

Markus Schweizer, Rudolf Buchmann, Mario Schlegel und Peter Schulthess

Struktur und Leistung der Psychotherapieversorgung in der Schweiz

Erhebung der Schweizer Charta für Psychotherapie

Structure and Productivity of Psychotherapeutic Care in Switzerland

An Empirical Survey of the Swiss Charter for Psychotherapy

Abstract In the year 2001, the Swiss Charter for Psychotherapy decided to conduct an empirical survey involving a significant number of psychotherapists in Switzerland. The survey consisted of questions concerning the training and work methods of the therapists and the types of patients being treated. The results of the survey showed that in the past year about 5000 psychotherapists in Switzerland conducted approximately 4.6 Million therapy hours, whereby a little less than half of these hours were paid out of the basic premium fund of the health insurance companies. The analytical method is the most prevalent in Switzerland, being used in about half of the total therapy hours given. It is followed by humanistic and body therapy methods. System oriented therapy and behavioural therapy each play a significantly subordinate role because they are most often used to supplement or support the main therapeutic approach. What is particularly noticeable from the survey results is the extent to which different therapy methods are combined, in the actual therapeutic training programs as well as in the therapeutic process. A significant majority of therapists have attained knowledge of, or even completed training in a variety of therapeutic methods and are combining these in their therapeutic programs. Thus, there is a distinct tendency among psychotherapists to integrate different methods into a composite treatment. This implies that the recognition of individual methods as

Ausgangslage

Seit geraumer Zeit steht die Anerkennung der nichtärztlichen Psychotherapie weit oben in der gesundheitspolitischen Agenda der Schweiz. Allgemein wurde erwartet, dass in Kürze eine neue Verordnung „Psychotherapie in der Krankenversicherung“ den Psychotherapiebereich im Allgemeinen und insbesondere den Bereich der nichtärztlichen Psychotherapie neu regeln würde. Diese Erwartung hat durch den bundesrätlichen Beschluss vom Dezember 2001 einen Rückschlag erlitten. In diesem wird festgehalten, dass auf eine Neuregelung des Psychotherapiebereiches aus Kostengründen vorläufig verzichtet werden soll. Bundesrätin Dreifuss – als Gesundheitsministerin der Schweiz verantwortlich für diesen Entscheid – anerkannte aber gleichzeitig die große Bedeutung, welche der nichtärztlichen Psychotherapie in der Schweiz zukommt. Die Neuregelung des Psychotherapiebereiches wird, gemäß ihren Aussagen, auch weiterhin eine hohe Priorität bei der Ausgestaltung der zukünftigen Gesundheitspolitik behalten.

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 VertreterInnen der unterschiedlichen Methoden – Fachverbände, Ausbildungsinstitute etc. – für deren Aner-

kennung 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 TherapeutInnen 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 soziodemografischen Daten über 213 Analytische Psychologinnen und Psychologen in der Schweiz, eine Beschreibung ihrer Klienten-

Korrespondenz: Mario Schlegel, Dr. sc. nat., Scheuchzerstrasse 197, CH-8057 Zürich, Schweiz

a criteria for being registered in the catalogues of the health insurance companies, is not tenable.

Keywords:

Psychotherapy; Social security; Health system; Health insurance; Training; Methods

Zusammenfassung

Die Schweizer Charta für Psychotherapie hat eine empirische Erhebung unter einem bedeutenden Teil der Psychotherapeuten der Schweiz durchgeführt, welche Fragen zur Ausbildung und Arbeitsweise der TherapeutInnen sowie zu den von ihnen behandelten Patienten umfasst. Aus dieser Erhebung ergibt sich, dass im Jahr 2001 von den rund 5000 PsychotherapeutInnen in der Schweiz etwa 4,6 Millionen Stunden Psychotherapie geleistet wurden, knapp die Hälfte davon von medizinisch ausgebildeten TherapeutInnen. 2,5 Millionen Stunden wurden von der Grundversicherung der Krankenkassen übernommen. Am stärksten vertreten sind in der Schweiz die analytischen Verfahren, welche in rund der Hälfte der gesamten Therapiestundenzahl angewandt werden, gefolgt von humanistischen und körperpsychotherapeutischen Verfahren. Systemische und verhaltenstherapeutische Verfahren spielen in der Schweiz eine deutlich untergeordnete Rolle, was unter anderem auch darauf zurückzuführen ist, dass sie kaum als Hauptmethode Verwendung finden, sondern als zusätzlich neben einer Hauptmethode verwendete Verfahren.

Bei den Resultaten fällt insbesondere 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 kombiniert diese auch in ihrer therapeutischen Tätigkeit. Aufgrund dieser ausgeprägten Methodenverflechtung scheint die Anerkennung einzelner Methoden ein untaugliches Mittel, um als Kriterium für die Aufnahme in den Leistungskatalog der Krankenkassen zu dienen.

Schlüsselwörter:

Psychotherapie; Sozialversicherung; Krankenkasse; Ausbildung; Methoden.

Tabelle 1. An der Erhebung beteiligte Institutionen

Ausbildungsinstitut für klientenzentrierte Gesprächs- und Körpertherapie, GFK
Institut für Integrative Körperpsychotherapie, IBP
Institut für Psychoanalyse (Kreuzlingen), IFP
Internationales Institut für Biosynthese, IIBS
Institut Internationale de Psychanalyse et de Psychothérapie Charles Baudouin, IIPB
Institut für selbständige interdisziplinäre Studiengänge, ISIS
Psychoanalytisches Seminar Bern, PSB
Psychoanalytisches Seminar Zürich, PSZ
Schweiz. Gesellschaft für Daseinsanalyse, SGDA
Schweiz. Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung, SGGT
Schweizerische Gesellschaft für Individualpsychologie /A. Adler Institut, SGIPA
Schweizerische Gesellschaft für schicksalsanalytische Therapie, SGST
Schweizerische Gesellschaft für Transaktionsanalyse, SGTA
Schweizerisches Institut für körperorientierte Psychotherapie, SIKOP
Schweizerische Gesellschaft der Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, SPK
Schweizer Psychotherapeutenverband, SPV
Schweizerischer Verein für Gestalttherapie und Integrative Therapie, SVG
Verband Ostschweizer Psychotherapeuten, VOPT

tel 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 SGBAT unter ihren Mitgliedern durchgeführt. 67 Mitglieder der SGBAT wurden zu Ausbildung und Tätigkeitsbereich sowie zu den von ihnen therapierten PatientInnen 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.

Ziel des vorliegenden Artikels ist es, durch die rein deskriptive Präsentation einiger zentraler Resultate des gewon-

nen 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 Institutionen und Verbänden speziell Rechnung getragen.

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

Die Fragebögen sind unter www.psychotherapiecharta.ch publiziert.

Angeschrieben wurden 1997 TherapeutInnen, wovon 1292 die korrekt ausgefüllten Therapeutenfragebögen zurückschickten. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 69 Prozent. Hinzu

kamen 104 TherapeutInnen aus dem Bereich Psychodrama. Gleichzeitig wurden 1605 Fragebögen mit Angaben zu den PatientInnen eingereicht. Der Rücklauf ist angesichts des bedeutenden Umfangs der Fragebögen und der schriftlichen Befragungsart als sehr hoch zu bewerten.

Die Erhebung „Basisdokumentation“ war als Vollerhebung des Mitgliederbestandes der beteiligten Institute und Verbände angelegt. Damit bildet sie aber lediglich einen – wenn auch bedeutenden – Teil des gesamten Psychotherapeutenbestandes der Schweiz ab. Obwohl somit keine methodisch gesicherte Aussagen über Repräsentanz und Fehlertoleranzen gemacht werden können, ist angesichts des bedeutenden Umfangs der Erhebung davon auszugehen, dass die Resultate bezüglich den demografischen Merkmalen der TherapeutInnen und PatientInnen, des Arbeitssettings und der Versorgungslage sowie der gestellten Diagnosen und der Therapiearten einen recht präzisen Einblick in die Struktur der psychotherapeutischen Versorgung in der Schweiz ergeben.

Ergebnisse Teil I: Die TherapeutInnen

Im ersten Teil soll ein Überblick geschaffen werden über die demografische Struktur, die Ausbildung und das Arbeitssetting desjenigen Teils – schätzungsweise rund ein Viertel – des Psychotherapeutenbestandes der Schweiz, der sich an der Erhebung „Basisdokumentation“ beteiligte. Die Erhebung erfasste sämtliche psychotherapeutisch tätigen Personen in den Mitgliedinstitutionen. Eingeschlossen sind sowohl ausgebildete als auch in Ausbildung befindliche PsychotherapeutInnen, sofern sie mit PatientInnen arbeiteten.

Ausbildung

Die Ausbildung zum/zur PsychotherapeutIn besteht aus Grundausbildung, fachspezifischer Weiterbildung und permanenter Fortbildung (Schweizer Charta für Psychotherapie 1991/2002, www.pschotherapiecharta.ch). Der Bestand an TherapeutInnen lässt sich auf der Basis der absolvierten Grundausbildung und der abgeschlossenen psychotherapeutischen Weiter- und Fortbildungen grob in 6 Gruppen aufteilen.

Tabelle 2. Gruppierung nach Ausbildung

1: MedizinerIn	(MED)
Hochschulabschluss Medizin und abgeschlossene psychotherapeutische Weiter- oder Fortbildung	
2: PsychologIn mit Weiterbildung	(PMW)
Hochschulabschluss Psychologie und abgeschlossene psychotherapeutische Weiterbildung	
3: TherapeutIn in Weiterbildung	(TIW)
Hochschulabschluss Medizin oder Psychologie und begonnene psychotherapeutische Weiterbildung	
4: PsychologIn ohne Weiterbildung	(POW)
Hochschulabschluss Psychologie ohne psychotherapeutische Weiterbildung	
5: Hochschule mit Weiterbildung	(HMW)
Anderer Hochschulabschluss und abgeschlossene psychotherapeutische Weiterbildung	
6: Andere Ausbildungen	(AA)

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 nicht-universitäre Vorbildung der TherapeutInnen bezeichnet.

Da die Erhebung zum überwiegenden Teil auf den Mitgliederadressen der beteiligten Ausbildungsinstitute und Fachverbände basiert, fällt der Anteil der TherapeutInnen 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. Weitere 11 Prozent der TherapeutInnen 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 TherapeutInnen, welche über einen Hochschulabschluss in Psychologie verfügt, mit einem Anteil von gegen zwei Dritteln am stärksten vertreten. Untervertreten sind namentlich die medizinisch ausgebildeten TherapeutInnen (PsychiaterInnen und GrundversorgerInnen), welche gesamtschweizerisch gegen die Hälfte aller PsychotherapeutInnen umfassen dürften (Beeler, 2000), in der Erhebung aber nur einen Zehntel aller Beteiligten ausmachten.

Geschlechterverteilung

Zahlenmäßig sind die weiblichen 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 TherapeutInnen. Während bei den MedizinerInnen die männlichen Therapeuten mit einem Anteil von 60 Prozent überwiegen, beträgt der Männeranteil bei den nichtmedizinischen TherapeutInnen lediglich rund ein Drittel. Im Vergleich zum gesamtschweizerischen Psychotherapeutenbestand sind die Therapeutinnen in der Erhebung deutlich übervertreten – was eine Folge der Untervertretung der medizinisch ausgebildeten, vorwiegend männlichen TherapeutInnen ist. Rechnet man das Geschlechterverhältnis auf der Basis der vorliegenden Resultate und des von Beeler (Beeler, 2000) ermittelten gesamt-

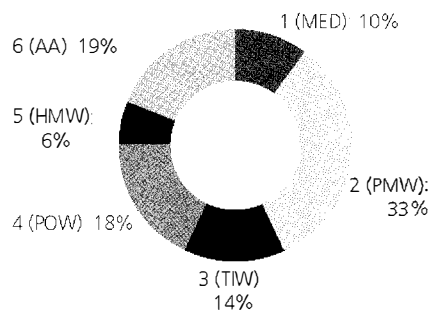


Abb. 1. Aus- und Weiterbildungsniveau

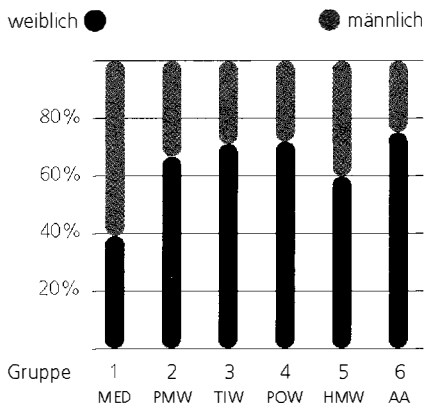


Abb. 2. Geschlechterverteilung der TherapeutInnen

ten Therapeutenbestandes der Schweiz hoch, dürfte sich das zahlenmäßige Verhältnis zwischen Therapeutinnen und Therapeuten etwa die Waage halten. Allerdings erbringen die männlichen Therapeuten einen etwas höheren Anteil an der gesamten stundenmäßigen psychotherapeutischen Leistung, da sie in allen Gruppen der TherapeutInnen im Vergleich zu ihren Berufskolleginnen eine höhere durchschnittliche Anzahl geleisteter Wochenstunden aufweisen.

