kommen direkt oder auf Überweisung zur Psychotherapie. Therapeuten stellen die Indikation. Für Therapien zulasten der Krankenversicherung wird vor der zweiten Sitzung eine ärztliche Untersuchung verlangt.
- S** Kein Gate-Keeper System. Der Zugang zur Psychotherapie in der privaten Praxis ist frei. Therapeuten stellen die Behandlungsindikation selber. Die meisten anerkannten Psychotherapeuten arbeiten mit regionalen ambulanten psychiatrischen Diensten zusammen. Diese regionalen Dienste verfügen neben Fachkräften verschiedener Ausrichtung oft über eigene Psychotherapeuten. Ein Teammitglied beurteilt jeweils neue Patienten. In der Teambesprechung wird über die Zuweisung zur Psychotherapie entschieden.

Limitierung der Behandlungsstundenzahl

CH Definiert ist lediglich die ärztliche Psychotherapie. Die maximale Behandlungsstundenzahl (3 Jahre 2 Wochenstunden, 3 Jahre 1 Wochenstunde weitere 3 Jahre alle 2 Wochen eine Stunde) ist definiert. Diese Stundenzahl soll nur in Ausnahmefällen überschritten werden. Gemäss KLV Art. 2 und 3 entscheidet nach jeweils 60 Behandlungsstunden der Vertrauensarzt der Krankenversicherung nach Berichterstattung über die Weiterführung der Behandlung. Das gleiche Vorgehen wird für die nichtärztliche oder die delegierte Therapie angewendet.

D Die probatorischen Sitzungen werden immer übernommen. Folgende Limitierungen sind definiert:

T.5

- Kurztherapien (Einzeln oder Gruppen) 15 Sitzungen
- Probetherapien als Teil einer Verhaltenstherapie 15 Sitzungen zu min. 50 Min.; für andere Psychotherapien 25 Sitzungen
- Verhaltenstherapie 45–60 Sitzungen zu min. 50 Min. oder entsprechende Anzahl halbstündiger Sitzungen
- Psychoanalytische Langzeittherapie 160 Sitzungen zu min. 50 Min. (in Sonderfällen bis 240 Sitzungen, Höchstgrenze 300 Sitzungen)
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie 50 Sitzungen zu min. 50 Min. (in Sonderfällen bis 80 Sitzungen)
- Verhaltenstherapie bei Kindern 45 Sitzungen zu min. 50 Min. oder entsprechende Anzahl halbstündiger Sitzungen
- Psychoanalytische Therapie bei Kindern 70 Sitzungen zu min. 50 Min. (in Sonderfällen bis 120 Sitzungen, Höchstgrenze 150 Sitzungen)
- Autogenes Training 12 Sitzungen
- Muskelrelaxation nach Jakobson 12 Sitzungen
- Hypnose 12 Sitzungen

F Keine Limitierungen bekannt.

GB Die Behandlungsstundenzahl ist nicht limitiert. Die durchschnittliche Dauer von Behandlungen im National Health System (NHS) wird mit 8–20 Sitzungen angegeben, wobei Psychotherapie auch im Rahmen des NHS nicht als anerkannte Behandlung gilt. Für das NHS arbeitende Berater haben meistens keine oder eine noch nicht abgeschlossene psychotherapeutische Weiterbildung.

I Keine Limitierungen bekannt.

NL Es gibt für ambulante Behandlungen in der freien Praxis im Rahmen der AWBZ für die einzelnen Therapeuten eine vertraglich festgelegte maximale jährliche Anzahl Stunden pro Fall (aktuell 90). Die Psychotherapeuten bestimmen im Einzelfall über die notwendige Anzahl Sitzungen. Die Mittel der AWBZ für die ambulante Psychotherapie in der freien Praxis insgesamt sind budgetiert, regional aufgeteilt und limitiert.

A Keine gesetzliche Einschränkung der Stundenzahl. Berichterstattung nach jeweils 50–100 Stunden.

S Eine eigentliche Limitierung der Behandlungsstundenzahl gibt es nicht. Therapeuten in der privaten Praxis müssen aber für die Patienten, die sie im Auftrag der regionalen ambulanten Dienste behandeln, Behandlungsziele und Anzahl Behandlungsstunden individuell aushandeln. Richtlinien gibt es dafür nicht.

IV INDIKATIONENKATALOG, LISTE ANERKANNTER METHODEN

CH Ein Indikationenkatalog besteht nicht. In der KLV sind einzelne Methoden als anerkannt aufgeführt. Die Liste ist sehr fragmentarisch und nicht anwendbar. Das vorbereitete Verfahren zur Prüfung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Psychotherapiemethoden wird noch nicht angewendet. Es wird in diesem Verfahren davon ausgegangen, dass Methoden, die diesen Nachweis erbringen, in die KLV aufgenommen werden und von der Krankenversicherung anerkannt werden.

D Im Kommentar zum Psychotherapiegesetz finden sich unter dem Titel „Charakterisierung der Indikationsbereiche“ Angaben. Im Wesentlichen sind die psychoanalytisch begründeten Verfahren bei gut strukturierten Patientinnen mit Störungen aus dem neurotischen Formenkreis angezeigt. Die Indikation für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien ist weniger klar. Im Wesentlichen ist sie indiziert bei einer erfolgsversprechenden Bearbeitung intrapsychischer und interaktioneller Konflikte mit Konzentration auf einen Behandlungsfokus. Es soll die Hoffnung bestehen, dass die Patienten durch die Bearbeitung des fokalen Konflikts noch nicht bearbeitetes Konfliktmaterial selbst bewältigen können. Die Verhaltenstherapie ist im Wesentlichen indiziert für Patienten mit gut abgrenzbarer Symptomatik (z.B. Patienten mit Süchten, Essstörungen und umschriebener Angstsymptomatik), die weniger introspektiv reflektieren und eher zu lerntheoretisch begründeten Verfahren neigen.

Die anerkannten Methoden sind ebenfalls im Kommentar zum Psychotherapiegesetz umschrieben, wobei die Weiterbildung breiter und richtungs- oder methodenübergreifend in anerkannten Instituten gemäss Vereinbarung über die Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung erfolgt. Anerkannte und nicht anerkannte Institute sind in einer Liste aufgeführt. Die Gesprächspsychotherapie (Rogers), die Gestalttherapie, die Logotherapie, Biofeedback und die Transaktionsanalyse sind als nicht anerkannt aufgeführt. Anerkannt sind:

-
- T.6
- Die Psychoanalyse und die Tiefenpsychotherapie
 - Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit Kurztherapie und Fokalthherapie (Balint)
 - Die Dynamische Psychotherapie (Dührssen),
 - Die niederfrequente Therapie in einer längerfristigen haltgewährenden therapeutischen Beziehung (Kohut, Kernberg)
 - Das Katathyme Bilderleben im Rahmen einer tiefenpsychologisch fundierten Therapie
 - Die analytische und tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie
 - Die kognitive Verhaltenstherapie
 - Verhaltensorientierte Therapiemethoden (z.B. Rational Emotive Therapie)
-

F Keine Indikationslisten oder Listen anerkannter Methoden. Vorhanden ist lediglich eine Liste der Richtungen, die der FFdP angeschlossen sind. Aufgeführt sind:

-
- T.7
- Analyse existentielle ou logothérapie
 - Analyse Psycho-organique
 - Analyse Transactionelle
 - Approche centrée sur la personne (Rogers)
 - GestaltThérapie
 - Analyse bioénergétique
 - Hypnothérapie
 - Programmation NeuroLinguistique
 - Psychologie de motivation
 - Psychosynthèse
 - Psychothérapie ferenczienne
 - Psychothérapie intégrative
 - Psychothérapie psychoanalytique
 - Sexothérapie
 - Somatothérapie
 - Sophiaanalyse
 - Sophrologie
 - Thérapie familiale systémique
 - Thérapie psychocorporelle
 - Végétothérapie.
-

GB Es gibt keinen Indikationenkatalog und keine Liste der anerkannten Methoden.

Die UKCP führt die folgenden Therapiemethoden auf:

T.8

-
- Analytical Psychology
 - Behavioural and cognitive Psychotherapies
 - Experiential constructive Therapies
 - Family, Couple, Sexual and Systemic Therapy
 - Humanistic and Integrative Psychotherapy
 - Hypnotherapy
 - Psychoanalytic and psychodynamic Psychotherapy
 - Psychoanalytically based Therapy with Children
-

I

Kein Indikationenkatalog. Anerkannt sind die Ausbildungsinstitutionen. Bisher wurden vom zuständigen universitären Ausschuss über 100 Ausbildungsinstitutionen anerkannt. Sie sind in einer Liste aufgeführt und umfassen ein breites Spektrum von Methoden:

T.9

-
- Psychoanalyse, andere tiefenpsychologische Methoden
 - Gestalttherapie
 - Kognitive Verhaltenstherapie
 - Personenzentrierte Psychotherapie
 - Systemische Paar und Familientherapie
 - Systemische Beziehungstherapie
 - Transaktionsanalyse
 - Integrierte humanistische Therapie
 - Gruppenpsychoanalyse
 - Psychosynthese
 - Gesprächstherapie
 - Katathymes Bilderleben
 - Hypnose
 - Bioenergetik
 - Psychosomatische Therapie
 - Existentialtherapie
 - Individualtherapie.
-

NL Es gibt keinen Indikationenkatalog. Voraussetzung für eine Behandlung ist jedoch eine Störung von Krankheitswert, die im DSM IV aufgeführt ist. Auch private Versicherungen vergüten nur Behandlungen von eingetragenen Therapeuten in anerkannten Methoden. Vier Methoden sind anerkannt:

T.10

-
- Verhaltenstherapie
 - Klientenzentrierte Psychotherapie (Rogers)
 - Systemische Therapie
 - Psychoanalyse
-

A

Kein allgemeiner oder differenzieller Indikationenkatalog. Voraussetzung ist, dass die behandelte Störung in Kapitel V des ICD10 aufgeführt ist. Liste mit 18 anerkannten Methoden:

T.11

-
- Tiefenpsychologische Methoden:
Psychoanalyse, Gruppenpsychoanalyse, Analytische Psychotherapie, Dynamische Gruppenpsychotherapie, Individualtherapie, Transaktionsanalyse, Katathymes Bilderleben, Psychodrama
 - Kognitiv behaviourale Methoden:
Verhaltenstherapie
 - Systemische Methoden:
Systemische Familientherapie
 - Humanistische Methoden:
Existenzanalyse und Logotherapie, Hypnose, Personenzentrierte Psychotherapie, Klientenzentrierte Psychotherapie, Integrative Gestalttherapie, Gestalttherapie
 - Körperorientierte Methoden:
Autogenes Training
-

S

Kein Indikationenkatalog. Anerkannt sind:

T.12

-
- Psychoanalyse
 - Kognitiv behaviourale Methoden
 - Gruppenpsychotherapie
 - Familientherapie
 - Kinder und Jugendlichenpsychotherapie
 - Psychodynamische Psychotherapie
 - Psychoanalytische Paartherapie
 - Gruppenpsychotherapie
-

V LEISTUNGEN DER KRANKENVERSICHERUNG

Selbstbehaltregelung

- CH** Individuell wählbare Franchise und 10% Selbstbehalt bei ärztlichen und delegierten Psychotherapien. Unterschiedliche Regelungen für die nichtärztliche Therapie über Zusatzversicherungen. Ausschluss von Psychotherapien die nicht der Behandlung einer Krankheit dienen.
- D** Kein Selbstbehalt. Eine Selbstbehaltregelung war ursprünglich vorgesehen, wurde aber als politisch inopportun gestrichen.
- F** Bei ärztlichen und nichtärztlichen Psychotherapien auf ärztliche Zuweisung 30%. Die psychotherapeutische Konsultation gilt als ärztliche „consultation spécialisée“. Studenten unter 28 Jahren haben Zugang zu den Bapu (bureaux d'aide psychologique universitaire). Die ersten 6 Sitzungen übernimmt die soziale Versicherung voll, für weitere Sitzungen beträgt der Selbstbehalt 20%. In jedem Departement gibt es die CMP (centres médiopsychologiques) in denen Psychiater und Psychologen kostenlos Beratungen durchführen.
- GB** Im Allgemeinen bezahlen die Patienten die Psychotherapie selber. Die Psychotherapie ist von den privaten Krankenkassen nicht offiziell anerkannt. Deshalb gibt es keine Richtlinien für die Vergütung der Psychotherapie. Entsprechend ist die Vergütung je nach Versicherungspolice und Versicherungsgesellschaft unterschiedlich. Behandlungskosten werden nur in der versicherten Höhe übernommen. Die Behandlung im Rahmen des NHS ist unentgeltlich.
- I** Regional unterschiedliche Regelungen. Behandlungen in Institutionen der staatlichen Gesundheitsversorgung sind im Allgemeinen kostenlos. Nach einer variablen Anzahl von Sitzungen müssen die Patienten die Behandlung zuweilen selber bezahlen. Diskutiert wird die Einführung eines Selbstbehaltes von ca. 15% (System des „tickets“ wie beim Medikamentenselbstbehalt). Vergütungen von Therapien in der privaten Praxis auf ärztliche Zuweisung sind unterschiedlich. Wenig Patienten haben eine private Versicherung, die auch Psychotherapiekosten deckt.
- NL** Für Behandlungen in Institutionen wird von der ABWZ kein Selbstbehalt erhoben. Für Behandlungen in der freien Praxis beträgt der Selbstbehalt 17% (gemäß gesetzlicher Regelung stellen die Therapeuten den Patienten in dieser Höhe eine Zusatzrechnung).
- A** Unterschiedliche Regelungen. In den Bundesländern Burgenland, Oberösterreich, Tirol und Wien übernimmt die Krankenversicherung die vollen Behandlungskosten von frei praktizierenden Psychotherapeuten. In Kärnten und Vorarlberg gibt es ein ausgebautes Netz von Ambulatorien, deren Leistungen ebenfalls voll übernommen werden. In den Bundesländern Niederösterreich Salzburg und Kärnten haben die Versicherten einen Selbstbehalt von 60%.
- S** Zu unterscheiden ist zwischen der privaten und der staatlichen, mit Steuergeldern finanzierten Krankenversicherung. Die private Krankenversicherung übernimmt in der Regel nur wenige Behandlungsstunden bei Notfällen und im Rahmen von Kriseninterventionen. Die Psychotherapie in den regionalen Behandlungszentren oder bei Vertragstherapeuten wird von der staatlichen Krankenversicherung übernommen. Der maximale jährliche Selbstbehalt beträgt ca. Fr. 550.-. Es gibt je nach Versorgungsdichte regional unterschiedliche Regelungen beziehungsweise eine gemischte private und staatliche Finanzierung der Psychotherapie.

Unterschiedliche Vergütung ärztliche und nichtärztliche Psychotherapie

CH Nur die Vergütung der ärztlichen Psychotherapie ist geregelt. Es besteht ein Unterschied in der Vergütung. Die Krankenversicherungen übernehmen delegierte Psychotherapien und nichtärztliche Psychotherapien nach ganz unterschiedlichen tieferen Ansätzen.

D Die Kassentarife für die ärztliche und nichtärztliche Psychotherapie sind gleich.

F Die ärztliche und die mengenmässig unbedeutende nichtärztliche Psychotherapie auf ärztliche Zuweisung wird gleich vergütet. Die übrige nichtärztliche Psychotherapie wird nicht übernommen.

GB Nicht geregelt. Im Allgemeinen werden die ärztliche und die nichtärztliche Psychotherapie gleich vergütet.

I Keine unterschiedliche Vergütung.

NL Keine unterschiedliche Vergütung.

A Nur in den Bundesländern Wien und Salzburg wird die ärztliche Psychotherapie ca. 30% höher vergütet. In den anderen Bundesländern gibt es keinen Unterschied.

S Die Honorare sind Gegenstand von individuellen Verhandlungen und nicht fest geregelt. Es gibt keinen prinzipiellen Unterschied zwischen einer ärztlichen und nichtärztlichen Psychotherapie. Für die Festlegung der Höhe des Honorars entscheidend ist die Weiterbildung der Therapeuten (vgl. Kapitel I).

VI AUSWIRKUNGEN DER REGELUNG

- CH** Es sei hier auf den Bericht von Ess und Szucs „Szenarien der Kostenentwicklung der Psychotherapie in der Schweiz“ verwiesen.
- D** Laut Auskunft des Zentralinstituts für kassenärztliche Versorgung in Köln existieren keine Daten, die auf Auswirkungen der Einführung des Psychotherapiegesetzes schliessen lassen. Zu berücksichtigen ist, dass die Psychotherapie in der Krankenversicherung seit 1967 geregelt ist. Das System wurde weiterentwickelt und ist gut eingespielt. Die letzte Gesetzesrevision trat am 1.1.1999 in Kraft. Die Mengenausweitung wird nicht speziell überwacht. Es wird angenommen, dass die positive Haltung gegenüber der Psychotherapie in der Bevölkerung weiterhin zur Mengenausweitung führen wird. Es gibt keine eigentlichen mengenbegrenzenden Verfahren. Für die einzelnen Bundesländer gibt es aber regionale Bedarfsplanungen mit Zulassungsstop für ärztliche und nichtärztliche Psychotherapeuten. Zudem werden die Ausgaben für die Psychotherapie pro Vierteljahr und Region festgesetzt. Werden die Ausgaben überschritten, wird als Ausgabenbremse der Taxpunkt des Tarifs nach unten korrigiert. Das oben geschilderte Antragsverfahren, die Begrenzung der zugelassenen Methoden und die Begrenzung der Therapiestundenzahlen werden als qualitätssichernde Massnahmen bezeichnet.
- F** Entfällt, bisher besteht keine Regelung.
- GB** Entfällt, bisher besteht keine Regelung.
- I** Es wird gesagt, dass die gesetzliche Regelung der Psychotherapie zu Kosteneinsparungen in anderen Bereichen (Hospitalisationsdauer, Medikamentenkosten) geführt habe. Statistische Angaben fehlen.
- NL** Die gesetzliche Regelung 1996 hat keine wesentlichen Veränderungen bewirkt, indem früher die Netherlands Organisation for Psychotherapy Ausbildungsstandards festgesetzt hatte und bereits seit 1986 ein Register anerkannter Psychotherapeuten geführt wurde. Seit 3 Jahren wird eine Mengenausweitung durch eine Vereinbarung zwischen der Regierung und den Ausbildungsinstituten kontrolliert, die jährlich nur noch 42 Kandidaten für die Weiterbildung zulassen. Überdies plante die Regierung den Ausschluss der Psychotherapie aus dem Gesetz. Sie soll nun nach entsprechenden Interventionen einen Stop der Registrierung neuer Therapeuten planen.
- A** Es liegen keine ausgewerteten Daten vor. Geschätzt wird, dass vor Einführung des Psychotherapiegesetzes 1990 für die ambulante Psychotherapie in der freien Praxis von der sozialen Krankenversicherung rund 1 Mio. Fr. jährlich an wenige Ärzte bezahlt worden ist. In Jahr 1995 wurden für die Psychotherapie total rund 65 Mio. Fr. aufgewendet. Davon entfielen auf die Krankenversicherung rund 30 Mio. Fr. Für das Jahr 2000 wird geschätzt, dass von der Krankenversicherung ca. 50 Mio. Fr. für die Behandlung von rund 60'000 Patienten ausgegeben wurde. Geschätzt wird ein Behandlungsbedarf für 150–200'000 Patienten. Die Einführung des Psychotherapiegesetzes habe somit in den 5 Jahren, für die Angaben vorliegen, zu einer vertretbaren Mengenausweitung geführt. Mengenentwicklung und Kostenanstieg in diesem Umfang werden als „gewollt“ bezeichnet. Sie sind notwendig, um eine Einschränkung von „falschen“ Behandlungen (unnötige Abklärungen, Medikamente und Operationen, Hospitalismus usw.) zu erreichen und um minderbemittelten und uninformatierten Personen eine indizierte psychotherapeutische Behandlung zukommen zu lassen. Die Nachfrage nach einer Psychotherapieweiterbildung sei nur relativ abhängig von der gesetzlichen Regelung und weiterhin gross.
- S** Es sind keine Daten über die Kostenentwicklung im Zusammenhang mit der Regelung der Psychotherapie erhältlich. Derzeit droht in Schweden eine Unterversorgung bezüglich Psychotherapie, indem 70% der Psychotherapeuten in wenigen Jahren das Pensionierungsalter erreicht, und der erwartbare Nachwuchs die Abgänge nicht zu kompensieren vermag. Die Patientenorganisationen setzen sich dafür ein, dass die Übernahme der Psychotherapie durch die Krankenversicherung ausgebaut wird.

QUELLENVERZEICHNIS:

- Angaben United Kingdom Council for Psychotherapy
- Angaben Ms. Casement Anne, England Delegate to the EAP
- Angaben Hr. Weber I., Zentralinstitut für kassenärztliche Versorgung, Köln
- Angaben Fr. ReulVerlaan R., Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG)
- Angaben De Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychotherapeuten
- Angaben Berglin E., National Board of Health and Welfare in Schweden
- Angaben Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie
- Angaben Finney Johnnatan, Marketing Consultant BUPA (The British United Providence Association)
- Aufstellung von P. Schulthess, Vizepräsident der Schweizer Charta für Psychotherapie, Nov. 2001
- Beeler I. und Szucs Th., Psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz, 2000
- Berufsordnung des Italienischen Psychologenverbandes
- BSV Handbuch zur Standardisierung der medizinischen und wirtschaftlichen Bewertung medizinischer Leistungen, Ausgabe 2000 und Entwurf Supplement Kostenfolge einer neuen Leistung, Dez. 2000
- Elmqvist B., Licensed Psychotherapist, EAP Delegate, Ignatiigränd 5, S-11127 Stockholm, Sweden
- Ess S. und Szucs Th., Szenarien zur Kostenentwicklung der Psychotherapie in der Schweiz, 2001
- Evidence Based Clinical Practice Guidelines of the England Dept. Of Health
- Faber F.R. et al.: Kommentar PsychotherapieRichtlinien, Urban & Fischer, MünchenJena, 5. Auflage 1999
- Löcherbach P. et al: Indikatoren zur Ermittlung des ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos Verlagsgesellschaft, BadenBaden 2000
- Pritz A., persönliche Angaben und Pritz A. et al.: International Journal of Psychotherapy, The survey of European Psychotherapy training, Vol. 6, No. 2, 2001
- Regolamento recante norme sull' esame di Stato per l'abilitazione all' esercizio della professione di psicologo.
- Salzl K. u. Steege R.: Psychotherapeutengesetz Eine systematische Einführung in das neue Berufsrecht und das Vertragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung, Erich Schmidt Verlag, Berlin 1999
- Schaffenberger E. et al.: Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Österreich, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien 1997
- Schweizer M.: Versorgungsdokumentation erstellt für die Schweizer Charta für Psychotherapie, Entwurf September 2001, noch unveröffentlicht ist weiter in Arbeit
- Siefen G. und Kirkcaldy B., Internationaler Vergleich von Psychotherapiehonoraren als Orientierungshilfe Aktuelle Honorardiskussion und internationaler Standard, Psychotherapeut 2000-45, S. 249-252
- Skogstad W., Internationaler Vergleich von Psychotherapiehonoraren als Orientierungshilfe Anmerkungen zum Beitrag von Georg Siefen und Bruce Kirkcaldy, Psychotherapeut 2001-46, S. 412
- Tantam D., Report: Survey of European Psychotherapy Training, International Journal of Psychotherapy, Vol. 6, Nr. 2, 219-220
- Zuschrift des Vorstandes des SPV/ASP vom 31.10.2001



Markus Schweizer

**STATUS QUO IM PSYCHOTHERAPIEBEREICH
DER SCHWEIZ**

**Resultate der Erhebung «Basisdokumentation»
der Schweizer Charta für Psychotherapie**

Die Studie wurde erstellt im Auftrag der
Schweizer Charta für Psychotherapie

ZUSAMMENFASSUNG

Für die sozialversicherungsrechtliche Neuregelung des Psychotherapiebereiches der Schweiz ist ein offizielles Anerkennungsverfahren für die einzelnen psychotherapeutischen Heilmethoden vorgesehen. Eine der Grundlagen für das Anerkennungsverfahren bildet eine detaillierte Übersicht über den Therapeutenbestand, der die jeweilige Methode anwendet. Vor diesem Hintergrund hat die Schweizer Charta für Psychotherapie 2001 eine breit angelegte empirische Erhebung unter den Psychotherapeuten* von ihr angeschlossenen Institutionen durchgeführt, mit dem Ziel, die geforderten Basisdaten für eine Methodenankennung aufzubereiten.

Bei der Erhebung stand somit nicht die Repräsentativität der Resultate bezüglich des gesamten Psychotherapiebereiches der Schweiz im Vordergrund. Trotzdem zeigt der Vergleich mit älteren Untersuchungen, dass die Resultate aufgrund des umfassenden Samples bei geeigneter Gewichtung von unter-, bzw. übervertretenen Gruppen, ein recht präzises Abbild der Struktur des gesamten Psychotherapiebereiches der Schweiz ergeben. Neben einer breiten Palette von demografischen Basisdaten über die 1396 befragten Therapeuten und ihre in einer Stichprobenwoche therapierten rund 16'000 Patienten, konnten wichtige Erkenntnisse bezüglich des Arbeits- und Therapie-Settings der Therapeuten, über die Versorgungslage, die Verwendung der Therapieverfahren und die gestellten Diagnosen, gewonnen werden.

Die bereits in früheren Studien zu Tage getretene grosse Verflechtung der verschiedenen Therapierichtungen hat sich erneut bestätigt. Eine Mehrzahl der Therapeuten verfügt über Ausbildungen in mehr als einer Therapierichtung und kombiniert diese Verfahren in ihrem Arbeitssetting. Diese integrierende Arbeitsweise kann in umfassenden Verflechtungs-Matrizen bezüglich verwendeter Hauptmethode und weiteren verwendeten Verfahren im Detail nachgewiesen werden. Die genaue Betrachtung zeigt allerdings auch, dass das Schwergewicht nach wie vor auf der Hauptmethode liegt. Zwar gibt eine überwiegende Mehrzahl der Therapeuten an, mehr als ein Verfahren in ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit zu verwenden, trotzdem erfolgt rund die Hälfte aller Behandlungen unter ausschliesslicher Verwendung der Hauptmethode. Der zeitlicher Anteil der mit einer Hauptmethode kombinierten Verfahren beläuft sich auf etwas mehr als ein Viertel der gesamten Dauer aller Therapien. Dies zeigt, dass die Anzahl der in einem Verfahren ausgebildeten Therapeuten kein präziser Hinweis auf die tatsächliche Anwendung des Therapieverfahrens sein kann. Dies umso mehr, als gewisse Verfahren häufiger als Hauptmethode Verwendung finden und andere eher

als Zweitmethode neben einer Hauptmethode verwendet werden. Verfahren aus der analytischen und humanistischen Therapierichtung sind die weitaus am häufigsten verwendeten Hauptmethoden, während systemische und verhaltenstherapeutische Verfahren grosse Anteile bei den zusätzlich zu einer Hauptmethode verwendeten Verfahren ausmachen. Anders als der hohe Verflechtungsgrad der Methoden bei der psychotherapeutischen Weiterbildung vermuten lässt, zeigt die tatsächliche Verwendung der Verfahren in den geleisteten Therapiestunden eine recht einseitige Verteilung. Analytische Verfahren machen rund die Hälfte der verwendeten Verfahren aus, die humanistischen Verfahren rund ein Fünftel. Alle anderen Therapierichtungen kommen auf Anteile, von deutlich unter 10 Prozent.

Angesichts dieser Struktur und der zu beobachtenden Verflechtung der einzelnen Verfahren im Therapieprozess ist eine sozialversicherungsrechtliche Regelung der Psychotherapie, welche schwergewichtig auf der Anerkennung einzelner Therapiemethoden beruht, zu hinterfragen. Scheint es doch angesichts der heute zu beobachtenden Verflechtung der Verfahren sehr wahrscheinlich, dass auch unter einer solchen Regelung anerkannte (Haupt-) Methoden mit nicht anerkannten (zusätzlich verwendeten) Verfahren gemeinsam zur Anwendung kommen. Bei der Übernahme der Therapiekosten durch die Sozialversicherung wird aber eine Trennung der therapeutischen Leistungen in einen Anteil, welcher in einem anerkannten Hauptverfahren erbracht wurde und einen weiteren in zusätzlich verwendeten, nicht anerkannten Nebenverfahren, kaum möglich sein und wäre bestimmt auch nicht im Sinne einer optimalen Behandlung.

Andererseits darf die gegebene integrierende Arbeitsweise der Therapeuten auch nicht dazu verleiten, dass jene Verfahren, welche kaum als Alleinverfahren in Therapien zur Anwendung kommen, sich einem Anerkennungsverfahren gar nicht stellen, weil der Aufwand dafür als zu hoch eingeschätzt wird. Vielmehr zeigt das Ausmass der Verflechtung der verschiedenen Verfahren, dass vermehrt Anstrengungen für die Aufrechterhaltung der Methodenvielfalt unternommen werden sollten, welche auch Verfahren mit geringerer Verbreitung einen Stellenwert einräumt. Insbesondere ist aber darauf zu achten, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen die Weiterentwicklung und Innovation der Psychotherapie nicht behindern.

* Zugunsten einer besseren Lesbarkeit wird in diesem Dokument die männliche Sprachform verwendet. Die Gleichheit beider Geschlechter ist selbstverständlich.

EINLEITUNG

Das folgende Kapitel beruht im Wesentlichen auf dem Artikel «Erhebung Basisdokumentation der Schweizer Charta für Psychotherapie; eine Übersicht» der in Zusammenarbeit mit Dr. phil. Rudolf Buchmann, Dr. sc.nat. Mario Schlegel und lic. phil. Peter Schulthess – welche die begleitende fachliche Arbeitsgruppe der Erhebung bildeten – für die Zeitschrift «Psychotherapieforum» erstellt wurde (Schweizer, 2002).

Ausgangslage

Obwohl die Verordnung zur Integration der Psychotherapie in die Grundversicherung der obligatorischen Krankenversicherung aus Kostengründen zurückgestellt wurde, behält die Neuregelung des Psychotherapiebereiches einen hohen Stellenwert in der Schweizerischen Gesundheitspolitik. Somit hat das neu entwickelte Anerkennungsverfahren für psychotherapeutische Methoden nichts von seiner Bedeutung eingebüsst. Für dieses hat das Bundesamt für Sozialversicherungen im Handbuch «Kriterien zur Standardisierung der Prüfung von: Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Psychotherapiemethoden» (Mattanza, 1998) ein präzises Vorgehen definiert, nach dem sich die Vertreter der unterschiedlichen Methoden – Fachverbände, Ausbildungsinstitute etc. – für deren Anerkennung zu richten haben. Unter anderem wird darin, für den Nachweis der Wirtschaftlichkeit der unterschiedlichen Psychotherapiemethoden, eine umfassende empirische Erhebung zum Ausbildungsstand und zur Versorgungslage der in den einzelnen Methoden tätigen Therapeuten verlangt.

Um dieser Forderung nach einer umfassenden Versorgungsdokumentation nachzukommen und gleichzeitig zukünftige, weitergehende Analysen im Rahmen der Anerkennungsverfahren zu ermöglichen, hat sich die Schweizer Charta für Psychotherapie Anfangs 2001 entschlossen, unter dem Titel «Basisdokumentation» eine breit angelegte Untersuchung unter den Mitgliedern der ihr angeschlossenen Institutionen durchzuführen. Durch die Federführung der Charta sollte insbesondere auch die im Handbuch zum Anerkennungsverfahren geforderte, einheitliche Erhebungsmethodik und die Vergleichbarkeit der Resultate gewährleistet werden.

Neben den direkt an der Erhebung «Basisdokumentation» beteiligten Institutionen haben weitere Organisationen aus dem Bereich Psychotherapie eigene Erhebungen durchgeführt, die im Wesentlichen auf vergleichbaren Fragestellungen beruhen. Dies betrifft insbesondere die Untersuchungen am Jung-Institut (Mattanza, 1995), welche als eine Erhebung der soziodemografischer Daten über 213 Analytische Psychologinnen und Psycho-

logen in der Schweiz, eine Beschreibung ihrer Klientel und die Ermittlung ihrer Haltung in Forschungsfragen ausgelegt war. Aufgrund des unterschiedlichen Schwerpunktes der Untersuchung und des zeitlichen Abstandes konnten die Daten allerdings nur punktuell zur Ergänzung beziehungsweise Überprüfung der Endergebnisse der «Basisdokumentation» beigezogen werden. Eine weitere Untersuchung wurde von der Schweizerischen Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie (Ventling, 1998) unter ihren Mitgliedern durchgeführt. 67 aktive Mitglieder der SGBAT wurden zu Ausbildung und Tätigkeitsbereich sowie zu den von ihnen therapierten Patienten befragt. Da auch bei dieser Erhebung der Überschneidungsbereich zu den Fragen der Erhebung «Basisdokumentation» nur partiell ist und ein vierjähriger zeitlicher Abstand zwischen den Erhebungen besteht, wurde auch diese lediglich für die Überprüfung der Gesamtergebnisse beigezogen.

Ebenfalls eine Erhebung durchgeführt hat die Organisation Psychodrama Helvetia (Ueberlacher, 2002). Diese basierte auf den Fragebögen der Erhebung «Basisdokumentation» der Charta und wurde mit nur wenigen Monaten Verzögerung zu dieser durchgeführt. Dadurch konnten die Ergebnisse vollständig in die vorliegenden statistischen Auswertungen miteinbezogen werden.

An der Erhebung beteiligte Institutionen

T.1

Ausbildungsinstitut für klientenzentrierte
Gesprächs- und Körpertherapie
Institut für Integrative Körperpsychotherapie
Institut für Psychoanalyse (Kreuzlingen)
Internationales Institut für Biosynthese
Institut International de Psychanalyse et de Psychothérapie
Charles Baudouin
Institut für selbständige interdisziplinäre Studiengänge
Psychoanalytisches Seminar Bern
Psychoanalytisches Seminar Zürich
Schweizerische Gesellschaft für Daseinsanalyse
Schweizerische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie
und personenzentrierte Beratung
Schweizerische Gesellschaft für Individualpsychologie
/ A. Adler Institut
Schweizerische Gesellschaft für schicksalsanalytische Therapie
Schweizerische Gesellschaft für Transaktionsanalyse
Schweizerisches Institut für körperorientierte Psychotherapie
Schweizerische Gesellschaft der Psychotherapeuten
für Kinder und Jugendliche, SPK
Schweizer Psychotherapeutenverband, SPV
Schweizerischer Verein für Gestalttherapie und
Integrative Therapie
Verband Ostschweizer Psychotherapeuten, VOPT

Ziel des vorliegenden Artikels ist es, durch die rein deskriptive Präsentation einiger zentraler Resultate des gewonnenen Zahlenmaterials, eine kurze und auf die wichtigsten Sachverhalte beschränkte Übersicht über die Erhebung zu vermitteln.

Die Erhebung

Die Erhebung «Basisdokumentation» wurde in den Monaten Mai und Juni 2001 durchgeführt. Durch die externe Vergabe der Projektleitung und die technische Durchführung der Erhebung durch ein spezialisiertes Unternehmen, wurde der Anonymität der Antwortenden auch gegenüber den beteiligten Instituten und Verbänden speziell Rechnung getragen.

Anhand von dreiseitigen schriftlichen Fragebögen wurden Angaben zu den Therapeuten erfragt (demografische Angaben, Ausbildungsstand, Arbeitssetting, verwendete Therapiemethoden und Versorgungslage). Zweiseitige, patientenzentrierte Fragebögen lieferten zusätzlich Angaben zu jedem, in der vorher festgelegten Stichprobenwoche behandelten Patienten (demografische Angaben, Diagnose, Therapieart, -methoden und -dauer).

Angeschrieben wurden 1997 Therapeuten, wovon 1292 die korrekt ausgefüllten Therapeutenfragebögen zurückschickten. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 69 Prozent. Hinzu kamen 104 Therapeuten aus dem Bereich Psychodrama. Gleichzeitig wurden 16'053 Fragebögen mit Angaben zu den Patienten eingereicht. Der Rücklauf ist angesichts des bedeutenden Umfanges der Fragebögen und der schriftlichen Befragungsart als sehr hoch zu bewerten.

ERGEBNISSE TEIL I: DIE THERAPEUTEN

Im ersten Teil soll ein Überblick geschaffen werden über die demografische Struktur, die Ausbildung und das Arbeitssetting desjenigen Teils – schätzungsweise rund ein Viertel – der Psychotherapeuten in der Schweiz, der sich an der Erhebung «Basisdokumentation» beteiligte. Die Erhebung erfasste sämtliche psychotherapeutisch tätigen Personen in den Mitgliedinstitutionen der Charta.

Ausbildung

Die Therapeuten lassen sich auf der Basis der absolvierten Grundausbildung und der abgeschlossenen psychotherapeutischen Weiter- und Fortbildungen grob in 6 Gruppen einteilen. Dabei soll unter «Weiterbildung» eine mindestens fünfjährige psychotherapeutische Weiterbildung verstanden werden und unter «Fortbildung» eine mindestens einjährige psychotherapeutische Fortbildung. Als «Grundausbildung» wird die universitäre oder nichtuniversitäre Vorbildung bezeichnet.

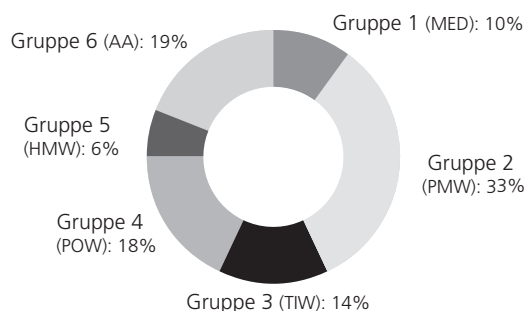
Gruppierung der Therapeuten nach Ausbildung T.2

1: Mediziner	(MED)
Hochschulabschluss Medizin und abgeschlossene psychotherapeutische Weiter- oder Fortbildung	
2: Psychologen mit Weiterbildung	(PMW)
Hochschulabschluss Psychologie und abgeschlossene psychotherapeutische Weiterbildung	
3: Therapeuten in Weiterbildung	(TIW)
Hochschulabschluss Medizin oder Psychologie und begonnene psychotherapeutische Weiterbildung	
4: Psychologen ohne Weiterbildung	(POW)
Hochschulabschluss Psychologie ohne psychotherapeutische Weiterbildung	
5: Hochschulabschluss mit Weiterbildung	(HMW)
Anderer Hochschulabschluss und abgeschlossene psychotherapeutische Weiterbildung	
6: andere Ausbildungen	(AA)

Da die Erhebung zum überwiegenden Teil auf den Mitgliederadressen der beteiligten Ausbildungsinstitute und Fachverbände basiert, fällt der Anteil der Therapeuten mit absolvierter psychotherapeutischer Weiter- oder Fortbildung entsprechend hoch aus. Weniger als ein Prozent aller Antwortenden gaben an, weder eine Weiter- noch eine Fortbildung absolviert zu haben. Weiter 11 Prozent der Therapeuten verfügen bisher über keinen entsprechenden Abschluss, befanden sich aber zum Zeitpunkt der Befragung in einer psychotherapeutischen Weiter- oder Fortbildung.

Bezüglich der Grundausbildung ist die Gruppe der Therapeuten, welche über einen Hochschulabschluss in Psychologie verfügt, mit einem Anteil von gegen zwei Dritteln am stärksten vertreten. Untervertreten sind namentlich die medizinisch ausgebildeten Therapeuten (Psychiater und Grundversorger), welche gesamtschweizerisch gegen die Hälfte aller Psychotherapeuten umfassen dürften (Beeler, 2000), in der Erhebung aber nur einen Zehntel aller Beteiligten ausmachten.

