



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Web-Publikation des Obsan

Dauer der Psychotherapie in der Schweiz

Ergänzung zu den Resultaten der Erhebung
«Basisdokumentation» der Schweizer Charta
für Psychotherapie

Markus Schweizer
Paul Camenzind
Daniela Schuler

Juli 2007

Web-Publikation des
Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums
Publikation auf www.obsan.ch



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine Organisationseinheit des Bundesamtes für Statistik, die im Rahmen des Projektes Nationale Gesundheitspolitik entstanden ist und von Bund und Kantonen einen Leistungsauftrag erhält. Das Obsan analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind zu finden auf www.obsan.ch und auf www.nationalegesundheits.ch.

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une unité organisationnelle de l'Office fédéral de la statistique, née dans le cadre du projet de politique nationale suisse de la santé et mandatée par la Confédération et les cantons. L'Obsan analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leur planification, leur prise de décisions et leur action. Pour plus d'informations consultez www.obsan.ch et www.nationalegesundheits.ch.

Markus Schweizer, Paul Camenzind¹, Daniela Schuler¹

Therapiedauer in der Psychotherapie
Ergänzung zu den Resultaten der Erhebung «Basisdokumentation» der
Schweizer Charta für Psychotherapie

Web-Publikation des Obsan
Juli 2007

© Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.obsan.ch

Anschrift des Erstautors:

Markus Schweizer
Selbst. Ökonom und Datenanalytiker
Rue J.-de-Hochberg 26
2000 Neuchâtel

¹ Paul Camenzind, lic.rer.pol. et dipl.stat. und Daniela Schuler, lic.phil. sind wissenschaftliche Projektleiter/in im Obsan.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	4
Résumé	6
1 Einleitende Bemerkungen	8
2 Wichtige methodische Hinweise und Vorbehalte	9
3 Ergebnisse	10
3.1 Übersicht: Gesamte Therapiedauer	10
3.2 Therapiedauer nach Diagnosekategorien und Geschlecht	12
3.3 Therapiedauer nach vier methodischen Hauptrichtungen	13
3.4 Therapiedauer nach ICD-10 Diagnosen und methodischen Hauptrichtungen	14
3.5 Therapiedauer: Weitere Einflüsse	18
4 Schlussfolgerungen	20
5 Literaturverzeichnis	23

Zusammenfassung

Im Jahr 2001 hat die Schweizer Charta für Psychotherapie¹ eine empirische Erhebung unter einem bedeutenden Teil der Psychotherapeuten der Schweiz durchgeführt. Es wurden verschiedene Fragen zur Ausbildung und Arbeitsweise der Therapeuten/innen sowie zu den von ihnen behandelten Patienten/innen gestellt. Es handelte sich dabei nicht um eine repräsentative Erhebung, aber allein durch die Anzahl der erfassten Therapien – über 15'000 – kommt den Resultaten eine gewisse Bedeutung zu. Erschwerend ist, dass bei der Erhebung die Frage nach der *Therapiedauer* nicht im Vordergrund stand. So wurde die Dauer vergleichsweise rudimentär erfasst, nämlich durch die Frage nach dem Beginn und der *geschätzten voraussichtlichen Dauer der einzelnen Therapien*.

Unter Berücksichtigung dieser Beschränkungen der Erhebung lassen sich hinsichtlich Dauer der Psychotherapie in der Schweiz einige interessante Resultate feststellen:

- Die Psychotherapie in der Schweiz ist stark auf Langzeittherapien ausgerichtet. Über zwei Drittel aller Therapien dauert länger als ein Jahr, rund die Hälfte aller Therapien wird nach Einschätzung der Therapeuten länger als zwei Jahre dauern.
- Psychotherapien bei Patientinnen zeichnen sich durch rund 20 Prozent längere Dauern aus als bei Patienten. Diese längere durchschnittliche Therapiedauer bei Frauen dürfte zur Folge haben, dass diese von einer zeitlichen Beschränkung der Krankenkassenleistungen (vgl. dazu Kapitel 4: Schlussfolgerungen) stärker betroffen sein könnten als Männer.
- Bezüglich methodischer Richtung sind – wenig überraschend – die analytischen Therapien am ehesten als Langzeittherapien angelegt; viele dieser Therapien dauern länger als vier Jahre. Systemische, kunsttherapeutische, integrative, verhaltenstherapeutische Methoden sowie methodenübergreifende Gruppentherapien fallen eher in die Gruppe der Kurzzeittherapien, welche auf eine Dauer von weniger als einem Jahr ausgelegt sind. Ebenfalls eher auf Kurzzeittherapien ausgerichtet sind die körperpsychotherapeutischen Methoden, bei denen über die Hälfte der Therapien Dauer von unter zwei Jahren aufweisen.
- Das obige Grundmuster der Therapiedauer und methodischen Richtung der Therapie bleibt auch durchgehend erkennbar, wenn man nach den wichtigsten ICD-10 Diagnosekategorien aufschlüsselt. Am Deutlichsten erkennbar ist dies bei der Diagnose „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ (F6), bei welchen analytische Therapien in gut 40% der Fälle voraussichtlich über vier Jahre dauern werden. Bei allen übrigen Therapierichtungen wird für maximal 20% der Fälle eine solche Prognose gestellt.

¹ Die Schweizer Charta für Psychotherapie ist eine Übereinkunft aller massgebenden schweizerischen Ausbildungsinstitutionen für Psychotherapie, der methodenspezifischen Fachverbände, von Kantonalverbänden und dem Schweizer Psychotherapeuten-Verband SPV. Die unterzeichneten Institutionen haben sich in einem Dachverband unter dem Namen "Schweizer Charta für Psychotherapie" zusammengeschlossen (Text aus: <http://www.psychotherapiecharta.ch>).

- Bei rund zwei Drittel der erfassten Therapien ist nur eine ICD-10 Diagnose gestellt worden. Hingegen erhöht sich in jenem Drittel aller Fälle, bei denen zwei oder mehrere Diagnosen gestellt werden, die geschätzte Therapiedauer in der Regel markant.

Die im vorliegenden Papier vorgestellten Ergebnisse sind interessant und illustrativ zur Beschreibung der Dauer der ambulanten Behandlung psychischer Erkrankungen in der Schweiz. Sie können – aus Gründen mangelnder Aktualität und Repräsentativität – aber nicht mit gutem Gewissen für konkrete Handlungsempfehlungen für die Gesundheitspolitik verwendet werden. Dazu bräuchte es eine ausgebaute Statistik der ambulanten Versorgung in der Schweiz. Letztere würde es gestatten, konkrete gesundheitspolitische Massnahmen wie die Änderung der Voraussetzungen für die Kostenübernahme der Psychotherapie durch die Versicherer per 1. Januar 2007 empirisch abzustützen, zu begründen und deren Wirkungen ohne grösseren Zusatzaufwand zu beobachten.

Résumé

En 2001, la Charte Suisse pour la psychothérapie² a réalisé une enquête empirique auprès d'une proportion importante de psychothérapeutes en Suisse. Diverses questions ont été posées à ces derniers sur leur formation et leur méthode de travail ainsi que sur leurs patients. Cette enquête n'est pas véritablement représentative, mais ses résultats revêtent une certaine importance déjà par le seul fait qu'ils portent sur plus de 15'000 thérapies. La *durée de la thérapie* n'était pas un aspect prioritaire de l'enquête, ce qui n'a pas facilité notre analyse. La durée a en effet été saisie de manière assez rudimentaire par le biais de la question portant sur le début et la *durée probable des thérapies considérées*.

Cette réserve mise à part, on peut observer quelques faits intéressants quant à la durée des psychothérapies en Suisse.