Diese markant ungleiche Geschlechterverteilung zwischen den MedizinerInnen und den NichtmedizinerInnen unter den TherapeutInnen hat zur Folge, dass männliche Psychotherapeuten im Durchschnitt höhere Einkünfte erzielen als Therapeutinnen. Denn die medizinisch ausgebildeten TherapeutInnen realisieren einen höheren durchschnittlichen Stundentarif als ihre nicht medizinisch ausgebildeten BerufskollegInnen (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 TherapeutInnen mit begonnener Weiterbildung (Gruppe 3) er-

wartungsgemäß etwas jünger sind als die übrigen TherapeutInnen.

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 nichtmedizinisch ausgebildeten TherapeutInnen sind die Frauen im Durchschnitt leicht jünger als die Männer.

Psychotherapeutische Weiterbildung

Die an der Erhebung „Basisdokumentation“ beteiligten TherapeutInnen sind bezüglich ihrer psychotherapeutischen Weiter- oder Fortbildung überdurchschnittlich gut ausgebildet: Rund die Hälfte der TherapeutInnen 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 über 99 Prozent der beteiligten TherapeutInnen eine psychotherapeutische Ausbildung (Weiter- oder Fortbildung) bereits 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 hoher Qualitätsanforderung stammte.

Betrachtet man die gesamte durchschnittliche Dauer der psychotherapeutischen Ausbildung – unabhängig davon, ob es sich um Weiter- oder Fortbildungen handelt (aber ohne Berücksichtigung der akademischen Grundausbil-

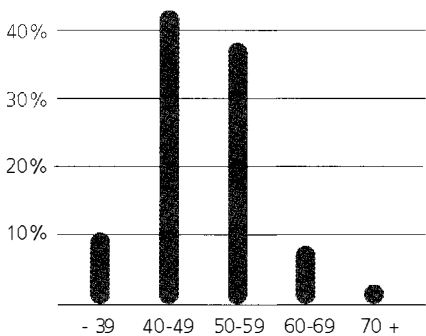


Abb. 3. Altersverteilung der TherapeutInnen

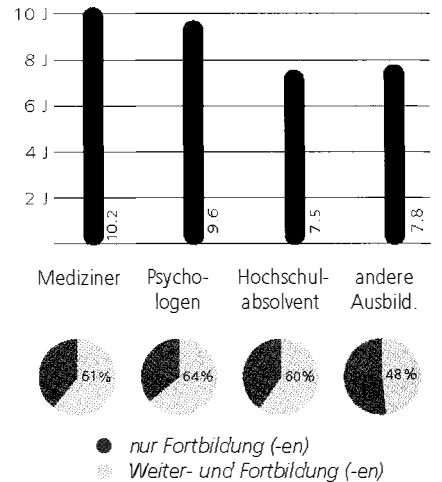


Abb. 4. Durchschnittliche Dauer der gesamten psychotherapeutischen Ausbildung in Jahren

dung) – weisen die MedizinerInnen und PsychologInnen mit rund 10 Jahren eine deutliche längere Ausbildungszeit auf als die übrigen HochschulabsolventInnen oder die anders ausgebildeten TherapeutInnen. Bei letzteren dürfte es sich um viele QuereinsteigerInnen handeln, die relativ spät eine Weiterbildung begonnen haben und deshalb noch über wenig Fortbildung verfügen. Bei diesen langen Ausbildungszeiten ist allerdings zu beachten, dass parallele Ausbildungsgänge in unterschiedlichen Verfahren getrennt in die gesamte Ausbildungszeit einfließen und damit die effektiv benötigte Zeit für die Ausbildung unter Umständen geringer ausfällt.

Die gesamte durchschnittliche Dauer der psychotherapeutischen Ausbildung ist stark beeinflusst vom Anteil der TherapeutInnen, 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 jenen TherapeutInnen, welche lediglich eine oder mehrere Fortbildungen von weniger als fünf Jahren Dauer abgeschlossen haben. Bei den TherapeutInnen mit einem Hochschulabschluss (Medizin, Psychologie oder anderer) hat gegen zwei Drittel mindestens eine Weiterbildung abgeschlossen, bei den anders ausgebildeten TherapeutInnen ist es rund die Hälfte.

PsychologInnen welche über keine psychotherapeutische Weiterbildung verfügen (Gruppe 4), kompensieren dies dadurch, dass sie vermehrt Fortbil-

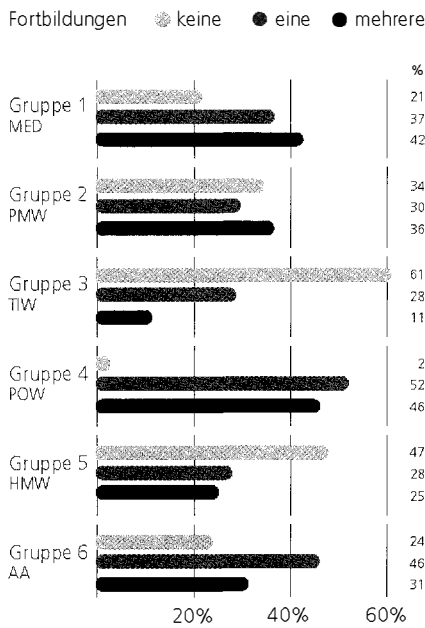


Abb. 5. Anzahl Fortbildungen der TherapeutInnen

dungen absolvieren. Trotzdem liegt die durchschnittliche Ausbildungsdauer mit über 7 Jahren deutlich tiefer als diejenige der PsychologInnen mit abgeschlossener Weiterbildung.

Fokussiert man die Betrachtung auf die Fortbildungen, fallen insbesondere die Unterschiede auf, die sich zwischen den Psychologen mit abgeschlossener Weiterbildung (Gruppe 2) und den TherapeutInnen mit anderem Hochschulstudium und abgeschlossener Weiterbildung (Gruppe 5) beobachten lassen. Letztere weisen einen deutlich höheren Anteil an TherapeutInnen ohne Fortbildung auf und auch die durchschnittliche Anzahl abgeschlossener Fortbildungen pro TherapeutIn liegt deutlich unter derjenigen der PsychologInnen.

Mediziner und Psychologen in Weiterbildung

Die langen Ausbildungsgänge, welche gegenwärtig in der Diskussion um eine Anerkennung zum/zur voll ausgebildeten PsychotherapeutIn im Vordergrund stehen (abgeschlossenes Hochschulstudium in Medizin oder Psychologie mit anschließender psychotherapeutischer Weiterbildung), haben zur Folge, dass der Einstieg in die Berufstätigkeit als ausgebildete/ausgebildeter TherapeutIn erst relativ spät erfolgen kann und entsprechend wenige aktive Berufsjahre resultieren. Geht man von durch-

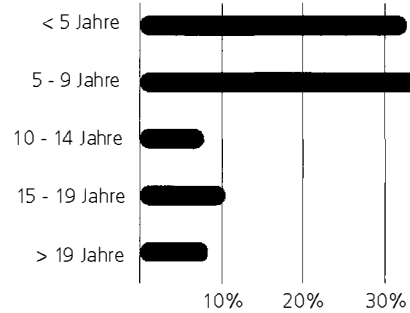


Abb. 6. Beginn der psychotherapeutischen Weiterbildung (nur Therapeuten in Weiterbildung)

schnittlich 34 Berufsjahren als voll ausgebildete/ausgebildeter TherapeutIn aus, erfordert ein zahlenmäßig konstanter Therapeutenbestand eine Erneuerungsrate von rund 3 Prozent pro Jahr. Dies bedeutet, dass jährlich 3 Prozent des Therapeutenbestandes die Berufstätigkeit aufgibt und für den zahlenmäßigen Erhalt der Gruppe entsprechend viele neu ausgebildete TherapeutInnen nachrücken müssen. Da die Weiterbildung aber mindestens 5 Jahre dauert, müssen sich für eine konstante Gruppengröße permanent mindestens 15 Prozent des Therapeutenbestandes in einer entsprechenden Ausbildung befinden.

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

Klinische Erfahrung

Rund 85 Prozent der befragten TherapeutInnen verfügen über klinische Erfahrung, die definiert wurde als unselbständige Tätigkeit unter Leitung eines/einer ausgebildeten PsychotherapeutIn oder PsychiaterIn in der Ausbildungszeit. Nicht als klinische Erfahrung ist demnach die eigene therapeutische Tätigkeit in einem anderen Setting – z. B. delegierte Therapien im Auftrag

eines Allgemeinmediziners, supervidierte selbstständig durchgeführte Therapien während der Ausbildung etc. – zu verstehen.

Sowohl der Anteil als auch die durchschnittliche Dauer der Erfahrung schwanken stark, je nach Grundausbildung der TherapeutInnen. MedizinerInnen und PsychologInnen mit abgeschlossener Weiterbildung weisen am häufigsten klinische Erfahrung auf und mit 6 bzw. 7 Jahren auch die längste durchschnittliche Dauer. TherapeutInnen mit anderem Hochschulstudium als Medizin oder Psychologie und einer abgeschlossenen Weiterbildung verfügen nur noch zu drei Viertel 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 tiefsten aus.

Dies ist allerdings auch vor dem Hintergrund des Stellenmarktes in diesem Bereich zu sehen. Durch die langen Anstellungszeiten vorab von ÄrztInnen, aber auch von PsychologInnen, ist es für anders ausgebildete TherapeutInnen oft schwierig, während der Ausbildungszeit zu klinischer Erfahrung zu kommen. Eine Kassenerkennung der selbständigen Psychotherapie würde die Mobilität der StelleninhaberInnen fördern und eine gleichmäßigere Verteilung der klinischen Erfahrung über den gesamten Therapeutenbestand hinweg begünstigen.

Verteilung der Patiententherapien

Patiententherapien im Sinne von Heiltherapien für Störungen mit Krank-

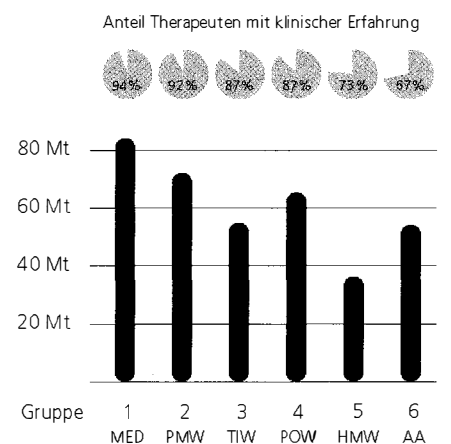


Abb. 7. Durchschnittliche klinische Erfahrung in Monaten (wenn vorhanden)

heitswert werden am häufigsten von den medizinisch ausgebildeten PsychotherapeutInnen durchgeführt, diese wenden dafür im Durchschnitt pro Woche rund 21 Stunden auf. Im Gegensatz zu den übrigen Therapeutengruppen gibt es bei den MedizinerInnen 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%.

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 TherapeutInnen maximal halb so hoch ausfällt.