Aus und Weiterbildungsniveau der Therapeuten A.1

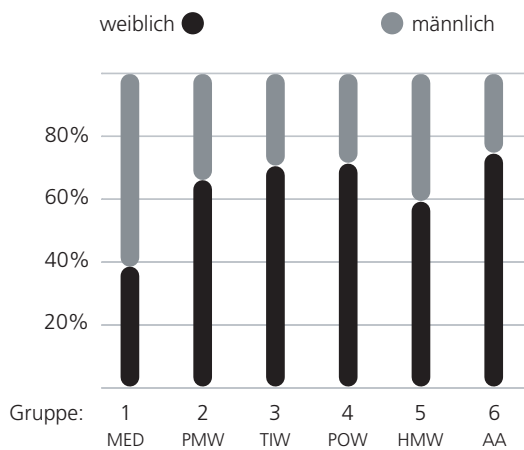


Geschlechterverteilung

Zahlenmässig sind die Therapeutinnen in der Erhebung «Basisdokumentation» mit zwei Dritteln aller Antwortenden klar in der Mehrheit. Die Geschlechterverteilung unterscheidet sich aber stark zwischen den medizinisch ausgebildeten und den übrigen Therapeuten. Während bei den Medizinerinnen die männlichen Therapeuten mit einem Anteil von 60 Prozent überwiegen, beträgt der Männeranteil bei den nichtmedizinischen Therapeuten lediglich rund ein Drittel. Im Vergleich zur Gesamtheit der Psychotherapeuten in der Schweiz sind die Therapeutinnen in der Erhebung deutlich übervertreten, was eine Folge der Untervertretung der medizinisch ausgebildeten, vorwiegend männlichen Therapeuten ist. Rechnet man das Geschlechterverhältnis auf der Basis der vorliegenden Resultate und der von Beeler (Beeler, 2000) ermittelten Gesamtzahl an Therapeuten in der Schweiz hoch, dürfte sich das zahlenmässige Verhältnis zwischen den Geschlechtern etwa die Waage halten. Allerdings erbringen die männlichen Therapeuten einen leicht höheren Anteil an der gesamten stundenmässigen psychotherapeutischen Leistung, da sie – in allen Gruppen – im Vergleich zu ihren Berufskolleginnen eine höhere durchschnittliche Anzahl geleisteter Wochenstunden aufweisen.

Geschlechterverteilung

A.2



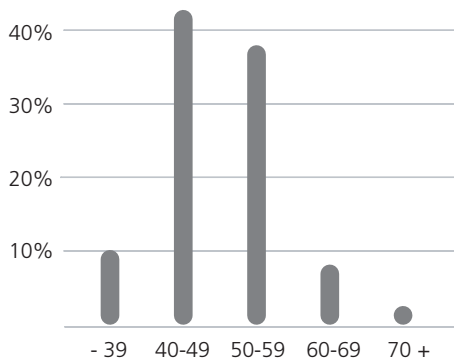
Diese markant ungleiche Geschlechterverteilung zwischen den Medizinerinnen und den Nichtmedizinerinnen unter den Therapeuten hat zur Folge, dass Psychotherapeuten im Durchschnitt höhere Einkünfte erzielen, als Therapeutinnen. Denn die medizinisch ausgebildeten Therapeuten realisieren einen höheren durchschnittlichen Stundentarif, als ihre nicht medizinisch ausgebildeten Berufskollegen (vgl. Abschnitt «Honorare und Kostenträger») und gleichzeitig erbringen Therapeutinnen im Durchschnitt eine geringere Wochenstundenzahl an psychotherapeutischen Leistungen. Vor diesem Hintergrund dürfte die Frage nach den kausalen Zusammenhängen zwischen der Einkommensperspektive und der Geschlechterverteilung von einiger Bedeutung für die zukünftige Entwicklung des Psychotherapiebereiches sein.

Altersverteilung

Die Altersverteilung ist im Gegensatz zur Geschlechterverteilung ziemlich homogen zwischen den einzelnen Gruppen, wobei die Therapeuten mit begonnener Weiterbildung (Gruppe 3) erwartungsgemäss etwas jünger sind als die übrigen Therapeuten.

Altersverteilung

A.3



Zwischen den Geschlechtern ist die Altersstruktur ebenfalls ziemlich ausgewogen. Medizinisch ausgebildete Therapeutinnen sind im Durchschnitt rund ein Jahr älter als ihre männlichen Kollegen, bei den nicht medizinisch ausgebildeten Therapeuten sind die Frauen im Durchschnitt leicht jünger als die Männer.

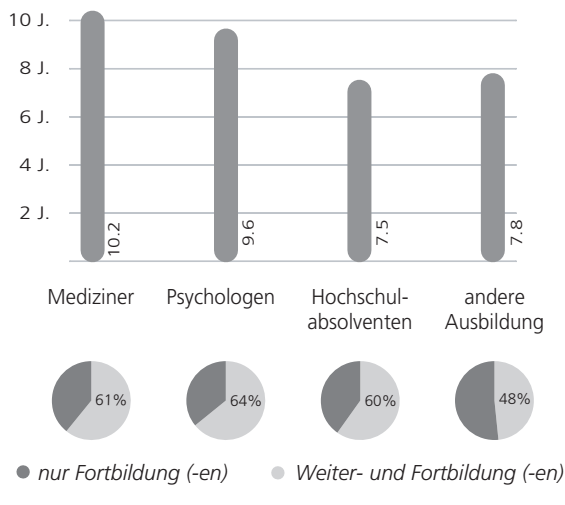
Psychotherapeutische Weiter- und Fortbildung

Die an der Erhebung «Basisdokumentation» beteiligten Therapeuten sind überdurchschnittlich gut ausgebildet: Rund die Hälfte der Therapeuten verfügt über eine oder mehrere psychotherapeutische Weiterbildungen von mindestens fünf Jahren und drei Viertel haben mindestens eine Fortbildung von über einem Jahr Dauer abgeschlossen. Dies bewirkt, dass insgesamt mehr als 99 Prozent der beteiligten Therapeuten eine psychotherapeutische Weiter- oder Fortbildung abgeschlossen haben oder gegenwärtig dabei sind, diese zu absolvieren. Der Grund für diesen hohen Ausbildungsstand liegt darin, dass das der Erhebung zugrunde liegende Adressmaterial mehrheitlich aus den Mitgliederverzeichnissen von Ausbildungsinstitutionen und Fachverbänden mit hohen Qualitätsanforderungen stammt.

Betrachtet man die gesamte durchschnittliche Dauer der psychotherapeutischen Weiter- oder Fortbildungen (ohne Berücksichtigung der akademischen Grundausbildung) – weisen die Mediziner und Psychologen mit rund 10 Jahren eine deutlich längere Ausbildungszeit auf als die übrigen Hochschulabsolventen oder die anders ausgebildeten Therapeuten. Bei letzteren dürfte es sich um viele Quereinsteiger handeln, die relativ spät eine Weiterbildung begonnen haben und deshalb noch über wenig Fortbildung verfügen. Bei diesen langen Ausbildungszeiten ist zu beachten, dass parallele Ausbildungsgänge in unterschiedlichen Verfahren getrennt in die gesamte Ausbildungszeit einfließen und somit die effektiv benötigte Zeit für die Weiter- und Fortbildungen unter Umständen kürzer ist.

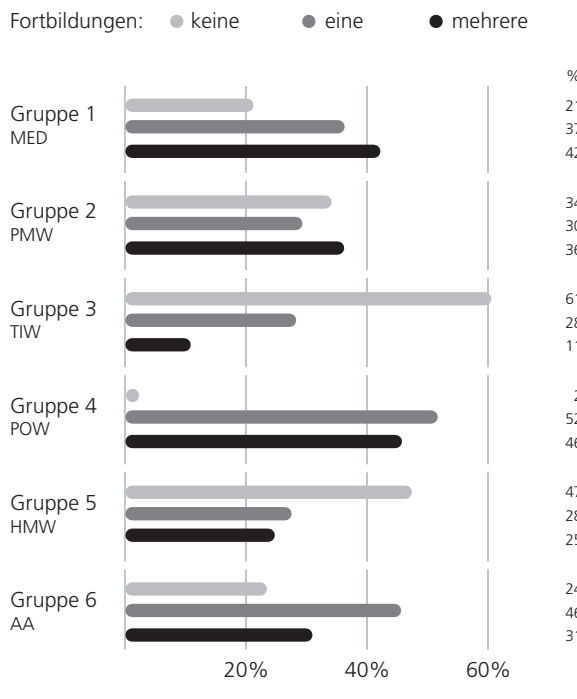
Die gesamte durchschnittliche Dauer der psychotherapeutischen Weiter- und Fortbildungen ist stark beeinflusst vom Anteil der Therapeuten, welche eine mindestens fünfjährige Weiterbildung absolviert haben. Bei dieser Gruppe fällt die Gesamtdauer der Ausbildung im Durchschnitt mehr als doppelt so hoch aus als bei Therapeuten, welche lediglich eine oder mehrere Fortbildungen von weniger als fünf Jahren Dauer abgeschlossen haben. Bei den Therapeuten mit einem Hochschulabschluss (Medizin, Psychologie oder anderer) hat gegen zwei Drittel mindestens eine Weiterbildung abgeschlossen, bei den anders ausgebildeten Therapeuten ist es rund die Hälfte.

Durchschnittliche Dauer der gesamten psychotherapeutischen Weiter- und Fortbildung in Jahren A.4



Psychologen welche über keine psychotherapeutische Weiterbildung verfügen (Gruppe 4), kompensieren dies dadurch, dass sie vermehrt Fortbildungen absolvieren. Trotzdem liegt die durchschnittliche Ausbildungsdauer mit über 7 Jahren deutlich tiefer als diejenige der Psychologen mit abgeschlossener Weiterbildung.

Fortbildungsniveau der Therapeuten A.5



Fokussiert man die Betrachtung auf die Fortbildungen fallen insbesondere Unterschiede auf, die sich zwischen den Psychologen mit abgeschlossener Weiterbildung (Gruppe 2) und den Therapeuten mit einem anderen

Hochschulstudium und abgeschlossener Weiterbildung (Gruppe 5) beobachten lassen. Letztere weisen einen deutlich höheren Anteil an Therapeuten ohne Fortbildung auf und auch die durchschnittliche Anzahl abgeschlossener Fortbildungen pro Therapeut liegt deutlich unter derjenigen der Psychologen. Im Vergleich zwischen den medizinisch ausgebildeten Therapeuten (Gruppe 1) und den Psychologen mit abgeschlossener Weiterbildung (Gruppe 2) zeigen die Mediziner ein deutlich höheres Fortbildungsniveau.

Mediziner und Psychologen in Weiterbildung

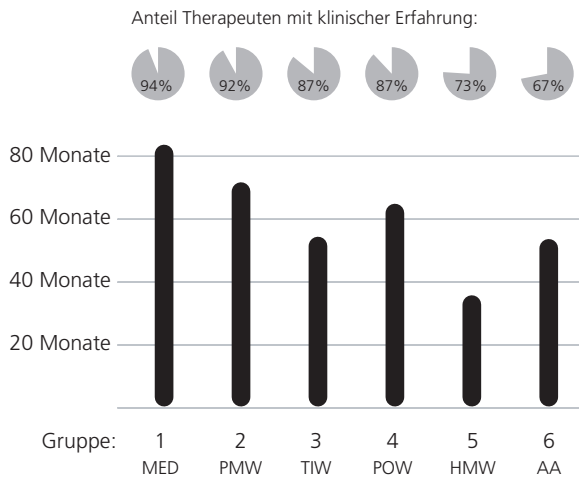
Die langen Ausbildungsgänge, welche gegenwärtig in der Diskussion um eine Anerkennung zum voll ausgebildeten Psychotherapeuten im Vordergrund stehen (abgeschlossenes Hochschulstudium in Medizin oder Psychologie mit anschliessender psychotherapeutischer Weiterbildung), haben zur Folge, dass der Einstieg in die Berufstätigkeit als ausgebildeter Therapeut erst relativ spät erfolgen kann und entsprechend wenige aktive Berufsjahre resultieren. Geht man von durchschnittlich 34 Berufsjahren als voll ausgebildeter Therapeut aus, erfordert eine konstante Anzahl an praktizierenden Therapeuten eine Erneuerungsrate von rund 3 Prozent pro Jahr. Dies bedeutet, dass jährlich 3 Prozent aller Therapeuten die Berufstätigkeit aufgibt und für den zahlenmässigen Erhalt der Gruppe entsprechend viele neu ausgebildete Therapeuten nachrücken müssen. Da die Weiterbildung aber mindestens 5 Jahre dauert, müssen sich für eine konstante Gruppengrösse permanent mindestens 15 Prozent der Therapeuten in einer entsprechenden Weiterbildung befinden.

Von den in der Erhebung Basisdokumentation erfassten Therapeuten mit abgeschlossenem Hochschulstudium in Medizin oder Psychologie haben rund 20% eine psychotherapeutische Weiterbildung begonnen. Allerdings ist davon auszugehen, dass ein Teil die Weiterbildung nicht abschliessen wird, so dass per Saldo damit gerechnet werden muss, dass die gegenwärtige Zahl der sich in Weiterbildung befindlichen Therapeuten den zahlenmässigen Erhalt des aktuellen Therapeutenbestandes längerfristig nur knapp oder nicht vollständig gewährleisten wird.

Klinische Erfahrung

Rund 85 Prozent der befragten Therapeuten verfügen über klinische Erfahrung, die definiert wurde als unselbstständige Tätigkeit unter Leitung eines ausgebildeten Psychotherapeuten oder Psychiaters in der Weiterbildungszeit. Nicht als klinische Erfahrung ist demnach die eigene therapeutische Tätigkeit in einem anderen Setting – z.B. delegierte Therapie im Auftrag eines Allgemeinmediziners, supervidierte selbstständig durchgeführte Therapie während der Weiterbildung, etc. – zu verstehen.

Durchschnittliche klinische Erfahrung (wenn vorhanden) A.6



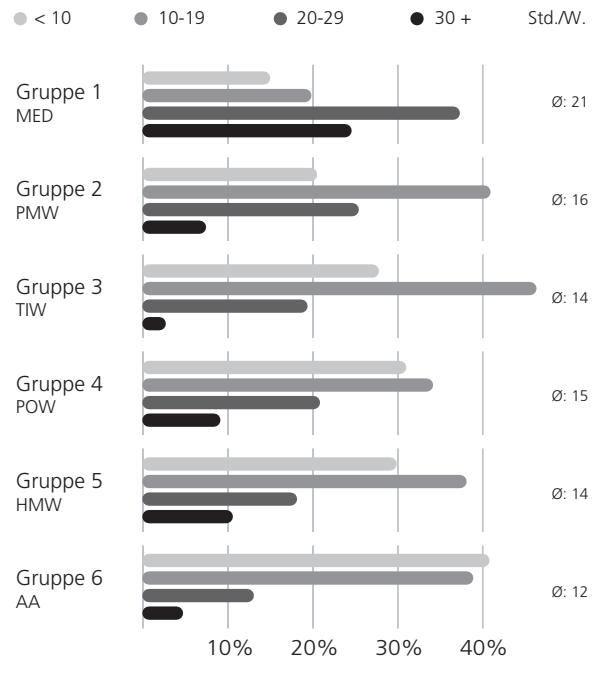
Sowohl der Anteil, als auch die durchschnittliche Dauer der klinischen Erfahrung schwankt stark, je nach Grundausbildung der Therapeuten. Mediziner und Psychologen mit abgeschlossener Weiterbildung weisen am häufigsten klinische Erfahrung auf und mit 6 bzw. 7 Jahren auch die längste durchschnittliche Dauer. Therapeuten mit anderem Hochschulstudium als Medizin oder Psychologie und einer abgeschlossenen Weiterbildung verfügen nur noch zu drei Vierteln über klinische Erfahrung und wo sie vorhanden ist, fällt sie mit einem Durchschnitt von etwas mehr als 3 Jahren – im Vergleich zu den anderen Therapeutengruppen – auch klar am kürzesten aus.

Dies ist allerdings auch vor dem Hintergrund des Stellenmarktes zu sehen. Durch die langen Anstellungszeiten von Ärzten, aber auch von Psychologen, ist es für anders ausgebildete Therapeuten oft schwierig, während der Weiterbildungszeit zu klinischer Erfahrung zu kommen.

Verteilung der Patiententherapien

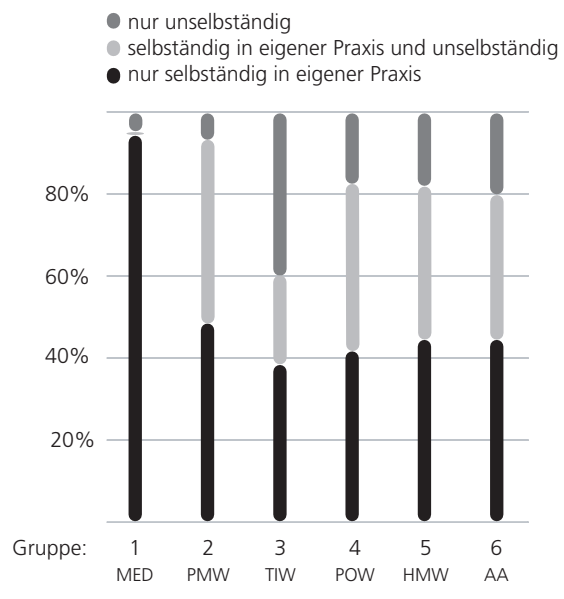
Unter Patiententherapien sollen im folgenden Therapien bei Störungen mit Krankheitswert verstanden werden, während bei Beratungen oder Therapien ohne Störungen mit Krankheitswert der Begriff der Persönlichkeitsentwicklungstherapie verwendet wird. Patiententherapien werden am häufigsten von den medizinisch ausgebildeten Psychotherapeuten durchgeführt, diese wenden dafür im Durchschnitt pro Woche rund 21 Stunden auf. Im Gegensatz zu den übrigen Therapeutengruppen gibt es bei den Mediziner auch einen bedeutenden Anteil (rund 26%), welche über 30 Stunden Patiententherapien pro Woche durchführen. In den übrigen Gruppen liegt der entsprechende Anteil zwischen 5% und 11%.

Patiententherapien (Verteilung nach Wochenstunden) A.7



Die verschiedenen Therapeutengruppen unterscheiden sich bezüglich ihres Arbeitssettings bei Patiententherapien zum Teil markant. Mediziner erbringen ihre Leistungen im Zusammenhang mit Patiententherapien zu über 90% selbständig in einer eigenen Praxis, während dieser Anteil bei den übrigen Therapeuten maximal halb so hoch ausfällt.

Arbeitssetting bei Patiententherapien A.8



Die erhöhte Quote der nicht in der eigenen Praxis selbständig erbrachten Leistungen bei den nichtmedizinisch ausgebildeten Therapeuten hängt stark mit der Verbreitung der delegierten Therapie zusammen. Rund jeder dritte Psychologe und jeder vierte anders ausgebildete Psychotherapeut führt delegierte Therapien in einem unselbständigen Arbeitsverhältnis durch. Anteilsmässig machen die delegierten Therapien bei nichtmedizinischen Therapeuten rund einen Viertel der gesamten psychotherapeutischen Leistungen aus, bei Psychologen ohne abgeschlossene psychotherapeutische Weiterbildung liegt der Anteil mit 31 Prozent noch etwas höher.

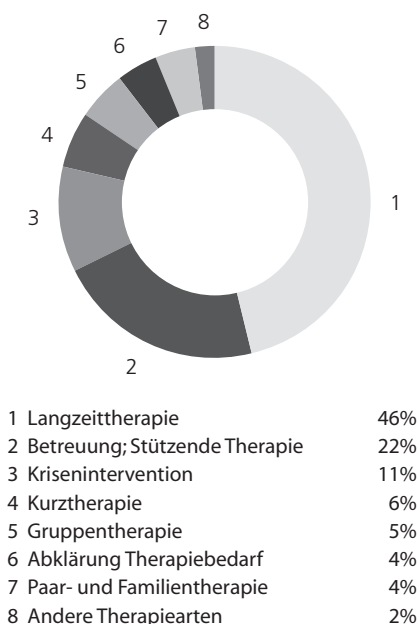
Therapie-Setting

Die Auswertung der rund 16'000 Patientenfragebögen zeigt, dass die Langzeittherapie das häufigste Therapie-Setting ist, wobei die Minimaldauer für eine Deklaration als Langzeittherapie von den Therapeuten bei rund einem Jahr festgelegt wurde. Den höchsten Anteil machen die Langzeittherapien – mit 53 Prozent – bei den medizinisch ausgebildeten Therapeuten aus, während sie bei den Therapeuten ohne Hochschulabschluss mit 42 Prozent einen deutlich geringeren Anteil ausmachen.

Neben den Langzeittherapien sind die Betreuungen und stützenden Therapien sowie die Kriseninterventionen anteilmässig von grosser Bedeutung. Die übrigen Therapie-Settings machen lediglich noch ein knappes Viertel aller Therapien aus. Deren anteilmässige Bedeutung fällt in den einzelnen Therapeutengruppen auch deutlich gleichmässiger aus als bei den Langzeittherapien so dass sich kaum mehr signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ergeben.

Verteilung der Therapiearten

A.9



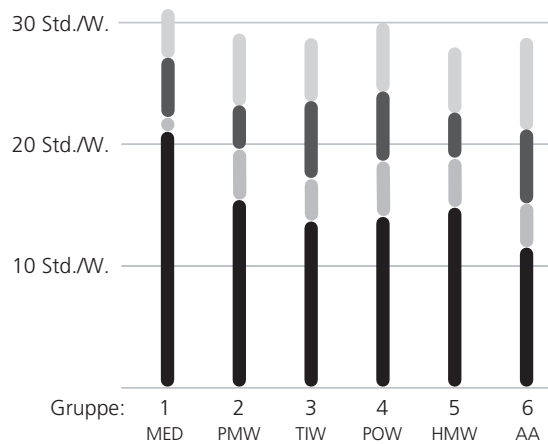
Übrige Tätigkeiten

Nicht medizinisch ausgebildete Psychotherapeuten kompensieren die geringere durchschnittliche Anzahl Wochenstunden bei den Patiententherapien mit vermehrten anderen psychotherapeutischen und nichtpsychotherapeutischen Tätigkeiten.

Tätigkeitsfelder nach Wochenstundenzahlen

A.10

- andere Tätigkeit (Dozent, Autor etc.)
- unselbständige, nicht psychotherapeutische Tätigkeit
- Persönlichkeitsentwicklungstherapien
- Patiententherapien (Heilverfahren)



Insbesondere Persönlichkeitsentwicklungstherapien machen bei den nicht medizinisch ausgebildeten Therapeuten einen erhöhten Anteil an der gesamten Arbeitszeit aus. Während Mediziner knapp 1.5 Wochenstunden dafür aufwenden, sind es bei den nichtmedizinischen Therapeuten zwischen 3 und 4 Wochenstunden.

Nichtpsychotherapeutische Tätigkeiten in unselbständiger Stellung – z.B. in der Drogenberatung, psychologischen Diensten, Sozialberatung, Facheinrichtungen, etc. – machen bei den Therapeuten in Weiterbildung (Gruppe 3) und bei den Psychologen ohne abgeschlossene Weiterbildung (Gruppe 4) mit 6 bis 7 Wochenstunden einen grösseren Anteil an der gesamten Arbeitszeit aus. Die geringste Bedeutung haben diese Tätigkeiten für Psychologen und Therapeuten mit anderem Hochschulstudium und einer abgeschlossenen Weiterbildung (Gruppen 2 und 5), die knapp 4 Wochenstunden dafür aufwenden.

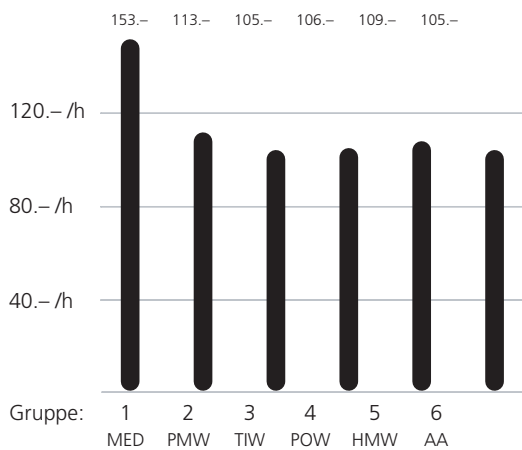
Bei den übrigen Tätigkeiten – z.B. als Autor, Gutachter oder Dozent – verzeichnen lediglich die Therapeuten in Weiterbildung (Gruppe 3) und jene mit einem anderen Hochschulstudium als Psychologie oder Medizin (Gruppe 5) tiefere durchschnittliche Wochenstundenzahlen als die medizinisch ausgebildeten Therapeuten (Gruppe 1), welche im Durchschnitt 5.2 Stunden pro Woche dafür aufwenden. Psychologen ohne Weiterbildung (Gruppe 4) und insbesondere Therapeuten mit anderer Ausbil-

dung (Gruppe 6) wenden deutlich mehr Zeit in diesem Bereich auf, wobei letztere mit 7.3 Wochenstunden den höchsten Durchschnittswert erzielen.

Honorare und Kostenträger

Die Honorare der Psychotherapeuten bewegen sich zwischen durchschnittlich 105 Franken pro volle Therapiestunde für Therapeuten ohne Hochschulstudium (Gruppe 6) und durchschnittlich 153 Franken für medizinisch ausgebildete Therapeuten (Gruppe 1).

Durchschnittlicher Stundentarif (Fr. pro 60 Minuten) A.11



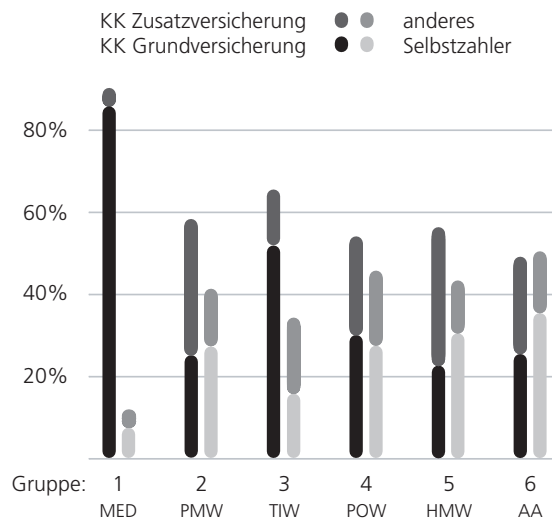
Auffallend sind die geringen Unterschiede die sich zwischen den nicht-medizinischen Therapeutengruppen ergeben. Deren Honorare liegen durchwegs innerhalb einer Bandbreite von 105 bis 113 Franken pro Therapiestunde. Gross dagegen fällt der Sprung zu den medizinisch ausgebildeten Therapeuten aus, die ein durchschnittliches Honorar erzielen, das rund 40 Prozent über demjenigen der nichtmedizinischen Therapeuten liegt.

Die aktuelle Regelung der Psychotherapie in der Krankenversicherung berechtigt einzig die Mediziner, Leistungen direkt über die Grundversicherung der Krankenkassen abzurechnen. Dies hat zur Folge, dass bei der Gruppe 1 (Mediziner) gegen 90 Prozent der therapeutischen Leistungen durch diesen Kostenträger abgegolten werden, während Selbstzahler und «andere» (Unfall- und Invalidenversicherungen, Sozialämter etc.) bei dieser Gruppe lediglich rund zehn Prozent ausmachen.

Ebenfalls hohe Anteile an Therapieleistungen rechnet die Gruppe 3 (Psychologen und Mediziner in psychotherapeutischer Weiterbildung) über die Krankenversicherung ab.

Kostenträgersplit

A.12



In den übrigen Gruppen machen die delegierten Therapien, welche durch die Grundversicherung der Krankenkassen vergütet werden, etwa einen Viertel der gesamten therapeutischen Leistungen aus. Therapeuten mit Hochschulabschluss und psychotherapeutischer Weiterbildung (Gruppen 2 und 5) weisen die höchsten Anteile an Leistungen aus, welche über Zusatzversicherungen der Krankenkassen abgerechnet werden, während Therapeuten die über kein Hochschulstudium oder keine psychotherapeutische Weiterbildung verfügen, sich stärker auf Selbstzahler und auf Versicherungsleistungen ausserhalb des Krankenkassenbereiches ausrichten.

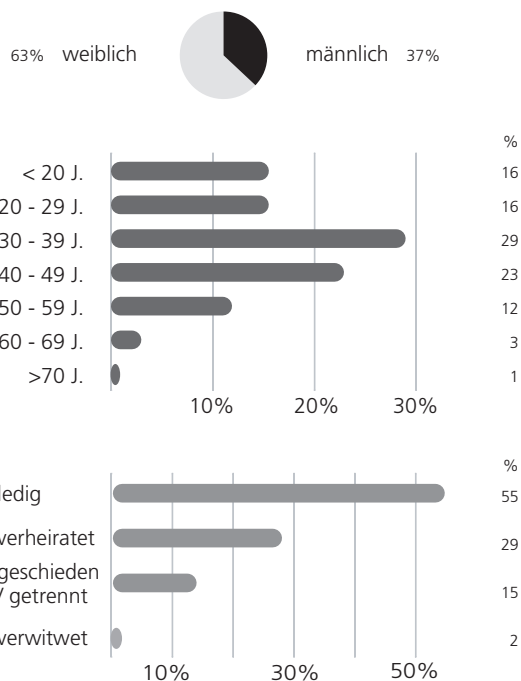
ERGEBNISSE TEIL II: PATIENTEN

Demografisches

Die Erhebung «Basisdokumentation» umfasst Angaben zu 16'287 Patienten, welche durch die beteiligten Therapeuten in der vorgegebenen Stichprobenwoche therapiert wurden. Erfasst wurden nur Patiententherapien, das heisst Therapien zur Behandlung von Störungen mit Krankheitswert, also keine Therapien zur Persönlichkeitsentwicklung oder zu Ausbildungszwecken.

Rund zwei Drittel der Patienten waren weiblichen Geschlechts.

Patienten: Geschlecht, Alter und Zivilstand A.13

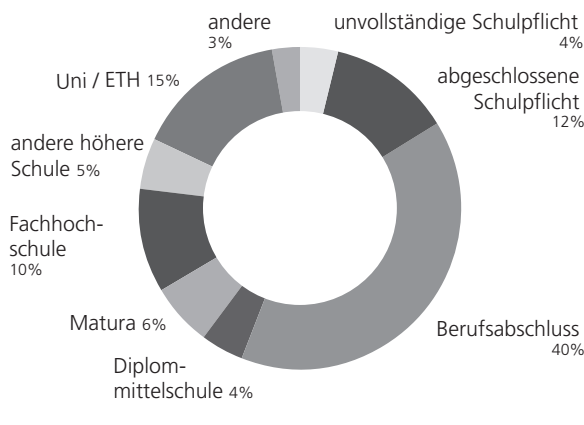


Über vier Fünftel der Patienten befinden sich im Erwerbsfähigenalter. Verglichen mit der demografischen Struktur der Schweizer Wohnbevölkerung sind vor allem die Altersgruppen der 30- bis 49jährigen stark übervertreten. Diese machen gegenwärtig rund 30 Prozent der Bevölkerung, aber über die Hälfte der durch die Erhebung erfassten Patienten aus. Demgegenüber sind die unter 20jährigen sowie die über 60jährigen Patienten weniger stark vertreten als in der Gesamtbevölkerung. Dies kann auf zwei Arten interpretiert werden: Entweder brauchen Menschen in diesen Alterstufen weniger psychotherapeutische Behandlung oder aber – was wahrscheinlicher ist – es zeigt sich hier ein Versorgungs-

mangel. Dieser kann auf zu wenig Angebote oder auf Probleme bei der Finanzierung der Therapien bei diesen beiden Altersgruppen zurückgeführt werden.

Stark untervertreten sind verheiratete Personen. Dabei ist zu bedenken, dass die Anteile der nicht verheirateten Personen unter den ganz jungen und den älteren Bevölkerungsteilen – welche seltener psychotherapeutische Leistungen in Anspruch nehmen – naturgemäss grösser sind als bei der Bevölkerungsgruppe im mittleren Alter. Verheiratete nehmen deutlich seltener psychotherapeutische Leistungen in Anspruch, als nicht verheiratete Personen.

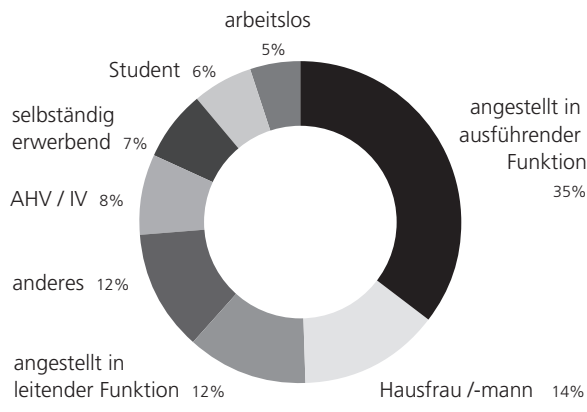
Ausbildungsstand der Patienten mit abgeschlossener Ausbildung A.14



Rund die Hälfte der Patienten verfügt über einen qualifizierten Berufsabschluss oder Matura und ein weiteres Drittel hat einen höheren Schulabschluss absolviert. Den Rest machen jene Patienten aus, deren Ausbildung sich auf die obligatorische Schulzeit (abgeschlossen oder nicht) beschränkt. Bei den Patienten in Ausbildung besucht rund die Hälfte noch die obligatorische Schule, die andere Hälfte verfolgt eine weitergehende Ausbildung.

Berufstätigkeit der Patienten

A.15



Bei der Berufstätigkeit dominieren die Angestellten in einer ausführenden Funktion, welche rund einen Drittel aller Patienten ausmachen, gefolgt von Hausfrauen und -männern mit einem Anteil von 14 Prozent.

Diagnosen

In den Patientenfragebögen wurden die Therapeuten gebeten, Angaben zur Diagnose bei den einzelnen Patienten nach ICD-10 Klassifikation zu machen, wobei die Möglichkeit bestand, auch mehrere Diagnosen gleichzeitig anzugeben.

Diagnosekategorien nach ICD-10

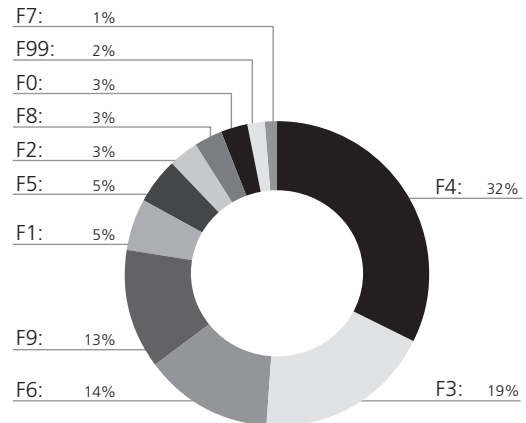
T.3

F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen
F1	Psychische- und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7	Intelligenzminderung
F8	Entwicklungsstörungen
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Mit nahezu einem Drittel Anteil überwiegt die Diagnose von «neurotischen Belastungsstörungen und somatoformen Störungen» (F4). Zusammen mit den «affektiven Störungen» (F3) machen sie rund die Hälfte aller Fälle aus. Die beiden nächst häufigen Diagnosen beziehen sich auf «Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen» (F6) mit einem Anteil von 14 Prozent sowie «Verhaltensstörungen und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend» (F9) mit einem Anteil von 13 Prozent.

Verteilung der Diagnosen nach ICD-10

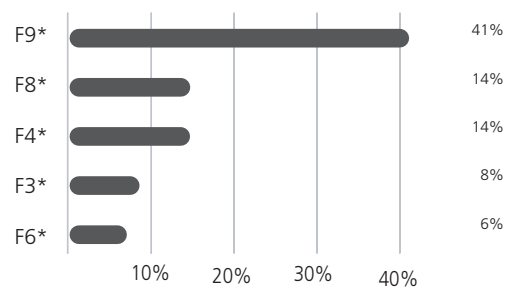
A.16



Erwartungsgemäss zeigen sich grosse Unterschiede zwischen den Diagnosen bei Patienten im Kindes- und Jugendalter und bei den Erwachsenen, so dass die Globalverteilung nur von beschränkter Aussagekraft sein kann.

Häufigste Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen

A.17



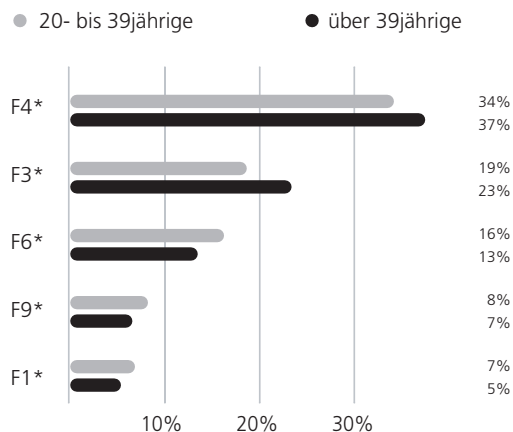
* Kategorien siehe Tabelle 'Diagnosekategorien nach ICD-10'

Bei den unter 20jährigen dominiert die Diagnose von «Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend» (F9), welche rund 40 Prozent aller Diagnosen ausmacht. Mit je 14 Prozent Anteil sind auch «Neurotische Belastungsstörungen und somatoforme Störungen» (F4) sowie «Entwicklungsstörungen» (F8) zahlenmässig von Bedeutung. «Affektive Störungen» machen noch 8 Prozent aller Diagnosen aus, während die übrigen Kategorien mit Anteilen von unter 5 Prozent von untergeordneter Bedeutung sind.

Keine wesentlichen Verschiebungen in der Reihenfolge der Häufigkeit der Diagnosen ergeben sich zwischen verschiedenen Altersgruppen bei den erwachsenen Patienten. Insgesamt überwiegen hier die «neurotischen Belastungsstörungen und somatoformen Störungen» (F4) mit über einem Drittel Anteil, wobei die Häufigkeit dieser Diagnose mit dem Alter des Patienten zunimmt. Dies trifft ebenfalls für die zweithäufigste Diagnose «affektive

Störungen» (F3) zu, welche rund einen Fünftel aller Diagnosen bei erwachsenen Patienten ausmacht.

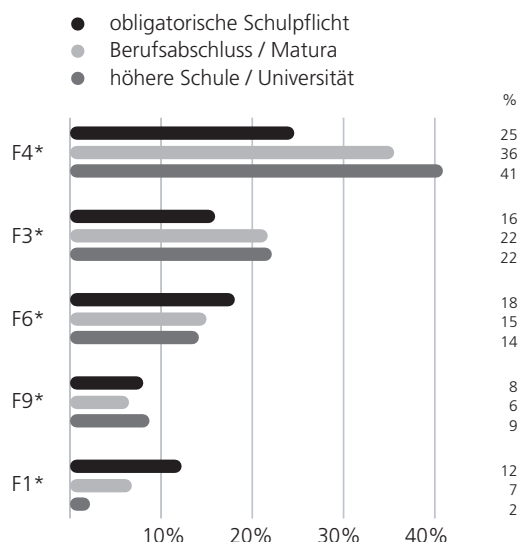
Häufigste Diagnosen bei Erwachsenen A.18



* Kategorien siehe Tabelle 'Diagnosekategorien nach ICD-10'

Mit zunehmendem Alter des Patienten eher abnehmend sind – in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit – die folgenden Diagnosen: «Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen», «Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren» (F9) sowie «psychische- und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen» (F1). Die weiteren Diagnosen der ICD-10 Klassifizierung machen weniger als je 5 Prozent des Totales aller Fälle aus.

