

E. Jandl-Jäger

Sozialpolitische Aspekte der Wege in die Psychotherapie

Zusammenfassung Wenn man von einer Public Health-Sichtweise der Wege in die Psychotherapie ausgeht, so fehlen in Österreich die politische Thematisierung von psychischer Gesundheit ebenso wie staatliche Pläne zur Erreichung derselben. Die institutionellen Strukturen für Psychotherapie, einem der Bereiche, der für die psychische Gesundheit der Bevölkerung herangezogen werden kann, zeigen teilweise ein nicht bedarfsgerechtes und nicht dem subjektiven Bedürfnis entsprechendes Angebot mit großen Unterschieden zwischen den Bundesländern, dem städtischen und dem ländlichen Raum und für Personen mit Bedarf nach spezialisierten Angeboten. Eine Programmplanung und Entwicklung für das gesamte Bundesgebiet ist ausständig. Tatsächlich sind je nach Bundesland unterschiedliche Modelle der Finanzierung von Psychotherapie derzeit üblich. Da der Bedarf an Psychotherapie weder insgesamt noch nach Therapiedauer bzw. Therapieform in Österreich erforscht wurde, scheint eine Planung der Angebote ebenfalls fragwürdig. Im Bereich der beruflichen Qualifikation und Ausbildung wurden durch das Psychotherapiegesetz sowie ergänzende Richtlinien klare Standards gesetzt.

Schlüsselwörter: Sozialpolitik, Versorgung, Public Health, Österreich, Inanspruchnahme, Psychotherapiegesetz.

Pathways to psychotherapy: socio-political aspects

Abstract The path to psychotherapy in Austria is looked at from a public health point of view. It can be stated that political discussion of psychological health as well as public plans to reach psychological health are missing. The institutional structures of psychotherapy which can be considered as one of the areas relevant for psychological public health are described and show inadequate numbers of psychotherapists, inadequate weekly hours of psychotherapy with big individual and regional differences. For people with special needs, e.g., children and young people and old people there are not enough adequate institutions or private practices. So far there has been no program planning or development of programs for the whole country. Indeed at the moment the regions have different models of financing of psychotherapy. Since the need for psychotherapy in Austria has never been researched and so far only German data have been transferred in an attempt to give some basic idea. The planning of infrastructure on these grounds seems questionable. In the area of professional qualification and training of psychotherapists the law on psychotherapy has brought clear standards and can be considered acceptable from a public health point of view.

Keywords: Social policy, public health, service delivery, Austria, utilization, law on psychotherapy.

Les aspects sociopolitiques de l'accès à la psychothérapie

Résumé Partant du niveau de la santé publique, nous examinons la situation dans laquelle se trouve l'Autriche du point de vue de l'offre et du besoin en psychothérapie. Nous distinguons un besoin objectif, défini par les experts, et un besoin subjectif. Concernant ces deux aspects aucune étude n'a été menée à ce jour en Autriche ; nous nous référons donc aux travaux de Schepank (Allemagne). Par contre, de nombreuses études se sont intéressées à l'offre en psychothérapie dans notre pays. Celle-ci est présentée en fonction des critères suivants : offre dans les Länder, les institutions et les cabinets privés, nombre de séances, modèles de financement, spécialisations par

rapport à certains groupes de patients et manière dont ceux-ci sont envoyés à un psychothérapeute. On peut alors montrer que bien que l'Autriche compte un nombre élevé de psychothérapeutes justifiant d'une autorisation de pratique, l'offre est insuffisante dans un certain nombre de domaines. Les différences entre régions sont importantes, de même que celles entre ville et campagne – ce qui fait qu'à la campagne le nombre et l'offre de séances de psychothérapie est insuffisant, alors que les thérapeutes établis dans les zones urbaines disposent encore de capacités. De plus, l'offre défavorise certains groupes : enfants et adolescents, ainsi que personnes âgées. La clientèle

des psychothérapeutes indépendants diffère de celle des institutions. Et finalement, les modèles de financement varient de Länder en Länder. Dans celui, par exemple, qui a établi un modèle adéquat il y a plusieurs décennies déjà, les délais d'attente sont relativement brefs, les thérapeutes ont presque autant de clients qu'ils ne peuvent en traiter et les différences

campagne-ville sont moins importantes que pour le reste du pays. La loi autrichienne sur la psychothérapie définit avec précision les aspects qualification professionnelle et formation des thérapeutes ; elle est complétée d'autres mesures concernant la formation continue et l'éthique (lignes directrices dans ces deux domaines).

Die Wege in die Psychotherapie – unter sozialpolitischen Aspekten gesehen – sind sehr vielfältig und vor allem von nationalen Bestimmungen geprägt. Wesentlich sind Gesetze über die Ausübung von Heilberufen sowie über die Finanzierung psychotherapeutischer Maßnahmen. Darüber hinaus sind allerdings auch zentrale Bereiche von Public Health für diese Überlegungen heranzuziehen. In der Public Health-Forschung werden unter anderem vier zentrale Bereiche bearbeitet, die auch hier von Bedeutung sind:

- politische Thematisierung von und staatliche Pläne(n) für psychische Gesundheit
- Institutionelle Strukturen und Aktivitäten zur Erreichung psychischer Gesundheit
- Programmplanung und Entwicklung
- berufliche Qualifikation und Ausbildung

Die politische Thematisierung psychischer Gesundheit ist im Laufe der Jahre einigen Schwankungen ausgesetzt gewesen. Ich erinnere nur an Herta Firnbergs Worte anlässlich des Ortstafelstreits in Kärnten vor 20 Jahren, als sie meinte, „die brauchen einen Psychiater“, oder an einen ehemaligen Bundeskanzler, der meinte, dass für Visionen Psychiater zuständig wären. Auch hat erst kürzlich eine Politikerin in einer Tageszeitung einem anderen Politiker Psychotherapie empfohlen, weil er behandlungsbedürftige Wahrnehmungsmängel aufweise. Im letzten Wahlkampf hat ein Parteiohmann, der für seine Fähigkeit bekannt ist, aus jeder Situation eine Abwertung irgendeiner Gruppe zu machen, wofür ihm dann seine Anhänger zjubeln, beim Anblick der Ordinationstafel einer Psychologin gemeint, wenn seine Partei an die Macht käme, ginge es den Menschen so gut, dass sie keine Psychologen mehr brauchen würden. Mit dieser Meinung steht er natürlich keineswegs alleine da. Derzeit wird z. B. das Problem der Arbeitslosigkeit politisch thematisiert, allerdings fast ausschließlich in ihrer beschäftigungspolitischen Dimension und nicht in ihren anderen Aspekten, wie z. B. den psychologischen Auswirkungen.

Die Problematik der öffentlichen Thematisierung psychischer Gesundheit kann man daran erkennen, dass sie in erster Linie als Empfehlungen zur Behandlung psychischer Störungen und als Abwertung des politischen oder sonstigen Gegners eingesetzt wird. Politische Thematisierung soll hier natürlich nicht auf die mehr oder minder überlegten Äußerungen von Politikern reduziert werden. Man kann die mangelnde Thematisierung psychischer Gesundheit auch daran erkennen, dass es in Österreich keine staatlich definierten Ziele für psychische Gesundheit gibt, obwohl Österreich Mitglied der WHO ist und sich dem Programm

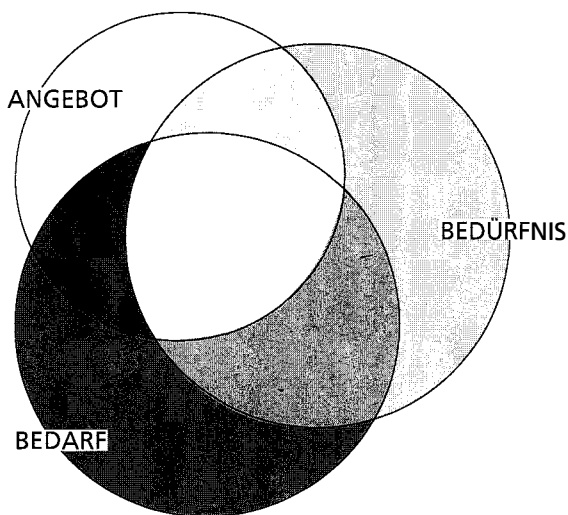
„Gesundheit für alle im Jahr 2000“ angeschlossen hat. Dies steht im Gegensatz zu anderen Bereichen, wo es sehr wohl staatliche Zielvorgaben gibt, wie z. B. die Höhe des Budgetdefizits. So gibt es beispielsweise keine Zielvorgaben bezüglich einer Senkung der Suizidrate um z. B. 10% in einem bestimmten Zeitraum.