Die erhöhte Quote nicht in der eigenen Praxis selbständig erbrachten Leistungen bei den nichtmedizinisch ausgebildeten TherapeutInnen hängt stark mit der Verbreitung der delegierten Therapie zusammen. Rund jede/jeder dritte PsychologIn und jede/jeder vierte anders ausgebildete PsychotherapeutIn führt delegierte Therapien in einem unselbständigen Arbeitsverhältnis in einer Praxis durch. Anteilsmäßig machen die delegierten Therapien bei nichtmedizinischen TherapeutInnen rund einen Viertel der gesamten psychotherapeutischen

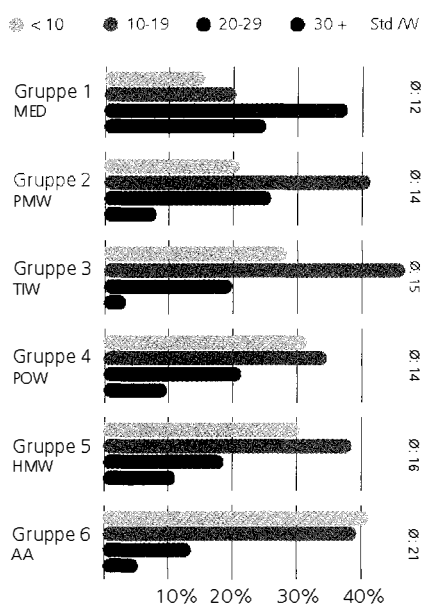


Abb. 8. Patiententherapien (Verteilung nach Wochen-Stunden)

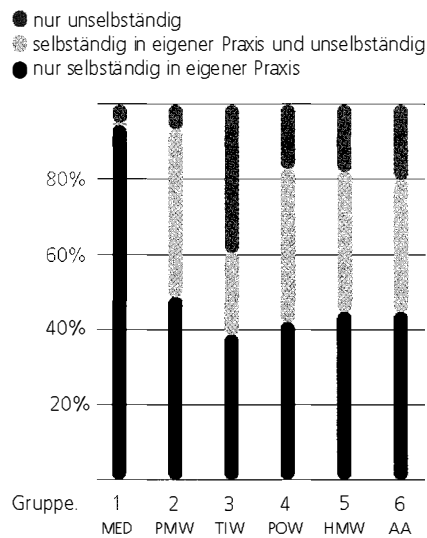


Abb. 9. Arbeitssetting bei Patiententherapien

schen Leistungen aus, bei PsychologInnen ohne abgeschlossene psychotherapeutische Weiterbildung liegt der Anteil mit 31 Prozent etwas höher.

Therapie-Setting

Die Auswertung der rund 16000 Patientenfragebögen zeigt, dass die Langzeittherapie das häufigste Therapie-Setting ist, wobei die Minimaldauer für eine Deklaration als Langzeittherapie von den TherapeutInnen bei rund einem Jahr festgelegt wurde. Den höchsten Anteil machen die Langzeittherapien – mit 53 Prozent – bei den medizinisch ausgebildeten TherapeutInnen aus, während sie bei den TherapeutInnen ohne Hochschulabschluss mit 42 Prozent einen deutlich geringeren Anteil einnehmen.

Neben den Langzeittherapien sind die Betreuungen und stützende Therapien sowie die Kriseninterventionen anteilmäßig noch von erhöhter Bedeutung. Die übrigen Therapie-Settings zusammen betreffen lediglich noch ein knappes Viertel aller Therapien. 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.

Therapiedauer von Langzeittherapien

Neben der Art der Therapie wurden die TherapeutInnen für jede/jeden einzelne/

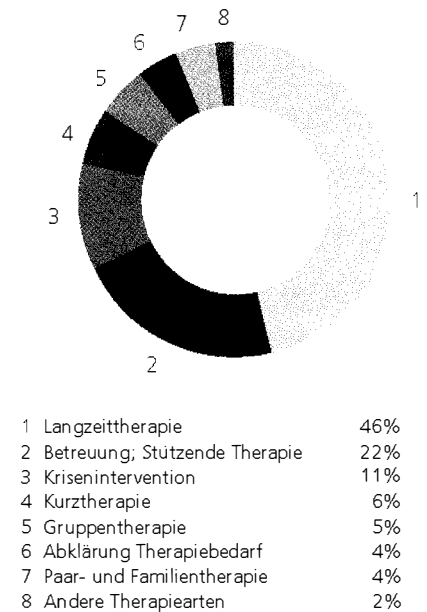


Abb. 10. Verteilung der Therapiearten

einzelnen PatientIn auch nach der voraussichtlichen Gesamtdauer der Therapie – insofern diese abschätzbar ist – gefragt. Die aus diesen Angaben resultierende durchschnittliche Dauer einer Langzeittherapie lag bei 38,2 Monaten, wobei die Unterschiede zwischen den Therapeutengruppen eher gering ausfielen.

Die zeitlich längsten Therapien weisen die Mediziner auf mit rund 41 Monaten. Den tiefsten Durchschnitt erzielten jene TherapeutInnen, welche sich in einer psychotherapeutischen Weiterbildung befinden. Hier könnte allerdings die geringere durchschnittliche Erfahrung bei der Einschätzung der noch verbleibenden Therapiedauer mit einem Einfluss auf die Ergebnisse gehabt haben.

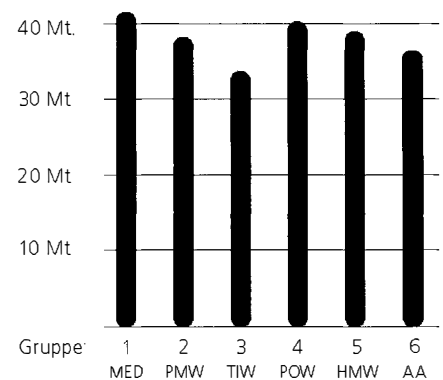


Abb. 11. Durchschnittliche Dauer von Langzeittherapien (in Monaten)

Das relativ homogene Bild bezüglich der Dauer von Langzeittherapien bleibt auch dann bestehen, wenn die Sitzungsdauer und die Sitzungsfrequenz mitberücksichtigt werden. Allerdings sind es bei dieser Sichtweise nicht mehr die Mediziner, sondern die Psychologen ohne psychotherapeutische Weiterbildung, welche – mit einer Abweichung von plus 11 Prozent auf die durchschnittliche Gesamtstundenzahl – die längsten Therapiedauern aufweisen

Übrige Tätigkeiten

Nicht medizinisch ausgebildete PsychotherapeutInnen kompensieren die geringere durchschnittliche Anzahl Wochenstunden bei den Patiententherapien mit vermehrten anderen psychotherapeutischen und nicht-psychotherapeutischen Tätigkeiten.

Insbesondere Persönlichkeitsentwicklungstherapien machen bei den nicht medizinisch ausgebildeten TherapeutInnen einen deutlich größeren Anteil an der gesamten Arbeitszeit aus als bei den MedizinerInnen. Während letztere knapp 1,5 Wochenstunden dafür aufwenden, sind es bei den nichtmedizinischen TherapeutInnen zwischen 3 und 4 Wochenstunden.

Nicht-psychotherapeutische Tätigkeiten in unselbständiger Stellung – z. B. in Drogentherapieeinrichtungen, psychologischen Diensten, Beratungsstellen, Facheinrichtungen etc. – machen bei den TherapeutInnen in Weiterbil-

- Lehrtherapien, Supervisionen
- ◐ andere Tätigkeit (Dozent, Autor etc.)
- unselbständige, nicht psychotherap. Tätigkeit
- ◐ Persönlichkeitsentwicklungstherapien
- Patiententherapien (Heilverfahren)

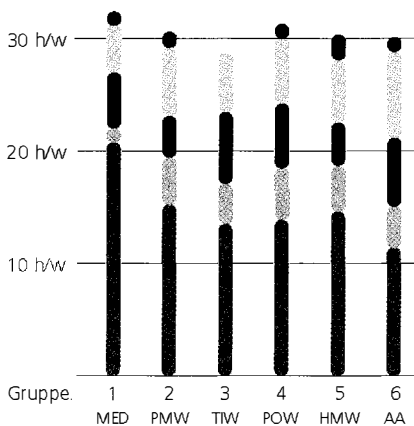


Abb. 12. Tätigkeitsfelder nach Wochenstundenzahlen

dung (Gruppe 3) und bei den PsychologInnen ohne abgeschlossene Weiterbildung (Gruppe 4) mit 6 bis 7 Wochenstunden einen erhöhten Anteil an der gesamten Arbeitszeit aus. Die geringste Bedeutung haben diese Tätigkeiten für PsychologInnen und TherapeutInnen mit anderem Hochschulstudium und einer abgeschlossenen Weiterbildung (Gruppen 2 und 5), die knapp 4 Wochenstunden dafür aufwenden.

Bei den übrigen Tätigkeiten, beispielsweise als AutorIn, GutachterIn oder DozentIn, verzeichnen lediglich die TherapeutInnen in Weiterbildung (Gruppe 3) und jene mit einem anderen Hochschulstudium als Psychologie oder Medizin (Gruppe 5) tiefere durchschnittliche Wochenstundenzahlen als die medizinisch ausgebildeten TherapeutInnen (Gruppe 1), welche im Durchschnitt 5.2 Stunden pro Woche dafür aufwenden. PsychologInnen ohne Weiterbildung (Gruppe 4) und insbesondere TherapeutInnen mit anderer Ausbildung (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 PsychotherapeutInnen bewegen sich zwischen durchschnittlich 105 Franken pro volle Therapiestunde für TherapeutInnen ohne Hochschulstudium (Gruppe 6) und durchschnittlich 153 Franken für medizinisch ausgebildete TherapeutInnen (Gruppe 1).

Auffallend sind die geringen Unterschiede die sich zwischen den nichtmedizinischen 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 TherapeutInnen aus, die ein durchschnittliches Honorar aufweisen, das rund 40 Prozent über demjenigen der nichtmedizinischen TherapeutInnen liegt. Die Durchschnittszahlen der Stundenhonorare der nichtmedizinischen TherapeutInnen stellen allerdings eine Mischrechnung dar zwischen den Honoraren für delegierte Therapie und den Honoraren in freier Praxis. Einen Hinweis auf die Honorare von nichtmedizinischen TherapeutInnen in freier Praxis

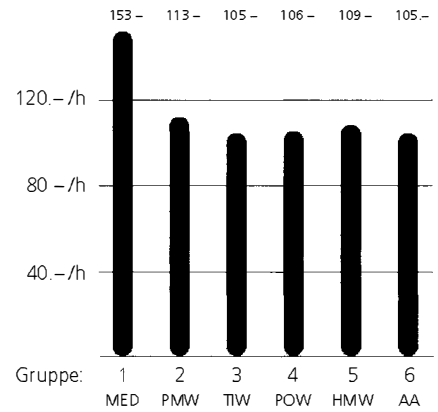


Abb. 13. Durchschnittlicher Stundentarif (in Franken pro volle Stunde). Bei den nichtmedizinischen TherapeutInnen incl. delegierte Therapien à ca. 80 Franken pro Stunde

ergibt die Kostenträgerverteilung. Da diese gut ein Drittel der Leistungen in delegierter Therapie zu ca. 80 Franken pro Stunde erbringen, ergibt sich eine Schätzung des Honorares in freier Praxis zwischen 120 und 130 Franken pro Stunde.

Die aktuelle Regelung der Krankenkassenleistungen hat zur Folge, dass nicht nur bei den Honoraren, sondern auch bei den Kostenträgern von psychotherapeutischen Behandlungen massive Unterschiede zwischen medizinischen und nichtmedizinischen TherapeutInnen ergeben. So sind einzig die MedizinerInnen berechtigt, Leistungen direkt über die Grundversicherung der Krankenkassen abzurechnen. Dies hat zur Folge, dass bei der Gruppe 1 (MedizinerInnen) gegen 90 Prozent der therapeutischen Leistungen durch diesen Kostenträger abgegolten werden, wäh-

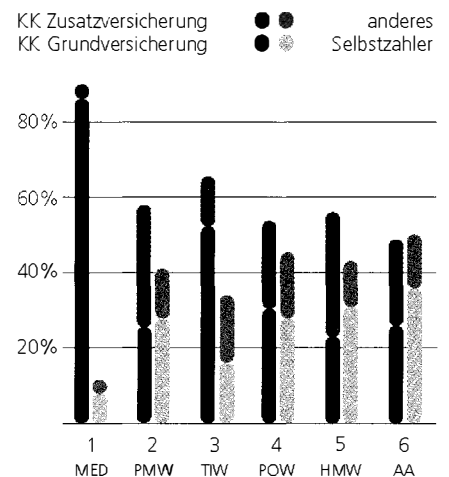


Abb. 14. Kostenträger-Split

rend 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 (PsychologInnen und MedizinerInnen in psychotherapeutischer Weiterbildung) über die Krankenversicherung ab. Einerseits ist dafür der Anteil der MedizinerInnen verantwortlich, die direkt über die Grundversicherung abrechnen können, andererseits aber auch der Anteil an delegierten Therapien bei den PsychologInnen in Ausbildung.