Häufigste Diagnosen nach Ausbildungsniveau A.19



* Kategorien siehe Tabelle 'Diagnosekategorien nach ICD-10'

Unterschiede in der Häufigkeit der Diagnosen ergeben sich nicht nur zwischen den Altersgruppen, sondern insbesondere auch bezüglich des Ausbildungsniveaus

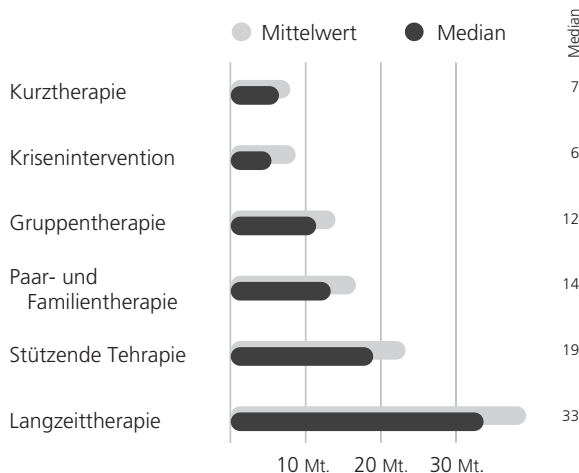
der Patienten. So kommen «neurotische Belastungsstörungen und somatoforme Störungen» (F4) – mit 40 Prozent aller Diagnosen – bei Patienten mit einer höheren Ausbildung weit häufiger vor als bei Patienten, welche lediglich über eine Ausbildung im Rahmen der obligatorischen Schulpflicht verfügen. Ähnlich verhält es sich auch bei der am zweithäufigsten gestellten Diagnose F3 «Affektive Störungen» Umgekehrt wird bei Patienten mit tiefem Ausbildungsniveau rund fünf mal häufiger die Diagnose F1 «psychische- und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen» gestellt als bei Patienten, welche eine höhere Ausbildung absolviert haben.

Therapiedauer

Bei der Abschätzung der voraussichtlichen Gesamtdauer der Therapien durch die befragten Therapeuten, ergeben sich nicht nur die erwarteten grossen Unterschiede bezüglich der einzelnen Therapiearten, sondern ebenfalls sehr grosse Streubereiche innerhalb der einzelnen Kategorien. Neben dem Durchschnittswert (Mittelwert), der stark von einigen wenigen langen Therapien beeinflusst sein kann, ist deshalb vor allem der Median von Interesse – das heisst jener zentrale Wert, bei dem 50 Prozent der Therapien einen kürzeren und 50 Prozent einen längeren Verlauf aufweisen.

Kurztherapien dauern mehrheitlich zwischen 4 und 12 Monaten bei einem Mittelwert von 8 Monaten und einem Median von 7 Monaten. Der tiefer liegende Median deutet auf den Schwerpunkt in der Verteilung der Kurztherapien im Bereich von 4 bis 6 Monaten hin. Einen noch tieferen Median weist die Kategorie der Krisenintervention auf, wo die Therapie zu einem erheblichen Teil im Bereich von 2 bis 4 Monaten liegt und damit von sehr kurzer Dauer ist.

Dauer der Therapien A.20

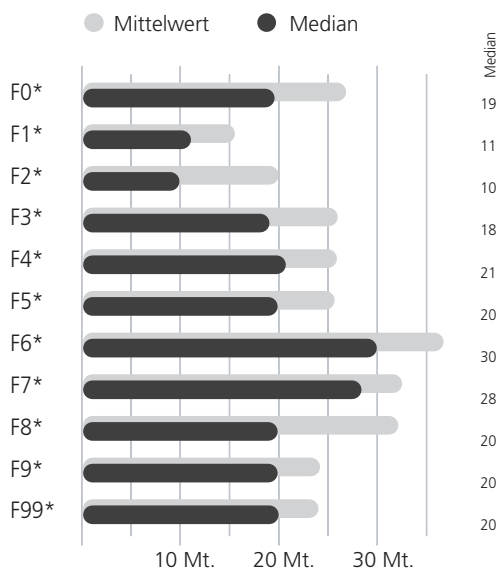


Langzeittherapien laufen im Durchschnitt über rund 40 Monate – wobei die Hälfte dieser Therapien unter 33 Monaten dauern (Median). Minimaldauer für Langzeittherapien ist aus Sicht der Therapeuten eine voraussichtliche Gesamtdauer von mehr als einem Jahr, eine kürzere Therapie wurde nur in einigen seltenen Fällen als Langzeittherapien bezeichnet.

Bei den übrigen Therapiearten finden sich durchgehend sowohl Angaben zu sehr kurzen Therapien von wenigen Monaten als auch zu sehr langen Therapiedauern von mehreren Jahren.

Unterscheidet man die Therapiedauern entsprechend der gestellten Diagnose nach ICD-10 so ergibt sich die längste durchschnittliche Therapiedauer – mit rund 3 Jahren – für die Diagnose F6 «Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen», der dritthäufigsten Diagnose insgesamt. Diese hohe durchschnittliche Therapiedauer rührt daher, dass rund drei Viertel dieser Diagnosen in einer Langzeittherapie münden, was im Vergleich zwischen den Diagnosen dem höchsten Anteil an Langzeittherapien entspricht.

Dauer der Therapien nach Diagnosen (ICD-10) A.21



* Kategorien siehe Tabelle 'Diagnosekategorien nach ICD-10'

Mit einem Median von 10 Monaten weist die Diagnose F1 «Psychische- und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen» eine kurze durchschnittliche Therapiedauer auf. Bei dieser Diagnose kommt überdurchschnittlich häufig – in rund einem Fünftel der Fälle – die Therapieform der Gruppentherapie zur Anwendung.

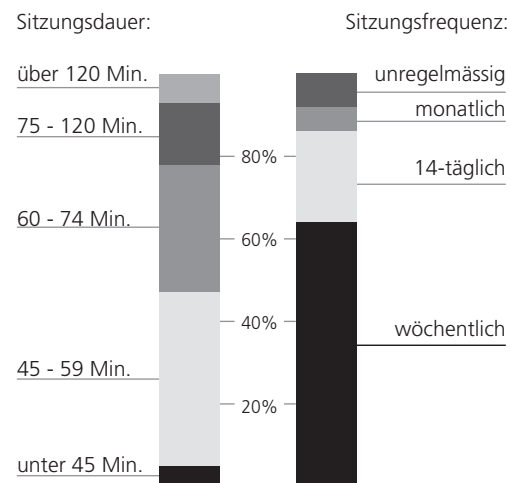
Als nicht signifikant sind die Ergebnisse bei der Diagnose F2 «Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen» einzustufen, die mit einem Median von unter 10 Monaten einen unrealistisch tiefen Wert aufweisen. Der

Grund dafür liegt einerseits in der Untervertretung von Psychiatern in der Erhebung – insbesondere von solchen in klinischen Arbeitssettings – die einen Grossteil der Patienten mit Diagnose F2 und einem langfristigen Therapieverlauf behandeln. Andererseits hat die Fokussierung der Erhebung auf eine Stichprobenwoche einen Einfluss. Die Frage nach der voraussichtlichen Therapiedauer wurde aus der Optik der aktuellen Therapiesituation heraus beantwortet. Sich wiederholende Kriseninterventionen werden unter diesem Gesichtspunkt lediglich einmal, als einzelne, kurze Therapie erfasst und reflektieren nicht den längerfristigen Therapieaufwand oder Therapieverlauf. Auf diesen Sachverhalt verweisen insbesondere die erhöhten Anteile der Kombination von Diagnose F2 und Therapieart «Krisenintervention».

Sitzungsfrequenz und -dauer

Die aktuelle Sitzungsdauer zum Zeitpunkt der Befragung lag bei drei Viertel aller Patienten innerhalb einer Stunde pro Woche, wobei je ein Drittel der Therapien exakt 50 Minuten und ein weiteres Drittel exakt eine Stunde pro Woche dauerten. Intensive Therapien mit wöchentlichen Sitzungsdauern von über 2 Stunden umfassen noch 7 Prozent aller Therapien während andererseits Therapien unter 45 Minuten mit einem Anteil von unter 5 Prozent verhältnismässig selten sind.

Sitzungsdauer und -frequenz A.22



Rund zwei Drittel der Therapien finden ein- oder mehrmals wöchentlich statt, aber auch die 14-tägige Sitzungsfrequenz ist mit einem Anteil von einem Fünftel aller Therapien noch relativ häufig.

ERGEBNISSE TEIL III: THERAPIEMETHODEN

Bei der Interpretation der Ergebnisse über die verwendeten Therapiemethoden, ist zu berücksichtigen, dass nicht alle in der Schweiz praktizierten Therapierichtungen gleichermaßen an der Erhebung beteiligt waren. Die Ergebnisse sind somit nur repräsentativ für einen – wenn auch bedeutenden – Teil des aller Therapeuten der Schweiz. Gewichtete Hochrechnungen, aus denen sich eine Annäherung an gesamtschweizerische Verhältnisse ergibt, sind in Teil IV zu finden.

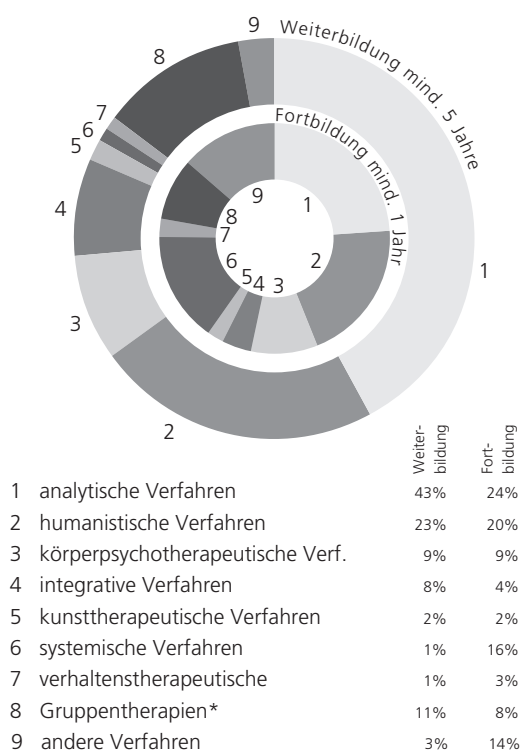
Psychotherapeutische Weiter- und Fortbildung

705 der 1396 der erfassten Therapeuten haben eine oder mehrere psychotherapeutische Weiterbildungen von mindestens fünfjähriger Dauer absolviert und 971 Therapeuten eine Fortbildung von mindestens einem Jahr. Weder eine Fort- noch eine Weiterbildung abgeschlossen hatten lediglich 163 Therapeuten, wobei sich fast alle diese Therapeuten zum Zeitpunkt der Erhebung in einer Weiterbildung befanden.

macht diese Therapierichtung sogar 55 Prozent aus. Das heisst, dass mehr als die Hälfte der Therapeuten, welche eine Weiterbildung absolviert haben, über einen Abschluss in einem analytischen Verfahren verfügen. Am zweithäufigsten vertreten sind die humanistischen Verfahren mit 23 Prozent und die methodenübergreifenden Gruppentherapien mit 23 Prozent.

Bei der Verteilung der mindestens einjährigen Fortbildungen sind deutliche Unterschiede gegenüber den Weiterbildungen sichtbar. Zwar bilden auch hier die analytischen und die humanistischen Verfahren mit 23 beziehungsweise 20 Prozent Anteil an allen abgeschlossenen Fortbildungen die beiden grössten Gruppen. An dritter Stelle befinden sich aber die systemischen Verfahren mit einem Anteil von 15 Prozent und an vierter Stelle die nicht näher spezifizierte «anderen» Verfahren mit 14 Prozent Anteil; beides sind Kategorien, die bei den Weiterbildungen nur eine marginale Rolle spielen.

Psychotherapeutische Weiter- und Fortbildungen A.23



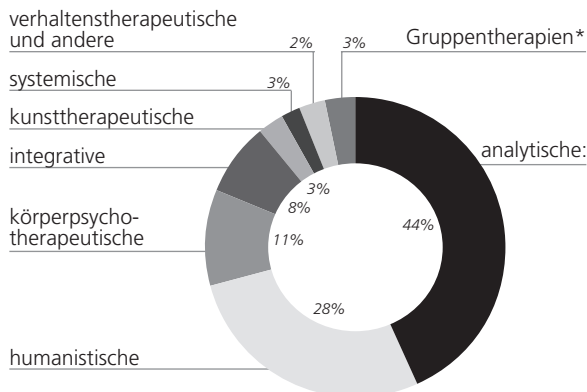
* methodenübergreifend

Bei den abgeschlossenen Weiterbildungen dominieren die analytischen Verfahren mit einem Anteil von 42 Prozent. Bezogen auf die Anzahl Therapeuten mit einer oder mehreren abgeschlossenen Weiterbildungen,

Deklaration der Hauptmethode

Von den 1396 Therapeuten welche sich an der Erhebung «Basisdokumentation» beteiligten (inkl. Psychodrama), konnten oder wollten sich 113 keine Hauptmethode zuordnen. Von den verbleibenden 1283 Therapeuten gaben nahezu die Hälfte – genau 44 Prozent – ein analytisches Therapieverfahren als Hauptmethode an, gefolgt von humanistischen Verfahren mit 28 Prozent, und körperpsychotherapeutischen Verfahren mit 11 Prozent. Als Hauptmethode kaum vertreten waren verhaltenstherapeutische Verfahren, welche weniger als ein Prozent aller Nennungen ausmachten und deshalb mit den nicht näher spezifizierten Verfahren, die zwei Prozent ausmachten, in eine Kategorie zusammengefasst wurden.

Verteilung der Therapeuten nach Hauptmethoden A.24



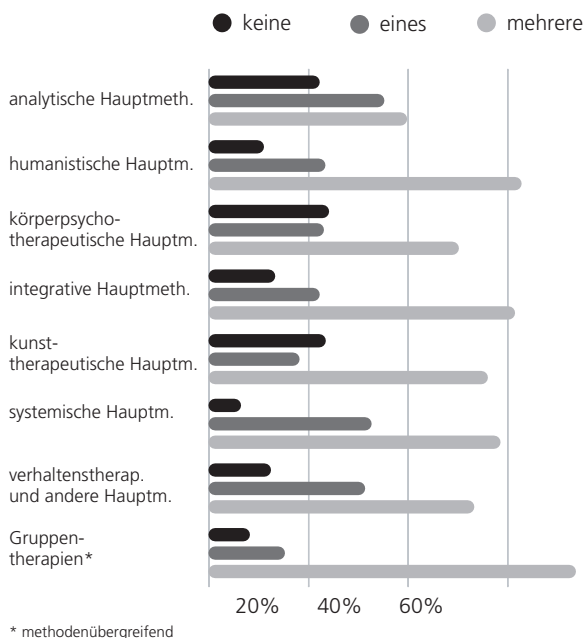
*methodenübergreifend

Medizinisch ausgebildete Therapeuten deklarieren vor allem analytische und körperpsychotherapeutische Verfahren als Hauptmethode. Psychologen mit Hochschulabschluss dominieren bei den humanistischen und den systemischen Verfahren, während bei integrativen und kunsttherapeutischen Verfahren Therapeuten mit anderen Ausbildungen den grössten Anteil ausmachen. Die Erfassung der Hauptmethode ist allerdings kaum geeignet, die tatsächlichen Bedeutung der einzelnen Therapierichtungen zu beschreiben, zumal eine überwiegende Mehrheit der Therapeuten in ihrer Tätigkeit nicht nur ein Verfahren verwendet. Das Ausmass und die Struktur der Integration weiterer Verfahren in die Hauptmethode oder des Durchführens ganzer Therapien mit anderen Verfahren als der Hauptmethode, bedürfen deshalb einer genaueren Analyse.

In die Hauptmethode integrierte Verfahren

Je nach deklariert Hauptmethode verwenden drei Viertel bis über neunzig Prozent der Therapeuten neben der Hauptmethode andere Verfahren in ihrer therapeutischen Tätigkeit. Das Ausmass der Verwendung unterschiedlicher Verfahren ist nicht nur sehr hoch, sondern auch sehr vielfältig. Zwischen 40 und 75 Prozent der Therapeuten kombinieren mehrere Verfahren mit der Hauptmethode.

Neben der Hauptmethode verwendete Verfahren A.25

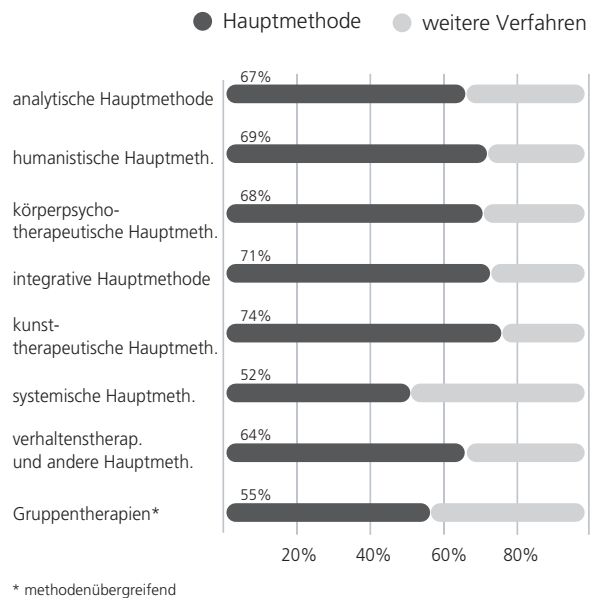


Trotz der insgesamt hohen Zahl der verschiedenen zusätzlich verwendeten Verfahren ist doch auch festzustellen, dass die grösste Gruppe der Therapeuten – jene mit Hauptmethode in einem analytischen Verfahren – zu

rund einem Viertel angibt, keine weiteren Verfahren neben der Hauptmethode zu verwenden. Auch der Anteil der Therapeuten welche mehrere Verfahren hinzuziehen fällt in dieser Gruppe unterdurchschnittlich aus.

Ebenfalls ist festzuhalten, dass der Stellenwert der Hauptmethode grösser ist als derjenige der zusätzlich einbezogenen Verfahren. Zwischen der Hälfte und 75 Prozent der Therapiezeit wird im Hauptverfahren gearbeitet, wobei die höchsten Werte bei den kunsttherapeutischen Verfahren als Hauptmethode registriert wurden, die tiefsten bei den systemischen Verfahren. Damit wird auch deutlich, dass kein direkter Zusammenhang besteht zwischen der Anzahl der integrierten Verfahren und dem Anteil an der gesamten Therapiezeit, welche diese Verfahren beanspruchen. So nutzen beispielsweise die Therapeuten mit analytischer Hauptmethode zusätzliche Verfahren in rund einem Drittel ihrer Therapiezeit und damit recht häufig, obwohl sie zahlenmässig überdurchschnittlich wenige verschiedene Verfahren anwenden. Die Bedeutung der integrierten Verfahren fällt in dieser Gruppe somit höher aus als bei den Therapeuten mit einem humanistischen Verfahren als Hauptmethode, obwohl letztere weitaus mehr verschiedene Verfahren verwenden.

Aufteilung der Therapiezeit (wenn zusätzliche Verfahren zur Hauptmethode beigezogen werden) A.26



Mitbestimmend für diese Unterschiede sind allerdings auch die unterschiedlichen Verflechtungsmuster zwischen den verwendeten Verfahren. Aufschluss über die Durchmischung der Methoden gibt die Verflechtungsmatrix in der folgenden Abbildung (A.27). Dargestellt ist, wie sich – einzeln für jede Hauptmethode – die zusätzlich

verwendeten Verfahren nach ihrer jeweiligen Therapierichtung verteilen. Basis dieser Matrix ist die Deklaration der Therapeuten über die von ihnen verwendeten Therapiemethoden.

Dabei wird sichtbar, dass insbesondere die Anteile der zusätzlich verwendeten Methoden, welche sich der gleichen Therapierichtung zuordnen lassen, wie die Hauptmethode, stark schwanken. Bei den Therapeuten, welche analytische Verfahren als Hauptmethode angaben, sind auch mehr als ein Drittel der neben der Hauptmethode verwendeten Verfahren analytische Verfahren, während bei körperpsychotherapeutischer Hauptmethode in nur 9 Prozent der Fälle auch die verwendeten zusätzlichen Verfahren aus der gleichen Therapierichtung stammen.

Verflechtungsmatrix der Verfahren (I)
(nach Angaben der Therapeuten)

A. 27

	Hauptmethoden							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1	35%	5%	9%	6%	11%	17%	13%	14%
2	11%	30%	27%	24%	29%	23%	30%	19%
3	3%	5%	9%	3%	6%	12%	10%	3%
4	2%	3%	5%	21%	5%	4%	0%	3%
5	1%	3%	3%	3%	0%	2%	0%	2%
6	18%	18%	17%	14%	18%	12%	19%	16%
7	21%	26%	24%	21%	23%	17%	14%	13%
8	10%	9%	6%	8%	8%	13%	13%	29%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

- 1 analytische Verfahren
- 2 humanistische Verfahren
- 3 körperpsychotherapeutische Verfahren.
- 4 integrative Verfahren
- 5 kunsttherapeutische Verfahren
- 6 systemische Verfahren
- 7 verhaltenstherapeutische und andere Verfahren
- 8 Gruppentherapien (methodenübergreifend)

Auffallend ist zudem die unterschiedliche Bedeutung, welche Therapierichtungen als Hauptmethoden und als zusätzlich verwendete Verfahren aufweisen. Vor allem die verhaltenstherapeutischen und die nicht näher spezifizierten anderen Verfahren, welche als Hauptmethode lediglich knapp drei Prozent aller Nennungen ausmachen, erreichen mitunter die höchsten Werte als zusätzlich verwendete Verfahren. Über 20 Prozent der integrierten Verfahren von Therapeuten mit analytischen, humanistischen oder körperpsychotherapeutischen Haupt-

methoden beziehen sich auf diese Kategorie. Ebenfalls eine weit höhere Bedeutung als Nebenmethode denn als Hauptmethode erreichen die systemischen Verfahren.

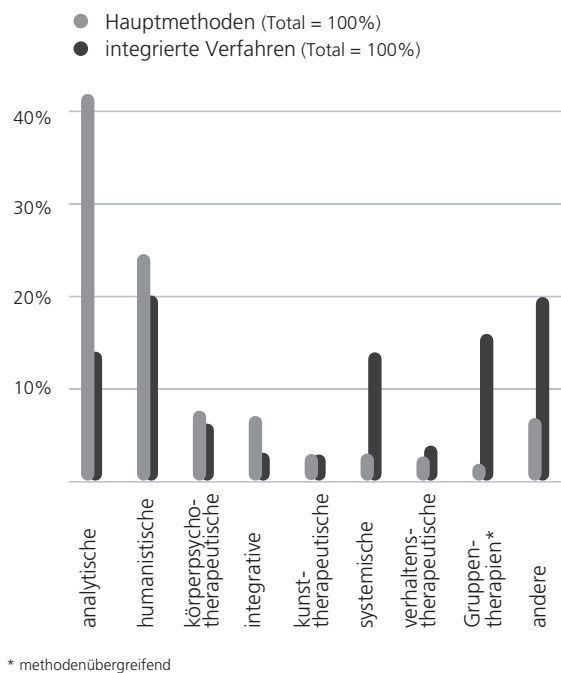
Die analytischen Verfahren, als wichtigste Gruppe bei den Hauptmethoden, sind als integrierte Verfahren bei Therapeuten mit Hauptmethoden aus anderen Therapierichtungen von weit geringerer Bedeutung. Ganz anders die humanistischen Verfahren, welche als zweitgrösste Gruppe bei den Hauptmethoden ebenfalls sehr hohe Anteile bei der Verwendung als zusätzliche Verfahren erlangen. In der zahlenmässig grössten Gruppe, die der Therapeuten mit analytischer Hauptmethode, machen die humanistischen Verfahren allerdings lediglich 11 Prozent der mitverwendeten Verfahren aus.

Die Verfahren in der Stichprobenwoche

Die Angaben der Therapeuten, wie sie die einzelnen psychotherapeutischen Verfahren in ihrer Tätigkeit einsetzen, zeigt zwar die Verbreitung der Verfahren auf, lässt aber nur sehr beschränkte Angaben zu über die tatsächliche Bedeutung der Verfahren. Diese lässt sich weit besser über die rund 16'000 ausgefüllten Patientenfragebögen ermitteln. Die tatsächliche Bedeutung der Methoden hängt im Wesentlichen vom Umfang der Patiententherapien in den einzelnen Methodengruppen und von der Intensität der Verwendung weiterer Verfahren zur Hauptmethode ab. Letztere kann je nach Hauptmethode und den zusätzlich verwendeten Verfahren stark schwanken.

Verteilung der Verfahren bei Patiententherapien
(in der Stichprobenwoche)

A.28



* methodenübergreifend

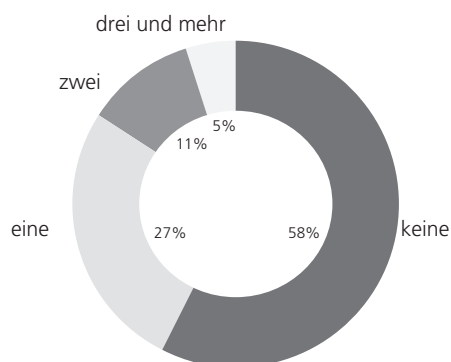
Bei den Hauptmethoden differieren die Angaben der Therapeuten und die Resultate der in der Stichprobenwoche durchgeführten Patiententherapien nur geringfügig. Die analytischen, humanistischen und körperpsychotherapeutischen Verfahren verzeichnen auf der Basis der Patiententherapien geringfügig tiefere Werte als bei den Angaben der Therapeuten zu ihrer Hauptmethode. Bei beiden Quellen machen die analytischen Hauptmethoden gut 40 Prozent, die humanistischen rund einen Viertel und die körperpsychotherapeutischen etwa 10 Prozent aller Angaben aus. Die weiteren Kategorien teilen sich das verbleibende knappe Fünftel, wobei allerdings die Kategorie der nicht näher spezifizierten «anderen» Verfahren auf der Basis der durchgeführten Patiententherapien deutlich grösser ausfällt als bei den Angaben der Therapeuten.

Noch stärker als bei den Therapeutenangaben wird bei jenen zu den Patiententherapien die unterschiedliche Verteilung von Hauptmethoden und weiteren verwendeten Verfahren deutlich. Analytische Verfahren – die wichtigste Kategorie bei den Hauptmethoden – machen als zusätzlich zu einer Hauptmethode verwendete Verfahren nur gerade noch 14 Prozent aller Nennungen aus, während die als Hauptverfahren bedeutungslosen verhaltenstherapeutischen Verfahren mit 16 Prozent der Angaben zur drittichtigsten Kategorie bei den weiteren verwendeten Verfahren werden.

Methodenverflechtung in der Stichprobenwoche (Patiententherapien)

Neben den Angaben der Therapeuten, ob und wie sie verschiedenen psychotherapeutische Verfahren in ihrer Tätigkeit miteinander kombinieren, lässt sich die angewandte Methodenkombination auch anhand der in der Stichprobenwoche durchgeführten Patiententherapien nachvollziehen.

Mitverwendung von weiteren Verfahren (in der Stichprobenwoche) A.29



Durch die unterschiedliche Fragestellung bei Therapeuten und Patienten, ergibt sich – durch die Kombination der beiden Informationsquellen – ein deutlich differenzierteres Bild der methodischen Durchmischung der Tätigkeit der befragten Therapeuten. Rund drei Viertel geben an, in ihrer therapeutischen Tätigkeit mehr als eine Methode zu verwenden. Im Gegensatz dazu ergibt sich aus den Fragen zu den einzelnen Patiententherapien, dass in der Stichprobenwoche die Mehrheit der Therapien ausschliesslich unter Verwendung der Hauptmethode erfolgte.

Die auf den ersten Blick hohe methodische Integration relativiert sich damit deutlich. In der Tat scheinen die Therapeuten bei einzelnen Therapien gezielt mehrere Verfahren einzusetzen, bei der Mehrzahl der Therapien sehen sie aber keinen Anlass, ihre Hauptmethode mit weiteren Verfahren zu kombinieren. Insbesondere ist der Anteil der Therapien, bei denen mehr als ein Verfahren zusätzlich zur Hauptmethode verwendet wurde, mit 16 Prozent eher tief ausgefallen. Dies vor allem vor dem Hintergrund, dass rund 40 Prozent der Therapeuten angaben, mehr als nur eine Nebemethode anzuwenden.

Verflechtungsmatrix der Verfahren (II) (Basis: Patiententherapien in der Stichprobenwoche) A.30

		Hauptmethoden							
		1	2	3	4	5	6	7	8
weitere verwendete Verfahren	1	22%	8%	16%	7%	20%	15%	17%	13%
	2	14%	14%	19%	33%	24%	26%	31%	25%
	3	5%	7%	8%	3%	2%	9%	9%	1%
	4	1%	3%	5%	2%	4%	6%	2%	4%
	5	1%	3%	2%	4%	1%	1%	1%	5%
	6	13%	17%	14%	12%	5%	1%	15%	20%
	7	38%	44%	35%	33%	32%	38%	18%	28%
	8	5%	3%	2%	5%	10%	4%	6%	3%
		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

- 1 analytische Verfahren
- 2 humanistische Verfahren
- 3 körperpsychotherapeutische Verfahren.
- 4 integrative Verfahren
- 5 kunsttherapeutische Verfahren
- 6 systemische Verfahren
- 7 verhaltenstherapeutische und andere Verfahren
- 8 Gruppentherapien (methodenübergreifend)

Bei der Verflechtung der einzelnen Verfahren ergeben sich einige markante Unterschiede zwischen der Einschätzung der Therapeuten, wie sie die Verfahren kombinieren, und den Resultaten die sich aus den konkreten Patiententherapien in der Stichprobenwoche ergaben.

Bei der Betrachtung auf der Basis der Patiententherapien fällt die deutlich höhere Bedeutung auf, die den systemischen sowie den verhaltenstherapeutischen und den nicht näher spezifizierten «anderen» Verfahren als zusätzlich verwendete Verfahren, zukommt. Fast bei sämtlichen Therapeutengruppen ist der Anteil der Therapien, bei denen diese Verfahren integriert wurden grösser, als die Angaben der Therapeuten zur Verwendung dieser Verfahren vermuten liess.

Die umgekehrte Beobachtung stellt sich bei den analytischen und den humanistischen Verfahren ein. Kombinationen von Hauptmethode und weiteren Verfahren, bei der sich beide auf die gleiche Therapierichtung beziehen, wurden von den Therapeuten viel häufiger angegeben, als sie in den Patiententherapien der Stichprobenwoche zu erfassen waren. Der wesentliche Grund für diese Verschiebungen liegt darin, dass die Häufigkeit, nach der sich der einzelne Therapeut für den Einsatz eines weiteren Verfahrens entscheidet, sich je nach Art des zusätzlich mitverwendeten Verfahrens deutlich unterscheidet. Therapeuten welche systemische oder verhaltenstherapeutische Verfahren in ihre Hauptmethoden miteinbeziehen, tun dies in einer weit grösseren Anzahl von Fällen, als Therapeuten welche andere Verfahren zuziehen. Eine Vielzahl von Therapeuten verwendet die Kombination von analytischen oder humanistischen Hauptmethoden mit Verfahren aus der gleichen Therapierichtung. Sie setzen die Kombination aber nur in einer vergleichsweise geringen Anzahl von Therapien ein – wie sich aus der Betrachtung der in der Stichprobenwoche durchgeführten Patiententherapien ergibt – so dass ihre Bedeutung insgesamt abnimmt.

Daraus wird deutlich, dass das Ausmass der Verwendung verschiedener Verfahren bei den einzelnen Therapeuten mindestens ebenso stark von der Art des zusätzlich einbezogenen Verfahrens wie von der Art der Hauptmethode abhängt. Allerdings ist hier auch eine Wahrnehmungsunschärfe nicht auszuschliessen: Die Mitverwendung von Methoden der gleichen Therapierichtung erscheint den Therapeuten wohl weniger deutlich – und wird deshalb weniger oft genannt –, als wenn eine Methode eines anderen Mainstreams zugezogen wird.

Diagnosen und Therapien nach Hauptmethoden

Bei den gestellten Diagnosen nach ICD-10 ergeben sich kaum wesentliche Unterschiede zwischen den Gruppen von Therapeuten mit unterschiedlichen Hauptmethoden.

Die Verteilungen der Diagnosen innerhalb der einzelnen Gruppen folgen durchwegs derjenigen der generellen Verteilung der Diagnosen. Lediglich in zwei Fällen weicht die Verteilung mehr als 5 Prozent von der generellen Verteilung ab: Therapeuten mit körperpsychotherapeutischer Hauptmethode behandeln Patienten mit Diagnose F4 «Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen» mit einer leicht grösseren Häufigkeit (+9 Prozent) während diese Diagnose mit leicht geringerer Häufigkeit (-9 Prozent) von Therapeuten mit Hauptmethode Gruppentherapie (methodenübergreifend) behandelt wird.

Einzelne Therapieformen haben deutliche Schwerpunkte bei Therapeuten mit bestimmten Hauptmethoden. Langzeittherapien machen bei den Therapeuten mit analytischer Hauptmethode einen wesentlich grösseren Anteil aus als bei den anderen Therapeutengruppen. Die Gruppe der Therapeuten mit humanistischer, körperpsychotherapeutischer oder integrativer Hauptmethode zeigen keine Schwerpunkte bei den Therapieformen, diese weichen in ihrer Verteilung nur unwesentlich von der Gesamtverteilung aller Gruppen ab. Die verbleibenden Verfahren zeigen durchgehend geringere Anteile an Langzeittherapien. Systemische Verfahren als Hauptmethode haben einen Schwerpunkt in der Paar- und Familientherapie, kunsttherapeutische Verfahren einen Schwerpunkt bei der Gruppentherapie.

Markante Abweichungen (>10%) von der durchschnittlichen Verteilung der Therapiearten A.31

Hauptmethode:	Paar- und Familientherapie	Langzeittherapie	Gruppentherapie
analytische		+ 11 %	
kunsttherapeutische		- 11 %	+ 10 %
systemische	+ 33 %	- 29 %	
verhaltenstherapeutische und andere		- 12 %	
Gruppentherapien*		- 21 %	+ 27 %

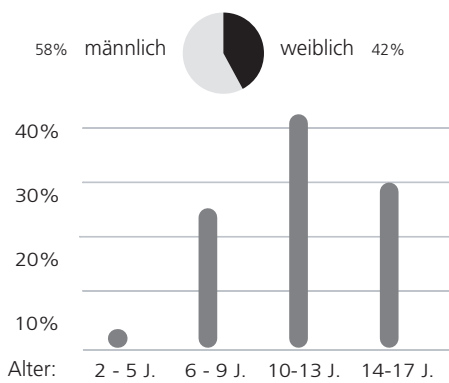
* methodenübergreifend

Kindertherapien wurden bisher nicht separat ausgewiesen, da die Abgrenzung zu anderen Verfahren fließend ist und deren Bedeutung alleine auf der expliziten Deklaration der Therapeuten nur unzureichend erfasst wird. Im folgenden Abschnitt soll das Versäumnis nachgeholt werden.

Kindertherapien

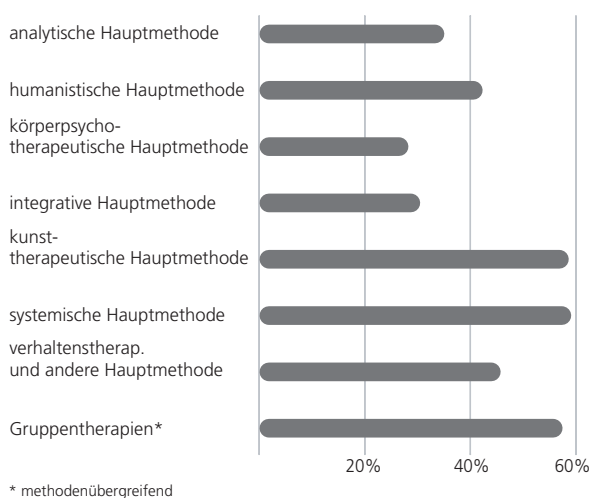
Kinder und jugendliche Patienten unter 18 Jahren machten bei den in der Stichprobenwoche erfassten Therapien rund 14 Prozent aller Patienten aus. Am stärksten vertreten ist dabei die Altersgruppe der 10 bis 13-jährigen, welche über 40 Prozent der jugendlichen Patienten ausmacht. Anders als bei den Erwachsenen ist bei den Kindern und Jugendlichen die Mehrheit der Patienten männlichen Geschlechts.

Demografisches zu den jugendlichen Patienten A.32



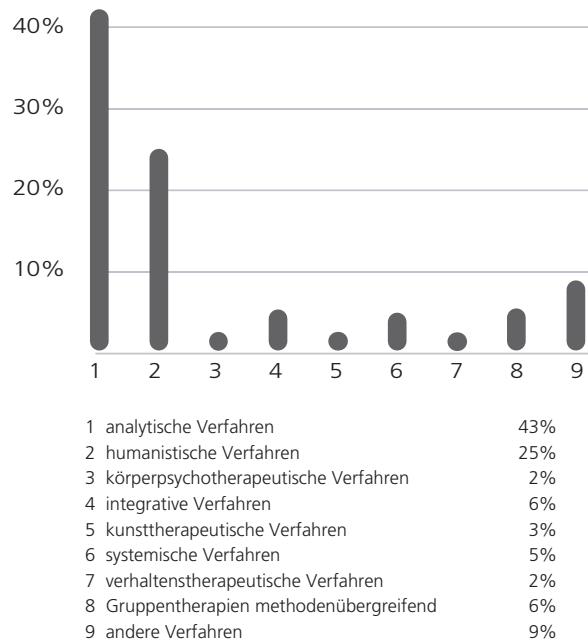
Zwei Drittel der Therapeuten, welche in der Stichprobenwoche Therapien mit Personen unter 18 Jahren durchführten, verfügen über eine abgeschlossene Weiter- oder Fortbildung in Kindertherapie. Aber nur ein geringer Teil dieser Therapeuten geben auch Kindertherapie als Hauptmethode an, diese machen lediglich rund 4 Prozent der erfassten Therapeuten aus. Zu 59 Prozent ordnen sich diese spezialisierten Kindertherapeuten der analytischen Therapierichtung zu, zu 29 Prozent der humanistischen und der Rest der integrativen Richtung.

Therapeuten mit Patienten unter 18 Jahren (nach Hauptmethode und Geschlecht) A.33



37 Prozent aller erfassten Therapeuten gaben an, auch Therapien mit Personen unter 18 Jahren durchzuführen ohne aber spezifisch Kindertherapie als Hauptmethode zu benennen. Ihr Anteil schwankt zwischen den verschiedenen Therapierichtungen beträchtlich. Während sie bei den körperpsychotherapeutischen und bei den integrativen Verfahren lediglich rund 30 Prozent ausmachen, ist ihr Anteil bei den kunsttherapeutischen und bei den systemischen Verfahren rund doppelt so hoch.

Methodenverwendung bei Patienten unter 18 Jahren (Basis: Wochenstundenzahl) A.34



Obwohl die einzelnen Therapierichtungen deutlich unterschiedliche Anteile an Therapeuten aufweisen, welche neben Erwachsenentherapien auch Kindertherapien durchführen, unterscheidet sich die Verwendung der Methoden, welche bei den Therapien von unter 18-jährigen Patienten zur Anwendung kommen, nicht sehr stark von den Therapien bei Erwachsenen. Analytische und körperpsychotherapeutische Verfahren werden bei den Therapien von Kindern und Jugendlichen etwas weniger häufiger verwendet. Sie weisen Anteile am gesamten Methodengebrauch auf, die rund 7 Prozent tiefer liegen als bei der entsprechenden Verteilung im Bereich der Erwachsenentherapien (vgl. Abbildung 40). Häufiger verwendet werden bei Kindern und Jugendlichen humanistische Verfahren und jene, welche in die nicht näher spezifizierte Kategorie «andere Verfahren» fallen.

TEIL IV: APPROXIMATIVE HOCHRECHNUNGEN

Der Psychotherapiebereich entzieht sich in der Schweiz weiterhin einer präzisen statistischen Analyse, wobei die Gründe dafür vielfältig sind. Insbesondere fehlt für quantitative Erhebungen ein detailliertes Berufsregister, auf dessen Basis ein Stichprobenverfahren zur Anwendung kommen könnte. Nach wie vor bleibt deshalb für quantitative Fragestellungen einzig der Weg einer schrittweisen Annäherung an die Realität. Die Resultate von verschiedenen Erhebungen und Quellen müssen puzzleartig zu einem zunehmend differenzierten Bild zusammengefügt werden.