- La psychothérapie en Suisse est fortement axée sur les thérapies à long terme. Plus de deux tiers des thérapies durent plus d'une année et, d'après l'estimation des thérapeutes, environ une thérapie sur deux dure plus de deux ans.
- Les psychothérapies sont plus longues pour les femmes que pour les hommes : de 20% en moyenne. Cette différence entre les sexes quant à la durée des psychothérapies pourrait avoir pour conséquence que les femmes soient touchées plus fortement que les hommes par une limitation dans le temps des prestations des caisses-maladie (voir le chapitre 4: conclusions).
- Si l'on considère les divers courants méthodologiques, on constate sans surprise que les thérapies analytiques font plutôt partie des thérapies à long terme, car bon nombre d'entre elles durent plus de quatre ans. Les thérapies systémique, artistique, intégrative et comportementale ainsi que les thérapies de groupes recourant à plusieurs méthodes sont généralement des thérapies de brève durée (inférieure à une année). Les psychothérapies corporelles entrent elles aussi plutôt dans cette catégorie, car selon l'enquête, plus de la moitié des thérapies reposant sur ces méthodes durent moins de deux ans.
- On retrouve le modèle de base évoqué ci-dessus, s'agissant de la durée des thérapies et du courant thérapeutique, si l'on ventile les thérapies en fonction des principales catégories de diagnostic CIM-10. Ce modèle apparaît le plus clairement pour le diagnostic « troubles du comportement et de la personnalité » F6 : les thérapies analytiques fondées sur ce diagnostic vont durer plus de quatre ans dans plus de 40% des cas. Une telle durée est prévue pour 20% des cas au maximum dans tous les autres courants thérapeutiques.
- Environ deux tiers des cas considérés ne reposaient que sur un seul diagnostic CIM-10. Dans le tiers restant des cas, pour lesquels deux diagnostics ou plus ont été établis, on

² La Charte suisse pour la psychothérapie est un accord liant les instituts compétents à offrir une formation en Suisse, les associations regroupant les membres d'un même courant de psychothérapie, les groupements cantonaux et l'Association Suisse des Psychothérapeutes (ASP). Les institutions signataires se sont affiliées à une association faîtière portant le nom de « Charte suisse pour la psychothérapie » (texte tiré de: <http://www.psychotherapiecharta.ch>).

observe que la durée estimée de la thérapie tend à s'allonger de manière marquée.

Les résultats présentés dans ce document sont intéressants et parlants pour décrire la durée du traitement ambulatoire des maladies psychiques en Suisse. Mais par manque d'actualité et de représentativité, ils ne peuvent véritablement servir à élaborer des recommandations de mesures dans le domaine de la politique de la santé. Il faudrait pour cela disposer d'une solide statistique des soins ambulatoires en Suisse. Une telle statistique permettrait d'étayer de manière empirique des mesures politiques concrètes comme le changement au 1^{er} janvier 2007 des conditions de la prise en charge des coûts de psychothérapie par les assureurs, et d'observer les effets de ces mesures sans grande charge supplémentaire.

1 Einleitende Bemerkungen

Eine empirische Übersicht über die psychotherapeutischen Leistungen in der Schweiz, welche es erlauben würde, schlüssige und differenzierte Aussagen bezüglich der durchschnittlichen Dauer von Psychotherapien zu machen, gibt es bis zum heutigen Zeitpunkt nicht.

Einen impressionistischen – statistisch allerdings nicht gesicherten – Eindruck über Struktur und Dauer von Psychotherapien in der Schweiz kann aber auf der Basis der von der Schweizer Charta für Psychotherapie im Jahr 2001 durchgeführten Erhebung «Basisdokumentation» gewonnen werden. Zwar handelt es sich dabei nicht um eine repräsentative Erhebung, da aber die Struktur der an der Erhebung beteiligten Therapeuten im Vergleich zur Gesamtheit aller psychotherapeutisch Tätigen bekannt und die Anzahl der erfassten Therapien sehr hoch ist – über 15'000 Therapien konnten über einen Fragebogen erfasst werden –, kommt den Resultaten der Erhebung zweifellos eine nicht zu unterschätzende Bedeutung zu. Es können zwar keine statistisch gesicherten Antworten gegeben werden, aber die Resultate vermitteln einen Hinweis darauf, wie sich die Struktur der Psychotherapie in der Schweiz im Jahr 2001 präsentierte.

Überblicksmässig³ ergab sich aus der Erhebung der Charta, dass im Jahr 2001 von den rund 5'000 aktiven Psychotherapeuten/innen in der Schweiz etwa 4,6 Millionen Stunden Psychotherapie geleistet wurden. Knapp die Hälfte dieser Stunden wurden dabei von medizinisch ausgebildeten Therapeuten/innen bestritten. Mit rund 2,5 Millionen Therapie-Stunden wurde gut die Hälfte aller Therapieleistungen von der obligatorischen Krankenpflege-Grundversicherung (OKP) übernommen.

Am stärksten vertreten waren im 2001 in der Schweiz die analytischen Verfahren, welche in der Hälfte der gesamten Therapiestundenzahl angewandt wurden. Auf den weiteren Plätzen folgten die humanistischen und körperpsychotherapeutischen Verfahren. Die systemischen und verhaltenstherapeutischen Verfahren spielten in der Schweiz hingegen eine untergeordnete Rolle⁴. Für die wichtigsten weiteren Resultate der Erhebung sei verwiesen auf den Artikel «Struktur und Leistung der Psychotherapieversorgung in der Schweiz. Eine Erhebung der Schweizer Charta für Psychotherapie» (vgl. Schweizer et al., 2002).

Im vorliegenden Arbeitspapier soll somit nicht weiter auf diese bereits veröffentlichten Ergebnisse eingegangen werden; vielmehr soll es als Ergänzung dienen, indem die verschiedenen Aspekte zum Thema der Therapiedauer vertieft dargestellt werden. Bezüglich der Aussagekraft und der Repräsentativität der Ergebnisse sei deshalb ebenfalls auf den obigen Artikel von Schweizer et al. (2002) verwiesen.

³ Vgl. dazu auch [http://www.psychotherapiecharta.ch/main/Show_all\\$Id=101\\$ChartaEP=1.html](http://www.psychotherapiecharta.ch/main/Show_all$Id=101$ChartaEP=1.html).

⁴ Dies ist unter anderem auch darauf zurückzuführen, dass sie als Hauptmethode kaum Verwendung finden, sondern meist als zusätzliches Verfahren neben einer Hauptmethode verwendet werden.

2 Wichtige methodische Hinweise und Vorbehalte

- Die Erhebung «Basisdokumentation» der Schweizer Charta für Psychotherapie wurde als Querschnitterhebung konzipiert, das heisst sämtliche Fragen beziehen sich auf eine definierte Stichprobenwoche in den Monaten Mai und Juni 2001.
- Anhand von dreiseitigen schriftlichen Fragebögen wurden verschiedene Angaben zu den teilnehmenden Therapeuten/innen (demographische Angaben, Ausbildungsstand, Arbeitssetting, verwendete Therapiemethoden und Versorgungslage)⁵ erfragt. Die Angaben zu den – in der vorher festgelegten Stichprobenwoche – behandelten Patienten/innen wurden mit einem zweiseitigen Fragebogen erhoben. Gefragt wurde hier nach demographischen Angaben, Diagnose, Therapieart, Therapiemethoden und Therapiedauer⁶.
- Es ist zu betonen, dass die Frage nach der Therapiedauer für die Erhebung nicht zentral im Vordergrund stand. Sie wurde deshalb auch nur vergleichsweise rudimentär erfasst, nämlich durch die Frage *nach dem Beginn und der geschätzten(!) voraussichtlichen Dauer der einzelnen Therapien bis zu deren Abschluss*. Es handelt sich somit bei der erfassten Dauer nicht um eine effektive Beobachtung, sondern um eine Einschätzung der Therapeuten, wie lange die Therapie voraussichtlich dauern wird.
- Bei der Mehrheit der Fälle ist die zukünftige Dauer der Therapie ungewiss, beziehungsweise deren Einschätzung durch den Therapeuten wurde nicht vorgenommen: Von den 15'569 erfassten Patientenfragebögen beinhalten 6107 eine Angabe zur voraussichtlichen, geschätzten Therapiedauer.
- Der längerfristige Verlauf der Therapie beziehungsweise der Therapieerfolg kann durch die Querschnitterhebung naturgemäss nicht erfasst werden. Dadurch lassen sich die eingeschätzten Behandlungsdauern unter Umständen nicht vergleichen. So können mehrere kurze Behandlungen der gleichen Störung nicht einer erfolgreichen Langzeittherapie gegenübergestellt werden, da sie durch die Erhebung nur einmal erfasst werden.