Selbstverständlich sind PsychotherapeutInnen und Psychotherapie nicht die einzigen, die für psychische Gesundheit beziehungsweise deren Wiederherstellung zuständig sind. Allerdings ist für den Weg in die Psychotherapie beziehungsweise zur psychotherapeutischen Behandlung auch die öffentliche Einstellung von Bedeutung. Die einzige Phase, in der Psychotherapie einer gewissen öffentlichen Diskussion unterlag, war die Phase vor und während der Gesetzgebung des Psychotherapiegesetzes. Die Thematisierung fand vor allem in Bezug auf die PsychotherapeutInnen statt, nicht in Bezug auf die PatientInnen oder die psychische Gesundheit der Bevölkerung. Das Psychotherapiegesetz regelt die Ausbildung zum Psychotherapeuten und die Ausübung von Psychotherapie, ist also ein PsychotherapeutInnengesetz und kein Psychotherapiegesetz. Überlegungen zu den PatientInnen fehlen vollständig, beziehungsweise kommen diese nur indirekt vor.

Dies ist teilweise auf die Art des Krankheitsbegriffs in der Psychotherapie zurückzuführen. Im Gegensatz zur Schulmedizin steht bei den meisten psychotherapeutischen Schulen nicht das Symptom im Vordergrund sondern der psychisch kranke Mensch in seiner Einmaligkeit. Es wird also in der Regel nicht das Symptom behandelt sondern der Kranke in seiner Gesamtheit gesehen. Diese andere Sicht erzeugt zweifellos einige der Probleme beim Weg in die Psychotherapie.

Die folgende Abb. 1 über Bedarf, Bedürfnis und Angebot von Psychotherapie soll die Verhältnisse klären.

In Abb. 1 haben wir darzustellen versucht, wie Bedarf und Bedürfnis nach Psychotherapie dem Angebot von Psychotherapie gegenüberstehen. Im allgemeinen wird unter Bedarf die Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit nach bestimmten Kriterien (z. B. Ausprägungsgrad einer Störung, Arbeitsfähigkeit) verstanden, wobei eine derartige Prävalenz, die von einer Falldefinition ausgeht, noch nichts über den Bedarf an Psychotherapie aussagt. Das Urteil der Experten kann zunächst nur klären, inwieweit eine Psychotherapie sinnvoll und notwendig wäre. Wir haben es hier also mit einem expertendefinierten Psychotherapiebedarf zu tun. In der Psychotherapie ist der subjektive Wunsch des Patienten von zentraler Bedeutung. Wenn man von einem subjektiven Bedürfnis nach Behandlung aufgrund von Leidensdruck ausgeht, verstehen wir also das Bedürfnis als die subjektive Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Psy-



- Bedürfnis und Angebot, aber kein Bedarf
- Bedürfnis, aber kein entsprechendes Angebot
- Fehlbedarf – Bedarf und Bedürfnis und kein Angebot
- Fehlbedarf – unbehandelte Prävalenz
- Bedarf und Angebot liegen vor, aber subjektiv besteht kein Bedürfnis nach Psychotherapie

Abb. 1. Bedarf/Bedürfnis nach und Angebot von Psychotherapie. Quelle: Jandl-Jäger und Stumm (1988)

chotherapie. Selbstverständlich wird sich ein objektiv definierter Bedarf nicht mit einem subjektiven Bedürfnis nach Psychotherapie decken, doch müssen für eine Bedarfsanalyse sowohl die Expertenebene (z. B. Erhebung einer Störungskategorie einschließlich der Therapienotwendigkeit und -fähigkeit der betroffenen Personen als auch die Ebene der Betroffenen selbst, wie z. B. ihr Krankheitsverhalten, ihre Therapiebereitschaft und ihre Therapiemotivation) berücksichtigt werden.

Unter Angebot verstehen wir die Bereitstellung verschiedener psychotherapeutischer Methoden in Einzelpraxen und Institutionen.

Inanspruchnahme heißt, dass von der Bereitstellung der Angebote auch Gebrauch gemacht wird.

Zunächst möchte ich hier auf den Bedarf an Psychotherapie eingehen, der zwar öffentlich kaum diskutiert wird, aber auf wissenschaftlicher Ebene doch nicht so selbstverständlich ist, wie man vielleicht glauben könnte.

Es soll hier versucht werden, zu einer groben Schätzung des Psychotherapiebedarfs in Österreich zu kommen. Baumann, Hecht und Mackinger (1984, S. 9) nennen drei wesentliche Komponenten für die Feststellung des Bedarfs:

- Ausmaß an psychischen Störungen (auch in Abgrenzung zu Krisen- und Lebensproblemen)
- Indikation (ob und welche Form von Intervention bzw. welches psychotherapeutische Verfahren)
- Inanspruchnahme (Augenmerk auf Krankheitsverhalten)

Andere Autoren (Jakubaschk et al., 1978) erachten folgende Ebenen für wichtig:

- Die Definition der Behandlungsbedürftigkeit
- Die Erfassung der Behandlungsbedürftigen
- Die Behandlungsbereitschaft
- Alternative institutionelle Platzierung

Expertendefinierter Bedarf verlässt sich in der Regel auf globale Schätzungen anhand von Felduntersuchungen oder Behandlungsprävalenzen und schlägt demzufolge bestenfalls die Bereitstellung von Einrichtungen vor.

Im Falle der subjektiven Beeinträchtigung oder im Falle von sozialen Auswirkungen hängt es vom Hilfe-suchverhalten des psychisch Leidenden oder seiner unmittelbaren Umwelt ab, ob er zu einem identifizierbaren Fall wird und somit Bedarf bekundet. Hier spielt auch der Zuweisungsmodus (z. B. von praktischen Ärzten) eine Rolle.

Erst unter der Voraussetzung der Krankheitseinsicht und der Einsicht in psychogene Zusammenhänge ist eine psychotherapeutische Intervention in Erwägung zu ziehen.

Hier geht es um die Bereitschaft zur Psychotherapie, z. B. im Gegensatz zur psychopharmakologischen Therapie oder zur seelsorgerischen Intervention.

Den Schnittpunkt Bedürfnis/Bedarf problematisieren Helmchen et al. (1982). Sie erheben die Frage, ob selbst bei Bereitschaft des Patienten und dem Vorliegen einer objektiv diagnostizierten psychischen Störung immer Psychotherapie angebracht ist. Zu sehr sei das Motto, dass dann Psychotherapie das Mittel der Wahl sei

- a) vom Bewusstsein der Öffentlichkeit,
- b) durch die in der Versorgung Arbeitenden,
- c) aus berufsständischen Gründen, wie z. B. die Finanzierung von Psychotherapie,
- d) durch die wachsende Zahl von PsychotherapeutInnen bedingt.

Ähnlich dem von den genannten Autoren gehegten Zweifel, dass einerseits Neurosen und psychoreaktive Störungen psychotherapiebedürftig und „psychotherapierbar“ seien, sind diese Autoren andererseits skeptisch gegenüber der Behauptung, dass „bei vielen anderen psychiatrischen Erkrankungen kein Bedarf an Psychotherapie bestehe“ (ebd.).

Vielmehr plädieren sie dafür, dass einerseits Psychotherapie bei bestimmten Neurosen kontraindiziert ist und andererseits Psychotherapie auch bei psychotischen Erkrankungen indiziert sein kann. Die Diagnose des Symptoms allein erlaubt also noch keine Indikationsstellung.