Das sehr umfassende Sample der Erhebung «Basisdokumentation» – rund ein Viertel der Psychotherapeuten der Schweiz war aktiv daran beteiligt – kann in diesem Prozess einen wertvollen Beitrag leisten. Im Vordergrund der Erhebung stand allerdings die Repräsentativität der Resultate bezüglich der einzelnen beteiligten Methoden und nicht die Erfassung des gesamten Psychotherapiebereiches der Schweiz. Die unsichere statistische Repräsentativität der Erhebung für den gesamten Psychotherapiebereich ist bei der Interpretation der Resultate mitzuberücksichtigen.

Im Folgenden werden deshalb die gewonnen Ergebnisse in den Zusammenhang früherer quantitativer Untersuchungen gestellt, um so zu einer gesamtschweizerischen Beurteilung bezüglich der Gesamtleistung des Psychotherapiebereiches und über die dabei verwendeten Therapierichtungen zu gelangen. Dabei ist explizit auf den approximativen Charakter der Ergebnisse zu verweisen: Da es sich nicht um ein methodisch-statistisch abgesichertes Hochrechnungsverfahren handelt, sondern um Hochrechnungen unter plausiblen Annahmen, lässt sich die Präzision der Angaben nur abschätzen. Ebenso hängt sie von der Schärfe der Ergebnisse der weiteren, dafür verwendeten Studien ab.

Leistungserbringer

Im Zuge der Neuregelung des Psychotherapiebereiches haben die Fragen nach gesamtschweizerischen Grössenordnungen bezüglich der Zahl der Leistungserbringer, der gesamten Therapieleistungen und der Struktur dieser Leistungen, einen zentralen Stellenwert. In diesem Zusammenhang entstand die Studie von I. Beeler (Beeler, 2000). Sie vermittelt einen aktuellen Überblick über die Eckwerte im Psychotherapiebereich und beschäftigt sich zudem intensiv mit den anfallenden Kosten und deren zukünftige Entwicklung. Durch die Verbindung dieser Studie mit den Resultaten der Erhebung «Basisdokumentation» lassen sich vielfältige, interessante Differenzierungs- und Vertiefungsmöglichkeiten ableiten.

Die ungefähre Quantifizierung der Anzahl Psychotherapeuten auf der Basis der Studie Beeler ist in Tabelle 4 dargestellt, wobei allerdings darauf hingewiesen werden muss, dass eine grosse Unsicherheit bezüglich der Anzahl psychotherapeutisch tätiger Grundversorger besteht.

Anzahl Therapeuten in der Schweiz (Quelle: Beeler, 2000) T.4

Psychiater mit abgeschlossener Weiter- oder Fortbildung	~ 1650
Mediziner (Grundversorger) mit abgeschlossener Weiter- oder Fortbildung	~ 850
Therapeuten mit Hochschulabschluss in Psychologie und abgeschlossener Weiter- oder Fortbildung	~ 2200
andere ausgebildete Therapeuten mit abgeschlossener Weiter- oder Fortbildung	~ 400
<i>Total</i>	<i>~ 5100</i>

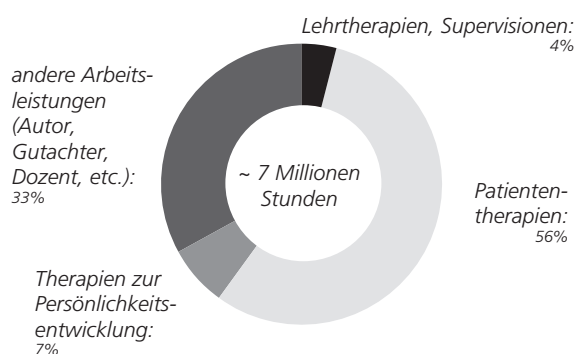
Geht man von dieser Anzahl Psychotherapeuten aus, so wurde durch die Erhebung «Basisdokumentation» rund 27 Prozent aller Therapeuten erfasst, dies allerdings mit grossen Unterschieden bezüglich der einzelnen Gruppen. Bei den medizinisch ausgebildeten Therapeuten mit abgeschlossener psychotherapeutischer Weiter- oder Fortbildung konnte keine klare Trennung zwischen Psychiatern und Grundversorgern gemacht werden. Geht man davon aus, dass es sich bei Therapeuten mit abgeschlossenem Medizinstudium und einem Gesamtvolumen an Patiententherapien von weniger als 10 Wochenstunden um Grundversorger handelt, bei jenen mit mehr als 10 Wochenstunden um Psychiater, so beteiligten sich rund 3 Prozent der Grundversorger und 9 Prozent der Psychiater an der Erhebung. Medizinisch ausgebildete Therapeuten sind somit in der Erhebung deutlich untervertreten. Die Therapeuten mit abgeschlossenem Hochschulstudium in Psychologie beteiligten sich zu 40 Prozent an der Erhebung und waren somit insgesamt übervertreten, wie auch die Therapeuten ohne Hochschulstudium in Psychologie aber mit abgeschlossener psychotherapeutischer Fort- oder Weiterbildung, welche zu über 80 Prozent erfasst wurden.

Für die folgenden Hochrechnungen wurden die Resultate entsprechend der Über- bzw. Untervertretung der einzelnen Therapeutengruppen gewichtet.

Gesamtes Therapievolumen

Die Angaben der Therapeuten über ihre Arbeitstätigkeit lassen sich auf der Basis der Therapeutenzahl zum gesamten Therapievolumen in der Schweiz hochrechnen. Bei den Angaben wurde unterschieden zwischen Patiententherapien (Behandlung von Störungen mit Krankheitswert), Beratungen zur Persönlichkeitsentwicklung und anderen Tätigkeiten, beispielsweise als Dozent, Gutachter, Autor, etc.

Jährliche Arbeitsleistung der Psychotherapeuten A.35



Insgesamt werden – gemäss Hochrechnung der Therapeutenangaben aus der Erhebung «Basisdokumentation» – durch die Psychotherapeuten in der Schweiz Arbeitsleistungen in der Grössenordnung von knapp 7 Millionen Stunden erbracht, wovon etwas mehr als die Hälfte auf Patiententherapien entfällt und etwa 11 Prozent auf Therapien zur Persönlichkeitsentwicklung, Lehrtherapien und Supervisionen. Das ergibt ein Total von rund 4.6 Millionen Stunden psychotherapeutische Leistungen pro Jahr, was ziemlich genau dem von Beeler (Beeler, 2000) ermittelten Wert von 4.5 Millionen Stunden entspricht. Daneben erbringen die Therapeuten rund 2,3 Millionen Stunden nicht-psychotherapeutische Leistungen als Dozent, Gutachter, Autor, etc. oder als unselbständige, nicht-psychotherapeutische Tätigkeiten in Kliniken, Beratungsstellen, Facheinrichtungen etc.

Mit 2.2 Millionen Stunden pro Jahr leisten die medizinisch ausgebildeten Therapeuten über die Hälfte des gesamten Volumens an Patiententherapien, mit 0.25 Millionen Stunden aber nur einen geringen Anteil der Therapien zur Persönlichkeitsentwicklung, Lehrtherapien und Supervisionen. Psychologen mit Hochschulabschluss erbringen mit 1.4 Millionen Stunden zwar etwas weniger Patiententherapien – nämlich 38 % des Totals –, dafür mit über 0.4 Millionen Stunden den grössten Teil an Therapien zur Persönlichkeitsentwicklung, Lehrtherapien und Supervisionen.

Kostenträger-Split

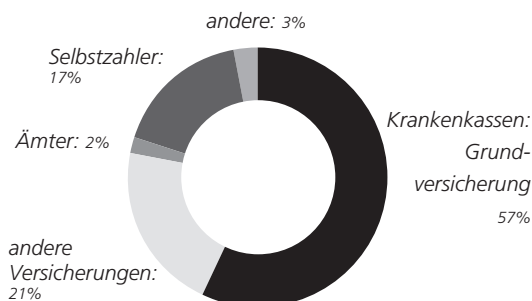
Auf der Basis der hochgerechneten Therapeutenangaben lässt sich auch ein approximativer Kostenträgersplit der psychotherapeutischen Gesamtleistung ermitteln. Da die Therapeuten zum Teil angaben, zu unterschiedlichen Tarifen zu arbeiten, jedoch keine Angaben bestehen, in welchen Bereichen die einzelnen Tarife zur Anwendung kommen, ist dies nur auf Basis der abgegoltenen Therapiestundenzahlen möglich.

57 Prozent der geleisteten Psychotherapiestunden – das entspricht rund 2.5 Millionen Stunden – werden von der Grundversicherung der Krankenkassen übernommen. Diese Leistungen werden zu zwei Dritteln von medizinisch ausgebildeten Therapeuten erbracht und können direkt mit den Kassen abgerechnet werden. Ein Drittel wird in delegierter Therapie durch nichtmedizinische Therapeuten erbracht, die zu 85 Prozent über einen Hochschulabschluss in Psychologie verfügen. Rund 0.9 Millionen Therapiestunden werden durch andere Versicherungen übernommen, wobei die Zusatzversicherung der Krankenkassen im Vordergrund steht, gefolgt von der Invalidenversicherung und den Unfallversicherungen. Fast annähernd so viele Therapiestunden werden von den Patienten selbst bezahlt.

Kostenträger psychotherapeutischer Leistungen

(Basis: Abgegoltene Therapiestunden)

A.36



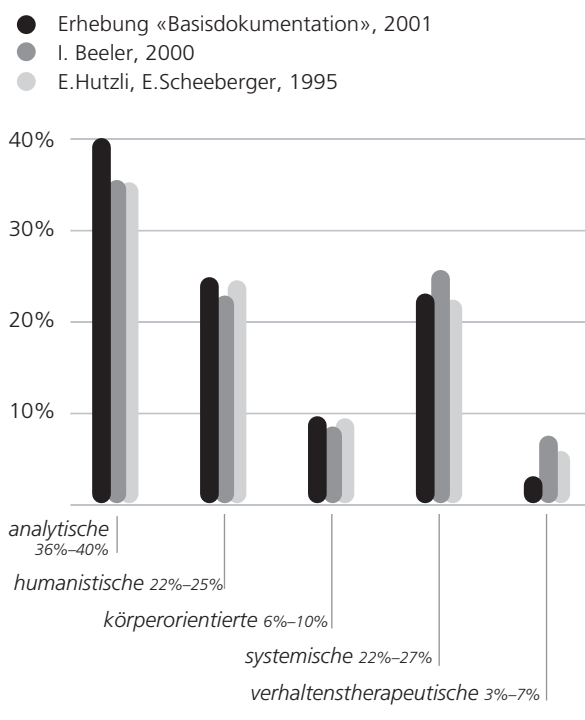
Therapierichtungen

Während bei den Therapieleistungen die Resultate aus der Erhebung «Basisdokumentation» – aufgrund des umfassenden Samples – ein recht genaues Abbild der Realität geben dürften, bestehen bei den zur Anwendung kommenden Therapiemethoden grössere Vorbehalte. Weder wurde das Sample nach einem Zufallsprinzip gebildet, noch wurde angestrebt, alle Therapierichtungen gleichermaßen zu berücksichtigen. Vielmehr ist das Sample das Ergebnis eines Entscheidungsprozesses bei den verschiedenen Ausbildungsinstituten und Interessenverbänden an der gemeinsamen Erhebung teilzunehmen oder nicht. An der Erhebung beteiligte sich eine grosse Zahl von Institutionen aus verschiedenen Therapierich-

tungen, trotzdem ist die Gefahr einer möglichen Einseitigkeit des Samples (Bias) nicht von der Hand zu weisen.

Die einzige Möglichkeit der Einschätzung der Repräsentativität der Ergebnisse besteht darin, diese mit den Resultaten anderer Studien zu vergleichen, bei denen die Repräsentativität explizit angestrebt wurde. Zwei aktuelle vergleichbare Studien bestehen gegenwärtig, diejenige von E. Hutzli und E. Schneeberger aus dem Jahr 1995 (Hutzli, 1995) und jene von I. Beeler aus dem Jahr 2000 (Beeler, 2000). Beide Studien machen Angaben zur Verteilung der psychotherapeutischen Ausbildungen unter den Therapeuten ihres jeweiligen Samples, wobei die Methoden in fünf hauptsächliche Therapierichtungen eingeteilt wurden und mit den Resultaten der Erhebung «Basisdokumentation» vergleichbar sind.

Psychotherapeutische Ausbildung nach Hauptrichtungen A.37



Der Studienvergleich zeigt, dass die, nach der Grundausbildung gewichteten Ergebnisse der Erhebung «Basisdokumentation» bezüglich der psychotherapeutischen Weiter- und Fortbildung der Therapeuten kaum Abweichungen von den beiden anderen Samples aufweisen. Dabei wurden für die Definition der psychotherapeutischen Ausbildung alle mindestens einjährigen Fort- und Weiterbildungen berücksichtigt, da eine Unterscheidung bei der minimalen Dauer von Fort- und Weiterbildungen in den Vergleichsstudien nicht erwähnt ist. Gegenüber den beiden früheren Studien zeigt die Erhebung «Basisdokumentation» erhöhte Anteile an analytischen

Ausbildungen («tiefenpsychologische» in den beiden Vergleichsstudien) und deutlich tiefere Anteile an verhaltenstherapeutischen Weiter- und Fortbildungen. Allerdings weisen die in der Erhebung «Basisdokumentation» befragten Therapeuten ein höheres durchschnittliches Ausbildungsniveau auf, als diejenigen der Vergleichsstudien. Dies dürfte daher rühren, dass das der Erhebung zugrunde liegende Adressmaterial mehrheitlich aus den Mitgliederkarteien von Ausbildungsinstituten stammt. Das heisst, es handelt sich bei den befragten Therapeuten mehrheitlich um die Absolventen der Weiter- und Fortbildungskurse der jeweiligen Institute.

Sowohl bei der Erhebung «Basisdokumentation» als auch bei der Vergleichsstudie von Hutzli und Schneeberger (Hutzli 1995) lässt sich ein gewisser Widerspruch erkennen. Dem hohen Anteil von Therapeuten mit systemischer Weiter- und Fortbildung, steht ein Anteil an typisch systemischen Therapiearten – wie der Paar- und Familientherapie und der Gruppentherapie – von jeweils unter 5 Prozent gegenüber (vgl. Abbildung 10). Dieser Widerspruch deutet darauf hin, dass die Weiter- und Fortbildung der Therapeuten kein wirklich geeigneter Indikator für das tatsächliche Ausmass der Verwendung einzelner Verfahren darstellt.

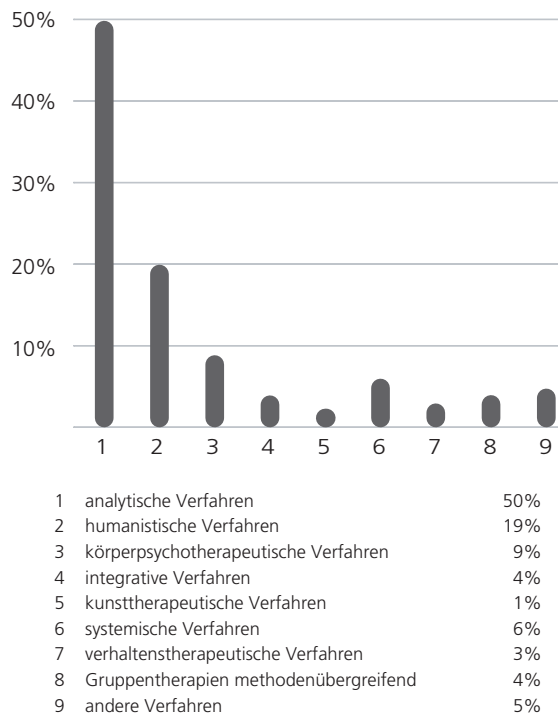
Der Grund für die Abweichung zwischen psychotherapeutischer Ausbildung und dem Einsatz der verschiedenen Verfahren liegt in der Arbeitsweise der Therapeuten. Diese verwenden in rund der Hälfte der durchgeführten Therapien mehr als nur ein Verfahren – was auch ihrer methodenübergreifenden Weiterbildung entspricht. Sie konzentrieren sich aber vorwiegend auf ihre Hauptmethode, die den grössten Teil ihrer therapeutischen Tätigkeit ausmacht. Nun zeigen aber die Verflechtungsmatrizen der Verfahren (vgl. Abbildungen 29 und 32), dass einzelne Verfahren weit öfter als Hauptverfahren – und damit zeitintensiv – Anwendung finden, während andere Verfahren vorwiegend zusätzlich zu einer Hauptmethode mitverwendet werden und damit weit weniger an Therapiezeit in Anspruch nehmen. Als Hauptverfahren werden vor allem solche aus der analytischen und der humanistischen Therapierichtung angewendet. Als zusätzliche Verfahren kommen schwergewichtig systemorientierte und verhaltenstherapeutische Verfahren zur Anwendung.

Die Bedeutung der einzelnen Therapierichtungen lässt sich somit sinnvollerweise nur auf der Basis der Therapiestunden beurteilen, die unter Verwendung des jeweiligen Verfahrens geleistet wurden. Eine approximative Annäherung lässt sich aus der Erhebung «Basisdokumentation» gewinnen, indem die Angaben der Therapeuten über den Einsatz der verschiedenen Verfahren – als Hauptmethode, integriertes Verfahren oder als Verfahren für ganze Behandlungen neben der eigentlichen Hauptmethode – gewichtet auf alle Thera-

peuten hochgerechnet werden. Als Gewichtungsfaktor dient dabei – wie oben dargelegt – die Grundausbildung der Therapeuten nach vier Gruppen (Psychiater, Grundversorger, Psychologen und anders ausgebildete Therapeuten).

Methoden in der psychotherapeutischen Tätigkeit
(Basis: Wochenstundenzahl)

A.38



Bei der Analyse der tatsächlichen Verwendung der Verfahren auf der Basis der Therapiestunden zeigt sich eine klare Dominanz der analytischen Verfahren, welche in rund der Hälfte der gesamten geleisteten Therapiezeit Verwendung finden. Ebenfalls von grosser Bedeutung sind humanistische Verfahren, welche in rund einen Fünftel der gesamten Therapiezeit angewendet werden. Deutliche Unterschiede zur Verteilung der psychotherapeutischen Ausbildungen ergaben sich erwartungsgemäss bei den systemischen Verfahren, in denen zwar viele Therapeuten ausgebildet sind, die aber nur einen geringen Anteil an den gesamten Therapieleistungen ausmachen. Von untergeordneter Bedeutung sind insbesondere die kunsttherapeutischen Verfahren und die verhaltenstherapeutischen Verfahren, welche deutlich unter 5 Prozent der gesamten geleisteten Therapiezeit für sich in Anspruch nehmen können.

Diese Ergebnisse spiegeln sich auch in den Ergebnissen der Auswertung der rund 16'000 Patientenfragebögen. Unter der Annahme, dass jedes integrierte Verfahren kumulativ einen Viertel der Therapiezeit des Hauptverfahrens in Anspruch nimmt (das ergibt bei 1 zusätzlich verwendeten Verfahren eine Verteilung von 75% Hauptmethode zu 25% zusätzliches Verfahren, bei 2 integrierten Verfahren ein Verhältnis von 50%:50%, etc.), resultieren nahezu identische Ergebnisse wie bei den Therapeutenangaben. Die grössten Abweichungen ergeben sich bei den systemischen Verfahren, welche auf der Basis der Patiententherapien in der Stichprobenwoche rund 2 Prozent schwächer abschneiden als bei den Therapeutenangaben, während die nicht näher spezifizierten «anderen» Verfahren, um rund 4 Prozent besser abschneiden.

LITERATUR:

- Beeler I.: Psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz. Abteilung Medizinische Ökonomie des Universitätsspitals Zürich und des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin; (unveröffentlicht) 2000.
- Buchmann R., Schlegel M., Vetter J.: Die Eigenständigkeit der Psychotherapie in Wissenschaft und Praxis. In: Pritz A. (Hrsg.): Psychotherapie - eine neue Wissenschaft vom Menschen. Wien, New York: Springer 1996.
- Hutzli E. Schneeberger E.: Die Psychotherapeutische Versorgung in der deutschen Schweiz, Eine Umfrage bei psychotherapeutisch tätigen Personen. Band I, (Lizenziatsarbeit Universität Bern) 1995.
- Mattanza G.: Kriterien zur Standardisierung der Prüfung von: Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Psychotherapiemethoden; Bundesamt für Sozialversicherung; 5. Entwurf; Bern 1998
- Mattanza G. et. al.: Jungianer und Psychotherapieforschung, (unveröffentlicht), 1995.
- Schweizer M. Buchmann R. Schlegel M. Schulthess P.: Struktur und Leistung der Psychotherapieversorgung in der Schweiz. Eine Erhebung der Schweizer Charta für Psychotherapie. In: Psychotherapieforum, Nr. 3, Springer Verlag, Wien 2002.
- Ueberlacher S. et. al.: Versorgungsdokumentation Psychodrama Helvetia, (unveröffentlicht) 2002.
- Ventling C.: Die Psychotherapeut der Schweizerischen Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie (SGBAT), (unveröffentlicht) 1998.

3

Silvia Ess
Thomas D. Szucs

KOSTEN DER PSYCHOTHERAPIE IN DER SCHWEIZ UND SZENARIEN ZUR KOSTENENTWICKLUNG

Die Studie wurde erstellt im Auftrag des
Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV)

ZUSAMMENFASSUNG

Psychische Störungen sind in der Bevölkerung weit verbreitet. Nicht alle haben jedoch Krankheitswert oder sind psychiatrisch oder psychotherapeutisch behandlungsbedürftig. Der Anteil der Therapiebedürftigen, die bereit sind, beim Wegfall von externen Barrieren (Distanz zum Therapeuten, Eigenfinanzierung oder Kostenbeteiligung) sich psychotherapeutisch behandeln zu lassen, liegt je nach Autor zwischen 2% und 5.3% der Bevölkerung. Im Jahr 2000 gab es in der Schweiz zwischen 129'000 und 164'000 (Mittelwert 146'000) Personen, die eine Psychotherapie in Anspruch nahmen (das entspricht zwischen 1.72% und 2.27% der Bevölkerung). 65% davon wurden von Ärzten behandelt (drei Viertel davon von Psychiatern FMH), 35% von nichtmedizinischen Psychotherapeuten. Auf die Schweiz hochgerechnet werden von Psychiatern 1.81 Mio. (1.68 – 1.95), von nichtmedizinischen Psychotherapeuten mit Universitätsabschluss in Psychologie (NMPP) 1.31 Mio. (1.18 – 1.44), von nichtmedizinischen Psychotherapeuten (NMPO) mit Abschluss der Hochschule für angewandte Psychologie (HAP) 0.35 Mio. (0.28 – 0.42), von den übrigen nichtmedizinischen Psychotherapeuten (NMPO) 0.26 Mio. (0.21 – 0.31) und von den Grundversorgern 0.78 Mio. (0.66 – 0.91) Stunden Psychotherapie geleistet, also insgesamt rund 4.52 Mio. Sitzungen à 60 Minuten.

Die Kosten beliefen sich dabei auf insgesamt 579 Mio. CHF, wovon 396 Mio. CHF von der Grundversicherung übernommen wurden.

In unseren Szenarien haben wir angenommen, dass die Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen über 10 Jahre zwischen 30% und 50% wachsen wird, wenn externe Barrieren entfallen. Somit würde sich ein Anteil von zwischen 2.15% und 3.04% der schweizerischen Gesamtbevölkerung in psychotherapeutischer Behandlung befinden.

Eine Integration der nichtmedizinischen Psychotherapeuten in das heutige System würde sofortige Mehrausgaben für die Grundversicherung in der Höhe von 80 – 100 Mio. CHF bedeuten. In den 10 folgenden Jahren erhöht sich beim Szenario „Mässige Zunahme“ die Anzahl Patienten, die jährlich eine Psychotherapie anfangen von 146'000 auf 190'600 (plus 30%). Weil nichtmedizinische Therapeuten die zusätzlichen Patienten behandeln und diese vorwiegend Therapien durchführen, die sich über eine längere Zeit ausdehnen, erhöht sich die Anzahl Therapiestunden zu Lasten der Grundversicherung im gleichen Zeitraum von 4.3 Mio. auf etwa 6.5 Mio. Die Kosten für die Grundversicherung werden in diesem Szenario innerhalb von 10 Jahren bei konstanten Preisen von 495 Mio. auf 722 Mio. CHF steigen, was ein jährliches Wachstum von 3.9% bedeutet.

Beim Szenario „Starke Zunahme“ erhöht sich die Anzahl Patienten, die jährlich eine Psychotherapie anfangen, innerhalb von 10 Jahren von 146'000 auf 218'200 (plus 50%), die Anzahl Therapiestunden zu Lasten der Grundversicherung von 4.3 Mio. auf etwa 7.8 Mio. und die Kosten für die Grundversicherung von 495 Mio. auf ca. 864 Mio. CHF, was ein jährliches Wachstum von 5.7% bedeutet.

EINLEITUNG

Psychische Störungen sind in der Bevölkerung weit verbreitet. Die jährliche Prävalenz liegt je nach Autor* und Definition der psychischen Störung bei 20.9% (Office, 2001) bis 32.8% (Kringlen, 2001) der Bevölkerung. Diese relativ grosse Spanne ist auf geographische und länderspezifische Unterschiede sowie unterschiedliche Definitionen und Erfassungsmethoden zurückzuführen. Obwohl für die Schweiz keine spezifischen epidemiologischen Studien vorliegen, darf man von ähnlichen Prävalenzraten ausgehen, was auch in einem Positionspapier der Fachvertreter universitärer Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und Psychotherapie zum Ausdruck kommt (Borgeat, 2000). Das bedeutet, dass zwischen einem Fünftel und einem Drittel der Bevölkerung an psychischen Störungen leidet.

Nicht alle diese Störungen haben jedoch Krankheitswert oder sind psychiatrisch oder psychotherapeutisch behandlungsbedürftig. Nach verschiedenen Schätzungen sind zwischen 12.3% (Bebbington, 1997) und 15.6% (Linden, 1996) der Bevölkerung therapiebedürftig. Die Festlegung der Behandlungsbedürftigkeit ist heikel; sie wird von den verschiedenen Beteiligten unterschiedlich beurteilt. So können sich Betroffene selbst als behandlungsbedürftig einschätzen, Experten aber diese Behandlungsbedürftigkeit verneinen. Umgekehrt stellt der Experte einen Behandlungsbedarf fest, die Betroffenen selbst halten sich aber nicht für behandlungsbedürftig. Personen des sozialen Umfelds können den expertendefinierten Behandlungsbedarf unterstützen oder verneinen. Fachleute in angrenzenden Bereichen (Allgemeinmediziner, Fachkräfte in Beratungsinstitutionen) können ebenfalls die Behandlungsbedürftigkeit unterschiedlich einschätzen.

Aus verschiedenen Gründen werden somit nicht alle als behandlungsbedürftig eingestuft Personen eine Psychotherapie antreten. Krankheitsimmanente, persönliche sowie soziale Gründe können Betroffene davon abhalten, psychotherapeutische Angebote anzunehmen. Alter, Geschlecht und Ausbildung sind modulierende Faktoren, welche die Therapiemotivation und die Rate der Inanspruchnahme beeinflussen, aber auch andere externe Faktoren wie die Arbeitslosenquote und mangelnde finanzielle Ressourcen können die Bereitschaft, eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch zu nehmen, stark beeinflussen (Löcherbach, 2000). Dazu ist zu bemerken, dass aus mehreren der oben genannten Gründe die Rate der Inanspruchnahme psychiatrischer und / oder psychotherapeutischer Dienste in ländlichen und städtischen Regionen unterschiedlich ist. Auch bei idealer Verfügbarkeit geeigneter Psychotherapeuten und bei genügenden Ressourcen finanzieller und persönlicher Art würden ein Teil dieser Personen keine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen (Riedel, 1989).

Der Anteil der Therapiebedürftigen, die bereit sind, beim Wegfall von externen Barrieren (Distanz zur Therapie, selbst Entrichtung von Honoraren oder Kostenbeteiligung) sich psychotherapeutisch behandeln zu lassen, liegt je nach Autor zwischen 2% (Schmid, 1992) und 5.3% (Meyer, 1991) der Bevölkerung. Löcherbach et al. (Löcherbach, 2000) haben zur Ermittlung des ambulanten psychotherapeutischen Bedarfs in Deutschland zur Anzahl der in Behandlung stehenden Patienten einen Zuschlag von 30% bis 50% vorgeschlagen. Auf dieser Basis wurden die Szenarien zur Kostenevolution bei Integration der nichtmedizinischen Psychotherapeuten in die Leistungspflicht der obligatorischen Krankenversicherung berechnet.

* Zugunsten einer besseren Lesbarkeit wird in diesem Dokument die männliche Sprachform verwendet. Die Gleichheit beider Geschlechter ist selbstverständlich.

KOSTEN DER PSYCHOTHERAPIE IN DER SCHWEIZ

Psychotherapie wird in der Schweiz sowohl von ärztlichen wie auch von nichtmedizinischen Therapeuten geleistet. Ärztliche Psychotherapie wird von Ärzten mit einem FMH-Titel in Psychiatrie und von Grundversorgern geleistet. Als Grundversorger werden Ärzte mit den FMH-Titeln „Allgemeinmedizin“ oder „Innere Medizin“, sowie solche, welche ohne FMH-Titel praktizieren, verstanden. Nichtmedizinische Psychotherapeuten sind Psychotherapeuten mit einem Universitätsstudium in Psychologie, Psychotherapeuten mit einer Ausbildung an der Hochschule für Angewandte Psychologie und solche, welche eine psychotherapeutische Ausbildung im Anschluss an eine nichtpsychologische Erstausbildung absolviert haben (z.B. Pädagogisches Grundstudium).

Bisher wird laut Krankenpflege-Leistungsverordnung lediglich die ärztliche Psychotherapie von den Grundversicherungen übernommen, Leistungen von nichtmedizinischen Psychotherapeuten hingegen nur dann, wenn es sich um eine ärztlich delegierte Psychotherapie handelt.

Nach der Studie von Beeler und Szucs (Beeler, 2001) waren im Jahr 2000 1633 Psychiater, 2332 Grundversorger (das sind 37.1% aller Grundversorger) sowie 2616 nichtmedizinische Psychotherapeuten psychotherapeutisch tätig. Von den 2616 nichtmedizinischen Psychotherapeuten hatten 1674 ein universitäres Psychologiestudium absolviert, 539 die Hochschule für angewandte Psychologie HAP besucht und 403 einen anderen Ausbildungsweg beschritten.

Psychiater arbeiten pro Woche im Mittel 25.25 Stunden (95%-Konfidenzintervall 23.35-27.15) psychotherapeutisch, nichtmedizinische Psychotherapeuten mit einem universitären Abschluss in Psychologie (NMPP) 17.81 Stunden (95%-K.I. 16.04-19.59), nichtmedizinische Psychotherapeuten ohne universitären Abschluss in Psychologie (NMPO) 14.76 Stunden (95%-K.I. 11.96-17.55). Psychotherapeutisch tätige Grundversorger (GV) arbeiten pro Woche 7.64 Stunden pro Woche (95%-K.I. 6.45-8.82) psychotherapeutisch.

Auf die Schweiz hochgerechnet werden von Psychiatern 1.81 Mio. (1.68-1.95), von NMPP 1.31 Mio. (1.18-1.44), von NMPO mit HAP-Abschluss 0.35 Mio. (0.28-0.42), von den übrigen NMPO 0.26 Mio. (0.21-0.31) und von den GV 0.78 Mio. (0.66-0.91) Stunden Psychotherapie geleistet, also insgesamt rund 4.52 Mio. Sitzungen à 60 Minuten.

Psychotherapeutische Leistungen

Ebenfalls nach dieser Studie wurden im Jahr 2000 zwischen 129'000 und 164'000 (Mittelwert 146'000) Personen psychotherapeutisch behandelt, das entspricht 2.1% der Bevölkerung. 40% davon wurden von Ärzten mit FMH in Psychiatrie behandelt, durchschnittlich 29 Stunden pro Patient. GV haben 24% der Patienten während durchschnittlich 23 Stunden behandelt. NMPP behandelten 25% der Patienten während durchschnittlich 49 Stunden. Die restlichen 11% der Patienten wurden von NMPO während durchschnittlich 19 Stunden behandelt.

Kosten der geleisteten Psychotherapie

Die Kosten, die sich auf der Grundlage der erhobenen Daten und den getroffenen Annahmen für die Gesamtschweiz errechnen lassen, belaufen sich auf insgesamt 579 Mio. CHF, wovon 396 Mio. CHF von der Grundversicherung übernommen werden.

Die Aufteilung der Finanzierung zwischen den verschiedenen Kostenträgern ist in Tabelle 1 nach den verschiedenen Berufsgruppen aufgedgliedert dargestellt. Die Psychiater sind diejenigen Psychotherapeuten, die zum grössten Teil über die Grundversicherung entschädigt werden und zwar zu 94%. Bei den NMPO werden bereits jetzt 27-30% über die Grundversicherung abgegolten, der Rest verteilt sich vor allem auf die Patienten selber und auf die Zusatzversicherungen. Bei den Ärzten werden 90% über die Grundversicherung bezahlt.

Prozentuale Aufteilung der Psychotherapiekosten unter den verschiedenen Finanzierern

Tabelle 1

	Krankenkassen:		Patient	Invalidenversicherung	Unfallversicherung	Andere	Total
	Grundversicherung	Zusatzversicherung					
• Psychiater	94.2%	1.4%	2.9%	1.2%	0.4%	0%	100%
• Allgemeinärzte und Internisten	90.4%	3.5%	3.9%	0.8%	1.0%	0.4%	100%
• Psychologen, Psychotherapeuten	26.9%	33.0%	27.5%	7.2%	0.9%	4.4%	100%
• Nicht Psychologen	29.8%	33.1%	33.9%	2.1%	0.7%	0.5%	100%

KOSTENEVOLUTION BEI INTEGRATION DER NICHTMEDIZINISCHEN PSYCHOTHERAPIE IN DIE OBLIGATORISCHE KRANKENVERSICHERUNG

Die Kostenevolution bei Integration der nichtmedizinischen Psychotherapie in den Leistungskatalog der Grundversicherung würde in zwei Schritten erfolgen:

Mit dem Inkrafttreten einer entsprechenden gesetzlichen Regelung würden Leistungen über die Grundversicherung abgerechnet werden, welche vorher nicht im Leistungskatalog enthalten waren. Dieser Kostenschub ist bei den untersuchten Szenarien identisch und nur von der konkreten Ausgestaltung der gesetzlichen Regelung abhängig. In der Folge werden mehr Personen psychotherapeutische Leistungen in Anspruch nehmen und mehr Psychotherapeuten ihre Leistungen an die Grundversicherung fakturieren.

Es ist schwierig zu prognostizieren, wie viele Leistungserbringer es in der Zukunft auf dem Markt geben wird. Mehrere Faktoren werden in den nächsten Jahren die Anzahl der Leistungserbringer beeinflussen. Die wichtigsten davon sind:

- Die bilateralen Verträge mit der EU und die damit verbundene Freizügigkeit könnten dazu führen, dass ärztliche wie auch nichtmedizinische Psychotherapeuten aus dem europäischen Raum sich in der Schweiz niederlassen und eine Praxis eröffnen.
- Um diese Evolution zu beeinflussen, können die Behörden die Praxisbewilligungspolitik ändern, sogar einen Praxiseröffnungsstopp verhängen, der gleichermaßen Schweizer wie Nicht-Schweizer, ärztliche und nichtmedizinische Psychotherapeuten betreffen kann.
- Die Integration der nichtmedizinischen Psychotherapeuten in der Leistungspflicht der obligatorischen Krankenversicherung könnte selbst ein Anreiz dafür sein, das Studium der Psychologie an einer Universität oder Hochschule zu beginnen.
- Eine solche Integration könnte auch ein Anreiz dafür sein, dass ausgebildete aber nicht praktizierende Psychotherapeuten ihren aktuellen Beruf verlassen, sich weiterbilden und mittelfristig eine Praxis eröffnen.
- Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs zwischen Krankenkassen und praktizierenden Ärzten, von der heute viel gesprochen wird, könnte ebenfalls die Anzahl nichtmedizinischer praktizierender Psychotherapeuten stark beeinflussen.

Es ist anzunehmen, dass sich bei Aufnahme der nichtmedizinischen Psychotherapie in den Leistungskatalog der Krankenversicherung der Kreis der Leistungserbringer erweitert, und dass deshalb die Versorgung mit praktizierenden Psychotherapeuten gewährleistet sein wird.

Für die Berechnung der damit zu erwartenden Kosten sind wir deshalb vom Volumen der zu erwartenden Psychotherapiestunden ausgegangen und haben uns deshalb auf die Evolution der Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen konzentriert. Wir glauben, dass für die Evolution der Kosten die Anzahl Personen, die das Angebot in Anspruch nehmen werden wichtiger sein wird, als die Anzahl Leistungserbringer.

Methoden

Für die Voraussage der Kostenentwicklung in der Psychotherapie haben wir zwei Szenarien entwickelt. Sie unterscheiden sich in der Entwicklung der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen.

Dem mathematischen Modell liegen folgenden Annahmen zugrunde:

1. Das Gesundheitssystem bleibt unverändert (keine Änderung des Krankenversicherungsgesetzes KVG, keine Aufhebung des Vertragszwangs)
2. Das Honorar von ärztlichen und nichtmedizinischen Therapeuten bleibt unverändert.
3. Zugelassen werden ärztliche Psychotherapeuten, Grundversorger sowie nichtmedizinische Psychotherapeuten mit einem Universitäts- oder Hochschulabschluss in Psychologie und 5 Jahren Weiterbildung.
4. Die Anzahl der Patienten von Psychiatern, GV und NMPO deren Leistungen weiterhin von der Grundversorgung ausgeschlossen sind bleiben konstant. Der Zuwachs an Patienten erfolgt ausschliesslich bei NMPP und NMPO, welche neu an die Grundversicherung abrechnen können.
5. Es besteht für alle Kategorien ein Selbstbehalt von 10 Prozent.

Für unsere Studie gehen wir von gleichbleibenden Honoraren pro Stunde aus (CHF 150 für den Psychiater, CHF 110 für den allgemeinen Arzt, CHF 115 für den anerkannten Psychologen).

Leistungserbringer, Patientenzahl, Behandlungsdauer und Stundensatz (2000)

Tabelle 2

	% der Patienten	Anzahl Patienten	Stunden	Stunden / Patient	Stundensatz
Psychiater	40	58'400	1'700'000	29	150.–
Grundversorger	24	35'040	800'000	23	110.–
anerkannte Therapeuten	25	36'500	1'800'000	49	115.–
nicht anerkannte Therapeuten	11	16'060	300'000	19	

Wir haben zwei Szenarien durchgerechnet basierend auf der Entwicklung der Inanspruchnahme im Falle eines erweiterten Angebots. Als Basis dieses Modells diente das deutsche Forschungsprojekt von Löcherbach und Kollegen „Patientenorientierte Bedarfsermittlung und –planung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung“, das im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Zeitraum 01.01.1996 bis 31.03.1999 durchgeführt wurde. Grundlage des Projektes war das Psychotherapeutengesetz. Durch das Psychotherapeutengesetz wurden neben den ärztlichen auch die psychologischen Psychotherapeuten ab dem 01.01.1999 in die Organisationsform der vertragsärztlichen Versorgung integriert.

Das Szenario „Mässige Zunahme“ geht von der Annahme aus, dass die Inanspruchnahme in 10 Jahren um 30% steigt, wenn externe Barrieren entfallen; das Szenario „Starke Zunahme“ rechnet mit einer Zunahme der Inanspruchnahme in 10 Jahren um 50%. Dies entspricht dem minimal bzw. maximal vorgeschlagenen Zuschlag von Löcherbach et al (Löcherbach, 2000).