⁵ Vgl. dazu [http://www.psychotherapiecharta.ch/main/Show_all\\$Id=101\\$ChartaEP=1.html](http://www.psychotherapiecharta.ch/main/Show_all$Id=101$ChartaEP=1.html)

⁶ Vgl. dazu ebenfalls [http://www.psychotherapiecharta.ch/main/Show_all\\$Id=101\\$ChartaEP=1.html](http://www.psychotherapiecharta.ch/main/Show_all$Id=101$ChartaEP=1.html)

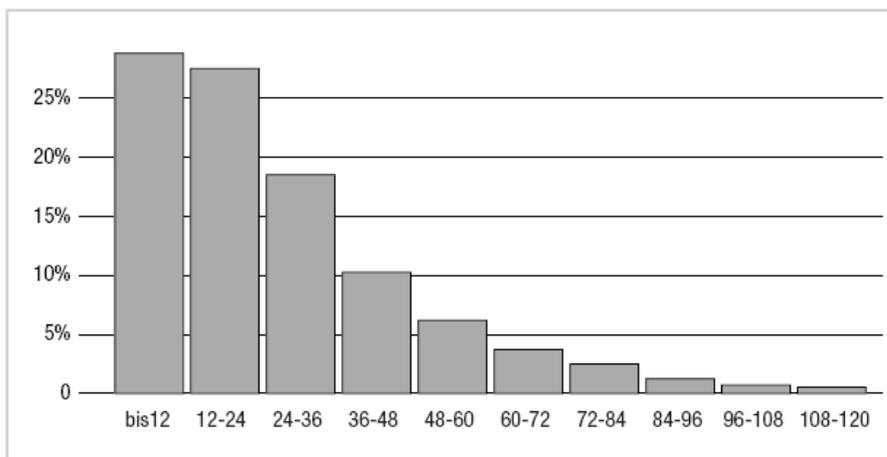
3 Ergebnisse

3.1 Übersicht: Gesamte Therapiedauer

Die Psychotherapie in der Schweiz ist stark auf Langzeittherapien ausgerichtet, eine Tendenz die sich auch in der Erhebung «Basisdokumentation» nachvollziehen lässt (Abb.1).

Abbildung 1:

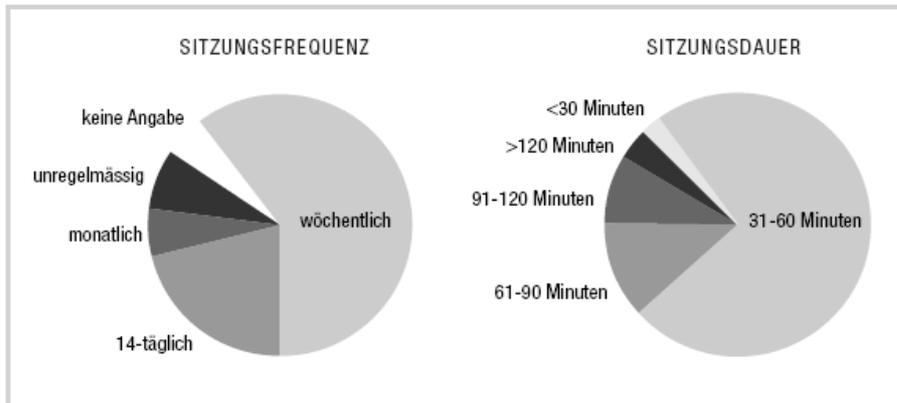
Verteilung der gesamten Therapiedauer nach Monaten



Kurzzeittherapien mit einer geschätzten Therapiedauer von unter einem Jahr machen lediglich 28 Prozent der erfassten Therapien aus, bei denen eine entsprechende Angabe gemacht wurde. Nahezu die Hälfte aller Therapien wird nach Einschätzung der Therapeuten mehr als zwei Jahre dauern und fast jede zehnte Therapie hat eine geschätzte Dauer von über 5 Jahren.

Der eigentliche Therapieaufwand ist allerdings abhängig von der Sitzungsfrequenz und der durchschnittlichen Dauer der einzelnen Therapiesitzungen. So könnten sich beispielsweise die Langzeittherapien insgesamt als weniger aufwändig erweisen, als dies auf den ersten Blick erscheint, wenn die Sitzungsfrequenz durchgehend geringer ist als bei Kurzzeittherapien.

Zwar zeigen sich in der Tat bedeutende Unterschiede bezüglich der (aktuellen) Sitzungsfrequenz – weniger als zwei Drittel der Patienten sehen ihren Therapeuten wöchentlich. Allerdings pendelt sich die durchschnittliche Sitzungsdauer pro Woche trotzdem bei rund 67 Minuten ein, dies bei einem Median von 60 Minuten (Abb.2). Weniger als 5 Prozent der erfassten Therapien weisen wöchentliche Sitzungsdauern von weniger als 30 Minuten auf und weniger als 5 Prozent überschreiten die Schwelle von 120 Minuten.

*Abbildung 2:**Verteilung der Sitzungsfrequenz und der durchschnittlichen Sitzungsdauer pro Woche*

Die pro Woche aufgewendete Zeit ist somit über alle erfassten Therapien hinweg recht konstant. Tiefe Sitzungsfrequenzen werden anscheinend meist wettgemacht durch längere Sitzungsdauern. Damit dürfte die Verteilung der Therapiedauer auf Basis der effektiven Therapiezeit in Stunden, kaum wesentlich von derjenigen abweichen, welche sich aus der Erhebung «Basisdokumentation» auf Basis der Dauer in Monaten ergibt.

Neben der Therapiedauer, der Sitzungsfrequenz und der Sitzungsdauer wäre die Anzahl Therapiesitzungen ein weiterer wichtiger Kennwert. Die Anzahl Sitzungen ist z.B. hinsichtlich der Änderung der Voraussetzungen für die Kostenübernahme der Psychotherapie durch die Versicherer in der Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV relevant. Seit dem 1. Januar 2007 übernimmt die Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG die Kosten für die ersten zehn Abklärungs- und Therapiesitzungen. Braucht es voraussichtlich mehr als zehn Sitzungen, muss der Therapeut nach sechs Sitzungen eine standardisierte Meldung an den Vertrauensarzt der Versicherung machen. Auf Vorschlag des Vertrauensarztes entscheidet die Versicherung über die Kostenübernahme von weiteren 30 Sitzungen. Soll die Therapie nach 40 Sitzungen fortgesetzt werden, braucht es einem weiteren Bericht des Therapeuten und die Therapie kann – bei positiven Vorschlag des Vertrauensarztes und entsprechendem Entscheid des Versicherers – auch nach über 40 Sitzungen auf Kosten der OKP fortgesetzt werden.