Epidemiologie als Zugang zur Bedarfsabschätzung

Für Versorgungsfragen eignet sich in erster Linie die *deskriptive Epidemiologie*, also ein Vorgehen zur Feststellung von Häufigkeiten bzw. der Verteilung bestimmter Störungen und Erkrankungen. „Die deskriptive Epidemiologie kann den Therapiebedarf abschätzen“ (Schepank, 1986, S. 22). Sie befasst sich mit Querschnittstudien zur *Prävalenz*, also der Häufigkeit von Diagnosen. Zu unterscheiden ist jedoch die behandelte Prävalenz, wie sie in administrativen Studien erhoben werden kann, und die unbehandelte Prävalenz, wie sie

nur durch Felduntersuchungen oder durch administrative Studien, die eine gesamte Population erfassen, gemessen wird. Erst beide zusammen ergeben die „wahre“ Prävalenz.

Zu den psychogenen Erkrankungen, die im Besonderen als psychotherapie relevant anzusehen sind, zählen nach Schepank (1987) folgende ICD-Kategorien: Psychoneurosen, Charakternurosen, sexuelle Verhaltensabweichungen, Alkoholismus, Medikamentenmissbrauch, psychosomatische Krankheiten, funktionell-vegetative Störungen und akute psychogene Krisen.

Studien bezüglich der Inanspruchnahmeklientel, sogenannte administrative Studien (z. B. Shepherd et al., 1966; Strotzka et al., 1969; Agosti-Maurer, 1973; Zintl-Wiegand et al., 1978; Dilling, Weyerer und Enders, 1978; Strotzka et al., 1979) wie auch Feldstudien (z. B. Srole et al., 1962; bzw. Langner und Michael, 1987; Dilling und Weyerer, 1984; Robins et al., 1984) zeigen, dass psychische Störungen weit verbreitet sind (vgl. dazu auch die Übersichten in Schepank, 1986).

Die meisten hier angesprochenen Untersuchungen ergaben Prävalenzwerte im Bereich von ca. 15–30% an psychischen Störungen in der jeweiligen Population.

Eine Durchschnittsprävalenz psychischer Störungen von 18,1% aus 33 Studien seit 1950 haben Dohrenwend und Dohrenwend (1969) ermittelt.

Wie die meisten Studien belegen, machen die als psychogene Störungen bezeichneten Diagnosen, nämlich Psychoneurosen, Persönlichkeitsstörungen und funktionelle Störungen bzw. psychosomatische Erkrankungen den größten Teil aller psychischen Störungen aus. Psychotherapie relevant sind nach Cooper und Bickel (1984) vor allem Neurosen und psychosomatische Störungen, die ihres Erachtens ca. 80% aller psychischen Störungen umfassen.

Aus einer Zusammenstellung von 24 Feldstudien haben Neugebauer, Dohrenwend und Dohrenwend (1980) folgende Mittelwerte für Neurosenprävalenz berechnet: mittlere wahre Prävalenz für Neurosen: 9,38% der Gesamtbevölkerung. Allerdings bewegt sich dieser Mittelwert in einem Intervall von 0,28% bis zu 53,5%. Aus 20 Feldstudien ergab sich für Persönlichkeitsstörungen ein Mittelwert von 4,75%. Das Intervall lief von 0,7% bis 63%.

Zu beachten ist bei der Bestimmung der Prävalenz die Zeitspanne bzw. der Zeitraum, für den die Raten psychopathologischer Phänomene gelten sollen. Nach Cooper und Bickel (1984) gehen ca. zwei Drittel aller Fälle mehr oder minder im Sinne von Spontanremissionen von selbst zurück. Nur ca. ein Viertel der Männer und ca. ein Drittel der Frauen haben über einen längeren Zeitraum Symptome.

Die Feldstudie, die Hagnell (1970) in Lundby (Schweden) durchführte, zeigt, wie sehr die Prävalenzrate vom Zeitraum abhängt, in dessen Verlauf eine Störung besteht: So hatten 40% Störungen, wenn 3 Monate als Zeitraum genommen wurde. Dieser Wert verringerte sich auf 30%, wenn ein halbes Jahr und sogar auf 3%, wenn 3 Jahre als Zeitraum für die Störungsperiode herangezogen wurden.

Goldberg und Blackwell (1970) fanden 24,4% psychische Störungen in einer Allgemeinpraxis und zusätzli-

che 15,5%, die sie als verborgene psychische Störungen betrachteten. Allerdings waren bereits nach 6 Monaten zwei Drittel wieder ohne Befund.

Trotz der Einschränkung, was die Dauer des Auftretens psychischer Störungen betrifft, gibt es Hinweise, dass es gerade auch im psychotherapie relevanten Bereich ein starkes Maß an Chronifizierung der Störungen gibt (vgl. dazu Schepank, 1987, S. 257), was dagegen spricht, einfach nur zuzuwarten, bis die Störungen von selber wieder abnehmen.

Erhebungen zum Psychotherapiebedarf

Wesentlich präziser zur Feststellung des Psychotherapiebedarfs sind über Prävalenzraten hinausgehende Studien, die auch die Indikation von Psychotherapie beantworten. Dieser Aspekt muss auch die Frage der Motivation und des Bedürfnisses der Betroffenen, ob sie sich einer Psychotherapie unterziehen wollen, berücksichtigen. Keineswegs darf also aus den hohen Prävalenzraten ohne weiteres auf einen hohen Psychotherapiebedarf geschlossen werden. „Die Diagnose Neurose oder Persönlichkeitsstörung sagt über Behandlungserfordernisse für sich allein genommen so gut wie nichts aus“ (Häfner, 1978, S. 27). Viel aussichtsreicher erscheint demgegenüber ein Ansatz, der auch das Bedürfnis der Betroffenen nach Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Angeboten mitberücksichtigt. Selbst präzise epidemiologische Studien, die auch den Schweregrad der Störungen und die Dauer der Störungen erfassen, haben Falldefinitionen benützt, in denen Angaben über „Leidensdruck, Therapiemotivation, Krankheitseinsicht und Krankheitsgewinn“ fehlen (Cooper und Bickel, 1984, S. 33). Auf diese Art kann zwar eine expertendefinierte Morbidität festgestellt werden, jedoch kein Anhaltspunkt für eine Bedarfsplanung gewonnen werden.

Von den ca. 25% beeinträchtigten Fällen in der Gesamtbevölkerung schätzt Schepank (1986, S. 24), dass 8% psychotherapeutisch nicht effektiv erreichbar sind, weil sie z. B. nicht motivierbar sind. Ca. 12,5% bedürften seiner Auffassung nach einer ambulanten Fachpsychotherapie im weitesten Sinn (z. B. Beratung, Autogenes Training, Verhaltenstherapie, analytische Verfahren, Krisenintervention), sowie weitere 4% einer stationären Fachpsychotherapie.

Eine expertendefinierte psychotherapeutische Behandlungsnotwendigkeit im Zeitraum von einem Jahr wurde für 22,8% aller Untersuchungen festgestellt. 11,3% aller Untersuchten wurden als für eine psycho-

Tabelle 1. Prävalenz psychischer Störungen und Psychotherapiemotivation

	Expertendefinierter Behandlungsbedarf	Psychotherapie- motivation
Schepank (1986)	25% BRD	davon 8% nicht motivierbar
Meyer et al. (1991)		5,3%
Schmid (1992)		mind. 2,1%

therapeutische Behandlung motiviert bzw. motivierbar angesehen (Schepank, 1987, S. 249–251). Kächele geht in diesem Heft auf weitere Studien zu diesem Thema ein.

Eine nach psychotherapeutischen Methoden differenzierte Schätzung ist eine Seltenheit: Helmchen et al. (1982) meinen für die BRD, dass ca. 20.000 Patienten pro Jahr psychoanalytisch zu behandeln wären.

Schätzungen zum Psychotherapiebedarf in Österreich

Für Österreich gibt es keine entsprechenden Untersuchungen. Wenn wir allerdings von den referierten Morbiditätsschätzungen ausgehen, so könnte ein spekulativer Wert von ca. 280.000 Personen in Österreich, die für eine psychotherapeutische Behandlung indiziert wären, als Anhaltspunkt für den derzeitigen Versorgungsgrad gewonnen werden.