Sofortiger Effekt auf die Gesundheitskosten

Die psychotherapeutische Behandlung, die durch ärztliche Psychotherapeuten durchgeführt wird, wird zu 90% bis 95% von der Grundversicherung übernommen, der Rest von der IV und anderen sozialen Versicherungen. Hier werden keine Änderungen erwartet.

Leistungen von nichtmedizinischen Psychotherapeuten werden als delegierte Psychotherapie (von der Grundversicherung übernommen) oder in selbständiger Praxistätigkeit durchgeführt. Nach den Schätzungen von Beeler und Szucs übernahm die Grundversicherung im Jahr 2000 etwa 396 Mio. CHF (95% Konfidenzintervall (KI): 383-410 Mio.). Zusätzliche 80 Mio. CHF (95% KI: 76-83 Mio. CHF) wurden von Zusatzversicherungen bezahlt, 76 Mio. CHF (95% KI: 73-80 Mio. CHF) durch die Patienten selbst, der Rest durch andere soziale Versicherungen. Mehrere Studien (Beeler, 2001/ Hutzli, 1995/

Ruckstuhl, 1990) weisen darauf hin, dass mindestens 80% der nichtmedizinischen Therapeuten über die notwendige Weiterbildung und Erfahrung verfügen. Es ist deshalb anzunehmen, dass ein grosser Teil der Beiträge der Zusatzversicherung und der von den Patienten selbst übernommenen Kosten neu durch die Grundversicherung übernommen werden, was Mehrkosten für die Grundversicherung von etwa 100 Mio. CHF bedeutet. Auch C. Baltensperger machte 1996 in ihrer Dissertation bei einer Integration der nichtmedizinischen Psychotherapie in die Grundversorgung ähnliche Schätzungen. Laut Baltensperger würden bei Integration der Psychotherapeuten mit universitärem Psychologiestudium der Grundversicherung Zusatzkosten von ca. 165 Mio. CHF entstehen.

Szenarien zur weiteren Entwicklung

Beim Szenario „Mässige Zunahme“ erhöht sich die Anzahl Patienten, die jährlich eine Psychotherapie anfangen von 146'000 in 10 Jahren auf 190'600 (plus 30%) (Grafik 1). Weil nichtmedizinische Therapeuten die zusätzlichen Patienten behandeln und vorwiegend Therapien durchführen, die sich über eine längere Zeit ausdehnen, erhöht sich die Anzahl Therapiestunden zu Lasten der Grundversicherung im gleichen Zeitraum von 4.3 Mio. auf etwa 6.5 Mio. (Grafik 2). Die Kosten für die Grundversicherung werden in diesem Szenario innerhalb von 10 Jahren bei konstanten Preisen von 495 Mio. auf 722 Mio. CHF steigen, was ein jährliches Wachstum von 3.9% bedeutet.

Beim Szenario „Starke Zunahme“ erhöht sich die Anzahl Patienten, die jährlich eine Psychotherapie anfangen, innerhalb von 10 Jahren von 146'000 auf 218'200 (plus 50%), die Anzahl Therapiestunden zu Lasten der Grundversicherung von 4.3 Mio. auf etwa 7.8 Mio. und die Kosten für die Grundversicherung von 495 Mio. auf ca. 864 Mio. CHF, was ein jährliches Wachstum von 5.7% bedeutet.

Aktuelle Kostensituation (2000, in Millionen CHF)

Tabelle 3

	Kosten total: (in Mio. CHF)		Die Therapiekosten werden getragen durch:					
	Mittelwert	95% K.I.	Grundversicherung		Patienten		Zusatzversicherung	
			Mittelwert	95% K.I.	Mittelwert	95% K.I.	Mittelwert	95% K.I.
Psychiater	272.4	267.0 - 279.7	256.4	251.2 - 263.2	7.9	7.7 - 8.1	3.8	3.7 - 3.9
Grundversorger	86.2	81.5 - 91.0	78.0	73.7 - 82.2	3.4	3.2 - 3.5	3.0	2.9 - 3.2
Psychologen	152.0	146.8 - 157.3	40.9	39.5 - 42.3	41.8	40.4 - 43.3	50.2	48.5 - 51.9
HAP	39.2	36.4 - 42.0	11.7	10.8 - 12.5	13.3	12.3 - 14.2	13.0	12.1 - 13.9
Andere	29.3	27.2 - 31.4	8.7	8.1 - 9.4	9.9	9.2 - 10.6	9.7	9.0 - 10.4
Kosten total	579.3	559.0 - 601.4	395.7	383.4 - 409.6	76.3	72.9 - 79.8	79.7	76.1 - 83.3

DISKUSSION

Aufgrund der Studie von Beeler und Szucs (Beeler, 2001) gab es in der Schweiz im Juni 2000 zwischen 129'000 und 164'000 (Mittelwert 146'000) Personen, die eine Psychotherapie in Anspruch nahmen, das sind zwischen 1.72% und 2.27% der Bevölkerung. In unseren Szenarien haben wir angenommen, dass die Inanspruchnahme über 10 Jahre zwischen 30% und 50% wachsen wird, da externe Barrieren entfallen. Somit würde sich ein Anteil von zwischen 2.15% und 3.04% der schweizerischen Gesamtbevölkerung in psychotherapeutischer Behandlung befinden (dies unter der Annahme eines Nullwachstums bei der Anzahl Einwohner der Schweiz). Solche Zahlen scheinen realistisch zu sein: In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1997, die im Auftrag des Bundesamtes für Statistik unter zufällig ausgewählten 13'000 Einwohner der Schweiz gemacht wurde, wurde unter anderem gefragt, ob man wegen psychischer Probleme in Behandlung sei. 4.1% der Befragten haben die Frage bejaht. Es ist darauf hinzuweisen, dass davon mit Sicherheit nicht alle Antwortenden psychotherapeutisch behandelt wurden, da auch medikamentöse Behandlungen mit erfasst wurden. Von den Antwortenden waren 36.2% in Behandlung beim Hausarzt, was die Meinung der Schweizer Fachvertreter bestätigt, «dass rund 30% der erwachsenen Bevölkerung und der Kinder und Jugendlichen, die sich in ärztliche Behandlung begeben, behandlungsbedürftige psychische Störungen aufweisen» (Borgeat, 2000).

In der vorliegenden Studie sind wir von der Nachfrage und von der Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen ausgegangen und haben das geschätzte Volumen errechnet. Wir glauben, dass für die Kostenentwicklung die Inanspruchnahme massgebender ist als die Anzahl und Zunahme der Leistungserbringer.

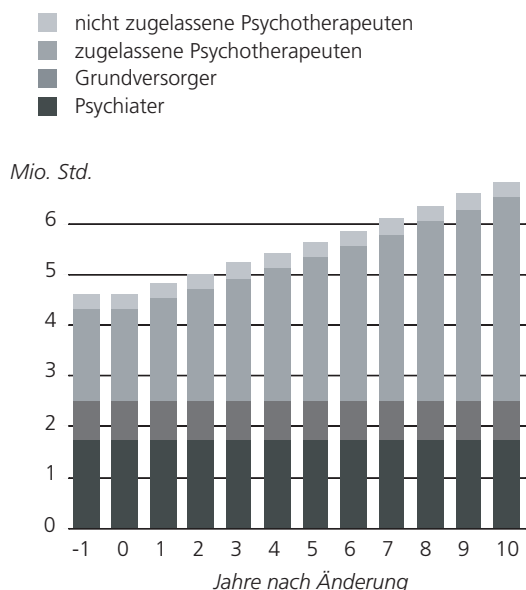
Die Lizentiatsarbeit von Hutzli und Schneeberger (Hutzli, 1995) deutet darauf hin, dass vorwiegend erwerbstätige Frauen im mittleren Alter sowie Bewohner von städtischen Gebieten psychologische Leistungen beziehen. Es gibt keinen Grund zur Annahme, dass diese Gruppen krankheitsanfälliger sein sollten als andere, das heisst, dass finanzielle Barrieren sowie die Frage der Erreichbarkeit Behandlungsbedürftige von der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlungen abschrecken. Eine gewisse Unterversorgung insbesondere bei älteren Menschen, bei Kindern und Jugendlichen sowie in ländlichen Gebieten ist wahrscheinlich.

Schlussfolgerungen

Es ist damit zu rechnen, dass die Integration der nicht-medizinischen Psychotherapie in den Leistungskatalog der Grundversicherung mit Mehrausgaben verbunden sein wird. Diese zusätzlichen Ausgaben müssen aber ins Verhältnis gesetzt werden zum erwarteten zusätzlichen Nutzen einer solchen Massnahme.

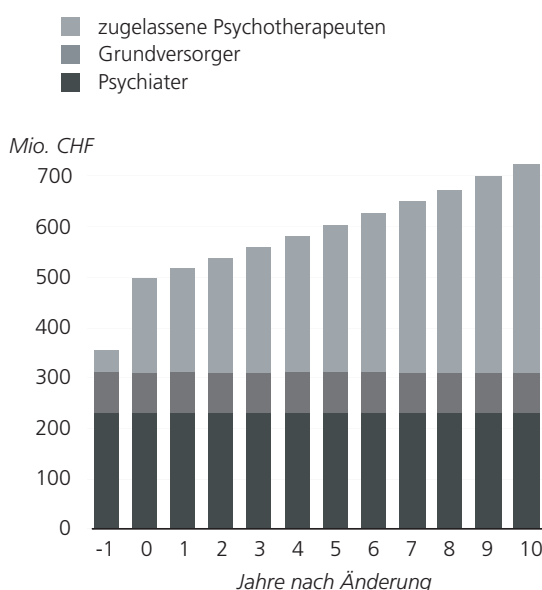
Szenario «Mässige Zunahme»: Entwicklung der Therapiestunden nach Berufsgruppe

Grafik 1



Szenario «Mässige Zunahme»: Entwicklung der Kosten zu Lasten der Grundversicherung nach Berufsgruppe

Grafik 2



LITERATURVERZEICHNIS

- Bebbington P, Marsden L, Brewin C: The need for psychiatric treatment in the general population: the Camberwell Needs for Care Survey. *Psychol Med* 1997; 27 (4): 821-834, 1991
- Beeler I, Szucs TD: Abschlussbericht: Psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz; BSV, 3. Mai 2001.
- Borgeat F et al: Aktuelle Lage und zukünftige Entwicklung der Psychiatrie und Psychotherapie in der Schweiz. Positionspapier der Fachvertreter universitären Einrichtungen. Chêne Bourg; Juni 2000.
- Hobi V: Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung (Am Beispiel der Kantone Basel-Stadt und Baselland) *Z. f. Klin. Psych. Psychopath. Psychother.* 1990; 38 225-244.
- Hutzli E, Schneeberger E: Die psychotherapeutische Versorgung in der deutschen Schweiz. Lizentiatsarbeit. Bern: Universität Bern; 1995
- Kringlen E, Torgersen S, Cramer V: A Norwegian Psychiatric Epidemiological Study: *Am J Psychiatry* 2001; 158 (July 2001): 1091- 1098.
- Linden M, Maier W, Achberger M, Herr R, Helmchen H, Benkert O: Psychiatric diseases and their treatment in general practice in Germany. Results of a WHO study; *Nervenarzt* 1996; 67 (3):205-215.
- Löcherbach P, et al: Indikatoren zur Ermittlung des ambulantes psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs. Baden Baden: Nomos-Verlagsgesellschaft; 2000.
- Meyer A-E, Richter R, Grawe K, Graf v.d. Schulenburg JM, Schulte B: Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes im Auftrag des Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. Hamburg-Eppendorf: Universitätskrankenhaus.
- Office of Public Health and Science: Mental Health: A Report of the Surgeon General. In : U.S. Department of Health and Human Services; 2001.
- Riedel WP: Therapiemotivation und Therapieerfolg. Prädiktoren des Inanspruchnahmeverhaltens und deren Bedeutung für das Behandlungsergebnis in einer stationären Psychotherapie. Regensburg: Roderer; 1989.
- Ruckstuhl U, Greusing T, Langhans P, Wyss E: Die psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung im Kanton Zürich. Zürich: Limmat Verlag Genossenschaft, Zürich 1984.
- Schmid R: Psychotherapiebedarf: Analyse und Bewertung epidemiologischer Anhaltsziffern und bedarfsbezogene Aussagen unter Bezugnahme auf das „Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes“. Köln: Bundesministerium für Gesundheit; 1992.



Andreas Frei

DER VOLKSWIRTSCHAFTLICHE NUTZEN DER PSYCHOTHERAPIE

Die Studie wurde erstellt im Auftrag der
Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP)

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel dieser Studie war es, das volkswirtschaftliche Ausmass der Einsparungen für die Schweiz abzuschätzen, die erreicht werden können, wenn Psychotherapie adäquat eingesetzt wird. Eine Vielzahl von Studien belegen, dass in mehreren Indikationsbereichen durch die Psychotherapie Einsparungen im Bereich der medizinisch-somatischen Versorgung erzielt werden können. Diese beziehen sich jedoch immer auf den einzelnen Patienten. Das volkswirtschaftliche Ausmass dieser Einsparungen ist indessen noch nicht untersucht worden. Dies liegt wohl auch an der Schwierigkeit, die Anzahl der in Frage kommenden Behandlungsfälle abzuschätzen. Psychische Störungen sind in der Bevölkerung ausserordentlich häufig. Nicht alle dieser Störungen sind jedoch von Krankheitswert. Selbst bei behandlungsbedürftigen Störungen willigen nicht alle Patienten in eine psychotherapeutische Behandlung ein.

Für die Indikationsbereiche Operationsvorbereitung, Alkoholmissbrauch, Angststörungen, psychosomatische Störungen, Schizophrenie und Depression wurden durch eine Auswertung der in der internationalen Literatur vorliegenden Studien die Einsparungen ermittelt und auf eine Basis pro Fall und Jahr berechnet, die durch die Psychotherapie im medizinisch-somatischen Bereich erzielt werden können, abgeschätzt. Diesen Einsparungen wurden die Kosten für die Psychotherapie gegenübergestellt, welche aus den gleichen Studien aufgrund der Angaben über die Anzahl Sitzungen und das eingesetzte Personal ermittelt wurden. Aus der Gegenüberstellung von Einsparungen und Kosten ergaben sich die Nettoeinsparungen durch die Psychotherapie. Diese wurden mit einer groben Abschätzung der Anzahl der behandlungsbedürftigen Fälle mit Therapiemotivation verknüpft, um das Ausmass der Einsparungen, Kosten und Nettoeinsparungen in der Schweiz abzuschätzen. Ergänzend wurde die in etwa erforderliche Anzahl Therapeuten überschlagen, die für eine entsprechende psychotherapeutische Versorgung erforderliche wäre.

Im Ergebnis könnten in der Schweiz gut zwei Milliarden Franken im somatisch-medizinischen Bereich eingespart werden. Davon dürften etwa 1800 Millionen im Spital und 250 Millionen in der ambulanten ärztlichen Behandlung anfallen. Die Kosten der dafür erforderlichen Psychotherapie betragen etwa 960 Millionen Franken. Daraus ergeben sich Nettoeinsparungen von 1090 Millionen Franken. Die Anzahl zu behandelnder Patienten beträgt etwa 830'000, wovon 280'000 auf eine Operationsvorbereitung entfallen und 550'000 auf psychogene Erkrankungen. Zur Behandlung dieser Patienten ohne Operationsvorbereitung wären rund 8500 Therapeuten erforderlich. Dies im Vergleich zu gegenwärtig etwa 4300 Therapeuten. Alle Angaben sind aufgrund der vorliegenden Daten mit einer grossen Unsicherheit behaftet. Dem wurde durch eine „Beste Schätzung“, ergänzt mit einer unteren und oberen Schätzung Rechnung getragen. Sowohl die Einsparungen als auch die Kosten der Psychotherapie sind vorsichtig geschätzt worden.

An dieser Stelle muss betont werden, dass die oben angestellten Überlegungen hypothetischer Art sind und die vorliegende Studie Pilotcharakter hat. Diese kann versuchen, abzuschätzen, welche Einsparungen im somatischen Bereich erzielt werden könnten, wenn die Psychotherapien gemäss den Kosteneinsparungsstudien optimal eingesetzt würden. Auch die sehr groben Annäherungen an die epidemiologischen Fallzahlen dienen der Gewinnung einer ersten Vorstellung über die Grössenordnungen.

EINLEITUNG

Psychotherapie umfasst ein breites Spektrum von Ansätzen, Methoden und Verfahren, die zur Behandlung und Bewältigung einer grossen Anzahl verschiedener Probleme eingesetzt werden können. Ein Teil dieser Verfahren sind erwiesenermassen wirksam in der Behandlung von ernsthaften gesundheitlichen Problemen. Psychotherapie ist nicht nur auf die Behandlung von psychischen Störungen beschränkt, sondern kann auch in der Behandlung verschiedener somatischer Krankheiten nutzbringend eingesetzt werden. Andererseits lassen sich psychische Störungen – vor allem auch die schwerwiegenden, wie z.B. Schizophrenien und Depressionen – nicht allein mit Psychotherapie behandeln.

Die Wirksamkeit der Psychotherapie wurde in verschiedenen Indikationsbereichen erwiesen (Smith, Glass, Miller, 1980; Grawe, Bernauer, Donati 1994). Auf dieser Voraussetzung aufbauend wurden die Kostenfolgen der Psychotherapie in einer grösseren Anzahl Studien untersucht. Eine Literaturanalyse von 58 Studien, in denen der Effekt der Psychotherapie auf Einsparungen bei der Inanspruchnahme der übrigen medizinischen Versorgung untersucht worden war, fand bei 85% dieser Studien einen Rückgang der medizinischen Inanspruchnahme nach erfolgter Psychotherapie (Mumford, Schlesinger, Glass, Patrick, Cuedon 1984). In einer weiteren Literaturübersicht über den Einfluss der Psychotherapie zur Behandlung von psychischen Störungen auf die medizinischen Kosten fanden Gabbard und Koautoren 18 Studien, die auf einem Kontrollgruppenvergleich beruhten und Angaben zu Einsparungen und Therapiekosten enthielten. Davon waren 10 randomisierte, kontrollierte und 8 nichtrandomisierte, kontrollierte Studien. Die Ergebnisse von 8 der 10 randomisierten und von allen nichtrandomisierten Studien zeigten eine Kosteneinsparung bei den medizinischen Behandlungskosten infolge der Psychotherapie auf. Die Autoren kamen zum Schluss, dass Psychotherapie insbesondere bei schweren psychischen Störungen wie Depression, Schizophrenie, und Persönlichkeitsstörungen Kosten im Gesundheitswesen einsparen kann (Gabbard, Lazar, Hornberger, Spiegel 1997).

In ihrer Dissertation hat Baltensperger die Literatur von 124 Studien verarbeitet und die möglichen Kosteneinsparungen pro behandeltem Patient* für die Schweiz geschätzt. Dabei führte sie auch 2 Metaanalysen durch. Die eine erfasste 38 Studien vorwiegend von amerikanischen HMO's betreffend die Auswirkung der Psychotherapie

auf die Inanspruchnahme medizinischer Einrichtungen, die andere 53 klinische Studien über die Auswirkung der psychologischen Operationsvorbereitung. Ferner analysierte Baltensperger 13 Studien über den Effekt der Psychotherapie im Bereich des Alkoholismus und z.T. weit geringere Studienzahlen in den Indikations- bzw. Störungsbereichen Ängste, psychophysiologische Störungen, Schizophrenie und geriatrische Erkrankungen. Im Ergebnis zeigte sich, dass in einem breiten Spektrum häufiger und bedeutsamer Krankheiten durch den Einsatz der Psychotherapie Einsparungen bei den Kosten der medizinischen Behandlung solcher Patienten möglich sind (Baltensperger 1996). Von einem adäquaten Einsatz der Psychotherapie kann somit ein kostendämpfender Effekt auf die Kosten des Gesundheitswesens erwartet werden.

Das Ausmass der dadurch auf Bevölkerungsebene erzielbaren Einsparungen und der dafür aufzuwendenden Kosten für die Psychotherapie ist noch nicht untersucht worden. Das liegt auch in der Schwierigkeit begründet, die Anzahl der psychotherapeutisch zu behandelnden Fälle abzuschätzen. Psychische Störungen sind sehr häufig. Nicht alle sind jedoch behandlungsbedürftig oder einer Psychotherapie zugänglich. Bedarfsanalysen für die Psychotherapie erschienen erst in neuester Zeit. Vereinfacht sind für die Bedarfsanalyse und Ermittlung der Versorgungslage folgende Elemente zu unterscheiden: Prävalenz, Behandlungsnotwendigkeit, Therapiemotivation, Inanspruchnahme und Angemessenheit der erbrachten Therapie.

Prävalenz

Für die Bestimmung der Prävalenz ist das Vorliegen einer Diagnose einer psychischen Störung massgebend. Zur Diagnose existieren verschiedene Diagnosesysteme, die sich teilweise erheblich unterscheiden. Die bekanntesten sind DSM-III und DSM-IV sowie ICD-10 und ICD-9. Für die wichtigsten psychischen Störungen liegen heute einigermaßen zuverlässige Prävalenzdaten vor.

Gemäss dem US-Surgeon General beträgt die Jahresprävalenz aufgrund der zwei grossen Bevölkerungssurveys in den USA für alle psychischen Störungen ohne Suchterkrankungen etwa 20 bis 22% der Bevölkerung. Am häufigsten sind die Angststörungen mit etwa 16% und die affektiven Störungen mit etwa 7%. Da sich die einzelnen Störungen teilweise überlappen können, bzw. ein Patient mehrere Störungen aufweisen kann, ergibt das Total aller einzelnen Störungen mehr als die oben genannten 22%. Vor allem zwischen Depression und Angststörungen besteht eine hohe Komorbidität

* Zugunsten einer besseren Lesbarkeit wird in diesem Dokument die männliche Sprachform verwendet. Die Gleichheit beider Geschlechter ist selbstverständlich.

(Mental Health Report 1999). Zu wesentlich niedrigeren Jahresprävalenzraten kommt eine englische Studie gestützt auf den Camberwell Needs for Care Survey für Grossbritannien. Ihre Prävalenzschätzung beträgt etwa 13% (Bebbington, Marsden, Brewin 1997). Dies liegt einerseits daran, dass ein engeres Spektrum an psychischen Störungen erfasst wurde. Andererseits sind auch die Prävalenzraten in den einzelnen Störungen deutlich niedriger. Aufgrund einer Erhebung in Arztpraxen wurde in Italien die Punktprävalenz an ICD-10 psychischen Störungen auf 12.4% geschätzt, zusätzlich zeigten 14% der Patienten in den verschiedenen Störungsbereichen multiple Symptome, die jedoch nicht ausreichten für die Vergabe einer ICD-10 Diagnose (Pini, Perkonning, Tansella, Wittchen 1999). Für Deutschland wurden Einmohnatsprävalenzraten von 20.9% der Patienten in ärztlicher Behandlung, die eine ICD-Diagnose erhielten und 8.5% mit typischen Beschwerden, ohne die vollen Kriterien einer ICD-Diagnose zu erfüllen, erhoben (Linden et al. 1996). In der Kanadischen Provinz Ontario wurde eine Prävalenz von 18.6% gefunden (Katz et al. 1997).

Die abweichenden Schätzungen in den internationalen Studien sind auf die vielfältigen und unterschiedlichen Instrumente und Kriterien zur Klassifizierung und Diagnosevergabe zurückzuführen. Die Schätzungen für die wichtigsten Störungen in internationalen Studien unterscheiden sich heute noch etwa um den Faktor zwei und weisen hiermit eine befriedigende Konsistenz auf (Soeder et al. 2000). Zusammenfassend kann man von folgenden Prävalenzraten ausgehen, die sich auch auf die schweizerische Bevölkerung übertragen lassen:

- Angststörungen: 9-12%
- Depressionen: 7-8%
- Somatoforme Störung: 0.2-2%
- Schizophrenie: 1%
- Persönlichkeitsstörung: 2-3%
- Total psychische Störungen: 19-21%

Obwohl diese Schätzungen relativ konsistent sind, bestehen in einzelnen Bereichen enorme Abweichungen. Vor allem der Bereich der psychosomatischen Störungen wird höchst unterschiedlich erfasst und quantifiziert.

Behandlungsnotwendigkeit

Darüber, welche der diagnostizierten psychischen Störungen behandlungsbedürftig sind, gehen die Meinungen weit auseinander (Soeder et al. 2000). Einige Studien setzten Prävalenz mit Behandlungsbedarf gleich. Erst in jüngerer Zeit setzte sich die Auffassung durch, dass diese nicht übereinstimmen. Die Behandlungsnotwendigkeit hängt, ausser von der Diagnose, von weiteren Umständen wie der Persistenz, dem Schweregrad, der Belastung des Patienten, der Prognose usw. ab und wird von Experten eingeschätzt.

Die englische Studie von Bebbington beziffert die Prävalenz behandlungsnotwendiger psychischer Störungen auf 12.3% (Bebbington et al. 1997); bei jungen Frauen mit Angststörungen beträgt sie 10.3% (Soeder et al. 2000), bei Angststörungen in der Allgemeinbevölkerung 8.8% (Margarf & Poldrack 2000). Für die deutsche Bevölkerung wurde bei 15.6% eine psychogene Erkrankung mit Behandlungsnotwendigkeit ermittelt (Linden et al. 1996).

Therapiemotivation

Die Betroffenen beurteilen den Behandlungsbedarf teilweise anders als die Experten. Deshalb muss auch die Therapiemotivation der Patienten zur Bestimmung des Behandlungsbedarfes miteinbezogen werden.

In der Mannheimer Kohortenstudie über die Epidemiologie und Inanspruchnahme somato-medizinischer Leistungsangebote durch psychogen erkrankte Patienten waren 45% der Fälle unmotiviert, 17% motiviert und 38% wurden als motivierbar für eine Psychotherapie eingestuft (Franz & Schepank 1994). Von den motivierbaren Patienten lassen sich nach Einschätzung derselben Autoren etwa zwei Drittel tatsächlich zur Aufnahme einer indizierten Psychotherapie bewegen. Insgesamt nehmen nur etwa 35% der Befragten ein konkretes Psychotherapieangebot an (Franz et al. 1990). Ein vergleichbares Konstrukt wird in der bereits mehrfach erwähnten englischen Prävalenzstudie eingesetzt (Bebbington et al. 1997). Diese unterscheidet zwischen gedecktem, ungedecktem und nicht zu deckendem Bedarf. Nicht zu deckender Bedarf liegt vor, wenn zwar die Experten Behandlungsnotwendigkeit feststellen, die Betroffenen jedoch nicht zu einer Psychotherapie bereit sind. Bei Frauen zwischen 18 und 25 Jahren mit einer behandlungsbedürftigen Angststörung betrug die Therapiebereitschaft 50% (Soeder et al. 2000). Diese Angaben liegen in einer ähnlichen Grössenordnung wie der selbst eingeschätzte Behandlungsbedarf in einer vergleichenden Studie aus den USA und Canada (Katz et al. 1997).

Inanspruchnahme

Verschiedene Studien haben auch die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens untersucht. (Regier et al. 1993, Kessler et al. 1999). Nur etwa 30 bis 60 Prozent der Patienten mit einer Diagnose einer psychischen Störung nehmen auch irgend eine Behandlung in Anspruch. Besonders hoch ist die Inanspruchnahmerate bei der Somatisierungsstörung und bei der Schizophrenie.

In den USA nahmen 14.7% der Bevölkerung irgendeinen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Dienst in Anspruch (Regier et al. 1993). Nicht alle dieser Patienten hatten jedoch eine psychische Störung. Von den 28.1% Patienten mit psychischen Störungen werden

somit nur 8.1% versorgt, 20% erhalten keine psychiatrische / psychotherapeutische Versorgung. Zusätzlich wurden die Dienste aber auch von 6.6 Prozent der Bevölkerung in Anspruch genommen, die gar keine psychische Störung hatten.

Ähnliche Verhältnisse wurden auch von Kessler und Mitarbeitern berichtet. Die Inanspruchnahme betrug insgesamt 11.1%, 6.2% davon waren Patienten mit psychischen Störungen, 4.9% Patienten ohne psychische Störung und 23.3% der Patienten mit psychischen Störungen erhielten keine psychiatrische / psychotherapeutische Versorgung (Kessler et al. 1999).

Versorgungssituation

Aus dem oben angedeuteten Zusammenhang zwischen Prävalenz, Behandlungsbedarf, Therapiemotivation und Inanspruchnahme lassen sich erste Anhaltspunkte zur Beurteilung der Versorgungssituation gewinnen. Um die erforderliche Versorgungskapazität abzuschätzen, ist der gedeckte und der ungedeckte Bedarf relevant. Die Schätzungen des gedeckten Bedarfs schwanken zwischen 2 und 3.7% der Bevölkerung. Nicht gedeckter Bedarf, also Unterversorgung besteht für 3.2% - 6.7% der Bevölkerung, das sind mehr als die Hälfte der Patienten mit Behandlungsbedarf und Therapiemotivation. Daneben besteht eine Fehlversorgung in etwa 5 - 7 % der Bevölkerung, die unnötigerweise Psychotherapie erhalten (Soeder et al. 2000, Linden et al. 1996, Bebbington et al. 1997, Margraf et al. 2000)

Ein Grund für die Unterversorgung könnten finanzielle Hindernisse wegen fehlender Abdeckung durch die Krankenversicherung sein. Ein weiterer dürfte in der teilweise schlechten Erkennung psychischer Störungen durch Hausärzte liegen. Die Erkennungsraten schwanken zwischen 60% (Linden et al. 1996), 44% (Munk-Jorgensen, Fink, Brevik, Dalgard 1997), 38% (Hansson et al. 1994), 54% (Pini et al. 1999), 59% in der Stadt und 49% in ländlichem Gebiet (Weyrer 1996). Schwerere Störungen wie Schizophrenie, Major Depression werden mit Anteilen von 70 bis 100 Prozent häufiger erkannt als Patienten mit leichteren Störungen oder mit Symptomen unter dem Grenzwert für eine ICD-10 Diagnose. Allerdings werden von der Ärzten auch ein nicht unerheblicher Anteil von Patienten als psychisch krank bezeichnet, ohne dass sie die Kriterien einer vollen psychiatrischen Diagnose erfüllen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Psychotherapie - richtig eingesetzt - Kosten in Gesundheitswesen einsparen kann. Dies ist nicht für alle Arten von Psychotherapie möglich und auch nicht in allen psychischen Störungen ausreichend belegt. Trotzdem könnte potentiell eine grosse Anzahl Patienten angemessener und kostengünstiger versorgt werden. Wieviele

dies sind, ist äusserst schwierig abzuschätzen, da die vorliegenden Kenntnisse noch sehr bruchstückhaft sind. Selbst wenn längst nicht alle psychischen Störungen behandlungsbedürftig sind und auch nur ein Teil der Patienten mit behandlungsnotwendigen Störungen für eine Psychotherapie motiviert werden kann, besteht noch ein grosses Potential an Fallzahlen.

Als erste Orientierung kann davon ausgegangen werden, dass die Prävalenz psychischer Störungen zwischen 13 - 26% der Bevölkerung beträgt. Davon sind zwischen 60 - 90% behandlungsbedürftig, wobei eine hohe Prävalenz mit einer geringen Behandlungsnotwendigkeit assoziiert ist und umgekehrt. Von den behandlungsbedürftigen können zwischen 35-50% für eine Psychotherapie motiviert werden, die in Frage kommende Fallzahl beträgt somit etwa 4.1 bis 7.8% der Bevölkerung.

Die Psychotherapie wird von der sozialen Krankenversicherung nur übernommen, wenn sie von einem Arzt erbracht oder abgerechnet wird. Die soziale Krankenversicherung übernimmt ferner die sogenannte delegierte Psychotherapie. Dabei kann eine psychotherapeutische Leistung der Krankenversicherung gegenüber abgerechnet werden, wenn sie in der Arztpraxis und unter Aufsicht des Arztes durchgeführt worden ist. Weder der Arzt noch das die Psychotherapie erbringende Personal muss dabei speziell für die Psychotherapie qualifiziert sein. Die eigenständige Berufsausübung der psychologisch ausgebildeten Psychotherapeuten ohne Arzt Diplom wird jedoch nicht durch die soziale Krankenversicherung abgegolten. Eine solche Psychotherapie wird heute deshalb entweder durch die Patienten selbst oder im Rahmen von Zusatzversicherungen finanziert.

Das heisst, in unserem Gesundheitssystem bestimmen nicht in erster Linie die psychischen oder physischen Probleme darüber, was als behandlungswürdig angesehen wird, und nicht die Angemessenheit der Behandlung ist ausschlaggebend dafür ob jemand Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Krankenversicherung hat, sondern die Berufszugehörigkeit der Behandlungsanbietenden. Diese Regelungen sind als fachlich unbegründet, unsozial und ethisch fragwürdig kritisiert worden (Baltensperger 1996) und sind auch ökonomisch nicht befriedigend. Angesichts der Potentiale für Kosteneinsparungen müsste es für die Krankenversicherer attraktiv erscheinen, die nichtärztliche Psychotherapie in die Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung aufzunehmen. Zwei gewichtige Vorbehalte stehen dem jedoch entgegen.

Erstens wird in der Folge einer Übernahme durch die soziale Krankenversicherung die Psychotherapie für neue Benutzer erschwinglich, die bisher wegen finanzieller Einschränkungen darauf verzichtet haben. Auch wird sich eine Verlagerung aus den Zusatzversicherungen in die Grundversicherung einstellen. Mögliche Einsparun-

ZIELSETZUNG

gen auf der Ebene des einzelnen Patienten können so durch zusätzliche Nachfrage im Rahmen der sozialen Krankenversicherer kompensiert oder überkompensiert werden, woraus sich dann für die Krankenversicherung Mehrkosten ergeben.

Zweitens führen die Einsparungen durch die Psychotherapie bei den somatischen Ärzten zu einem Rückgang von Patienten und Leistungen. Diese Ärzte werden deshalb möglicherweise versuchen, solche Ausfälle durch zusätzliche Leistungserbringung bei anderen Patienten zu kompensieren.

Die Auswirkungen einer Übernahme der durch Psychotherapeuten erbrachten Psychotherapien in die Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung können mit dem derzeitigen Kenntnisstand nicht abgeschätzt werden. Es kann jedoch versucht werden, das Potential der durch die Psychotherapie erzielbaren Einsparungen auf der Bevölkerungsebene abzuschätzen.

Zielsetzung dieser Studie war, das volkswirtschaftliche Ausmass der Einsparungen abzuschätzen, die unter der Voraussetzung eines adäquaten Einsatzes der Psychotherapie erreicht werden könnten. Berücksichtigt wurden die Einsparungen an direkten Kosten (Kosten für medizinische Behandlung, Fahrtkosten, Sozialhilfe, Beratung etc.). Auf eine Erfassung der Reduktion bei den indirekten Kosten (Kosten infolge von Arbeitsunfähigkeit, Produktionsverlust von Patient und Angehörigen) wurde wegen der mangelhaften Daten verzichtet.

Ferner wurden der Aufwand und die Kosten für die Psychotherapie geschätzt. Aus der Gegenüberstellung der Einsparungen infolge der Psychotherapie und der Kosten für die Psychotherapie wurden die Nettoeinsparungen berechnet.

Ergänzend wurde die in etwa erforderliche Therapiekapazität überschlagen, die für eine solche psychotherapeutische Versorgung nötig wäre. Dieser erforderlichen Therapiekapazität wurde die vorhandene Kapazität gegenübergestellt und so das Ausmass der noch fehlenden Kapazität abgeschätzt.

An dieser Stelle muss betont werden, dass die vorliegende Studie Pilotcharakter hat. Diese deckt ein breites Spektrum von psychischen Störungen ab. Aufgrund der unvollständigen und heterogenen Datenlage sollten hier erste explorative Erkundigungen der Grössenordnungen vorgenommen werden, in welchen sich die volkswirtschaftlichen Einsparungen und Kosten der Psychotherapie bewegen dürften.

MATERIAL UND METHODIK

Dieser Studie liegt ein Prävalenzansatz zugrunde. Dabei werden die Einsparungen und Kosten aller während eines Jahres mit Psychotherapie behandelten Patienten geschätzt. Die volkswirtschaftlichen Einsparungen und Kosten der Psychotherapie wurden somit berechnet aus den Einsparungen und Kosten pro Fall und Jahr, multipliziert mit der Anzahl der Fälle pro Jahr. Ausgegangen wurde von der vorliegenden, in Studien dokumentierten Evidenz zu Einsparungen und Kosten der Psychotherapie. Die Ergebnisse aus diesen Studien mussten einheitlich pro Fall und Jahr aufbereitet werden. Dafür wurden die Daten nach Indikationsbereichen gegliedert, da je nach Indikationsbereich unterschiedliche Rahmenbedingungen gelten und verschiedene Psychotherapien und zur Anwendung kommen können. In den Indikationsbereichen, in welchen sich Aussagen zu Einsparungen und Kosten der Psychotherapie begründen lassen, wurde aufgrund der Angaben zu den Studienpatienten eine passende epidemiologische Umschreibung der Arten von Patienten vorgenommen und die Anzahl dieser Fälle pro Jahr abgeschätzt.

Die wichtigste Datengrundlage bildeten publizierte Studien. Zusätzlich wurden Sekundärstatistiken mit Angaben zur Fallzahl in der Schweiz, wie die Anzahl Operationen, Alkoholikerprävalenz, Anzahl Konsultationen ausgewertet. Für die Beschaffung der Literatur wurden Literatur-Searches durchgeführt. Die Anzeigen wurden gesichtet und alle Titel in die engere Wahl genommen, die Hinweise auf ökonomische Ressourcen, Kosten, Prävalenz, Behandlungs- oder Inanspruchnahmedaten enthielten. Hiervon wurden die Abstracts beschafft und die Auswahl weiter eingengt. Nach eingehender Sichtung der Literatur stellte sich heraus, dass sechs Indikationsbereiche für eine verlässliche Abschätzung des volkswirtschaftlichen Nutzens der Psychotherapie zugänglich sind. Es handelt sich dabei um Operationsvorbereitung, Alkoholmissbrauch, Angststörungen, Psychosomatische Störungen, Schizophrenie und Depressionen.

Zur Ermittlung der Einsparungen infolge der Psychotherapie werden zweierlei Arten von Daten benötigt. Das Mengengerüst der Effekte (eingesparte Arztkonsultationen, Spitaltage, Medikamente etc.) und ihre Bewertung in Geldeinheiten (die Taxe pro Konsultation, der Tagessatz pro Spitaltag oder der Preis pro Medikament etc.). Analog wurde für die Berechnung der Kosten der Psychotherapie das Mengengerüst der Anzahl Sitzungen und der Art und Anzahl der beteiligten Therapeuten und mit Kosten pro Sitzung bewertet. Das Mengengerüst wurde aus den Studiendaten gewonnen. In den Bereichen Operationsvorbereitung und Alkoholismus wurden die Angaben direkt aus der Dissertation von Bal-

tensperger übernommen (Baltensperger 1996). In den übrigen Bereichen wurden eine Sonderauswertungen der verwertbaren Studien durchgeführt. Die Bewertung erfolgte mit schweizerischen Wertgrößen für das Jahr 2000 (siehe Anhang).

Für jede Studie wurden die Kosten pro Jahr vor und nach der Psychotherapie, respektive in der Behandlungs- und in der Kontrollgruppe berechnet und aus der Differenz die Einsparung ermittelt. Diese Einsparungen wurden den Kosten der Psychotherapie gegenübergestellt. Die Ergebnisse aus den einzelnen Studien wurden pro Indikationsbereich zusammengezogen und eine „Beste Schätzung“, ergänzt mit einer unteren und oberen Schätzung vorgenommen.

Die in den einzelnen Indikationen gefundenen Ergebnisse wurden auf Plausibilität geprüft und abgesichert. Dies geschah durch Vergleich mit den weiteren HMO-Studien aus dem allgemeinen Pool der Metaanalyse von Baltensperger, die zwar einzelne der erforderlichen Angaben aufweisen, aber zu wenig spezifiziert sind, um als eigene Studie in der Sonderanalyse berücksichtigt zu werden. Auch konnten aus der epidemiologischen Literatur teilweise Informationen über die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Patienten mit psychischen Störungen herangezogen werden.