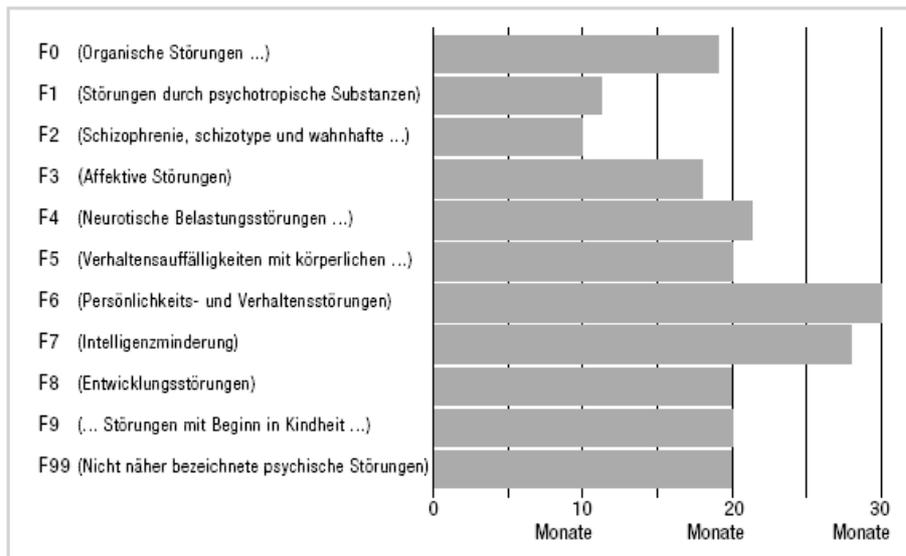
Die Anzahl Sitzungen kann trotz Angaben zur Therapiedauer und Sitzungsfrequenz in der «Basisdokumentation» qualitativ nicht befriedigend berechnet werden. Einerseits handelt es sich bei der Angabe zur Dauer um eine Einschätzung durch die Therapeuten. Hinzu kommt, dass im Fragebogen keine klare Definition der Therapie auf die sich die Dauer bezieht, gegeben wird. Zum anderen handelt es sich bei der Angabe zur Sitzungsfrequenz um ein Abbild der aktuellen Situation in der Stichprobenwoche und nicht um einen durchschnittlichen Wert. Da die Sitzungsfrequenz im Verlaufe einer Therapie bedeutend schwanken kann, bildet die gegenwärtige Frequenz keine aussagekräftige Grundlage für die Berechnung der Anzahl Sitzungen einer Therapie.

3.2 Therapiedauer nach Diagnosekategorien und Geschlecht

Die durchschnittliche Therapiedauer nach Diagnosekategorien auf der Basis des Median – das heisst je die Hälfte der Therapien dauern länger, bzw. weniger lang als dieser Wert – zeigt eine starke Gruppierung im Bereich von 20 Monaten (Abb.3).

Abbildung 3:

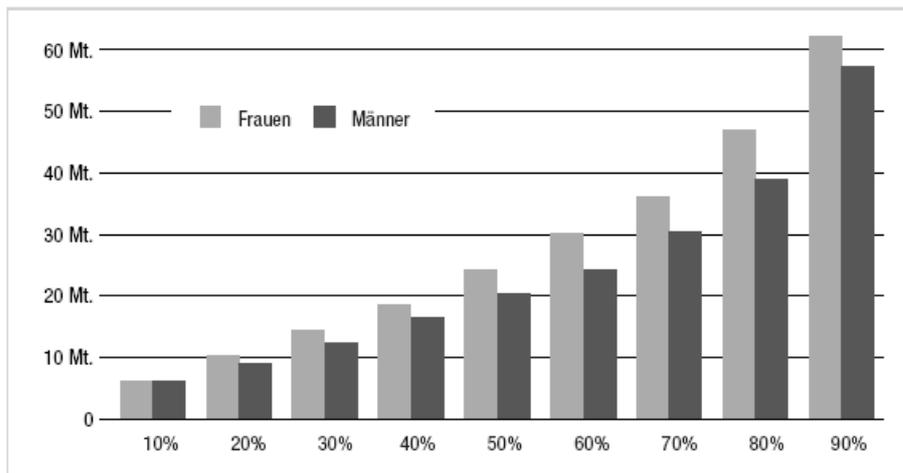
Durchschnittliche Therapiedauer nach Diagnosen (Mediane)



Längere durchschnittliche Dauern weisen vor allem die Diagnosen F4 «Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen» auf, welche mit einem Anteil von 32 Prozent aller gestellten Diagnosen die wichtigste Kategorie darstellt, sowie auch die Diagnose F6 «Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen», die drittwichtigste Diagnosekategorie mit einem Anteil von 14 Prozent an allen Diagnosen. Die Diagnosekategorie F7, welche die zweitlängste durchschnittliche Dauer aufweist, ist mit einem Anteil von 1 Prozent an allen gestellten Diagnosen von geringer Bedeutung.

Deutlich kürzere durchschnittliche Therapiedauern weisen die Diagnosen F2 «Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen» mit einem Median von 10 Monaten sowie F1 «Psychische- und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen» mit einem Median von 11 Monaten auf. Allerdings werden diese Diagnosen weniger häufig gestellt und sind mit Anteilen von 3 bzw. 5 Prozent von eher untergeordneter Bedeutung.

Abbildung 4:
Verteilung der Therapiedauer nach Geschlecht und Quantilen⁷



Aufgeschlüsselt nach Geschlechtern zeigt die Verteilung der Therapiedauer, dass Psychotherapien bei Patientinnen rund 20 Prozent längere Dauern aufweisen als bei Patienten (Abb.4). Die Unterschiede sind in allen Quantilen der Verteilung zu beobachten, mit Ausnahme der 10 Prozent mit den kürzesten Therapiedauern, bei denen die Quantilsgrenzen einheitlich bei 6 Monaten liegen. Die Unterschiede bei der Therapiedauer vergrössern sich kontinuierlich, bis zum 90 Prozent Quantil, bei dem die Unterschiede zwischen den Frauen und den Männern wieder abnehmen.

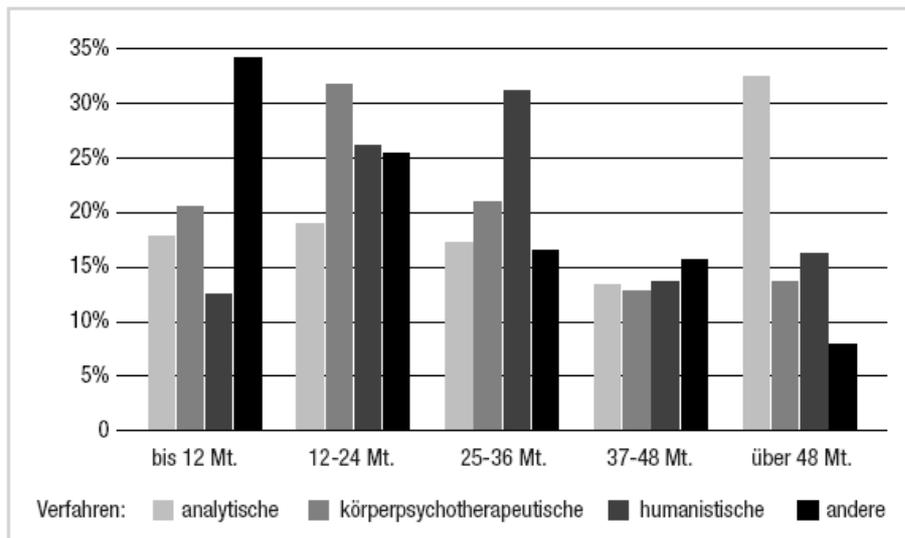
Die längere durchschnittliche Therapiedauer bei Frauen bedeutet, dass diese von einer zeitlichen Beschränkung der Krankenkassenleistungen für psychotherapeutische Leistungen insgesamt stärker betroffen wären als Männer.

