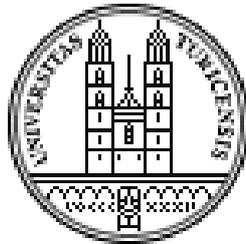


Yvonne Traber

Vor- und Nachteile delegierter Psychotherapie

Ergebnisse einer Befragung von psychotherapeutischen Fachpersonen



Universität Zürich
Psychologisches Institut
Sozial- und Gesundheitspsychologie

November 2008

überarbeitete Version März 2009

Dr. phil. Yvonne Traber
Binzmühlestrasse 14/14
CH-8050 Zürich
Tel. +41 44 635 72 61
Fax +41 44 635 72 59
yvonne.traber@psychologie.uzh.ch
www.psychologie.uzh.ch/sozges

Abstract

Delegierte Psychotherapie ist ein versicherungstechnisches Konstrukt, welches primär dazu dient, nicht ärztliche Psychotherapie über die Grundversicherung der Krankenkassen abrechnen zu können. Zuerst als Übergangslösung konzipiert, wurde es mit der Einführung des TARMED in diesen aufgenommen und ist heute fester Bestandteil in der psychotherapeutischen Grundversorgung der Schweiz. Damit verbunden ist eine Ungleichbehandlung von psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeut/-innen mit anderen Grundausbildungen, vor allem Psychologinnen und Psychologen. Ziel dieser Studie war herauszufinden, wie die Beteiligten diese Form der Zusammenarbeit erleben, welche Vor- und Nachteile sich für sie daraus ergeben und welche Erfahrungen sie damit verbinden. Es zeigte sich, dass für alle Betroffenen die Nachteile dieser Zusammenarbeit die Vorteile bei weitem übertreffen und gewünscht wird, dass die nicht ärztliche Psychotherapie der ärztlichen in allen Belangen gleich gestellt wird.

Dank

Es ist mir ein Anliegen, mich an dieser Stelle bei allen Institutionen, welche meine Anfrage an ihre Mitglieder weiter leiteten sowie bei allen Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, welche sich für ein Interview oder die Teilnahme an einer Fokusgruppe bereit erklärt haben, ganz herzlich zu bedanken. Mein Dank gilt weiterhin den Studentinnen und Studenten, welche im Rahmen des Kurses „Qualitative Methoden: Grundlagen“ im Herbstsemester 2007 die Interviews durchgeführt und die Fokusgruppen geleitet und die entsprechenden Transkripte angefertigt haben wie auch den Studierenden des Folgekurses „Qualitative Methoden: praktische Anwendung“, die im Frühjahrssemester 2008 die umfangreichen Textdateien ausgewertet haben. Danken möchte ich ebenfalls Herrn Prof. Rainer Hornung, der mir jeweils bei der Auswahl der Themen für die Kurse in qualitativer Forschung freie Hand lässt und es mir damit ermöglicht hat, dieses Thema zu bearbeiten. Herzlich bedanken möchte ich mich ebenfalls bei Herrn Dr. Stefan Dietrich, Präsident der GedaP, für seine wertvolle Unterstützung bezüglich der Darstellung der juristischen und gesundheitspolitischen Hintergründe der delegierten Psychotherapie.

Inhalt

1.	Einleitung	4
1.1.	Was versteht man unter „delegierter Psychotherapie“?	4
1.2.	Geschichte der delegierten Psychotherapie	5
2.	Forschungsinteresse und Fragestellungen	8
3.	Methode	8
3.1.	Stichprobe	9
3.2.	Datengewinnung und Auswertung	10
4.	Resultate	11
4.1.	Qualifikationen	11
4.2.	Anstellungsvertrag, Raummiete, Administratives	12
4.3.	Rechnungsstellung und Finanzielles	13
4.4.	Aufgaben des/der delegierenden Ärzt/in	13
4.5.	Aufgaben des / der Therapeut/in	14
4.6.	Gründe für und gegen delegierte Psychotherapie aus der Perspektive von Ärzt/innen und Psychotherapeut/innen	15
4.7.	Patientenrekrutierung, Patientenprofil und Arbeitspensum bei delegiert und selbstständig arbeitenden nichtärztlichen Psychotherapeut/innen	17
4.8.	Nutzen der delegierten Psychotherapie	18
4.9.	Nachteile der delegierten Psychotherapie	20
4.10.	Nicht delegierte Psychotherapie – Vor- und Nachteile	22
4.11.	Beziehungen und Zusammenarbeit zwischen delegierender Ärztin und delegiert arbeitender Psychotherapeutin	24
4.12.	Zufriedenheit aus ärztlicher Sicht	27
4.13.	Zufriedenheit aus therapeutischer Sicht	27
4.14.	Gefühl angestellt respektive abhängig zu sein	28
4.15.	Situation der delegierenden Ärzt/innen	29
4.16.	Zukunftsvisionen	30
5.	Zusammenfassende Diskussion	33
6.	Literaturverzeichnis	38
	Anhang 1: Schreiben an potentielle Interview-Partner/innen und Teilnehmer/innen an Gruppengesprächen	39
	Anhang 2: Leitfäden für Interviews und Gruppengespräche Psychotherapeut/in und Arzt / Ärztin	41

1. Einleitung

1.1. Was versteht man unter „delegierter Psychotherapie“?

Die nachstehenden Angaben stützen sich auf die Zusammenfassung der geltenden Rechtsprechung bezüglich delegierter Psychotherapie von Kieser, erschienen in der Schweizerischen Ärztezeitung (2004;85: Nr. 11) sowie auf die Vereinbarung über die Anerkennung von Sparten nach TARMED, Beilage G: „Anerkennung“ Delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis, Version 2.0 vom 20.6.07. Dies betrifft die eidgenössische Ebene. Weiter trat am 1. Juni 2005 eine Verordnung über die nichtärztlichen Psychotherapeuten in Kraft, auf welche ebenfalls Bezug genommen wird (Gemeinsames Informationsschreiben der SGDP, der GedaP und der AGZ vom 9.11.2005). Letzteres betrifft die Gesundheitspolitik des Kantons Zürich.

Delegierte Psychotherapie ist in der Schweiz für nicht ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine Möglichkeit, ihre Leistungen über die Grundversicherung der Krankenkasse abrechnen zu können. Die delegierte Psychotherapie ist damit eine Pflichtleistung der Krankenversicherer, welche aus der obligatorischen Grundversicherung bezahlt wird. Nicht ärztliche Psychotherapeut/innen arbeiten dabei im Angestelltenverhältnis, d.h. sie müssen von einem Arzt oder einer Ärztin angestellt werden, über welche die Rechnungsstellung erfolgt. Diese Bestimmungen beruhen auf dem privatrechtlichen Vertrag "Tarmed", welcher zwischen FHM, santésuisse, und H+ abgeschlossen und vom BAG abgesegnet wurde.¹ Dabei sind folgende Voraussetzungen erforderlich:

Von Seiten des Arztes/der Ärztin:

- Facharzttitel FMH für Psychiatrie und Psychotherapie oder
- Facharzttitel APPM oder
- Fähigkeitsausweis delegierte Psychotherapie FMH oder
- Spezialausbildung in Psychotherapie und fünfjährige hauptberufliche psychotherapeutische Tätigkeit oder
- Besitzstandswahrung gemäss Übergangsregelung.

Von Seiten des Therapeuten/der Therapeutin:

- Hochschulabschluss im Hauptfach Psychologie an einer Universität oder Fachhochschule, inklusive Psychopathologie
- Fortgeschrittene oder abgeschlossene Weiterbildung in der gewählten Psychotherapiemethode inklusive Selbsterfahrung und Supervision, wie sie von der Schweizer Charta für Psychotherapie verlangt wird
- Falls in psychotherapeutischer Weiterbildung stehende Psycholog/innen angestellt werden, muss diese Ausbildung innert 5 Jahren abgeschlossen sein.
- Für vor dem Inkrafttreten der oben erwähnten Verordnung delegiert tätig gewesene Psychotherapeut/innen, welche den Anforderungen nicht entsprechen, besteht ebenfalls eine Übergangsregelung zur Besitzstandswahrung.

Weitere wichtige Voraussetzungen sind:

1. Die Therapie muss in den Praxisräumen des Arztes oder der Ärztin stattfinden

¹ Gemäss Mitteilung von Herrn Stefan Dietrich, Präsident der GedaP, könnte der Tarmed eingeklagt werden, weil er das KVG verletzt, was in gewissen Punkten der Fall sei. Ein privatrechtlicher Vertrag könne nur das regeln, was im Gesetz auch genau so vorgesehen sei. So stehe z.B. im KVG, dass keine Gruppen von Leistungserbringern diskriminiert werden dürften, was im Bereich der delegierten Psychotherapie jedoch der Fall sei, weil z.B. die Delegationsfähigkeit eines Arztes oder einer Ärztin (als Gruppe) verneint werde.

2. Die Ärztin oder der Arzt beaufsichtigt die Therapie und trägt dafür die Verantwortung
3. Es muss ein Anstellungsverhältnis vorliegen

Ad2. Dabei muss nicht jede Sitzung mit einer ärztlichen Konsultation verbunden sein, jedoch sollte grundsätzlich die Ärztin oder der Arzt vor Beginn der Therapie konsultiert werden. Weiter wird eine enge Arbeitsbeziehung zwischen delegierender und delegiert arbeitender Person verlangt.

Ad3. Während vor der Einführung des TARMED (Einzelleistungstarif für sämtliche in der Schweiz erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen im Spital und in der freien Praxis) der Arbeitsvertrag zwischen Arzt/Ärztin und Psychotherapeut/in nicht klar geregelt war, wurde dieser danach einer den Anforderungen des Schweizerischen Obligationenrechts (OR) entsprechenden Norm angepasst. D.h., dass die Therapeutin oder der Therapeut nicht selbstständig erwerbstätig sein dürfen, sondern in „mehr oder weniger ausgeprägter organisatorischer (und) auch wirtschaftlicher Abhängigkeit vom delegierenden Arzt (...). Massgebend ist also, dass das unternehmerische Risiko bei der Ärztin bzw. beim Arzt verbleibt.“ (Kieser, 2004, S. 575). Es muss ein schriftlicher Arbeitsvertrag vorliegen, in dem Ferienanspruch, Kündigungsfrist, etc. geregelt sind. Die Rechnungsstellung erfolgt im Namen des Arztes/der Ärztin und er/sie hat auch für den fehlenden Zahlungseingang einzustehen. Ferner erfolgt die Abrechnung an AHV und BVG für die therapeutisch tätige Person als unselbstständig erwerbend. „Deshalb sind die AHV-Beiträge, Beiträge an Pensionskassen und Prämien an die Unfallversicherung durch den Arbeit- bzw. Auftraggeber – d.h. den Arzt oder die Ärztin – zu erbringen.“ (Kieser, 2004, S. 576). Die Bindung an ein Angestelltenverhältnis wurde von den Krankenversicherern gefordert, weil ein Bundesgerichtsurteil in den 1980er-Jahren von einem "Angestelltenverhältnis" sprach; dies beruht somit nicht auf einer gesetzlichen Grundlage, sondern auf einem Gerichtsurteil.²

1.2. Geschichte der delegierten Psychotherapie

Die folgenden Ausführungen stützen sich vor allem auf die GedaP-Schrift „Zur Geschichte der delegierten Psychotherapie in der Schweiz“ von 2002. Für detailliertere Angaben sei auf diese ausführliche Darstellung der gesamten Hintergründe der delegierten Psychotherapie verwiesen.

Mitte der 1970er Jahre wurden in verschiedenen Regionen der Schweiz Anstrengungen unternommen, Psychotherapien von Nicht-Medizinern über die Krankenkasse abrechnen zu können. In Zürich stand die „Stiftung für Psychotherapie und Psychoanalyse“ dahinter, die es sich zum Ziel gemacht hatte, auch Patient/innen zu behandeln, welche es sich nicht leisten konnten, die Behandlung selbst zu bezahlen. Da es in der Schweiz zu der Zeit relativ wenig psychotherapeutisch tätige Psychiater/innen gab, war das Angebot sehr eingeschränkt und es gab wenig Therapieplätze. Aus dieser Notlage heraus entstand die Idee, dass nichtmedizinische Psychotherapeut/innen im Auftrag von Ärztinnen und Ärzten Psychotherapien durchführten und die Ärzte dann diese den Krankenkassen in Rechnung stellten. Dies geschah relativ formlos und funktionierte für alle Beteiligten zufriedenstellend. Voraussetzung war die Praxisbewilligung des Arztes und die Auswahl, an wen er delegieren wolle, lag in seiner Kompetenz und Verantwortung. Es passte den Krankenkassen verständlicherweise nicht, dass

² Nach Kieser wäre sehr wohl auch ein Auftragsverhältnis möglich. Bezüglich der Einschätzung der massgeblichen Sozialversicherung änderte dies jedoch nichts, da die AHV die Einordnung "angestellt – selbstständig" bestimmt und bei einem überwiegend anstellungsähnlichen Arbeitsverhältnis gegen die Selbstständigkeit entscheiden würde. Vgl. dazu auch Kieser, 2004.

sie jede Leistung, egal von wem durchgeführt, zu bezahlen hatten und so konstatierte eine Krankenkasse 1978, dass Psychotherapie grundsätzlich nicht delegierbar sei sondern eine Leistung des Arztes. Aufgrund der Weigerung dieser Kasse, die Therapie zu bezahlen, gelangte die Stiftung an das Kantonale Verwaltungsgericht, wo sie mit ihrer Klage aber scheiterte. Sie zog die Klage an das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) weiter, welches in einem Urteil vom Mai 1981 feststellte, dass delegierte Psychotherapie eine Pflichtleistung der Krankenversicherer sei, wenn die ausführenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den Praxisräumen des Arztes, unter seiner direkten Aufsicht und Verantwortung arbeiten und von ihm angestellt sind. Das Urteil des EVG führte in der Folge zu Grabenkämpfen zwischen Krankenversicherern, Ärztevertretern und der Stiftung, die sich für nichtärztliche Psychotherapie einsetzte. So schlossen zum Beispiel die Ärztegesellschaft des Kantons Zürich (AGZ) und der Kassenverband (VZKV) ein Abkommen, das die Zulassung der Delegierenden und Delegierten beschränkte. Ausserdem beschlossen sie, eine Tarifposition 769 (delegierte Psychotherapie) zu schaffen, die die Abgeltung einer psychotherapeutischen Stunde mit Fr. 75.- vorsah, was weit unter dem ärztlichen Tarif für Psychotherapie lag. Dies mit der Begründung, dass nur sich noch in Ausbildung befindliche Psychotherapeut/innen delegiert arbeiten würden (GedaP, 2002a).

Niemand war mit der bestehenden Situation recht zufrieden, die delegiert Arbeitenden befanden sich in einer arbeitsrechtlichen Grauzone und konnten sich mangels zuständigen VertreterInnen in den Verbänden auch nicht wehren. Dies war der Anlass, die GedaP (Gesellschaft delegiert arbeitender Psychotherapeut/innen) zu gründen (1993).

Vor Inkrafttreten des neuen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) 1997, bemühten sich die Psycholog/innenverbände, die nicht ärztliche Psychotherapie in die obligatorische Grundversicherung aufnehmen zu lassen. Leider konnten sich die beiden grossen Verbände FSP und SPV über die Voraussetzungen für die Zulassung von Psychotherapeut/innen nicht einigen, sodass mit dem FMH und den für den Erlass des Gesetzes zuständigen Bundesbehörden kein Konsens erzielt werden konnte, womit nicht ärztliche Psychotherapie nicht als Pflichtleistung der Krankenversicherung aufgenommen wurde. Es gab daher auch weiterhin für die Abrechnung dieser Form von Psychotherapie nur die Möglichkeit, diese über eine/n delegierende/n Arzt/Ärztin verrechnen zu lassen. Dies, wenn man von der Option absieht, die Therapie über die Zusatzversicherung abzurechnen, was jedoch sowohl aus Sicht des/der Patient/in wie aus Therapeut/innensicht wenig attraktiv ist, da die meisten Zusatzversicherungen sowohl prozentual als auch absolut eher kleine Beiträge an eine Psychotherapie bezahlen.

1999 unternahm der VZKV als stärkster Verband der schweizerischen Krankenversicherer nochmals eine Anstrengung, die Durchführung der delegierten Psychotherapie zu regeln und vor allem einzuschränken, indem er delegierende Ärzte und Ärztinnen anschrieb, dass sie eine formale Anstellung ihrer Therapeut/innen nachzuweisen hätten. Andernfalls würden die Kassen sich vorbehalten, Leistungen der letzten fünf Jahre zurück zu fordern. Zusätzlich sei den Kassen eine umfassende Dokumentation ihrer eigenen und der Qualifikation der Therapeut/innen zu unterbreiten. Anhand dieser Angaben würde vom VZKV eine Liste erstellt und nur wer sich auf dieser Liste (sog. Positivliste) befinde, sei befugt, den Kassen für delegierte Psychotherapie Rechnung zu stellen. Dies führte dazu, dass einige delegierende Arzt/innen die Delegation kündigten, weil sie sich dem wachsenden Papierkrieg nicht stellen wollten und/oder Angst davor hatten, mit Rückforderungen der Kassen in den Konkurs getrieben zu werden. Die anderen delegierenden Arzt/innen gründeten in der Folge die Interessengemeinschaft delegierender Psychiater/innen (IGDP), welche heute als Schweizerische Ärztegesellschaft für delegierte Psychotherapie (SGDP) Teilverband der FMH ist.

Über eine lange Zeit war die delegierte Psychotherapie für die ausführenden Psychotherapeut/innen alles andere als lukrativ, verdienten sie doch im Schnitt nicht einmal die Hälfte dessen, was ein Psychiater oder eine Psychiaterin für die gleiche Arbeit erhielt (im Kt. Zürich z.B. 80 Franken gegenüber rund 180 Franken pro Std.). Erst mit Einführung des TARMED am 1.1.2004 wurden die Ansätze für nicht ärztliche Psychotherapie angehoben und betragen jetzt im Kanton Zürich ca. 133 Franken, für Mediziner/innen 191 Franken für die volle Stunde. Das heisst, dass Psycholog/innen ungefähr 70% des Ansatzes für Ärzt/innen von der Krankenkasse vergütet bekommen.