Ausgehend von den Angaben aus den Kostenvergleichs-Studien wurde versucht, den Personenkreis der betreffenden Fälle einzuengen und die entsprechende Anzahl der Fälle mit Behandlungsbedarf und Therapiebereitschaft zu schätzen. Dabei wurden die Erkenntnisse der neueren Literatur zu Bedarf und Inanspruchnahme verwertet. Zur Schätzung der Fallzahl wurden wo möglich Schweizer Daten verwendet. Wo dies nicht möglich war, wurden ausländische Raten auf die Schweiz übertragen. Wo sinnvoll und nötig wurden eine „Beste Schätzung“, ergänzt mit einer unteren und oberen Bandbreite angegeben.

Die volkswirtschaftlichen Einsparungen und Kosten wurden berechnet als Produkt aus den Einsparungen und Kosten pro Fall multipliziert mit der Fallzahl. Aufgrund der pro Psychotherapie erforderliche Anzahl Sitzungen und der Anzahl Fälle wurde die Anzahl Sitzungen für die Schweiz hochgerechnet. Um die Kapazität an Therapeuten zu überschlagen, die für die Erbringung dieser Sitzungszahlen erforderlich wäre, wurden für 1000 Sitzungen im Jahr eine Therapeutenstelle angenommen. Daraus ergaben sich sehr summarische Schätzungen des Bedarfs für Psychotherapie. Diese wurden mit Kennziffern aus der Literatur verglichen, um das Ausmass des schon gedeckten und des noch nicht gedeckten Bedarfs grob überschlagsmässig abzuschätzen.

ERGEBNISSE NACH STÖRUNGSBEREICHEN

In den folgenden Abschnitten werden für die einzelnen Störungsbereiche die wesentlichen Kenndaten wiedergegeben. Dies sind die Einsparungen und Kosten infolge der Psychotherapie pro Fall und Jahr sowie die Anzahl der Fälle. Die volkswirtschaftlichen Einsparungen und Kosten wurden als Produkt der Einsparungen / Kosten pro Fall und der Fallzahl berechnet. Weiter wurde die Gesamtzahl an Therapeuten hochgerechnet.

Operationsvorbereitung

Die Angaben zu den Kosten und Einsparungen der Psychotherapie stützen sich auf die Metaanalyse von Baltensperger, welcher 53 kontrollierte, klinische Studien zugrundeliegen, in denen die Effekte psychologischer Operationsvorbereitung mit denjenigen einer Routinevorbereitung, wie sie normalerweise in Spitälern durchgeführt wird, verglichen werden (Baltensperger 1996). Die Wirkung der Operationsvorbereitungsprogramme wurde an rund 4000 Patienten und Patientinnen untersucht. Folgende Operationsarten waren dabei vertreten:

- Herzoperation
- Gynäkologische / Unterleibsoperationen
- Herniotomien
- Cholezystektomien
- Orthopädische, Knieoperationen
- Urologische Operationen
- Mandeloperation
- Dentaloperation
- verschiedene sonstige Operationen

Durch die psychologische Operationsvorbereitung können im Durchschnitt 0.9 Spaltage eingespart werden. Je nach Vorbereitungsart variiert diese Einsparung zwischen 0.68 Tagen für Vorbereitungen mit Schwerpunkt Bewältigungsstrategien und 1.16 Tagen für eine Kombination von Information, Bewältigungsstrategie und emotionaler Unterstützung. Bewertet mit CHF 972.– ergeben sich so die Einsparungen von CHF 885.– (661.– bis 1128.–) pro Fall. Zur Durchführung der Operationsvorbereitung wird eine Sitzung mit einem Psychotherapeuten, entsprechend Kosten von CHF 100.– veranschlagt. Die Anzahl Operationen mit stationären Aufenthalten wurde aufgrund der medizinischen Statistik der Schweizer Spitäler auf 280'000 (250'000 bis 300'000) geschätzt.

Kenndaten im Bereich der Operationsvorbereitung

Tabelle 1

	Schätzung:		
	<i>beste</i>	<i>untere</i>	<i>obere</i>
Einsparung pro Fall, CHF	885	661	1128
Kosten pro Fall, CHF	100	100	100
Anzahl Fälle	280'000	250'000	300'000
Einsparungen, Mio. CHF	248	165	338
Kosten, Mio. CHF	28	25	30
Nettoeinsparungen, Mio. CHF	220	140	308
Anzahl Therapeuten	280	250	300

Alkoholismusbehandlung

Die Grundlagen bezüglich der Einsparungen und Kosten der Psychotherapie in der Alkoholismusbehandlung wurden aus der Studie von Baltensperger direkt übernommen. Diese stützt sich auf 13 Studien, wovon 6 im Rahmen von amerikanischen HMO's durchgeführt wurden und 7 Untersuchungen von privaten oder öffentlichen Arbeitgebern sind. Fünf Studien sind unkontrolliert, in 7 Studien wurde eine mit der Behandlungsgruppe nicht vergleichbare Kontrollgruppe gebildet, die zwar auch Alkoholprobleme hatte, aber nicht für eine Psychotherapie motivierbar waren. Untersucht wurden Alkoholprogramme, wie sie an für diese Störung spezialisierten Institutionen (z.B. Alkohol-Rehabilitationszentren) durchgeführt wurden (Baltensperger 1996). Durch die Psychotherapie können im Durchschnitt 7.1 (0.6 bis 12.6) Spitaltage eingespart werden. Bewertet mit einem Kostensatz von CHF 972.– pro Spitaltag ergeben sich Einsparungen von CHF 6901.– (583.– bis 12'539.–). Da im Durchschnitt für eine psychotherapeutische Behandlung des Alkoholismus 20 Sitzungen benötigt werden, berechnen sich die Kosten für Psychotherapien auf CHF 2000.– pro Fall und Jahr.

Als epidemiologische Bezugsgrösse wurde die Anzahl alkoholabhängiger Patienten mit einer Motivation für eine Psychotherapie geschätzt. Die Anzahl Patienten, die in der Schweiz wegen einer Alkoholabhängigkeit in Behandlung sind, beträgt ca. 35'000. Davon sind ca. 25'000 in Spitälern, 7000 in psychiatrischen Kliniken, ca. 1000 in Alkoholfachkliniken und ca. 2000 in ambulanten Behandlungsstellen in Behandlung. Aufgrund von Bevölkerungsumfragen muss in der Schweiz jedoch mit über 300'000 Personen gerechnet werden, die alkoholabhängig oder abhängigkeitsgefährdet sind (SFA 1999).

Die Prävalenz für schädigenden Alkoholkonsum bzw. Alkoholabhängigkeit schwankt aufgrund von auslän-

dischen epidemiologischen Studien zwischen 0,8% für England (Bebbington et al. 1997) und ca. 2,6% für Italien (Pini et al. 1999) und für Deutschland (Linden et al. 1996). Aufgrund der Tatsache, dass allein 33'000 Personen in stationärer Behandlung wegen einer Alkoholabhängigkeit sind, wird als beste (untere – obere) Schätzung eine Prävalenz von 1% (0.8% bis 2.6%) der Bevölkerung, d.h. 70'000 (56'000 - 182'000) Alkoholranke angenommen. Diese sind jedoch nicht alle für eine Therapie motivierbar. Aufgrund der erwiesenermassen hohen Schwierigkeit einer Behandlungsmotivation - nur 42% der Alkoholabhängigen schliessen eine ambulante Behandlung regulär ab (SFA 1999) - ist auch eine unterdurchschnittlich geringe Psychotherapiemotivation von 40% anzunehmen. Somit ergeben sich als beste (untere / obere) Schätzung 28'000 (22'400 / 70'000) Fälle von Alkoholabhängigen mit einer Motivierbarkeit für eine Psychotherapie.

Die untere Schätzung der volkswirtschaftlichen Auswirkungen führt zum Ergebnis, dass die Psychotherapie bei der Behandlung der Alkoholabhängigkeit mehr Kosten als Einsparungen verursacht. Diese Schätzung beruht auf der Voraussetzung, dass pro Alkoholabhängigem vor der Psychotherapie im Durchschnitt 2.8 Krankenhaustage anfallen, die um 0.6 Tage auf 2.2 reduziert werden können. Daraus ergeben sich Einsparungen von 13 Mio. CHF, welchen Therapiekosten von 45 Mio. CHF gegenüberstehen. Dieses Szenario mag für einen kleinen Teil der Fälle zutreffen, jedoch nicht für die Mehrzahl der Patienten. Ebenso stellt das obere Szenario einen eher seltenen Fall dar. Dieses geht davon aus, dass Alkoholranke vor der Psychotherapie während 24.9 Tagen und nach erfolgter Psychotherapie nur noch 12 Tage im Jahr in Spitalbehandlung sind.

Kenndaten im Bereich der Alkoholismusbehandlung

Tabelle 2

	Schätzung:		
	beste	untere	obere
Einsparung pro Fall, CHF	6901	583	12539
Kosten pro Fall, CHF	2000	2000	2000
Anzahl Fälle	28'000	22'400	70'000
Einsparungen, Mio. CHF	193	13	878
Kosten, Mio. CHF	56	45	140
Nettoeinsparungen, Mio. CHF	137	-32	738
Anzahl Therapeuten	560	448	1400

Angststörungen

Die Angaben zu Einsparungen und Kosten der Psychotherapie stützen sich auf lediglich drei Studien, in denen explizite Angaben über die Indikation und die Art der Therapie gemacht wurden (Ginsberg & Marks 1977; Ginsberg, Marks, Waters 1984; Jacobi & Margraf 1999). In der Studie von Ginsberg und Mitautoren wurde ein prä-post Design angewendet. Untersucht wurden Patienten mit Angstneurosen. Die Intervention bestand aus einer Verhaltenstherapie mit 9 Sitzungen von insgesamt 16 Stunden Dauer. Diese Therapie führte zu Einsparungen von umgerechnet CHF 4252.–, hauptsächlich durch Reduktion der Spitalaufenthalte. Die Therapiekosten betragen CHF 1120.– (Ginsberg et al. 1977). Die zweite Studie von Ginsberg und Mitarbeitern ist eine kontrollierte Studie an Patienten mit Phobien mit einem prä-post Design. Untersucht wurde die durch eine psychotherapeutisch geschulte Schwester durchgeführte Verhaltenstherapie im Vergleich zur routinemässigen Versorgung durch den Hausarzt. Diese Verhaltenstherapie führte zu Einsparungen von umgerechnet CHF 1767.–, bei Therapiekosten von CHF 700.– (Ginsberg et al. 1984). In einer deutschen Studie wurden die Kosten und Nutzen einer Verhaltenstherapie mit 15 Sitzungen eines Psychologen an Patienten mit Paniksyndromen und Agoraphobien in einem prä-post Design untersucht. Durch die Verhaltenstherapie liessen sich medizinische Kosten von CHF 2211.– einsparen, bei Therapiekosten von CHF 1500.– (Jacobs et al. 1999). Die Aussagen dieser Studien werden unterstützt durch die Metaanalyse von Baltensperger der 38 Studien über die Auswirkungen der Psychotherapie auf die Inanspruchnahme medizinischer Einrichtungen. Einige der Studien aus diesem Pool enthalten Angaben, aus denen hervorgeht, dass auch Patienten mit Angststörungen mit untersucht worden sind. Angststörungen gelten als der Indikationsbereich, in dem Psychotherapie die Therapie der ersten Wahl darstellt. Deshalb ist es erstaunlich, dass nicht mehr Studien über den Nutzen der

Psychotherapie in diesem Bereich vorliegen. In der Aussage sind diese Studien insofern vergleichbar, als in allen Einsparungen im Bereiche der stationären und teilstationären Versorgung erzielt werden konnten. Auch bezüglich des Umfangs der Intervention scheinen die Studien plausibel. Basierend auf diesen Studienergebnissen wurden die in Tabelle 3 wiedergegeben Annahmen über die durch die Psychotherapie im Bereich der Angststörungen erzielbaren Einsparungen und Kosten getroffen:

Obwohl allgemein anerkannt ist, dass Angststörungen zu den häufigsten psychischen Störungen gehören, schwanken die Angaben zur Prävalenz in der epidemiologischen Literatur doch beträchtlich. So weisen in Deutschland 40% der Bevölkerung mindestens einmal in einem Jahr ein Angstsymptom auf. Die Prävalenz der behandlungsbedürftigen Angststörungen wird dabei auf 8.8% geschätzt (Margraf & Poldrack 2000). Die bereits mehrfach erwähnte englische Prävalenzstudie schätzt die Prävalenz von Angststörungen auf 4.9%, die von behandlungsbedürftigen Angststörungen einschliesslich der Therapiebereitschaft auf 2.8% (Bebbington et al. 1997). Berücksichtigt man die relativ niedrige englische Schätzung und nimmt an, dass in Deutschland die durchschnittliche Bereitschaft zu einer Psychotherapie zwischen 35% (Franz et al, 1990) und ca. 50% (Soeder et al. 2000) beträgt, so kann die Bandbreite für eine Schätzung der Prävalenz der einer Psychotherapie zugänglichen Angststörungen auf 2.8% bis 4.4% eingengt werden. Als beste Schätzung wird hier vorsichtig angenommen, dass 3% der Bevölkerung an einer behandlungsbedürftigen Angststörung leiden und diese auch psychotherapeutische Behandlung wollen. Dies entspricht einer Prävalenz behandlungsbedürftiger Angststörungen von 8.8% und einer Therapiebereitschaft von 35%, wie sie beide aus deutschen Studien belegt sind. Daraus ergeben sich rund 210'000 Fälle.

Kenndaten im Bereich der Angststörungen

Tabelle 3

	Schätzung:		
	beste	untere	obere
Einsparung pro Fall, CHF	2200	1700	4200
Kosten pro Fall, CHF	1500	700	1600
Anzahl Fälle	210'000	196'000	308'000
Einsparungen, Mio. CHF	462	333	1294
Kosten, Mio. CHF	315	137	493
Nettoeinsparungen, Mio. CHF	147	196	801
Anzahl Therapeuten	3150	1372	4928

Somatoforme Störungen

In der Allgemeinbevölkerung sind somatoforme oder funktionelle Beschwerden ausserordentlich häufig. Dabei hat der Patient körperliche Symptome, ohne dass dafür eine organische Ursache gefunden werden kann. Dieses Symptom stellt häufig eine Eintrittspforte in das medizinische Versorgungssystem dar (Franz & Schepank 1997). Bei den häufigsten Allgemeinsymptomen, für die unser Gesundheitswesen in Anspruch genommen wird, bleibt die Suche nach biomedizinischen Ursachen ergebnislos und führt zu keinem therapeutischen Ansatzpunkt. Nur in 16% dieser Fälle wird eine organische Ursache gefunden (Lamprecht 1996). Viele dieser Symptome sind vorübergehender Natur und weisen eine grosse Verlaufsvariabilität auf. In ihrer vorübergehenden Form können somatoforme Störungen auch eine Reaktion auf Stress darstellen und spontan heilen oder verschwinden, wenn der Arzt keine organische Ursache gefunden hat. Demgegenüber werden persistierende chronische somatoforme Störungen nicht auf diese Weise beseitigt. Der Patient wird immer wieder den Arzt wegen somatischer Beschwerden für Diagnose und Behandlung aufsuchen (Fink 1992). Diese Patienten stellen wegen ihrer unnötigen Inanspruchnahme von Ressourcen ein Problem dar. Die Prävalenz der persistierenden chronischen somatoformen Störungen ist schwer abschätzbar und wird zum Teil überbewertet.

Im Bereich der somatoformen Störungen liegen aus einem breiten Spektrum verschiedener Indikationen einzelne Studien vor. Gonik und Mitautoren untersuchten die Auswirkungen einer intensiven stationären Therapie in klinischer Psychiatrie mit Disease Management, Biofeedback Training und Psychotherapie bei Patienten mit verschiedenen physischen Symptomen (Gonik, Farrow, Meier 1981). Eine intensive Gruppentherapie mit multidisziplinärem Team war die Intervention in der Studie von Jacobs bei chronischen Schmerzpatienten (Jacobs 1987, study 4). Dass besonders in Bereichen, in welchen Hospitalisationen häufig sind, durch eine Psychotherapie grosse Einsparungen erzielt werden können, zeigt auch die randomisierte, kontrollierte Studie bei Asthma-Patienten (Deter & Allert 1983, Deter 1989). In einer prä-post Studie über je 6 Monate wurde der Einfluss von Stressmanagement durch Biofeedback Training geprüft (Jacobs, 1987, study 1). Die einzige Studie, in der die Einsparungen der Psychotherapie kleiner sind als die Kosten ist eine kontrollierte prä-post Studie über den Effekt einer kurzen, direkten psychologischen Intervention auf die Inanspruchnahme von Arztleistungen (Longobardi 1981). Dass auch durch Massnahmen im Bereich der ärztlichen Behandlung (psychiatrische Konsultation und Disease Management Beratung sowie psychiatrische Konsultation an behandelnde Allgemeinärzte) substantielle Ein-

sparungen der Kosten für die Versorgung von Patienten mit somatoformen Störungen erzielt werden können, belegen zwei Studien von Smith und Mitarbeitern (Smith et al. 1986 und Smith et al. 1995).

Die epidemiologischen Angaben sind ausserordentlich heterogen. In einer nordischen Studie an 233 konsekutiven Allgemeinanzpatienten aus Aarhus (DK), wurde die Prävalenz von somatoformen Störungen nach zweierlei Forschungskriterien untersucht. Die Prävalenz aller somatoformen Störungen kombiniert nach ICD-10 war 22.3%. Gemäss den Kriterien DSM-IV wurde sogar eine Prävalenz von 57,5% festgestellt, wovon jedoch 27.2% den anderweitig spezifizierten und 27% den undifferenzierten somatoformen Störungen zugehören. Ohne diese beiden grossen und heterogenen Kategorien betrug die Prävalenz an somatoformen Störungen gemäss DSM-IV 12.6% (Fink et al. 1999). In dieser Studie wurde auch die Inanspruchnahme von Notfall-, Spezialarzt-, Hausarzt-konsultationen und Krankenhaustagen erhoben. Dabei wurden die Patienten mit somatoformen Störungen gemäss ICD-10 und DSM-IV jeweils mit den übrigen Patienten verglichen. Die Patienten mit somatoformen Störungen weisen höhere Inanspruchnahmeraten auf als Patienten ohne somatoforme Störungen. Dieser Unterschied ist wesentlich klarer ausgeprägt, wenn die Patienten mit einer Störung gemäss ICD-10 mit dem Rest der Patienten verglichen werden, als wenn die Patienten mit einer Störung gemäss DSM-IV mit dem Rest der Patienten verglichen werden. Mit Schweizer Wertgrössen bewertet ergibt sich bei den ICD-10 Fällen eine doppelt so hohe Inanspruchnahme, während sie bei den DSM-IV Fällen noch ca. 20% höher liegt. Es ist zu vermuten, dass je restriktiver die Diagnosekriterien gehandhabt werden, um so schwerere somatoforme Störungen erfasst werden. Mit zunehmender Schwere dieser Störungen nimmt auch die Inanspruchnahme deutlich zu.

Aufgrund der in Dänemark verfügbaren Patientenregister ist es auch möglich, die Inanspruchnahme in mehreren Einrichtungen des Gesundheitswesens über längere Zeit zu verfolgen und Prävalenzschätzungen vorzunehmen. Auf diese Weise wurde die Häufigkeit persistierender somatoformer Störungen untersucht und eine Prävalenz von 0.6 Promille bei den Männern und 3.2 Promille bei den Frauen, insgesamt von 2 Promillen gefunden (Fink 1992, Fink et al. 1993).

Auch die Angaben in den nachfolgend aufgeführten epidemiologischen Untersuchungen schätzen die Prävalenz wesentlich zurückhaltender ein. Unter die somatoformen Störungen werden die Somatisierungsstörung mit Prävalenzraten von 0,1% bis 2.1% (Surgeon General 1999, Linden et al. 1996, Pini et al. 1999, Achberger 1999), teilweise Hypochondrie mit Prävalenzraten von

0,3% (Pini et al. 1999, Achberger 1999) und / oder die Neurasthenie mit Prävalenzraten von 2,1% bis 7,5% (Linden et al. 1996, Pini et al. 1999, Achberger 1999) gezählt. Diese Prävalenzraten scheinen bereits eine Einengung auf ernsthaftere, längerdauernde Störungen zu enthalten, bei denen eine Intervention sinnvollerweise in Betracht zu ziehen ist. Die somatoformen Störungen sind bekanntlich Störungen, für die die Patienten die Ursache in fester Überzeugung körperlichen Leiden zuschreiben und deren psychische Natur die Patienten nicht wahrnehmen wollen. Deshalb ist auch hier von einer niedrigen Therapiebereitschaft auszugehen - selbst wenn die Störungen ernsthafter und anhaltender Natur sind.

Im Bereich der somatoformen Störungen ist es aufgrund der vorliegenden Studien erforderlich, zwischen schweren und leichten Fällen zu unterscheiden. Die Kenndaten für die schweren Fälle sind in Tabelle 4 zusammengefasst.

Das vorliegende Studienmaterial zu den schweren Fällen (Gonik et al 1981, Smith 1986, Jacobs 1987 study 4, Deter & Allert 1983, Deter 1989) zeichnet sich durch grosse Heterogenität aus. Alle Studien zeigen ein beträchtliches Einsparpotential im Spital, selbst wenn dazu recht aufwendige stationäre Therapien in Kauf genommen werden müssen. Als grobe Schätzung erscheinen Einsparungen bei den direkten medizinischen Kosten von CHF 10'000.– plausibel, mit einer Bandbreite von CHF 5000.– bis CHF 15'000.–. Die für eine entsprechende Psychotherapie aufzuwendenden Therapiekosten

setzen sich zusammen aus ambulanten Sitzungen und stationären Therapien. Im ambulanten Bereich dauern die Therapien zwischen 11 und 40 Sitzungen. Die Kosten werden auf CHF 4000.–, mit einer Bandbreite von CHF 1000.– bis CHF 6000.– angenommen. Für die Schätzung der Anzahl Fälle wird eine Prävalenz behandlungsnotwendiger Fälle mit 0.2% und eine Psychotherapiemotivierbarkeit von 40% angenommen.

Die Kenndaten für die leichten Fälle sind in Tabelle 5 wiedergegeben. Als Annahme bei leichten Fällen werden gestützt auf drei Studien (Smith 1995, Jacobs 1987 study 1, Longobardi 1981) Einsparungen von CHF 1'500.– für die beste Schätzung bei einer unteren Grenze von 0 und einer oberen von CHF 3000.– angenommen. Auf der Kostenseite wird von 10 Sitzungen und CHF 1000.– ohne Bandbreite ausgegangen. Bezüglich der Epidemiologie wird ferner eine Prävalenz behandlungsnotwendiger Fälle von 2% und eine Psychotherapiemotivierbarkeit von 40% angenommen.

Die beste Schätzung ergibt, dass trotz der zehnmal geringeren Anzahl an schweren Fällen die Nettoeinsparungen der Psychotherapie grösser ausfallen als bei den leichten Fällen. Dies ist eine Folge des günstigeren Verhältnisses von Einsparungen und Kosten für die Psychotherapie. Bei den leichten Fällen können unter ungünstigen Annahmen auch Mehrkosten infolge der Psychotherapie resultieren.

Kenndaten im Bereich schwerer somatoformer Störungen

Tabelle 4

	Schätzung:		
	beste	untere	obere
Einsparung pro Fall, CHF	10'000	5000	15'000
Kosten pro Fall, CHF	4000	1000	6000
Anzahl Fälle	5600	5600	5600
Einsparungen, Mio. CHF	56	28	84
Kosten, Mio. CHF	22	6	34
Nettoeinsparungen, Mio. CHF	34	22	50
Anzahl Therapeuten	224	56	336

Kenndaten im Bereich leichter somatoformer Störungen

Tabelle 5

	Schätzung:		
	beste	untere	obere
Einsparung pro Fall, CHF	1500	0	3000
Kosten pro Fall, CHF	1000	1000	1000
Anzahl Fälle	56'000	56'000	56'000
Einsparungen, Mio. CHF	84	0	168
Kosten, Mio. CHF	56	56	56
Nettoeinsparungen, Mio. CHF	28	-56	112
Anzahl Therapeuten	560	560	560

Schizophrenie

Die Schizophrenie ist ein Bereich, in dem die Psychotherapie seit längerem als wirksam anerkannt ist. Eine nach Möglichkeit ambulante Therapie in der Form medikamentöser Behandlung, psychiatrischer Kontrolle und ergänzenden sozialpsychiatrischen Massnahmen gilt als Standard. Die Evidenz aus den Kosten/ Nutzen-Analysen spricht eindeutig zugunsten der Psychotherapie in Kombination mit anderen Massnahmen.

Gegenwärtig wird Psychotherapie nicht anstatt, sondern in Kombination mit der medikamentösen Therapie eingesetzt. Dank der Psychotherapie sollte es möglich sein, mit niedrigeren Dosen zu arbeiten, dabei die Nebenwirkungen zu reduzieren und so die Compliance zu verbessern. Auf diesem Wege können Rückfälle mit teuren Hospitalisationen vermieden werden. Zudem besteht offenbar gerade beim Einsatz der Psychotherapien in der Schizophrenie ein grösseres Potential an sogenannten differentiellen Effekten. Das heisst, dass mit dem bereits betriebenen Aufwand an Psychotherapie durch die Wahl adäquater Methoden, insbesondere der Familientherapie anstelle der Einzeltherapie wesentlich grössere Einsparungen bei der Inanspruchnahme von Leistungen des übrigen Gesundheitswesens erzielt werden können.

Die Ergebnisse zu den Einsparungen und Kosten der Psychotherapie im Bereich Schizophrenie stützen sich auf 12 Studien. Sie weisen eine grosse Spannweite auf, die jedoch vor allem auf drei Ausreisser zurückführbar sind. Für die Ermittlung der Kosten wichtig ist, dass in der Schizophreniebehandlung auch noch andere Berufe als

die Psychotherapeuten eine bedeutsame Rolle spielen. Aufgrund dieser Studienzusammenstellung und der epidemiologischen Daten wurden für die Schizophrenie die Kenndaten der Tabelle 6 ermittelt.

Nach Ausschluss der Ausreisser wurden für die beste Schätzung Einsparungen von CHF 4000.– angenommen, bei einer Bandbreite von CHF 3000.– bis CHF 8200.–. Die Kosten basieren auf einer Anzahl von 20 (20 bis 34) Therapiesitzungen, bei denen teilweise mehrere Therapeuten teilnehmen. Die Therapiekosten betragen im Mittel CHF 3700.– und schwanken zwischen CHF 2500.– und CHF 5100.–.

Die Angaben zur Epidemiologie der Schizophrenie sind recht konsistent: Die Prävalenz beträgt ca. 1% der Bevölkerung. Schizophrenien werden als einer der schweren psychischen Störungskomplexe auch durch die Allgemeinärzte in hohem Ausmass erkannt und zur fachärztlichen Behandlung weitergewiesen. Da die Schizophrenie eine schwere psychische Störung darstellt, die zum Grossteil richtig erkannt, zusammen mit den psychosomatischen Störungen die höchste Inanspruchnahme des Gesundheitswesens aufweist, und dies im Unterschied zur Versorgung der psychosomatischen Fälle, auch schwergewichtig in der spezialisierten, psychiatrischen Versorgung, wird hier eine Behandlungsmotivation von 60% (50% bis 70%) angenommen. Daraus ergibt sich eine angenommene Anzahl Fälle von 42'000 für die beste Schätzung und von 35'000 für die untere respektive 49'000 Fälle für die obere Schätzung.

Kenndaten im Bereich der Schizophrenie

Tabelle 6

	Schätzung:		
	<i>beste</i>	<i>untere</i>	<i>obere</i>
Einsparung pro Fall, CHF	4000	3000	8200
Kosten pro Fall, CHF	3000	2500	5100
Anzahl Fälle	42'000	35'000	49'000
Einsparungen, Mio. CHF	168	105	402
Kosten, Mio. CHF	126	130	176
Nettoeinsparungen, Mio. CHF	42	-25	225
Anzahl Therapeuten	840	700	1666

Depression

Depressionen sind epidemiologisch neben den Angststörungen die häufigsten psychischen Störungen. Zudem treten Angststörungen und Depressionen häufig kombiniert auf. Mit einer richtig eingestellten Medikation können in etwa 70% der Patienten gute Wirkungen erzielt werden. Eine kombiniert psychotherapeutisch-medikamentöse Behandlung ist einer medizinisch-medikamentösen aber auch einer rein psychotherapeutischen Behandlung überlegen (Reinecker 1990).

Leider ist die Literatur bezüglich der Kosteneinsparungen durch Psychotherapie in diesem Indikationsbereich sehr mager. In einer retrospektiven Auswertung von Krankenversicherungsdaten über ein Jahr wurden die Kosten von drei Massnahmen zur Verbesserung der Patienten-Compliance bei Antidepressiva verglichen: Allgemeinärztliche Beratung, Psychiatrische Behandlung und Psychotherapie. (Croghan, Melfi, Dobrez, Kniesner 1999). In einer randomisierten, kontrollierten Studie über ein Jahr bei schwerer Depression wurde eine Psychotherapie allein verglichen mit einer Pharmakotherapie. Die Psychotherapie ist nach dieser Studie teurer als die Vergleichstherapie und erzielt erst noch geringere Einsparungen im Gesundheitswesen (Lave, Frank, Schulberg, Kamlet 1998). Ein Vergleich zwischen einer interagierenden Psychotherapie und gewöhnlicher psychiatrischer Behandlung bei Nonrespondern auf die Standardbehandlung (reguläre Konsultationen bei einem niedergelassenen Psychiater von 15 bis 30 Minuten Dauer mit Medikation) der Depression in einer randomisierten, kontrollierten Studie über 6 Monate ergab klare Vorteile für die Psychotherapie (Guthrie et al. 1999). In einer prä-post Studie über ein Jahr vor Behandlung und ein Behandlungsjahr wurden die Auswirkungen einer Familientherapie bei Patienten mit manisch-depressiven und schizo-affektiven Störungen untersucht. Während im Jahr vor der Behandlung die Rückfallquote 1.5 betrug, sank sie im Jahr nach der Behandlung auf 0.33 (Retzer, Simon, Weber, Stierlin, Schmidt 1991).

Für den weiten Indikationsbereich der Depressionen sind die vorliegenden Angaben etwas dürftig und zudem auch noch widersprüchlich. Immerhin scheint vor allem in der Langzeitbehandlung eine Senkung der Rück-

fallquoten durch die Psychotherapie mit substantiellen Kosteneinsparungen möglich, was heute aber noch zu wenig dokumentiert ist. Die Kenndaten zur Depression sind in Tabelle 7 zusammengefasst.

Dabei wird angenommen, dass bei schweren Depressionen durch Psychotherapie in der Rückfallprophylaxe CHF 4000.– (0.– bis 8000.–) eingespart werden können und dafür eine Therapie mit 15 (6 - 20) Sitzungen notwendig ist, wobei Therapiekosten von CHF 1700.– (0.– bis 3000.–) entstehen. Bei der unteren Schätzung wird im pessimistischen Falle angenommen, dass durch die Psychotherapie keine Einsparungen bei den somatisch-medizinischen Leistungen erzielt werden können. Mit der Bewertung der Kosten in der unteren Schätzung wird die Möglichkeit berücksichtigt, dass ohnehin Kosten für eine Psychotherapie anfallen, jedoch durch die Wahl einer angemesseneren Therapieform bessere Effekte, d.h. Einsparungen im somatisch-medizinischen Bereich erzielt werden können.

Die Prävalenzraten für affektive Störungen schwanken zwischen 4,9% in der Provinz Ontario (Katz et al. 1997) und 11.1% in der ECA-Studie (Regier et al. 1999). Die „best estimate“ des Surgeon General betrug 7.1%, die englische Studie ermittelte eine Prävalenz von 6,6% insgesamt und 6.1% behandlungsnotwendige Depressionen (Bebbington et al. 1997). Schwere Depressionen scheinen ähnlich wie Schizophrenien gut erkannt und oft auch einer angemessenen Behandlung zugeführt zu werden. So fand eine Studie bei internistischen Grundversorgern, dass diese einen ihnen vorgelegten Fall einer schweren Depression zu 100% richtig diagnostizieren und gemäss Guideline behandeln. Leichtere Depressionen werden hingegen nur in etwa 50% erkannt (Carney et al. 1999). Eine andere Studie fand allerdings, dass Depression oft unterbehandelt bleibt (Brugha & Bebbington 1992). Als grobe Schätzung für die Fallzahl wird folgendes angenommen: Prävalenz 10%, Behandlungsnotwendigkeit 6%, Behandlungsnotwendigkeit mit Therapiemotivation 3%, mit einer Bandbreite von 2.5% bis 4.0%.

Kenndaten im Bereich der Depressionen

Tabelle 7

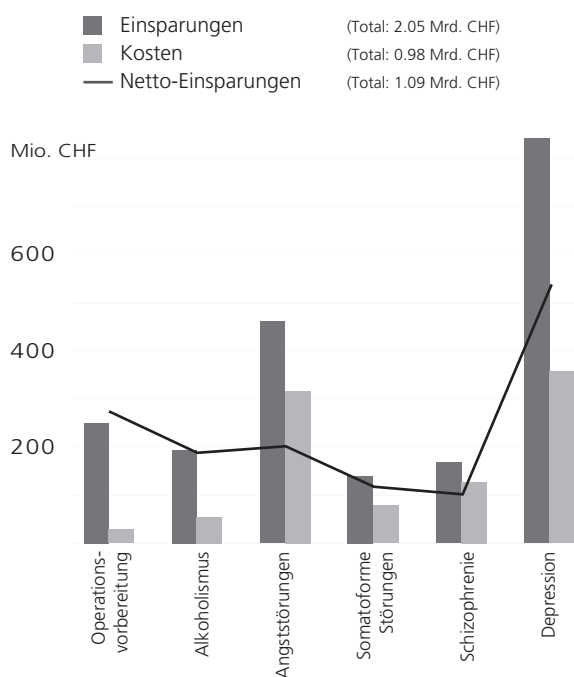
	Schätzung:		
	beste	untere	obere
Einsparung pro Fall, CHF	4000	0	8000
Kosten pro Fall, CHF	1700	0	3000
Anzahl Fälle	210'000	175'000	280'000
Einsparungen, Mio. CHF	840	0	2240
Kosten, Mio. CHF	357	0	840
Nettoeinsparungen, Mio. CHF	483	0	1400
Anzahl Therapeuten	3150	1050	5600

VOLKSWIRTSCHAFTLICHE EINSPARUNGEN UND KOSTEN

Die Ergebnisse aus den einzelnen Störungsbereichen werden im folgenden Abschnitt zusammengefasst.

In Abbildung 1 sind die Einsparungen, Kosten und Nettoeinsparungen nach Störungsbereichen zusammengefasst. Dabei wurde jeweils die beste Schätzung verwendet.

Einsparungen, Kosten und Nettoeinsparungen durch die Psychotherapie nach Störungsbereichen Grafik 1



Insgesamt können laut der besten Schätzung gut 2 Milliarden Franken durch die Psychotherapie eingespart werden. Diese Schätzung ist mit einer sehr grossen Unsicherheit behaftet, wie aus der grossen Bandbreite von minimal 644 Mio. bis maximal 5404 Mio. Franken Einsparungen ersichtlich wird. Den grössten Anteil, nämlich 840 Mio. Franken kann man im Bereich der Depressionen einsparen, gefolgt von den Angststörungen mit 462 Mio. Franken. Eine genaue Aufteilung dieser Einsparungen nach ambulanten und stationären Leistungsanbietern ist nicht möglich, da die diesbezüglichen Angaben aus den einzelnen Störungsbereichen unterschiedlich vollständig oder detailliert ausgewiesen sind. Jedoch kann aufgrund der vorliegenden Angaben überschlagen werden, dass von den 2050 Mio. CHF etwa 1800 Mio. im Spital und 250 Mio. in der ambulanten ärztlichen Behandlung anfallen dürften.

Für die Durchführung all dieser Psychotherapien würden Kosten in der Höhe von 960 Mio. Franken ent-

stehen. Die Unsicherheit ist deutlich geringer als bei den Einsparungen; die minimale Schätzung beträgt 356 Mio. Franken, die maximale 1842 Mio. Franken.

Die verbleibenden Nettoeinsparungen, die entstehen, wenn von den Einsparungen die Therapiekosten abgezogen werden, sind besonders hoch im Bereich der Depressionen. Dies liegt an der grossen Fallzahl einerseits und am günstigen Verhältnis zwischen erzielten Einsparungen und der Anzahl der benötigten Therapiesitzungen. Auffallend hoch sind die Nettoeinsparungen ferner bei der Operationsvorbereitung. Auch in diesem Indikationsbereich ist das Verhältnis der eingesetzten Therapie zu den realisierbaren Effekten sehr günstig.

Die Nettoeinsparungen sind mit 1091 Mio. Franken höher als die Kosten der Psychotherapie. Auch die Nettoeinsparungen weisen eine grosse Bandbreite auf von 288 bis 3561 Mio. Franken. Bei der minimalen Schätzung sind die direkten Einsparungen insgesamt zwar immer noch grösser als die durch die Psychotherapie verursachten Kosten, jedoch werden in drei Indikationsbereichen Alkoholismus, psychosomatische Störungen und Schizophrenie mehr Kosten als Einsparungen verursacht. Immerhin erstaunt, dass selbst wenn von der besten Schätzung für die direkten Einsparungen (CHF 2051 Mio.) die ungünstigste Variante bei den Therapiekosten (maximale Schätzung; CHF 1'842 Mio.) abgezogen wird, immer noch eine positive Nettoeinsparung von CHF 209 Mio. übrig bleiben würde.

Wie aus Tabelle 8 ersichtlich wird, benötigen schätzungsweise etwa 830'000 (740'000 bis 1'069'000) Patienten eine Psychotherapie, wobei allerdings 280'000 (250'000 bis 300'000) Operationsvorbereitungen eingerechnet sind. Ohne diese verbleiben rund 552'000 (490'000 bis 787'000) Patienten mit psychogenen Erkrankungen und Alkoholismus. Um die zur Behandlung dieser Patientenzahlen erforderlichen Psychotherapien zu erbringen, wäre in der besten Schätzung eine Anzahl von rund 8800 (minimale Schätzung: 4200, maximale 14800) Psychotherapeuten mit einer durchschnittlichen Anzahl von 1000 Sitzungen im Jahr beschäftigt.

Behandlungsbedarf und benötigte Therapeutenkapazität T.8

	Bedarf*	Therapeuten
Operationsvorbereitung	280'000	280
Alkoholismus	28'000	560
Angststörungen	210'000	3150
Somatoforme Störungen	61'600	784
Schizophrenie	42'000	840
Depression	210'000	3150
Total Störungsbereiche	831'600	8764

*Patienten mit Behandlungsbedarf und Therapiemotivation

Diskussion

Aus den Ergebnissen geht hervor, dass durch eine gut eingesetzte Psychotherapie in der Schweiz gut 2 Mrd. Franken im somatisch-medizinischen Bereich eingespart werden könnten. Davon dürften etwa 1'800 Mio. im Spital und 250 Mio. in der ambulanten ärztlichen Behandlung anfallen. Die Kosten der dafür erforderlichen Psychotherapie betragen ca. 960 Mio. Franken. Dies führt zu Nettoeinsparungen von rund 1'090 Mio. Franken. Mit einer Psychotherapie zu versorgen wären etwa 830'000 Patienten, wovon allerdings 280'000 auf eine Operationsvorbereitung entfallen und 550'000 auf psychogene Erkrankungen. Die Operationsvorbereitung wird als eigenes Gebiet von den folgenden Betrachtungen ausgeklammert, da für sie keine, sondern nur für die übrigen Bereiche zusammen Ansatzpunkte für Vergleiche und Beurteilungen vorliegen.