3.3 Therapiedauer nach vier methodischen Hauptrichtungen

Für die Analyse der Therapiedauer bezüglich der zur Anwendung kommenden Methoden und Verfahren, werden diese zu vier Hauptgruppen zusammengefasst. (Ausführliche Erläuterungen zu den Hauptmethoden und deren Deklaration in: Schweizer, M. (2002), S.31ff.). Mit 44 Prozent aller Therapien sind die analytischen Verfahren in der Erhebung am stärksten vertreten, gefolgt von den humanistischen mit 28 Prozent und den körperpsychotherapeutischen mit 11 Prozent. Die verbleibenden 17 Prozent entfallen auf die Kategorie «andere». Die Residualkategorie «andere» umfasst im Wesentlichen systemische, kunsttherapeutische, integrative und verhaltenstherapeutische Methoden, sowie methodenübergreifende Gruppentherapien.

⁷ Lesehilfe für Abbildung 4: Jene 10% der Patienten/innen mit der kürzesten Dauer (*Gruppe 10%*) erwarten eine Behandlung von im Durchschnitt 6 Monaten. Hingegen erwarten jene 10% der Patienten/innen mit der längsten Dauer (*Gruppe 90%*) eine Therapiedauer gut 60 Monaten (Frauen) resp. etwas weniger als 60 Monate (Männer).

Abbildung 5:
Verteilung der Therapiedauer nach Verfahren und Quantilen⁸



Analytische Therapien treten am stärksten als Langzeittherapien auf und weisen – mit rund einem Drittel – den stärksten Schwerpunkt in der Kategorie der über vierjährigen Therapien auf (Abb.5). Das Gegenstück bildet die Kategorie «andere», welche vor allem Kurzzeittherapien von weniger als einem Jahr umfasst und – mit zunehmender zeitlichen Dauer – abnehmende Anteile an den übrigen Kategorien. Ebenfalls eher auf Kurzzeittherapien ausgerichtet sind die körperpsychotherapeutischen Methoden, bei denen über die Hälfte der Therapien dauern von unter zwei Jahren aufweisen. Der Schwerpunkt liegt bei diesen Verfahren in der Kategorie der ein- bis zweijährigen Therapiedauern. Humanistische Verfahren entfallen zu über der Hälfte auf die Kategorien zwischen 12 und 36 Monaten.

3.4 Therapiedauer nach ICD-10 Diagnosen und methodischen Hauptrichtungen

Das obige Grundmuster der Dauer der Psychotherapien bleibt auch durchgehend erkennbar, wenn sie weiter nach den wichtigsten ICD-10 Diagnosekategorien aufgeschlüsselt wird (Abb. 6 bis 11). Im Folgenden sind jene Diagnosen berücksichtigt, welche mehr als 5 Prozent am erfassten Total ausmachen. Durchwegs zeichnen sich analytische Therapien durch vergleichsweise lange Dauern aus, während die Kategorie «andere» die kürzesten Dauern aufweist. Dazwischen liegen mit unterschiedlichen Schwerpunkten die körperpsychotherapeutischen und die humanistischen Methoden und Verfahren.

⁸ Lesehilfe zu Abbildung 5: Knapp 35% der „anderen Verfahren“ haben eine erwartete Dauer von maximal 12 Monaten, weniger als 10% hingegen eine erwartete Dauer von mehr als 48 Monaten.

Am auffälligsten sind die Ergebnisse der ICD-10 Diagnose F9: «Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend» (Abb.11). Hier fallen die Unterschiede bei der zeitlichen Verteilung zwischen den Methoden am geringsten aus. Der Schwerpunkt liegt bei allen Methoden mit rund einem Drittel bei einer Dauer von 12 bis 24 Monaten.

Ebenfalls relativ homogen ist die zeitliche Verteilung der Therapien mit Diagnose F1: «Psychische- und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen» (Abb.6). Bei dieser Diagnose erwarten die Therapeuten überwiegend Therapiedauern von unter 12 Monaten, allenfalls bis zu 24 Monaten.

Abbildung 6:

Diagnose F1: „Psychische- und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“: Verteilung der Therapiedauer nach methodischen Hauptgruppen

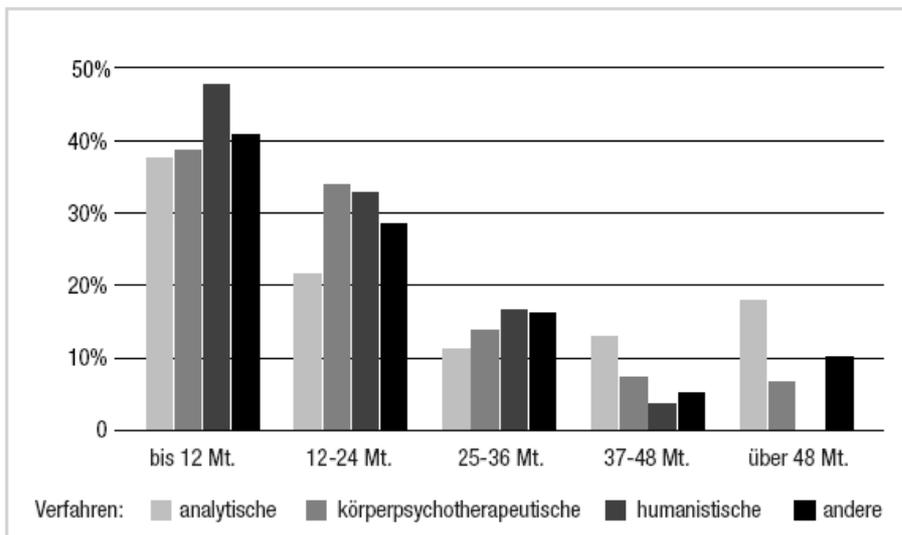


Abbildung 7:
 Diagnose F3: „Affektive Störungen“: Verteilung der Therapiedauer nach methodischen Hauptgruppen

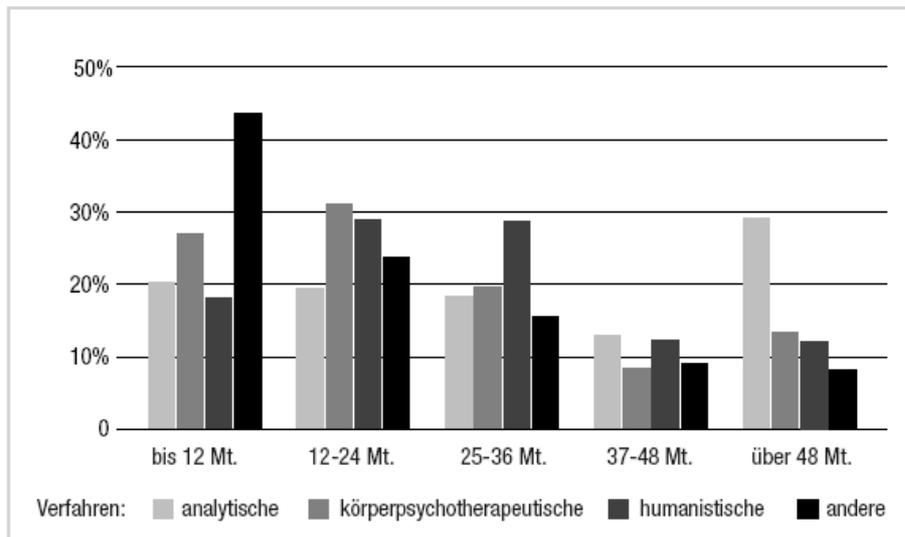


Abbildung 8:
 Diagnose F4: „Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen“: Verteilung der Therapiedauer nach methodischen Hauptgruppen