Dieser Wert von 280.000 behandlungsbedürftigen und behandlungswilligen Personen leitet sich aus folgenden empirischen Befunden und Überlegungen ab:

- Eine Reihe von Untersuchungen (z. B. Strotzka et al., 1969; Dilling und Weyerer, 1984; Schepank, 1987) stimmt darin überein, dass zumindest ca. 15–25% der Bevölkerung an psychischen Störungen im weitesten Sinn leiden: ca. 1,6 Millionen in Österreich.
- Der Großteil dieser psychischen Störungen (ca. 80%) (vgl. dazu Cooper und Bickel, 1984) lässt sich den psychogenen Erkrankungen (Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, funktionelle Störungen, psychosomatische Erkrankungen) und damit psychotherapie-relevanten Störungskategorien zurechnen: knapp über 1,28 Millionen in Österreich.
- Abhängig vom Krankheitsverhalten und der Motivation der Betroffenen reduziert sich der Anteil der psychisch Leidenden, denen mit Psychotherapie zweckmäßig begegnet werden kann, auf ca. 10% der Gesamtbevölkerung (vgl. dazu Schepank, 1987): ca. 800.000 in Österreich.
- Unter Berücksichtigung der demografischen Struktur unseres Landes – z. B. ist bei älteren Menschen Psychotherapie weniger oft indiziert – und der Zeitspanne, über die sich die Störung erstreckt – z. B. ist nur ein bestimmter Prozentsatz chronisch leidend (etwa drei Viertel in der Mannheimer Kohortenstudie) – ist davon auszugehen, dass sich der Anteil derer, bei denen Psychotherapie indiziert und Motiviertheit bzw. Motivierbarkeit gegeben ist, noch einmal um ca. die Hälfte verringert, wenn es um die konkrete Nützung, Inanspruchnahme und Durchführung von Psychotherapie geht: ca. 400.000 in Österreich.
- Wenn man allerdings die empirische Überprüfung der Schätzungen von Schepank durch Franz (1997) berücksichtigt, muss eine weitere Korrektur nach unten vorgenommen werden. Es nahmen nämlich nur 35% der als behandlungsbedürftig eingeschätzten ein konkretes Behandlungsangebot an; in Österreich wären das derzeit 280.000 Menschen.
- Bislang sind hier alle psychologisch orientierten Maßnahmen zusammengefasst, d. h. Einzel-, Gruppen- und Familientherapie, stationäre und ambulan-

te Psychotherapie, Krisenintervention, verschiedene Verfahren wie tiefenpsychologische Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie etc., Langzeit-, Kurzpsychotherapie und Beratung. Für eine Differenzierung bezüglich der Art und Weise der psychotherapeutischen Betreuung fehlen aber in noch stärkerem Ausmaß maßgebliche Grundlagen. Zieht man aber nur Psychotherapie im engeren Sinn in Betracht, was freilich von der Definition abhängt, aber im wesentlichen längerfristige Psychotherapie (z. B. mindestens 20 Sitzungen) bedeutet, dann vermindert sich der vorhin genannte Behandlungsbedarf noch einmal. Es handelt sich hier jedoch um einen Wert, der kaum abgeschätzt werden kann (etwa 100.000 bis 200.000). Einerseits ist es klar, dass für viele Betroffene eine längerfristige Psychotherapie aus persönlichen Gründen nicht in Frage kommt oder aus inhaltlichen Gründen nicht indiziert ist, andererseits stellt sich hier eben das bedarfsspezifische Problem, wie diese zeit- und kostenintensive Psychotherapieversorgung ermöglicht werden kann. Vgl. dazu auch die Angaben von Kächele in diesem Heft.

Wie aus dem bisher Gesagten entnommen werden kann, ist die Frage des Bedarfs und Bedürfnisses an Psychotherapie in Österreich keineswegs klar. Noch unklarer ist der Bedarf bezüglich bestimmter Formen von Therapie (Kurztherapie, Langzeittherapie, stationäre Therapie) beziehungsweise der Bedarf an bestimmten Settings wie Einzel-, Gruppen-, Paar-, Familientherapie etc.

Welches Angebot steht nun diesem keineswegs eindeutig geklärten Bedarf gegenüber?

Im Gegensatz zu Bedarf und Bedürfnis von Psychotherapie ist das Psychotherapieangebot in Österreich verhältnismäßig gut untersucht (Abb. 2).

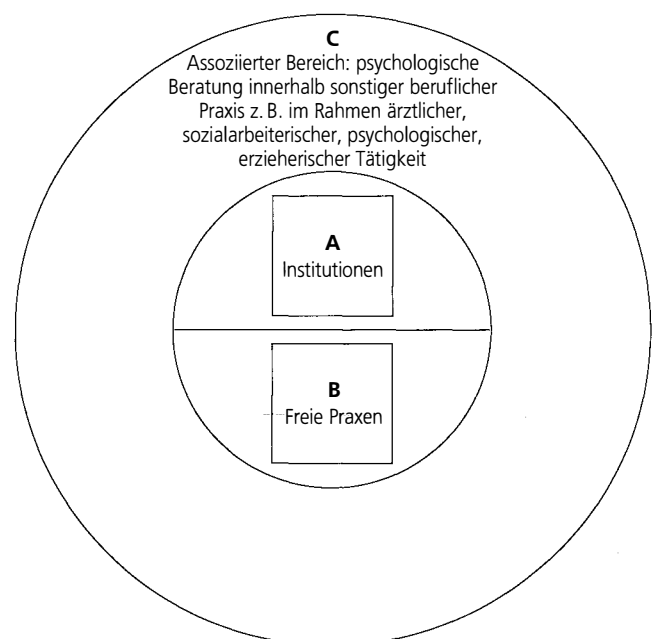


Abb. 2. Psychotherapeutisches Versorgungsnetz

Im Versorgungsnetz (A) findet sich zunächst einmal das psychotherapeutische Behandlungsangebot, das von Stellen des Bundes, der Länder, regionaler Behörden oder konfessionellen oder privaten Vereinen geschaffen wurde. Diese institutionellen Behandlungsangebote sind in der Regel auf klar abgegrenzte Zielgruppen abgestimmt. Es gibt dabei einerseits psychotherapeutische Behandlungsangebote, die von sozialstaatlicher Seite (Bund, Länder, Gemeinden) bereitgestellt, freiwillig und kostenlos in Anspruch genommen werden können. Diesem Bereich kann der größte Teil der institutionellen Versorgungseinrichtungen zugeordnet werden. Die Behandlungsangebote sind meist ambulant, es gibt aber auch einige stationäre Möglichkeiten. Kostenlos bedeutet, dass die Behandlungen entweder aus Steuermitteln, vom Träger der Institution oder von einer Krankenkasse bezahlt werden. Zu diesen Einrichtungen gehören die Ehe- und Familienberatungsstellen, die Studentenberatung, die Erziehungsberatung, schulpsychologische Dienste, Institute und Ambulatorien für Psychotherapie. Andererseits gibt es psychotherapeutische Behandlungsangebote, die von sozialstaatlicher Seite bereitgestellt werden und die per richterlichem Urteil oder ärztlicher Zuweisung verordnet werden.

Zum Beispiel Therapien im Rahmen des Drogenentzuges, Alkoholikerhilfe, Psychiatrie, Heimeinweisungen; dieses Angebot gibt es sowohl ambulant wie auch stationär.

Psychotherapeutische Behandlungsangebote, die von konfessionellen und anderen privaten Organisationen bereitgestellt werden, betreffen vor allem die Ehe- und Familienberatungsstellen der Diözesen und privaten Vereine. Dabei sind die Behandlungen für die Klienten überwiegend kostenlos, weil sie aus Steuern subventioniert werden.

(B) Psychotherapeutische Behandlungsangebote, die im Rahmen freier Praxen in Anspruch genommen werden

Diese Behandlungsangebote stellen den freien Markt dar, wo nach freier Vereinbarung zu sehr unterschiedlichen Bedingungen Behandlungen in Anspruch genommen werden können.

Die zwei Punkte A und B ergeben ein Versorgungssystem, das man als psychotherapeutische Versorgung im engeren Sinne bezeichnen könnte.