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

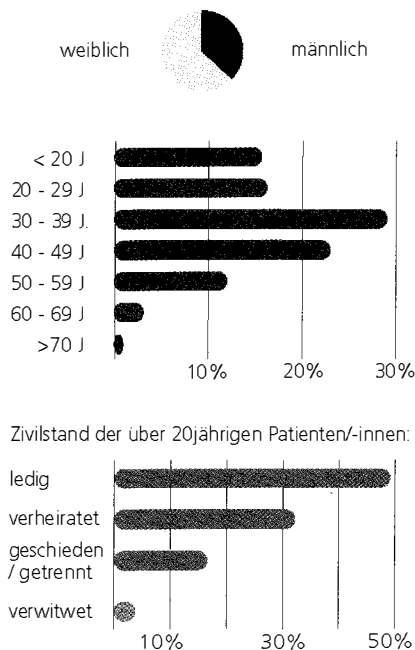


Abb. 15. PatientInnen: Geschlecht, Alter und Zivilstand

Ergebnisse Teil II: PatientInnen

Demografisches

Die Erhebung „Basisdokumentation“ umfasst Angaben zu 16'287 PatientInnen, welche durch die beteiligten TherapeutInnen in der vorgegebenen Stichprobenwoche therapiert wurden. Dabei sollten von den TherapeutInnen nur Therapien im Sinne von Heilbehandlungen von Störungen mit Krankheitswert angegeben werden, also keine Persönlichkeitsentwicklungstherapien oder Therapien zu Ausbildungszwecken.

Rund zwei Drittel der PatientInnen waren weiblichen Geschlechts.

Über vier Fünftel der PatientInnen befinden sich im Erwerbsalter. Verglichen mit der demografischen Struktur der Schweizer Wohnbevölkerung sind vor allem die Altersgruppen der 30- bis 49-jährigen stark übervertreten. Diese machen gegenwärtig rund 30 Prozent der Bevölkerung, aber über die Hälfte der durch die Erhebung erfassten PatientInnen aus. Demgegenüber sind die unter 20-jährigen Kinder und jungen Erwachsenen sowie die über 60-jährigen älteren Bevölkerungsteile als PatientInnen weniger stark vertreten als in der Gesamtbevölkerung. Dies kann auf zwei Arten interpretiert werden: Ent-

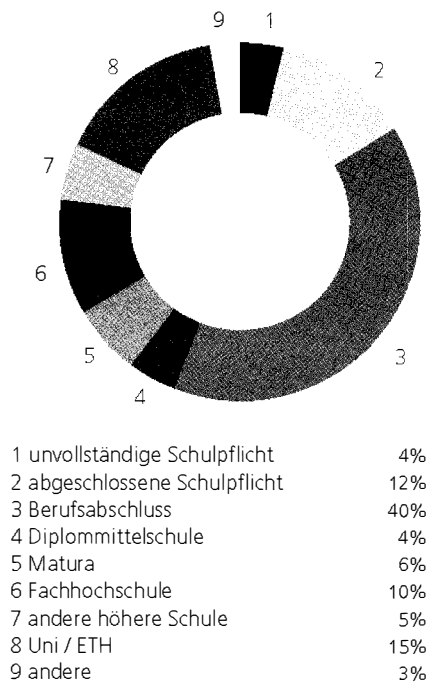
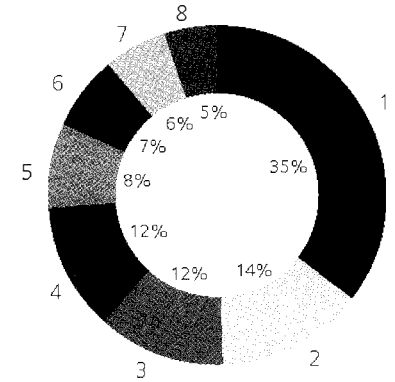


Abb. 16. Ausbildungsstand der PatientInnen mit abgeschlossener Ausbildung



- 1 angestellt in ausführender Funktion
- 2 Hausfrau / -mann
- 3 angestellt in leitender Funktion
- 4 anderes
- 5 AHV / IV
- 6 selbständig erwerbend
- 7 Student
- 8 arbeitslos

Abb. 17. Berufstätigkeit der PatientInnen

weder brauchen Menschen in diesen Alterstufen weniger psychotherapeutische Behandlung oder aber – was wahrscheinlicher ist – es zeigt sich hier ein Versorgungsmangel. Dieser kann auf zu wenig Angebote und Probleme bei der Finanzierung der Therapien bei diesen beiden Altersgruppen zurückgeführt werden. Denn beispielsweise verfügen lediglich 7% der befragten PsychotherapeutInnen über eine mindestens 5-jährige Weiterbildung in Kinderpsychotherapie, und nur weitere 3% eine wenigstens einjährige Fortbildung.

Ebenfalls stark untervertreten sind die verheirateten PatientInnen. Dieser Eindruck verstärkt sich noch, wenn man sich vor Augen hält, dass die Anteile der nicht verheirateten Personen unter den ganz jungen und den älteren Bevölkerungsteilen – welche seltener psychotherapeutische Leistungen in Anspruch nehmen – naturgemäß größer ausfallen als bei der Bevölkerungsgruppe in einem mittleren Alter. Verheiratete scheinen deutlich seltener psychotherapeutische Leistungen in Anspruch zu nehmen als nicht verheiratete Personen.

Rund die Hälfte der PatientInnen verfügt über einen qualifizierten Berufsabschluss oder Matura, und ein weiteres Drittel hat einen höheren Schulabschluss absolviert. Den Rest machen jene PatientInnen aus, deren Ausbildung sich auf die obligatorische Schulzeit (abgeschlossen oder nicht) beschränkt. Bei den PatientInnen in Aus-

bildung befindet sich rund die Hälfte im Bereich der obligatorischen Schulpflicht, die andere Hälfte verfolgt eine weitergehende Ausbildung.

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

Diagnosen

In den Patientenfragebögen wurden die TherapeutInnen gebeten, Angaben zur Diagnose bei den einzelnen PatientInnen nach ICD-10-Kodifizierung zu machen, wobei die Möglichkeit bestand,

Tabelle 3. Diagnosekategorien nach ICD-10

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

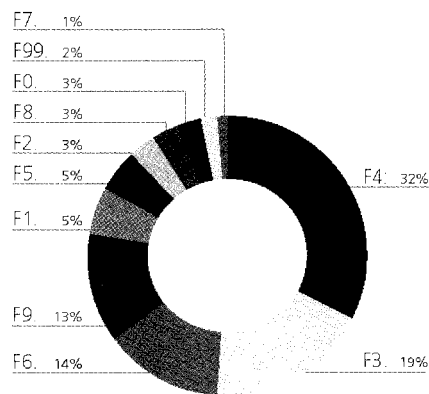


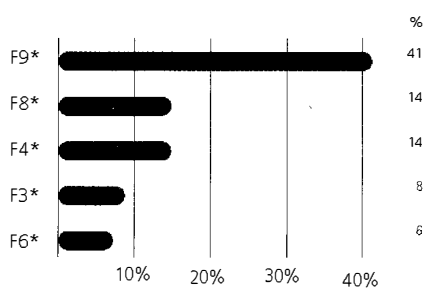
Abb. 18. Verteilung der Diagnosen nach ICD-10

auch mehrere Diagnosen gleichzeitig für eine/einen PatientIn anzugeben.

Mit nahezu einem Drittel 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 häufigeren 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.

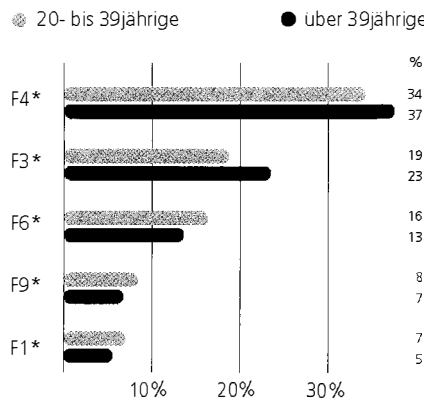
Erwartungsgemäß zeigen sich große Unterschiede zwischen den Diagnosen bei PatientInnen im Kinder- und Jugendalter und bei den Erwachsenen, so dass die Globalverteilung nur von beschränkter Aussagekraft sein kann.

Bei den unter 20-jährigen Kindern und jungen Erwachsenen dominiert die Diagnose von „Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in Kindheit



* Kategorien siehe Tabelle «Diagnosekategorien nach ICD-10»

Abb. 19. Häufige Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen

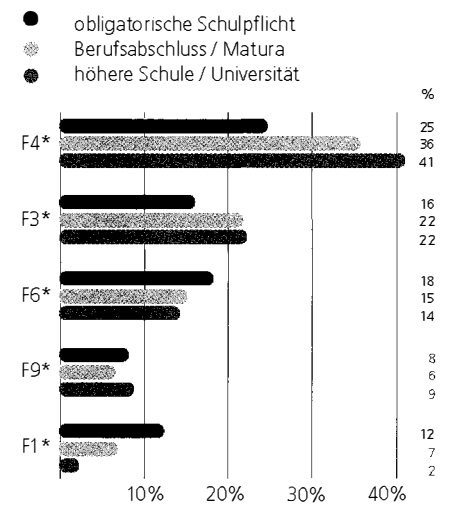


* Kategorien siehe Tabelle «Diagnosekategorien nach ICD-10»

Abb. 20. Häufige Diagnosen bei Erwachsenen

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 noch 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 PatientInnen. Insgesamt überwiegen hier die „neurotischen Belastungsstörungen und somatoformen Störungen“ (F4) mit über einem Drittel Anteil, wobei die Häufigkeit dieser Diagnose mit dem Alter der PatientInnen zunimmt. Dies trifft ebenfalls für die zweithäufigste Diagnose „affektive Störungen“ (F3) zu, welche rund einen Fünftel aller Diagnosen bei erwachsenen PatientInnen ausmacht. Mit zunehmendem Alter der/des PatientIn eher abnehmend sind die in der Häufigkeit folgenden Diagnosen der „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“, der „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren“ (F9) sowie der „psychischen- und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (F1). Die weiteren Diagnosen der ICD-10-Klassifizierung machen weniger als je 5 Prozent des Totales aller Fälle aus.



* Kategorien siehe Tabelle «Diagnosekategorien nach ICD-10»

Abb. 21. Häufige Diagnosen nach Ausbildungsniveau (n = 15.941)

Unterschiede in der Häufigkeit der Diagnosen ergeben sich nicht nur zwischen den Altersgruppen, sondern insbesondere auch bezüglich des Ausbildungsniveaus der PatientInnen. So kommen „neurotische Belastungsstörungen und somatoforme Störungen“ (F4) – mit 40 Prozent aller Diagnosen – bei PatientInnen mit einer höheren Ausbildung weit häufiger vor als bei PatientInnen, 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“. Im umgekehrten Vergleich wird bei PatientInnen mit tiefem Ausbildungsniveau aber rund fünfmal häufiger die Diagnose F1 „psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ gestellt als bei PatientInnen, welche eine höhere Ausbildung absolviert haben.

Therapiedauer

Bei der Abschätzung der voraussichtlichen Gesamtdauer der Therapien durch die befragten TherapeutInnen 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 ein erheblicher Teil der Therapien im Bereich von 2 bis 4 Monaten liegt und damit von sehr kurzer Dauer ist.

Langzeittherapien gehen im Durchschnitt über rund 40 Monate – wobei die Hälfte dieser Therapien unter 33 Monate dauern (Median). Minimaldauer für Langzeittherapien ist aus Sicht der TherapeutInnen eine voraussichtliche Gesamtdauer von mehr als einem Jahr, kürzere Therapien wurden nur in eini-

gen seltenen Fällen als Langzeittherapien bezeichnet.