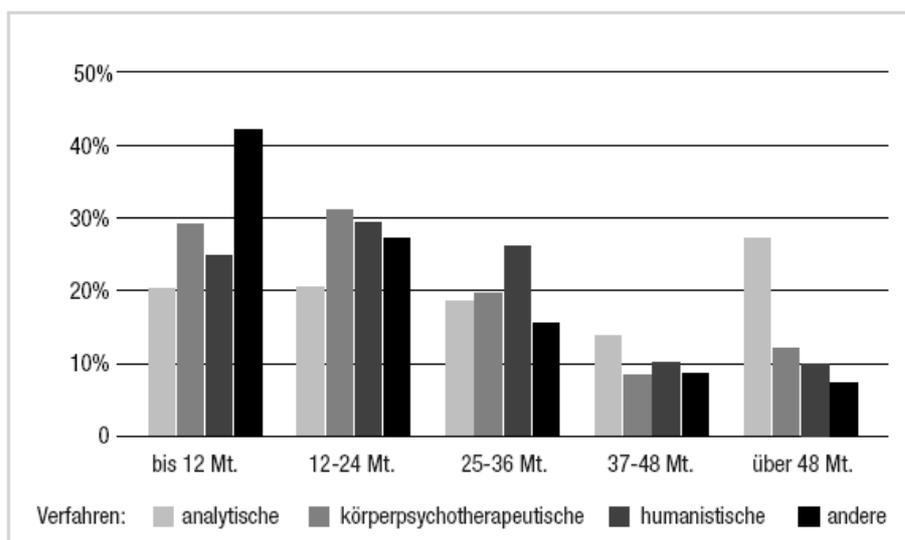


Abbildung 9:

Diagnose F5: „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren“: Verteilung der Therapiedauer nach methodischen Hauptgruppen

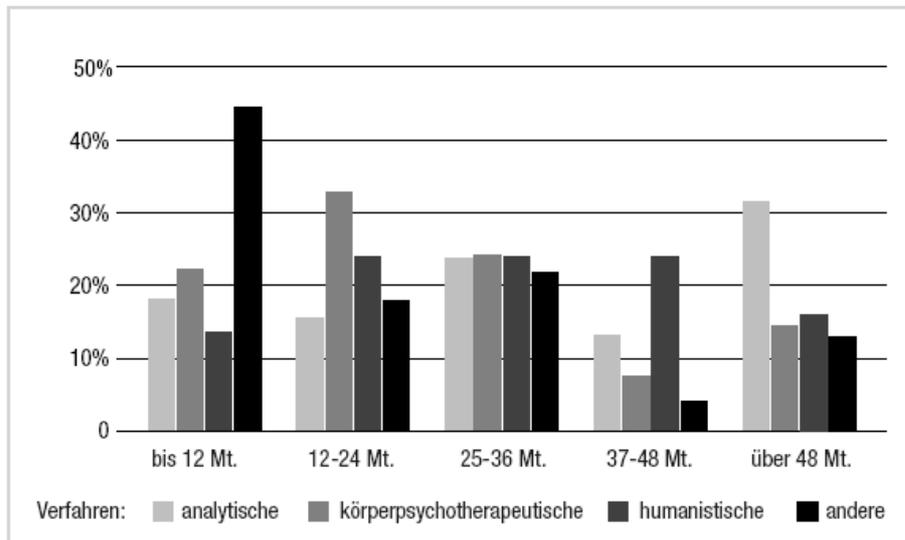


Abbildung 10:

Diagnose F6: „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“: Verteilung der Therapiedauer nach methodischen Hauptgruppen

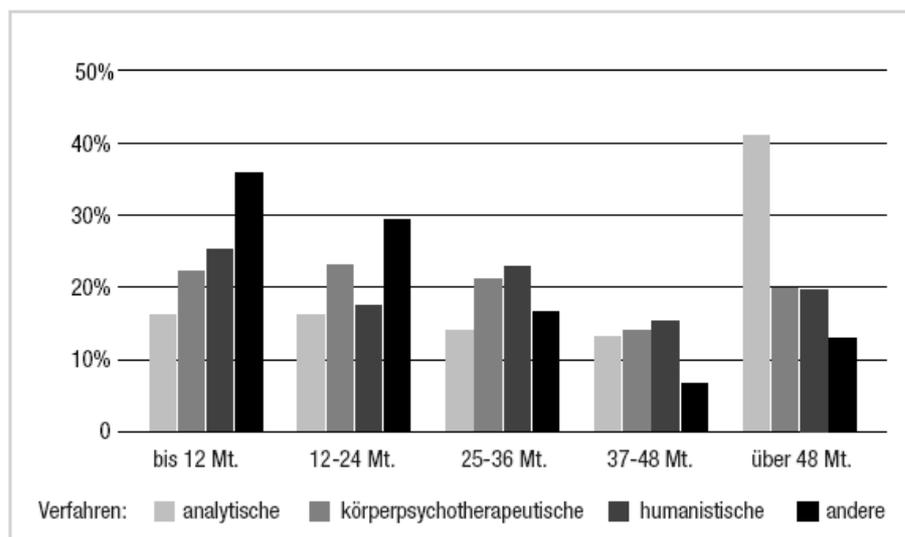
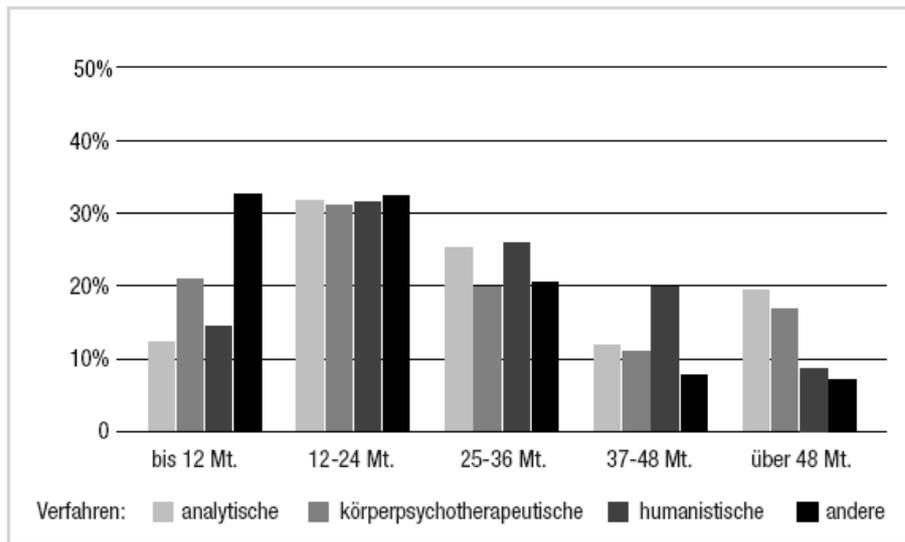


Abbildung 11:

Diagnose F9: „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“: Verteilung der Therapiedauer nach methodischen Hauptgruppen

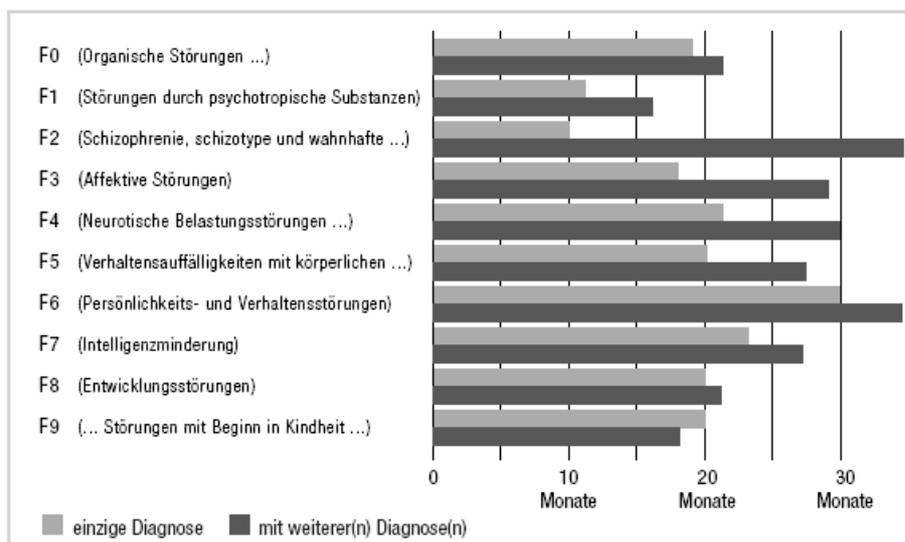


3.5 Therapiedauer: Weitere Einflüsse

Bei rund zwei Drittel der erfassten Therapien ist nur eine ICD-10 Diagnose gestellt worden. Allerdings zeigt sich, dass in jenen Fällen, bei denen zwei oder mehrere Diagnosen gestellt wurden, sich die geschätzte Therapiedauer in der Regel markant erhöht (Abb.12).