Die in diesen Bereichen tätigen Mitarbeiter haben in der Regel eine abgeschlossene psychotherapeutische Zusatzausbildung beziehungsweise stehen sie auf der Therapeutenliste ohne Zusatzstatus. Darüber hinaus verfügen sie häufig noch über institutionsinterne Zusatz- oder Teilausbildungen. Die psychotherapeutischen Behandlungsangebote im assoziierten Bereich (C) werden nicht im Sinne einer expliziten psychotherapeutischen Tätigkeit angeboten, sondern im Rahmen sonstiger beruflicher Tätigkeit. Es kann sich dabei zum Beispiel um psychologische Beratung im Rahmen ärztlicher, sozialarbeiterischer oder erzieherischer Tätigkeit handeln.

Dieser Bereich wurde hier berücksichtigt, weil auch hier im Sinne der Definition von Behandlung psychi-

scher Probleme (Heilung, Linderung, Rehabilitation) mit psychologischen Methoden auf professioneller Ebene gearbeitet wird.

Wie sieht nun das konkrete Versorgungsangebot in Österreich aus?

Die folgenden Daten stammen im wesentlichen aus einer Studie des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen. Die Daten wurden im April und Mai 1996 erhoben. Damals standen bundesweit 3.075 Therapeuten laut Therapeutenliste zur Verfügung. Die AutorInnen des ÖBIG nahmen an, dass ca. 18% der Berufsberechtigten damals nicht ambulant tätig waren. Umgerechnet auf 1999 würde das etwa 4.346 tätige PsychotherapeutInnen bedeuten. Man kann es auch anders formulieren: 5,4 Psychotherapeuten auf 10.000 Einwohner oder ein Psychotherapeut auf 1.840 Einwohner. Zu diesen Zahlen kämen noch AusbildungskandidatInnen unter Supervision, die, wenn auch in geringem Ausmaß, psychotherapeutisch tätig sind. Diese absoluten Zahlen sagen aber nichts über die konkrete regionale Versorgung (Tabelle 2).

Das regionale Versorgungsangebot ist ungleichmäßig, selbst wenn man es nur auf Basis der Psychotherapeutenliste betrachtet. Der größte Teil der PsychotherapeutInnen – sowohl absolut, wie auch bezogen auf die Einwohnerzahl – ist in Wien und Salzburg angesiedelt. Es lässt sich feststellen, dass das Versorgungsangebot in Burgenland, Oberösterreich, Niederösterreich, Steiermark und Kärnten schlechter ist als in den übrigen Bundesländern. Neben der regionalen Ungleichverteilung zwischen den Bundesländern kommt noch ein weiterer Umstand dazu. Das Angebot an PsychotherapeutInnen konzentriert sich auf die Hauptstädte. In vielen ländlichen Gebieten gibt es dagegen gar keine oder kaum berufsberechtigte Personen. In einem Viertel der politischen Bezirke, jenen mit ländlichem Charakter, gibt es maximal 0,5 berufsberechtigte PsychotherapeutInnen pro 10.000 Einwohner.

Wie bereits erwähnt, wird ambulante Psychotherapie entweder im Rahmen einer freien Praxis oder im Rahmen von Institutionen erbracht. In der ÖBIG-Studie

Tabelle 2. Versorgungsangebot nach Bundesländern

Bundesland	Gesamt	Bezogen auf 10.000 Einwohner
Burgenland	34	1,2
Kärnten	138	2,5
Niederösterreich	278	1,8
Oberösterreich	351	2,5
Salzburg	408	8,0
Steiermark	354	2,9
Tirol	313	4,8
Vorarlberg	179	5,2
Wien	1.675	10,5
Österreich gesamt	3.730	4,6

Quelle: ÖBIG, Stand Jänner 1996

(1997) waren 61% der PsychotherapeutInnen ausschließlich in freier Praxis tätig, 12% ausschließlich im Rahmen einer Institution und 27% sowohl im Rahmen einer freien Praxis wie auch im Rahmen einer Institution tätig. Aufgrund der ÖBIG-Studie lässt sich sagen, dass der überwiegende Anteil des Psychotherapieangebots in Österreich – jedenfalls im Jahre 1996 – in freier Praxis erbracht wurde.

Die Zahl der TherapeutInnen allein sagt allerdings nichts über das Angebot aus. Wesentlich für die Versorgung ist, wieviele Wochenstunden an psychotherapeutischer Behandlung zur Verfügung stehen und wie dieses Angebot regional sowie in den Organisationsformen verteilt ist. Im österreichischen Durchschnitt leisten allerdings 45% der Therapeuten maximal 10 Wochenstunden. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern sind hier enorm (Tabelle 3).

Während im Burgenland 75% der PsychotherapeutInnen maximal 10 Wochenstunden psychotherapeutisch arbeiten, sind es in Vorarlberg knapp 26%. Der Anteil der PsychotherapeutInnen, die mehr als 20 Therapiestunden wöchentlich durchführen, beträgt in Wien und Salzburg, also den Orten mit dem größten TherapeutInnenanteil, ca. 25%, in Vorarlberg 37%. Daraus lässt sich schließen, dass der Volltherapeut, der in erster Linie seine psychotherapeutische Tätigkeit zur Existenzsicherung nutzt, nur zu einem Viertel bis zu einem Drittel aller PsychotherapeutInnen existiert. 71% der wöchentlich durchgeführten Therapiestunden werden allerdings in freier Praxis und 29% in Institutionen erbracht. Bei der Befragung 1996 durch das ÖBIG haben die PsychotherapeutInnen angegeben, vor allem in der freien Praxis noch freie Therapieplätze zu haben. 50% der Freipraktizierenden haben etwa ein Viertel ihrer Stundenkapazitäten frei, in den Institutionen sind die freien Kapazitäten wesentlich geringer.

Laut der ÖBIG-Studie wurden 49% der Erstgespräche 1996 in freier Praxis und 51% in Institutionen durchgeführt. Psychotherapien wurden allerdings zu 80% in freier Praxis und zu 42% in Institutionen begonnen, und beendet wurden Psychotherapien zu 57% in freier Praxis und zu 43% in Institutionen. Diese Zahlen spiegeln

Tabelle 3. Maximal 10 Wochenstunden leistende PsychotherapeutInnen nach Bundesländern

Bundesland	% der PsychotherapeutInnen mit max. 10 Wochenstunden
Vorarlberg	25,9%
Salzburg	32,5%
Wien	42,6%
Tirol	50,7%
Oberösterreich	50,9%
Steiermark	52,6%
Niederösterreich	58,8%
Kärnten	59,6%
Burgenland	75,0%
Österreich	45,3%

Quelle: ÖBIG-Studie 1997

ein verhältnismäßig charakteristisches Bild wider, nämlich, dass den Institutionen in gewisser Hinsicht auch eine Screening-Funktion zukommt, wo die Indikation zur Psychotherapie überhaupt erst gestellt wird bzw. auch die Motivation des Patienten berücksichtigt wird. Besonders deutlich wird die hohe Aktivität der Institutionen dann, wenn man berücksichtigt, dass nur etwa ein Drittel der TherapeutInnen in Institutionen tätig sind. Institutionell tätige TherapeutInnen beginnen und beenden nicht ganz die doppelte Anzahl der Therapien Freipraktizierender.