Durch die Einführung des TARMED sowie die Inkraftsetzung der Verordnung über die nicht-ärztliche Psychotherapie vom 1. Juni 2005 wurden die Voraussetzungen für die Erbringung delegierter Psychotherapie zu Lasten der Grundversicherung der Krankenkasse seitens der Versicherer weiter verschärft und vor allem auch allgemeinverbindlich schriftlich festgehalten (vgl. Vereinbarung über die Anerkennung von Sparten nach TARMED, Version 2.0 vom 20.6.07 und Gemeinsames Informationsschreiben der SGDP, der GedaP und der AGZ vom 9.11.05). Dies gilt sowohl für die delegierenden Ärzt/innen wie auch für die delegiert arbeitenden Psychotherapeut/innen. Konnten zuvor auch Ärzte und Ärztinnen, welche über keinen Fachtitel in Psychiatrie bzw. über kein Wissen und Erfahrung in Psychotherapie verfügten, diese an psychologisch und psychotherapeutisch geschulte Fachpersonen delegieren, wurde sowohl durch TARMED als auch durch die Verordnung festgehalten, dass die Ärzt/innen „über die qualitative Dignität ‚Kinder- & Jugendpsychiatrie und -psychotherapie‘, ‚Psychiatrie & Psychotherapie‘ oder ‚FA delegierte Psychotherapie‘ verfügen müssen, um Psychotherapien delegieren zu dürfen.“ (TARMED-Vereinbarung 20.6.07, S. 16).

Für die Psychotherapeut/innen wurden die oben genannten Voraussetzungen bezüglich ihrer Aus- und Weiterbildung fest geschrieben; und wurden zuvor die arbeitsrechtlichen Formalitäten wie Arbeitsvertrag, Abrechnung der Sozialversicherungen etc. eher locker gehandhabt, wurden diese nun – gestützt auf verschiedene Urteile von Versicherungsgerichten – schärfer kontrolliert. Zum Beispiel konnte es für Therapeut/innen, welche sowohl selbstständig als auch delegiert arbeiten, heikel werden, wenn der selbstständige Teil ihrer Arbeit zu gross wurde, da sie dann von den Gerichten nicht mehr als „angestellt“ taxiert werden können. Im Zug dieser Verschärfung wurde von den beteiligten Verbänden und Interessengemeinschaften SGDP (Schweizerische Ärztegesellschaft für delegierte Psychotherapie), GedaP (Gesellschaft delegiert arbeitender Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) sowie von der AGZ (Ärztegesellschaft des Kantons Zürich) ein Musterarbeitsvertrag ausgearbeitet, welcher den betroffenen Arztpraxen zugestellt wurde und welcher alle arbeitsrechtlichen Bedingungen beinhaltet, wie Berechnung des Salärs, Sozialversicherungsabgaben, Kündigungsfristen, Lohnfortzahlung bei Ferien und im Krankheitsfall, etc. und der schriftlich zwischen den Vertragspartnern abgefasst werden musste.

Einerseits wurde die delegierte Psychotherapie dadurch für nicht ärztliche Psychotherapeut/innen attraktiver, da sie rechtlich besser abgesichert waren und auch der Tarif angehoben wurde, andererseits sahen sich Ärztinnen und Ärzte vor einen umfangreicher werdenden administrativen Aufwand gestellt, der viele davon abhielt, Psychotherapien (auch weiterhin) zu delegieren. Dies verschärfte die Situation – zumindest auf dem Platz Zürich – erheblich, indem die Nachfrage nach Anstellungen in Arztpraxen (und vor allem in Psychiatrie-Praxen) stieg und das Angebot sank.

Wie sich für delegiert arbeitende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dann bald herausstellte, war die monetäre Seite der neuen Vereinbarung für sie keineswegs so rosig, wie sich dies auf den ersten Blick nach Einführung der neuen Tarife des TARMED dargestellt

hatte. Die meisten Arbeitsverträge, welche abgeschlossen werden, beinhalten nach wie vor die eigene Erarbeitung des Einkommens, d.h. die Patient/innen müssen selbst rekrutiert werden und die Anstellung ist mehr oder weniger pro forma, indem die Therapeut/innen selbst (sei es nun durch prozentuale Rückstellung von Einkünften oder nur auf dem Papier) dafür Sorge tragen müssen, dass Ferien und krankheitsbedingte Abwesenheit bezahlt werden. Wollen sie sich im Krankheitsfall absichern (was sie, respektive die delegierenden Ärzt/innen gemäss Vertrag müssen), muss eine Taggeldversicherung abgeschlossen und bezahlt werden. Dazu kommen die Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge an die AHV-IV-ALV, die Pensionskasse, die Betriebs- und Nichtbetriebsunfallversicherung, etc. Natürlich müssen auch die Miete und Infrastruktur der Praxis anteilmässig bezahlt werden sowie häufig noch ein administrativer Beitrag an die Rechnungsstellung und für die Umtriebe des delegierenden Arztes, sodass von den ursprünglich erarbeiteten Honoraren der Patient/innen oft weniger als die Hälfte schliesslich als Einkommen verbucht werden kann.

2. Forschungsinteresse und Fragestellungen

Aufgrund der oben erwähnten schwierigen Ausgangslage und da die „delegierte Psychotherapie“ unseres Wissens nur in der Schweiz praktiziert wird und es dazu bisher keine wissenschaftlichen Untersuchungen gibt, hat uns interessiert, wie die betroffenen Ärztinnen und Ärzte und die nicht ärztlichen Psychotherapeut/innen die Situation einschätzen und erleben. Wir haben dazu eine Befragung sowohl bei delegierenden wie auch bei nicht delegierenden Ärzt/innen und bei delegiert und nicht delegiert arbeitenden Psychotherapeut/innen durchgeführt. Uns interessierte speziell die Motivation sowohl der delegierenden Mediziner/innen zur Delegation als auch der delegiert arbeitenden Psychotherapeut/innen, delegiert zu arbeiten. Daneben wollten wir in Erfahrung bringen, wie sich die Zusammenarbeit zwischen den beiden Berufsgruppen gestaltet, wo Vorteile, wo Nachteile dieses Konstruktes erlebt und erlitten werden. Es interessierte uns zudem die Sichtweise der nicht delegierenden Ärzt/innen aber auch jene der bewusst nicht delegiert arbeiten wollenden Therapeutinnen und Therapeuten. Ferner geht es bei unserer Befragung auch um die Gestaltung der Vorgaben, z.B. wie wird mit dem Anstellungsvertrag umgegangen, welche Probleme ergeben sich aus der Kombination zwischen der formalen Anstellung und der in der Realität als selbstständig erfahrenen Tätigkeit; wo erleben die Betroffenen Konflikte mit der Vorgabe, dass Ärzt/innen die Verantwortung für Tätigkeiten übernehmen müssen, welche von psychologischen Fachpersonen durchgeführt werden, gibt es durch diese Art der Zusammenarbeit zwischen medizinischen und psychologischen Fachpersonen Störungen in der Durchführung der Therapie, wie erleben psychotherapeutisch ausgebildete Fachleute die Tatsache, dass sie von den Leistungserbringern als „medizinisches Hilfspersonal“ qualifiziert werden, welche Vor-, resp. Nachteile ergeben sich aus der delegierten Psychotherapie für Patientinnen und Patienten sowie für die Krankenkassen und Versicherungen, etc.?

3. Methode

Da, wie gesagt, wenig über diese Art der Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Therapeuten bekannt ist, schien uns ein offenes Interview die geeignete Methode, um möglichst viele Informationen von direkt Betroffenen zu erhalten. Es wurden also problemzentrierte Leitfadeninterviews mit offenen Fragen durchgeführt (Witzel, 1985), dazu als Ergänzung zwei Fokusgruppen (Lamnek, 1998), welche gemäss dem selben Leitfaden die Fragen miteinander diskutierten. Der Leitfaden, der aufgrund der in Diskussionen entwickelten Fragestellungen erarbeitet wurde, befindet sich im Anhang. Aufgrund der Spezifität der Thematik konnte im

Vorfeld nicht auf Theorien und empirische Studien zurück gegriffen werden, welche allenfalls für die Ausarbeitung eines Interviewleitfadens auch genutzt werden können.

3.1. Stichprobe

Die Interviews und die Fokusgruppen wurden im Rahmen des Methodenkurses „Qualitative Methoden: Grundlagen“ im Herbstsemester 2007 durchgeführt. Die Gewinnung der Stichprobe erfolgte durch Anfrage per E-Mails (vgl. Anhang). Zum einen wurden via Mailliste der Schweizer Charta für Psychotherapie deren Mitgliedsinstitutionen angeschrieben, welche die entsprechende Anfrage dann den Einzelmitgliedern weiterleiteten. Weiter wurden Berufsverbände von psychotherapeutischen resp. psychiatrischen Berufsgruppen angeschrieben mit der Bitte, die Anfrage ebenfalls weiterzuleiten. Es meldeten sich im Verlaufe der Monate Oktober bis Dezember 2007 ca. 70 psychotherapeutisch bzw. psychiatrisch Tätige, welche sich für ein Interview oder zur Teilnahme an einer Fokusgruppe bereit erklärten. Aufgrund der Vorgabe des Kurses, wonach jede Studentin und jeder Student zwei Interviews oder ein Interview und zu zweit eine Gruppendiskussion durchführen sollte, war die Anzahl der Personen, welche interviewt werden konnten, limitiert. Es wurden schliesslich 42 Einzelinterviews durchgeführt, deren Teilnehmer/innen folgendermassen gruppiert werden können:

- 19 weibliche Psychotherapeutinnen, arbeiten delegiert
- 5 männliche Psychotherapeuten, arbeiten delegiert
- 1 weibliche Psychotherapeutin, arbeitet nicht delegiert
- 7 männliche Psychotherapeuten, arbeiten nicht delegiert
- 1 Ärztin, delegiert nicht
- 1 Ärztin, delegiert
- 8 Ärzte, delegieren

Leider konnten von den angestrebten 4-5 Fokusgruppen in den verschiedenen Landesteilen der Schweiz nur 2, je eine in Bern und in der Ostschweiz realisiert werden. Auch erwies es sich als sehr schwierig, genügend Teilnehmer/innen für die Gruppengespräche zu rekrutieren, bzw. Termine zu finden, die allen zusagten (dies auch wegen der relativ kurzfristigen Organisation vor Weihnachten), sodass die beiden Gruppen nur aus 3, bzw. 4 Personen (plus jeweils zwei Moderatorinnen) bestanden (Idealgrösse für eine Gruppendiskussion wären gemäss Lamnek (1998) 6-10 Personen). Zudem war die eine Gruppe bestehend aus lauter Psychotherapeutinnen sehr homogen, während die andere aus einer Praxisgemeinschaft bestand, also einer natürlichen Gruppe entsprach. Trotz der Limitation durch diese Gegebenheiten, entschlossen wir uns, die Aussagen der Gruppenteilnehmenden als Ergänzung zu den Interviews in die Auswertung aufzunehmen, konnten jedoch nicht davon ausgehen, dass die Gruppendiskussion sehr viel zur vertieften Diskussion der Thematik beigetragen hat (etwas, was eigentlich den Fokusgruppen zugeschrieben wird und den grösseren Aufwand für diese Art der Datengewinnung rechtfertigen soll). Die Fokusgruppen waren also folgendermassen zusammengesetzt:

- 3 Psychotherapeutinnen, 2 arbeiten delegiert, 1 nicht
- 1 Arzt, delegiert, 3 Psychotherapeutinnen, arbeiten delegiert

Insgesamt wurden also 49 Personen befragt. Davon arbeiten

- delegiert:
- 24 Psychotherapeutinnen und 5 Psychotherapeuten

nicht delegiert:
2 Psychotherapeutinnen und 7 Psychotherapeuten

Es delegieren insgesamt:
1 Ärztin und 9 Ärzte

1 Ärztin delegiert nicht und hat auch nie delegiert.

Das Alter der Befragten umfasst die Spanne zwischen 28 und 67 Jahren, wobei die meisten Interviewten zu den Jahrgängen 1941 bis 1960 gehören. Eine Person bezeichnete sich als pensioniert, alle anderen waren noch berufstätig.

3.2. Datengewinnung und Auswertung

Die Studierenden des Kurses interviewten je zwei Personen (im Einzelsetting). Vier Studentinnen führten je ein Einzelinterview durch und daran anschliessend moderierten sie je zu zweit eine Gruppendiskussion. Die Interviews wurden in der Regel in den Praxen der befragten Ärzt/innen und Psychotherapeut/innen durchgeführt, die Gruppendiskussionen fanden zum einen in einem Raum der Universität Bern, zum anderen in der Praxis der befragten Personen statt. Die Interviews und Gruppengespräche wurden auf Tonträger aufgenommen und anschliessend wörtlich transkribiert. Dabei wurden die meist in Dialekt geführten Gespräche ins Schriftdeutsche übersetzt, wobei darauf geachtet wurde, die spezifischen Spracheigenheiten der schweizerdeutschen Sprache, wie z.B. Zeitformen, beizubehalten, damit der Inhalt möglichst wenig verfälscht wurde. Die Transkription hielt sich an einfache Regeln, beispielsweise wurden paraverbale Äusserungen wie „äh“, „öh“, Verzögerungen im Sprachfluss oder Modulation der Stimme nicht transkribiert, da diese für unsere Fragestellung nicht relevant sind und somit auf die Datenauswertung keinen Einfluss haben.

Die Auswertung der Texte erfolgte im anschliessenden Kurs „Qualitative Methoden: praktische Anwendung“ im Frühjahrssemester 2008. Dazu wurden die Transkripte in das Computerprogramm „MAXqda, Software for **q**ualitative **d**ata **a**nalysis“ eingelesen und in mehreren Schritten, entsprechend der Anleitung von Mayring (9. Aufl., 2007) kodiert. Dabei geht es darum, die Komplexität der Daten stetig zu reduzieren und dabei möglichst nah am Ausgangsmaterial – also an den transkribierten Aussagen der Beteiligten – zu bleiben. Es sollen direkt aus dem Text Kategorien gebildet werden, in denen die Aussagen gebündelt werden können. In Ergänzung dazu wurden Kategorien auch aus dem Interviewleitfaden entwickelt.

Da unsere Gruppe, welche die Texte auswerten sollte, relativ gross war, gingen wir wie folgt vor, um die Anzahl Codes und Kategorien überschaubar zu halten: Die Kursleiterin erstellte in einem ersten Schritt ein vorläufiges Codesystem anhand des Leitfadens und der Auswertung einiger Interviews. Darauf wurden Arbeitsgruppen, bestehend aus jeweils zwei Studierenden gebildet. Diese Gruppen kodierten alle Texte, d.h. diese wurden unter ihnen aufgeteilt, wobei durchaus auch neue Codes in das Codesystem eingeführt werden konnten, die dann jeweils von allen übernommen wurden. Sodann wurden die Texte noch einer zweiten Kodierung durch zwei andere Teilnehmende des Kurses unterzogen, sodass im Anschluss daran diese zwei Kodierungen miteinander verglichen und eine Interrater-Übereinstimmung gemacht werden konnte. Die vier an der Kodierung beteiligten Personen suchten bei Nichtübereinstimmung der Codes einen Konsens, wonach dann die Textstelle kodiert wurde. Es zeigte sich bei diesem Verfahren, dass die Übereinstimmung allgemein sehr hoch war, das

heisst, dass die aufgrund des Leitfadens und der Texte erstellten Codes brauchbar und trennscharf genug waren.

Das weitere Vorgehen sah so aus, dass die einzelnen Fragestellungen aufgeteilt und an die 12 Arbeitsgruppen verteilt wurden. Fragestellungen beinhalteten zum Beispiel die Patientenrekrutierung, Nutzen, Vor- und Nachteile delegierter und nicht delegierter Psychotherapie aus Sicht von Ärzt/innen, Therapeut/innen, Patient/innen und Kostenträgern, etc. Die Arbeitsgruppen erarbeiteten nun anhand sämtlicher Texte die Antworten zu diesen Fragestellungen, indem sie die Aussagen der interviewten Personen paraphrasierten und zusammenfassten.

Die Auswertung wurde also zuerst vertikal (d.h. entlang eines Textes) und anschliessend horizontal (fragenspezifisch über alle Texte) durchgeführt.

Anhand der erarbeiteten und zusammengefassten Antwortkategorien und nach nochmaliger Sichtung des gesamten Datenmaterials wurde der vorliegende Bericht durch die Kursleiterin verfasst. Dabei war es uns ein Anliegen, die Aussagen so detailliert wie möglich und so knapp wie nötig zusammen zu fassen, sodass sich ein umfassendes Bild der vorgefundenen Situation von Ärzt/innen und Therapeut/innen ergibt.

4. Resultate

Die Antworten werden entlang den folgenden Fragen/Themen zusammen gefasst und gegebenenfalls mit Textausschnitten illustriert:

- Soziodemografische Angaben, Qualifikationen
- Anstellung/Vertrag, Dauer, Räumlichkeiten, Administration
- Rechnungsstellung, Finanzielles, Aufgaben Ärzt/in / Therapeut/in
- Gründe und Motive für und/oder gegen delegierte Psychotherapie
- Patient/innen-Rekrutierung / Patient/innen-Profil
- Nutzen der delegierten Psychotherapie für die Beteiligten
- Nachteile der delegierten Psychotherapie für die Beteiligten
- Vor- und Nachteile selbstständiger Psychotherapie
- Beziehungen und Zusammenarbeit zwischen Arzt und Therapeutin
- Zufriedenheit und Gefühl, angestellt/abhängig zu sein (del. Psychotherapeut/in)
- Zufriedenheit und Einstellung zur Psychotherapie (delegierende/r Ärzt/in)
- Zukunftsvisionen, -pläne, -wünsche, -befürchtungen bezüglich (delegierter) Psychotherapie

Die soziodemografischen Angaben wurden bereits bei der Stichprobenbeschreibung aufgeführt, daher werden sie hier nicht nochmals wiederholt.

4.1. Qualifikationen

Ärzt/innen:

Die meisten der interviewten Mediziner/innen sind Fachärzt/innen für Psychiatrie und Psychotherapie, entweder für Erwachsene oder für Kinder und Jugendliche, ein delegierender Arzt ist Allgemeinmediziner mit einer Weiterbildung für Psychotherapie. Als Zusatzausbildungen wurden genannt: Homöopathie, psychosomatische und psychosoziale

Medizin, Körperpsychotherapie, systemische Familientherapie, Gestalttherapie. Die Ärzt/innen arbeiten zum Teil zusätzlich als Lehrtherapeut/innen und Supervisor/innen. Die Mehrheit der delegierenden Ärzt/innen hat eine psychotherapeutische Weiterbildung, zum Teil wird diese auch erst jetzt nachgeholt. Die Therapieausbildungen sind im Gegensatz zu denen der nichtärztlichen Therapeut/innen häufiger nicht integral.

Psychotherapeut/innen:

Der grösste Teil der befragten Psychotherapeut/innen hat einen Hochschul- oder Fachhochschulabschluss in Psychologie mit dem häufigst genannten Nebenfach der Psychopathologie. Weitere häufige Nebenfächer, die studiert wurden, sind Neuropsychologie, Philosophie und Pädagogik. Es gibt bei den Befragten aber auch andere Grundausbildungen, diese sind ehemalige Lehrer, Sozialarbeiterin, Psychiatrieschwester, Kindergärtnerin und Biologe. Als Therapieausbildungen wurden angegeben: Psychoanalyse, analytische Psychotherapie, personenzentrierte, Verhaltens- und Gesprächstherapie, systemische Paar- und Familientherapie, Gestalttherapie und Transaktionsanalyse. Zusätzliche Ausbildungen in Traumatherapie, tiergestützter Therapie, Alkohol- oder allgemeiner Suchttherapie, Hypnose-Ausbildung und Musiktherapie wurden genannt. Auch die Therapeut/innen arbeiten neben der Tätigkeit mit Patient/innen noch in anderen Berufsfeldern wie z.B. in der Ausbildung, als Supervisor/innen oder als Künstler sowie auch in (berufs-)politischen Feldern.

4.2. Anstellungsvertrag, Raummiete, Administratives

Obwohl ein Anstellungsvertrag gesetzlich vorgeschrieben ist, wurde ein solcher nicht in allen Praxen abgeschlossen, die Variationsbreite des Gesagten geht vom Nichtvertragsabschluss, über mündliche Abmachungen bis zur vorgabekonformen Abfassung und Unterzeichnung eines schriftlichen Vertrages, der sich häufig an dem von den Interessengemeinschaften und Verbänden abgegebenen Musterarbeitsvertrag orientiert. Die Dauer des Vertrages ist in der Regel unbefristet, im Einzelfall aber auch befristet auf 2 oder 5 Jahre, meistens wird eine Kündigungsfrist festgelegt. In der Wahrnehmung der Befragten ist der Vertrag vor allem auch ein Schutz der angestellten Psychotherapeut/innen. Fast durchwegs wird die Anstellung im Stundenlohn vereinbart, wobei meist auch kein fixes Pensum vorgegeben wird. Im Gegensatz zu dem im Anstellungsvertrag Vorgegebenen, ist bei verschiedenen Psychotherapeut/innen die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall nicht gewährleistet. Obwohl de iure die als Arbeitgeber/innen fungierenden Ärzt/innen die Hälfte der Sozialleistungen vergüten müssten, spielt sich dies de facto mehrheitlich so ab, dass die angestellten Psychotherapeut/innen sowohl Arbeitgeber- als auch Arbeitnehmerbeitrag an die Sozialversicherungen zahlen. Bei den anderen, wo auch de facto die Ärzt/innen ihren Anteil zahlen, wird dieser natürlich dem Stundenlohn der Psychotherapeut/innen abgezogen.

Das Führen der Krankengeschichte der eigenen Patient/innen obliegt dem/der Psychotherapeut/in, meist werden auch die Berichte an die Krankenkassen von diesen geschrieben und entweder nur vom Arzt / der Ärztin oder von beiden unterzeichnet. Die Sozialversicherungs-Abrechnungen werden meist von den Arbeitgeber/innen oder von ihnen beauftragten Treuhänder/innen oder Buchhalter/innen gemacht, die Rechnungsstellung an die Patient/innen erfolgt häufig über die Ärztekasse. Für diese Dienstleistungen kann (und wird) den Psychotherapeut/innen ein Abzug bei der Gehaltszahlung gemacht werden. Konfliktpotential orten die Befragten einerseits beim Vertrauen (oder Misstrauen) der Ärzt/innen in die Fähigkeit der Psychotherapeut/innen was das Führen der Krankengeschichte und das Schreiben von Berichten betrifft. Auf der anderen Seite können aus dem mangelnden Vertrauen der Psychotherapeut/innen in die richtige und faire Abrechnung ihrer Stunden auf Seiten des Arztes/der Ärztin Konflikte entstehen.

Der Ausschnitt aus dem Interview mit einer delegiert arbeitenden Psychotherapeutin bezüglich ihres Anstellungsvertrages illustriert die obigen Aussagen:

Er [der Vertrag] beinhaltet im Wesentlichen, dass ich alle Risiken selber trage, dass ich meine Sozialleistungen selber trage, ja, auch meine Versicherungen selber trage, auch meine Berufshaft selbst versichere..., ja, also es beinhaltet vor allem meine Pflichten. Und wir haben einen Zusatz zu diesem Arbeitsvertrag, der die Entschädigung regelt. Diese Entschädigung läuft im Moment so, dass ich 10% von meinem totalen Umsatz ihr überweise. [...] Eigentlich kriegt sie diese 10 % nur, weil sie mir ihre ZSR-Nummer zur Verfügung stellt. [...] Es ist so, dass unsere 10% eigentlich auch noch den Sinn haben, dass sie die Verantwortung trägt im Hintergrund. Das heisst, wenn irgendwas schief laufen würde, müsste sie gerade stehen. [...] Aber wir sind sehr in Diskussion gerade im Moment. Ich bin nicht mehr zufrieden mit diesen 10%. Ich finde es zu hoch.

Psychotherapeutin, arbeitet delegiert

4.3. Rechnungsstellung und Finanzielles

Bei der Rechnungsstellung wird von den befragten Psychotherapeut/innen die verzögerte und komplizierte Abrechnung durch die Ärztekasse kritisiert. Viele Therapeut/innen bzw. Institutionen verfügen über eine eigene Nummer bei der Ärztekasse, die Patient/innen zahlen das Honorar zunächst bei dieser ein und die Ärztekasse rechnet dann mit den Therapeut/innen / Institutionen ab. In einigen Praxen wird die Rechnungsstellung von der Therapeutin / dem Therapeuten selbst durchgeführt, in anderen Praxen von einer Praxishilfe oder Sekretärin. Die Abrechnung läuft meist über von den Therapeut/innen und/oder Ärzt/innen ausgefüllte Leistungsblätter und/oder über Computersysteme. Neben den von der Grundversicherung der Krankenkasse bezahlten Therapien werden einzelne Patient/innen auch von der IV unterstützt oder bezahlen die Therapie mit Hilfe von Zusatzversicherungen oder aus eigener Tasche. Diese Therapien müssen dann nicht delegiert werden, sondern können von der nichtärztlichen Therapeutin /dem Therapeuten selbstständig abgerechnet werden.

Viele delegiert arbeitende Psychotherapeut/innen beklagen sich über undurchschaubare finanzielle Regelungen in ihrem Arbeitsvertrag. Unter anderem klagen sie über Komplikationen bei der Lohnregelung, da durch das Angestelltenverhältnis das Honorar erst auf das Konto des Arztes / der Ärztin einbezahlt wird und diese/r es dann weiterleiten muss. Sie finden ausserdem, dass ihre Arbeitssituation sich finanziell für sie nicht lohnt und ihre Leistung nicht adäquat bezahlt wird, insbesondere aufgrund von überhöhten prozentuellen Abgaben an den Arzt / die Ärztin sowie der zusätzlich anfallenden Mietkosten und der von ihnen zu bezahlenden Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge an AHV und BVG. Des Weiteren kritisieren sie den grossen administrativen Aufwand, der z.B. durch Jahresabrechnungen oder die Anmeldung beim TARMED entsteht. Andere wiederum sind froh, über die Krankenkasse abrechnen zu können und schätzen die Absicherung für die Zukunft durch die Abgaben an AHV und BVG. Der Grundton der Therapeut/innenaussagen ist jedoch zu einem grossen Teil negativ; sie bezeichnen das Thema als (gesundheits-) politisch hochaktuell sowie heiss umstritten.

Im nächsten Kapitel wird auf die Aufgaben des Arztes/der Ärztin sowie des/der Therapeut/in eingegangen, wie sie von den Betroffenen selbst wahrgenommen werden.

4.4. Aufgaben des/der delegierenden Ärzt/in

Zu den meist genannten Aufgaben des/der Ärzt/in gehören das Verschreiben von Medikamenten und die Übernahme der Überwachung im Falle von Nebenwirkungen. Er oder sie muss ausserdem die Berichte für Krankenkassen und IV verfassen, auch wenn diese

Aufgabe teilweise (eher häufig) den delegiert Arbeitenden übertragen wird, was die Befragten auch als vernünftig ansehen, da sie ja mehr über ihre eigenen Patient/innen wissen als der/die delegierende Ärzt/in. Schwere Fälle, Gefährdungsmeldungen z.B. an die Vormundschaftsbehörde, Einweisung in die Klinik sowie Führungsaufgaben (Mitarbeitergespräche, Beratung, Administration) werden ebenfalls als Aufgaben des/der delegierenden Ärzt/innen genannt. Interessant sind die Ausführungen eines delegierenden Arztes auf die Frage, ob er sich als Arbeitgeber fühle:

Ich fühle mich nur zum Teil als Arbeitgeber, dann wenn ich Arbeit vermittele, wenn ich Patienten weiterleite, also wenn mich jemand anruft und ich schicke dann die Person zu einer meiner KollegInnen, dann bin ich Arbeitgeber. Wenn sie sich selber Arbeit finden dann bin ich nur der Regenschirm, nur der Schirmhalter sozusagen... also ich bin eigentlich eher in einer dienenden Funktion als in einer führenden, auch wenn ich Verantwortung tragend bin.

Psychiater, delegiert

4.5. Aufgaben des / der Therapeut/in

Wie oben schon angeführt, übernehmen häufig die Therapeut/innen das Schreiben von IV-Gutachten und Berichten an die Krankenkasse und beteiligen sich häufig auch an der Administration. In vielen Praxen übernehmen die Therapeut/innen die leichteren Fälle und führen Einzel- und Gruppentherapien durch. Da viele Psycholog/innen im Rahmen ihres Studiums in Testdiagnostik ausgebildet sind, übernehmen sie häufig explizit diesen Teil der Diagnostik.

Insgesamt wird aus vielen Aussagen ersichtlich, dass die Abmachungen, was die Aufgabenteilung zwischen Ärzt/in und Therapeut/in betrifft, wie auch bezüglich der Rechnungsstellung und dem Schreiben von Berichten sehr vielfältig sind und von Praxis zu Praxis variieren können. Dies illustrieren die zwei folgenden Ausschnitte aus Interviews, einmal mit einer Psychologin, das zweite mit einem delegierenden Arzt:

Die Bedingung des Psychiaters, mit dem ich zusammenarbeite, war, dass er möglichst wenig mit der Administration zu tun hat. Wir machen es so, dass die ganze Administration wie AHV etc. über mich läuft. Ich bin also quasi seine Rechnungsadresse bei allem, was das Delegierte anbelangt. Aber gewisse Dinge wie z.B. die Unfallversicherung läuft natürlich trotzdem über ihn, das kann man nicht anders regeln. Aber wenigstens die Stundenabrechnungen oder Lohnausweise, das muss er nur unterschreiben. Ich schreibe auch alle Berichte und er unterschreibt sie einfach.

Psychotherapeutin, arbeitet delegiert

Ein weiterer Konfliktpunkt sind die Berichte, also das Berichtewesen: Psychologen meinen, sie müssen keine Berichte schreiben, es muss ja ärztlich unterschrieben sein, es ist ein ärztlicher Bericht. Aber ich mein, der Psychologe weiss ja die ganze Lebensgeschichte und alles. Und ich müsste, wenn ich einen Bericht mache, mich da „reinknien“ und viel nachlesen und studieren. Psychologen meinen, eigentlich müsste der Arzt den Bericht machen, aber oft weiss der ja gar nicht so viel. Dann muss er nachlesen. Der Psychologe ärgert sich dann über den Arzt, weil er den Bericht nicht macht. Der Arzt ärgert sich über den Psychologen, weil der Psychologe ja viel mehr weiss. Der meint aber, die lästige Arbeit, welche unterbezahlt ist, dem Arzt zuschieben zu können. Und der Arzt fragt sich dann, ja wer delegiert hier an wen? Delegiert der Psychologe unliebsames an mich als Arzt? Oder wie ist das eigentlich? Wie muss man das Delegationsverhältnis, in welchem doppelbödigen Sinne muss man das eigentlich verstehen? Bei mir ist es einfach klar geregelt: Alle Berichte, bis hin zum Einweisungsbericht müssen die Psychologen machen, weil ich auch meine, dass ich nicht der Sekretär, die Sekretärin der Psychologen bin, der sich mühsam einen Bericht zusammenkramen muss. Das ist klar. Wenn ich das alles selber machen müsste für vier Psychologen, dann muss ich einfach sagen, dann würde ich es mir doppelt überlegen, ob ich die ganze delegierte Psychotherapie hier abschaffen würde, weil das ist mir einfach zu mühsam. Aber so habe ich den Weg gefunden, dass sie es selber machen. Aber sie haben trotzdem noch Kämpfe. Immer wieder versuchen sie, mir da einen Bericht unterzuschieben. Da muss man sich dann wieder abgrenzen.

Arzt, delegiert

4.6. Gründe für und gegen delegierte Psychotherapie aus der Perspektive von Ärzt/innen und Psychotherapeut/innen

Die Gründe und Motive, welche für oder gegen die Delegation von Psychotherapien sprechen, werden in der Folge sowohl aus der Sicht der Mediziner/innen (für Ärzte und Psychotherapeutinnen) als auch aus Sicht der Psycholog/innen (ebenfalls für beide Beteiligten) dargestellt.

Ärzt/innen haben folgende Motive genannt, weshalb sie Psychotherapien delegieren:

- Ein Austausch ist ihnen wichtig, sie bevorzugen die Arbeit in einem Team
- Es hat für sie auch finanzielle Vorteile, z.B. können die Miet- und Infrastrukturkosten der Praxis geteilt werden
- Indem sie nichtärztliche Psychotherapeut/innen anstellen, können sie ihre Führungsqualitäten verbessern und mehr Verantwortung übernehmen, was ihrer Ansicht nach auch zu gesteigerter Aufmerksamkeit in Bezug auf die Störungsbilder der Patient/innen führt.
- Ärzt/innen betrachten die Delegation von Psychotherapien auch als Akt der Solidarität gegenüber den Psycholog/innen.
- Als die Vorgaben für die Psychotherapie-delegation noch nicht so hoch waren, konnten allgemein praktizierende Ärzt/innen ebenfalls delegieren, dadurch war eine schnellere psychotherapeutische Behandlung der Patient/innen möglich und die aufwändige Suche nach einem Psychiater entfiel. Viele bedauern, dass dies heute für Hausarzt/innen nicht mehr ohne zeitintensive Weiterbildung möglich ist.

Ärzt/innen, welche schon lange Zeit Psychotherapien delegieren, stellten fest, dass dies früher weniger aufwändig und somit für alle Beteiligten befriedigender war:

Ja gut, als ich angefangen habe, muss ich eben schon sagen, 1995 war das eben so einfach, dass man überhaupt keinen Aufwand hatte. Da haben die völlig unabhängig gearbeitet und selber abgerechnet. Ich hatte mit denen gar nichts zu tun. Im Grunde waren das Arbeitskolleginnen wie... da ist es eigentlich gar nicht drauf an gekommen, sind das Psychiaterinnen oder Psychologinnen. Ich habe eigentlich einfach drei Räume gehabt und einen habe ich selber gebraucht. Und dann war zuerst eine Psychologin mal da, dann eine Psychiaterin und dann... in dem einen Fall ist es eben jemand, den ich kenne, eine persönliche Freundin. Und die andere..., die ist seit dem Anfang schon hier, die habe ich eigentlich auch von früher schon gekannt. So sind die hierher gekommen. Ich kann es mehr so sagen, die Motivation, das weiterhin zu machen, obschon jetzt die Bedingungen verschärft sind... Also es ist Goodwill, dass die weiter arbeiten können.

Psychiater, delegiert

Aus Sicht der Ärzt/innen gibt es für Psychotherapeut/innen folgende Gründe, delegiert zu arbeiten:

- Da die Krankenkasse die Kosten übernimmt, sind auch spezielle Therapien wie z.B. Körper-Psychotherapien möglich.
- Durch die Delegation besteht die Möglichkeit, nicht wohlhabende Patient/innen zu therapieren, wodurch die Grundversorgung gewährleistet wird, welche allein durch Psychiaterinnen und Psychiater nicht abgedeckt werden könnte.
- Wertvoller Austausch zwischen Mediziner/innen und nichtärztlichen Psychotherapeutinnen.

Von Seiten der Psychotherapeut/innen wurden folgende Motive genannt, weshalb sie delegiert arbeiten:

- Sehr häufig wurde gesagt, dass dies ein Muss, ein Zwang sei, da sie sonst nicht überleben könnten. Die Situation für selbstständige Psychotherapeut/innen sei

extrem schlecht, da auch viele Institutionen (Opferhilfe, Justizvollzug, usw.) die Psychotherapien und Massnahmen ihrer Klientel nur noch von delegiert Arbeitenden durchführen liessen. So würden selbstständig arbeitende Psychotherapeut/innen gar nicht genügend Patient/innen rekrutieren können, um finanziell über die Runden zu kommen.

- Auch aus der Sicht der Therapeut/innen gibt es viele Psycholog/innen, die die Zusammenarbeit in einer Gemeinschaftspraxis mit dem damit verbundenen Austausch sehr schätzen.
- Durch die Möglichkeit, über die Krankenkasse abrechnen zu können, sei das Spektrum der Patient/innen viel grösser und durch die Zusammenarbeit mit Ärzt/innen könnten auch schwierigere psychiatrische Patient/innen therapiert werden.
- Weitere Gründe waren: Ausbildung (klinisches Praktikum ist nötig für die Zulassung), man sei zufällig in diese Gemeinschaftspraxis gekommen, z.T. auch durch persönliche Beziehungen.

Folgender Ausschnitt aus dem Interview mit einem sowohl delegiert als auch selbstständig arbeitenden Psychotherapeuten illustriert die finanzielle Notwendigkeit für delegiertes Arbeiten:

*(...)denn die Privatpraxis – auch dort im Kanton Schwyz – auch wenn es nicht so grosse Konkurrenz gibt... es ist einfach äusserst schwierig, kostendeckend zu arbeiten.. Ich bin auch Alleinernährer von einer Familie... Ich habe drei Kinder zwischen 14 und 18... respektive 19 inzwischen... Und mit der Privatpraxis eine Familie zu ernähren – das ist allgemein bekannt – ist sehr schwierig, eigentlich unmöglich und ich muss also ein zweites Standbein [delegierte Psychotherapie] haben
nicht ärztlicher Psychotherapeut*

Für Ärzt/innen sind aus Sicht der Psycholog/innen die folgenden Motive denkbar, weshalb sie Psychotherapien delegieren:

- Die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Bevorzugung der Teamarbeit
- Auch von den Psycholog/innen wurde dies als Akt der Solidarität von Seiten der Mediziner/innen und als Goodwill bewertet
- Jedoch wurden auch Ausbeutung der Notlage der Psycholog/innen und finanzielle Bereicherung der Ärzt/innen als mögliche Motive genannt.

Gegen delegierte Psychotherapie sprechen aus Sicht der Ärztinnen die folgenden Punkte:

Für die Ärzt/innen:

- Schlechte Erfahrungen, welche Kolleg/innen damit gemacht hätten
- Man arbeite gerne alleine
- Die Angst, gegebenenfalls das Arbeitsverhältnis mit Psycholog/innen auflösen zu müssen, was als belastend bezeichnet wird.

Für die Psychotherapeutinnen:

- Es gebe immer mehr Patient/innen, welche selber oder via Zusatzversicherung bezahlen könnten
- Wenn Kinder behandelt würden, könnten die Therapien – ohne Delegation – über die IV abgerechnet werden
- Und schliesslich gab es Stimmen unter den Mediziner/innen, welche meinten, selbstständig arbeitende Psychotherapeut/innen hätten eine Vorbildfunktion zu erfüllen.

Gegen das delegiert Arbeiten wurden von den Psychotherapeut/innen folgende Argumente ins Feld geführt:

- Reduktion des Pensums aus Altersgründen
- Unabhängigkeit sowohl von Mediziner/innen als auch von Krankenkassen ist für viele Psychotherapeut/innen erstrebenswert. Deshalb wollen sie auch nicht angestellt sein
- Es wird auf andere Einnahmequellen (z.B. in Lehre und Supervision) verwiesen
- In eine ähnliche Richtung wie die von den Ärzt/innen genannte Vorbildfunktion geht die Aussage von Psychotherapeut/innen, dass sie aus Überzeugung nicht delegiert arbeiten wollen
- Je nach Sättigungsgrad der Praxisstandorte wird auch angefügt, dass man genügend Patient/innen habe, dies auch mit dem Argument, sehr gut qualifiziert zu sein
- Es wird auf die Freiheit und Selbstbestimmung der Patienten verwiesen sowie auf
- Datenschutzüberlegungen
- Weniger administrative Aufgaben werden als Vorteil genannt, da bei Patient/innen mit Zusatzversicherung viele Berichte an die Krankenkassen entfallen, welche als sehr aufwändig taxiert werden
- Es gab Aussagen, dass man schlechte Erfahrungen und Konflikte mit Mediziner/innen hatte, welche psychotherapeutisch weniger qualifiziert und erfahren waren
- Grundsätzlich sollen durch das nicht-delegiert Arbeiten Konflikte zwischen Ärzt/innen und Psychotherapeut/innen vermieden werden
- Ausserdem wurde betont, dass Patient/innen, welche selber zahlen, in einer Psychotherapie motivierter mitarbeiteten.

4.7. Patientenrekrutierung, Patientenprofil und Arbeitspensum bei delegiert und selbstständig arbeitenden nichtärztlichen Psychotherapeut/innen

Da oft betont wurde, dass die Patientenrekrutierung für selbstständig arbeitende Psychotherapeut/innen, aber sogar auch für delegiert Arbeitende – im Gegensatz zu Psychiaterinnen und Psychiatern – schwierig sei, sind wir dieser Frage vertieft nachgegangen. Dabei zeigte sich, dass sich die Patientenrekrutierung zwischen selbstständig und delegiert arbeitenden Psychotherapeut/innen nicht wesentlich unterscheidet. Beide Gruppen suchen sich ihre Patient/innen vor allem selber bzw. diese werden ihnen von (Haus- oder Spezial-) Ärzten, Kolleginnen oder Institutionen zugewiesen. Weitere Klient/innen werden durch Internetportale (eigene Webseiten, Psychotherapeutenseiten) angesprochen, erfahrene Therapeut/innen werden durch Mund-zu-Mund-Propaganda weiter empfohlen und/oder durch schulpsychologische Dienste, Jugendsekretariate, Jugendanwaltschaften oder Kliniken direkt angefragt, die allerdings – wie oben erwähnt – die delegierte Abrechnung über die Grundversicherung fordern.

Das Patientenprofil von selbstständig und delegiert arbeitenden Psychotherapeut/innen erweist sich jedoch als unterschiedlich: Selbstständige arbeiten mehrheitlich sowohl mit Kindern als auch mit Jugendlichen und Erwachsenen – häufig auch mit Paaren und Familien. Viele der selbstständig Arbeitenden fungieren als Lehrtherapeut/innen in der Ausbildung oder haben Klient/innen, welche die Therapie als Selbsterfahrungsmaßnahme selber bezahlen. Delegiert arbeitende Therapeut/innen haben ein breiteres Spektrum an klinischen Störungsbildern bei ihren Patient/innen. Vor allem Patient/innen mit schweren psychischen Störungen wie Traumata oder psychiatrischen Störungsbildern, oft Grenzfälle zur stationären Psychiatrie bzw. Nachbetreuung nach Klinik-Aufenthalten werden behandelt. Auch delegiert

Arbeitende behandeln sowohl Kinder als auch Jugendliche und Erwachsene. Darunter befinden sich vor allem Patient/innen, bei denen die Kasse ohne Delegation die Therapie nicht bezahlen würde, da sie über keine Zusatzversicherungen verfügen. Manche Therapeut/innen haben sich auf eine bestimmte Klientel spezialisiert wie z.B. Fremdsprachige oder Kinder suchtkranker Eltern.

Da unsere Befragung vor allem im Grossraum Zürich stattfand, wo die Dichte an psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxen sehr hoch ist, berichten die meisten psychotherapeutisch Tätigen (sowohl die delegiert als auch die selbstständig Arbeitenden), dass sie sich bezüglich ihres Pensums nach der Nachfrage richten. Kaum jemand der Befragten arbeitet zu 100%. Das Pensum ist sehr variabel sowohl was die tägliche oder wöchentliche Arbeitszeit als auch was die jahreszeitlichen Schwankungen betrifft, z.B. gibt es im Sommer aufgrund der langen Ferienzeit wenig Neuzugänge und daher mehr Spielraum. Von Wartelisten, die geführt werden, haben wir nichts gehört, dies kann sich in anderen, psychiatrisch-psychotherapeutisch weniger gut versorgten Gebieten der Schweiz, jedoch unterschiedlich darstellen.

Neben den Gründen und Motiven, die für oder gegen delegierte Psychotherapie sprechen, hat uns auch der Nutzen der delegierten Psychotherapie für Patient/innen, Therapeut/innen, Ärzt/innen und die Kostenträger interessiert. Dabei überschneiden sich die Aussagen bezüglich Nutzen und Motivation von delegierter Psychotherapie häufig. Trotzdem möchten wir hier die häufig genannten Äusserungen aller Befragten im einzelnen darstellen.

4.8. Nutzen der delegierten Psychotherapie für...

Patient/innen

...aus therapeutischer Sicht

Die Behandlung ist für alle zugänglich und finanzierbar, da die Krankenkasse 90% der Behandlungskosten übernimmt. Dies bedeutet auch eine finanzielle Unterstützung für Familien mit Kindern und ermöglicht die Therapie von Kindern, welche kein Geburtsgebrechen haben und somit nicht über die IV abgerechnet werden können. Da Kindertherapien somit für alle Einkommensschichten erschwinglich sind, können Folgeschäden durch frühes Eingreifen vermindert werden.

Durch die Behandlung in Gemeinschaftspraxen kann das Behandlungsprogramm durch die unterschiedlichen Sichtweisen erweitert werden und eine umfassendere Versorgung durch sowohl medizinische als auch psychologische Herangehensweise ist möglich. Bei somatischen Beschwerden ist ein Arzt schnell zur Stelle, bei psychischen eine Psychotherapeutin (dies gilt allerdings nur für die nur noch seltenen Fälle, wo die delegierte Psychotherapie in der Praxis eines Allgemeinpraktikers oder Kinderarztes durchgeführt wird). Als Nutzen für Patient/innen wird auch angeführt, dass es dem Patienten ein Gefühl von Sicherheit vermitteln könne, wenn er nicht von einer Person allein abhängig sei sondern in einer Praxis verschiedene Fachpersonen antreffe.

...aus ärztlicher Sicht

wird zusätzlich angeführt, dass es dadurch Ausweichmöglichkeiten für die Patienten gäbe, wenn die behandelnde Person abwesend ist (durch Ferien oder Weiterbildung). Weiter wird die Vereinfachung der medikamentösen Behandlung für Patient/innen als Vorteil angesehen.

Therapeut/innen

...aus therapeutischer Sicht

wird einmal mehr betont, dass delegierte Psychotherapie für nichtärztliche Therapeut/innen es diesen überhaupt ermöglicht, ihren Beruf auszuüben und somit als Existenzgrundlage dient. Dass Patient/innen aus allen Einkommensklassen erreichbar seien, mache den Beruf spannender, da dies ein breites Patient/innenspektrum sowohl bezüglich sozioökonomischer Schicht als auch bezüglich Krankheitsbild ermögliche. Weiter wird auf die Intervention verwiesen, welche durch den informellen Austausch mit den (medizinischen) Praxiskolleg/innen sehr viel einfacher möglich sei, dadurch erfahre man Dinge, die man sonst nicht erfahren würde. Die Unterstützung durch einen Arzt oder eine Ärztin wird von vielen Psycholog/innen sehr geschätzt, sei dies als Rückendeckung, Teilen der Verantwortung, die Möglichkeit einer raschen Klinikeinweisung bei Bedarf wie auch als Möglichkeit einer umfassenden klinischen Ausbildung am Anfang der Berufstätigkeit als Psychotherapeut/in.

...aus ärztlicher Sicht

wird wiederum darauf hingewiesen, dass durch die erleichterte Finanzierung mehr Patient/innen behandelt werden können, was den nichtärztlichen Psychotherapeut/innen ein Auskommen sichern könne. Die Möglichkeit der delegierten Psychotherapie bedeute letztlich auch mehr Arbeits- und Ausbildungsplätze für Therapeut/innen. Durch die gemeinsame Arbeit könnten nichtärztliche Psychotherapeut/innen medizinisch ihren Horizont erweitern (was umgekehrt für die Ärzt/innen in psychologischer Hinsicht ebenfalls gelte). Fallsupervisionen, Besprechungen mit dem Arzt bei Unsicherheiten und Unerfahrenheit der Therapeut/innen wird von ärztlicher Seite ebenfalls als Nutzen für diese angesehen.

Ärzt/innen

...aus therapeutischer Sicht

Teamwork, der fachliche Austausch und die Erweiterung des Therapieangebotes sowie die Möglichkeit der Ferienvertretung durch die Therapeutin werden von Therapeutenseite als Nutzen für die delegierenden Ärzt/innen genannt. Ebenfalls ein allfälliger finanzieller Profit und das Auslebenkönnen des Machtstrebens des Arztes. Hier zeigen sich offenbar Verletzungen, die aus der Zusammenarbeit resultieren können und welche zu solchen, eher seltenen, Aussagen führten. Neben der Imageverbesserung der Praxis durch eine psychotherapeutische Erweiterung des Angebotes (vor allem bei praktisch tätigen Ärzt/innen) wird vereinzelt von Therapeut/innen auch geäußert, dass Ärzt/innen durch die Delegation keinerlei Nutzen hätten, sondern dass dies allein Goodwill des Arztes sei.

...aus ärztlicher Sicht

Auch von ärztlicher Seite wird der fachliche Nutzen der Zusammenarbeit mit nichtärztlichen Psychotherapeut/innen in Frage gestellt; der Nutzen sei nur finanziell – ein Arzt bezeichnete die Delegation von Psychotherapie sogar als Ausnutzung der Notlage der Therapeut/innen. Der Aufwand für den Arzt oder die Ärztin sei gering und dafür könne ein Teil der Praxis vermietet und ein Teil des Einkommens der Psychotherapeutin als Aufwandsentschädigung einbehalten werden. Genannt wurde als Nutzen für den Arzt oder die Ärztin aber auch die Möglichkeit, Führungsqualitäten entwickeln zu können, beispielsweise bei Konfliktlösung oder Problemen innerhalb des Teams. Weiter sehen Ärzte in der Zusammenarbeit mit Psycholog/innen die Chance, ihre Diagnostik durch die Durchführung von Tests verbessern zu können oder, falls sie sich bei gewissen Störungsbildern zu wenig kompetent fühlen, diese Patient/innen weiter zu delegieren (z.B. an eine entsprechend ausgebildete Mitarbeiterin).

Versicherung / Krankenkasse

...aus therapeutischer Sicht

wird eine Kosteneinsparung durch billigere aber gut qualifizierte Psychotherapeut/innen ins Feld geführt.

...aus ärztlicher Sicht

wird neben der oben erwähnten Einsparung durch den tieferen Stundenansatz der nicht ärztlichen Psychotherapeut/innen auch auf die Einsparung hingewiesen, welche der Kostenträger erzielt, indem bei Medikation und deren Überwachung nicht zusätzliche Konsultationen beim Psychiater nötig sind, da diese Fragen oft bilateral zwischen delegierender Ärzt/in und delegiert arbeitender Psychotherapeut/in geklärt werden könnten.

Neben dem Nutzen, den die Beteiligten allenfalls aus der delegierten Psychotherapie ziehen, interessierte uns natürlich auch, welche Nachteile aus dieser Behandlungsform die Befragten sehen.

4.9. Nachteile der delegierten Psychotherapie

Nachteile orten die Befragten vor allem bei den therapeutisch Tätigen. Auch hier haben wir jedoch wieder nach den Nachteilen aus ärztlicher und therapeutischer Sicht für Patient/innen, delegierende Ärzt/innen und delegiert arbeitende Psychotherapeut/innen gefragt. Dazu wurden folgende Aspekte genannt:

...für die Patient/innen

sehen die Befragten Nachteile vor allem darin, dass sie keine freie Psychotherapeutenwahl haben, da viele, und vor allem sehr gut qualifizierte Psychotherapeut/innen nicht delegiert arbeiten wollen. Ferner finden sie es von Nachteil, dass Patient/innen zumindest zu Beginn und oft auch während einer längeren Therapie mit dem Arzt oder der Ärztin über die Behandlung sprechen müssen und es somit oft auch zu Rollenkonfusionen kommt, wenn die Patientin sich plötzlich nicht mehr sicher ist, wer jetzt ihre Therapie durchführt bzw. die Verantwortung dafür hat. Dies hängt sehr stark davon ab, wie die delegierenden Psychiater/innen ihre Rolle definieren und wie stark sie die Kontrolle in der Therapie wahrnehmen wollen und müssen. Dadurch dass die Patienten wissen, dass Therapeutin und delegierende Ärztin sich über ihren „Fall“ austauschen, kann es längere Zeit dauern oder sogar ganz ausbleiben bis heikle Themen in der Therapie angesprochen werden. Ein Dorn im Auge sind vielen Psychotherapeut/innen auch die Berichte, die sie zuhanden der Krankenkasse schreiben müssen, worin sie Schweigepflicht und Datenschutz ihren Patient/innen gegenüber gefährdet sehen.

...für die Therapeut/innen

aus ärztlicher Sicht

wird als Nachteil genannt, dass die Zusammenarbeit zwischen Ärzt/in und Therapeut/in meist nicht auf freiwilliger Basis passiert. Auch Ärzt/innen erkennen an, dass dieses System zu einer Ausbeutung der nichtärztlichen Psychotherapeut/innen führen oder zumindest dazu beitragen kann: trotz sehr guter Ausbildung verdienen sie erheblich weniger als Ärzte. Dies kann zu einem schlechten Arbeitsklima und zu Reibereien führen, was wiederum auch für die delegierenden Ärzt/innen als belastend und Nachteil dieses Settings empfunden wird.

aus therapeutischer Sicht

wird neben den obgenannten Nachteilen auch angeführt, dass sie sich durch die allgemeinen Rahmenbedingungen der delegierten Psychotherapie grundsätzlich herabgesetzt fühlen, denn obwohl sie über eine gute und umfassende Ausbildung verfügen, seien die Möglichkeiten, selbstständig zu arbeiten, sehr eingeschränkt. Durch das Anstellungsverhältnis verdienen sie schlecht im Verhältnis zu den Ärzt/innen, und die Zusammenarbeit sei durch den Arbeitsvertrag nur ungenügend geregelt. Zum Beispiel trügen sie trotz der Anstellung das unternehmerische Risiko, d.h. bei Krankheit seien sie nur pro forma durch den Arbeitgeber abgesichert. Für die Patientenrekrutierung seien sie ebenfalls grösstenteils selbst zuständig, wodurch es vor allem in Gegenden mit grosser Psychotherapiepraxisdichte auch zu Unterbeschäftigung kommen könne. Ferner sei es für Therapeut/innen zunehmend schwierig, delegierende Psychiater/innen zu finden, da für die Ärzt/innen der Aufwand zu delegieren grösser geworden sei und bei weitem nicht alle bereit seien, diesen Aufwand zu betreiben. Der Psychotherapeut verliere automatisch seine Anstellung wenn die Ärztin ihre Therapietätigkeit beende – also seien delegiert arbeitende Psychotherapeut/innen auf Gedeih und Verderb der delegierenden Psychiaterin ausgeliefert. Wegen der Regelung „mit dem Arzt unter einem Dach“ arbeiten zu müssen, könne es auch vorkommen, dass man als Therapeut/in in unpassenden Räumlichkeiten arbeiten müsse. Von Therapeut/innenseite wird auch darauf hingewiesen, dass Psychiater/innen sich einerseits zu sehr in den Therapieverlauf einmischen oder sich andererseits überhaupt nicht für die Patient/innen interessieren würden.

...für die Ärzt/innen

aus ärztlicher Sicht

Nicht nur für die Therapeut/innen ergeben sich aus dieser Konstellation Nachteile, auch die Ärzt/innen sehen hier Schwierigkeiten. So bemängeln Psychiater/innen vor allem, dass sie für die Therapeut/innen theoretisch die ganze Verantwortung übernehmen müssen, obwohl dies aus praktischen Gründen gar nicht möglich sei. Einerseits sei der Zeitaufwand dafür viel zu gross, jeden Schritt der Therapie zu überprüfen, andererseits sei dies auch aus ethischen Gründen, nicht zuletzt wegen der ärztlichen Schweigepflicht, nicht erstrebenswert. Ausserdem leide eine Psychotherapie, die auf dem Vertrauensverhältnis zwischen Patientin und Behandelndem basiere, darunter, wenn sich ein Dritter einmische. Da die Ärzt/innen für die Krankenkassen regelmässig Abrechnungen und Berichte verfassen müssen, steige der administrative Aufwand zusätzlich an. Hinzu komme, dass einige Unklarheiten bezüglich der Rechnungsstellung vorherrschten. Viele Ärzte betonten, dass sie für sich persönlich keinen Nutzen sähen, einen Psychologen bei sich delegiert arbeiten zu lassen. Einige gaben sogar an, dass sie die Zusammenarbeit mit Psycholog/innen nicht sonderlich schätzten, da sie von jenen nicht als Chef (der sie de facto ja seien) respektiert würden.

aus therapeutischer Sicht

Die befragten nichtärztlichen Psychotherapeut/innen bestätigten vielfach die Ansichten der Ärzt/innen: auch sie sehen keinen direkten Nutzen für den Arzt aus der Delegation, vielmehr erkennen sie einen Zwang darin. Den administrativen Aufwand für den Arzt oder die Ärztin schätzen sie ebenfalls als sehr hoch ein. Als Grundlage jeden delegierten Arbeitens erachten sie absolutes Vertrauen von Seiten des Arztes gegenüber der Therapeutin, was sich nicht auf Knopfdruck herstellen lasse.

Nachdem nun Pro und Contra der delegierten Psychotherapie näher beleuchtet wurden, interessierte uns auch, die Gründe für und gegen selbstständige Therapietätigkeit durch nichtärztliche Psychotherapeut/innen näher zu beleuchten.

4.10. Nicht delegierte Psychotherapie – Vor- und Nachteile

Vorteile

Gesamthaft wurden wenig Vorteile erwähnt. Es handelt sich dabei um finanzielle und therapeutische Aspekte. Der einzige finanzielle Vorteil, der genannt wird, bezieht sich auf die (relative) Freiheit der Therapeut/innen, die Höhe der Honorare selbst bestimmen zu können. Bei den therapeutischen Vorteilen werden zwei genannt: einerseits seien die Patient/innen motivierter, sich an der Behandlung zu beteiligen, da sie sich trotz relativ hoher Therapiekosten für eine nicht delegierte Behandlung entschieden hätten. Andererseits hätten die Therapeut/innen mehr Möglichkeiten, ihre Sitzungen eigenständig zu gestalten.

Ein Vorteil selbstständiger Psychotherapie für Patient/innen geht aus dem folgenden Interview-Ausschnitt hervor:

Also, die die das machen, entscheiden sich häufig, das ganz selbst zu bezahlen. Der Vorteil ist, dass sie sich nicht als krank definieren müssen. Sie müssen keine Diagnose an die Grundversicherung weitergeleitet haben. Es gibt auch zum Teil den Wunsch, der Behandlung den Wert zu geben, den sie hat. Es hat viel mit Freiheit und Selbstbestimmung zu tun.

Psychotherapeut, arbeitet selbstständig

Nachteile

Es wurde eine grosse Anzahl negativer Aspekte im Zusammenhang mit selbstständiger Psychotherapie genannt. Diese betreffen fünf Unterkategorien, die in der Folge näher erläutert werden:

Finanzielle Nachteile

Hier gibt es vier unterschiedliche Bereiche wo Nachteile nicht delegierter Psychotherapie festgestellt werden:

- Nicht delegiertes Arbeiten ist mit hohen Kosten für den Patienten verbunden, weil die Krankenkassen in den Grundversicherungen nichts bezahlen. Daher können sich nur finanziell starke Patient/innen (allenfalls mit Zusatzversicherung) die nicht delegierte Psychotherapie leisten
- Therapeut/innen müssen, um finanziell überleben zu können, weitere Arbeitstätigkeiten annehmen, so zum Beispiel in der Ausbildung von künftigen Therapeut/innen
- Therapeut/innen müssen mit den Patient/innen über Art und Umfang der Bezahlung verhandeln. Dadurch kann bei ihnen ein Gefühl von mangelnder Wertschätzung der therapeutischen Tätigkeit entstehen, wenn Patient/innen sich erstaunt zeigen über die Höhe des geforderten Honorars
- Das Einkommen ist nicht angemessen. Teuerungsbereinigt ist es in den letzten Jahren sogar gesunken.

Administrative Nachteile

Auch im administrativen Bereich werden unterschiedliche Nachteile der selbstständigen Psychotherapie genannt. Diese umfassen die folgenden drei Aspekte:

- Therapeut/innen müssen im Fall von nicht delegierter Therapie von Anfang an einen umfassenden Gesamtbericht über die Anamnese ihrer Patient/innen verfassen. Dies wird von den Zusatzversicherern verlangt. Ferner braucht es meistens die Zuweisung eines behandelnden (Haus-)Arztes

- Die Therapeut/innen müssen selbst aktiv werden, wenn die Anamnese von Patient/innen eine ärztliche Weiterbehandlung und/oder Behandlung mit Medikamenten verlangt
- Zudem müssen Büroarbeit und Administration durch die Therapeut/innen eigenständig durchgeführt werden.

Nachteile im Zusammenhang mit Krankenkassen

Diese Art von Nachteilen wird am häufigsten erwähnt. Allgemein wird die Zusammenarbeit mit den Kassen von nicht delegiert arbeitenden Therapeut/innen als immer mühsamer erlebt, weil die Abrechnung der Therapiekosten über Zusatzversicherungen geschieht. Folgende sechs Punkte wurden in diesem Zusammenhang häufig genannt:

- Es müssen mehr Berichte geschrieben werden
- Die Kassen verweigern die Zahlung
- Im Zusammenhang mit den Zahlungsbeiträgen herrscht unter den Zusatzversicherungen Willkür
- Die Beiträge der Zusatzversicherungen sind sehr stark limitiert (zeitlich und beitragsmässig)
- In der Zusammenarbeit mit den Kassen müssen komplizierte Formulare zur Abrechnung von psychischen Erkrankungen ausgefüllt werden.

Die schwierige Situation mit den Zusatzversicherungen der Krankenkassen illustriert der nachfolgende Interviewausschnitt:

(...) ja das ist ein Chaos! da gibt's Papiere, da stehen auf sechs unverständlichen Seiten was die Kassen an Therapien bezahlen wenn man eine Zusatzversicherung hat, das ist schon mal die erste Hürde, also wenn man die Zusatzversicherung hat, dann zahlt die für eine Stunde Psychotherapie, die zwischen 130 und 180 Franken kostet, 40 Franken, aber nur ein Jahr lang, andere zahlen 60 Franken aber zwei Jahre lang, die dritte zahlt einfach pro Jahr 3000 Franken und die vierte zahlt gar nichts, es haben alle eine andere Regelung und alle zahlen so ein Stückchen davon, so ein bisschen, das hat auch den Hintergrund, dass man eigentlich nicht nein sagen kann und vorgeschrieben ist ja nichts, so machen die einfach ein Minimum aber das ist absolute Willkür. Wenn ich also einen Patienten hier habe und der hat eine Zusatzversicherung, dann muss ich ihn zuerst fragen, bei welcher Krankenkasse er ist und dann kann ich nachschauen wieviel er bekommt und wenn die das dann hören dann fällt denen fast der Kiefer runter, dann sagen die doch, da gehe ich lieber zum Psychiater, da ist alles bezahlt, dann sage ich ja!
Psychotherapeut, arbeitet nicht delegiert.

Nachteile im Zusammenhang mit der Patient/innen-Rekrutierung

Drei wesentliche Nachteile bezüglich der Patientenrekrutierung werden in den Interviews erwähnt:

- Nicht delegiert arbeitende Psychotherapeut/innen haben allgemein zu wenig Patient/innen, da ihre Dienstleistung zu teuer ist
- Patient/innen kommen zwar zu einem Erstgespräch, müssen aber aus finanziellen Gründen weiter vermittelt werden
- Patient/innen mit hohen Krankenkassenprämien sind nicht bereit, zusätzlich selbst für eine Psychotherapie zu zahlen.

Tendenzen im Rahmen nicht delegierter Psychotherapie

An dieser Stelle werden problematische Tendenzen aufgezeigt, welche im Zusammenhang mit nicht delegierter Psychotherapie durch die Interviews erfasst wurden. Es bestehen Tendenzen...

- Psychiater/innen statt Psychotherapeut/innen aufzusuchen, da die Therapien dann von der Krankenkasse übernommen werden – trotz nicht äquivalenter Eignungen
- medikamentöse statt psychologische Therapien zu wählen
- patient/innenseitig die Therapiehäufigkeit niedrig zu halten
- die Therapie nach Wegfall der Krankheitssymptome abubrechen
- teilweise rückläufige Patient/innenzahlen trotz Zunahme von psychischen Erkrankungen in der Gesamtbevölkerung
- dass gute Therapeut/innen ihre Tätigkeit beenden, weil der Markt nicht in der Lage ist, ihre Existenz zu sichern.

In diesem Kontext wird der Aufbau einer eigenen Praxis im Rahmen der jetzigen Regelungen als „schwierig“ eingeschätzt. Zugleich wird delegiertes Arbeiten von vielen nicht als brauchbare Alternative zur selbstständigen Psychotherapietätigkeit empfunden.

Fazit

Für praktisch alle befragten nicht delegiert arbeitenden Psychotherapeut/innen ist die momentane berufliche Situation mit gravierenden Nachteilen verbunden, die von den ganz wenigen Vorteilen nicht kompensiert werden können. Eine Anstellung als delegiert arbeitende/r Therapeut/in ist trotz der misslichen Situation aber für viele keine wirkliche Alternative.

4.11. Beziehungen und Zusammenarbeit zwischen delegierender Ärztin und delegiert arbeitender Psychotherapeutin

Da in verschiedenen Interviews angesprochen wurde, dass sich die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Therapeutin nicht immer ganz einfach gestaltet, hat uns dieser Themenkreis auch besonders interessiert und nachfolgend werden die Äusserungen der Befragten, zum einen aus der Sicht der Ärztin, zum andern aus der Sicht der Therapeutin ausführlich dargelegt.

Zusammenarbeit aus der Sicht der Ärztin / des Arztes

Strukturelle Probleme

Die gesetzlichen Vorgaben und die klaren Strukturierungen verlangen eine hohe Anpassungsfähigkeit des/der Therapeut/in. Dort wo Grenzen überschritten werden, entstehen Probleme, da sie in die Verantwortungsbereiche der Ärzt/innen gelangen. Diese Grenzüberschreitungen führen zu einem gespannten Machtverhältnis und Rivalitäten von Psycholog/in und Ärzt/in. Diese Konflikte können dann im schlimmsten Fall zur Kündigung des Therapeuten führen. Weitere strukturelle Probleme entstehen aus Sicht des Arztes dort, wo die Patient/innenrekrutierung nicht klar gelöst ist.

Administratives und Führung

Die administrativen Arbeiten obliegen dem Arzt oder der Ärztin, die Aufgabe ist in diesem Bereich klar geteilt. Die Ärzt/innen übernehmen somit die Führungsposition und tragen die ganze Verantwortung für die Therapie und die Praxis, die Therapeut/innen möchten die Verantwortung aber nicht immer abgeben.

Zusammenarbeit aus der Sicht der Therapeutin / des Therapeuten

Diffuse Verantwortungsbereiche

Aus Sicht der Therapeut/innen sind die Verantwortungsbereiche bezüglich Diagnose, Therapieform etc. und die Aufgabenbereiche nicht klar aufgeteilt. Es ist nicht immer ersichtlich, wer wofür zuständig ist. Dadurch entstehen Probleme, beide denken, sie hätten den grösseren Arbeitsaufwand. Zudem haben die Therapeut/innen das Gefühl, die Ärzt/innen schieben dem Therapeuten Aufgaben zu, für welche er nicht zuständig ist. Solange sich die Aufgabenbereiche nicht überschneiden, gibt es keine Konflikte, z.B. wenn die Therapeutin für die Therapie zuständig ist und der Arzt für die Medikamente.

Auf Therapeut/innenseite besteht die Meinung, dass es zu wenig Ärzt/innen gebe, welche die Verantwortung für delegierte Therapie übernehmen möchten, da sie dadurch einen grösseren Arbeitsaufwand haben und/oder weil sie dies prinzipiell als problematisch ansehen.

Grundsätzlich sind die befragten Psychotherapeut/innen überzeugt, dass diejenige oder derjenige, der die Therapie durchführt, auch die Verantwortung dafür tragen soll, was aber formal in der delegierten Psychotherapie nicht möglich ist.

Gute Zusammenarbeit

Klare Aufgabenteilung und regelmässiger Austausch kann die hierarchischen Barrieren durchbrechen und zu gegenseitiger Anerkennung und Kompetenzzusprechung führen. Partnerschaftliche Verhältnisse werden als eine Bereicherung angesehen. Der Arzt muss für die Therapeutin eine Vertrauensperson darstellen.

Ein wichtiger Punkt ist der Austausch. Dieser soll fortlaufend stattfinden und nicht von strukturellen Gegebenheiten abhängig sein. Die Intervision als Fachaustausch dient dann dazu, sich in fachlichen Fragen zu ergänzen und die Einsicht in die Problematik bestimmter Therapieverläufe zu vertiefen. Trotzdem sollte – dies ein Wunsch der befragten Therapeut/innen – die Unabhängigkeit in gewissen Handlungsbereichen bestehen bleiben und keiner zu starken Kontrolle unterliegen.

Aus den Interviews geht hervor, dass als wichtigster Punkt in der guten Zusammenarbeit die gegenseitige Anerkennung und Ebenbürtigkeit angesehen wird. Diese hängt aber zu einem grossen Teil von den Persönlichkeiten der Ärzt/innen und Therapeut/innen ab.

Hier ist ein Ausschnitt aus einem Interview über eine gelingende Zusammenarbeit zwischen Arzt und Therapeutin:

Die Zusammenarbeit ist wirklich gut. Hierarchien gibt es zwar schon, aber wenn der Arzt zum Beispiel einen Abklärungsauftrag erhält, leitet er die an mich weiter. Umgekehrt wende ich mich an ihn bezüglich medikamentöser Behandlung. Ich war schon in vielen Praxisgemeinschaften und überall funktionierte das so. Ich weiss, es läuft auch anders, ich höre immer wieder auch andere Erfahrungen. Es gab auch immer grossen Spielraum. Und ohne Rücksprache mit mir werden auch nie wichtige Schritte unternommen. Jetzt werden wir eine Intervisionsgruppe abhalten, für uns einfach intern, mit den Ärzten zusammen. Von daher finde ich es super, optimal. Aber ich weiss, es gibt auch andere Erfahrungen, die ich bis jetzt selber aber noch nie gemacht habe.

Psychotherapeutin, arbeitet delegiert

Schlechte Zusammenarbeit

wird dort konstatiert, wo zu selbstständig gearbeitet und zu wenig kommuniziert wird. Wo der Austausch nicht oder kaum stattfindet, könne keine gute Zusammenarbeit entstehen. Die delegierende Ärztin weiss dann über die laufenden Therapien nicht Bescheid, obwohl sie de iure die Verantwortung dafür trägt und kann dadurch in Versuchung geraten, kompensatorisch zu starke Kontrolle ausüben zu wollen, was wiederum von den Therapeut/innen als Bevormundung empfunden wird.

Die Situation, wo die Zusammenarbeit nicht funktioniert, wird im nächsten Interviewausschnitt geschildert:

Also, ich denke da ist irgendetwas Persönliches, das ich nicht genau verstehe. Der ist um einiges jünger als ich. Ich habe schon 20 Jahre in dieser Praxis gearbeitet und der kam und musste offensichtlich den Chef raushängen, keine Ahnung [...] Er schickt manchmal Patienten, die sich dann bei ihm melden müssen wegen der Delegation, denen gibt er dann Adressen von anderen Psychiatern, bei denen sie sich melden sollen. Es sind einfach unzumutbare Dinge. [...] Also, ist vorgekommen... Oder er weigert sich, Patienten von mir, wenn die Medikamente brauchen, dann denen auch Medikamente zu verschreiben und das zu begleiten, das macht er auch nicht. Und das ist eigentlich gegen das Gesetz. Also der benimmt sich ganz komisch.

Psychotherapeutin, arbeitet delegiert

Beziehung zu Therapeut/in

Gute Beziehung

Diese zeichnet sich aus Sicht der Ärzt/innen dadurch aus, dass eine gegenseitige Anerkennung, freundschaftliche Verhältnisse und eine Vertrauensbasis bestehen.

Schlechte Beziehung

Nach Aussagen der Ärzt/innen entstehen schlechte Beziehungen durch die Inkompetenz der Therapeut/innen oder der Konkurrenz zwischen Ärzt/innen und Therapeut/innen.

Beziehung zur delegierenden Ärztin / dem delegierenden Arzt

Gute Beziehungen

Therapeutinnen und Therapeuten verstehen unter einer guten Beziehung, dass sie als Partner/innen wahrgenommen werden und die Arbeitsteilung funktioniert. Ein kollegiales Verhältnis, gegenseitiges Vertrauen, Respekt, gute Kommunikation und Offenheit sind dabei Schlüsselbegriffe.

Schlechte Beziehungen

entstehen gemäss den Therapeut/innen durch ein finanzielles und prestigemässiges Machtgefälle, durch Rollenunklarheit und gleichgültigen Umgang miteinander. Oft wird die Zusammenarbeit von beiden Seiten als unfreiwillig wahrgenommen.

Die Komplexität der Beziehung in dieser Konstellation zwischen Arzt und Psychotherapeutin wird aus der folgenden Aussage eines delegierenden Arztes ersichtlich:

Ja das ist eine sehr komplexe Beziehung. Wir haben eigentlich beide eine Hochschulausbildung, und von Gesetzes wegen wird aber der Psychologe eine Klasse darunter gestellt. Und das ist für mich oder war für mich am Anfang sehr schwierig, und ich habe festgestellt, dass die Psychologen die Tendenz haben, dann mich mehr um Rat zu fragen, als eigentlich notwendig war, wahrscheinlich haben sie sich irgendwo diesem Hintergrund untergeordnet, obwohl ja, das ist komplex. Aber ich habe das immer versucht zu handhaben: wir sind gleichwertige Partner, obwohl das nach aussen hin nicht immer so zum Ausdruck kommt. Ich glaube, wie sich dann die Zusammenarbeit ergibt, sind wir beide sehr zufrieden.

Psychiater, delegiert

Die Zusammenarbeit und die Beziehung zwischen delegierendem Arzt und delegiert arbeitender Psychotherapeutin hat massgeblichen Einfluss auf die Zufriedenheit beider. Welche weiteren Aspekte diese beeinflussen und wie es um die Zufriedenheit von Therapeut und Ärztin bestellt ist, soll im Folgenden dargestellt werden.

4.12. Zufriedenheit aus ärztlicher Sicht

Vom ärztlichen Standpunkt her ist die Unzufriedenheit mit der momentanen Situation vorherrschend. Als unbefriedigend werden die Kontrolle und Supervision erlebt, die delegierende Ärzt/innen bei ihren angestellten Psychotherapeut/innen ausüben müssen, obwohl die Psycholog/innen durchaus als Expert/innen erlebt werden. Die Tatsache, dass die Psycholog/innen bei den Ärzt/innen angestellt sind und damit AHV- und BVG-Beiträge fällig werden, wird ebenfalls als störend empfunden. Negativ bewertet wird, dass jeder, der über eine ärztliche Zulassung verfügt, Psychotherapie durchführen respektive verrechnen kann. Die Rivalität, die durch das Ungleichgewicht des Arbeitsverhältnisses entstehen kann, beeinträchtigt die Zufriedenheit ebenfalls. Arbeitsbelastung, administrativer Aufwand und zu geringe Aufwandsentschädigung wirken sich negativ auf die Zufriedenheit aus. Insgesamt überwiegen die Äusserungen von Unzufriedenheit jene von Zufriedenheit bei den delegierenden Ärzt/innen bei weitem.

Gründe für die Unzufriedenheit auch aus ärztlicher Sicht mit der vorherrschenden Situation gehen aus dem folgenden Interviewausschnitt hervor:

Also ich finde es sehr unbefriedigend, weil, also gerade wenn man sich vorstellt, es hat eine Psychologin eine gute Ausbildung absolviert und dementsprechend Erfahrung, dann finde ich das völlig komisch, dass ich da quasi zum Vorgesetzten werden soll und das kontrollieren soll oder irgend supervisieren. Also das kann je nachdem sehr komisch sein. Wenn ich jetzt in meinem Alter mit meiner Erfahrung, irgendeine ganz junge Psychologin nach dem Studium kommt, dann könnte ich noch eher sagen, das ist befriedigend, weil ich dann einfach die Erfahrung weitergebe. Aber wenn es dann umgekehrt ist, dass ein junger unerfahrener, oder fast unerfahrener Psychiater dann irgendeine gut, bestens ausgebildete und erfahrene Psychologin sich anstellt. Dann wird das grotesk. Zunehmend unzufriedener. Weil am Anfang ist eben von der Krankenkasse her auch nicht so verlangt worden, dass man so eigentlich der ist, der die anstellt. Und dann haben sie immer mehr Druck gemacht, weil es offensichtlich da ein bisschen komisch gelaufen ist. Und vor ein paar Jahren haben sie als letztes noch verlangt, dass man konkret noch AHV bezahlt für die Psychologin, weil sie ja angestellt ist. Und dann ist es definitiv nicht mehr gegangen. Weil eben so ganz offiziell anstellen und offiziell der Arbeitgeber sein, das stimmt einfach nicht in dieser Situation.

Psychiater, delegiert

4.13. Zufriedenheit aus therapeutischer Sicht

Auch von den Therapeut/innen wurde mehrheitlich Unzufriedenheit mit der bestehenden Situation geäussert. Die Psycholog/innen fühlen sich von der Gesellschaft nicht anerkannt, in ihrer Kompetenz eingeschränkt, erniedrigt, zu wenig wertgeschätzt, nicht als vollwertig wahrgenommen, durch Ärzt/innen belächelt, ausgenutzt und gedemütigt. Die Balance von Geben und Nehmen wird als nicht ausgeglichen erlebt, zudem spielt das Abhängigkeitsverhältnis zum delegierenden Arzt eine wichtige Rolle für das Erleben der Zufriedenheit. Die Unzufriedenheit wird entscheidend dadurch bestimmt, dass Therapeut/innen oftmals therapeutisch besser ausgebildet sind als Ärzt/innen, sich dies im Arbeitsverhältnis aber nicht niederschlägt. Unzufriedenheit beschert auch die Tatsache, dass der Verdienst der Therapeut/innen als zu niedrig eingestuft wird. In Bezug auf das Gesundheitssystem wird Unzufriedenheit geäussert hinsichtlich der systematischen Benachteiligung psychologischer Leistungen.

Zufriedenheit wurde geäussert bezüglich fachlichem Austausch, Patientenbetreuung, gutem Teamwork, Gefühl von Freiheit und Uneingeschränkt sein und produktiver Zusammenarbeit. Ausserdem wird positiv bewertet, wenn der Arzt die Arbeit der Psycholog/in anerkennt und sich nicht einmisch. Die bessere Bezahlung durch den TARMED hat zur Zufriedenheit

beigetragen, ebenso das Gefühl, von den Patient/innen nicht als „2. Garnitur“ wahrgenommen zu werden.

4.14. Gefühl angestellt respektive abhängig zu sein

Ein wichtiger Aspekt bezüglich der Zufriedenheit von delegiert arbeitenden Psychotherapeut/innen ist das Gefühl, vom delegierenden Arzt / der delegierenden Ärztin abhängig zu sein. Wie es damit bestellt ist, geht aus den folgenden Aussagen hervor: viele Psycholog/innen fühlen sich mit der momentanen Situation unzufrieden. Sie fühlen sich ausgeliefert, abhängig, bevormundet und „geduldet“. Das Arbeitsverhältnis empfinden sie als Zwangsverhältnis respektive „Zwangsehe“. Sie fühlen sich nicht auf Augenhöhe mit dem Arzt/ der Ärztin, fühlen sich als medizinisches Hilfspersonal behandelt oder spüren im Tonfall des delegierenden Psychiaters, dass sie „nur“ angestellt sind. Als störend wird auch die Situation erlebt, dass der Arzt / die Ärztin über Teile der erwirtschafteten Honorare verfügt und ein finanzielles und prestigemässiges Machtgefälle besteht. Des Weiteren wurde mehrfach geäußert, dass Tod, Krankheit, Unfall oder Wegzug des delegierenden Arztes zu existentiellen Problemen der Therapeutin führen können. So kann durch eine Praxisauflösung der Patientenstamm verloren werden oder die Therapie mit den bestehenden Klient/innen kann nicht weitergeführt werden, insbesondere, da es sehr schwierig ist, in einer anderen Praxis unterzukommen. Zudem kann auch der Fall eintreten, dass die Ärztin plötzlich nicht mehr delegieren möchte. Diese Willkür und Abhängigkeit wird von den Psycholog/innen als belastend empfunden.

Ein Beispiel dafür geben die folgenden Interviewausschnitte:

Ich habe einen Patientenstamm, den ich jetzt aufgeben muss, weil ich die Kündigung bekommen habe. Es ist nichts vorgefallen, sondern nur weil die Psychiaterin ein Burn-Out hat und findet, dass sie nicht mehr delegiert arbeiten (lassen) will.

Was also in den letzten Monaten auf mich zugekommen ist, war mein bösester Traum, welcher sich bewahrheitet hat. Ich denke, wenn man dieses Abhängigkeitsverhältnis eingeht, ist man wahnsinnig ausgeliefert.

*Man ist in einer totalen Abhängigkeit und kann dankbar sein, wenn jemand einen überhaupt delegiert.
Psychotherapeutin, arbeitet delegiert*

Auf der anderen Seite wurde aber auch Zufriedenheit mit der Abhängigkeitssituation geäußert. Es wird von partnerschaftlichen Verhältnissen, viel Freiheit, Autonomie, Selbstständigkeit, Vertrauen und wenig Kontrolle berichtet. Bemängelt wird von diesen Personen lediglich, dass nach aussen hin (Patientenperspektive) der Anschein eines Abhängigkeitsverhältnisses bestehen kann. Ausserdem wird die Hierarchie in der Beziehung Arzt/in-Therapeut/in als störend erlebt. Es wird aber betont, dass die eigene zufriedenstellende Situation als Glücksfall bewertet wird und davon ausgegangen wird, dass die allgemeine Situation der Therapeut/innen weniger befriedigend ist. Als einziger direkter Vorteil des Angestelltenverhältnisses wird der Punkt genannt, dass die Psychotherapeutin Krankentaggeld erhält (welches aber de facto auch selbst erwirtschaftet werden muss, bzw. durch eine von der Therapeutin zu bezahlende Versicherung gewährleistet wird).

Auf den Unterschied zwischen delegiertem Arbeiten in Institutionen und Praxen geht die folgende Aussage ein:

Ich denke die institutionelle Delegation ist noch einmal ein anderer Fall als in einer Praxis. Ich finde es erträglicher. Nach meinen Recherchen musste ich feststellen, dass es ganz wenige Orte gibt, bei denen ich mir vorstellen könnte, delegiert in einer Praxis zu arbeiten. Denn dort kommt meiner Meinung nach diese ungleiche Situation viel mehr zum Vorschein.

Ich sehe das als zwei verschiedene Dinge. Das eine sind die Rahmenbedingungen, die ich schwierig finde. Also die Tatsache, dass man als Psychotherapeutin unter einem Mediziner arbeiten muss, um über die Krankenkasse abrechnen zu können. Das finde ich nicht gut. Aber wir haben hier ein sehr kollegiales Verhältnis, und so ist es nicht so belastend wie es sein könnte, rein vom Strukturellen her. Ich erlebe es hier als sehr kollegial und partnerschaftlich, aber es könnte natürlich ein Oberarzt kommen, der das Ganze viel rigorosser handhaben würde, dann wäre es vielleicht unerträglich.

Psychotherapeutin, arbeitet delegiert

4.15. Situation der delegierenden Ärzt/innen

Die Ärztinnen und Ärzte, welche sich für ein Interview zur Verfügung stellten, wurden gefragt, wie die Zusammensetzung ihrer Praxis aussehe, wie sie die Verantwortung für die delegiert arbeitenden Therapeut/innen wahrnehmen, welchen Aufwand die Delegation für sie bedeute, in welchem Umfang sie eigene Therapien durchführten und wie ganz allgemein die Einstellung von Ärzt/innen gegenüber Psychotherapie sei.

Es zeigte sich, dass die befragten Ärzt/innen zwischen 1 und 7 Psychotherapeut/innen in ihrer Praxis beschäftigen. Dabei wurde die Beziehung mehrheitlich als kollegiales und gleichberechtigtes Arbeitsverhältnis beschrieben. Zum Teil kennen sich Ärzt/in und Therapeut/in schon länger, teilweise aus einer Klinik oder vom Studium. Eine Befragte äusserte sich über Probleme, welche zur Kündigung einer Psychotherapeutin geführt hätte, da sich diese nicht genügend abgegrenzt habe.

Was die Verantwortung für die Therapien der delegiert arbeitenden Psycholog/innen betrifft, so wird diese als sehr gross und manchmal untragbar empfunden, da keine vollständige Kontrolle möglich und auch aus Therapiesicht nicht empfehlenswert sei. Sie müssten sich darauf verlassen können, von den Therapeut/innen bei besonderen Vorkommnissen (v.a. Suizidalität von Patient/innen) umfassend und rechtzeitig informiert zu werden. Da im Arbeitsvertrag eine Berufshaftpflichtversicherung der Praxis, in welche auch nicht ärztliche Psychotherapeut/innen eingeschlossen sein müssen, vorgeschrieben ist, fühlen sich die Ärzt/innen zumindest was die Haftung anbelangt, einigermaßen geschützt.

Die Delegation von Psychotherapien empfinden die befragten Mediziner/innen als sehr grossen Aufwand. Es wurde angegeben, dass sie sich für die Administration, die Medikamentenverordnung, die Erstellung eines Praxiskonzeptes, das Berichtswesen, die Besprechungen von Fällen, die Einstellungen von Psychotherapeut/innen, welche Gespräche und deren Einarbeitung beinhalten sowie für Notfälle zuständig fühlen. In der Praxis sieht es jedoch gemäss Aussagen von Psychotherapeut/innen häufig so aus, dass die administrativen Arbeiten sowie die Berichte von den Psychotherapeut/innen selbst oder arbeitsteilig ausgeführt werden.

Wie problematisch sich die ganze Situation auch aus Sicht eines delegierenden Arztes darstellt, illustriert der folgende Interviewausschnitt:

Die Nachteile sind gross, weil man dann eigentlich Vorgesetzter ist und fachlich verantwortlich für Therapien, die man kaum überblicken kann, die man kaum kontrollieren kann, und die ich auch nicht dauernd kontrollieren möchte. Also man ist theoretisch verantwortlich für das Schaffen von so einer Psychologin, was praktisch fast nicht möglich ist das dann auch auszuüben. Die Kontrolle, also ob sie gut arbeitet, richtig arbeitet, keine Fehler macht, ob alles richtig läuft und so weiter. Man müsste dann sehr eng zusammenarbeiten und eine Art wie einen Lehrling die Psychologin führen und besprechen und sie müsste einem rapportieren und eine Art dauernd Supervision machen oder so etwas. Das kann man ja gar nicht, ausser man macht einen Riesenaufwand.

Eben theoretisch wenn man dem vollumfänglich gerecht werden will und sagt die ist angestellt bei mir, ich bin der Chef, ich bin der Arbeitgeber, ich muss alles kontrollieren, wäre es ein grosser Aufwand, dass man, weiss nicht, nach drei oder fünf Therapiestunden wieder würde eine halbe Stunde zusammensitzen und alles besprechen müsste.

Und ausser gerade Medikamente dann eigentlich nicht viel versteht von Therapien und wird dann so quasi zum Chef befördert, obwohl er keine grosse Kenntnisse hat. Also ist gar nicht fähig das richtig zu überwachen, zu kontrollieren, zu beaufsichtigen oder wie man dem sagen möchte.

Das ist eben das, was einem ein ungutes Gefühl gibt. Also man hat theoretisch eine Verantwortung, die man praktisch nicht ausüben kann. Man weiss ja nicht was hinter verschlossenen Türen die Therapeutin mit dem Patienten macht. Also es gibt ja nicht einmal theoretisch eine sichere Methode, das zu kontrollieren.

Arzt, delegiert

Die meisten der Befragten führen mit 20 bis 30 Patient/innen pro Woche eigene Therapien durch; die Patient/innen der angestellt arbeitenden Therapeut/innen sehen sie in der Regel nur dann zusätzlich, wenn diese Medikamente benötigen.

Was die Einstellungen von Ärztinnen und Ärzten zu Psychotherapie betrifft, so sei diese sehr von der Ausbildung des Arztes und dessen wahrgenommener Notwendigkeit einer Psychotherapie abhängig. Unter den Befragten ist die Indikation von Psychotherapien als Fachärzt/innen auf diesem Gebiet unbestritten, unter den anderen Mediziner/innen (Hausärzt/innen, Fachmediziner/innen in anderen Gebieten) sei die Einstellung dazu sehr unterschiedlich. Allerdings scheint die Einsicht in die Notwendigkeit von Psychotherapie in der medizinischen Versorgung auch unter Ärzt/innen ganz allgemein in den letzten Jahren gewachsen zu sein.

4.16. Zukunftsvisionen

Weiter interessierte es uns, welche Wünsche und Zukunftsvisionen bezüglich Psychotherapie die befragten medizinischen und nichtärztlichen Psychotherapeut/innen hegen. Es verwundert aufgrund des Gesagten nicht, dass die Wünsche in Richtung selbstständiger Tätigkeit als Psychotherapeut/in gehen – dies sowohl auf Seiten der betroffenen delegierten Psychotherapeut/innen als auch von ärztlicher Warte aus. Dazu ist zu bemerken, dass sich die folgenden Punkte teilweise widersprechen; es geht uns hier darum, die Aussagen so vollständig wie möglich widerzugeben, weshalb wir nicht versucht haben, die Widersprüche aufzulösen.

Die positiven Zukunftsvisionen und -wünsche beinhalten die folgenden Aussagen:

Gleichstellung von ärztlicher und nichtärztlicher Psychotherapie:

- Abschaffung der delegierten Therapie
- Gleichberechtigung (geregelt durch Psychotherapiegesetz), Anpassung an Europa, Regelungen wie in Deutschland oder Österreich
- Gleiche Tarife wie Ärzt/innen

Die Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Therapeut/innen könnte wie folgt aussehen:

- Eventuell Indikationsstellung durch Psychiater/in und anschliessende Behandlung und Abrechnung über die Grundversicherung in eigenständigen psychotherapeutischen Praxen (analog zur Arbeitsweise der Physiotherapeut/innen)
- Zusammenarbeit mit Ärzt/in nicht unbedingt in den gleichen Praxisräumen

- Delegiertes Arbeiten ohne Anstellungsvertrag
- Grosse Praxis mit Ärzt/innen und Psychotherapeut/innen verschiedener Richtungen, grosse Bandbreite, Zuweisung je nach Indikation
- Gemeinschaftspraxen, fachlicher Austausch, Intervision, gemeinsame Patient/innenbesprechungen, gegenseitige Inspiration
- Wunsch, dass es weiterhin genügend qualifizierte Ärzt/innen gibt, die bereit sind zu delegieren

Krankenkassen:

- Klare, ehrliche und transparente Kommunikation zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern
- Aufnahme der nicht-ärztlichen Psychotherapie in die Grundversicherung: Aufhebung des Kontrahierungszwangs als Bedingung, damit nichtärztliche Therapeut/innen in die Grundversicherung aufgenommen werden können
- Andererseits gewährleistet der Kontrahierungszwang, dass nicht nur die billigsten Anbieter/innen berücksichtigt werden

Ausbildung:

- Klare Bedingungen, gute Ausbildung, analog zum Facharztstitel
- Quereinstieg aus anderen Berufsrichtungen sollte weiterhin möglich sein, keine Verengung auf Uni-Psycholog/innen
- Psychologiestudium als Grundlage für Therapieausbildung
- Spezifische Weiterbildung Psychopharmakologie für Psychotherapeut/innen
- Delegierte Psychotherapie sollte künftig nur noch eine Zwischenstufe in der Ausbildung sein
- In Zukunft könnte ein Studiengang „Psychotherapiewissenschaften“ entwickelt werden, so dass nicht mehr erst ein vollständiges Psychologiestudium absolviert werden muss. Ziel wäre es, die verschiedenen Therapierichtungen in die Hochschulen einzubinden und auf diese Weise die Qualität zu sichern und Wirksamkeitsforschung zu betreiben. Als ein Problem wird gesehen, dass zur Zeit vor allem naturwissenschaftlich orientierte quantitative Forschung anerkannt wird.
- Psychotherapeut/innen müssten bessere Indikationen stellen können, für wen welche Therapierichtung sinnvoll und wirksam ist. Die verschiedenen Methoden sollten vermehrt integriert werden, z.B. durch die Anwendung kreativer Medien.

Bewusstseinswandel:

- Selbstständig ausgeübte und nicht von den Kassen finanzierte Psychotherapie könnte den Vorteil haben, dass mehr auf die Persönlichkeitsentwicklung fokussiert wird und durch die Unabhängigkeit von den Krankenkassen mehr Möglichkeiten und Freiheiten bestehen, während in der delegierten Therapie eine zunehmende Technisierung zu beobachten sei
- Freie Psychotherapie kommt wieder in Mode und erfährt vermehrt gesellschaftspolitische Würdigung
- Menschen, die Psychotherapie als etwas Wertvolles betrachten und sich auf den Prozess einlassen
- Vermehrte Anerkennung der Wichtigkeit psychischer Gesundheit und des Zusammenhangs mit körperlicher Gesundheit. Wertschätzung der Psychotherapie als wirksame Methode und der Psychotherapeut/innen als der entsprechenden Fachleute
- Korrektes Bild der delegierten Therapie in den Medien.

Berufspolitik:

- Geschlossenes Auftreten der Verbände und Psychotherapierichtungen.
- Mehr Transparenz und einheitliche Regelung der Anerkennung durch die verschiedenen Verbände.

Folgende negative Zukunftsaussichten und Befürchtungen wurden geäußert:

Stellenwert der Psychotherapie:

- Finanzen fließen in wirtschaftsnahe Zweige, die Pharmaindustrie wird mehr unterstützt als die Psychotherapie

Krankenkasse:

- Die Krankenkassenanerkennung wird strenger
- Da die Zuständigen wenig Interesse haben und die Grundversicherung bereits überlastet ist, ist eine Finanzierung der nichtärztlichen Psychotherapie unrealistisch bzw. wird weiter hinausgeschoben
- Es besteht sogar die Befürchtung, dass Psychotherapie ganz aus der Grundversicherung gestrichen wird
- Es besteht die Angst, dass auch delegiertes Arbeiten in Zukunft nicht mehr möglich sein wird und eine Abrechnung von nichtärztlicher Psychotherapie über die Krankenkasse damit ganz wegfällt
- Die Aufhebung des Kontrahierungszwanges könnte es zusätzlich erschweren, delegiert arbeiten zu können
- Unkontrollierte Finanzierung aller Psychotherapien wird andererseits als nicht unbedingt wünschenswert erachtet
- Selbst wenn es zu einer Aufnahme in die Grundversicherung kommen sollte, ergeben sich daraus neue Probleme: so besteht bei einer Krankenkassen-Anerkennung die Gefahr, dass die Methodenvielfalt eine Einschränkung und stärkere Reglementierung erfährt. Die enge Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Psychotherapeut/innen würde verloren gehen

Arbeitsteilung zwischen Psychiater/innen und Psychotherapeut/innen:

- Schwierige psychiatrische Fälle beim Psychiater, schöne analytische Fälle bei der Psychotherapeut/in

Therapiequalität:

- Noch weniger Psychotherapie und zunehmende Medikalisierung führen zu Chronifizierung von psychischen Krankheiten
- Zu starke Psychiatrisierung der Psychotherapie
- Zunehmende Automatenmentalität: es wird nur noch für die spezifische Störung eine Leistung erbracht und die Person als Ganzes gerät aus dem Blickfeld
- Mehr Reglementierung, weniger Qualität

Ausbildung:

- Akademisierung: nur noch Psycholog/innen mit Uni-Abschluss und Mediziner/innen können psychotherapeutisch arbeiten – dies wird auch als Verarmung betrachtet
- Delegation nur noch an Psycholog/innen mit Uni-Abschluss
- Delegation nur noch durch Psychiater/innen

Nachwuchsprobleme:

- Weniger Schweizer Assistenzärzt/innen in der Psychiatrie wegen schlechter Bezahlung
- Mangelnder Nachwuchs im psychotherapeutischen Bereich
- Starke Überalterung in den privaten Praxen.

Wenn man die Altersstruktur der Privatpraxen anschaut, wird etwa die Hälfte der Praxen in den nächsten 5 bis 10 Jahren schliessen. Wenn die Politik immer mehr auch gegenüber den Krankenkassen gegen Psychotherapie wettet, die solle nicht mehr verschrieben werden und möglichst kurz sein usw., fehlt es automatisch an Nachwuchs, aber sicher nicht weil nicht genügend Patienten vorhanden wären, oder es nicht gebraucht würde.

Psychotherapeut, arbeitet selbstständig

5. Zusammenfassende Diskussion

Im Jahre 2007 wurde von der Zürcher Arbeitsgemeinschaft selbstständiger psychologischer PsychotherapeutInnen eine Befragung durchgeführt, welche die Situation der selbstständig tätigen nicht ärztlichen Psychotherapeut/innen untersuchte (Sieber, Ritz, Jossi & Lawacek, 2007). Dabei zeigte es sich, dass zwei Drittel der 340 Personen, welche den Fragebogen ausfüllten, der Meinung waren, dass sich die selbstständige Ausübung der psychotherapeutischen Tätigkeit in den letzten Jahren verschlechtert habe. Dies führte, zusammen mit den durch den TARMED gegebenen besseren Arbeitsbedingungen von delegiert Arbeitenden, dazu, dass viele Psychotherapeut/innen sich entschlossen, delegierte Anstellungen in Arztpraxen anzunehmen. Interesse an der Art und Weise, wie delegierte Psychotherapien durchgeführt werden und vor allem wie sie von den Ärzt/innen und Psychotherapeut/innen wahrgenommen werden, welche Vor- und Nachteile diese dabei feststellen und welche Wünsche und Befürchtungen sie bezüglich der Zukunft der Psychotherapie ganz allgemein und insbesondere der nicht ärztlichen Psychotherapie hegen, hat uns dazu bewogen, eine qualitative Befragung bei Ärzten und Psychotherapeutinnen durchzuführen.

Die Aussagen der Betroffenen in den Interviews und Fokusgruppen sind eindeutig: Praktisch alle nehmen die Delegation von Psychotherapien durch Ärzt/innen an Psycholog/innen (vereinzelt an psychotherapeutisch Ausgebildete aus anderen Berufsgruppen) als schwierige Form einer Zusammenarbeit wahr. Dies fängt schon mit den vom Gesetzgeber geforderten Anstellungen der nichtärztlichen Psychotherapeut/innen an, welche dazu führen, dass für die delegierenden Ärzt/innen der administrative Aufwand mitunter so gross wird, dass sie darauf verzichten, in ihrer Praxis Psychotherapien zu delegieren, was dazu führt, dass die ohnehin nicht rosige Arbeitssituation für nicht ärztliche Psychotherapeut/innen sich weiter verschlechtert. Diese „Arbeitsverträge“ führen für die „Angestellten“ zu sehr grossen finanziellen Einbussen, da sie für alle Nebenkosten allein aufkommen müssen, sodass von den Honoraren, die sie einnehmen, oft kaum die Hälfte bleibt. Die Hierarchie, die dadurch geschaffen wird, dass Ärzt/innen Psychotherapeut/innen anstellen (müssen) und somit in eine Führungsposition hineingedrängt werden, führt dazu, dass die von verschiedenen Ärzten und Psychotherapeutinnen als positiv bewertete Zusammenarbeit in einer Gemeinschaftspraxis konfliktträchtig und somit ebenfalls beeinträchtigt wird.

Dabei werden als besondere Konfliktfelder die finanziellen Aspekte dieser Konstellation wahrgenommen: die Tatsache, dass die Honorare der Psycholog/innen zuerst auf das Konto der delegierenden Ärzte einbezahlt werden müssen, die oben bereits erwähnten Abzüge durch Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge an AHV und BVG sowie für Krankheits- und

Unfallabsicherungen, etc. und vor allem die Abzüge, die die Ärztinnen für ihren administrativen Aufwand machen können (was aber durchaus nicht überall der Fall ist), führen zu Unzufriedenheit und Misstrauen seitens der Psychotherapeutinnen. Auf der anderen Seite fühlen sich die Ärztinnen überfordert damit, dass sie gemäss Vorgaben der Krankenversicherer, für die durchgeführten Psychotherapien Verantwortung tragen müssen, was sie de facto gar nicht können. Dadurch kann es je nach Persönlichkeit des delegierenden Arztes dazu kommen, dass er seine Psychotherapeuten entweder übermässig kontrolliert oder sie einfach machen lässt, was ihm dann oft wiederum als Desinteresse an den Patienten angekreidet wird.

Insofern erweist sich die Zusammenarbeit zwischen delegierender Ärztin und delegiert arbeitendem Psychotherapeuten als Gratwanderung, welche offenbar vor allem dort einigermaßen gelingt, wo die Kommunikation zwischen den Beteiligten gut und offen und von gegenseitigem Vertrauen und Wertschätzung geprägt ist. Den Spagat zwischen der psychotherapeutisch notwendigen Autonomie und der faktischen Abhängigkeit, welche durch die Institutionalisierung gesetzlich gefordert ist, beschreibt sehr eindrücklich der folgende Ausschnitt aus einem Artikel von GedaP (2002c):

(...) setzt die delegierte Psychotherapie ein Angestelltenverhältnis und die ‚Kontrolle‘ durch den Arzt oder die Ärztin, welche die rechtliche Verantwortung haben, voraus. (...) Wenn jemand Supervision macht, zur Supervision geht, ist das sein Entscheid. Etwas anderes ist es, wenn durch ein Arbeitsverhältnis, also psychotherapie-, ‚externe‘ Auflagen, erzwungen wird, *Berichte an jemanden zu liefern, von dem oder der man gleichzeitig ökonomisch abhängig ist*, da er oder sie die Arbeit erst ermöglicht. Dabei entsteht ein Verhältnis, das der *Eltern-Kind Beziehung* strukturell gleicht: ein Teil hat viel Verantwortung und verwendet die gegebene Autorität zugunsten des Schwächeren, dieser wiederum akzeptiert – wenn auch mit Widerständen – das Machtgefälle. Nur: was in der theoretischen Konstruktion so einfach ist, ist für Erwachsene sehr kompliziert, haben wir doch auch gelernt, dass v.a. unter Erwachsenen Machtgefälle zu unseren Ungunsten benutzt werden. Im Verhältnis Arzt / Ärztin zum Therapeuten / der Therapeutin schleichen sich damit Beziehungsmuster ein, die konfliktuös sein müssen, (...). Das heisst aber, dass die auch fachlich notwendige Autonomie von den delegiert Arbeitenden von ihrer Kultur her sich gegen jede Bevormundung verteidigen muss und dabei gleichzeitig in den kulturell bedingten schwierigen Widerspruch zwischen Abhängigkeit und Entwicklung zur Selbstständigkeit gerät. (...)

(GedaP, 2002c, S. 2f; Hervorhebungen v.d.A.)

Der Aspekt der Abhängigkeit, die sie mit einer Anstellung bei einem Arzt eingehen, ist, wie wir gesehen haben, für die delegiert arbeitenden Psychotherapeut/innen schwierig und belastend. Da die Nachfrage nach delegierenden Ärzt/innen sehr viel grösser ist als das Angebot, kann es sein, dass sie – wenn ihr Arbeitgeber, aus welchen Gründen auch immer, die Praxis aufgibt oder ihnen kündigt – auf der Strasse stehen und auch laufende Therapien nicht mehr weiter führen können. Dies versuchen viele der Befragten damit zu kompensieren, dass sie sich noch auf weitere Standbeine stützen: selbstständige Psychotherapie, dort wo dies möglich ist und Nebenerwerbstätigkeiten in verwandten Feldern (Lehre, Supervision, etc.); etwas was ihr Problem, dass sie womöglich ihren Patientenstamm verlieren und ihrer Verantwortung der Weiterbetreuung ihrer KlientInnen nicht gerecht werden können, nicht löst.

Wenn man die Aussagen der Befragten genau anschaut, kann der Schluss gezogen werden, dass die einzigen, die aus dem Konstrukt „delegierte Psychotherapie“ Nutzen ziehen, die Krankenversicherer sind – sie erhalten hochqualifizierte Psychotherapie zu einem doch deutlich niedrigeren Ansatz als dem ärztlichen. Zudem haben sie durch die Einschränkung der

Tätigkeit von nicht ärztlichen Psychotherapeutinnen auf ärztliche (psychiatrische) Praxen ein Instrument verfügbar, einem, aus ihrer Sicht, zu grossen Angebot an Psychotherapie entgegen zu wirken; vor allem auch deshalb, weil lange nicht alle dazu berechtigten Fachärzte Psychotherapien delegieren, da sie den damit verbundenen Aufwand scheuen. Auf der anderen Seite könnte durch einen kompletten Ausschluss der nichtärztlichen Psychotherapie aus der Grundversicherung allenfalls noch „Sparpotential“ für die Krankenkassen vorhanden sein, was jedoch zu einem drastischen Engpass in der psychosozialen Versorgung in der Schweiz führen würde und – wie verschiedene Studien gezeigt haben – vermutlich mit Mehrkosten in anderen Feldern der medizinischen Versorgung kompensiert werden müsste.

Was den Nutzen für Patientinnen und Klienten betrifft, so haben diese durch die delegierte Psychotherapie die Möglichkeit zu wählen, bei wem sie eine Psychotherapie durchführen wollen (Psychiater oder Psychologin), welche dann in jedem Fall über die Grundversicherung abgerechnet werden kann. Wäre diese Möglichkeit nicht vorhanden, d.h. müssten alle Menschen, welche eine Psychotherapie benötigen und diese nicht selbst oder über die Zusatzversicherung finanzieren können, psychiatrische Hilfe aufsuchen, wären die bestehenden Praxen hoffnungslos überfordert. Nachteilig für die Patientinnen kann sich mitunter die Rollendiffusion auswirken, wonach sie verunsichert sind, wer von beiden (Psychiater oder delegierter Psychologe) jetzt ihr Therapeut ist. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn der Psychiater aus Kontrollgründen die Patientin zu oft sehen will. Ausserdem kann das Wissen darum, dass sich noch eine Drittperson in die Therapie „einmischt“, durchaus auch dazu führen, dass heikle Themen eher nicht angesprochen werden, weil das Vertrauen in den intimen Rahmen zwischen Psychotherapeut/in und Klient/in fehlt. Ein weiterer Aspekt, den Patient/innen durchaus wahrnehmen, ist die Tatsache, dass ihre Therapeutin bei einem Arzt angestellt und dieser somit ihr Chef ist. Dies kann dazu führen, dass die Autorität der Therapeutin in Frage gestellt wird und somit das Vertrauen vermindert wird.

Auf die Nachteile der selbstständig ausgeübten Psychotherapie geht die am Anfang erwähnte Studie (Sieber et al. 2007) bereits ausführlich ein. Diese Schwierigkeiten in der selbstständigen Ausübung von nicht ärztlicher Psychotherapie spiegeln sich auch in den Aussagen der von uns interviewten Personen. Ergänzend dazu wird von Therapeut/innenseite darauf hingewiesen, dass die Bezahlung je nach Zusatzversicherung sehr unterschiedlich ausfällt und sie dies oft als willkürlich empfinden. Oft bezahlen die Zusatzversicherungen für irgendwelche naturheilerische oder fernöstlich inspirierte Heilmethoden bessere Tarife als für Psychotherapie. Wenn die Obergrenze einer Kasse für Psychotherapie beispielsweise 1000 Franken pro Jahr beträgt, ergibt dies nicht einmal 10 Therapiestunden und Patient/innen, welche nicht in der Lage sind, die Therapie aus der eigenen Tasche zu bezahlen, sind gezwungen, auf Psychiater/innen oder delegiert arbeitende Psychotherapeut/innen auszuweichen. Andererseits wird auch auf positive Aspekte von Psychotherapien hingewiesen, welche nicht durch die Krankenkassen vergütet werden – allem voran auf die oft stärkere Motiviertheit dieser Klient/innen, in der Therapie aktiv mitzuarbeiten.

Augenscheinlich wird aus unserer Befragung, dass in der psychotherapeutischen Versorgung in unserem Land sowohl aus psychologischer als auch aus ärztlicher und aus Patientensicht nicht alles zum Besten steht. Kein Wunder gibt es einen umfangreichen Katalog an Wünschen und Visionen für die Zukunft. Auf einen Nenner gebracht, ist die wichtigste Forderung, die erhoben wird, sicher die, dass die nichtärztliche der ärztlichen Psychotherapie gleichgestellt werden soll. Dies sowohl was die Krankenkassenanerkennung als auch was die gesellschaftliche Anerkennung betrifft. Es gibt in den Augen unserer Befragten – und dies sowohl auf Seiten der Psycholog/innen wie auch der Ärzt/innen – keinen Grund,

hochqualifizierte Fachleute mit Universitätsabschluss und langjährigen Zusatzausbildungen als „medizinisches Hilfspersonal“ abzuqualifizieren. Auch für die unterschiedliche Bezahlung der analogen Arbeit besteht kein Anlass. Psychotherapeutische Fachleute, welche über eine kantonale Praxisbewilligung verfügen, mussten dafür nachweisen, dass sie über eine anerkannte akademische Grundausbildung, eine integrale Therapieausbildung inklusive vieler Stunden Selbsterfahrung und Supervision wie auch über klinische Praxis verfügen. Dies sollte sie berechtigen, selbstständig eine Praxis zu führen, Diagnosen zu stellen, Therapien durchzuführen und all das über die Krankenkasse abrechnen zu können. Die Zusammenarbeit zwischen Mediziner/innen und nicht ärztlichen Psychotherapeut/innen, die an sich geschätzt wird, könnte auch ohne die Anstellung als delegierte Psychotherapeut/innen stattfinden – wahrscheinlich sehr viel unbelasteter, da auf freiwilliger Basis. Dabei wären alle Vorteile der Gemeinschaftspraxis, die genannt wurden, für die Beteiligten weiterhin vorhanden. Die delegierte Psychotherapie könnte weiterhin als Ausbildungsbaustein – etwa als Ersatz für ein klinisches Jahr – angewendet werden und dort wäre dann auch die Differenz im Tarif, der berechnet werden darf, angebracht.

Es wird der Hoffnung Ausdruck gegeben, dass auch gesellschaftlich ein Umdenken stattfindet, wonach die psychische Gesundheit und deren Auswirkungen auf das körperliche Wohlbefinden stärker gewichtet werden und dadurch auch die dafür zuständigen Fachleute besser gewürdigt und wert geschätzt werden. Dadurch und durch die Reduktion des Kampfes um Existenzsicherung wäre es für Psychotherapeut/innen möglich, sich vermehrt mit präventiven Massnahmen zum Beispiel im Zusammenhang mit den Belastungen im Beruf und Zukunftsängsten der Klienten zu befassen, was wiederum die sehr hohen gesellschaftlichen Kosten infolge Stress und Burnout-Erkrankungen reduzieren und allgemein zu besserer Lebensqualität und mehr Lebenszufriedenheit beitragen würde.

Sollte sich in absehbarer Zeit kein grundlegender Wandel in der psychotherapeutischen Versorgung abzeichnen, wird die Gefahr gesehen, dass der sich schon in der Psychiatrie zeigende Nachwuchsmangel auch auf die nicht ärztlichen Psychotherapeut/innen übergreifen würde und die Grundversorgung in diesem Bereich in der Schweiz nicht mehr gewährleistet werden könnte. Eine zunehmende Medikalisierung könnte damit einhergehen und zu einer vermehrten Chronifizierung von psychischen Krankheiten führen.

Damit die Situation für die nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und Therapeuten sich bald und nachhaltig verändert, werden die Fachverbände, aber auch die Gesundheitspolitiker und alle an der psychischen Gesundheit der Menschen in unserem Lande Interessierten, aufgefordert, an einem Strang zu ziehen und den berechtigten Forderungen dieser Berufsgruppe Gehör zu verschaffen. Dabei würde man sich wünschen, dass beispielsweise das österreichische Psychotherapiegesetz, das als perfekt bezeichnet wird, als Anregung für eine Gesetzgebung in der Schweiz dient. Dass diese Forderungen nicht ungehört verhallen, zeigen die folgenden Angaben zur Zusammenarbeit von Ärzt/innen und Psycholog/innen, welche uns für die Zukunft der nichtärztlichen Psychotherapie verheissungsvoll stimmen:

Da sich Fachleute aus dem Psychotherapiebereich und Gesundheitspolitiker/innen der Problematik einer drohenden Unterversorgung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung zunehmend bewusst sind, ist im Verlaufe des letzten Jahres einiges in Gang gekommen. So wurde eine informelle Gesprächsrunde, namens "runder Tisch" ins Leben gerufen, in welcher Fachleute aus FMH-Gliedverbänden und von Psychologie-, resp. Psychotherapieverbänden sich regelmässig (ca. halbjährlich) treffen, um anstehende Fragen, z.B. zur Regelung der delegierten Psychotherapie, zum neuen Psy-Gesetz, etc. zu diskutieren und gemeinsam getragene Lösungen zu erarbeiten. Am "runden Tisch" wurde die Idee des "Aktionsbündnis

psychische Gesundheit" entwickelt, initiiert und wird von dort betreut. Dies ist ein Netzwerk, in welchem sich über 40 an der psychischen Gesundheit interessierte Verbände und Privatpersonen zusammen geschlossen haben, um sich für die Sicherung und Verbesserung der psychischen Gesundheit der Schweizer Bevölkerung einzusetzen. (Für weitere Angaben: http://www.psychologie.ch/fileadmin/user_upload/dokumente/berufspolitik/kooperation/apgs.pdf)

Grenzen der vorliegenden Studie und weiterer Forschungsbedarf

Der Anspruch einer qualitativen Studie ist nicht die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse auf eine Grundgesamtheit, sondern eine möglichst umfassende Untersuchung des in Frage stehenden Gegenstands. Diesem Anspruch konnten wir in der vorliegenden Studie nicht vollumfänglich genügen, da weitere Betroffene des Themas „delegierte Psychotherapie“, nämlich Patient/innen und Vertreter/innen der Krankenversicherer, wie auch Gesundheitspolitiker/innen nicht in die Befragung einbezogen wurden. Die Sicht von Patientinnen und Klienten wurde nur aus quasi „zweiter Hand“ abgefragt, indem die therapeutisch Tätigen deren Anliegen und Befürchtungen, wie sie diese in Gesprächen mit ihnen erfahren hatten, thematisiert haben. Die Standpunkte der Krankenkassen-Vertreter sowie der Politikerinnen werden in dieser Studie überhaupt nicht berücksichtigt. Deshalb wäre es unserer Ansicht nach sehr wertvoll, wenn die Ergebnisse dieser Studie wie auch der erwähnten Untersuchung von Sieber et al. (2007) zum Anlass genommen würden, in weiteren Fokusgruppen mit allen betroffenen Kreisen die aufgeworfenen Fragen zu diskutieren und damit zu weiteren und noch breiter abgestützten Resultaten zu kommen, die dann als Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen dienen könnten.

6. Literaturverzeichnis

- Aktionsbündnis psychische Gesundheit Schweiz. Online available: http://www.psychologie.ch/fileadmin/user_upload/dokumente/berufspolitik/kooperation/apgs.pdf
- Bernath, C. (2005). Fähigkeitsprogramm Delegierte Psychotherapie (FMPP). *Schweizerische Ärztezeitung / Bulletin des médecins suisses / Bollettino dei medici svizzeri* •2005;86: Nr 44. Online available: <http://www.saez.ch/pdf/2005/2005-44/2005-44-1190.PDF>
- Dietrich, S. (2008). *Delegierte Psychotherapie – Rechtslage, Tarmed und Praxis. Kurzfassung eines Referates 2008*. Online available: [http://www.gedap.ch/c050012/gedap/gedap.nsf/0/F94F5011A7FF36DBC125746B004DAD07/\\$file/delstd.doc](http://www.gedap.ch/c050012/gedap/gedap.nsf/0/F94F5011A7FF36DBC125746B004DAD07/$file/delstd.doc)
- FMH (2006). Tarif-Fragen. Verrechnung von Leistungen aus Kapitel 02.03 „Delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis“. *Schweizerische Ärztezeitung*, 2006;87:10. Online available: http://www.saez.ch/pdf_d/2006/2006-10/2006-10-191.PDF
- FMH (2008). *Neue Ausbildungskriterien für ausführende PsychotherapeutInnen: Information*. Online available: <http://www.fmh.ch/shared/data/pdf/d-information.pdf>
- GedaP, Gesellschaft delegiert arbeitender Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (2002a). *Zur Geschichte der delegierten Psychotherapie in der Schweiz*. Online available: <http://www.gedap.ch/c050012/gedap/gedap.nsf/WebDummy2?OpenFrameset&Key=GedaP>
- GedaP, Gesellschaft delegiert arbeitender Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (2002b). *Die delegierte Psychotherapie. Ein inhärenter Spagat zwischen Selbstbestimmung und faktischer Abhängigkeit*. Online available: <http://www.gedap.ch/c050012/gedap/gedap.nsf/WebDummy2?OpenFrameset&Key=GedaP>
- GedaP, Gesellschaft delegiert arbeitender Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (2002c). *Selbstbestimmung contra faktische Abhängigkeit*. Online available: [http://www.gedap.ch/c050012/gedap/gedap.nsf/0/871AC9D85A9953FCC1256C76003701C9/\\$file/Selbstbestimmung.pdf](http://www.gedap.ch/c050012/gedap/gedap.nsf/0/871AC9D85A9953FCC1256C76003701C9/$file/Selbstbestimmung.pdf)
- Kieser, U. (2004). Delegierte Psychotherapie. Zusammenfassung der geltenden Rechtssprechung. *Schweizerische Ärztezeitung / Bulletin des médecins suisses / Bollettino dei medici svizzeri*•2004;85:Nr 11. Online available: <http://www.saez.ch/pdf/2004/2004-11/2004-11-1276.PDF>
- Klingler, J., Aeppli, M. (2006). Praxisübergabe / Delegierte Psychotherapie. *Forumnews, Fortbildung*. Online available: http://www.praxispaediatric.ch/images/1_forumnews0604_36_Praxisuebergabe.pdf
- Lamnek, S. (1998). *Gruppendiskussion. Theorie und Praxis*. Weinheim: Beltz
- Mayring, Ph. (2007). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 9. Auflage. Weinheim: Beltz
- SGDP – Schweizerische Ärztesgesellschaft für Delegierte Psychotherapie (o.J.). *Was ist Delegierte Psychotherapie*. Online available: <http://www.sgdp.ch/>
- SGDP – Schweizerische Ärztesgesellschaft für Delegierte Psychotherapie (2007). *Arbeitsvertrag über die delegierte Psychotherapie (Mustervertrag)*. Online available: <http://www.sgdp.ch/>
- TARMED Suisse (2007). *Vereinbarung über die Anerkennung von Sparten nach TARMED. Beilage G: „Anerkennung“ Delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis*. Online available: <http://www.fmh.ch/shared/data/pdf/d-vereinb-sp-beilage-g-2.0.pdf>

Anhang 1:

**Schreiben an potentielle Interview-Partner/innen und
Teilnehmer/innen an Gruppengesprächen**



Universität Zürich

Psychologisches Institut, Sozial- und
Gesundheitspsychologie

Binzmühlestrasse 14/14
CH-8050 Zürich
Tel. +41 44 635 72 61
Fax +41 44 635 72 59
yvonne.traber@psychologie.uzh.ch
www.psychologie.unizh.ch/sozges

Dr. phil. Yvonne Traber
Sozial- und Gesundheitspsychologie

Zürich, im Oktober 2007

Befragung zum Thema "delegierte Psychotherapie"

Liebe Kolleginnen und Kollegen

im Rahmen eines Methodenkurses in qualitativen Forschungsmethoden an der Uni Zürich (Abt. Sozial- und Gesundheitspsychologie), führe ich mit den Studierenden eine Befragung zum Thema delegierte Psychotherapie durch. Delegierte Psychotherapie ist etwas Schweizspezifisches und es gibt meines Wissens bisher keine wissenschaftliche Untersuchung dazu. Es ist deshalb von Interesse herauszufinden, wie delegierende Ärztinnen und Ärzte und delegiert arbeitende nicht ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten diese Form der Zusammenarbeit wahrnehmen. Des weiteren könnte auch von Interesse sein, welche Motive nicht delegierende ÄrztInnen und bewusst nicht delegiert arbeitende PsychotherapeutInnen für ihren Entschluss angeben.

Um diesen und weiteren Fragen in diesem Zusammenhang auf den Grund zu gehen, sollen Interviews mit oben Erwähnten durchgeführt werden, diese sind halbstrukturiert, d.h. gestützt durch einen Leitfaden und werden ca. ½ bis 1 Std. dauern. Die Interview-Orte können mit den Studierenden vereinbart werden. Weiter ist geplant, Fokusgruppen zu diesem Fragenkomplex durchzuführen, Teilnehmende sollten aus allen vier oben angeführten Gruppen kommen, um eine anregende und kontroverse Diskussion zum Thema führen zu können, welche auch weitere Fragen aufwerfen könnte. Die Gruppengespräche sollen in Zürich stattfinden und werden 1 ½ bis 2 ½ Std. dauern. Die Durchführung der Interviews ist für Mitte bis Ende Oktober, jene der Fokusgruppen für November 2007 geplant.

Wenn Sie psychotherapeutisch arbeiten (ob delegiert oder nicht delegiert) bzw. als Arzt/Ärztin Psychotherapien delegieren oder eben bewusst nicht, wäre ich Ihnen sehr dankbar, wenn Sie sich für diese Befragung zur Verfügung stellen würden. Eine kurze E-Mail mit Name und Tel-Nr., unter der Sie für eine Kontaktnahme sowie Vereinbarung eines Treffens erreichbar sind, genügt: Bitte teilen Sie dabei auch mit, ob Sie eher an einem Interview oder an der Teilnahme an einer Fokus-Gruppe interessiert sind.

Vielen Dank und herzliche Grüsse

Yvonne Traber

yvonne.traber@swissonline.ch

Anhang 2:

Leitfäden für Interviews und Gruppengespräche

Psychotherapeut/in und Arzt / Ärztin

Leitfaden zu Interviews "Delegierte Psychotherapie" - Psychotherapeut/in

- Motivation delegiert zu arbeiten
- Vor- und Nachteile
- Qualifikation Arzt/Ärztin / Therapeut/Therapeutin
- Arbeitsverhältnis / Arbeitsvertrag:
 - Inhalt
 - Dauer
 - rechtliche Ausgestaltung
 - Abhängigkeit
 - Administratives
 - Verhältnis Ertrag Arzt/Ärztin / Therapeut/Therapeutin
- Beziehung Arzt/Ärztin / Therapeut/Therapeutin
- Verlauf einer delegierten Therapie (Beispiel)
- Anzahl PatientInnen delegiert – nicht delegiert
- Nutzen des Arrangements
 - für Arzt/Ärztin
 - für Therapeut/Therapeutin
 - für Patient/Patientin
 - für Krankenkasse / Versicherung / Gesellschaft
- Zufriedenheit mit der Situation
- Sich als "Angestellte/Angestellter" fühlen
- Zukunftsvisionen / -wünsche

Leitfaden zu Interviews "Delegierte Psychotherapie" - Arzt/Ärztin

- Motivation zu delegieren
- Vor- und Nachteile
- Aufwand für Delegation
- Qualifikation Arzt/Ärztin / Therapeut/Therapeutin
- Arbeitsverhältnis / Arbeitsvertrag:
 - Inhalt
 - Dauer
 - rechtliche Ausgestaltung
 - Verantwortlichkeit
 - Administratives
 - Verhältnis Ertrag Arzt/Ärztin / Therapeut/Therapeutin
- Beziehung Arzt/Ärztin / Therapeut/Therapeutin
- Verlauf einer delegierten Therapie (Beispiel)
- Anzahl selbst durchgeführte Psychotherapien – delegierte Psychotherapien
- Nutzen des Arrangements
 - für Arzt/Ärztin
 - für Therapeut/Therapeutin
 - für Patient/Patientin
 - für Krankenkasse / Versicherung / Gesellschaft
- Zufriedenheit mit der Situation
- Sich als "Arbeitgeber/in" fühlen
- Zukunftsvisionen / -wünsche