Abbildung 12:

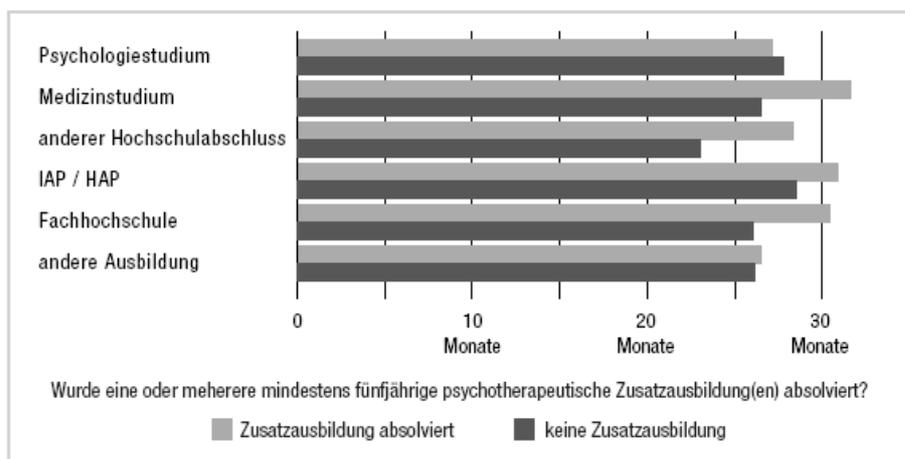
Durchschnittliche Therapiedauer bei mehreren gestellten Diagnosen (Mediane)



Dies trifft insbesondere zu, wenn als Erstdiagnose F2 «Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen» gestellt wurde. Kommen weitere Diagnosen hinzu, vervielfacht sich die durchschnittliche Therapiedauer. Ähnliches – wenn auch nicht im selben Ausmass – lässt sich bei den Diagnosen F3 «Affektive Störungen» und F4 «Neurotische Belastungsstörungen» beobachten. Demgegenüber verkürzt sich die durchschnittliche Therapiedauer im Fall von mehreren Diagnosen, wenn als Erstdiagnose F9 «Verhaltens und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend» gestellt wird.

Abbildung 13:

Durchschnittliche Therapiedauer nach Ausbildung der Therapeuten (Mediane)



Ein offensichtlicher Zusammenhang scheint auch zwischen der Therapiedauer und der psychotherapeutischen Ausbildung der Therapeuten zu bestehen. Wurden eine oder mehrere mindestens fünfjährige Zusatzausbildungen absolviert, verlängert sich die durchschnittliche Therapiedauer in den meisten Fällen (Abb.13). Allerdings ist dies nicht bei jenen Therapeuten der Fall, welche ein Hochschulstudium in Psychologie absolviert haben, hier verringert sich die durchschnittliche Therapiedauer geringfügig bei jenen Therapeuten, welche über eine entsprechende Zusatzausbildung verfügen.

Der hier aufgezeigte Zusammenhang zwischen der Ausbildung der Therapeuten und der Therapiedauer lässt allerdings keine Rückschlüsse auf die Kausalität zu. Therapeuten mit längerer Ausbildungsdauer behandeln unter Umständen komplexere und langwierigere Fälle, welche einen grösseren Zeitaufwand notwendig machen.

4 Schlussfolgerungen

Mit der Etablierung der medizinischen sowie der administrativen Statistik der Krankenhäuser durch das Bundesamt für Statistik BFS verfügt die Schweiz seit dem Jahre 1998 über eine recht gute Grundlage zur Beurteilung stationären Versorgung im Gesundheitswesen der Schweiz. Dies steht ganz klar im Gegensatz zum ambulanten Bereich, wo nach wie vor eine bedeutende statistische Lücke besteht. Diese lässt es kaum zu, das ambulante Versorgungsgeschehen adäquat zu beschreiben und zu verfolgen.

Diese Problematik gilt natürlich auch für den Bereich der ambulanten Psychotherapie und hat zur Folge, dass man sich – beispielsweise zur Frage der Dauer dieser Therapien – auf relativ alte und nicht wirklich repräsentative Datensätze stützen muss. So sind die in diesem Papier vorgestellten Ergebnisse interessant und illustrativ zur Beschreibung der Behandlung psychischer Erkrankungen in der Schweiz. Sie genügen in ihrer Qualität und Fundierung aber kaum, um konkrete Schlüsse zu ziehen und Handlungsempfehlungen für die Gesundheitspolitik zu machen. Aus gesundheitspolitischer Perspektive wäre eine Verbesserung dieser Datenlage also dringend nötig und das Bundesamt für Statistik hat auch die entsprechenden konzeptionellen Vorarbeiten eingeleitet. Leider ist die Gefahr gross, dass das Projekt oder zumindest bedeutende Teile davon den dem Bund durch das Parlament auferlegten Sparanstrengungen zum Opfer fallen werden.

Einmal mehr und sehr konkret spürbar wird der beschriebene Datenmangel im Zusammenhang mit der Anpassung der Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV⁹ auf den 1. Januar 2007, bei der die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme für die ärztliche, psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung neu definiert¹⁰ wurden. Für die dabei verlangte wissenschaftliche Begleit-Untersuchung¹¹ über die Umsetzung und Wirkung der neuen Regelungen müssen die entscheidenden Daten mit viel Aufwand zuerst bei den betroffenen Leistungserbringern (Therapeuten) neu erhoben werden. Hätte man bereits im Voraus über entsprechende Zahlen – insbesondere zur Dauer der Psychotherapien in der Schweiz – verfügt, hätte man die neuen Regelungen auch empirisch abstützen und begründen können. Allenfalls wäre man gar zum Schluss gekommen, dass diese gar keine Wirkungen in beabsichtigter Form entfalten.

⁹ Vgl. SR 832.112.31 sowie die Verordnungsänderung vom 3. Juli 2006.

¹⁰ Die alte Regelung sah zwei einstündige Sitzungen pro Woche in den Jahren 1, 2 und 3 der Behandlung; eine einstündige Sitzung pro Woche in den Jahren 4, 5 und 6 sowie eine einstündige Sitzung alle zwei Wochen in den Jahren 7 und folgende vor.

Die neue Regelung legt – neben einer angepassten Definition von „Psychotherapie“ – fest, dass die OKP die Kosten für die ersten zehn Abklärungs- und Therapiesitzungen übernimmt. Bei mehr als zehn Sitzungen muss der Therapeut eine Meldung an den Vertrauensarzt machen, der mit dem Versicherer über die Übernahme der Kosten von höchstens 30 weiteren Sitzungen entscheidet. Falls die Therapie nach 40 Sitzungen zu Lasten der OKP fortgesetzt werden soll, muss der Arzt dem Vertrauensarzt der Versicherung einen begründeten Vorschlag zur Fortsetzung der Therapie unterbreiten. Der Vertrauensarzt wiederum macht der Versicherung einen Vorschlag, ob und in welchem Umfang die Behandlung zu Lasten der Versicherung über die 40 Stunden hinaus fortgesetzt werden soll. Bei einem positiven Entscheid muss der Therapeut dem Vertrauensarzt in der Folge mindestens einmal jährlich über den Verlauf und die weitere Indikation der Therapie berichten.

