BÜRO FÜR ARBEITS- UND SOZIALPOLITISCHE STUDIEN BASS AG
KONSUMSTRASSE 20 · CH-3007 BERN · TEL +41 (0)31 380 60 80 · FAX +41 (0)31 398 33 63
INFO@BUEROBASS.CH · WWW.BUEROBASS.CH

BASS

Vergleich der Tätigkeiten von Psychiaterinnen und Psychiatern in der Schweiz und im Ausland

Schlussbericht

Im Auftrag des
Bundesamts für Gesundheit
Abteilung Gesundheitsstrategien, Sektion Nationale Gesundheitspolitik

Jolanda Jäggi, Kilian Künzi, Nathal de Wijn, Désirée Stocker

Bern, 9. März 2017

BASS

Impressum

Vertragsnummer:	16.012183 / 704.0001 / -775
Laufzeit:	01.06.2016 – 28.02.2017
Leitung des Projekts im BAG:	Margreet Duetz Schmucki, Direktionsbereich Gesundheitspolitik, Sektion Nationale Gesundheitspolitik
Kontakt:	Bundesamt für Gesundheit BAG Schwarzenburgstrasse 157 3003 Bern
Zitiervorschlag:	Jäggi Jolanda, Kilian Künzi, Nathal de Wijn und Désirée Stocker (2017): Vergleich der Tätigkeiten von Psychiaterinnen und Psychiatern in der Schweiz und im Ausland, Bern: Bundesamt für Gesundheit

Der Inhalt dieses Berichtes entspricht nicht zwangsläufig der Sichtweise der Auftraggebenden.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis II

Zusammenfassung IV

Résumé VIII

1 Ausgangslage und Fragestellung 1

2 Methodisches Vorgehen und Aufbau des Berichts 2

3 Psychische Gesundheit: Portraits der Versorgungssysteme 3

3.1 Psychische Gesundheitsversorgung in der Schweiz 3
3.1.1 Das Versorgungsystem im Überblick 3
3.1.2 Aufgaben und Kompetenzen der involvierten Berufsgruppen 6
3.1.3 Typische Behandlungspfade 9

3.2 Psychische Gesundheitsversorgung in Deutschland 11
3.2.1 Das Versorgungssystem im Überblick 11
3.2.2 Aufgaben und Kompetenzen der involvierten Berufsgruppen 14
3.2.3 Typische Behandlungspfade 17

3.3 Psychische Gesundheitsversorgung in England 18
3.3.1 Das Versorgungssystem im Überblick 18
3.3.2 Berufsportraits: Aufgaben und Kompetenzen der involvierten Berufsgruppen 21
3.3.3 Typische Behandlungspfade 24

3.4 Psychische Gesundheitsversorgung in den Niederlanden 26
3.4.1 Das Versorgungssystem im Überblick 26
3.4.2 Berufsportraits: Aufgaben und Kompetenzen der involvierten Berufsgruppen 28
3.4.3 Typische Behandlungspfade 32

4 Ergebnisse des Ländervergleichs anhand ausgewählter Indikatoren 34

4.1 Workforce, Versorgungsdichte und Angebot 34
4.1.1 Berufsgruppen in der psychischen Gesundheitsversorgung 34
4.1.2 Dichte der Leistungserbringer und Angebot 36

4.2 Aus- und Weiterbildungssystem im Bereich Psychiatrie 40

4.3 Tätigkeit und Leistungserbringung der Psychiater/innen 43

4.4 Aufgabenteilung und Rolle anderer Berufsgruppen 44

4.5 Finanzierung und Kosten 49

5 Diskussion und Schlussfolgerungen 54

6 Literatur- und Quellenverzeichnis 56

6.1 Allgemeine Grundlagen und länderübergreifende Literatur 56

6.2 Literatur und Quellen Schweiz 56

6.3 Literatur und Quellen Deutschland 58

6.4 Literatur und Quellen England 61
6.5 Literatur und Quellen Niederlande 62

7 Abkürzungsverzeichnis 65

8 Anhang 67
8.1 Stepped Care 67
8.2 Vergleichsraster Machbarkeitsanalyse: Übersicht zur Datenlage 68
8.3 Schematische Darstellung von Einflussfaktoren zur Erklärung der Psychiaterdichte 70
8.4 Datentabelle Schweiz 71
8.5 Datentabelle Deutschland 77
8.6 Datentabelle England 84
8.7 Datentabelle Niederlande 90

Zusammenfassung

Ausgangslage

Die Schweiz hat im internationalen Vergleich die höchste Anzahl Psychiater/innen pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner, nahezu dreimal so viele wie im OECD-Durchschnitt.

Der vorliegende Bericht, der Erklärungsansätzen, Hintergründen und Ursachen für diesen Befund nachgeht, basiert auf einer Machbarkeitsstudie, in der die Grundlagen für einen detaillierten Vergleich der Tätigkeiten von Psychiater/innen zwischen der Schweiz und anderen europäischen Ländern erarbeitet wurden. Als Vergleichsländer wurden **Deutschland**, **England** und die **Niederlande** festgelegt. Der Ländervergleich behandelt die folgenden **thematischen Schwerpunkte**:

- Versorgungsdichte und Struktur der «Mental Health Workforce»
- Weiterbildungsprogramme und Berufsbilder des Fachgebiets Psychiatrie
- Aufgabenteilung zwischen Psychiater/innen und anderen in die psychische Gesundheitsversorgung involvierten Berufsgruppen
- Tätigkeiten, Leistungserbringung und Produktivität der Psychiater/innen
- Spezifische Finanzierungsmodalitäten für die psychische Gesundheitsversorgung.

Methodisches Vorgehen

Basierend auf den Abklärungen im Rahmen der Machbarkeitsanalyse und ergänzenden Recherchen wurden für die Studie verfügbare Daten zu Indikatoren in einem Vergleichsraster zusammengestellt. Der Vergleich stützt sich auf statistische Routinedaten, wissenschaftliche Einzelstudien und qualitative Informationen aus Fachpublikationen und Dokumenten.

In den **Kurzportraits** der Versorgungssysteme im ersten Berichtsteil werden pro Land die Versorgungsstrukturen sowie die Rollen und Zuständigkeiten der involvierten Berufsgruppen aufgezeigt. Ausserdem wird aufgezeigt, welche Rahmenbedingungen den Bereich psychische Gesundheit prägen (z.B. Finanzierung und Leistungsvergütung, Regulierung der Berufsausübung) und welche politischen Strategien für die Weiterentwicklung der psychischen Gesundheitsversorgung relevant sind. Zur Illustration des Versorgungssystems und der Rollenverteilung zwischen den Berufsgruppen werden pro Land 2 typische Behandlungspfade exemplarisch nachgezeichnet, vom Eintritt ins Versorgungssystem hin zur Rehabilitation oder Langzeitbetreuung.