Bei den übrigen Therapiearten finden sich durchgehend sowohl Angaben zu sehr kurzen Therapien von wenigen Monaten als auch solche 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 eine Langzeittherapie münden, was im Vergleich zwischen den Diagnosen dem höchsten Anteil an Langzeittherapien entspricht.

Mit einem Median von 10 Monaten weist die Diagnose F1 „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ eine kurze durchschnittliche Therapiedauer auf. Besondere Bedeutung erlangt bei dieser Diagnose die Gruppentherapie, welche hier im Vergleich zu den anderen Diagnosen mit rund einem Fünftel den höchsten Anteil erreicht.

Als nicht signifikant müssen die Ergebnisse bei der Diagnose F2 „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ angesehen werden, 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 The-

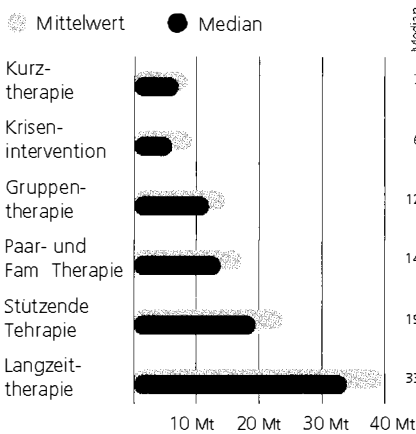


Abb. 22. Dauer der Therapien (in Monaten)

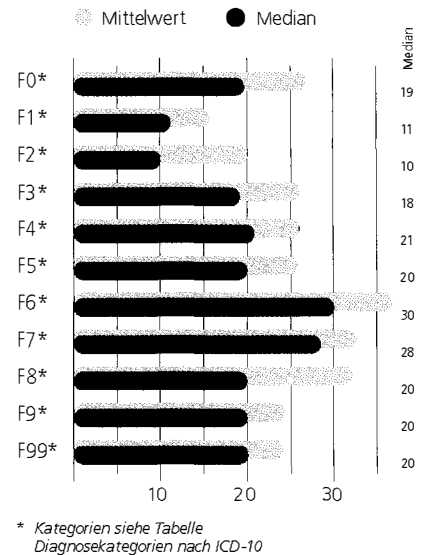


Abb. 23. Dauer der Therapien nach Diagnosen (ICD-10, in Monaten)

rapieverlauf behandeln. Andererseits hat aber auch die Fokussierung der Erhebung auf eine Stichprobenwoche einen Einfluss. Die Frage nach der voraussichtlichen Therapiedauer wurde dabei 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“. Bei jenen Diagnosen, welche zu wiederholten kurzen Therapien führen können, liegt die erfasste durchschnittliche Therapiedauer unter dem längerfristigen Therapieaufwand.

Sitzungsfrequenz und -dauer

Die aktuelle Sitzungsdauer zum Zeitpunkt der Befragung lag bei drei Viertel aller PatientInnen 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.

Rund zwei Drittel der Therapien finden ein- oder mehrmals wöchentlich

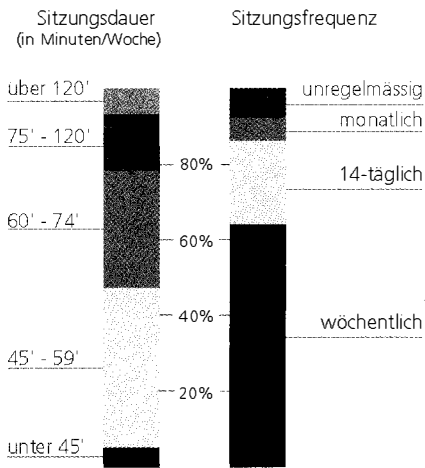


Abb. 24. Sitzungsdauer und -frequenz

statt, aber auch die 14-tägige Sitzungsfrequenz ist mit einem Anteil von einem Fünftel aller Therapien noch relativ häufig.

Ergebnisse Teil III: Therapiemethoden

Beim folgenden dritten Kapitel, der Interpretation der Ergebnisse bezüglich der verwendeten Therapiemethoden, so wie sie aus der Erhebung resultierten, 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 gesamten Therapeutenbestandes der Schweiz. Gewichtete Hochrechnungen, aus denen sich eine Annäherung an gesamtschweizerische Verhältnisse ergibt, sind in Kapitel IV zu finden.

Psychotherapeutische Ausbildung

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

Bei den abgeschlossenen Weiterbildungen dominieren die analytischen

Verfahren mit einem Anteil von 42 Prozent an allen abgeschlossenen Weiterbildungen. Bezogen auf die Anzahl TherapeutInnen mit abgeschlossener Weiterbildung, macht diese Therapierichtung sogar 55 Prozent aus, das heißt, dass mehr als die Hälfte der TherapeutInnen, 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.

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 bereits die systemischen Verfahren mit einem Anteil von 15 Prozent und an vierter Stelle die nicht näher spezifizierten „anderen“ Verfahren mit 14 Prozent Anteil; beides sind Kategorien, die bei den Weiterbildungen nur eine marginale Rolle spielen.

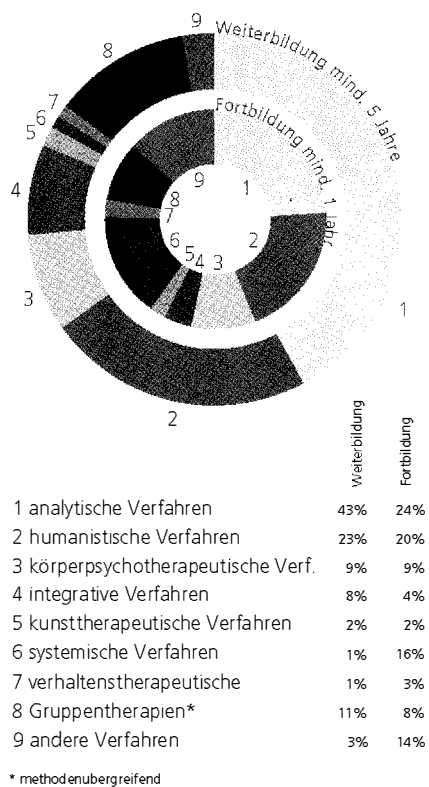


Abb. 25. Psychotherapeutische Ausbildung: Verteilung nach Methoden

Deklaration der Hauptmethode

Von den 1396 TherapeutInnen welche sich an der Erhebung „Basisdokumentation“ beteiligten (inkl. Psychodrama), konnten oder wollten sich 113 keine Hauptmethode zuordnen. Von den verbleibenden 1283 TherapeutInnen 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.

Medizinisch ausgebildete TherapeutInnen deklarieren vor allem analytische und körperpsychotherapeutische Verfahren als Hauptmethode. Psychologen mit Hochschulabschluss dominieren vorab bei den humanistischen und den systemischen Verfahren, während bei integrativen und kunsttherapeutischen Verfahren TherapeutInnen mit anderen Ausbildungen den größten Anteil ausmachen. Die Deklaration der Hauptmethode durch die TherapeutInnen ist allerdings kaum eine geeignete Basis, der tatsächlichen Bedeutung der einzelnen Therapierichtungen Rechnung zu tragen, zumal eine überwiegende Mehrheit der TherapeutInnen in ihrer Tätigkeit nicht nur ein Verfahren verwendet. Das Ausmaß und die Struktur der Kombination verschiedener

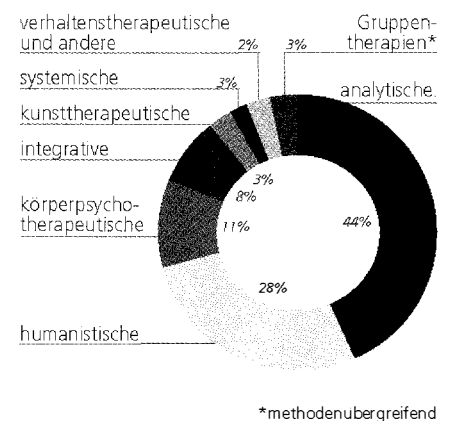


Abb. 26. Hauptmethoden der TherapeutInnen

Verfahren in der Hauptmethode oder des Durchführens ganzer Therapien mit anderen Verfahren als der Hauptmethode, bedürfen deshalb einer genaueren Analyse.

Zusätzlich zur Hauptmethode verwendete Verfahren

Je nach deklarierte Hauptmethode verwenden drei Viertel bis über neunzig Prozent der TherapeutInnen neben der Hauptmethode auch noch andere Verfahren in ihrer therapeutischen Tätigkeit. Das Ausmaß der Verwendung unterschiedlicher Verfahren ist aber nicht nur sehr hoch, sondern auch vielfältig, denn zwischen 40 und 75 Prozent der TherapeutInnen kombinieren nicht nur ein weiteres Verfahren mit der Hauptmethode, sondern mehrere.

Trotz der insgesamt hohen Zahl der verschiedenen zusätzlich verwendeten Verfahren ist doch auch festzustellen, dass die größte Gruppe der TherapeutInnen – jene mit Hauptmethode in einem analytischen Verfahren – zu rund einem Viertel angibt, keine weiteren Verfahren neben der Hauptmethode zu verwenden, und auch der Anteil der TherapeutInnen, welche mehrere Verfahren hinzuziehen, fällt in dieser Gruppe überdurchschnittlich gering aus.

Ebenfalls ist festzuhalten, dass der Stellenwert der Hauptmethode weit höher

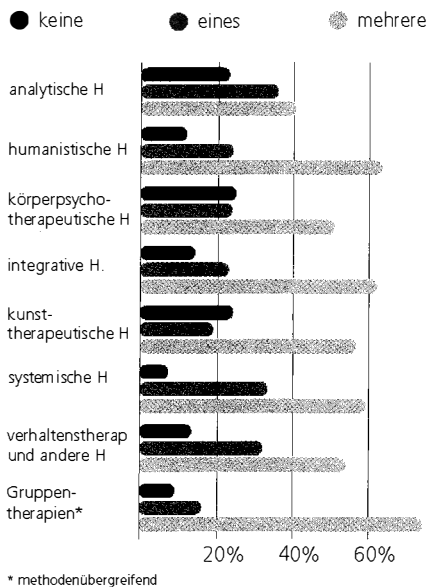


Abb. 27. Neben der Hauptmethode verwendete Verfahren (nach Hauptmethoden der Therapeuten) Aufteilung der Therapiezeit (wenn weitere Verfahren integriert werden)

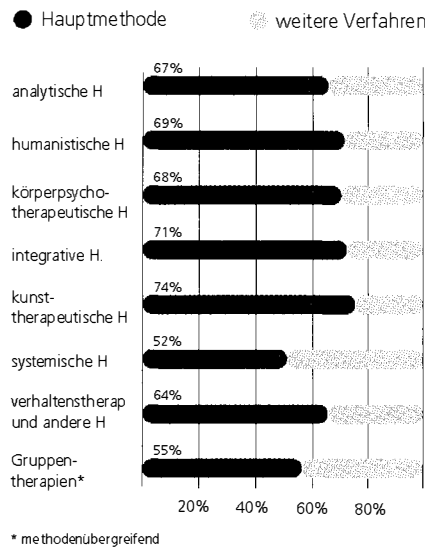


Abb. 28. Aufteilung der Therapiezeit (wenn weitere Verfahren integriert werden)

her ausfällt 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 zwischen der Anzahl der integrierten Verfahren und deren zeitlichem Stellenwert innerhalb der Therapien besteht. So nutzen beispielsweise die TherapeutInnen 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 Kombination verschiedener Verfahren fällt in dieser Gruppe somit höher aus als bei den TherapeutInnen mit einem humanistischen Verfahren als Hauptmethode, obwohl letztere weitaus mehr verschiedene Verfahren verwenden.

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. Dargestellt ist, wie sich – einzeln für jede Hauptmethode – die zusätzlich verwendeten Verfahren nach ihrer jeweiligen Therapierichtung verteilen. Basis dieser Matrix ist die Deklaration der TherapeutInnen 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 TherapeutInnen, 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.

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 kombinierten Verfahren von TherapeutInnen mit analytischen, humanistischen oder körperpsychotherapeutischen Hauptmethoden beziehen sich auf diese Kategorie. Ebenfalls eine

weitere verwendete Verfahren	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%	22%
	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)

Abb. 29. Verflechtungsmatrix der Verfahren (I) (nach Angaben der Therapeuten)

weit höhere Bedeutung als Nebenmethode denn als Hauptmethode erreichen die systemischen Verfahren.

Die analytischen Verfahren, als wichtigste Gruppe bei den Hauptmethoden, sind als kombinierte Verfahren bei TherapeutInnen 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 TherapeutInnen mit analytischer Hauptmethode, machen die humanistischen Verfahren allerdings lediglich 11 Prozent der mitverwendeten Verfahren aus.

Verwendung der Verfahren in der Stichprobenwoche

Die Angaben der TherapeutInnen, 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. Denn die tatsächliche Bedeutung der Methoden hängt stark vom Umfang der Patiententherapien ab, welche die TherapeutInnen der einzelnen Gruppen

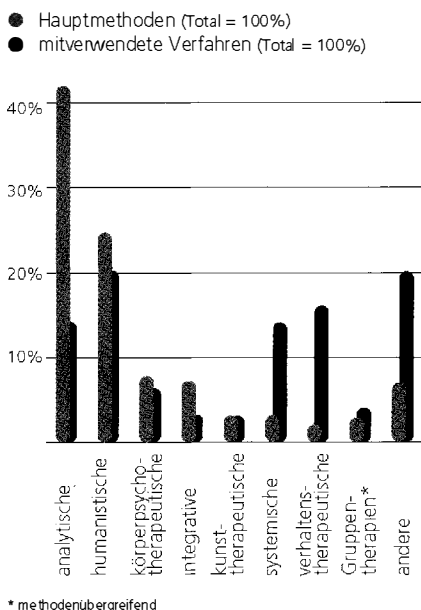


Abb. 30. Verteilung der Verfahren bei Patiententherapien (in der Stichprobenwoche)

durchführen und von der Intensität der Verwendung weiterer Verfahren zur Hauptmethode, welche je nach Hauptmethode und den zusätzlich verwendeten Verfahren stark schwanken kann.

Bei den Hauptmethoden differieren die Angaben der TherapeutInnen 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 TherapeutInnen 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 TherapeutInnen.

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 dritt wichtigsten Kategorie bei den weiteren verwendeten Verfahren werden.

Methodenverflechtung in der Stichprobenwoche (Patiententherapien)

Neben den Angaben der TherapeutInnen, ob und wie sie verschiedene psychotherapeutische Verfahren in ihrer Tätigkeit miteinander kombinieren, lässt sich der tatsächliche Methodenmix auch anhand der in der Stichprobenwoche durchgeführten Patiententherapien nachvollziehen.

Durch die unterschiedliche Fragestellung bei TherapeutInnen und PatientInnen, ergibt sich – durch die Kombination der beiden Informationsquellen

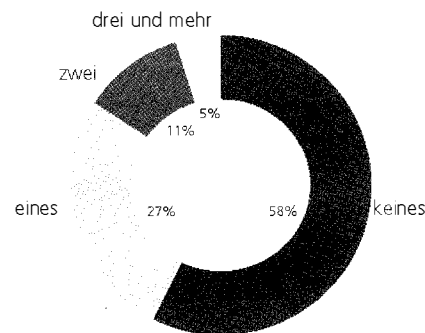


Abb. 31. Mitverwendung von weiteren Verfahren (in der Stichprobenwoche)

– ein deutlich differenzierteres Bild der methodischen Durchmischung der Tätigkeit der befragten TherapeutInnen. Zwar geben rund drei Viertel an, in ihrer therapeutischen Tätigkeit mehr als eine Methode zu verwenden, trotzdem ergibt sich aus den Fragen zu den einzelnen Patiententherapien, dass in der Stichprobenwoche die Mehrheit der Therapien nur unter Verwendung der Hauptmethode erfolgte.

Die auf den ersten Blick hohe methodische Kombinationsrate relativiert sich damit deutlich. In der Tat scheinen die TherapeutInnen 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 TherapeutInnen angaben, auch diese Arbeitsweise anzuwenden.

Bei der Verflechtung der einzelnen Verfahren ergeben sich einige markante Unterschiede zwischen der Einschätzung der TherapeutInnen, 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 neben der

Hauptmethode angewendet wurden, größer, als die Angaben der TherapeutInnen zur Verwendung dieser Verfahren vermuten ließ.

Der umgekehrte Effekt stellt sich bei den analytischen und den humanistischen Verfahren ein. Jene Kombination von Hauptmethode und weiterem verwendeten Verfahren, bei der sich beide auf die gleiche Therapierichtung beziehen, wird von den TherapeutInnen viel häufiger angegeben, als sie sich in den tatsächlichen Patiententherapien widerspiegeln.

Der wesentliche Grund für diese Verschiebungen liegt darin, dass die Häufigkeit, nach der sich der/die einzelne TherapeutIn für den Einsatz eines weiteren Verfahrens neben der Hauptmethode entscheidet, sich je nach Art des zusätzlich mitverwendeten Verfahrens deutlich unterscheidet. TherapeutInnen, welche systemische oder verhaltenstherapeutische Verfahren in ihre Hauptmethoden miteinbeziehen, tun dies in einer weit größeren Anzahl von Fällen als TherapeutInnen, welche andere Verfahren zuziehen. Bei den Kombinationen von analytischen oder humanistischen Hauptmethoden mit mitverwendeten Verfahren aus der gleichen Therapierichtung, gibt es zwar eine Vielzahl von TherapeutInnen, welche diese Kom-

bination in ihrer Tätigkeit verwenden. Sie setzen sie aber nur in einer vergleichsweise geringen Anzahl von Therapien ein, so dass ihre Bedeutung bei einer Betrachtung auf der Basis der tatsächlich durchgeführten Patiententherapien sich reduziert.

Daraus wird deutlich, dass das Ausmaß der Verwendung verschiedener Verfahren bei den einzelnen TherapeutInnen mindestens ebenso stark von der Art des zusätzlich einbezogenen Verfahrens wie von der Art der Hauptmethode abhängt. Allerdings ist hier auch eine Wahrnehmungsunschärfe nicht völlig auszuschließen: Die Mitverwendung von Methoden des gleichen Mainstreams erscheint den TherapeutInnen 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 TherapeutInnen 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: TherapeutInnen mit körperpsychotherapeutischer Hauptmethode behandeln PatientInnen mit Diagnose F4 „Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen“ mit einer leicht erhöhten Häufigkeit (+9 Prozent) während diese Diagnose mit leicht verringerter Häufigkeit (-9 Prozent) von TherapeutInnen mit Hauptmethode Gruppentherapie (methodenübergreifend) behandelt wird.

Anders als bei den Diagnosen zeigen einzelne Therapieformen deutliche Schwerpunkte bei TherapeutInnen mit bestimmten Hauptmethoden. Langzeittherapien machen bei den TherapeutInnen mit analytischer Hauptmethode einen wesentlich größeren Anteil aus als bei den anderen Therapeutengruppen. Die Gruppe der TherapeutInnen mit humanistischer, körperpsychotherapeutischer oder integrativer Hauptmethode zeigen keine Schwerpunkte bei den Therapieformen, diese weichen in ihrer Verteilung nur unwesentlich von der

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

* methodenübergreifend

Abb. 33. Markante Abweichungen (> 10%) von der durchschnittlichen Verteilung der Therapiearten (nach Hauptmethoden)

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.

Therapien für Kinder und Jugendliche wurden – als wichtige Verfahren – bisher nicht separat ausgewiesen, da die Abgrenzung zu anderen Verfahren fließend ist und deren Bedeutung alleine auf der expliziten Deklaration der TherapeutInnen nur unzureichend erfasst wird. Im folgenden Abschnitt soll das Versäumnis nachgeholt werden.

Therapien für Kinder und Jugendliche

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

Zwei Drittel der TherapeutInnen, welche in der Stichprobenwoche Therapien mit Personen unter 18 Jahren durchführten, verfügen über eine abgeschlossene Weiter- oder Fortbildung in Kinder- und Jugendlichentherapie. Aber nur ein geringer Teil dieser TherapeutInnen geben auch Kinder- und Jugendlichentherapie als Hauptmethode an, diese machen lediglich rund 4 Prozent des

weitere verwendete Verfahren	Hauptmethoden							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1	22%	8%	16%	7%	20%	15%	17%	13%
2	14%	14%	13%	9%	24%	26%	25%	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	18%	18%	18%	18%	18%	18%	18%	18%
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)

Abb. 32. Verflechtungsmatrix der Verfahren (II) (Basis: Patiententherapien)

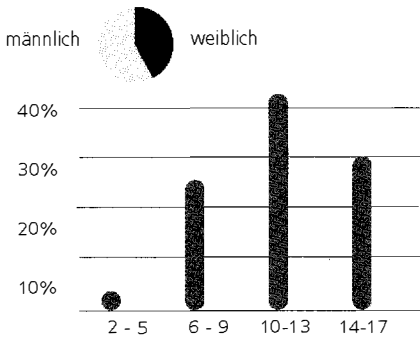


Abb. 34. Demografisches zu den jugendlichen Patienten und Patientinnen

gesamten, durch die Erhebung erfassten Therapeutenbestandes aus. Zu 59 Prozent ordnen sich diese spezialisierten Kinder- und Jugendlichentherapeuten der analytischen Therapierichtung zu, zu 29 Prozent der humanistischen und der Rest der integrativen Richtung.

37 Prozent aller erfassten TherapeutInnen gaben an, auch Therapien mit Personen unter 18 Jahren durchzuführen, ohne aber spezifisch Kinder- und Jugendlichentherapie 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.

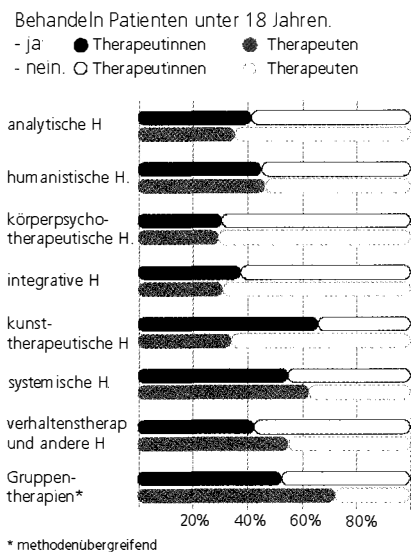


Abb. 35. TherapeutInnen mit PatientInnen unter 18 Jahren (Anteile in den einzelnen Hauptmethoden)

Obwohl die einzelnen Mainstreams deutlich unterschiedliche Anteile an TherapeutInnen aufweisen, welche neben Erwachsenentherapien auch Kinder- und Jugendlichentherapien durchführen, unterscheidet sich die Verwendung der Methoden, welche bei den Therapien von unter 18-jährigen Patienten zur Anwendung kommen, nicht sehr stark von derjenigen bei den Therapien der Erwachsenen. Analytische und körperpsychotherapeutische Verfahren werden bei den Therapien von Kindern und Jugendlichen etwas weniger häufig verwendet. Sie weisen Anteile am gesamten Methodengebrauch auf, die rund 7 Prozent tiefer liegen als bei der entsprechenden Verteilung im Bereich der Erwachsenentherapien (vgl. Abb. 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 auch weiterhin einer präzisen statistischen Analyse, wobei die Gründe dafür vielfältig sind. Insbesondere fehlt für quantitative Erhebun-

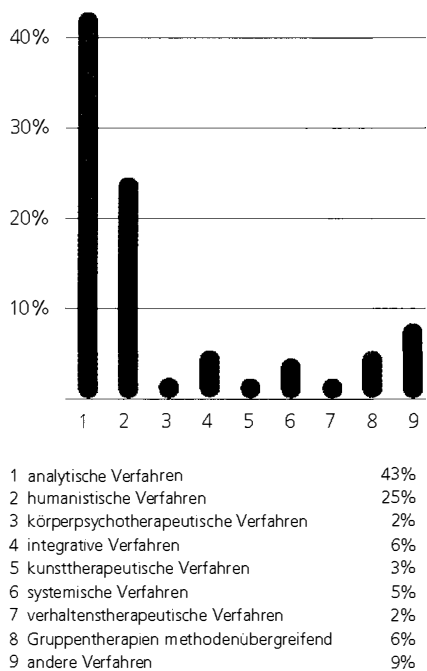


Abb. 36. Methodenverwendung bei PatientInnen unter 18 Jahren (Basis: Wochenstundenzahl)

gen 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, indem die Resultate von verschiedenen Erhebungen und Quellen puzzelartig zu einem – zunehmend differenzierteren – Bild zusammengefügt werden.

Aufgrund des sehr umfassenden Samples der Erhebung „Basisdokumentation“ – rund ein Viertel der Psychotherapeuten der Schweiz war aktiv daran beteiligt – kann sie 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 mangelnde statistische Repräsentativität der Erhebung ist bei der Interpretation der Resultate mitzubedenken.

Im Folgenden werden deshalb die gewonnenen Ergebnisse in den Zusammenhang früherer quantitativer Untersuchungen gestellt, um so zu einer gesamtschweizerischen Beurteilung bezüglich der Gesamtleistung des Psychotherapiebereiches der Schweiz und über die dabei verwendeten Therapierichtungen zu gelangen. Es sei dabei allerdings explizit auf den approximativen Charakter der Ergebnisse verwiesen: 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 dazu verwendeten Studien ab.

Therapeutenbestand

Im Zuge der Vorbereitung zur Neuregelung des Psychotherapiebereiches erhielten die Fragen nach gesamtschweizerischen Größenordnungen bezüglich des Umfanges des Psychotherapeutenbestandes, der erbrachten Gesamtleistungen und der Struktur dieser Leistungen, einen zentralen Stellenwert. Die in diesem Zusammenhang erstellte Studie von I. Beeler (Beeler, 2000) vermittelt einen aktuellen Überblick über die Eckwerte in diesem Bereich und beschäftigt sich zudem intensiv mit den anfallenden Kos-

ten und deren zukünftige Entwicklung. Durch die Verbindung dieser Studie mit den Resultaten der Erhebung „Basisdokumentation“ lassen sich vielfältige und interessante Differenzierungs- und Vertiefungsmöglichkeiten ableiten.

Die ungefähre Quantifizierung des Psychotherapeutenbestandes auf der Basis der Studie Beeler ist in Tabelle 4 dargestellt, wobei allerdings daraufhingewiesen werden muss, dass eine große Unsicherheit bezüglich des Bestandes an psychotherapeutisch tätigen Grundversorgern besteht.

Geht man von diesem Psychotherapeutenbestand aus, so wurde durch die Erhebung „Basisdokumentation“ rund 27 Prozent des gesamten Therapeutenbestandes erfasst. Allerdings mit großen Unterschieden bezüglich der einzelnen Gruppen. Bei den medizinisch ausgebildeten TherapeutInnen mit abgeschlossener psychotherapeutischer Weiter- oder Fortbildung konnte keine klare Trennung zwischen Psychiatern und Grundversorgern gemacht werden. Geht man davon aus, dass es sich bei TherapeutInnen 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 TherapeutInnen sind somit in der Erhebung deutlich untervertreten. Die TherapeutInnen mit abgeschlossenem Hochschulstudium in Psychologie beteiligten sich zu 40 Prozent an der Erhebung und waren somit insgesamt übervertreten, wie auch die TherapeutInnen 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 TherapeutInnen über die Verteilung ihrer Arbeitstätigkeit lassen sich auf der Basis des obigen Therapeutenbestandes zum gesamten Therapievolumen in der Schweiz hochrechnen. Bei den Angaben wurde unterschieden zwischen Patiententherapien (Heiltherapien), Persönlichkeitsentwicklungstherapien ohne Störungen mit Krankheitswert und anderen Tätigkeiten wie beispielsweise jene als DozentIn, GutachterIn, AutorIn etc.

Insgesamt werden – gemäß Hochrechnung der Therapeutenangaben aus der Erhebung „Basisdokumentation“ – durch die PsychotherapeutInnen 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 Persönlichkeitsentwicklungstherapien ohne Störungen, Lehrtherapien und Supervisionen. Das ergibt ein Total von rund 4,6 Millionen Stunden Psychotherapie pro Jahr, was ziemlich genau dem von Beeler (Beeler, 2000) ermittelten Wert von 4,5 Millionen Stunden entspricht. Daneben erbringen die TherapeutInnen rund 2,3 Millionen Stunden nicht-psychotherapeutische Leistungen als DozentIn, GutachterIn, AutorIn etc. oder als unselbständige, nicht-psychotherapeutische Tätigkeiten in Kliniken, Beratungsstellen, Facheinrichtungen etc.

Mit 2,2 Millionen Stunden pro Jahr leisten die medizinisch ausgebildeten TherapeutInnen über die Hälfte des gesamten Volumens an Patiententherapien, mit 0,25 Millionen Stunden aber

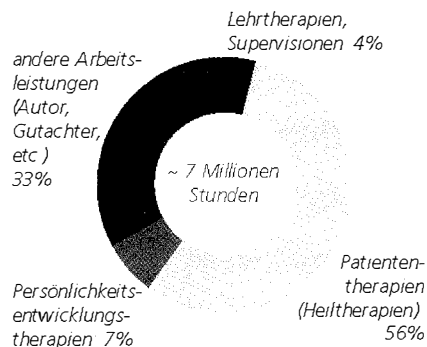


Abb. 37. Jährliche Arbeitsleistung der TherapeutInnen

nur einen geringen Anteil der Persönlichkeitsentwicklungstherapien, Lehrtherapien und Supervisionen. Psychologen mit Hochschulabschluss erbringen mit 1,4 Millionen Stunden zwar etwas weniger Patiententherapien – nämlich 38% des Totales –, dafür mit über 0,4 Millionen Stunden den größten Teil der Persönlichkeitsentwicklungstherapien, Lehrtherapien und Supervisionen.

Kostenträger-Split

Auf der Basis der hochgerechneten Therapeutenangaben lässt sich auch der Kostenträgersplit der psychotherapeutischen Gesamtleistung ermitteln. Allerdings nur auf Basis der abgolgten Therapiestundenzahlen, da die TherapeutInnen zum Teil angaben, zu unterschiedlichen Tarifen zu arbeiten, jedoch keine Angaben bestehen, in welchen Bereichen die einzelnen Tarife zur Anwendung kommen.

57 Prozent der geleisteten Psychotherapiestunden – das entspricht rund 2,5 Millionen Stunden – werden von der Grundversicherung der Krankenkassen übernommen, wobei diese Leistungen zu zwei Dritteln von medizinisch ausgebildeten TherapeutInnen erbracht und somit direkt mit den Kassen abgerechnet werden. Ein Drittel der von der Grundversicherung abgedeckten Leistungen wird in delegierter Therapie durch nichtmedizinische TherapeutInnen erbracht, die zu 85 Prozent über einen Hochschulabschluss in Psychologie verfügen. Rund 0,9 Millionen Therapiestunden werden durch andere Versicherungsleistungen abgedeckt, wobei die Zusatzversicherung der Krankenkassen im Vordergrund steht, gefolgt von der Invalidenversicherung und den Unfallversicherungen. Fast annähernd

Tabelle 4. Anzahl TherapeutInnen in der Schweiz (Quelle: I. Beeler, 2000)

PsychiaterInnen	~1650
MedizinerInnen (Grundversorger) mit abgeschlossener Weiter- oder Fortbildung	~850
TherapeutInnen mit Hochschulabschluss in Psychologie und abgeschlossener Weiter- oder Fortbildung	~2200
Anders ausgebildete TherapeutInnen mit abgeschlossener Weiter- oder Fortbildung	~400
Total	~5100

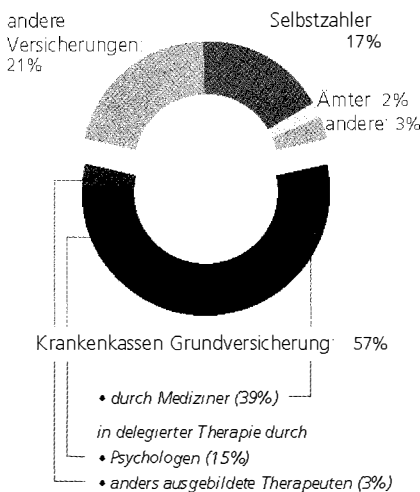


Abb. 38. Kostenträger psychotherapeutischer Leistungen (Basis: Abgegoltene Therapiestunden)

so viele Therapiestunden werden von den PatientInnen selbst bezahlt.

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 verwendeten Therapiemethoden größere Vorbehalte. Denn 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. Zwar beteiligte sich eine große Anzahl von Institutionen aus verschiedenen Therapierichtungen, trotzdem ist die Gefahr einer möglichen Einseitigkeit des Samples (Bias) nicht von der Hand zu weisen.

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 TherapeutInnen ihres

jeweiligen Samples, wobei die Methoden in fünf Therapierichtungen eingeteilt wurden und mit den Resultaten der Erhebung „Basisdokumentation“ vergleichbar sind.

Der Studienvergleich zeigt, dass die nach der Grundausbildung gewichteten Ergebnisse der Erhebung „Basisdokumentation“ bezüglich der psychotherapeutischen Ausbildung der TherapeutInnen 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 Ausbildungen. Allerdings weisen die in der Erhebung „Basisdokumentation“ befragten TherapeutInnen ein höheres durchschnittliches Ausbildungsniveau auf als diejenigen der Vergleichsstudien. Dies dürfte allerdings daher rühren, dass das der Erhebung zugrunde liegende Adress-

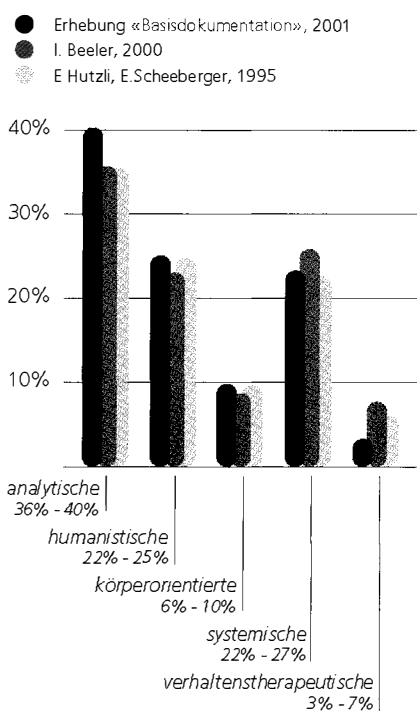


Abb. 39. Psychotherapeutische Ausbildungen nach Therapierichtungen

material mehrheitlich aus den Mitgliederkarteien von Ausbildungsinstituten stammt. Das heißt, es handelt sich bei den befragten TherapeutInnen mehrheitlich um die Absolventen der Ausbildungskurse der jeweiligen Institute.

Sowohl bei der Erhebung „Basisdokumentation“ als auch bei der Vergleichsstudie von Hutzli und Schneeberger (Hutzli, 1995) lässt sich ein Widerspruch erkennen zwischen dem hohen Anteil an TherapeutInnen, welche in systemischen Verfahren ausgebildet sind, und dem Arbeitssetting der TherapeutInnen, wo die typischen systemischen Therapiearten der Paar- und Familientherapie sowie der Gruppentherapie lediglich Anteile von jeweils unter 5 Prozent ausmachen (vgl. Abb. 10). Dieser Widerspruch deutet darauf hin, dass die Ausbildung der TherapeutInnen keinen wirklich geeigneten 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 TherapeutInnen. Diese verwenden zwar in rund der Hälfte der durchgeführten Therapien nicht nur ein Verfahren – was auch ihrer Ausbildung entspricht –, aber sie konzentrieren sich doch vorwiegend auf eine Hauptmethode, welche den größten Teil ihrer therapeutischen Tätigkeit in Anspruch nimmt. Nun zeigen aber die Verflechtungsmatrizen der Verfahren (vgl. Abb. 29 und 32), dass einzelne Verfahren weit öfter als Hauptverfahren – und damit zeitintensiv – Verwendung finden, während andere Verfahren hauptsächlich zu einer Hauptmethode mitverwendet werden und damit weit weniger der Therapiezeit in Anspruch nehmen. Als Hauptverfahren werden vor allem jene aus der analytischen und der humanistischen Therapierichtung gebraucht, als zusätzlich verwendete 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 an diesen Wert lässt sich aus der Erhebung „Basisdokumentation“

gewinnen, indem die Angaben der TherapeutInnen über den Einsatz der verschiedenen Verfahren – als Hauptmethode, integriertes Verfahren oder als Verfahren für ganze Behandlungen neben der eigentlichen Hauptmethode – gewichtet auf den gesamten Therapeutenbestand hochgerechnet werden. Als Gewichtungsfaktor dient dabei – wie oben dargelegt – die Grundausbildung der TherapeutInnen nach vier Gruppen (Psychiater, Grundversorger, Psychologen und anders ausgebildete TherapeutInnen).

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 TherapeutInnen ausgebildet sind, die aber nur einen geringen Anteil an den gesamten Therapieleistungen ausmachen. Von untergeordneter Bedeutung sind insbesondere die kunsttherapeutischen Verfahren und die verhaltenstherapeutischen Ver-

fahren, 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 16000 Patientenfragebögen. Unter Annahme, dass jedes mitverwendete Verfahren kumulativ einen Viertel der Therapiezeit des Hauptverfahrens in Anspruch nimmt (das ergibt bei einem (1) zusätzlich verwendeten Verfahren eine Verteilung von 75% Hauptmethode zu 25% zusätzliches Verfahren, bei 2 zusätzlichen 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, und bei den nicht näher spezifizierten „anderen“ Verfahren, welche um rund 4 Prozent besser abschneiden.

Weitere Erhebungen

Wie im Abschnitt „Ausgangslage“ bereits einleitend erwähnt wurde, bestehen zwei weitere, umfassende Erhebungen – diejenigen des Jung-Institutes und der SGBAT –, welche ähnliche Fragestellungen wie die Erhebung „Basisdokumentation“ aufwiesen, deren Resultate aber aufgrund des jeweiligen zeitlichen Abstandes der Erhebungen und der nicht durchwegs identischen Fragestellungen bisher keinen Eingang in die vorliegende Arbeit fand. Abschließend soll deshalb ein kritischer Vergleich der Ergebnisse der beiden älteren Studien und deren möglicher Einfluss auf die Resultate der Erhebung „Basisdokumentation“ vorgenommen werden.

Der Hauptunterschied zwischen der Erhebung des Jung-Institutes (Mattanza, 1995) und der „Basisdokumentation“ besteht in der unterschiedlichen Grundausbildung der befragten TherapeutInnen. Die von Mattanza erfassten „jungianischen“ PsychotherapeutInnen verfügten zu 80 Prozent über ein absolviertes Universitätsstudium, aber rund die Hälfte in einem Bereich außerhalb von Medizin oder Psychologie. Der Einbezug dieser Daten hätte dazu geführt, dass der Anteil der analytisch ausgebildeten TherapeutInnen unter den NichtmedizinerInnen und Nichtpsycholog-

Innen etwas höher ausgefallen wäre, als die in der Erhebung „Basisdokumentation“ ausgewiesenen 39 Prozent. Da diese Therapeutengruppe nach Beeler (Beeler, 2000) lediglich rund 8 Prozent der gesamten Anzahl Psychotherapeuten in der Schweiz ausmacht, hätte der Einbezug der Daten allerdings nur zu marginalen Verschiebungen in den Endresultate der „Basisdokumentation“ geführt.

Bei der Erhebung der Schweizerischen Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie (Ventling, 1998) ist ein gegenteiliger Effekt festzustellen. Mit einem Anteil von fast 30% medizinisch ausgebildeten TherapeutInnen – der in der Erhebung „Basisdokumentation“ am stärksten untervertretenen Gruppe – erhalten die Resultate in der gesamtschweizerischen Hochrechnung ein überproportionales Gewicht. Da aber bei der Erhebung der SGBAT keine Fragen zur Methodenverwendung oder zu psychotherapeutischen Weiterbildungen in anderen Methoden als der Bioenergetischen Analyse gestellt wurden, ist ein Vergleich der Resultate kaum möglich und eine Integration der Resultate wäre fragwürdig. Auch war das Sample des SGBAT mit 63 verwertbaren Angaben vergleichsweise klein (unter 5% des Samples der „Basisdokumentation“). Insgesamt lässt sich festhalten, dass die körperpsychotherapeutischen Methoden bei der „Basisdokumentation“ ohne die Integration der Daten der SGBAT tendenziell eher unterbewertet sind, allerdings in einem Ausmaß, das im Rahmen der generellen Unschärfe einer Erhebung wie der „Basisdokumentation“ liegen dürfte.

Zusammenfassung

Für die geplante sozialversicherungsrechtliche Neuregelung des Psychotherapiebereiches der Schweiz ist – in Anlehnung an die Regelung im medizinischen und pharmazeutischen Bereich – ein offizielles Anerkennungsverfahren für die einzelnen psychotherapeutischen Heilmethoden vorgesehen. Im Rahmen dieser Verfahren muss der Nachweis der Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der einzelnen Verfahren erbracht werden. Als Grundlage für die Analyse der Wirtschaftlichkeit wird vom Bundesamt für Sozialversicherungen eine detaillierte Übersicht über den Therapeutenbestand

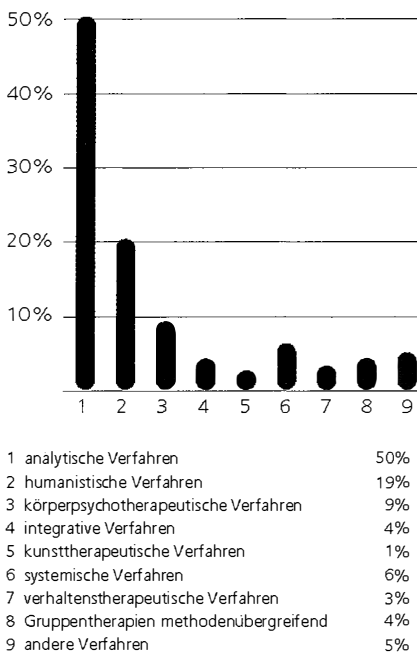


Abb. 40. Methoden in der psychotherapeutischen Tätigkeit (Basis: Wochenstundenzahl)

gefordert, der die jeweilige Methode anwendet. Vor diesem Hintergrund hat die Schweizer Charta für Psychotherapie 2001 eine breit angelegte empirische Erhebung unter rund 2000 PsychotherapeutInnen von ihr angeschlossenen Institutionen durchgeführt. Das Ziel bestand darin, den VertreterInnen der einzelnen psychotherapeutischen Behandlungsmethoden die geforderten Basisdaten für eine Methodenankennung aufzubereiten.¹

Bei der Erhebung stand somit nicht die Repräsentativität der Resultate bezüglich des gesamten Psychotherapiebereiches der Schweiz im Vordergrund, sondern lediglich bezüglich der an der Erhebung beteiligten Methoden. Trotzdem zeigt der Vergleich mit älteren Untersuchungen, dass die Resultate – vorab 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 TherapeutInnen, welche sich aktiv an der Erhebung beteiligten, und die von ihnen in einer Stichprobenwoche therapierten rund 16000 PatientInnen, konnten wichtige Erkenntnisse bezüglich des Arbeits- und Therapie-Settings der TherapeutInnen, über deren Versorgungslage, die detaillierte Verwendung der unterschiedlichen Therapieverfahren und über die Verteilung der gestellten Diagnosen nach ICD-10, gewonnen werden.

Die bereits in früheren Studien zu Tage getretene große Verflechtung der verschiedenen Therapierichtungen hat sich dabei erneut bestätigt. Eine Mehrzahl der TherapeutInnen verfügt über Ausbildungen in mehr als einer Therapierichtung und kombiniert die unterschiedlichen Verfahren auch in ihr Arbeitssetting. Diese kombinierende Arbeitsweise der TherapeutInnen kann in umfassenden Verflechtungs-Matrizen bezüglich verwendeter Hauptme-

thode und weiteren verwendeten Verfahren im Detail nachgewiesen werden. Die genaue Betrachtung zeigt allerdings auch, dass das Schwergewicht bei den Therapien nach wie vor auf der Hauptmethode liegt. Zwar gibt eine überwiegende Mehrzahl der TherapeutInnen an, mehr als ein Verfahren in ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit zu verwenden, trotzdem wird rund die Hälfte aller Therapien unter ausschließlicher Verwendung der Hauptmethode abgewickelt. Dort wo weitere Verfahren mitverwendet werden, stehen sie allerdings nahezu gleichberechtigt neben der Hauptmethode.

Insgesamt resultiert somit eine deutlich untergeordnete Bedeutung der mit den Hauptverfahren kombinierten Verfahren. Ihr zeitlicher Anteil beläuft sich auf etwas mehr als einen Viertel der gesamten Dauer aller Therapien. Dies hat aber zur Folge, dass die Anzahl der in einem Verfahren ausgebildeten TherapeutInnen 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 in Therapien mit einer unterschiedlichen Hauptmethode kombiniert 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 Ausbildung vermuten lässt, zeigt die tatsächliche Verwendung der Verfahren auf der Basis der geleisteten Therapiestunden eine recht einseitige Verteilung. Analytische Verfahren machen rund die Hälfte der verwendeten Verfahren aus, die humanistischen Verfahren als zweitstärkste Gruppe noch 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 lässt sich eine Regelung des Psychotherapiebereiches, welche schwergewichtig auf der Anerkennung einzelner Therapieverfahren beruht, hinterfragen. So scheint es doch sehr wahrscheinlich, dass unter einer solchen Regelung in

Zukunft anerkannte (Haupt-) Methoden mit nicht anerkannten (zusätzlich verwendeten) Verfahren gemeinsam zur Anwendung kommen werden – entsprechend der heute zu beobachtenden Verflechtung der verschiedenen Methoden. Die hier ausgewiesene Häufigkeit von Kombinationen verschiedener Verfahren ist als Qualitätsmerkmal zu interpretieren: Indem die TherapeutInnen ihre Verfahrensansätze und Kombinationen den PatientInnenbedürfnissen anpassen, tragen sie der Individualität der PatientInnen und ihrer Störungsbilder Rechnung. Bei der Übernahme der Therapiekosten durch die Sozialversicherung wird eine Trennung der therapeutischen Leistungen in einen Anteil, welcher in einem anerkannten Hauptverfahren erbracht wurde, und einem weiteren in zusätzlich verwendeten, nicht anerkannten Nebenverfahren, kaum möglich sein und wäre bestimmt nicht im Sinne einer optimalen Behandlung der PatientInnen.

Andererseits darf aber die gegebene Konstellation 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 vermehrte 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.

Autoren

Markus Schweizer ist Ökonom, freischaffend in den Bereichen Statistik und Publizistik. Er war Projektleiter der Erhebung Basisdokumentation und verantwortlich für die vorliegenden statistischen Analysen. Adresse: 26, rue J. de Hochberg, CH-2000 Neuchâtel.

Rudolf Buchmann, Dr. phil. I (Psychologie, Germanistik und Pädagogik), Psychotherapeut, Analytiker und Körperpsychotherapeut in eigener Praxis für Erwachsene, Jugendliche und Kinder. Co-Leiter des Wissenschaftsausschusses der Charta. Adresse: Apfelbergweg 3, CH-9000 St. Gallen.

¹ Diese Studie ist ein erstes richtungsübergreifendes Forschungsprojekt der Schweizer Charta für Psychotherapie. Neben dem Dialog zwischen den Institutionen und der Qualitätsentwicklung ist der Aufbau einer richtungsübergreifenden Wissenschaftskultur ein wichtiger Vereinszweck (vgl. Buchmann, Schlegel, Vetter 1996)

Mario Schlegel, Dr. sc. nat. (Anthropologie und Verhaltenswissenschaften), analytischer Psychotherapeut in eigener Praxis. Mitarbeit an der ersten basisdokumentarischen Studie, durchgeführt durch die jungsche Richtung 1995. Co-Leiter des Wissenschaftsausschusses der Charta.

Peter Schulthess, lic. phil. I (Pädagogik, Psychologie und Philosophie) Psychotherapeut (Gestalttherapie) in eigener Praxis, Mitarbeit an der Basisdokumentation des SVG, Vizepräsident der Charta. Adresse: Bergstraße 92, CH-8712 Stäfa.

Buchmann, Schlegel und Schulthess bildeten die begleitende fachliche Charta-Arbeitsgruppe der Erhebung „Basisdokumentation“.

Literatur

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