Im Bundesländervergleich lässt sich eindeutig feststellen, dass in den Bundesländern mit der höchsten Therapeutendichte und einer hohen Anzahl durchgeführter Wochenstunden (Wien und Salzburg) die PsychotherapeutInnen im Durchschnitt wesentlich weniger Erstgespräche führen und weniger Therapien beginnen und beenden als im Bundesdurchschnitt. In Vorarlberg, dessen Therapeutendichte zwischen 50 und 60% der Dichte von Wien bzw. Salzburg ausmacht und dessen PsychotherapeutInnen im Schnitt die meisten Wochenstunden an psychotherapeutischer Behandlung durchführen, werden die meisten Erstgespräche geführt und die meisten Therapien begonnen und beendet. In Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich und Steiermark ist die Therapeutendichte verhältnismäßig gering. Das Ausmaß der wöchentlich durchgeführten Stunden liegt unter dem Bundesdurchschnitt. In diesen Bundesländern werden jedoch besonders in der Steiermark und in Oberösterreich überdurchschnittlich viele Erstgespräche geführt und Therapien begonnen und beendet. Im Burgenland, einem Bundesland mit extrem niedriger Therapeutendichte und geringem Stundenangebot in freier Praxis, werden im Schnitt weniger Erstgespräche geführt, aber etwa gleich viele Therapien begonnen und beendet wie in Wien oder Salzburg. Tirol, das im Mittelfeld liegt, hat in freier Praxis den geringsten Anteil, sowohl bei den Erstgesprächen wie auch bei den begonnenen und beendeten Therapien. Die Unterschiede lassen sich durch die verschiedenen Finanzierungsmodelle in den Bundesländern erklären, wie auch durch die unterschiedliche Verbreitung der Therapieformen. So hat Tirol z. B. eine stärkere Verbreitung der Gestalttherapie und der damit verbundene vermehrte Einsatz der Gruppentherapie in der freien Praxis sowie ein hoher Anteil an systemischen Verfahren eine Rolle spielt.

47% der freipraktizierenden PsychotherapeutInnen, aber nur 12% der institutionell Tätigen gaben an, freie Kapazitäten zu haben. Wartelisten hatten nur 16% der Freipraktizierenden, aber jede/r dritte institutionell tätige PsychotherapeutIn. Bei etwas mehr als einem Drittel der Freipraktizierenden, jedoch bei mehr als der Hälfte der institutionell tätigen PsychotherapeutInnen entspricht die Kapazität der Nachfrage. Auch im Falle der Kapazität gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. Freie Kapazitäten bestehen vor allem in Wien, Salzburg und in Niederösterreich. Vor dem Hintergrund der hohen TherapeutInnendichte in Wien und Salzburg ist das nicht überraschend. In Niederösterreich ist das allerdings ein Hinweis auf Probleme des

Zugangs. Dies ist erstaunlich bei einem Bundesland, das nach dem Burgenland die wenigsten PsychotherapeutInnen hat. Außerdem haben etwa ein Fünftel der TherapeutInnen Wartelisten.

In der institutionellen Psychotherapie gibt es in allen Bundesländern selten freie Kapazität und häufiger Wartelisten als in freier Praxis. Allerdings entspricht das institutionelle Angebot der Nachfrage in einem höheren Ausmaß als dies in der freien Praxis der Fall ist. Bei den institutionellen Psychotherapieeinrichtungen fehlt es insbesondere bei kindbezogenen Institutionen und bei psychosozialen Beratungsstellen an freien Kapazitäten bzw. gibt es dort Wartelisten. In den Familienberatungsstellen entspricht die Kapazität in einem sehr hohen Ausmaß der Nachfrage bei geringen freien Kapazitäten.

Auf eine Besonderheit im Versorgungsangebot möchte ich hier noch näher eingehen. Während bei unserer Untersuchung (Jandl-Jäger und Stumm, 1987) im Jahre 1987 noch 48,6% der Psychotherapeuten Männer und 51,4% Frauen waren, waren im Jahre 1998 laut PsychotherapeutInnenliste 35,1% Männer und 64,9% Frauen. Aus den Untersuchungen über die PropädeutikumsabsolventInnen wissen wir, dass sich das Verhältnis zugunsten der Frauen verschieben wird. Wir haben es dort mit etwa 78% Frauen und 22% Männern zu tun. Allerdings ist das Geschlechterverhältnis nicht in allen Bundesländern gleich. In Vorarlberg und Tirol ist das Verhältnis der Männer und Frauen fast ausgeglichen. Die Tatsache des hohen Frauenanteils unter den PsychotherapeutInnen könnte auch eine Ursache für das geringere Stundenangebot sein. Aus einer Studie von 1993 wissen wir, dass das Durchschnittsalter der PsychotherapeutInnen 41,6 Jahre war, was gleichzeitig auch bedeutet, dass diese Frauen familiäre Verpflichtungen haben dürften und daher die Flexibilität einer freiberuflichen Tätigkeit, trotz der beachtlichen Einkommens- und Arbeitsplatzunsicherheit, schätzen.

Hinsichtlich der Vielfalt der psychotherapeutischen Verfahrensweisen, die in Österreich zum Einsatz kommt, besteht ein breites Angebot. Die Mehrheit der PsychotherapeutInnen (rund 60%) gibt an, zwei bis vier verschiedene Verfahrensweisen anzuwenden. Und zwar am häufigsten systemische Familientherapie, klientenzentrierte oder personenzentrierte Psychotherapie und Autogenes Training. In freier Praxis kommen die Psychoanalyse und gestalttherapeutische Verfahrensweisen häufiger zum Einsatz, und in Institutionen ist es die Verhaltenstherapie. Es gibt gewisse regionale Besonderheiten, so wird etwa Autogenes Training und Katathym-Imaginative Psychotherapie in Kärnten, Psychoanalyse in Tirol, Salzburg und Kärnten vermehrt ausgeübt.

46% der PsychotherapeutInnen sind auf bestimmte Personengruppen spezialisiert, wie z. B. Kinder, Jugendliche, Familien. 49% geben an, auf bestimmte Störungen oder Krankheitsbilder spezialisiert zu sein. Auffallend ist dabei, dass es für alte Menschen so gut wie kein spezialisiertes Angebot gibt. Bei den spezifischen Störungen stehen psychosomatische Krankheitsbilder im Vordergrund. Suchterkrankungen und psychotische Störungen wurden am häufigsten vom Behandlungsspektrum ausgeschlossen (42 bzw. 37%). Der Spezial-

sierungsgrad ist in den Städten etwas höher als im ländlichen Raum.

Der Weg eines Patienten, einer Patientin in die Psychotherapie wird von subjektiven und objektiven Kriterien beeinflusst. Der Weg ist also das Resultat eines komplexen Zusammenhangs. Ohne eine angemessene Einbeziehung der Erfahrungen und Sichtweisen der Betroffenen ist es schwierig, die Zugangsbarrieren zu analysieren. Wie bereits erwähnt, ist dies bisher in Österreich kaum geschehen. Es kann also nur aus der Sicht von Experten und Anbietern versucht werden, den Weg in die Psychotherapie zu beleuchten. Ich möchte dabei auf folgende Bedingungen eingehen: Die regionale Verteilung des Angebots, die Wege der KlientInnen zur Psychotherapie, die Kosten der Behandlung. Eine Grundanforderung an die Struktur der Versorgung ist, dass psychotherapeutische Behandlung für alle psychotherapiebedürftigen Personen ohne geografische Barrieren erreichbar sein sollte. Daraus müsste man ein Mindestpsychotherapieangebot in jedem Bezirk und bezogen auf die Bevölkerung eine einigermaßen gleichmäßige Verteilung des Angebots zwischen städtischen und ländlichen Regionen fordern. Dies ist keineswegs gegeben. Es besteht eine massive Ungleichheit des Angebots zwischen den Bundesländern im Sinne eines West-Ost-Gefälles, aber auch zwischen den städtischen und ländlichen Bereichen. Den geografischen Barrieren sind vor allem die Bewohner ländlicher Bezirke in den Bundesländern Kärnten und Steiermark, im östlichen Oberösterreich und im westlichen Niederösterreich, sowie in Teilen des Burgenlandes ausgesetzt. Von dieser Hürde besonders betroffen sind Personen mit eingeschränkter Mobilität, wie z. B. jene Personen, die auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen sind.