Im zweiten Teil erfolgt die Gegenüberstellung von **Zahlen und Fakten** gemäss den thematischen Schwerpunkten und den Indikatoren des Vergleichsrasters.

Portraits der Versorgungssysteme zur psychischen Gesundheit

Aus den Länder- und Berufsportraits geht hervor, dass die psychische Gesundheitsversorgung in der Schweiz von relativ wenigen Berufsgruppen geleistet wird. In allen drei Vergleichsländern gibt es bezüglich der involvierten Berufsgruppen eine grössere Diversität und eine stärkere Einbindung nichtärztlicher Fachkräfte in die psychische Gesundheitsversorgung. Ausserdem haben sich im ambulanten und intermediären Bereich interprofessionelle Teams hierzulande noch kaum etabliert.

Der Zugang zur psychischen Gesundheitsversorgung ist länderspezifisch unterschiedlich geregelt. Grosse Differenzen bestehen vor allem zwischen der Schweiz und den **Gatekeeping**-Systemen in England und den Niederlanden, wo ein **Direktzugang** zu psychiatrischen oder psychotherapeutischen Fachpersonen nicht möglich ist und bei jeglichem Gesundheitsproblem zunächst die Hausärzt/innen zuständig sind.

- In Gatekeeping-Systemen können Massnahmen zur Standardisierung von Behandlungspfaden oder Ansätze bei der Aufgabenteilung und Zusammenarbeit mit nichtärztlichen Berufsgruppen tendenziell einfacher implementiert werden. So sind in England und den Niederlanden in den letzten Jahren Anstrengungen unternommen worden, ambulante, gemeindeintegrierte und möglichst niederschwellige Versorgungsangebote zu fördern (dazu gehört auch die Einbindung Internet-basierter Therapieformen in die Behandlungspfade). Damit werden zwei gesundheitspolitische Ziele verfolgt: Einerseits soll der Zugang zu Behandlungen und die (frühzeitige) Inanspruchnahme verbessert werden. Andererseits ist man nicht zuletzt aufgrund knapper finanzieller Ressourcen und der relativ tiefen Psychiaterdichte bestrebt, einen möglichst grossen Teil der Versorgung nichtärztlichen Berufsgruppen und/oder interprofessionellen Behandlungsteams zu überantworten. Psychiater/innen konzentrieren sich vorwiegend auf Diagnostik, Therapieplanung, Medikation und die Behandlung komplexer, schwerer Erkrankungen, während nichtärztliche Berufsgruppen für die psychosoziale Unterstützung, Erstabklärungen, Kurzinterventionen, Psychotherapien etc. eingesetzt werden.
- In der Schweiz und in Deutschland gelten Hausärzt/innen als «Lotsen» im Gesundheitssystem; Behandlungen bei Psychiater/innen können jedoch auch ohne hausärztliche Überweisung erfolgen. Im Unterschied zu Deutschland, wo seit 1999 auch die psychologische Psychothera-

pie zur sog. vertragsärztlichen Versorgung gehört und ohne Überweisung aufgesucht werden kann, ist in der Schweiz der Direktzugang in die spezialisierte psychische Gesundheitsversorgung auf Psychiater/innen (bzw. auf die in ärztlichem Auftrag durchgeführte delegierte Psychotherapie) beschränkt. Inwieweit gewisse Aufgaben anderen Fachkräften übertragen werden bzw. inwiefern eine interprofessionelle Zusammenarbeit stattfindet, ist weniger auf Systemebene vorgegeben, sondern (noch) weitgehend vom Engagement und den Behandlungskonzepten der Leistungserbringenden abhängig. Die in England und den Niederlanden üblichen multiprofessionellen Versorgungsteams im ambulanten und intermediären Bereich befinden sich im deutschsprachigen Raum erst im Aufbau; verbreitet sind eher Einzelpraxen.

Ergebnisse des Ländervergleichs anhand ausgewählter Indikatoren

Die aus den Länderportraits gewonnenen Erkenntnisse wiederspiegeln sich in den im zweiten Studienteil dargestellten Vergleichskennzahlen und Indikatoren. Folgende Sachverhalte lassen sich festhalten:

Dichte der Leistungserbringer und Angebot

■ Die Schweiz verfügt, gemessen an der Anzahl Personen, über eine mehr als doppelt so hohe Dichte an Psychiater/innen wie Deutschland; der Abstand zu England und den Niederlanden ist noch grösser. Dieser markante Unterschied relativiert sich etwas durch den vergleichsweise grossen Anteil Teilzeit arbeitender Schweizer Psychiater/innen, bleibt jedoch auch bei Betrachtung der Vollzeitäquivalente bestehen. Nicht nur im Bereich Psychiatrie, sondern bei der medizinischen Versorgung generell weist die Schweiz eine hohe Ärztedichte auf. Diese ist rund doppelt so hoch wie in England oder den Niederlanden. Nur Deutschland verzeichnet eine leicht höhere Ärztedichte; gleichzeitig ist dort der Anteil Fachärzt/innen im Bereich Mental Health unter allen Vergleichsländern am tiefsten.

■ Bei den Psychologieberufen bzw. der nichtmedizinischen Psychotherapie ist ein Ländervergleich nur unter Vorbehalten möglich. Insgesamt deuten die Zahlen darauf hin, dass in den Niederlanden die geringe Dichte an Psychiater/innen durch die hohe Anzahl Psycholog/innen und Psychotherapeut/innen kompensiert wird. Weiter kann festgehalten werden, dass in allen Vergleichsländern die Dichte der nicht-medizinischen Psychotherapeut/innen bzw. Psycholog/innen deutlich über derjenigen der Psychiater/innen liegt. In der Schweiz hingegen ist das Verhältnis in etwa ausgeglichen.

■ Hinsichtlich Psychiatriepflege können aufgrund der Datenlage kaum aussagekräftige Vergleiche gezogen werden. Es wird jedoch deutlich, dass in den Niederlanden auch die Pflege (mit regulären Pflegefachkräften und zwei spezialisierten Profilen) massgeblich zur Aufrechterhaltung der psychischen Gesundheitsversorgung bei relativ tiefer Psychiaterdichte beiträgt.

■ Beim Versorgungsangebot kann festgehalten werden, dass Unterschiede zwischen der Schweiz und anderen Ländern vorwiegend den ambulanten Bereich bzw. niedergelassene Psychiater/innen in eigener Praxis betreffen. Charakteristisch sind dabei für die Schweiz nebst der Teilzeitquote auch der hohe Anteil an ausländischen Fachärzt/innen (34%). Wartezeiten bei der psychischen Versorgung stellen zwar auch in der Schweiz für gewisse Patientengruppen eine Zugangshürde dar, im Vergleich zu anderen Ländern scheint diese Problematik jedoch etwas weniger gravierend zu sein.

Aus- und Weiterbildung

■ Die Zugehörigkeit eines Fachgebiets zur psychischen Gesundheitsversorgung, aber auch die Differenzierung von Teil- und Spezialgebieten werden in den Vergleichsländern jeweils unterschiedlich vorgenommen. In Deutschland, England und den Niederlanden erfolgt die Differenzierung stärker über Facharzttitel, während hierzulande die Ausdifferenzierung über Schwerpunkttitel erfolgt.

■ In der Summe dauert die Aus- und Weiterbildung von Psychiater/innen in den verschiedenen Ländern in etwa gleich lang (ca. 11 bis 12 Jahre), wobei in der Schweiz die Aus- und Weiterbildung bis zur Erlangung eines Schwerpunkttitels mit 14 Jahren an der oberen Grenze liegt.

Tätigkeit und Leistungserbringung der Psychiater/innen

■ Kennzahlen zum Aufgabenspektrum, zur Zahl behandelter Patient/innen pro Zeiteinheit und Leistungserbringende, Informationen zu Behandlungs- oder Falldauern, zur ärztlichen Zeitverwendung etc. können zur Erklärung der unterschiedlichen Psychiaterdichte beitragen. Das Leistungsvolumen pro Kopf oder pro vollzeitäquivalente Psychiaterstelle dürfte u.a. von den in den verschiedenen Ländern favorisierten Behandlungskonzepten und den damit verbundenen Gesprächsleistungen abhängen. Die für einen solchen Vergleich erforderlichen Daten waren indes kaum verfügbar, sodass die Tätigkeit und Leistungserbringung nur anhand weniger Grössen betrachtet werden konnte.

■ In der Schweiz fällt u.a. der vergleichsweise hohe Anteil an Psychiater/innen auf, der hauptsächlich im ambulanten Versorgungssektor tätig

ist (73%). Hinsichtlich der Verteilung der Arbeitszeiten auf verschiedene Tätigkeitsbereiche deuten die verfügbaren Daten darauf hin, dass in der Schweiz ein tieferer Anteil der Gesamtarbeitszeit für medizinische patientennahe Tätigkeit verwendet wird als etwa in Deutschland (59% vs. 71%), was ceteris paribus zu einem höheren Bedarf an Psychiater/innen führt.

Aufgabenteilung und Rolle anderer Berufsgruppen

■ Unterschiede in der fachärztlichen Versorgungsdichte haben auch mit der länderspezifischen Verteilung von Aufgaben und Kompetenzen auf die Berufsgruppen im Bereich Mental Health zu tun. Die Bedeutung der einzelnen Berufsgruppen ist u.a. auch aus Bevölkerungsbefragungen ersichtlich, in denen die Befragten angeben, welche Fachperson(en) sie bei psychischen Gesundheitsproblemen konsultieren.

■ Aus den Daten geht hervor, dass der Anteil Personen, der in den letzten 12 Monaten fachliche Unterstützung für psychische Probleme gesucht hat, in der Schweiz markant tiefer liegt als in den Vergleichsländern (5% vs. 12–18%). Auch bezüglich der konsultierten Fachperson(en) zeigen sich ausgeprägte Unterschiede: Während in der Schweiz in erster Linie spezialisierte Fachpersonen aufgesucht werden (Psychiater/innen: 42%, Psycholog/innen: 39%), sind nicht nur in England und den Niederlanden, wo Grundversorger/innen eine Gatekeeping-Funktion haben, sondern auch in Deutschland die Hausärzt/innen (trotz Direktzugang zu Fachärzt/innen und psychologischen Psychotherapeut/innen) die am häufigsten aufgesuchte Berufsgruppe (59–88%, in der Schweiz nur 13%).

Finanzierung und Kosten

■ Die Schweiz gibt anteilsmässig (9.2%) weniger für die psychische Gesundheitsversorgung aus als die Vergleichsländer. Trotz steigenden Ausgaben und vermehrter Inanspruchnahme psychiatrisch-psychologischer Behandlungen bleibt dieser Anteil seit Jahren stabil. In den Niederlanden ist der Kostenanteil für psychische Gesundheitsversorgung gut doppelt so hoch (20.9%), was auch im Gesamt-OECD-Vergleich einen Spitzenwert darstellt.

■ Was die Finanzierungsmodalitäten betrifft, stellt die Schweiz im ambulanten Bereich mit den Einzelleistungsvergütungen (nach Tarmed) eher einen Sonderfall dar. In den Vergleichsländern erfolgt die Vergütung in der Regel im Rahmen von Leistungspaketen, in denen mehrere Leistungen gruppiert sind. Im stationären Bereich bestehen in der Schweiz und in Deutschland ähnliche Bestrebungen zur Umstellung auf diagnose- und leistungsbezogene Pauschalen, während England und die Niederlanden solche Vergütungssysteme bereits eingeführt haben. Die Finanzierung von intermediären Angeboten ist nicht nur in der Schweiz, sondern auch in den Vergleichsländern heterogen geregelt.

■ Was die Vergütung von Psychotherapien durch die obligatorische Krankenversicherung betrifft (Voraussetzungen für die Kostenerstattung, Umfang der vergüteten Leistungen), zeigt der Ländervergleich, dass in der Schweiz die Regelung des psychotherapeutischen Leistungsumfangs fast ausschliesslich über den Zugang zu spezifischen Leistungserbringenden erfolgt (Delegationsmodell), während in Bezug auf Art und Umfang im Gegensatz zu den Vergleichsländern kaum Vorgaben gemacht werden (der Anspruch auf 40 Sitzungen ohne Antragspflicht ist als vergleichsweise umfangreich anzusehen).

■ Steigende Gesundheitskosten und Spardruck im Staatshaushalt sind in allen Vergleichsländern Realität. In diesem Kontext interessieren Steuerungsbemühungen und ggf. Massnahmen zur Verhinderung einer unkontrollierten Mengenausweitung. Was die *psychiatrische* Versorgung im engeren Sinne betrifft, hat die Schweiz keine Steuerungsmechanismen. Anders die Vergleichsländer: In Deutschland erfolgt dies über die Zulassung von Leistungserbringenden in der ambulanten Versorgung sowie über die Festlegung von Obergrenzen beim Leistungsvolumen. Die Niederlande legen die Anzahl Aus- und Weiterbildungsplätze von Leistungserbringenden fest, und in England erfolgt die Steuerung auf Ebene des gesamten Gesundheitssystems mit dem vorgegebenen Gesamtbudget.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die in der Schweiz gegenüber den ausgewählten Vergleichsländern überaus hohe Psychiaterdichte bleibt auch bei einer differenzierten Betrachtung (gemessen in Vollzeitäquivalenten) bestehen. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass diese hohe Dichte auf einer hohen Nachfrage nach psychiatrischen Leistungen beruht. Letzteres ist vorwiegend auf Charakteristika des schweizerischen Versorgungssystems im Mental-Health-Bereich zurückzuführen.

Die folgenden Punkte relativieren die im politischen Diskurs vorgebrachte These, wonach die hohe Dichte an Psychiater/innen eine Überversorgung darstellt:

Aufgabe der Psychiater/innen im Versorgungssystem

In der Schweiz erbringen Psychiater/innen einen wesentlichen Teil der Versorgungsleistungen im Bereich psychische Gesundheit. In allen drei Vergleichsländern gibt es bezüglich der involvierten Berufsgruppen eine grössere Diversität und

eine stärkere Einbindung nicht-ärztlicher Fachkräfte in die psychische Gesundheitsversorgung. Insbesondere in Ländern mit Gatekeeping-Systemen (England, Niederlande) werden Psychiater/innen fast ausschliesslich für die Behandlung komplexer und schwerer psychischer Erkrankungen eingesetzt. Im Gegensatz dazu bestehen in der Schweiz keine Vorgaben oder Leitprinzipien, was das Aufgabenspektrum der Psychiater/innen bzw. die Aufgabenteilung mit anderen Fachkräften wie Psycholog/innen, Sozialarbeiter/innen oder (spezialisierten) Pflegefachpersonen betrifft. Ausserdem ist ein relativ hoher Anteil der Psychiater/innen hierzulande in eigener Praxis tätig, was den Koordinationsaufwand für die Einbindung anderer Berufsgruppen erhöht, während in gemeindeintegrierten Versorgungsteams die multiprofessionelle Zusammenarbeit fester Bestandteil des Behandlungskonzepts ist.

Inanspruchnahme und Zugang
Für Schweizer/innen sind Psychiater/innen die primären Ansprechpersonen bei psychischen Problemen und Erkrankungen. Angesichts des Direktzugangs erfüllen Psychiater/innen daher in gewisser Weise auch «Grundversorgungs»-Funktionen, während Erstabklärungen und Triage in den Vergleichsländern nicht (Gatekeeping in England und den Niederlanden) bzw. in weitaus geringerem Umfang (Deutschland) zum Aufgabenprofil von Psychiater/innen gehört.

Therapiekonzepte und Art der Behandlung
In der Schweiz ist die Psychotherapie integraler Bestandteil der beiden psychiatrischen Facharzttitel. In den Vergleichsländern hingegen ist jeweils ein gewisser Anteil Fachärzt/innen nicht psychotherapeutisch ausgebildet. Dass die (zeit- und personalintensive) ärztliche Psychotherapie in der Schweiz eher verbreitet ist als in anderen Ländern, mag auch mit einer fachlichen Tradition zusammenhängen (in Deutschland wurde die Psychotherapie erst jüngst in den Facharzttitel integriert). Angesichts der erwähnten «Grundversorgungs»-Funktionen ist denkbar, dass Psychiater/innen in der Schweiz auch weniger komplexe Fälle psychotherapeutisch behandeln, für die in England und den Niederlanden andere Berufsgruppen zuständig sind (z.B. Stepped Care Ansatz; IAPT-Programm).

Steuerung und Policy
Die Schweiz kennt so gut wie keine Steuerung der Angebotsgestaltung, der Versorgungsdichte, der Zusammensetzung der Workforce oder der Leistungsmenge; alle gewählten Vergleichsländer sind aktiver in der gesundheitspolitischen Gestaltung der psychischen Gesundheitsversorgung.

Die im Rahmen der Studie vorgenommen Analysen der Tätigkeiten und Rollen von Psychiaterinnen und Psychiatern in der Schweiz und im Ausland konnten zum besseren Verständnis der in den Vergleichsländern unterschiedlichen Psychiaterdichte beitragen, indem u.a. aufgezeigt wurde, dass die Psychiater/innen je nach Land unterschiedliche Positionen innerhalb der psychischen Gesundheitsversorgung einnehmen. Die Aufgabenteilung mit anderen Berufsgruppen ist dabei von zentraler Bedeutung. Nur lückenhaft konnte aufgrund mangelnder Daten die Leistungserbringung der Psychiaterinnen im Sinne von Produktivität (z.B. Leistungsvolumen pro Vollzeitäquivalente Arztstelle) verglichen werden, insbesondere was den ambulanten Praxisbereich anbetrifft, der im Schweizer Versorgungssystem einen breiten Raum einnimmt. Hier wäre es wünschenswert, dass dereinst mehr Vergleichsinformationen zu Patientenzahlen, Konsultations- und Behandlungsdauern, verschriebenen Medikamenten etc. verfügbar wären.

Résumé

Situation de départ

En comparaison internationale, la Suisse compte le plus grand nombre de psychiatres par 100'000 habitants, ce qui correspond à près de trois fois plus que la moyenne dans les pays de l'OCDE.

Le présent rapport s'intéresse aux facteurs explicatifs, au contexte et aux causes de ce résultat. Il repose sur une étude de faisabilité, dans laquelle les bases d'une comparaison approfondie des activités des psychiatres entre la Suisse et d'autres pays européens ont été élaborées. Les pays sélectionnés pour cette comparaison sont l'**Allemagne**, l'**Angleterre** et les **Pays-Bas**. La comparaison entre les pays s'appuie sur les **principaux thèmes suivants:**

- La densité de soins et la structure de la main-d'œuvre dans la santé mentale («Mental Health Workforce»)
- Les programmes de formation postgraduée et les profils professionnels du domaine de la psychiatrie
- La répartition des tâches entre psychiatres et autres groupes professionnels impliqués dans les soins de santé mentale
- Les activités, les prestations fournies et la productivité des psychiatres
- Les modalités de financement spécifiques aux soins de santé mentale

Approche méthodologique

En se basant sur les résultats de l'étude de faisabilité susmentionnée, ainsi que sur des recherches complémentaires, les données disponibles pour cette étude ont été rassemblées en indicateurs dans une grille de comparaison. La comparaison repose sur des données statistiques de routine, sur des études scientifiques individuelles et sur des informations qualitatives provenant de documents et de publications spécialisées.

Dans la première partie de ce rapport, les **brefs portraits des différents systèmes de soins présentent, pour chaque pays,** les structures de soins, les rôles et les responsabilités des différents groupes professionnels impliqués. Par ailleurs, ces portraits permettent d'identifier quelles sont les conditions cadres pertinentes qui régissent le domaine de la santé mentale (par ex. le financement et la disponibilité des prestations, la réglementation de l'activité professionnelle), ainsi que les stratégies politiques pertinentes visant au développement des soins de santé mentale. Pour illustrer le système de soins et la répartition des rôles entre les groups professionnels, deux parcours thérapeutiques caractéristiques sont pris en exemple par pays. Ces parcours vont de l'entrée du patient dans le système de soins à la réhabilitation ou la prise en charge de longue durée.

La deuxième partie du rapport s'attache à comparer **les chiffres et les faits** avec les priorités thématiques et les indicateurs de la grille de comparaison.

Portraits des systèmes de soins en santé mentale

Sur la base des portraits des pays et des professions, il ressort que les soins de santé psychique en Suisse sont fournis par relativement peu de groupes professionnels. Dans les trois pays considérés pour la comparaison, on observe une plus grande diversité et une plus grande intégration du personnel non médical dans les soins de santé psychique. Par ailleurs, dans le secteur ambulatoire et intermédiaire en Suisse, il n'existe encore pratiquement pas d'équipes interprofessionnelles.

L'accès aux soins de santé psychique est spécifique à chaque pays et y est différemment réglé. De grandes différences apparaissent surtout entre la Suisse et les systèmes de **Gatekeeping** de l'Angleterre des Pays-Bas, qui exclut un **accès direct** aux psychiatres ou aux psychothérapeutes ; le médecin de famille étant premièrement responsable pour tous les problèmes de santé.

- Dans les systèmes de Gatekeeping, il est généralement plus facile d'introduire des mesures de standardisation des parcours thérapeutiques ou des approches privilégiant la répartition des tâches et la collaboration avec des groupes professionnels non médicaux. Ainsi, ces dernières années en Angleterre et aux Pays-Bas, des actions ont été entreprises pour promouvoir l'offre de soins de manière ambulatoire, intégrée localement et à bas seuil (ceci inclut également des formes de thérapies en ligne). Ce faisant, deux buts de politique de santé sont poursuivis: d'une part, améliorer l'accès et le recours (précoce) au traitement. D'autre part, le manque de ressources financières et une densité de psychiatres relativement basse permet de confier la plus grande part possible des soins à des groupes professionnels non médicaux et/ou à des équipes soignantes interprofessionnelles. Les psychiatres se concentrent surtout sur le diagnostic, la planification de la thérapie, la médication et le traitement de maladies complexes et graves, alors que les groupes professionnels non médicaux interviennent dans le cadre de soutien psychosocial, lors de premières investigations, d'interventions courtes, de psychothérapies, etc.

■ En Suisse et en Allemagne, le médecin de familles est considéré comme un « pilote » dans le système de santé; cependant, le traitement par un psychiatre peut être effectué sans devoir d'abord le consulter. Contrairement à l'Allemagne, où depuis 1999 les psychothérapeutes font partie du système de soins par des médecins dits conventionnés («Vertragsärztliche Versorgung») et sont ainsi accessibles sans orientation préalable du médecin de famille, en Suisse, l'accès direct aux soins de santé psychique est limité aux psychiatres (respectivement à la psychothérapie déléguée). L'attribution de certaines tâches à d'autres professionnels spécialisés, ainsi que la collaboration interprofessionnelle sont moins définies au niveau du système de soins, mais dépendent (encore) en grande partie de l'engagement et des concepts de traitement des fournisseurs de prestation. Alors qu'en Angleterre et aux Pays-Bas, les équipes multiprofessionnelles de soins sont courantes dans le domaine ambulatoire et intermédiaire, dans l'espace germanophone, elles commencent seulement à apparaître, les cabinets individuels restant plus répandus.

Résultats de la comparaison entre pays selon les indicateurs sélectionnés

Les résultats obtenus dans le cadre des portraits des pays se reflètent dans les chiffres de comparaison et les indicateurs présentés dans la deuxième partie de l'étude. Les conclusions suivantes peuvent être tirées:

Densité de l'offre et des fournisseurs de prestations

■ La Suisse dispose, en regard du nombre d'habitants, d'une densité de psychiatres plus de deux fois plus élevée que celle de l'Allemagne; la différence avec l'Angleterre et les Pays-Bas est encore plus grande. Cette différence marquée peut être relativisée par, comparativement, une importante proportion de temps partiels en Suisse, mais reste toutefois existante lorsque l'on considère les équivalents temps pleins. En Suisse, la densité élevée de praticiens ne se manifeste pas uniquement dans le domaine de la psychiatrie, mais dans les soins médicaux en général. Cette densité est environ deux fois plus importante qu'elle ne l'est en Angleterre ou aux Pays-Bas. Seule l'Allemagne affiche une densité de médecin légèrement plus haute, mais c'est également le pays, parmi tous les pays comparés, qui présente la plus petite proportion de spécialistes dans le domaine de la santé mentale.

■ Une comparaison des pays quant aux professions de la psychologie ou de la psychothérapie non médicale n'est possible que sous certaines réserves. Aux Pays-Bas, les chiffres indiquent que la faible densité de psychiatres est compensée par le nombre élevé de psychologues et de psychothérapeutes. De plus, mentionnons que dans tous les pays de comparaison, la densité de psychothérapeutes non médicaux et de psychologues est clairement plus élevée que celle des psychiatres. En Suisse, au contraire, le rapport s'égalise de part et d'autre.

■ Quant aux soins de psychiatrie, les données disponibles ne permettent pas d'établir des comparaisons pertinentes. Aux Pays-Bas, les traitements (effectués par du personnel soignant ordinaire et par les deux profils de spécialistes) contribuent de manière décisive au maintien des soins en matière de santé psychique malgré une densité relativement faible de psychiatres.

■ En ce qui concerne l'offre de soins, l'étude montre que les différences entre la Suisse et les autres pays concernent principalement le domaine ambulatoire et les cabinets individuels de psychiatrie. Ce qui caractérise la Suisse, en-dehors de la forte proportion de temps partiel, est l'important taux de médecins spécialistes étrangers (34%). Les temps d'attente pour les soins psychiques représentent, aussi en Suisse, une entrave à l'accès aux soins pour certains groupes de patients, mais en comparaison aux autres pays, cette problématique semble être un peu moins grave.

Formation de base et formation postgraduée

■ L'appartenance d'une spécialisation aux soins de santé psychique, mais également la différentiation des spécialisations et sous-spécialisations se définit différemment selon les pays de comparaison. En Allemagne, en Angleterre au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, la différenciation se fait plus sur le titre de spécialiste, alors qu'en Suisse, elle se base sur le titre de la formation approfondie.

■ La durée totale de la formation (de base et postgraduée) des psychiatres est à peu près la même dans les pays comparés (environ 11–12 ans), alors qu'en Suisse elle va jusqu'à l'acquisition d'un titre de formation approfondie, soit 14 ans.

Activités et fourniture des prestations par les psychiatres

■ Les principaux chiffres en lien avec l'éventail des tâches, le nombre de patients vus par unité de temps et par fournisseur de prestation, les informations sur la durée des traitements ou la durée des cas et sur l'utilisation du temps par les médecins peuvent contribuer à l'explication des différentes densités de psychiatres. Le volume

des prestations par psychiatre ou par équivalents plein-temps pourrait, entre autre, dépendre des concepts de traitements favorisés selon les pays, en particulier les thérapies par le dialogue. Les données nécessaires à une telle comparaison n'étaient cependant pas disponibles pour établir une comparaison pertinente des activités et des prestations des psychiatres.

■ En Suisse, la proportion comparativement grande de psychiatres actifs dans le domaine ambulatoire (73%) est notable. En ce qui concerne la distribution des temps de travail entre les différents domaines d'activité, les données disponibles indiquent qu'en Suisse, une part plus faible des heures de travail totales est allouée à l'activité proche du patient qu'en Allemagne (59% versus. 71%) ; ce qui entraîne, toutes choses égales par ailleurs, un plus important besoin en psychiatres.

Répartition des tâches et rôles des autres groupes professionnels

■ Les différences entre pays dans la densité des soins médicaux sont aussi dues aux spécificités des pays en matière de répartition des tâches et des compétences entre les groupes professionnels dans le domaine de la santé mentale. L'importance des différents groupes professionnels apparaît également dans les sondages, dans lesquels les personnes interrogées indiquent quels spécialistes elles consultent en cas de problèmes de santé psychique.

■ Il ressort des données collectées que la part des personnes qui, au cours des douze derniers mois, ont cherché un soutien professionnel pour des problèmes psychiques est nettement plus basse en Suisse que dans les pays de comparaison (5% versus 12–18%). On constate aussi des grandes différences concernant le spécialiste consulté: alors qu'en Suisse, on s'adresse d'abord à un spécialiste (42% à un psychiatre, 39% à un psychologue), en Angleterre et aux Pays-Bas, où les médecins généralistes ont une fonction de Gatekeeper, mais aussi en Allemagne (et ce malgré l'accès direct à des médecins spécialistes et à des psychothérapeutes), ce sont les médecins de famille qui sont le plus souvent consultés (entre 59–88% versus seulement 13% en Suisse).

Financements et coûts

■ La Suisse dépense en moyenne (9.2%) moins pour les soins de santé psychique que les pays comparés. Malgré les dépenses croissantes et le recours accru à des traitements psychiatriques et psychologiques, la part des dépenses reste stable depuis des années. Aux Pays-Bas, la part des coûts est deux fois plus élevée pour les soins de santé psychique (20.9%), ce qui représente une valeur maximale dans l'ensemble des pays comparés de l'OCDE.

■ En ce qui concerne les modalités de financement, la Suisse constitue un cas spécial dans le domaine des soins ambulatoires avec le remboursement de prestations individuelles (selon Tarmed). Dans les pays comparés, le remboursement se produit habituellement dans le cadre d'un pack de prestations, regroupant plusieurs prestations. Dans le domaine stationnaire, des efforts similaires sont fournis en Suisse et en Allemagne pour une réorientation vers des forfaits de diagnostic et des forfaits de prestations fournies, alors que l'Angleterre et les Pays-Bas ont déjà introduit de tels systèmes de remboursement. Le financement des offres intermédiaires est réglé de façon hétérogène aussi bien en Suisse que dans les autres pays de comparaison.

■ En ce qui concerne le remboursement des psychothérapies par l'assurance obligatoire des soins (conditions pour le remboursement des frais, étendue des prestations remboursées), la comparaison entre les pays montre qu'en Suisse, la réglementation de l'étendue des prestations psychothérapeutiques se fonde presque exclusivement sur l'accès à des fournisseurs de prestations spécifiques (modèle de délégation). Contrairement aux pays comparés, peu d'exigences sont requises en Suisse quant au type et à l'étendue des prestations (le droit à 40 séances sans obligation de requête est à considérer comme large en comparaison des autres pays).

■ Les frais de santé croissants et la pression d'économies dans les finances publiques sont une réalité dans tous les pays comparés. Dans ce contexte, nous nous sommes intéressés aux efforts de pilotage, ainsi qu'aux éventuelles mesures visant à empêcher un accroissement incontrôlé du volume des prestations. En ce qui concerne les soins psychiatriques au sens étroit, la Suisse ne dispose d'aucun mécanisme de pilotage. Il en va autrement dans les pays comparés: en Allemagne, le pilotage s'exerce par le biais d'autorisation des fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire, ainsi que par la définition de plafonds de volume des prestations. Les Pays-Bas, quant à eux, fixent le nombre de places de formation des fournisseurs de prestations et en Angleterre le pilotage a lieu au niveau de l'ensemble du système de santé par la prédéfinition du budget global qui lui sera alloué.

Discussion et conclusions

En Suisse, malgré la prise en compte des équivalents temps pleins, la densité de psychiatres reste extrêmement élevée en comparaison des autres

pays. Nous pouvons partir du principe que cette haute densité répond à une forte demande en prestations psychiatriques, ce qui est principalement dû aux caractéristiques du système suisse de soins dans le domaine de la santé mentale. Les points suivant relativisent la thèse énoncée dans le discours politique selon laquelle la haute densité des psychiatres représenterait une suroffre de soins:

Tâches des psychiatres dans le système de soins

En Suisse, les psychiatres fournissent une part importante des prestations de soins dans le domaine de la santé psychique. Dans les trois pays de comparaison, il existe une plus grande diversité de groupes professionnels impliqués et une plus forte intégration du personnel non médical dans le système de soins de santé psychique. Dans les pays avec un système de Gatekeeping (Angleterre et Pays-Bas), les psychiatres sont presque exclusivement engagés pour le traitement de maladies psychiques graves ou complexes. En Suisse, en revanche, il n'existe aucune consigne, ni principe directeur qui concerne l'éventail des tâches des psychiatres et la répartition des tâches avec d'autres personnels spécialisés, tels que les psychologues, les travailleurs sociaux ou le personnel infirmier. En outre, en Suisse une proportion relativement importante des psychiatres exerce dans un cabinet individuel, ce qui génère plus de travail de coordination pour l'intégration des autres groupes professionnels, alors que pour les équipes de soins intégrées au sein de la communauté, la coopération multiprofessionnelle est partie intégrante du concept de traitement.

Utilisation et accès

Pour les Suisses, les psychiatres sont les premiers interlocuteurs en cas de problèmes et de maladies psychiques. Cet accès direct aux psychiatres fait que ces derniers remplissent également une fonction de fournisseurs de soins de base, alors que les premières investigations et l'orientation ne ressortent que dans une moindre mesure des tâches des psychiatres en Allemagne, voire pas du tout dans les pays avec un système de Gatekeeping (Angleterre et Pays-Bas).

Concepts de thérapie et types de traitements

En Suisse la psychothérapie fait partie intégrante des deux titres de spécialistes en psychiatrie. En revanche, dans les pays de comparaison, une partie des médecins spécialistes n'a pas de formation psychothérapeutique. Le fait que la psychothérapie médicale (exigeante en temps et en ressources humaines) soit plus répandue en Suisse que dans d'autres pays peut aussi être lié à une tradition professionnelle (en Allemagne la psychothérapie n'a que récemment été intégrée dans les titres de spécialistes). En regard des fonctions de soins de base mentionnés ci-dessus, il est imaginable qu'en Suisse, les psychiatres traitent aussi des maladies légères par la psychothérapie dont se chargent d'autres groupes professionnels en Angleterre et aux Pays-Bas (par exemple l'approche Stepped Care ou le programme IAPT).

Pilotage et politique publique

La Suisse ne dispose, pour ainsi dire, d'aucun pilotage pour l'organisation de l'offre, la densité des soins, la composition de la main-d'œuvre ou encore le volume des prestations. Les autres pays choisis pour la comparaison sont plus actifs dans l'élaboration de politiques de santé en matière de soins de santé psychique.

Les analyses réalisées dans le cadre de cette étude quant aux activités et rôles des psychiatres en Suisse et à l'étranger permettent de contribuer à une meilleure compréhension des différences de densité de psychiatres dans les pays de comparaison. Ces analyses ont, entre autres, montré que les psychiatres occupaient des positions différentes, selon les pays, au sein du système de soins de santé psychique. La répartition des tâches avec les autres groupes professionnels revêt ici une importance centrale. La comparaison de la fourniture des prestations en termes de productivité des psychiatres (par exemple, le volume de prestations par poste de médecin en équivalent temps pleins) n'a pu être menée que de façon partielle, en raison des données manquantes, en particulier en ce qui concerne le domaine ambulatoire, qui joue un rôle important dans le système de soins en Suisse. A cet effet, il serait souhaitable que plus d'informations de comparaison concernant le volume de patients, la durée des consultations et des traitements, les médicaments prescrits etc. soient disponibles.

1 Ausgangslage und Fragestellung

Von allen OECD-Ländern hat die Schweiz mit Abstand die höchste Anzahl Psychiater/innen pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner, knapp doppelt so viele wie die in der Rangliste nachfolgenden Länder und nahezu dreimal so viele wie die OECD-Länder im Durchschnitt (OECD 2014a).

Eine detaillierte Gegenüberstellung der psychiatrischen Versorgung in der Schweiz und anderen Ländern soll dazu dienen, Erklärungsansätze, Hintergründe und Ursachen für diesen Befund zu gewinnen.

Basierend auf einer Machbarkeitsstudie, in der die Grundlagen für einen detaillierten Vergleich der Tätigkeiten von Psychiater/innen zwischen der Schweiz und anderen europäischen Ländern erarbeitet wurden (Künzi/Jäggi 2016), zeigt der vorliegende Bericht auf, welche Strukturen und Policies die psychische Gesundheitsversorgung in der **Schweiz, Deutschland, England** und den **Niederlanden** prägen und welche Position Psychiater/innen innerhalb dieser Versorgungssysteme einnehmen.

Thematische Schwerpunkte des Ländervergleichs sind:

- die Versorgungsdichte und Struktur der «Mental Health Workforce»,
- Weiterbildungsprogramme und Berufsbilder des Fachgebiets Psychiatrie,
- die Aufgabenteilung zwischen Psychiater/innen und anderen in die psychische Gesundheitsversorgung involvierten Berufsgruppen,
- Tätigkeiten, Leistungserbringung und Produktivität der Psychiater/innen, sowie
- spezifische Finanzierungsmodalitäten für die psychische Gesundheitsversorgung.

2 Methodisches Vorgehen und Aufbau des Berichts

Methodisch stützen sich die Arbeiten zum Ländervergleich auf Internet- und Literaturrecherchen sowie telefonischem oder schriftlichem Austausch mit Expert/innen im In- und Ausland.

Qualitative Übersicht zu Versorgungsstrukturen, Berufsgruppen und Steuerung

In einem ersten Schritt wird aufgezeigt, welche Angebote, Settings und Aufgabenfelder in den gewählten Ländern der psychischen Gesundheitsversorgung zugerechnet werden, welche Berufsgruppe für welche Teilgebiete und Tätigkeiten zuständig ist und welche Rahmenbedingungen bezüglich Steuerung und Finanzierung den Bereich psychische Gesundheit prägen. Zur Illustration der Versorgungsstrukturen und der Rollenverteilung zwischen involvierten Berufsgruppen werden ausserdem pro Land die typischen Behandlungspfade für zwei Krankheitsbilder – eine mittelgradige Depression als eine vergleichsweise häufig auftretende psychische Störung, Schizophrenie als Beispiel für eine schwere psychische Störung – exemplarisch nachgezeichnet (Kapitel 3).