Die durchschnittlichen Einsparungen pro Fall betragen rund CHF 3720.–, wovon CHF 3280.– im Spital und CHF 440.– in der ambulanten Behandlung anfallen. Dies entspricht ca. 3.5 Spitaltagen und 11 Arztkonsultationen. Diese Einsparungen sind somit etwas geringer ausgefallen, als die in Baltensperger (1996) geschätzten 5.1 Spitaltage.

Die Kosten der Psychotherapie wurden in der Regel aus der Anzahl Sitzungen mal dem Wert pro Sitzung berechnet. Die im Ergebnis geschätzten rund 8.5 Mio. benötigter Sitzungen entsprechen im Durchschnitt 15.3 Sitzungen pro Fall. Dies ist ein relativ niedriger Wert. Therapien mit 15 Sitzungen gelten als Kurztherapien. Diese Angaben sind aufgrund der in den Studien über die Einsparungen und Kosten beschriebenen Therapien berechnet worden. Es handelt sich somit um normative Festlegung und nicht um eine Beschreibung der tatsächlichen therapeutischen Praxis.

Baltensperger kommt in ihrer Übersicht zu einer durchschnittlichen Sitzungszahl von 22. Aufgrund der in unserer Studie verarbeiteten Literatur sind die Therapien noch kürzer. Für die sehr kurze Therapiedauer spricht, dass den kurzen Therapien eine hohe Wirksamkeit bei niedrigen Kosten nachgesagt wird. Dem Psychotherapie Handbuch von Bergin & Garfield (1994, zitiert nach Baltensperger) kann entnommen werden, dass sich sogenannte Kurzzeit-Therapien mit bis zu ca. 25 Sitzungen in der Regel als sehr wirksam erwiesen haben bei der Behandlung bestimmter leichter Störungsgruppen wie Angststörungen oder gewissen Depressionen. Bei anderen schwereren Störungsgruppen wie etwa psychotischen Störungen sind längere Therapien oder wiederholte kürzere Hilfestellungen über einen längeren Zeitraum hin indiziert. Der in unserer Studie gewählte Prävalenzansatz trägt dem insofern Rechnung als er keine Effekte, die über ein Jahr hinaus anfallen berücksichtigt. Längere

Therapien können so wie aus mehreren kürzeren Therapien zusammengesetzt erscheinen. Soeder et al. 2000 legen die untere Grenze, ab welcher eine Psychotherapie als angemessen bezeichnet werden kann, bei mindestens 9 Sitzungen fest. Dies ist doch noch klar unter den 15 Sitzungen gemäss unseren Ergebnissen.

Gegen diese kurze durchschnittliche Therapiedauer von 15,3 Sitzungen spricht, dass in der Praxis oft viel längere Therapiedauern berichtet werden. Grawe et al. (1994) kamen zum Schluss, dass sich bei wirksamen Therapien in einem Grossteil der Patienten im Durchschnitt nach 40 Sitzungen bedeutsame Behandlungserfolge einstellen und dass es keine Belege gibt für eine bessere Wirksamkeit von längerdauernden Langzeit-Therapien. Dies lässt erwarten, dass die meisten Therapiedauern in der Grössenordnung um die 40 Sitzungen liegen dürften, mit grossen Schwankungen um diesen Wert. Nach Berechnungen von Baltensperger (1996) muss die Therapiedauer in der Praxis allerdings noch viel länger sein, verwenden doch nur 23% der Psychotherapeuten ihre hauptsächliche Therapiekapazität für Therapien unter 60 Sitzungen. Über drei Viertel der Therapeuten bieten somit hauptsächlich Therapien mit mehr als 60 Sitzungen an.

Die Ergebnisse unserer Studie enthalten somit ein stark normatives Element. Um die erwähnten Nettoeinsparungen zu erzielen, müsste die therapeutische Praxis geändert werden in erster Linie in Richtung einer Verkürzung der Therapiedauer. Allerdings sind gemäss den Ergebnissen die Psychotherapiekosten mit 960 Mio. Franken noch niedriger als die Nettoeinsparungen. Das bedeutet, dass selbst bei einer Verdoppelung der Kosten noch Nettoeinsparungen übrig bleiben würden. Dies lässt Raum für längere Therapien. So ist ohne weiteres vorstellbar, dass auch bei Therapiedauern von 25 bis 30 Sitzungen noch Nettoeinsparungen übrig bleiben.

Die Kosten pro Sitzung wurden mit CHF 100.– bewertet. Der Grund für diese Bewertung liegt darin, dass eine flächendeckende psychotherapeutische Versorgung über die Aufnahme in die Leistungspflicht der Krankenversicherung erreicht wird und dann auch die Gebührenrelationen der Krankenversicherer zur Anwendung kommen dürften. Diese sind entsprechend den Tarifen meist deutlich niedriger als auf dem freien Markt erzielbare Honorare. Die Bewertung ist bezogen auf eine Sitzung von einer Dreiviertelstunde Dauer. Der entsprechende Stundensatz von CHF 133.– mag als niedrig erachtet werden. Andererseits müssen auch die bei der Berechnung der Einsparungen eingesetzten Arzthonorare einer reinen Konsultationstaxe von CHF 40.– als niedrig beurteilt werden.

Die Schätzung von ca. 550'000 mit einer Psychothe-

rapie zu behandelnden Fälle pro Jahr liegt im oberen Bereich des Rahmens der in der Einleitung gemachten Angaben. Danach weisen zwischen 4.1 und 7.8% der Bevölkerung behandlungsbedürftige psychische Störungen auf und sind auch für eine Psychotherapie motivierbar. Daraus ergibt sich eine Fallzahl von 287'000 bis 546'000.

Zur Behandlung der Anzahl psychogener Fälle wären rund 8500 Therapeuten nötig, wie aus Tabelle 8 hervorgeht. Auch diese Schätzung ist mit einer sehr grossen Bandbreite (von 4400 bis 14'800) behaftet. Die gegenwärtige Anzahl Therapeuten in der Schweiz beträgt etwa 4300; man kann also davon ausgehen, dass mindestens eine Verdoppelung der Anzahl Therapeuten realistisch wäre, um eine vollständige Versorgung mit Psychotherapie zu realisieren.

Zum Schluss muss nochmals daran erinnert werden, dass es sich bei den oben angestellten Überlegungen um eine hypothetische Betrachtung handelt. Diese kann versuchen, abzuschätzen, welche Einsparungen im somatischen Bereich erzielt werden könnten, wenn die Psychotherapien gemäss den Kosteneinsparungsstudien optimal eingesetzt würden. Auch die sehr groben Annäherungen an die epidemiologischen Fallzahlen dienen der Gewinnung einer ersten Vorstellung über die Grössenordnungen.

Sowohl die Einsparungen als auch die Kosten der Psychotherapie sind vorsichtig geschätzt worden. Nicht berücksichtigt wurden z.B. die bekannten langen Krankengeschichten im Bereich schwerer Angststörungen oder schwerer persistierender Somatisierungsstörungen. Es gibt Hinweise darauf, dass der Effekt auch kurzer Psychotherapien teilweise mehrere Jahre anhält. Zur vollständigen Schätzung der Einsparungen müssten auch die Einsparungen in den Folgejahren berücksichtigt werden. In der vorliegenden Studie wurden nur auf ein Jahr normierte Einsparungen berechnet. Die Einsparungen in der ambulanten Behandlung wurden nur mit der Konsultationstaxe bewertet ohne anteilige diagnostische oder therapeutische Extraleistungen. Die Therapiedauer und die Kosten pro Sitzung wurden ebenfalls vorsichtig geschätzt.

Die Zulassung neuer Leistungen oder Leistungserbringer zur Krankenversicherung wird oft mit dem Argument abgelehnt, dass deren Leistungen selbst zwar möglicherweise kosteneffektiv oder sogar kostensparend sind, wenn man sie isoliert betrachtet. Wenn aber das Gesamtsystem betrachtet wird, bedeuten Einsparungen auch Einkommensausfälle. Und unter den gegenwärtigen Regelungen können die davon betroffenen Anbieter auf andere Bereiche oder Leistungen ausweichen, um entgangene Einnahmen zu kompensieren. Deshalb

würde sich die Aufnahme neuer Leistungen im Endeffekt kostentreibend auswirken.

Diese Argumentationsweise hat jedoch zur Folge, dass bestehende Ineffizienzen beibehalten werden und Chancen zur Verbesserung der Angemessenheit der Behandlung und zur Erzielung von Kosteneinsparungen ungenutzt bleiben. Die Kostenentwicklung der Krankenversicherung hängt u.a. auch von der Wirtschaftlichkeit der Behandlung ab. Im Zusammenhang mit dem Leistungskatalog der Krankenversicherung sind dabei zwei Komponenten zu unterscheiden.

Mit den Pflichtleistungen wird das Spektrum der zur Verfügung stehenden Massnahmen und Verrichtungen festgelegt. Dieses stellt aber nur die eine Komponente von untergeordneter Bedeutung dar. Durch die Aufnahme neuer kostensparender oder kosteneffektiver Leistungen kann die Voraussetzung für eine wirtschaftliche Behandlung geschaffen werden. Durch den Ausschluss veralteter, unwirksamer oder überteuerter Leistungen kann der Einsatz dieser einzelnen Leistungen verringert werden.

Die entscheidende Komponente ist jedoch, wie die Leistungsanbieter diese ihnen im Rahmen des Leistungskataloges zur Verfügung stehenden Massnahmen und Leistungen in jedem konkreten Fall für die Behandlung der Patienten einsetzen. Ein gewünschtes Behandlungsergebnis kann in der Regel durch mehr oder weniger aufwändige Behandlungsstile erzielt werden.

Die Aufnahme der nichtärztlichen Psychotherapie in den Leistungskatalog der Krankenversicherung kann somit die Voraussetzung schaffen, dass Psychotherapie kostensparend eingesetzt werden kann, aber bietet noch keine Garantie dafür. Die psychotherapeutische Praxis selbst müsste wohl erheblich geändert werden. Finden in der Folge Ausweichreaktionen der somatischen Leistungsanbieter statt, bedeutet dies, dass Unwirtschaftlichkeit in andere Bereiche verlagert wird, in denen dann vermehrt aufwändige Behandlungsstile, Doppelpurigkeiten, unnötige Leistungen etc. erbracht werden. Beide Probleme, die Sicherstellung kosteneffektiver psychotherapien und die Vermeidung der Ausweichreaktionen können nicht mit dem Instrument des Pflichtleistungskataloges gelöst werden. Hierzu bedarf es anderer Massnahmen wie die Aufhebung des Vertragszwanges, die Einführung von Fallpauschalvergütung oder ähnlicher Vergütungs- und Anreizsysteme.

Für die Bewertung der Einsparungen und Kosten der Psychotherapie verwendete Wertgrößen

Kosten der psychotherapeutischen Behandlung (wo möglich gem. Arzttarif)

	Kosten [CHF]
Psychotherapeutische Behandlung erste 15 Minuten	39.60
Psychotherapeutische Behandlung nächste 15 Minuten	56.93
Psychotherapeutische Behandlung pro 45 Minuten (pro Sitzung)	153.45
Psychologe pro Sitzung	100.00
Allgemeinarzt oder Spezialarzt pro Konsultation	39.60
Allgemeinarzt Hausbesuch	49.50
Sozialarbeiter	70.00
Psychotherapeutisch geschulte Schwestern	70.00

Kosten für einen Tag Untersuchungshaft

	Kosten [CHF]
Mittlere Kosten pro U-Hafttag [CHF]	395.–
Mittlere Kosten pro Gefängnistag [CHF]	369.–

Kosten des Spitalaufenthalts bzw. der Rehabilitation (gemäss H+Spitalstatistik)

	Betriebskosten pro Tag [CHF]
Durchschnitt psychiatrische Kliniken	505.–
Durchschnitt psychiatrische Tageskliniken	250.–
Durchschnitt Krankenhäuser	972.–
Rehabilitationsklinik	415.–

Spitex (gemäss Konkordat Schweizerischer Krankenversicherer KSK, neu: Santésuisse und Spitex Verband Schweiz)

	Kosten pro Stunde [CHF]
Tarif Kosten	55.–
Reale Kosten	77.–

LITERATURVERZEICHNIS

- Achberger M, Linden M, Benkert O. Psychological distress and psychiatric disorders in primary health care patients in East and West Germany 1 year after the fall of the Berlin Wall. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34 (4): 195-201.
- Baltensperger C. Psychotherapie: Kostspieliger Luxus oder gesellschaftlicher Nutzen? Selbstverlag 1996
- Bebbington PE, Mardsen L, Brewin CR. The need for psychiatric treatment in the general population: The Camberwell needs for care survey. *Psychological Medicine* 1997; 27: 821-834
- Brugha TS, Bebbington PE. The Undertreatment of depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 1992; 242: 103-108
- Carney PA, Dietrich AJ, Eliasser MS, Owen M, Badger LW. Recognizing and managing depression in primary care. *The Journal of Family Practice* 1999; 48 (12): 965-972
- Croghan TW, Melfi CA, Dobrez DG, Kniesner TJ. Effect of mental health specialty care on antidepressant length of therapy. *Medical Care* 1999; 37 (4): AS20-AS23
- Deter HC, Allert G. Group Therapy for Asthma Patients: A Concept for the Psychosomatic Treatment of Patients in a Medical Clinic - A Controlled Study. *Psychother Psychosom* 1983; 40: 95-105
- Deter HC. Zur Kosten-Nutzen-Analyse der tiefen-psychologisch-orientierten Gruppentherapie bei Patienten mit Asthma bronchiale. *PRAXIS der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 1989; 7: 154-162
- Fink P. Admission patterns of persistent somatization patients. *General Hospital Psychiatry* 1993; 15: 211-218
- Fink P, Sorensen L, Engberg M, Holm M. Somatization in primary care. *Psychosomatics* 1999; 40 (4): 330-338
- Fink P. The use of hospitalizations by persistent somatizing patients. *Psychological Medicine* 1992; 22: 173-180
- Franz M, Schiessl N, Manz R, Fellhauer R, Schepank H, Tress W: Zur Problematik der Psychotherapiemotivation und der Psychotherapieakzeptanz. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 40 (1990): 369 - 374.
- Franz M, Schepank H. Befindlichkeitsstörungen. Häufigkeit und Verlauf unspezifischer und funktioneller Beschwerden aus epidemiologisch-psychosomatischer Sicht. *Z. ärztl. Fortbild. Qual. sich. (ZaeFQ)* 1997; 91: 723-727
- Franz M, Schepank H. Zur inadäquaten Inanspruchnahme somato-medizinischer Leistungsangebote durch psychogen erkrankte Patienten *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 1994; 62: 40-45
- Gabbard GO, Lazar SG, Hornberger J, Spiegel D. The economic impact of psychotherapy: A review. *American Journal of psychiatry* 1997; 154 (2): 147-155
- Ginsberg G, Marks I. Cost and benefits of behavioural psychotherapy: a pilot study of neurotics treated by nurse-therapists. *Psychological Medicine* 1977; 7: 685-700
- Ginsberg G, Marks I, Waters H. Cost-benefit analysis of a controlled trial of nurse therapy for neuroses in primary care. *Psychological Medicine* 1984; 14: 683-690
- Gonik UL, Farrow IJ, Meier ML, et al. Cost Effectiveness of Behavioral Medicine Procedures In The Treatment of Stress-Related Disorders. *American Journal of Clinical Biofeedback* 1981; 4 (1): 16-24
- Grawe K, Bernauer F, Donati R.: Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe 1994
- Guthrie E, Moorey J, Margison F, Barker H, Palmer S, McGrathk G, Tomenson B, Creed F. Cost-effectiveness of brief psychodynamic-interpersonal therapy in high utilizers of psychiatric services. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 519-526
- Hansson L, Borgquist L, Nettelblatt P, Nordström G. The course of psychiatric illness in primary care patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994; 29: 1-7
- Jacobi F, Margraf J. Cost-Benefit-Analysis of CBT for anxiety disorders. Beitrag auf dem Kongress der European Association of Cognitive Behavioral Therapies (EABCT) vom 22.-26.09.1999 in Dresden.
- Jacobs DF. Cost-effectiveness of specialized psychological programs for reducing hospital stays and outpatient visits. *Journal of Clinical Psychology* 1987; 43 (6): 729-735
- Katz SJ, Kessler R, Frank R, Leaf Ph, Lin E, Edlund M. The use of outpatient mental health services in the United States and Ontario: The impact of mental morbidity and perceived need for care. *American Journal of Public Health* 1997; 87 (7): 1136-1143
- Kessler RC, Zhao S, Katz SJ, Konzis AC, Frank RG, Edlund M, Leaf Ph. Past-year use of outpatient services for psychiatric problems in the national comorbidity survey. *Am J Psychiatry* 1999; 156 (1): 115-123
- Lamprecht F. Die ökonomischen Folgen von Fehlbehandlungen psychosomatischer und somatopsychischer Erkrankungen. *PPmP Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 1996; 46: 283-291
- Lave JR, Frank RG, Schulberg HC, Kamlet MS. Cost-effectiveness of treatments for major depression in primary care practice. *Arch gen psychiatry* 1998; 55: 645-651

- Linden M, Meier W, Achberger M, Herr R, Helmchen H, Benkert O. Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinarztpraxen in Deutschland. *Nervenarzt* 1996; 67: 205-215
- Longobardi PG. The Impact of a Brief Psychological Intervention on Medical Care Utilization in an Army Health Care Setting. *Medical Care* 1981; 14 (6): 665-671
- Margraf J, Poldrack A. Angstsyndrome in Ost- und Westdeutschland: Eine repräsentative Bevölkerungserhebung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 2000; 29 (3): 157-169
- Mental Health. A Report of the Surgeon General. <http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/toc.htm>, 1999
- Mumford E, Schlesinger JH, Glass GV. The Effects of Psychological Intervention on Recovery From Surgery and Heart Attacks: An Analysis of the Literature. *Am J Public Health* 1982; 72 (2): 141-151
- Mumford E, Schlesinger HJ, Glass GV, et al. A New Look at Evidence About Reduced Cost of Medical Utilization Following Mental Health Treatment. *Am J Psychiatry* 1984; 141 (10): 1145-1158
- Munk-Jorgensen P, Fink P, Brevik JI, Dalgard OS. Psychiatric morbidity in primary public health care: a multicentre investigation. Part II. Hidden morbidity and choice of treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1997; 95: 6-12
- Pini S, Perkonning A, Tansella M, Wittchen HU. Prevalence and 12-month outcome of threshold and subthreshold mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders* 1999; 56: 37-48
- Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK. The de facto US mental and addictive disorders service system. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 85-94
- Reinecker H. *Lehrbuch der Klinischen Psychologie*. Verlag für Psychologie - Hogrefe 1994
- Retzer A. A follow-up study of manic-depressive and schizoaffective psychoses after systemic family therapy. *Family Process, Inc.* 1991; 30 (2): 139-153
- SFA, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme. *Zahlen und Fakten zu Alkohol und anderen Drogen* 1999.
- Smith GR, Rost K, Kashner M. A trial of the effect of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 238-243
- Smith GR, Monson RA, Ray DC. Psychiatric consultation in somatization disorder. *The New England Journal of Medicine* 1986; 314 (22): 1407-1413
- Smith M, Glass G, Miller T. *The benefits of psychotherapy*. The John Hopkins University Press 1980
- Soeder U, Neumer S, Rose U, Türke V, Becker ES, Margraf J. *Zum Behandlungsbedarf psychischer Störungen bei jungen Frauen*. 2000
- Weyerer S. *Das Erkennen psychischer Erkrankungen in der hausärztlichen Versorgung: Ergebnisse aus der Bundesrepublik Deutschland*. *Gesundheitswesen* 1996; 58 (Sonderheft 1): 68-71 Anhang

5

Heinz Roth

STAND DER ARBEITEN ZUM PSYCHOLOGEIBERUFEGESETZ

ZUSAMMENFASSUNG

Der Gesetzgebungsauftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) stützt sich auf einen Bundesratsbeschluss von 1998 und zwei Motionen (Wicki/Triponez). Nach einer längeren Vorbereitungsphase wurden anlässlich der konstituierenden Sitzung vom 20. November 2001 die Arbeiten zum Psychologieberufegesetz (PsyG) aufgenommen. Unter Leitung einer externen Projektorganisation haben zwei Arbeitsgruppen Thesen zum neuen Bundesgesetz erarbeitet und im April 2002 verabschiedet. Aufgrund dieser Thesen, diverser Rückmeldungen aus einer Informationsveranstaltung und der grundsätzlichen Zustimmung des Eidgenössischen Departementes des Innern, hat Prof. Dr. iur. P. Richli, Universität Luzern, im Sommer 2002 einen ersten Vorentwurf des PsyG ausgearbeitet, der in einer definitiven Fassung bis Ende 2002 dem BAG vorliegen soll. Für das Jahr 2003 ist die Vernehmlassung des Vorentwurfes geplant. Gestützt auf die Resultate des Vernehmlassungsverfahrens wird das BAG den Entwurf des Gesetzes konkretisieren und dem Parlament vorlegen.

I. AUSGANGSLAGE

In der Schweiz gibt es derzeit keine landesweit einheitliche Regelung für die Psychologie-Grundausbildung, für die Zulassung zu darauf aufbauenden beruflichen Weiterbildungsgängen oder für die Zulassung zur Ausübung dieser Berufe (insbesondere der Psychotherapie).

Im Hinblick auf die Erarbeitung eines neuen Medizinalberufegesetzes (MedBG) hat die Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) 1991 den Bund ersucht zu prüfen, ob auch die Berufsgruppe der Psychotherapeuten* in dieses Gesetz integriert werden könnte. Der entsprechende Passus im ersten Entwurf zu einem Bundesgesetz über die universitäre Ausbildung in den medizinischen Berufen ist in der Vernehmlassung kontrovers aufgenommen worden. Aufgrund des Vernehmlassungsverfahrens hat der Bundesrat am 19. August 1998 den Entscheid getroffen, die Anforderungen an das Psychologiestudium und an die Weiterbildung in Psychotherapie im Rahmen eines eigenständigen Gesetzes zu regeln. Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) wurde beauftragt, einen diesbezüglichen Gesetzesentwurf auszuarbeiten, wobei die Federführung dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) übertragen wurde.

Mit der Einsetzung einer externen Teilprojektorganisation und der Ernennung der Mitglieder von zwei Arbeitsgruppen (Aus- und Weiterbildung) wurden die konkreten Gesetzgebungsarbeiten für ein Psychologieberufegesetz (PsyG) anlässlich der konstituierenden Sitzung vom 20. November 2001 aufgenommen.

* Zugunsten einer besseren Lesbarkeit wird in diesem Dokument die männliche Sprachform verwendet. Die Gleichheit beider Geschlechter ist selbstverständlich.

II. DUALER AUFTRAG

Die Gesetzgebungsarbeiten des BAG zum PsyG stützen sich einerseits auf den Beschluss des Bundesrates vom 19. August 1998 („Die Anforderungen an das Psychologiestudium und an die Weiterbildung in Psychotherapie sind im Rahmen eines separaten Psychotherapiegesetzes zu regeln“) und andererseits auf den Auftrag aus den Motionen Wicki/Triponez (Titelschutz für Psychologieberufe). Die Motionen Triponez (27.11.2000/00.3615) und Wicki (7.12.2000/00.3646) fordern den Bundesrat auf, die notwendigen Massnahmen zu ergreifen, damit die qualifizierten psychologischen Berufe im Rahmen der Freizügigkeitsabkommen mit der Europäischen Union wegen fehlendem eidgenössischem Titelschutz in der Berufsausübung nicht benachteiligt werden und die Qualität bei gesundheitlich relevanten psychologischen Tätigkeiten sichergestellt ist.

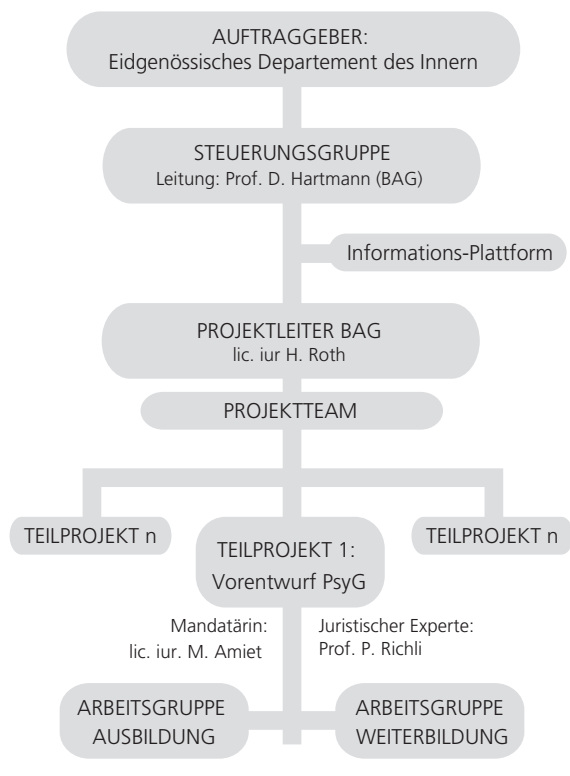
Aufgrund dieser Vorgaben wird die Teilprojektleitung PsyG dem BAG unter fachlicher Mitwirkung der beiden Arbeitsgruppen bis Ende 2002 einen Gesetzesvorentwurf unterbreiten, der die qualifizierten psychologischen Berufe auf Bundesebene regelt.

III. GELTUNGSBEREICH DES PSYG

Das PsyG soll für psychologische Berufe im Gesundheitswesen sowie in solchen psychologischen Tätigkeitsbereichen gelten, in denen der Mensch gegen Täuschung und Irreführung eines besonderen Schutzes bedarf (Konsumentenschutz). Für die inhaltliche Erarbeitung des Gesetzesentwurfes werden überdies die Anliegen der öffentlichen Gesundheit (Santé Publique/Santé Mentale) handlungsleitend sein. Aufgrund der Vorgaben des EDI und der beiden Motionen haben die Arbeitsgruppen PsyG die Thesen offen formuliert. Eine Einschränkung der Gesetzgebungsarbeiten bildet dabei unter anderem die Beachtung der Bundesverfassung (Wirtschaftsfreiheit versus Schutz der öffentlichen Gesundheit / Konsumentenschutz). Es ist vorgesehen, dass der Bundesrat die Möglichkeit erhält, notwendige Anpassungen entsprechend der gesellschaftlichen Entwicklung und Risikowahrnehmung vorzunehmen.

Projektorganisation Psychologieberufegesetz

A.1



IV. THESEN ZUM PSYCHOLOGIEBERUFEGESETZ

Vorbemerkungen

Am 10. April 2002 sind die Thesen zum PsyG durch die Mitglieder der beiden Arbeitsgruppen verabschiedet worden. Diese fanden, mit einigen Ausnahmen, die Zustimmung des Eidgenössischen Departementes des Innern. So ist es gemäss EDI nicht erforderlich, die Hochschulabschlüsse eidgenössisch anzuerkennen.

Die Thesen sind in ihrer abstrakten Form grobe Richtwerte an denen sich die Gesetzgebungsarbeiten ausrichten. Im Interesse der Konsistenz der Regelungen über die medizinischen und die psychologischen Berufe soll sich der Vorentwurf des PsyG zudem so weit als möglich an die bereits weiter fortgeschrittenen Grundlagen im Medizinalberufegesetz halten.

Die folgenden Darlegungen geben den im Sommer 2002 aktuellen Stand der Gesetzgebungsarbeiten wieder. Neben diversen Beiträgen der Mitglieder der beiden Arbeitsgruppen liegt ein erster Vorentwurf des juristischen Experten zum Psychologieberufegesetz vor.

1. Hochschulausbildung

Im Unterschied zu den universitären Medizinalberufen ist die Ausbildung im Bereich der Psychologie kantonal geregelt. Absolventen von Hochschulen (Universität oder Fachhochschule) erhalten nach Abschluss der Ausbildung einen durch kantonales Recht geschützten Titel. Dieses System soll auch nach der Einführung des PsyG beibehalten werden. Neu wird jedoch als Zulassungsvoraussetzung für die Absolvierung eines akkreditierten Weiterbildungsprogrammes (z.B. in Psychotherapie) ein Hochschulabschluss in Psychologie verlangt.

Zur Diskussion steht ob und in welchem Masse das PsyG Ausbildungsziele enthalten soll. Der Ansatz der psychologischen Experten enthält folgende Kriterien zur Hochschulausbildung (Zitat):

1. Die Hochschulausbildung befähigt dazu, kritisch reflektiertes Wissen über das menschliche Erleben und Verhalten in Forschung und Praxis einzusetzen, um Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit und Entfaltung von Menschen, Gruppen und Organisationen wissenschaftlich begründet zu erfassen, zu erhalten oder zu verbessern. Sie befähigt ferner dazu, Methoden zur Analyse, Bewertung und Veränderung menschlicher Fähigkeiten und Tätigkeiten auszuwählen oder selbst zu entwickeln.
2. Im Einzelnen sind die Studierenden bei Studienabschluss fähig,
 - das menschliche Erleben und Verhalten mit empirisch abgesicherten und praxisbewährten psychologischen Methoden zu beschreiben, zu erklären und gezielt zu verändern,

- die wissenschaftlichen Erkenntnisse über menschliche Kognition, Emotion, Motivation, Lernen, Entwicklung, Handeln, Persönlichkeit, Kommunikation und zwischenmenschliche Beziehungen sowie deren Normabweichungen und Störungen anzuwenden,
- das Fachwissen theoretisch und praktisch in kritischer Auseinandersetzung weiterzuentwickeln und im Sinne des lebenslangen Lernens zu vertiefen,
- sozial kompetent im interdisziplinären Kontext zu kooperieren sowie die menschlichen und gesellschaftlichen Folgen ihres professionellen Handelns zu berücksichtigen,
- Aufgaben im Dienste der Gesundheit und Krankheitsbekämpfung, der Forschung und Bildung sowie des Wohlbefindens, der Leistungsfähigkeit und der Entfaltung von Menschen, Gruppen und Organisationen eigenständig und selbstverantwortlich zu erfüllen,
- ethische Grundsätze zu beachten, das Berufsgheimnis zu wahren und Verantwortung gegenüber Individuen und Gesellschaft zu übernehmen.

2. Eidgenössische Anerkennung von Weiterbildungstiteln

2.1 Beschränkung auf acht Berufsfelder

Die gesetzliche Regelung im PsyG soll sich auf die Titelerkennung von acht psychologischen Berufen (siehe Punkt 4) beschränken. Träger und Durchführungsorgan eines Weiterbildungsprogramms können Institutionen sein, welche die Akkreditierungsvoraussetzungen erfüllen. Die Akkreditierung soll verweigert werden können, wenn keine Gewähr für eine fachkundige und zuverlässige Trägerschaft besteht und wenn die Durchführung nicht sichergestellt ist.

2.2 Zulassungsvoraussetzungen zu Weiterbildungsprogrammen

Zu Weiterbildungsprogrammen für die acht im PsyG definierten psychologische Berufe sollen Inhaber kantonaler Hochschulausweise in Psychologie sowie gleichwertiger ausländischer Ausweise Zugang haben. Als weitere Zulassungsvoraussetzung zu Weiterbildungsprogrammen für psychotherapeutische Berufe werden Kenntnisse in klinischer Psychologie vorausgesetzt, die bereits in der Ausbildungsphase erworben werden sollen.

Wer keinen Hochschulabschluss in Psychologie erworben hat, soll eine angemessene Möglichkeit haben, in das Studium der Psychologie, insbesondere in Masterprogramme (Bologna-Modell) einzutreten. Sofern die Hochschulen keine Programme für „Quereinsteiger“ anderer Hochschulrichtungen in die Weiterbildung zur Psychotherapie anbieten, kann der Bundesrat subsidiär eine Ersatzlösung anordnen.

2.3 Erteilung von Weiterbildungstiteln

Ein Weiterbildungstitel soll eidgenössisch anerkannt werden, wenn die den Antrag stellende Person ein akkreditiertes Weiterbildungsprogramm erfolgreich absolviert oder einen gleichwertigen spezialisierten Ausbildungsausweis erworben hat. Ein Weiterbildungstitel kann dann ohne das Absolvieren eines Weiterbildungsprogrammes erteilt werden, wenn die den Antrag stellende Person einen gleichwertigen Ausbildungsausweis auf Hochschulstufe erworben hat. Zu denken ist namentlich an spezialisierte Masterabschlüsse, z.B. im Bereich der Berufs- und Laufbahnberatung.

3. Akkreditierung von Weiterbildungsprogrammen

Im Bereich der universitären Ausbildung bestehen Richtlinienvorschläge zur Akkreditierung und Qualitätssicherung im Rahmen des Universitätsförderungsgesetzes. Für den Bereich Weiterbildung im PsyG fehlen bisher diesbezügliche Ansätze. Da Akkreditierungs- und Qualitätssicherungsmaßnahmen einen wichtigen Bestandteil des PsyG ausmachen, sollen die entsprechenden Rahmenbedingungen im Gesetz festgeschrieben werden.

4. Selbständige Ausübung psychologischer Tätigkeiten

Es ist vorgesehen, dass für die selbständige Ausübung folgender Berufsfelder ein eidgenössisch anerkannter Weiterbildungstitel erworben werden muss: Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychologie, klinische Psychologie, Neuropsychologie, Gesundheitspsychologie, Berufs- und Laufbahnberatung, Rechtspsychologie und Verkehrspsychologie. Der Bundesrat kann für weitere psychologische Berufe einen Weiterbildungstitel vorschreiben, falls dies für die Verwirklichung der Ziele des PsyG erforderlich sein sollte.

Mit einer zeitlich grosszügig bemessenen Übergangsregelung soll gewährleistet werden, dass Personen, die bereits eine selbständige Berufstätigkeit ausüben, den entsprechenden Weiterbildungstitel aber nicht haben, ihre Aktivität nicht kurzfristig einstellen müssen. Eine

sofortige Anwendbarkeit der im PsyG vorgesehenen Berufszulassungsvoraussetzungen würde insbesondere dem Gedanken der Rechtssicherheit widersprechen.

Die Thesen sehen vor, dass Personen, welche im Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes ohne die erforderliche Qualifikation seit mehr als zwei Jahren psychologische Berufe ausüben, verpflichtet sind, innert fünf Jahren eine Nachqualifikation zu erwerben. Die zuständige kantonale Stelle soll den Umfang dieser Nachqualifikation unter Berücksichtigung der bisherigen Dauer der Berufstätigkeit sowie der mit dem PsyG verfolgten Ziele festlegen.

Personen, welche im Zeitpunkt des Inkrafttretens des PsyG seit mehr als fünf Jahren berufstätig sind und über eine kantonale Berufsausübungsbewilligung verfügen, können die Berufstätigkeit ohne weitere Zusatzqualifikation weiterführen.

Personen, welche spätestens zwei Jahre vor Inkrafttreten des PsyG eine psychotherapeutische Weiterbildung oder ein postgraduales Nachqualifikationsprogramm zur Ergänzung des dafür notwendigen Grundlagenwissens begonnen haben, sind verpflichtet, diese innerhalb von sieben Jahren ab Inkrafttreten des PsyG zu beenden und nach Massgabe der zuständigen kantonalen Stelle eine allfällige weitere Nachqualifikation zu erwerben.

Die Psychologieberufekommission (siehe Pt. 6) erlässt zuhanden der kantonalen Stellen Richtlinien für die Anforderungen an die Nachqualifikation. Wird die Nachqualifikation nicht innert Frist erworben, so muss die Berufstätigkeit eingestellt werden.

5. Berufsregeln

In der Frage der Berufsregeln wird eine dem Entwurf des Medizinalberufegesetzes analoge Lösung angestrebt. Es geht darum, die zentralen Richtlinien für die Ausübung psychologischer Tätigkeiten normativ festzuschreiben, wobei auch die Verpflichtung zur lebenslangen Fortbildung festgehalten sein soll. Vorgesehen ist eine kooperative Lösung zwischen dem Bund und den Kantonen.

6. Psychologieberufekommission

Die Psychologieberufekommission wird unter anderem für die Beratung der Organe (EDI etc.) und die Anerkennung ausländischer Diplome zuständig sein. Die Zusammensetzung der Kommission soll dem Bundesrat obliegen, wobei die interessierten Kreise angemessen zu berücksichtigen sind.

V. ZEITPLAN

Bei den Arbeiten am Psychologieberufegesetz lassen sich fünf Projektphasen unterscheiden:

1. Erarbeitung eines Vorentwurfes mit Erläuterndem Bericht
2. Vernehmlassung und deren Auswertung
3. Erarbeitung der Botschaft und des definitiven Gesetzesentwurfes
4. Begleitung der parlamentarischen Beratungen
5. Erarbeitung des Verordnungsrechtes

Nachdem die Thesen im April 2002 verabschiedet wurden, ist vorgesehen, dass die Teilprojektorganisation PsyG dem BAG bis Ende 2002 den Gesetzesvorentwurf samt Erläuterndem Bericht vorlegt. Aufgrund dieser Unterlagen wird die Vernehmlassung im Jahr 2003 durchgeführt. Die weiteren Schritte sind abhängig von der Auswertung der Vernehmlassung und können im Zeitpunkt der Drucklegung der vorliegenden Broschüre noch nicht konkretisiert werden.

6

Guido Mattanza
Markus Schweizer
Silvia Ess
Andreas Frei
Heinz Roth
Pedro Koch

ARBEITSHYPOTHESEN ZUR ANSTEHENDEN REGELUNG DER PSYCHOLOGISCHEN PSYCHOTHERAPIE

ARBEITSHYPOTHESEN

Aus den vorgängigen Studien ergeben sich zusammenfassend folgende wichtige Punkte:

- Es gibt im internationalen Vergleich eine grosse Heterogenität und keinen erkennbaren Konsens bei der Regelung der Psychotherapie in den verschiedenen Ländern bzw. bei deren Integration in die verschiedenen Systeme der sozialen Krankenversicherungen.
- Der Status Quo im Psychotherapiebereich der Schweiz ist geprägt durch eine grosse Methodenvielfalt bei der Ausbildung der Therapeuten* und eine ausgeprägte Verflechtung bei der Verwendung der einzelnen Verfahren.
- Durch die Integration der psychologischen Psychotherapie in die soziale Krankenversicherung der Schweiz kann eine adäquatere und kosteneffizientere medizinische und psychotherapeutische Versorgung der Versicherten angestrebt werden. Allerdings ist dabei mindestens kurzfristig mit einer Kostensteigerung zu rechnen.
- Den zu erwartenden zusätzlichen Kosten, welche sich durch die Integration psychotherapeutischer Leistungen in die Krankenversicherung ergeben könnten, stehen Hinweise auf Kosteneinsparungspotentiale im Bereich der somatisch-medizinischen Leistungen gegenüber.
- Vorgängig zur sozialversicherungsrechtlichen Neuregelung des Psychotherapiebereiches soll in der Schweiz die Qualitätssicherung bei der Aus-, Weiter- und Fortbildung der psychologischen Berufe gesetzlich geregelt werden.

Vor diesem Hintergrund lassen sich neun Arbeitshypothesen formulieren, die aus der Sicht der Autoren bei der weiterhin anstehenden Neuregelung des Psychotherapiebereiches zu prüfen wären.

1. Arbeitshypothese:

Um die Voraussetzungen für eine angemessenere und effizientere medizinische und psychotherapeutische Versorgung der Versicherten zu schaffen, sollten die Leistungen der psychologischen Psychotherapie in die Grundversicherung der Krankenkassen aufgenommen werden.

Die aktuelle Literatur zum Thema der Wirtschaftlichkeit psychotherapeutischer Leistungen legt nahe, dass eine indizierte Psychotherapie zu Einsparungen für unnötige medizinische Diagnostik und Behandlungen sowie für Arbeitsausfälle und Krankenhaustage führen kann. Eine Reihe von Störungen lassen sich letztlich nur mit psychotherapeutischen Massnahmen effizient behandeln. Sie verursachen gegenwärtig im somatisch-medizinischen Bereich hohe Kosten. Durch die Aufnahme der psychologischen Psychotherapie in den Pflichtleistungskatalog wird die Voraussetzung geschaffen, dass psychotherapeutische Behandlungen in gleicher Weise wie somatisch-medizinische Behandlungen allen Versicherten zur Verfügung stehen.