Die regionale Verteilung hat vermutlich mehrere Gründe. Einerseits ist die Psychotherapie historisch in den Städten bzw. Universitätsstädten gewachsen, die Ausbildungseinrichtungen sind ebenfalls auf Wien, Salzburg, Innsbruck und Linz konzentriert. Andererseits ist die Angebotssituation auch ein Ergebnis der Nachfrage. Psychische Störungen sind häufig gesellschaftlich stigmatisiert. Die Inanspruchnahme ist daher oft mit einer Hemmschwelle verbunden. Zumindest traditionell sind psychotherapeutische Behandlungen eher in den gebildeten und einkommensstärkeren Teilen der Bevölkerung bekannt und sozial akzeptabel. Im ländlichen Raum gibt es nach wie vor eine stärkere soziale Kontrolle als in der Stadt und damit auch eine Barriere zu Inanspruchnahme von Psychotherapie. Daher ist die Nachfrage im ländlichen Raum tatsächlich etwas geringer, was auch durch freie Kapazitäten bzw. Wartelisten der PsychotherapeutInnen bestätigt wurde. Die hohen Kosten von Behandlung und möglicherweise auch die noch nicht routinemäßig funktionierende Kooperation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen könnten auch zur Aufrechterhaltung dieser Situation beitragen. Ein hervorragendes Beispiel für eine Versorgung im ländlichen Raum ist Vorarlberg und teilweise auch Tirol, was vermutlich auch auf die dort bestehenden Finanzierungsmodelle zurückzuführen ist. Am Rande sei bemerkt, dass das Finanzierungsmodell in Vorarlberg jetzt bereits seit dreißig Jahren besteht.

Der Weg in die Psychotherapie ist für die PatientInnen meist ein komplizierter. Dies ist zum Teil natürlich darauf zurückzuführen, dass sie selbst bzw. die möglichen Zuweisenden, wie z. B. die niedergelassenen Ärzte, die Möglichkeit der Psychotherapie noch zu wenig anbieten. Andererseits ist der Weg in die Psychotherapie ein höchst individueller und kann als ein Prozess gesehen werden, in dessen fortschreitender Entwicklung sich ein Patient zu einer Psychotherapie entscheidet. Auf die individuelle Ebene kann hier nicht eingegangen werden.

Der Gang zur Psychotherapie wird in einem hohen Ausmaß durch Angehörige, Freunde oder Kollegen und in einem deutlich geringeren Ausmaß von niedergelassenen ÄrztInnen oder FachärztInnen angeregt. Die Sicherheit der Zuweisung ist nach der ÖBIG-Studie hoch. Eine fehlende Indikation von Psychotherapie ist selten, obwohl bei institutionellen PsychotherapeutInnen dies etwas häufiger geschieht. Relativ oft fehlt aber bei zugewiesenen Personen die Motivation zur Psychotherapie, dies wiederum deutlich häufiger in den Institutionen. Personen, die über Angehörige, Freunde oder Kollegen zur Psychotherapie zugewiesen werden, haben scheinbar eine wesentlich höhere Motivation als Personen, die von öffentlichen Einrichtungen geschickt werden. Insgesamt zeichnet sich ab, dass die Zuweisung zur institutionellen Psychotherapie für Personen mit einem umfassenden Unterstützungsbedarf genützt wird. Die vermittelten KlientInnen sind daher weniger oft zur Psychotherapie motiviert und brauchen häufiger zusätzliche Hilfestellung. Die Klientinnen der freien Praxis sind daher im höheren Maße motiviert und in der Regel sind diese Personen mit dem psychotherapeutischen Angebot allein ausreichend versorgt. Eher selten scheitert eine Zuweisung an den angebotenen psychotherapeutischen Verfahren.

Schließlich sei noch auf den zentralen Faktor der Zugänglichkeit von Psychotherapie hingewiesen, nämlich die Kosten. Psychotherapie wird in Österreich entweder durch Bezahlung durch den Klienten, durch Zuschuss durch die soziale Krankenversicherung oder durch eine Finanzierung über Steuern finanziert. Die Zielsetzung einer niederschweligen Versorgungsstruktur heißt, dass die Inanspruchnahme ohne soziale Barrieren möglich ist. Das würde bedeuten, dass die Psychotherapie allen Personengruppen offen steht, unabhängig von ihrem sozialen Status. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Inanspruchnahme von Psychotherapie vor allem in freier Praxis in der Regel mit hohen Kosten verbunden ist. Dabei gibt es allerdings eine ausgeprägte Spannweite der Honorarforderungen, die etwa im Jahre 1996 bei einer Stunde Einzeltherapie in freier Praxis zwischen 360 und 1.500 Schilling schwankte. Für eine Stunde Partner- oder Familientherapie schwankte diese zwischen 100 und 2.000 Schilling. Institutionelle Psychotherapie ist, soweit hier überhaupt Honorare verlangt werden, günstiger. In der Regel werden die Honorare auch in freier Praxis in Abhängigkeit nach dem Einkommen der Klienten gestaffelt. Drei Viertel der freipraktizierenden PsychotherapeutInnen machen das bei Einzeltherapie, zwei

Drittel auch bei Partner oder Familientherapie. 40% der PsychotherapeutInnen tun das auch bei Gruppentherapie. Auch in den Institutionen werden die Honorare sozial gestaffelt. Es sei in diesem Zusammenhang auch darauf hingewiesen, dass 11% der Klientinnen in der freien Praxis eine kostenlose psychotherapeutische Behandlung erhalten. Bei der Frage der Bezuschussung ist auch darauf hinzuweisen, dass nicht alle KlientInnen eine solche Bezuschussung wünschen. Die Zuschusspraxis wird von den PsychotherapeutInnen in der Regel als problematisch für die Behandlung gesehen. Dabei wird die Problematik einerseits im zu geringem Kostenzuschuss, andererseits im bürokratischen Ablauf und schließlich in der Dauer und Form der Bezuschussung gesehen.

In den Bundesländern Vorarlberg, Tirol und Oberösterreich sind bereits drei unterschiedliche Modelle der Psychotherapiefinanzierung verwirklicht worden. In Vorarlberg hat seit nunmehr 30 Jahren ein Teil der freipraktizierenden PsychotherapeutInnen einen mündlichen Vertrag mit dem Land, über den etwa drei Viertel des Stundenhonorars im Weg der Direktverrechnung finanziert werden. Die Höhe des Selbstbehalts ist limitiert, d. h. die Inanspruchnahme ist bei diesen Therapeuten niederschwellig gestaltet. Eine Differenzierung nach sozialen Gesichtspunkten ist nicht vorgesehen, das Land finanziert darüber hinaus in beträchtlichem Maß auch die institutionelle Psychotherapie. Es sei hier angemerkt, dass in Vorarlberg die so finanzierten Honorare die Höhe der Privathonorare erreichen. Weiters gibt es das Tiroler Modell, das in einem Vertrag zwischen der Tiroler Gebietskrankenkasse und einem eigens gegründeten Verein für die psychotherapeutische Versorgung Tirols besteht. In diesem Fall wird besonders schwer gestörten oder sozial benachteiligten Personen die Refundierung eines deutlich höheren Zuschusses möglich. Dieser wird von einer Gutachterkommission in Abhängigkeit von der zugrundeliegenden Störung mit 60-80 Stunden bewilligt und direkt mit dem/der Psychotherapeuten/in verrechnet. Die KlientInnen bezahlen einen geringen Selbstbehalt.

In Oberösterreich wurden durch einen Vertrag zwischen der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse und dem Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit flächendeckend PsychotherapeutInnen angestellt. Im Ausmaß von je 12 Wochenstunden erbringen diese PsychotherapeutInnen Psychotherapien für Versicherte auf Krankenschein. In dieser Struktur besteht der Vorteil, dass die KlientInnen keine Kosten voranzahlen müssen. Der Ablauf der Bezuschussung entspricht dem üblichen Weg. Im Unterschied zum Tiroler Modell wird nicht nach Sozialstatus oder Schwere der Störung differenziert.

Die Inanspruchnahme von Psychotherapie wird durch den Bedarf, durch das Bedürfnis, durch das vorhandene quantitative und qualitative Behandlungsangebot sowie durch die Bedingungen des Zugangs zur Psychotherapie bestimmt. Aufgrund der weitgehend fehlenden Daten in Österreich ist es schwierig, dies zu analysieren. Nach der Studie von 1996 erhalten etwa 57.000 Personen bzw. 0,71% der Bevölkerung eine psychotherapeutische Behandlung und dies überwiegend

im Rahmen der freien Praxis. Damit wäre der geschätzte Bedarf nach Psychotherapie in der Bevölkerung keineswegs abgedeckt. Um die geschätzte Untergrenze zu erreichen, müsste die Zahl der Behandlungen mindestens um das Dreifache, zur Erreichung der Obergrenze sogar um das Sechsfache steigen. Die Ursachen dafür liegen vermutlich im zu geringen Angebot im ländlichen Raum, auch in einer geringen Nachfrage, die unter anderem auch aus Zugangsbarrieren und Informationsdefiziten resultiert. Wenn man aufgrund der Störungsbilder der behandelten Personen die Zugangsbarrieren studiert, so zeigt sich, dass z. B. Störungen des Kindes- und Jugendalters vorwiegend institutionell behandelt werden. Wie ich erinnern möchte, bestehen für diese Institutionen lange Wartelisten. Einkommensschwache Gruppen, aber vor allem schwer gestörte Personen mit sozialen Begleitproblemen, wie z. B. Behinderte, alte Menschen, Kinder und Jugendliche, Drogenabhängige und fremdsprachige Personen sind tendenziell unterversorgt.

Soziodemografische Merkmale der behandelten PatientInnen: Psychotherapie wird überwiegend von Frauen und Personen der Altersgruppe zwischen 31 und 45 Jahren in Anspruch genommen. PsychotherapiepatientInnen sind insgesamt eher gebildeter, bekleiden höhere berufliche Positionen und verfügen über ein höheres Einkommen als die Bevölkerung insgesamt. Im Bundesländervergleich zeigt sich ein deutlicher Unterschied in der sozialen Situation der Behandelten. Die in Vorarlberg und Burgenland betreuten KlientInnen sind weniger gebildet und bekleiden auch niedrigere berufliche Positionen bzw. sind vor allem in Vorarlberg im Haushalt tätig.

Aufgrund der bisher gemachten Aussagen würde sich eine Programmplanung und Entwicklungsplanung für die psychotherapeutische Versorgung anbieten. Voraussetzung dafür ist eine politische Willensbildung bzw. auch eine Willensbildung in der öffentlichen Meinung, was die Ziele der psychotherapeutischen Versorgung sein sollten. Die Frage ist, ob ein flächendeckendes bedarfsgerechtes Versorgungsangebot gewünscht ist, und zu welchen Bedingungen dieses Angebot in Anspruch genommen werden darf oder kann. Weitere Aspekte einer derartigen Programmplanung müssten Überlegungen zu niederschweligen und hochschwelligen Psychotherapieangeboten in der freien Praxis und Institutionen sein und eine Vernetzung der Psychotherapie mit anderen Berufsgruppen und Einrichtungen.

Zuletzt sei noch der Vollständigkeit halber auf den Bereich berufliche Qualifikation und Ausbildung hingewiesen. Dieser Bereich ist in Österreich durch das Psychotherapiegesetz gut abgedeckt und durch weitere Maßnahmen wie z. B. die Fortbildungsrichtlinie und die Ethikrichtlinien für Psychotherapeuten ergänzt.

Literatur

- Agosti-Maurer E (1973) Psychiatrisch Kranke in einer Allgemeinpraxis. Inaugural-Dissertation, Zürich
- Baumann U, Hecht C, Mackinger H (1984) Psychotherapieforschung: Unterschiedliche Perspektiven. In: Baumann U (Hrsg) Psychotherapie: Makro-/Mikroperspektive. Hogrefe, Göttingen
- Cooper B, Bickel H (1984) Epidemiologie psychischer Störungen: Folgerungen für die psychotherapeutische Versorgung. In: Baumann U (Hrsg) Psychotherapie: Makro-/Mikroperspektive. Hogrefe, Göttingen
- Dilling H, Weyerer S (1978) Epidemiologie psychischer Störungen und psychiatrische Versorgung. Urban & Schwarzenberg, München
- Dilling H, Weyerer S, Enders I (1978) Patienten mit psychischen Störungen in der Allgemeinpraxis und ihre psychiatrische Überweisungsbedürftigkeit. In: Häfner H (Hrsg) Psychiatrische Epidemiologie. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Dohrenwend BP, Dohrenwend BS (1969) Social status and psychological disorders: a causal inquiry. Wiles Interscience, New York
- Franz M (1997) Der Weg in die psychotherapeutische Beziehung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Goldberg DP, Blackwell B (1970) Psychiatric illness in general practice: a detailed study using a new method of case-identification. Br Med J 1 (707): 439–443
- Häfner H (1978) Einführung in die psychiatrische Epidemiologie. Geschichte, Suchfeld, Problemlage. In: Häfner H (Hrsg) Psychiatrische Epidemiologie. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Hagnell O (1970) The incidence and duration of episodes of mental illness in a total population. In: Hare E, Wing JK (eds) Psychiatric epidemiology. Oxford University Press, London
- Helmchen H, Linden M, Rüger U (1982) Psychotherapie – Bedürfnis, Angebot und Bedarf. In: Helmchen H, Linden M, Rüger U (Hrsg) Psychotherapie in der Psychiatrie. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Jakubasch J, Klug S, Weyerer W, Dilling H (1978) Bedarf und Behandlungsbedürftigkeit – Überlegungen zur psychiatrischen Versorgung. Psychiatr Prax 5: 203–211
- Jandl-Jäger E, Stumm G (1988) Psychotherapie in Österreich. Eine empirische Analyse der Anwendung von Psychotherapie. Deuticke, Wien
- Langner TS, Michael ST (1975) Life stress and mental health. The Midtown Manhattan Study. Harper, New York
- Meyer A-E, Richter R, Grawe K, v d Schulenburg J-M, Schulte B (1991) Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. Hamburg-Eppendorf
- Neugebauer R, Dohrenwend BP, Dohrenwend BS (1980) Formulation of hypotheses about the prevalence of functional psychiatric disorders among adults in the United States. In: Dohrenwend BP et al (eds) Mental illness in the United States. Wiles Interscience, New York
- ÖBIG [Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen] (1997) Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Österreich. Wien
- Robins LN et al (1984) Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. Arch Gen Psychiatr 41: 949–958
- Schepank H (1986) Epidemiologie psychogener Störungen. In: Kisker KP, Lauter H, Meyer JE, Müller E, Strömgen E (Hrsg) Psychiatrie der Gegenwart, Bd 1. Neurosen, Psychosomatische Erkrankungen, Psychotherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Schepank H (1987) Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Feldstudie in Mannheim. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Shepherd M, Cooper B, Brown AC, Kalton G (1966) Psychiatric illness in general practice. Oxford University Press, Oxford New York
- Schmid R (1992) Analyse und Bewertung epidemiologischer Anhaltswerte und bedarfsbezogener Aussagen unter Bezugnahme auf das „Forschungsgutachten zu Fragen eines

Psychotherapeutengesetzes". Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Köln
Srole L et al (1975) Mental health in the metropolis: The Midtown Manhattan Study. Harper, New York
Strotzka H et al (1969) Kleinburg: Eine sozialpsychiatrische Feldstudie. Österreichischer Bundesverlag, Wien
Strotzka H et al (1979) Ökonomische Aspekte psychosomatischer und psychosozialer Erkrankungen. Forschungsbericht. Wien

Zintl-Wiegand A et al (1978) Psychische Erkrankungen in Mannheimer Allgemeinpraxen. Eine klinische und epidemiologische Untersuchung. In: Häfner H (Hrsg) Psychiatrische Epidemiologie. Springer, Berlin Heidelberg New York

Korrespondenz: Univ.-Prof. Dr. Elisabeth Jandl-Jäger, Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie (AKH – Universitätskliniken), Währinger Gürtel 18–20, A-1090 Wien, Österreich, E-mail: elisabeth.jandl-jager@akh-wien.ac.at

Elisabeth Jandl-Jäger, Ao. Univ.-Prof., Dr. phil., Mag. rer. soc. oec. (Soziologie), geboren 1948, Psychotherapeutin (Mitglied des Wiener Arbeitskreises für Psychoanalyse, WAP, und der Österreichischen Gesellschaft für Wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie, ÖGWG); Univ.-Klinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie an der Medizinischen Fakultät (AKH) der Universität Wien. Arbeitsschwerpunkte: Psychotherapieforschung (insbesondere Versorgungs- und Inanspruchnahmeforschung, soziale Rahmenbedingungen von Psychotherapie), Evaluation, Leiterin des Psychotherapeutischen Propädeutikums der Universität Wien (HOPP).