¹¹ Vgl. dazu Artikel 3d der Verordnungsänderung vom 3. Juli 2006.

Die hier ausgewerteten Daten geben Hinweise darauf, welche Patienten- und Diagnosegruppen bzw. welche Therapiemethoden und Therapeuten von der eben erwähnten Verordnungsänderung am meisten betroffen sein könnten. Es gestaltet sich schwierig, Vermutungen darüber anzustellen, da die neue KLV-Regelung eine Unterscheidung von zwei Verfahren in der ambulanten psychiatrischen Behandlung einführt. Die verstärkte Kontrollaufsicht gilt für jene Therapien, die der – in der Verordnung festgelegten – Definition von Psychotherapie entsprechen¹². Psychiatrisch-psychotherapeutische Aktivitäten, die nicht unter diese Definition fallen, müssen dem Vertrauensarzt nicht gemeldet werden¹³. In diesen Fällen werden somit keine Limiten bezüglich Therapieumfang (maximale Anzahl Sitzungen) aufgestellt. Ausserdem sind keine jährlichen Meldungen über Verlauf und Indikation der Therapie vorgeschrieben. Dies stellt – im Vergleich zur „alten“ Regelung – eine Lockerung der Kontrolle durch den Vertrauensarzt resp. den Versicherer dar. Gemäss BAG handelt es sich bei den therapeutischen Aktivitäten, die nicht unter besagte Definition fallen, um Behandlungen welche im Rahmen von integrierten psychiatrisch - psychotherapeutischen Behandlungen (IPB)¹⁴ oder von sozialpsychiatrischen Behandlungen erbracht werden, sofern die Psychotherapie nicht das wichtigste Element der Behandlung darstellt (z.B. Behandlung schwer depressiver Personen, bei denen eine Psychotherapie (noch) nicht möglich ist oder z.B. Behandlung von suchtkranken Personen mit psychosozialen Problemen). IPB hat auch besondere Bedeutung bei der Langzeitbehandlung von Patienten mit Schizophrenie oder hirnorganischen Störungen, bei Chronizität der psychiatrischen Erkrankung und bei Komorbiditäten.

Die folgenden Vermutungen zu Gruppen von Patienten/innen, Diagnosen, Methoden und Therapeuten, die besonders von der Verordnungsänderung betroffen sein könnten, werden unter der Annahme getroffen, dass die jeweilige psychotherapeutische Behandlung der Definition von Psychotherapie nach der neuen Verordnung entspricht.

Die längere durchschnittliche Therapiedauer bei Frauen dürfte zur Folge haben, dass Patientinnen von der zeitlichen Beschränkung der Krankenkassenleistungen stärker betroffen sein könnten als Männer.

Die Diagnosegruppen F6 «Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen», F7 «Intelligenzminde- rung» und F4 «Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen» weisen die längsten durchschnittlichen Dauern auf. Die neue Kostenregelung wird vermutlich vor allem bei «Neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen» spürbar sein, da diese Diagnose mit 32

¹² Psychotherapie wird wie folgt definiert: „Unter Psychotherapie wird eine Form der Therapie psychischer und psychologischer Erkrankungen verstanden, die vorwiegend auf sprachlicher Kommunikation beruht und auf einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens sowie einer ätiologisch orientierten Diagnostik aufbaut. Sie beinhaltet die systematische Reflexion und kontinuierliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung, zeichnet sich durch regelmässige und vorausgeplante Therapiesitzungen aus und strebt mittels lehrbarer Techniken ein definiertes therapeutisches Ziel an.“ (vgl. dazu SR 832.112.31, Art. 2, Abs. 2)

¹³ Die Empfehlungen auf der Website des BAG zur „Meldung von und zur Berichterstattung über Psychotherapien“ geben hierzu jedoch genauer Auskunft (vgl. dazu:

<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/02874/03451/index.html?lang=de>).

¹⁴ In den Empfehlungen des BAG wird zum Begriff IPB auf das Weiterbildungsprogramm FMH Psychiatrie und Psychotherapie verwiesen (vgl. dazu http://www.fmh.ch/de/data/pdf/psychiatrie_version_internet_d.pdf).

Prozent den grössten Anteil an den gestellten Diagnosen ausmacht. Die Diagnosekategorie F6 «Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen» mit der längsten durchschnittlichen Dauer ist die dritt wichtigste Gruppe mit einem Anteil von 14 Prozent an allen Diagnosen. Werden bei einer Person zwei oder mehr Diagnosen gestellt, verlängert sich die Therapie in der Regel markant. Am deutlichsten zeigt sich das bei einer Erstdiagnose F2 «Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störung». Kommen weitere Diagnosen hinzu, vervielfacht sich die durchschnittliche Therapiedauer von 10 Monaten auf knapp 40 Monate. Gerade in diesen Fällen könnte der Anteil an therapeutischen Behandlungen, welche nicht unter die Definition von Psychotherapie nach der neuen Verordnung fallen (z.B. IPB) erhöht sein. Was heissen würde, dass diese Therapien von der Lockerung der Kontrollaufsicht profitieren könnten.

Die Therapien nach analytischer Methode machen den grössten Anteil der Langzeittherapien aus. Mit rund einem Drittel bilden sie den Schwerpunkt in der Kategorie der über vierjährigen Therapien. Eher auf Kurzzeittherapien ausgerichtet sind die körperpsychotherapeutischen Methoden, bei welchen über die Hälfte der Therapien Dauern von unter zwei Jahren aufweisen bzw. ein Fünftel Dauern unter 12 Monaten.

Es besteht ausserdem ein Zusammenhang zwischen der Therapiedauer und der psychotherapeutischen Ausbildung der Therapeuten. Wurden eine oder mehrere mindestens fünfjährige Zusatzausbildungen absolviert, verlängert sich die durchschnittliche Therapiedauer in den meisten Fällen. Das trifft allerdings bei jenen Therapeuten, welche ein Hochschulstudium in Psychologie absolviert haben, nicht zu. Der Zusammenhang zwischen der Ausbildung der Therapeuten und der Therapiedauer lässt keine Rückschlüsse auf die Kausalität zu. Therapeuten mit längerer Ausbildungsdauer behandeln unter Umständen komplexere und langwierigere Fälle, welche einen grösseren Zeitaufwand notwendig machen.

5 Literaturverzeichnis

Camenzind, P., Schuler, D. und Sturny, I. (2007): Eckwerte der ambulanten und stationären Versorgung psychisch kranker Menschen in der Schweiz: Schlussbericht. Web-Publikation des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Obsan. Im Internet unter: www.obsan.ch.

Schweizer, M., Buchmann, R., Schlegel, S. und Schulthess, P. (2002): Struktur und Leistung der Psychotherapieversorgung in der Schweiz. Erhebung der Schweizer Charta für Psychotherapie. Psychotherapie Forum (2002) 10: 127 – 146. Springer-Verlag, Wien, New York.

Schweizer, M. (2003): Status quo im Psychotherapiebereich der Schweiz - Resultate der Erhebung "Basisdokumentation" der Schweizer Charta für Psychotherapie. In: Stationen im Prozess der Anerkennung der psychologischen Psychotherapie. Forschungsbericht des Bundesamts für Sozialversicherung der Reihe "Beiträge zur sozialen Sicherheit", Bern.