2. Arbeitshypothese

Eine Integration der psychotherapeutischen Leistungen in die soziale Krankenversicherung sollte – analog zum medizinisch-somatischen Bereich – an ein umfassendes Qualitätssicherungsverfahren gebunden werden. Primäres Qualitätskriterium ist die Aus- und Weiterbildung, die an akkreditierten Institutionen und in anerkannten Methoden zu erfolgen hat. Daneben sollen für die Qualitätssicherung die Behandlungsergebnisse dokumentiert werden.

Die Psychotherapiepraxis geht gegenwärtig zunehmend in Richtung integrativer Arbeitsansätze, während gleichzeitig die Patient-Therapeutbeziehung sich immer mehr zur partnerschaftlichen Dienstleistungsbeziehung entwickelt: Im Sinne des «informed consent» vereinbaren mitverantwortliche Patienten Therapieziele und Wege zur Erreichung derselben.

Zwar hat die Zentrierung auf eine bestimmte Methode in der Weiterbildung einen wichtigen Stellenwert, indem sie prägend für die therapeutische Haltung ist, in der Praxis relativiert sich deren Bedeutung aber zunehmend. In der Psychotherapie dürfte nicht primär die Methode wirksam sein, sondern wie unter Einfluss verschiedener methodischer Ansätze mit bestimmten Störungen und Situationen in der Therapie umgegangen wird.

Für die Ausrichtung von Leistungen aus der Grundversicherung der Krankenkassen sollte deshalb ein umfas-

* Zugunsten einer besseren Lesbarkeit wird in diesem Dokument die männliche Sprachform verwendet. Die Gleichheit beider Geschlechter ist selbstverständlich.

sendes Qualitätssicherungssystem eingeführt werden. Zentral ist dabei einerseits die Aus- und Weiterbildung. Diese hat in einer Methode, für die der Nachweis der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erbracht werden konnte, sowie an einer akkreditierten Ausbildungsinstitution im Sinne des sich in Ausarbeitung befindlichen Psychologieberufegesetzes zu erfolgen. Neben Aus- und Weiterbildung sollte sich die Qualitätssicherung darauf abstützen, wie ausgehend von einer anerkannten Weiterbildung mit der entsprechenden therapeutischen Grundhaltung das Behandlungsergebnis in der Alltagspraxis ausfällt und optimiert werden kann.

3. Arbeitshypothese:

Psychotherapeuten müssen neben der fachlichen Kompetenz eine persönliche Eignung für die Berufsausübung haben. Die Aufgabe der entsprechenden Abklärungen ist an die Weiterbildungsinstitutionen zu delegieren, die ihrerseits durch die Akkreditierung und deren periodische Überprüfung kontrolliert werden.

Fachwissen und Fertigkeiten sind für die Ausübung des Berufes des Psychotherapeuten nicht ausreichend. Der praktizierende Therapeut muss auch persönlich integer sein und die charakterliche Eignung zur Berufsausübung haben. Die dazu notwendigen Abklärungen sollten die akkreditierten Weiterbildungsinstitutionen zu Beginn der Weiterbildung vornehmen. Im Verlauf der Berufstätigkeit sollte zudem der Ausschluss ungenügender Therapeuten von der Tätigkeit zulasten der sozialen Krankenversicherung möglich sein.

4. Arbeitshypothese:

Voraussetzung für die Akkreditierung von Weiterbildungsinstitutionen soll der Nachweis von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der gelehrteten Methode sein.

Das vom BSV zur Methodenanerkennung entwickelte WZW-Verfahren für psychotherapeutische Behandlungsmethoden soll bei der Akkreditierung von Weiterbildungsinstitutionen – wie sie im zukünftigen Psychologieberufegesetz vorgesehen ist – beigezogen werden. Zwingende Voraussetzung für eine Akkreditierung soll neben der Gewähr für eine fachkundige und zuverlässige Trägerschaft und einem definierten Weiterbildungscurriculum auch der Nachweis von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der gelehrteten Methode sein.

5. Arbeitshypothese:

Das frühzeitige Erkennen von psychischen Störungen ist wünschenswert und wichtig. Durch eine engere Zusammenarbeit von Psychotherapeuten und Ärzten bei der Diagnose und der Indikationsstellung lässt sich das Ausmass von inadäquaten Behandlungen reduzieren. Deshalb ist dem Gate Keeper System für die Übernahme psychotherapeutischer Leistungen durch die soziale Krankenversicherung ein Second Opinion System vorzuziehen. Psychotherapeuten mit konformer Aus- und Weiterbildung könnten dann bezüglich Diagnostik und Indikationsstellung den Ärzten gleichgestellt werden.

Aufgrund der vorliegenden wissenschaftlichen Literatur ist die Erkennungsrate psychischer Störungen durch die somatischen Ärzte in verschiedenen Störungsbereichen unzureichend. Dies ist eine mögliche Ursache für die Fehlversorgung von Patienten, die eine unnötige Inanspruchnahme somatisch-medizinischer Leistungen zur Folge haben kann. Deshalb sollte geprüft werden, ob das gegenwärtige Gate Keeper System nicht besser durch ein Second Opinion System zu ersetzen wäre. Dies würde bedeuten, dass bei Hinweisen auf eine psychosoziale Ursache einer längerdauernden Krankheit oder Arbeitsunfähigkeit, eine Abklärung durch einen Psychiater oder Psychotherapeuten zwingend erfolgen müsste. Ebenso wäre bei Beginn einer längeren psychotherapeutischen Behandlung eine medizinisch-somatische Abklärung des Patienten und im Verlauf der Behandlung die Zweitmeinung eines anerkannten Psychiaters oder psychologischen Psychotherapeuten einzuholen. Die Zweitmeinung wäre nach einer Einzelsitzung zur Beurteilung von Diagnose, Therapieverlauf und Indikation zur Fortsetzung der Therapie an den Behandelnden zu richten, der sie zusammen mit seinem Antrag zur Fortsetzung der Therapie an den vertrauensärztlichen Dienst der zuständigen Krankenversicherung weiterleitet. Bei Langzeittherapien wäre das Verfahren in Abständen zu wiederholen.

6. Arbeitshypothese

Um mehr Einblick in die Struktur einer angemessenen und kosteneffizienten Versorgung der Schweizer Bevölkerung zu erhalten, sind weitere, breit angelegte Untersuchungen unter Einbezug der Leistungen der ärztlichen und der psychologischen Psychotherapie unumgänglich. Insbesondere wäre das Einführen eines laufenden Monitorings für den Psychotherapiebereich zu prüfen.

Grundlagendaten sind im Gesundheitsbereich in der Schweiz nach wie vor ungenügend vorhanden und zu wenig abgestützt. Angesichts der Auswirkungen einer ineffizienten Ressourcenallokation ist es unerlässlich, vermehrt durch breit angelegte Untersuchungen Klarheit in die Struktur der Versorgung zu bringen. Dabei sollte die bestehende einseitige Konzentration auf den medizinisch-somatischen Bereich aufgehoben werden zugunsten einer adäquaten Mitberücksichtigung der Möglichkeiten und Leistungen der Psychotherapie. Zu klären wäre beispielsweise die Frage, wie die Angemessenheit einer Behandlung operativ gemacht werden kann, um so die Basis für eine Überprüfung der Kosteneffizienz zu erhalten.

Für den Psychotherapiebereich wäre zudem die Einführung einer Längsschnittanalyse in Form eines fortlaufenden Monitorings zu prüfen. Kontinuierlich könnten dabei Daten der auf Kosten der sozialen Krankenversicherung psychotherapeutisch behandelten Patienten erfasst und ausgewertet werden um einen Überblick über die Entwicklung des Therapieangebots sowie über die Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der psychotherapeutischen Leistungen zu erhalten. Dies mit dem Ziel, Steuerungsmöglichkeiten bezüglich der Zulassung von Therapiemethoden, der zweckmässigen Therapiedauer und Indikationen zu erhalten.

7. Arbeitshypothese

Die Aufnahme einer Leistung in den Pflichtleistungskatalog schafft zwar die Voraussetzung, bietet aber keine Gewähr dafür, dass die von der sozialen Krankenversicherung getragenen Leistungen indiziert, angemessen und kosteneffizient erbracht werden. Dies gilt sowohl für somatisch-medizinische als auch für psychotherapeutische Leistungen. Hierzu bedarf es weitergehender Anreize oder Regelungen, die sicherstellen, dass psychische Störungen frühzeitig erkannt, richtig diagnostiziert und einer angemessenen, Behandlung zugeführt werden.

Die Aufnahme neuer Leistungen in die soziale Krankenversicherung dürfte vorerst eine Mengenausweitung und steigende Kosten bewirken. Dies tritt dann ein, wenn die neuen Leistungen nicht anstelle, sondern zusätzlich zu bereits bestehenden Leistungen erbracht werden, oder

wenn der Ersatz von unzweckmässigen Leistungen zu Ausweichreaktionen der Leistungserbringer führt. Eben- sowenig wie bei den bereits etablierten ist bei den neuen Leistungen garantiert, dass diese in jedem Fall wirklich benötigt und kosteneffizient erbracht werden. Dadurch besteht die Gefahr, dass durch die Aufnahme neuer Leistungen letztlich nur bestehende Ineffizienzen in andere Bereiche des Versorgungssystems verlagert werden. Dies wiederum kann durch weitergehende Anreize oder Regelungen vermieden werden. Zu prüfen sind dabei die bereits heute in der gesundheitspolitischen Diskussion eingeführten Vorschläge der Aufhebung des Kontrahierungszwangs, Einführung von Fallpauschalvergütungen oder Kopfpauschalen.

8. Arbeitshypothese:

Die Kompetenz zur Diagnostik psychischer Störungen, zu psychosomatischer und psychosozialer Beratung sowie zur Indikationsstellung für eine Psychotherapie sollte in der Weiter- und Fortbildung von Ärzten, namentlich von Grundversorgern, gefördert werden.

Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen im Vergleich zur weit geringeren Häufigkeit der Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen ist auffällig. Einer der Gründe dafür dürfte sein, dass in der Grundversorgung die Indikation für eine Psychotherapie nicht erkannt wird. In der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzte sollte diese Thematik vertieft werden.

9. Arbeitshypothese:

Der Beruf des psychologischen Psychotherapeuten verliert zunehmend an Attraktivität. Gleichzeitig nimmt die Bedeutung psychischer Störungen in der Bevölkerung zu. Zur Vermeidung von zukünftigen Versorgungsengpässen muss die gesetzliche Regelung der psychologischen Psychotherapie zügig vorangetrieben werden.

Der fehlende rechtliche Schutz des Psychotherapeutenberufes führt zu Verunsicherung und Zurückhaltung beim Entscheid, die Laufbahn des Psychotherapeuten einzuschlagen. Deshalb ist es notwendig, die gesetzliche Regelung der psychologischen Psychotherapie zügig voranzutreiben. In Anbetracht der langen Weiterbildungszeiten sollte es möglich sein, dass angehende Psychotherapeuten, die bereits ein gewisses Stadium der Weiterbildung erreicht haben, unter der Aufsicht eines erfahrenen Facharztes oder Psychotherapeuten oder in einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Institution Leistungen erbringen können, die von der sozialen Krankenversicherung zu entsprechend vereinbarten Tarifen übernommen werden.

Beiträge zur sozialen Sicherheit

In dieser Reihe veröffentlicht das Bundesamt für Sozialversicherung Forschungsberichte (fett gekennzeichnet) sowie weitere Beiträge aus seinem Fachgebiet. Bisher wurden publiziert:

Aspects de la sécurité sociale

Sous ce titre, l'Office fédéral des assurances sociales publie des rapports de recherche (signalés en gras) ainsi que d'autres contributions relevant de son champ d'activité. Ont déjà été publiés:

Aspetti della sicurezza sociale

Sotto questo titolo, l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali pubblica dei rapporti di ricerca (segnalati in grassetto) nonché altri contributi inerenti alla sua sfera d'attività. La maggior parte dei rapporti appare in tedesco e in francese.

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Wolfram Fischer, Möglichkeiten der Leistungsmessung in Krankenhäusern: Überlegungen zur Neugestaltung der schweizerischen Krankenhausstatistik. Nr. 1/94	BBL* 318.010.1/94 d
Rapport de recherche: Wolfram Fischer, Possibilités de mesure des Prestations hospitalières: considérations sur une réorganisation de la statistique hospitalière. N° 1/94	OFCL* 318.010.1/94 f
Rapport de recherche: André Bender, M. Philippe Favarger, Dr. Martin Hoesli: Evaluation des biens immobiliers dans les institutions de prévoyance. No 2/94	OFCL* 318.010.2/94 f
Forschungsbericht: Hannes Wüest, Martin Hofer, Markus Schweizer: Wohneigentumsförderung – Bericht über die Auswirkungen der Wohneigentumsförderung mit den Mitteln der beruflichen Vorsorge. Nr. 3/94	BBL* 318.010.3/94 d
Forschungsbericht: Richard Cranovsky: Machbarkeitsstudie des Technologiebewertungsregister. Nr. 4/94	BBL* 318.010.4/94 d
Forschungsbericht: BRAINS: Spitex-Inventar. Nr. 5/94	BBL* 318.010.5/94 d
Rapport de recherche: BRAINS: Inventaire du Spitex. No 5/94	OFCL* 318.010.5/94 f
Forschungsbericht: Jacob van Dam, Hans Schmid: Insolvenzversicherung in der beruflichen Vorsorge. Nr. 1/95	BBL* 318.010.1/95 d

* BBL = Bundesamt für Bauten und Logistik, 3000 Bern

* OFCL = Office fédéral des constructions et de la logistique, 3000 Berne

* UFCL = Ufficio federale delle costruzione e della logistica, 3000 Berna

** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: BASS: Tobias Bauer. Literaturrecherche: Modelle zu einem garantierten Mindesteinkommen. Nr. 2/95	BBL* 318.010.2/95 d
Forschungsbericht: IPSO: Peter Farago. Verhütung und Bekämpfung der Armut: Möglichkeiten und Grenzen staatlicher Massnahmen. Nr. 3/95	BBL* 318.010.3/95 d
Rapport de recherche: IPSO: Peter Farago. Prévenir et combattre la pauvreté: forces et limites des mesures prises par l'Etat. N° 3/95	OFCL* 318.010.3/95 f
Bericht des Eidgenössischen Departementes des Innern zur heutigen Ausgestaltung und Weiterentwicklung der schweizerischen 3-Säulen-Konzeption der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge. Oktober 1995	BBL* 318.012.1/95 d
Rapport du Département fédéral de l'intérieur concernant la structure actuelle et le développement futur de la conception helvétique des trois piliers de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité. Octobre 1995	OFCL* 318.012.1/95 f
Rapporto del Dipartimento federale dell'interno concernente la struttura attuale e l'evoluzione futura della concezione svizzera dei 3 pilastri della previdenza per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità. Ottobre 1995	UFCL* 318.012.1/95 i
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil I	BSV** 96.217
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil II	BSV** 96.538
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen" (IDA FiSo 1): Bericht über die Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (unter besonderer Berücksichtigung der demographischen Entwicklung). Nr. 1/96	BBL* 318.012.1/96 d
Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales" (IDA FiSo): Rapport sur les perspectives de financement des assurances sociales (eu égard en particulier à l'évolution démographique). N° 1/96	OFCL* 318.012.1/96 f
Forschungsbericht: Laura Cardia-Vonèche et al.: Familien mit alleinerziehenden Eltern. Nr. 1/96	BBL* 318.010.1/96 d
Rapport de recherche: Laura Cardia-Vonèche et al.: Les familles monoparentales. N° 1/96	OFCL* 318.010.1/96 f
Bericht der Arbeitsgruppe "Datenschutz und Analysenliste / Krankenversicherung". Nr. 2/96	BSV** 96.567
Rapport du groupe de travail "Protection des données et liste des analyses / assurance-maladie". N° 2/96	OFAS** 96.568

* BBL	= Bundesamt für Bauten und Logistik, 3000 Bern
* OFCL	= Office fédéral des constructions et de la logistique, 3000 Berne
* UFCL	= Ufficio federale delle costruzione e della logistica, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Berufliche Vorsorge: Neue Rechnungslegungs- und Anlagevorschriften; Regelung des Einsatzes der derivativen Finanzinstrumente; Verordnungstext / Erläuterungen / Fachempfehlungen. Nr. 3/96	BBL* 318.010.3/96 d
Prévoyance professionnelle: Nouvelles prescriptions en matière d'établissement des comptes et de placements. Réglementation concernant l'utilisation des instruments financiers dérivés. Texte de l'ordonnance / commentaire / recommandations. No 3/96	OFCL* 318.010.3/96 f
Previdenza professionale: Nuove prescrizioni in materia di rendiconto e di investimenti. Regolamentazione concernente l'impiego di strumenti finanziari derivati. N° 3/96	UFCL* 310.010.3/96 i
Forschungsbericht: Martin Wechsler, Martin Savioz: Umverteilung zwischen den Generationen in der Sozialversicherung und im Gesundheitswesen. Nr. 4/96	BBL* 318.010.4/96 d
Forschungsbericht: Wolfram Fischer: Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich. Nr. 1/97	BBL* 318.010.1/97 d
Forschungsbericht: Infrass: Festsetzung der Renten beim Altersrücktritt und ihre Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung. Überblick über die Regelungen in der EU. Nr. 2/97	BBL* 318.010.2/97 d
Forschungsbericht: Heinz Schmid: Prämien genehmigung in der Krankenversicherung. Expertenbericht. Nr. 3/97	BBL* 318.010.3/97 d
Rapport de recherche: Heinz Schmid: Procédure d'approbation des primes dans l'assurance-maladie. Expertise. No 3/97	OFCL* 318.010.3/97 f
Forschungsbericht: Eine Zusammenarbeit zwischen IPSO und Infrass: Perspektive der Erwerbs- und Lohnquote. Nr. 4/97	BBL* 318.010.4/97 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher, BASS: Auswirkungen von Regelungen des AHV-Rentenalters auf die Sozialversicherungen, den Staatshaushalt und die Wirtschaft. Nr. 5/97	BBL* 318.010.5/97 d
Forschungsbericht: Günther Latzel, Christoph Andermatt, Rudolf Walther, BRAINS: Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit. Band I und II. Nr. 6/97	BBL* 318.010.6/97 d

- * BBL = Bundesamt für Bauten und Logistik, 3000 Bern
- * OFCL = Office fédéral des constructions et de la logistique, 3000 Berne
- * UFCL = Ufficio federale delle costruzione e della logistica, 3000 Berna
- ** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
- ** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
- ** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (IDA FiSo) 2": Analyse der Leistungen der Sozialversicherungen; Konkretisierung möglicher Veränderungen für drei Finanzierungsszenarien.	BBL* 318.012.1/97 d
Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales (IDA FiSo) 2": Analyse des prestations des assurances sociales; Concrétisation de modifications possibles en fonction de trois scénarios financiers.	OFCL* 318.012.1/97 f

* BBL = Bundesamt für Bauten und Logistik, 3000 Bern

* OFCL = Office fédéral des constructions et de la logistique, 3000 Berne

* UFCL = Ufficio federale delle costruzione e della logistica, 3000 Berna

** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Publikationen zur Untersuchung "Neue Formen der Krankenversicherung"	
Publications relatives à l'étude des nouvelles formes d'assurance-maladie	
Übersicht – Synthèse	
Forschungsbericht: Rita Baur, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpf, Johannes Stock (Prognos AG): Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. Synthesebericht. Nr. 1/98	BBL* 318.010.1/98 d
Rapport de recherche: Rita Baur, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpf, Johannes Stock (Prognos AG): Rapport de synthèse: Evaluation des nouveaux modèles d'assurance-maladie. No 1/98	OFCL* 318.010.1/98 f
Materialienberichte / Befragungen – Dossiers techniques / Enquêtes	
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Die Wahl der Versicherungsformen. Untersuchungsbericht 1. Nr. 2/98	BBL* 318.010.2/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Bewertung der ambulanten medizinischen Versorgung durch HMO-Versicherte und traditionell Versicherte. Untersuchungsbericht 2. Nr. 3/98	BBL* 318.010.3/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Selbstgetragene Gesundheitskosten. Untersuchungsbericht 3. Nr. 4/98	BBL* 318.010.4/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Armin Ming, Johannes Stock, Peter Lang (Prognos AG): Struktur, Verfahren und Kosten der HMO-Praxen. Untersuchungsbericht 4. Nr. 5/98	BBL* 318.010.5/98 d
Forschungsbericht: Johannes Stock, Rita Baur, Peter Lang (Prognos AG); Prof. Dr. Dieter Conen: Hypertonie-Management. Ein Praxisvergleich zwischen traditionellen Praxen und HMOs. Nr. 6/98	BBL* 318.010.6/98 d
Materialienberichte – Dossiers techniques	
Forschungsbericht: Stefan Schütz et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Versicherte, Leistungen, Prämien und Kosten. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 1. Teil. Nr. 7/98	BBL* 318.010.7/98 d
Forschungsbericht: Herbert Känzig et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Alters- und Kostenverteilungen im Vergleich zu der traditionellen Versicherung. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 2. Teil. Nr. 8/98	BBL* 318.010.8/98 d
Rapport de recherche: Gabriel Sottas et al.: Données administratives de l'assurance-maladie: Analyse de qualité, statistique élémentaire et base pour les exploitations. No 9/98	OFCL* 318.010.9/98 f
Die Fragebogen der Versichertenbefragung (5 Teile) sind erhältlich bei: Bundesamt für Sozialversicherung, Sektion Statistik, Hr. Herbert Känzig, 3003 Bern (Tel. 031 / 322 91 48)	

* BBL	= Bundesamt für Bauten und Logistik, 3000 Bern
* OFCL	= Office fédéral des constructions et de la logistique, 3000 Berne
* UFCL	= Ufficio federale delle costruzione e della logistica, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Tobias Bauer, (BASS): Kinder, Zeit und Geld. Eine Analyse der durch Kinder bewirkten finanziellen und zeitlichen Belastungen von Familien und der staatlichen Unterstützungsleistungen in der Schweiz Mitte der Neunziger Jahre. Nr. 10/98	BBL* 318.010.10/98 d
Forschungsbericht: Tobias Bauer (BASS): Auswirkungen von Leistungs- veränderungen bei der Arbeitslosenversicherung. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 11/98	BBL* 318.010.11/98 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS): Auswirkungen von Leistungsveränderungen bei der Witwenrente. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 12/98	BBL* 318.010.12/98 d
Forschungsbericht: André Müller, Felix Walter, Renger van Nieuwkoop (ECOPLAN); Stefan Felder: Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen. DYNASWISS – Dynamisches allgemeines Gleich- gewichtsmodell für die Schweiz. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr.13/98	BBL* 318.010.13/98 d
Forschungsbericht: S.P. Mauch, R. Iten, S. Banfi, D. Bonato, T. von Stokar (INFRAS); B. Schips, Y. Abrahamsen (KOF/ETH): Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen. Schlussbericht der Arbeitsgemeinschaft INFRAS/KOF. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 14/98	BBL* 318.010.14/98 d
Forschungsbericht: Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe (BFS): Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens. Bericht im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG. Nr. 15/98	BBL* 318.010.15/98 d
Rapport de recherche : Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe (OFS): Les effets de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie dans le financement du système de santé. Rapport établi dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal. No 15/98	OFCL* 318.010.15/98 f
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber), Forum 1998 über das Rentenalter / sur l'âge de la retraite. Die Referate / Les exposés des conférenciers (April/avril 1998), Nr. 16/98	BBL* 318.010.16/98 df
Forschungsbericht: Robert E. Leu, Stefan Burri, Peter Aregger: Armut und Lebensbedingungen im Alter. Nr. 17/98	BBL* 318.010.17/98 d
Prof. Dr. Thomas Koller: Begünstigtenordnung zweite und dritte Säule. Gutachten. Nr. 18/98	BBL* 318.010.18/98 d
Prof. Dr. Thomas Koller: L'ordre des bénéficiaires des deuxième et troisième piliers. Rapport d'expertise. No 18/98	OFCL* 318.010.18/98 f

* BBL	= Bundesamt für Bauten und Logistik, 3000 Bern
* OFCL	= Office fédéral des constructions et de la logistique, 3000 Berne
* UFCL	= Ufficio federale delle costruzione e della logistica, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Mikroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. INFRAS. Nr. 19/98 d	BBL* 318.010.19/98 d
Rapport de recherche: INFRAS: Effets microéconomiques de la 1 ^{re} révision de la LPP. Rapport final N° 19/98	OFCL* 318.010.19/98 f
Forschungsbericht: Makroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. KOF/ETHZ, Zürich. Nr. 20/98 d	BBL* 318.010.20/98 d
Rapport de recherche: KOF/ETHZ: Effets macroéconomiques de la 1 ^{re} révision de la LPP. Rapport final N° 20/98	OFCL* 318.010.20/98 f
Forschungsbericht: Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen (Wirkungsanalyse KVG); Dr. Andreas Balthasar; Interface Institut für Politikstudien; Nr. 21/98 d	BBL* 318.010.21/98 d
Rapport de recherche: Dr. Andreas Balthasar (Interface Institut d'études politiques): Efficacité sociopolitique de la réduction de primes dans les cantons (Analyse des effets de la LAMal). N° 21/98	OFCL* 318.010.21/98 f
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS): Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung. Nr. 1/99	BBL* 318.010.1/99 d
Forschungsbericht: Kurzfassung von 1/99. Nr. 2/99	BBL* 318.010.2/99 d
Rapport de recherche: Condensé du n° 1/99. N° 2/99	OFCL* 318.010.2/99 f
Rapport de recherche: Institut de santé et d'économie ISE en collaboration avec l'Institut du Droit de la Santé IDS: Un carnet de santé en Suisse? Etude d'opportunité. N° 3/99	OFCL* 318.010.3/99 f
Forschungsbericht: Inhaltsanalyse von Anfragen bei PatientInnen- und Versichertenorganisationen (Wirkungsanalyse KVG). Dr. med. Karin Faisst MPH, Dr. med. Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich. Nr.4/99	BBL* 318.010.4/99 d
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber). Bedarfsleistungen an Eltern. Öffentliche Fachtagung, Referate / Congrès de spécialistes ouvert, Exposés. Zürich. Nr. 5/99	OCFIM* 318.010.5/99 df
Forschungsbericht: Die ärztliche Beurteilung und ihre Bedeutung im Entscheidungsverfahren über einen Rentenanspruch in der Eidg. Invalidenversicherung. Ruth Bachmann, Cornelia Furrer (Interface, Institut für Politikstudien). Nr. 6/99	BBL* 318.010.6/99 d

- * BBL = Bundesamt für Bauten und Logistik, 3000 Bern
- * OFCL = Office fédéral des constructions et de la logistique, 3000 Berne
- * UFCL = Ufficio federale delle costruzione e della logistica, 3000 Berna
- ** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
- ** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
- ** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Christopher Prinz, Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien: Invalidenversicherung: Europäische Entwicklungstendenzen zur Invalidität im Erwerbsalter. Band 1 (Vergleichende Synthese). Nr. 7/99	BBL * 318.010.7/99 d
Forschungsbericht: siehe Nr. 7/99. Band 2 (Länderprofile). Nr. 8/99	BBL * 318.010.8/99 d
Forschungsbericht: Bekämpfung sozialer Ausgrenzung. Band 3. Sozialhilfe in Kanada und in der Schweiz. (OECD). Nr. 9/99	BBL * 318.010.9/99 d
Forschungsbericht: Karin Faisst, Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Qualitätssicherung – Bestandsaufnahme. (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 10/99	BBL * 318.010.10/99 d
Forschungsbericht: Neue Finanzordnung mit ökologischen Anreizen: Entlastung über Lohn- und MWST-Prozente? Ecoplan. Nr. 1/00	BBL * 318.010.1/00 d
Forschungsbericht: Freie Wahl der Pensionskasse: Teilbericht. PRASA. Nr. 2/00	BBL * 318.010.2/00 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher, BASS: Reform des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung? Studie 2: Empirische Prüfung von Vorschlägen zur Optimierung der heutigen Ausgestaltung (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 3/00	BBL * 318.010.3/00 d
Forschungsbericht: Wilhelmine Stürmer, Daniela Wendland, Ulrike Braun, Prognos: Veränderungen im Bereich der Zusatzversicherung aufgrund des KVG (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 4/00	BBL * 318.010.4/00 d
Forschungsbericht: Spartaco Greppi, Heiner Ritzmann, Raymond Rossel, Nicolas Siffert, Bundesamt für Statistik: Analyse der Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und anderer Systeme der sozialen Sicherheit. Nr. 5/00	BBL * 318.010.5/00 d
Rapport de recherche: Spartaco Greppi, Heiner Ritzmann, Raymond Rossel, Nicolas Siffert, Office fédéral de la Statistique: Analyse des effets de la LAMal dans le financement du système de santé et d'autres régimes de protection sociale. N° 5/00	OFCL* 318.010.5/00 f
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber). Tagungsband der Arbeitstagung des Eidg. Departement des Innern: Massnahmen des KVG zur Kostendämpfung / La LAMal, instrument de maîtrise des coûts / Misura della LAMal per il contenimento dei costi. N° 6/00	BBL * 318.010.6/00 dfi
Forschungsbericht: Auswirkungen des KVG im Tarifbereich (Wirkungsanalyse KVG); INFRAS, Zürich. Nr. 7/00	BBL* 318.010.7/00 d

* BBL	= Bundesamt für Bauten und Logistik, 3000 Bern
* OFCL	= Office fédéral des constructions et de la logistique, 3000 Berne
* UFCL	= Ufficio federale delle costruzione e della logistica, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Rapport de recherche: Beat Sterchi, Marcel Egger, Véronique Merckx (Ernst & Young Consulting AG, Bern): Faisabilité d'un „chèque-service". N° 8/00	OFCL* 318.010.8/00 f
Rapport de recherche: Jacques-André Schneider, avocat, docteur en droit, chargé de cours, Université de Lausanne: A-propos des normes comptables IAS 19 et FER/PC 16 et de la prévoyance professionnelle suisse. N° 9/00	OFCL* 318.010.9/00 f
Forschungsbericht: Leo Aarts, Philipp de Jong (Aarts & de Jong B.V., Den Haag); Christopher Prinz (Europäisches Zentrum für Wohlfahrts-politik und Sozialforschung, Wien): Determinanten der Inanspruchnahme einer Invalidenrente – Eine Literaturstudie. Nr. 10/00	BBL * 318.010.10/00 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS), Robert E. Leu (Volkswirtschaftliches Institut der Universität Bern): Finanzierungsalternativen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Nr. 11/00	BBL * 318.010.11/00 d
Rapport de recherche: M. Polikowski, R. Lauffer, D. Renard, B. Santos-Eggimann (Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive de Lausanne): Analyse des effets de la LAMal: Le «catalogue des prestations» est-il suffisant pour que tous accèdent à des soins de qualité? N° 12/00	OFCL* 318.010.12/00 f
Forschungsbericht: Kurt Wyss: Entwicklungstendenzen bei Integrationsmassnahmen der Sozialhilfe. Nr. 13/00	BBL * 318.010.13/00 d
Rapport de recherche : Kurt Wyss: Évolution des mesures d'intégration de l'aide sociale. N° 13/00	OFCL* 318.010.13/00 f
Rapport de recherche: Ariane Ayer, Béatrice Despland, Dominique Sprumont, Institut de droit de la santé, Université de Neuchâtel: Analyse juridique des effets de la LAMal: Catalogue des prestations et procédures. N° 14/00	OFCL* 318.010.14/00 f
Forschungsbericht: Rita Baur, Ulrike Braun, Prognos: Bestandsaufnahme besonderer Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenversicherung (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 15/00	BBL * 318.010.15/00 d
Rapport de recherche: Maryvonne Gognalons-Nicolet, Jean-Marie Le Goff, Hôpitaux Universitaires de Genève: Retraits anticipés du marché du travail avant l'âge AVS: un défi pour les politiques de retraite en Suisse. N° 1/01	OFCL* 318.010.1/01 f
Forschungsbericht: Andreas Balthasar, Interface Institut, Luzern: Die Sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen: Monitoring 2000 (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 2/01	BBL * 318.010.2/01 d

* BBL	= Bundesamt für Bauten und Logistik, 3000 Bern
* OFCL	= Office fédéral des constructions et de la logistique, 3000 Berne
* UFCL	= Ufficio federale delle costruzione e della logistica, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Rapport de recherche : Andreas Balthasar, Interface Institut, Lucerne: Efficacité sociopolitique de la réduction de primes dans les cantons. (Analyse des effets de la LAMal).N° 2/01	OFCL* 318.010.2/01 f
Forschungsbericht : Matthias Peters, Verena Müller, Philipp Luthiger, IPSO: Auswirkungen des Krankenversicherungsgesetzes auf die Versicherten. (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 3/01	BBL * 318.010.3/01 d
Forschungsbericht : Rita Baur, Andreas Heimer, Prognos: Wirkungsanalyse KVG: Information der Versicherten. Nr. 4/01	BBL * 318.010.4/01 d
Forschungsbericht : Andreas Balthasar, Oliver Bieri, Cornelia Furrer, Interface Institut, Luzern: Evaluation des Vollzugs der Prämienverbilligung (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 5/01	BBL * 318.010.5/01 d
Rapport de recherche : Andreas Balthasar, Oliver Bieri, Cornelia Furrer, Interface Institut, Lucerne: Evaluation de l'application de la réduction de primes (Analyse des effets de la LAMal). N° 5/01	OFCL* 318.010.5/01 f
Forschungsbericht : Stephan Hammer, Raffael Pulli, Rolf Iten, Jean-Claude Eggimann, Infrac, Zürich: Auswirkungen des KVG auf die Versicherer (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 6/01	BBL * 318.010.6/01 d
Persönlichkeitsschutz in der sozialen und privaten Kranken- und Unfallver- sicherung. Bericht einer Expertenkommission. Nr. 7/01	BBL * 318.010.7/01 d
Protection de la personnalité dans l'assurance-maladie et accidents sociale et privée. Rapport d'une commission d'experts. N° 7/01	OFCL* 318.010.7/01 f
Forschungsbericht : Stephan Hammer, Raffael Pulli, Nicolas Schmidt, Rolf Iten, Jean-Claude Eggimann, Infrac, Zürich: Auswirkungen des KVG auf die Leistungserbringer (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 8/01	BBL * 318.010.8/01 d
Forschungsbericht : Markus Battaglia, Christoph Junker, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern: Auswirkungen der Aufnahme von präventivmedizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog, Teilbericht Impfungen im Schulalter. Nr. 9/01	BBL * 318.010.9/01 d
Forschungsbericht : Fritz Sager, Christian Rüefli, Dr. Adrian Vatter, Politik- forschung und Beratung: Auswirkungen der Aufnahme von präventiv- medizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog (Wirkungsanalyse KVG). Politologische Analyse auf der Grundlage von drei Fallbeispielen. Nr. 10/01	BBL * 318.010.10/01 d
Forschungsbericht : Karin Faisst, Susanne Fischer, Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Zürich (2001): Monitoring 2000 von Anfragen an PatientInnen- und Versichertenorganisationen Nr. 11/01	BBL * 318.010.11/01 d

* BBL = Bundesamt für Bauten und Logistik, 3000 Bern
 * OFCL = Office fédéral des constructions et de la logistique, 3000 Berne
 * UFCL = Ufficio federale delle costruzione e della logistica, 3000 Berna
 ** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
 ** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
 ** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Daniel Hornung, Thomas Röthlisberger, Adrian Stiefel: Praxis der Versicherer bei der Vergütung von Leistungen nach KVG, (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 12/01	BBL * 318.010.12/01 d
Forschungsbericht: Haari, Roland, Schilling, Karl: Kosten neuer Leistungen im KVG. Folgerungen aus der Analyse der Anträge für neue Leistungen und Unterlagen des BSV aus den Jahren 1996-1998. (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 13/01	BBL * 318.010.13/01 d
Forschungsbericht: Rüefli, Christian, Vatter, Adrian: Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen. Statistische Analyse kantonaler Indikatoren. (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 14/01	BBL * 318.010.14/01 d
Rapport de recherche: Rüefli, Christian, Vatter, Adrian: Les différences intercantionales en matière de coûts de la santé. Analyse statistique d'indicateurs cantonaux (Analyse des effets de la LAMal). N° 14/01	BBL * 318.010.14/01 f
Forschungsbericht: Haari, Roland et al.: Kostendifferenzen zwischen den Kantonen. Sozialwissenschaftliche Analyse kantonaler Politiken. (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 15/01	BBL * 318.010.15/01 d
Rapport de recherche: Haari, Roland et al. : Différences intercantionales en matière de coûts de la santé. Analyse des politiques cantonales.(Analyse des effets de la LAMal). N° 15/01	OFCL * 318.010.15/01 f
Forschungsbericht: Haari, Roland et al.: Kostendifferenzen zwischen den Kantonen. Sozialwissenschaftliche Analyse kantonaler Politiken. Materialband.(Wirkungsanalyse KVG). Nr. 15/01.1	BBL * 318.010. 15/01.1 d
Forschungsbericht: Bundesamt für Sozialversicherung: Wirkungsanalyse KVG, Synthesebericht. Nr. 16/01	BBL * 318.010.16/01 d
Rapport de recherche: Office fédéral des assurances sociales: Analyse des effets de la LAMal, Rapport de synthèse. N° 16/01	BBL * 318.010.16/01 f
Ausschuss Realzins der Eidg. Kommission für berufliche Vorsorge: Zwei Berichte zum Thema Minimalzinsvorschriften für Vorsorgeeinrichtungen. Hauptbericht: Über die Möglichkeit, bei den Minimalzinsvorschriften für Vorsorgeeinrichtungen auf Real- statt Nominalzinsen abzustellen. Ergänzender Bericht: Über den Aspekt der Lebensversicherer im Problemkreis Minimalzinsvorschriften gemäss BVG. Nr. 17/01	BBL * 318.010.17/01 d

* BBL	= Bundesamt für Bauten und Logistik, 3000 Bern
* OFCL	= Office fédéral des constructions et de la logistique, 3000 Berne
* UFCL	= Ufficio federale delle costruzione e della logistica, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Sous-commission taux d'intérêt réel de la Commission fédéral de la prévoyance-professionnelle: Deux rapports sur le thème prescriptions de taux minimaux pour les institutions de prévoyance. Rapport principal: sur la possibilité de se fonder sur les taux d'intérêts réels et non sur les taux nominaux pour fixer les prescriptions de taux minimaux pour les institutions de prévoyance. Rapport complémentaire: sur l'aspect de la problématique de la réglementation du taux d'intérêts minimal LPP du point de vue des assureurs-vie. N° 17/01	OFCL * 318.010.17/01 f
Forschungsbericht: Annemarie Schiffbänker, Monika Thenner, Herwig Immervoll: Familienlastenausgleich im internationalen Vergleich. Eine Literaturstudie. Nr. 1/02	BBL * 318.010.1/02 d
Forschungsbericht: Ueli Zellweger, Karin Faisst, (2002) : Monitoring 2001 von Anfragen an PatientInnen- und Versichertenorganisationen. Nr. 2/02	BBL * 318.010.2/02 d
Forschungsbericht: Guido Matenza et al.: Stationen im Prozess der Anerkennung der psychologischen Psychotherapie. Nr. 3/02	BBL * 318.010.3/02 d
Forschungsbericht: Rita Soland, Susanne Stern, Myriam Steinemann, Rolf Iten (2002): Zertifizierung familienfreundlicher Unternehmen in der Schweiz. Nr. 4/02	BBL * 318.010.4/02 d

- | | |
|---------|---|
| * BBL | = Bundesamt für Bauten und Logistik, 3000 Bern |
| * OFCL | = Office fédéral des constructions et de la logistique, 3000 Berne |
| * UFCL | = Ufficio federale delle costruzione e della logistica, 3000 Berna |
| ** BSV | = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern |
| ** OFAS | = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne |
| ** UFAS | = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna |