

M. Felber, U. Margreiter und G. Schwentner

## Psychotherapie auf Krankenschein

**Zusammenfassung** Vor dem Hintergrund der Auseinandersetzungen um den Kassenvertrag für Psychotherapie in Österreich wurden niedergelassene PsychotherapeutInnen wie auch eine kleine Stichprobe der österreichischen Bevölkerung dahingehend befragt, bei welchen Diagnosen Psychotherapie ihrer Meinung nach sinnvoll eingesetzt werden könnte und von der Krankenkasse bezahlt werden sollte. Es war festzustellen, dass für weite Bereiche Übereinstimmung zwischen Bevölkerung und niedergelassenen PsychotherapeutInnen besteht. Vor allem bei Störungen, denen allgemein ein hoher Krankheitswert zugeschrieben wird bzw. deren starker Leidensdruck offensichtlich ist, zeigt sich auch die Bevölkerung von der Sinnhaftigkeit von Psychotherapie überzeugt und erachtet die Finanzierung über die Krankenkasse für notwendig. Über alle Leidenszustände / Störungsbilder hinweg betrachtet, bewertet die Bevölkerung die Effizienz psychotherapeutischer Behandlung allerdings erwartungsgemäß deutlich kritischer als die Gruppe der PsychotherapeutInnen.

Von besonderer Relevanz in Hinblick auf die Kassenvertragsdiskussion erscheint die Tatsache, dass mehr als die Hälfte der befragten PsychotherapeutInnen psychotische Störungen wie auch Suchterkrankungen unter den von ihnen in freier Praxis am seltensten behandelten Diagnosegruppen nennen. Die im Vertrag geforderten Zusatzqualifikationen wären somit für all jene PsychotherapeutInnen, die nicht unter die Variante A fallen (d.h. keine einjährige Tätigkeit à 40h/Woche auf einer Psychiatrie nachweisen können) eine schwierig zu erbringende Anforderung. Dies gilt selbst für ÄrztInnen und Klinische PsychologInnen, da anderweitige Institutionserfahrung allein nicht ausreicht. Daneben ist zu berücksichtigen, dass der überwiegende Teil der PsychotherapeutInnen das Einkommen primär aus einer weiteren Beschäftigung – sei es freiberuflich oder angestellt – bezieht und der Mittelwert der wöchentlichen Therapiestunden in freier Praxis bei nur 13,4 liegt.

**Schlüsselwörter:** Psychotherapie, Diagnosen, Kassenvertrag, Effizienz psychotherapeutischer Behandlung in freier Praxis.

### **Psychotherapy covered by health insurance**

**Abstract** As discussions about the modalities of paying for psychotherapy out of national health insurance funds are underway in Austria, established psychotherapists and a small sample of the Austrian population have been polled about the diagnoses where they believe psychotherapy can be used meaningfully and should be paid by health insurance funds. It was found that there are substantial similarities in the opinions expressed by the population and established psychotherapists. Particularly when dealing with disorders that are generally regarded as being quite severe and involving considerable suffering, the population is convinced of the appropriateness of psychotherapy and deems financing through health insurance schemes necessary. As expected, however, and across all conditions/disorders, the population views the efficiency of psychotherapeutic treatment a lot more critically than the psychotherapists polled.

It is especially relevant for these discussions that more than half of the psychotherapists surveyed ranked psychotic disorders as well as addictions among those categories of diagnosis that they treat most infrequently in their independent practice of the profession. The requirement of additional qualifications set forth in by the contracts concluded with health insurance funds would thus be difficult to meet by all those psychotherapists who do not fall under variant A (i.e. who cannot prove that they have worked for one year, and for 40 hours per week, in a psychiatric ward). This is even true for physicians and clinical psychologists since experiences in other institutions alone are not sufficient. It must also be borne in mind that most psychotherapists derive their income primarily from another source (self-employment or employment), the average number of independently practiced weekly therapy hours being only 13.4.

**Keywords:** Psychotherapy, diagnoses, contracts with health insurance funds, independently practiced psychotherapeutic treatment.

## Psychothérapie sur feuille de maladie

**Résumé** Compte tenu des démêlés concernant le contrat à passer avec les caisses maladie pour le remboursement des traitements psychothérapeutiques en Autriche, nous avons mené une enquête auprès des psychothérapeutes établis, ainsi qu'auprès d'un petit échantillon de population, leur demandant quels diagnostics justifient à leur avis un traitement psychothérapeutique et son remboursement par les caisses. Nous avons constaté que l'opinion des thérapeutes et de la population se recouvre dans de larges domaines. Il s'agit surtout du traitement de troubles qu'on considère en général comme graves et qui s'accompagnent de toute évidence d'importantes souffrances (graves dépressions, troubles paniques, viol, séquelles psychiques d'un accident, etc.). Même les personnes (échantillon « population ») qui considèrent par principe que les clients des psychothérapeutes devraient avoir à financer une partie du traitement pensent que, s'agissant des troubles mentionnés plus haut, il serait nécessaire et indiqué que les caisses assument ses coûts.

Il est vrai qu'indépendamment du genre de trouble, la « population » se montre nettement plus critique par rapport à l'efficacité de la psychothérapie que ne l'est le groupe des psychothérapeutes – il fallait s'y attendre. En moyenne, elle considère celle-ci comme moins utile que ne le font les professionnels lorsqu'il s'agit de problèmes quotidiens ou existentiels, indiquant par exemple que le traitement des « faiblesses de caractère » (compulsions, timidité, caractère grognon, etc.) ne devrait pas être financé par les caisses – probablement parce qu'elle pense que c'est plutôt l'individu qui doit en être tenu pour responsable. Par contre, les psychothérapeutes auraient assez tendance à considérer que ces problèmes méritent traitement et que ce dernier devrait être remboursé par les caisses – dans leur propre intérêt professionnel.

Par rapport au débat concernant le contrat avec les assureurs il est particulièrement intéressant de cons-

tater que plus de la moitié des psychothérapeutes interrogés indiquent que les troubles qu'ils ont le moins souvent l'occasion de traiter sont les psychoses et les dépendances. Les cabinets où travaillent des thérapeutes établis à leur propre compte ne sont donc pas l'interlocuteur classique de ces groupes diagnostiques. Ce résultat est d'autant plus important que la moitié des psychothérapeutes ayant participé à notre enquête sont psychologues ou médecins et ont donc normalement de l'expérience en clinique.

Dans ce sens, l'exigence de qualifications supplémentaires incluse dans le contrat devrait être difficile à satisfaire, du moins par tous les psychothérapeutes auxquels ne s'applique pas la variante A (soit un an d'activité à plein temps en clinique psychiatrique). Du fait qu'une expérience pratique dans une institution autre que psychiatrique n'est pas considérée comme suffisante, ceci s'applique également aux professionnels travaillant dans le domaine clinique. Pour obtenir une image réaliste du groupe des psychothérapeutes travaillant dans leur propre cabinet il faut en outre tenir compte du fait que la majorité d'entre eux n'en dérivent pas leurs principaux revenus : en règle générale, ils exercent une autre activité, soit à titre libéral, soit en temps qu'employés. Ceci explique qu'en moyenne, le nombre de séances par semaine indiqué est seulement de 13.4. Il paraît aussi évident que ce nombre peu élevé ne va pas inclure de nombreux patients souffrant de psychoses (organique ou non) ou de toxicomanie. Ceci mis à part, ce nombre diverge nettement de l'offre minimum de 25 heures de thérapie exigée par le texte du contrat.

En conclusion, nous nous permettons de suggérer que d'autres études de ce type devraient être entreprises, car notre travail n'a inclus que des aspects très spécifiques d'un éventuel contrat. Nous sommes d'avis que la question devrait être examinée plus en détail, ce qui aurait des effets positifs sur le processus de débat et de négociation qui est en cours.

### 1. Untersuchungsgegenstand

Vor dem Hintergrund der Auseinandersetzungen um den Kassenvertrag für Psychotherapie in Österreich wurde die Meinung von niedergelassenen PsychotherapeutInnen unter dem Aspekt der Umsetzungsmöglichkeiten erhoben. Eine relevante Frage war dabei, welche Diagnosen nach Meinung der PsychotherapeutInnen von der Krankenkasse bezahlt werden sollten und welche nicht. Im Zusammenhang mit der Fokussierung des Vertrags – insbesondere der geforderten Zusatzqualifikationen – auf die Diagnosen Psychose, organische Psychose oder Sucht interessierte die reale Verteilung der Diagnosen in der freien Praxis. Neben der Erhebung bei den PsychotherapeutInnen in freier Praxis erschien es uns sinnvoll, diesbezügliche Einschätzungen und Erwartungen exemplarisch an einer kleinen Stichprobe der österreichischen Bevölkerung – als potentiell Betroffene – zu erheben.

### 2. Durchführung der Untersuchung

Es wurden zwei strukturierte Fragebögen – für die Stichprobe der PsychotherapeutInnen und jene der Bevölkerung – entwickelt, die in ihrem Kernstück, einer langen Liste von Beschwerden / Leidenszuständen ident waren. Die Befragten sollten pro Symptomatik (Beschwerde / Leidenszustand) angeben, ob Psychotherapie ihrer Einschätzung nach bei dieser Problematik hilfreich sei und auch von den Krankenkassen bezahlt werden sollte (Option 1), ob Psychotherapie bei dieser Problematik zwar hilfreich sei, aber nicht von der Krankenkasse, sondern vom Betroffenen selbst bezahlt werden sollte (Option 2), oder ob Psychotherapie bei dieser Symptomatik nicht hilfreich sei (Option 3).

Im Anschluss an diese Symptomliste wurden die PsychotherapeutInnen in einer offenen Frage gebeten, anzugeben, mit welchen Diagnosegruppen sie in der

freien Praxis am häufigsten bzw. am wenigsten oft arbeiten. Die Bevölkerung wurde parallel dazu gefragt, für welche Beschwerden / Leidenszustände sie die Behandlung in der Praxis eines/r Psychotherapeuten/in als besonders bzw. als nicht geeignet und sinnvoll hält.

Ergänzend wurden bei den PsychotherapeutInnen u.a. der Informationsstand und die Einstellung zum Kassenvertrag erfasst, bei der Bevölkerung u.a. die Einstellung zur Psychotherapie.

Die Datenerhebung erfolgte durch die TeilnehmerInnen der Lehrveranstaltung „Forschungs- und Wissenschaftsmethodik“, die die oben genannten Fragebögen den Respondenten in Form von face-to-face-Interviews vorgaben.

### 3. Stichprobe

PsychotherapeutInnen: 75 niedergelassene und in der Psychotherapeuten-Liste eingetragene PsychotherapeutInnen im Alter zwischen 30 und 59 Jahren

Bevölkerung: 121 Erwachsene im Alter zwischen 18 und 59 Jahren, ca. zwei Drittel Frauen und ein Drittel Männer; etwa die Hälfte mit höherem Schulabschluss (Höhere Schule oder Uni); Die Untersuchung fand schwerpunktmäßig im Raum Wien/NÖ statt, daneben wurden auch einige Interviews in der Steiermark und in Oberösterreich durchgeführt.

Erhebungszeitraum: 12. bis 30. April 2000.

### 4. Ergebnisse

#### 4.1 PsychotherapeutInnen

##### 4.1.1 Ergebnisse bezüglich „Symptomliste“

Kernstück der Untersuchung war in beiden Zielgruppen die oben genannte Liste von insgesamt 50 Störungsbildern / Leidenszuständen, im Folgenden kurz „Symptomliste“ genannt. Wie bereits dargelegt, war es Aufgabe der Respondenten, anzugeben, ob Psychotherapie bei der jeweiligen Symptomatik ihrer Einschätzung nach hilfreich sei und von der Krankenkasse bezahlt werden sollte (Option 1), ob sie zwar hilfreich sei, aber vom Betroffenen selbst bezahlt werden sollte (Option 2), oder ob sie bei dieser Symptomatik generell nicht hilfreich sei (Option 3).

Betrachtet man die Antworten der PsychotherapeutInnen, so fällt zunächst das hohe Ausmaß an „genereller Zustimmung“ auf: Die befragten PsychotherapeutInnen erachten Psychotherapie bei der überwiegenden Zahl der „Symptome“ als hilfreich und sind der Ansicht, dass die entsprechende psychotherapeutische Behandlung von der Krankenkasse bezahlt werden sollte. Obwohl die entsprechenden Werte auch in der Bevölkerungsstichprobe hoch liegen (s. Abschnitt 4.2.1), übertreffen die der PsychotherapeutInnen diese jedoch bei weitem.

Zu den „top-ten-Symptomen“ der niedergelassenen PsychotherapeutInnen (= Zustimmung zwischen 92% und 96% zu Option 1: „Psychotherapie ist sinnvoll und soll von der Krankenkasse bezahlt werden“) zählen: schwere Erkrankungen (z.B. Krebs), Vergewaltigungen / sexueller Missbrauch / Misshandlung (Opfer), psychi-

sche Unfallfolgen, Essstörungen (Magersucht, Ess-Brechsucht, Fettsucht), Verfolgungswahn / Paranoia, Waschzwang, Magen-Darm-Erkrankungen (psychosomatisch), Borderline (schwere Persönlichkeitsstörung), Panikattacken und schwere Depression.

Offensichtlich handelt es sich bei der Mehrzahl dieser „Symptome“ um gravierende und z.T. lebensbedrohende Zustände, die eine akute Intervention nötig und deren Finanzierung durch die Allgemeinheit, d.h. in diesem Fall durch die Krankenkasse, sinnvoll erscheinen lassen.

In Übereinstimmung damit finden sich unter den „bottom-ten-Symptomen“ der PsychotherapeutInnen (= Zustimmung zu Option 1 zwischen 24% und 55%) vorwiegend „Symptome“, die deutlich weniger krankheitswertig erscheinen, und deren psychotherapeutische Behandlung zwar als hilfreich angesehen wird, nach Meinung der meisten PsychotherapeutInnen aber von den Betroffenen selbst bezahlt werden sollte. Mit fallender Zustimmung werden genannt: Traurigkeit, Schüchternheit, Erziehungsprobleme, Partnerprobleme, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit / Alzheimer, Scheidung / Trennung, Persönlichkeitsentwicklung, Querulanten / Nörgler, Liebeskummer.

Eine Faktorenanalyse über die gesamte Symptomliste bezüglich Option 1 („Psychotherapie ist sinnvoll und soll von der Krankenkasse bezahlt werden“) bestätigte die „generelle Zustimmung“ der PsychotherapeutInnen: Faktor I, der 39% der Varianz erklärt, ladet bei einer Vielzahl von Symptomen hoch, die keine einheitliche Symptomatik erkennen lassen (Magen-Darm-Erkrankungen, Waschzwang, Selbstmordgefährdung, Bettnässen, usw.), weshalb dieser Faktor am ehesten als genereller „good-will-“ bzw. „Zustimmungsfaktor“ zu interpretieren ist.

Faktor II ladet schwerpunktmäßig bei „Symptomen“, die in engem Zusammenhang mit den sozialen Beziehungen des Klienten stehen, wie z.B. Partnerprobleme, Scheidung, Probleme am Arbeitsplatz, usw. (Erklärungswert: 10% der Varianz).

Alle weiteren Faktoren leisten nur noch einen geringen Beitrag zur Erklärung der Restvarianz, sind aber in sich klar interpretierbare Konstrukte: Faktor III „Drogen und Suchtfaktor“, Faktor IV „Leichte Persönlichkeitsdefizite“ (Minderwertigkeitsgefühle, Schüchternheit, Eifersucht etc.) und Faktor V „Burn-out-Indikatoren“ (Konzentrationsstörungen, Traurigkeit, Erschöpfung).

Von besonderem Interesse im Zusammenhang mit der Kassenvertrags-Debatte sind die Ergebnisse zu den (offenen) Fragen nach den in der freien Praxis am häufigsten bzw. am wenigsten oft behandelten Diagnosegruppen (es waren jeweils nur drei Nennungen möglich):

Zu den in freier Praxis am häufigsten behandelten Diagnosen zählen: Depressionen (46%; bzw. inklusive neurotisch-depressiver Formen: 60%), Angst / Panikattacken (35%), Psychosomatische Erkrankungen (23%), Neurosen (21%; bzw. inklusive neurotisch/reaktiver Depressionen (35%), Verhaltensauffälligkeiten (18%) und Persönlichkeitsstörungen (17%).

Bündelt man diese von den PsychotherapeutInnen genannten Diagnosen in Gruppen, so zeigt sich erneut

die Vorrangstellung neurotischer und depressiver Störungsbilder (63% nennen unter den am häufigsten in der freien Praxis behandelten Diagnosen mind. ein neurotisches Störungsbild, 61% mind. eine depressive Störung; bei der Interpretation dieser Prozentzahlen ist zu berücksichtigen, dass die Diagnose „neurotisch/reaktive Depression“ in *beiden* Gruppierungen mitgezählt wurde). Suchterkrankungen (15%) und psychotische Erkrankungen (13%; die Diagnose „schwere/endogene Depression“ wurde sowohl hier als auch unter der Gruppierung „depressive Störungsbilder“ erfasst!) werden dagegen weit weniger oft genannt.

Zu jenen Diagnosen, mit denen in der freien Praxis am wenigsten oft gearbeitet wird, zählen: Suchterkrankungen (43%), Psychosen allgemein (37%), Schizophrenie (22%), Alzheimer (18%), Kriminalität (18%) und Borderline (16%). Nach Bündelung ergeben sich psychotische Erkrankungen (56%) und Suchterkrankungen (51%) als die in der freien Praxis am seltensten behandelten Störungsbilder.

#### 4.1.2 Ergebnisse bezüglich „Kassenvertrag“

Etwa die Hälfte der befragten PsychotherapeutInnen fühlen sich „gut“ über den Kassenvertrag informiert, etwas mehr als ein Drittel „mittel“, lediglich 11% „wenig“; nur eine/r der Befragten gibt an, gar nicht über den Kassenvertrag informiert zu sein.

37% aller Befragten befürworten den Kassenvertrag in der zum Befragungszeitpunkt (April 2000) vorliegenden Form, 63% lehnen ihn ab. Stellt man jene Befragten, die sich über den Vertrag gut informiert fühlen, den „mittel oder wenig informierten“ gegenüber, so zeigt sich, dass die letztere Gruppe den Kassenvertrag in überwiegendem Ausmaß ablehnt, während sich in der Gruppe der „gut“ informierten PsychotherapeutInnen Befürworter und Ablehner die Waage halten.

Die überwiegende Mehrheit strebt den Status eines/r Wahlpsychotherapeuten/in an (77%), nur 7% einen Kassenvertrag, der Rest weder das Eine noch das Andere.

69% der Befragten erwarten Probleme, sollte der Kassenvertrag in der (zum Befragungszeitpunkt) vorliegenden Form in Kraft treten. In einer entsprechenden offenen Frage werden v.a. genannt: zu starke Kontrolle durch die Krankenkassen, zu wenig „Praktikumsstellen“ bei gleichzeitig geforderten Nachweisen über „Praktika“ bzw. entsprechende berufliche Tätigkeit in hohem Stundenumfang, eine mögliche Spaltung der Berufsgruppe der PsychotherapeutInnen sowie zu wenige Kassentherapiestellen.

#### 4.1.3 Ergebnisse bezüglich der Ausübung der therapeutischen Tätigkeit

Die von uns befragten niedergelassenen PsychotherapeutInnen sind im Durchschnitt 13,4 Stunden/Woche in freier Praxis psychotherapeutisch tätig (unter 10 Stunden: 33%, 10 bis unter 20 Stunden: 40%, 20 bis unter 30 Stunden: 19%, 30 und mehr Stunden: 5%).

Knapp drei Viertel der Befragten üben neben der freiberuflichen psychotherapeutischen Tätigkeit noch eine weitere berufliche Tätigkeit regelmäßig aus, was

in Anbetracht der obigen Stundenzahlen nicht verwundert. Von diesen sind 36% freiberuflich tätig, 49% angestellt und 15% sowohl freiberuflich tätig als auch angestellt. Ca. ein Drittel derer, die neben der freiberuflichen psychotherapeutischen Tätigkeit einer Angestelltentätigkeit nachgehen, ist als Psychotherapeut/in angestellt.

Bei den Grundberufen der PsychotherapeutInnen ergibt sich die folgende Verteilung:

PsychologInnen (32%), ÄrztInnen (17%), SozialarbeiterInnen (11%) und LehrerInnen (Volks-Hauptschule, AHS etc.: gesamt 11%), Sonstige (29%).

Von den fachspezifischen Therapiemethoden her dominieren Klientenzentrierte Psychotherapie (12%), Gestalttherapie (11%) und Systemische Familientherapie (7%). 36% der Befragten sind seit Vorliegen der Psychotherapeuten-Liste darin eingetragen, 33% sind seit 4–7 Jahren eingetragen, die übrigen erst seit max. 3 Jahren (28%).

## 4.2 Bevölkerung

### 4.2.1 Ergebnisse bezüglich „Symptomliste“

Wie den PsychotherapeutInnen wurde auch der Bevölkerungs-Stichprobe die oben genannte Symptomliste vorgegeben, mit der Bitte, diese nach den bereits genannten Kriterien (Option 1, 2 oder 3; vgl. Abschnitt 4.1.1) zu beurteilen. Die Items waren dabei für beide Stichproben ident, weshalb wir uns bei deren Erstellung um eine sowohl für die Bevölkerung als auch für PsychotherapeutInnen verständliche und sinnvolle Formulierung bemüht hatten.

Zu den „top-ten-Symptomen“ der Bevölkerung (= Zustimmung zwischen 97% und 80% zu Option 1: „Psychotherapie ist sinnvoll und soll von der Krankenkasse bezahlt werden“) zählen: Vergewaltigungen / sexueller Missbrauch / Misshandlung, schwere Depression, Selbstmordgefährdung, psychische Unfallfolgen, schwere Erkrankungen (Krebs), Schizophrenie, Panikattacken, Essstörungen (Magersucht, Ess-Brechsucht, Fettsucht), Borderline (schwere Persönlichkeitsstörung) sowie Verfolgungswahn / Paranoia. Es ist augenfällig, dass hier eine große Übereinstimmung mit der „top-ten-Liste“ der PsychotherapeutInnen vorliegt, wenngleich die jeweiligen Prozentzahlen in der Bevölkerung etwas niedriger ausfallen.

Auch bei den „bottom-ten-Symptomen“, (Zustimmung zu Option 1 zwischen 10% und 29%), zeigen sich Ähnlichkeiten mit jenen der PsychotherapeutInnen. Die entsprechenden Zustimmungsziffern liegen in der Bevölkerungs-Stichprobe allerdings deutlich niedriger als in jener der PsychotherapeutInnen (zwischen 24% und 55%, vgl. Abschnitt 4.1.1).

Mit fallender Zustimmung nennt die Bevölkerung: Wechseljahre / Midlife-crisis, Konzentrationsstörungen, Partnerprobleme, Zwänglichkeit / Pedanterie, Schüchternheit, Nikotin- / Zigarettenrauch, Persönlichkeitsentwicklung, Flugangst, Querulanten / Nörgler sowie Liebeskummer. Bei all diesen Symptomen war man in der Bevölkerung größtenteils der Ansicht, dass Psychotherapie hier zwar hilfreich sei, von den Betroffenen aber selbst bezahlt werden sollte. Es handelt sich

offenbar um Beschwerden, die von den Befragten als eher alltäglich und im Lebensprozess als „normal“ eingestuft werden.

Interessant ist, dass für viele der in der Liste vorgegebenen Symptome ein Zusammenhang besteht zwischen der Zustimmung zu Option 1 „Psychotherapie ist sinnvoll und soll von der Krankenkasse bezahlt werden“ und Geschlecht, Alter oder höchster abgeschlossener Schulbildung der Befragten.

So befürworten Frauen die Finanzierung von Psychotherapie durch die Krankenkasse bei Schlafstörungen, Essstörungen, Partnerproblemen, sexuellen Störungen, Magen-Darm-Erkrankungen, Erziehungsproblemen und schweren Erkrankungen signifikant öfter als Männer.

Personen ab 40 Jahren sind signifikant öfter der Meinung, dass bei Konzentrationsstörungen, Wechseljahre / Midlife-crisis, Problemen am Arbeitsplatz, Arbeitsplatzverlust, Partnerproblemen, Scheidung, Traurigkeit, Minderwertigkeitsgefühlen, Kopfschmerzen, Borderline, Paranoia, Prüfungsangst sowie – tendenziell signifikant – bei Nikotinsucht und für Persönlichkeitsentwicklung Psychotherapie sinnvoll sei und von der Krankenkasse bezahlt werden sollte.

Befragte mit Matura oder Uni-Abschluss halten die Finanzierung von Psychotherapie durch die Krankenkasse bei Selbstmordgefährdung, Alkoholismus, Medikamentensucht, Waschzwang, Manie, Aggressivität, Eifersucht, signifikant häufiger – bzw. bei sexuellen Störungen tendenziell signifikant häufiger – für sinnvoll und gerechtfertigt als Personen mit niedrigerer Schulbildung.

Die Faktorenanalyse (wiederum über alle Symptome bezüglich Option 1) ergab – im Vergleich zu den PsychotherapeutInnen – noch weniger markante und erklärungsstarke Faktoren: Faktor I erklärt 25% der Varianz und scheint die Haltung gegenüber Psychotherapie bei alltäglichen Problemen wie Lebenskrisen, Prüfungsangst, Probleme am Arbeitsplatz, Erziehungsprobleme usw. zu erfassen. Ein derartiger Faktor ist spezifisch für die Bevölkerungs-Stichprobe und lässt sich bei den PsychotherapeutInnen nicht finden. Faktor II (Erklärungswert: 8%) diskriminiert hinsichtlich der Frage, inwieweit auch „Luxusproblemchen“ (hier laden Flugangst, Nikotinsucht, Liebeskummer, usw.) von der Krankenkasse bezahlt werden sollten. Faktor III (5%) lässt sich gut als „Psychosomatik-Faktor“ interpretieren (ladet bei Allergie, Magen-Darm-Erkrankungen sowie Kopf- und Rückenschmerzen), Faktor IV als Drogenfaktor (Drogen und Alkohol).

In Entsprechung zu den Fragen nach den am häufigsten bzw. am seltensten behandelten Diagnosen bei den PsychotherapeutInnen wurde die Bevölkerung im Anschluss an die Symptomliste befragt, für welche Beschwerden / Leidenszustände man die Behandlung in der freien Praxis eines/r Psychotherapeuten/in als besonders geeignet und sinnvoll erachtet (jeweils max. 3 Nennungen möglich):

Als besonders geeignet/sinnvoll werden v.a. genannt: Depressionen (39%), Vergewaltigungen / Missbrauch (32%), Selbstmordgefährdung (20%), Angst bzw. Panikattacken (20%) sowie Sucht (16%). Diese Ergebnisse

legen nahe, dass bei der Beantwortung der Fragen primär die Dringlichkeit der Behandlungsbedürftigkeit und weniger die Eignung zur Behandlung in freier Praxis beurteilt wurde.

Bündelt man wiederum die von den Befragten genannten Symptome / Leidenszustände in Gruppen, so zeigt sich auch in den Antworten der Bevölkerung eine Dominanz depressiver Störungsbilder (49%), gefolgt von Suchterkrankungen (25%), neurotischen Störungen (22%) und psychotischen Erkrankungen (22%).

Unter jenen Diagnosegruppen, die für die Behandlung in der freien Praxis als nicht geeignet angesehen werden, finden sich organische Erkrankungen, Alzheimer, spezifische Ängste, Minderwertigkeitsgefühle, Liebeskummer, Nörgler und Sucht. Auch hier dürfte nicht das Kriterium „in freier Praxis“ das Antwortverhalten beeinflusst haben, sondern vielmehr Überlegungen zur „Sinnhaftigkeit“ von Psychotherapie. So kann vermutet werden, dass bei organischen Erkrankungen Psychotherapie als nicht hilfreich erachtet wird; Liebeskummer, Nörgler usw. dagegen dürfte zu trivial erscheinen, um Psychotherapie zu rechtfertigen. Hier erscheint den Befragten möglicherweise eher die Eigenverantwortlichkeit der Betroffenen gefordert.

Die Bündelung ergibt, dass Suchterkrankungen (25%), neurotische Störungen (18%) und psychotische Erkrankungen (15%) eher als nicht geeignet angesehen werden.

#### 4.2.2 Einstellung zur Psychotherapie

Im Anschluss an die obigen Fragen wurde die Einstellung zur Psychotherapie erhoben. Bei der Interpretation der im Folgenden referierten Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die Befragten – durch die vorausgegangene Bearbeitung der Symptomliste – bereits in Richtung „pro Psychotherapie“ gebiast waren. Dies wurde in Kauf genommen, um die Antworten zum „Kernstück“ unserer Untersuchung, der „Symptomliste“, nicht durch die vorherige Erhebung der Psychotherapie-Einstellung zu verfälschen. (Zum Thema „Einstellung zur Psychotherapie in der österreichischen Bevölkerung“ siehe unsere Studien „Lebensprobleme und Psychotherapie – Stellenwert der Psychotherapie“ sowie „Arbeitsplatzprobleme und Psychotherapie – Stellenwert der Psychotherapie“).

In einem ersten Schritt wurde die generelle Einstellung zum Selbstbehalt bei ärztlichen Leistungen bzw. bei Psychotherapie auf einer fünfstufigen Skala (1= soll zur Gänze von der Krankenkasse bezahlt werden; 5 = ein gewisser Selbstbehalt wäre durchaus sinnvoll) erhoben. 59% der Befragten vertreten die Ansicht, ärztliche Leistungen sollten von der Krankenkasse bezahlt werden; 19% sind in ihrer Einstellung ambivalent; 22% befürworten einen Selbstbehalt. Der Mittelwert liegt bei 2,4.

Der entsprechende Wert für Psychotherapie ist etwas höher (2,6), was darauf hindeutet, dass man sich hier einen Selbstbehalt eher vorstellen kann: 47% befürworten die Bezahlung der Psychotherapie durch die Krankenkasse, 30% sind ambivalent, 22% sprechen sich für einen Selbstbehalt aus.

Erwartungsgemäß bestehen zwischen jenen Befragten, die einen Selbstbehalt bei Psychotherapie eher ablehnen, und jenen, die ihn eher befürworten, signifikante Unterschiede im Antwortverhalten bezüglich der Symptomliste: Bei 17 der insgesamt 50 Symptome stimmen letztere der Option 1 („Psychotherapie ist sinnvoll und soll von der Krankenkasse bezahlt werden“) signifikant weniger oft zu. Dabei handelt es sich vorwiegend um Symptome, denen vermutlich ein geringerer Krankheitswert zugeschrieben wird (Flugangst, Traurigkeit, Erziehungsprobleme, Partnerprobleme, Scheidung) sowie um psychosomatische Symptome.

Personen, die ärztliche Leistungen von der Krankenkasse bezahlt sehen wollen, stimmen der Finanzierung von Psychotherapie durch die Krankenkasse bei Allergien, sexuellen Störungen, schweren Erkrankungen und Todesfall signifikant öfter zu als jene, die einen gewissen Selbstbehalt durchaus befürworten.

88 % der Befragten – hier zeigt sich der oben erwähnte Bias besonders deutlich – können sich vorstellen, selbst als Betroffene/r Psychotherapie in Anspruch zu nehmen. Von diesen, die also potentiell zur Inanspruchnahme von Psychotherapie bereit sind, geben 61 % an, dass sie bereit wären, privat für die Psychotherapie zu bezahlen (im Fragebogen wurden die Kosten für eine Einzeltherapiestunde mit „ca. S 800,-“ angegeben). Diese Bereitschaft zu privater Vollfinanzierung korreliert erwartungsgemäß – in signifikantem Umfang – mit der Befürwortung eines gewissen Selbsthalts für Psychotherapie.

Auch die allgemeine Einstellung zur Psychotherapie (wiederum erfasst durch eine fünfstufige Skala) verweist auf den oben genannten Bias: 81 % der Befragten halten viel bzw. sehr viel von Psychotherapie, lediglich 5 % wenig bzw. sehr wenig, 13 % sind in ihrer Wertung neutral bzw. ambivalent. Eine positive Einstellung zur Psychotherapie korreliert signifikant mit der Bereitschaft, Psychotherapie als potentiell Betroffene/r in Anspruch zu nehmen.

Personen, die eher die Auffassung vertreten, dass Psychotherapie zur Gänze von der Krankenkasse bezahlt werden sollte (kein Selbstbehalt), weisen eine signifikant positivere Einstellung zur Psychotherapie auf und sind auch signifikant öfter bereit, Psychotherapie als Betroffene/r in Anspruch zu nehmen.

## 5. Resümee

Es ist festzustellen, dass hinsichtlich der Einschätzung, bei welchen Symptomen / Leidenszuständen Psychotherapie sinnvoll eingesetzt werden kann und von der Krankenkasse bezahlt werden soll, für weite Bereiche Übereinstimmung zwischen Bevölkerung und niedergelassenen PsychotherapeutInnen besteht. Es handelt sich dabei vor allem um Störungen, denen allgemein ein hoher Krankheitswert zugeschrieben wird bzw. deren starker Leidensdruck offensichtlich ist (schwere Depressionen, schwere Erkrankungen, Panikattacken, Vergewaltigung, psychische Unfallfolgen, usw.). Selbst jene Personen (aus der Stichprobe „Bevölkerung“), die prinzipiell einen gewissen Selbstbehalt bei der Inanspruchnahme von Psychotherapie befürworten, sind in

Bezug auf die oben genannten Leidenszustände der Meinung, dass die Finanzierung von Psychotherapie durch die Krankenkasse notwendig und angebracht ist.

Über alle Leidenszustände / Störungsbilder hinweg betrachtet, bewertet die Bevölkerung die Effizienz psychotherapeutischer Behandlung freilich deutlich kritischer als die Gruppe der PsychotherapeutInnen, was nicht weiter verwundert. So erachten die Respondenten aus der Bevölkerung Psychotherapie bei alltäglichen bzw. lebensimmanenten Problemen im Durchschnitt als weniger sinnvoll als die PsychotherapeutInnen. Bei „Charakterschwächen“ wie Zwänglichkeit, Schüchternheit, Nörgeln, usw. hält die Bevölkerung – vermutlich da diese eher der Eigenverantwortlichkeit der jeweiligen Personen zugeschrieben werden – eine durch die Krankenkasse finanzierte Psychotherapie für nicht gerechtfertigt. Im Gegensatz dazu zeigen sich die PsychotherapeutInnen – wohl auch im eigenen beruflichen Interesse – eher geneigt, auch solche Zustände als therapiewürdig anzusehen und die Finanzierung durch die Krankenkasse zu befürworten.

Von besonderer Relevanz in Hinblick auf die Kassenvertragsdiskussion erscheint die Tatsache, dass mehr als die Hälfte der befragten PsychotherapeutInnen psychotische Störungen wie auch Suchterkrankungen unter den von ihnen in freier Praxis am seltensten behandelten Diagnosegruppen nennt. Freie psychotherapeutische Praxen stellen somit nicht die klassischen Anlaufstellen für diese Diagnosegruppen dar. Dieses Ergebnis ist umso gewichtiger, als die Hälfte der von uns befragten PsychotherapeutInnen PsychologInnen bzw. ÄrztInnen sind, die erfahrungsgemäß über klinische Praxis verfügen.

Bedeutung kommt diesem Ergebnis auch dahingehend zu, als die im Vertrag geforderten Zusatzqualifikationen für all jene PsychotherapeutInnen, die nicht unter die Variante A fallen (d.h. keine einjährige Tätigkeit à 40h/Woche auf einer Psychiatrie nachweisen können), höchst schwierig zu erbringen wären, da die geforderten Diagnosen (organische Psychose, Psychose oder Sucht) nicht zur üblichen Regelklientel zählen.

Für ein realistisches Bild des Berufsstandes der niedergelassenen PsychotherapeutInnen ist zudem relevant, dass der überwiegende Teil der PsychotherapeutInnen ihr Einkommen nicht primär aus der freien Praxis bezieht, sondern in der Regel einer weiteren Beschäftigung – sei es freiberuflich oder angestellt – nachgeht. Daraus erklärt sich auch der Mittelwert der wöchentlichen Therapiestunden von nur 13,4. Es ist sinnfälliger, dass bei diesem Stundenausmaß die Anzahl von PatientInnen mit den Diagnosen organische Psychose, Psychose oder Sucht nicht hoch sein kann. Unabhängig davon ergibt sich daraus eine deutliche Diskrepanz zu der im Vertragstext geforderten Verpflichtung zur Bereitstellung von 25 Therapiestunden.

Abschließend möchten wir zu weiteren derartigen Untersuchungen anregen, da die vorliegende Studie nur sehr spezifische Aspekte eines möglichen Kassenvertrags erfassen konnte. Eine genauere Abklärung wäre unserer Ansicht nach für den weiteren Diskussions- und Verhandlungsprozess zielführend.

## Literatur

- Degkwitz R, Helmchen H, Kockott G, Mombour W (Hrsg) (1979) Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Deutsche Ausgabe der internationalen Klassifikation der Krankheiten der WHO ICD (= International Classification of Diseases), 9. Revision, Kapitel V. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Felber M, Margreiter U, Schwentner G (2000) Lebensprobleme und Bewältigungsstrategien – Stellenwert der Psychotherapie. *Psychother Forum* 8: 177–181
- Felber M, Margreiter U, Schwentner G (2000) Arbeitsplatzpro-

bleme und Bewältigungsstrategien – Stellenwert der Psychotherapie. *Psychother Forum* 8: 182–186

Pritz A (2000) Entwurf des Gesamtvertrags. In: Firlei F, Kierein M, Kletecka-Pulker M (Hrsg) *Jahrbuch für Psychotherapie und Recht* I, 166–183. WUV Facultas, Wien

Pschyrembel *Klinisches Wörterbuch* (1994) 257. Aufl. De Gruyter, Berlin

**Korrespondenz:** Dr. Ursula Margreiter, Lenaugasse 3, A-1080 Wien, Österreich, Fax: 01/405 39 95/20,  
E-mail: propaedeutikum@oeagg.at

*Mag. Michaela Felber, Psychologin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, ÖAGG Propädeutikum.*

*Dr. Ursula Margreiter, Wissenschaftliche Leiterin – ÖAGG Propädeutikum, Wirtschafts- und Klinische Psychologin, Managementtrainerin und Psychotherapeutin.*

*Dr. Gernot Schwentner, Wirtschaftspsychologe und Empirischer Sozialforscher.*