Erarbeiten der Datengrundlagen

Basierend auf den Abklärungen im Rahmen der Machbarkeitsanalyse und ergänzenden Recherchen wurden verfügbare Daten zu Indikatoren in einem Vergleichsraster zusammengestellt. Die Vergleichsstudie stützt sich auf statistische Routinedaten, wissenschaftliche Einzelstudien und qualitative Informationen aus Fachpublikationen und Dokumenten (graue Literatur von öffentlichen Stellen, Fachgesellschaften etc.). Eigene Datenauswertungen wurden einzig für die Darstellung der psychiatrischen Tätigkeiten in der Schweiz beigezogen: Datengrundlage ist hier die Mitte 2016 durchgeführte Befragung von Psychiater/innen im Rahmen des Forschungsprojekts «Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz» (Stocker et al. 2016). Die Datentabellen pro Land mit detaillierten Angaben zu den Datenquellen können im Anhang eingesehen werden.

Analyse und Diskussion

Die Ergebnisse der Datenrecherchen werden in Kapitel 4 entlang der Vergleichsindikatoren einander gegenübergestellt, analysiert und vor dem Hintergrund der qualitativen Ergebnisse aus den Länder- und Berufsportraits diskutiert. Aufgrund der Datenlage ist es nicht immer möglich, alle Länder miteinander zu vergleichen; fehlen Informationen für ein Land, werden Teilvergleiche erstellt. Abschliessend wird aufgezeigt, welche Erklärungsansätze für die hohe Dichte an Psychiater/innen in der Schweiz im Vergleich zu allen anderen OECD-Ländern sich aus den Studienergebnissen ableiten lassen (Kapitel 5).

Zu beachten ist, dass die vorliegende Vergleichsstudie den Blick vor allem auf die Angebotsseite lenkt und die Versorgungsdichte, Aufgabenteilung und Rolle der Psychiater/innen sowie anderer in die psychische Gesundheitsversorgung eingebundenen Berufsgruppen thematisiert. Die Qualität und Adäquatheit der Versorgung sowie der Versorgungsgrad in den einzelnen Ländern, d.h. das Verhältnis zwischen Personen mit Behandlungsbedarf und der Inanspruchnahme psychiatrisch-psychologischer Behandlungsangebote, sind hingegen nicht Gegenstand des vorliegenden Berichts.

3 Psychische Gesundheit: Portraits der Versorgungssysteme

Nachfolgend wird für die Schweiz und die drei Vergleichsländer Deutschland, England und die Niederlande aufgezeigt, welche Angebote, Settings und Berufsgruppen der psychischen Gesundheitsversorgung zugerechnet werden, welche Rahmenbedingungen bezüglich Steuerung und Finanzierung den Bereich psychische Gesundheit prägen und welche politischen Strategien für die Weiterentwicklung der psychischen Gesundheitsversorgung und die künftige Zusammensetzung der benötigten Fachkräfte relevant sind («**Das Versorgungsystem im Überblick**»). In einem zweiten Unterkapitel werden die involvierten Berufsgruppen hinsichtlich ihrer Rollen, Zuständigkeiten und Tätigkeitsfelder beschrieben und die regulatorischen Rahmenbedingungen geschildert. Ausserdem wird übersichtsartig zusammengestellt, welche Ausbildungen die Berufsgruppen mitbringen und welche Regelungen bei der Vergütung der von ihnen erbrachten Leistungen gelten («**Aufgaben und Kompetenzen der involvierten Berufsgruppen**»).

Zur Illustration des Versorgungssystems und der Rollenverteilung zwischen den Berufsgruppen werden pro Land ausserdem zwei typische Behandlungspfade exemplarisch nachgezeichnet, vom Eintritt ins Behandlungssystem über die Art und den Verlauf der Behandlung hin zur Rehabilitation bzw. zur Langzeitbetreuung («**Typische Behandlungspfade**»). Dargestellt werden folgende Fälle:

(1) Behandlungspfad **Depression** am Beispiel des 56-jährigen berufstätigen Familienvaters «Gerhard» (mittelgradige unipolare Depression)
(2) Behandlungspfad **Schizophrenie** am Beispiel der 21-jährigen allein lebenden Studentin «Lisa».

Für alle Vergleichsländer gilt, dass neben den Medizinal-, Gesundheits- und Sozialberufen zunehmend auch Peers, d.h. Personen mit Psychiatrieerfahrung und einer Weiterbildung als «Genesungsbegleiter/in», in die psychische Gesundheitsversorgung eingebunden werden, vorwiegend im stationären Bereich oder in aufsuchenden gemeindenahen Teams im Rahmen der Krisenintervention.[1] Die Stärkung der Rolle von Peers und des «Recovery»-Ansatzes wird gemeinhin als wichtiges Merkmal einer modernen psychiatrischen Versorgung betrachtet. Dieser Teil der (künftigen) Workforce wird im vorliegenden Bericht jedoch nicht weiter in den Ländervergleich einbezogen.

Welche Krankheitsbilder den psychischen Erkrankungen zuzurechnen sind, wird international unterschiedlich gehandhabt. Umstritten ist beispielweise, inwiefern auch Demenzerkrankungen als primär psychiatrische (oder aber als primär neurologische Erkrankung zu klassifizieren sind (Reynolds 2003). In der vorliegenden Studie werden Demenzerkrankungen (und damit alle Versorgungsstrukturen und Berufsgruppen, welche in der Behandlung und Betreuung dieser Patientenpopulation involviert sind) nicht berücksichtigt.

3.1 Psychische Gesundheitsversorgung in der Schweiz

3.1.1 Das Versorgungsystem im Überblick

Die wichtigsten Akteure zur Behandlung von psychischen Krankheiten in der Schweiz sind Psychiater/innen, psychologische Psychotherapeut/innen, ärztliche Grundversorger/innen (Fachärzt/innen für Allgemeine und Innere Medizin, Pädiater/innen, Praktische Ärzt/innen) sowie Pflegefachpersonen. Zusätzlich zum klassischen medizinisch-therapeutischen Versorgungssystem können sich Menschen mit psychischen Belastungen auch an weitere Akteure wenden, etwa an psychosoziale Beratungsstellen oder alternative Therapie- und Unterstützungsangebote.

[1] Deutschland, UK und die Niederlande waren an der Entwicklung des EU-geförderten Experienced Involvement Curriculum beteiligt; die im deutschsprachigen Raum als «EX-IN» bezeichnete Weiterbildung wird inzwischen auch in der Schweiz angeboten. Zu Peer-Involvement siehe auch Kurt et al. (2016), BR (2016, 27) und Mental Health Taskforce (2016).

In der allgemeinen medizinischen Grundversorgung sind Haus- und Kinderärzt/innen vielfach die erste Anlaufstelle für neu erkrankte Personen und spielen für die (Früh-)Erkennung psychischer Krankheiten eine wichtige Rolle; auch einfache Behandlungen und Erstinterventionen (z.B. Psychoedukation, Pharmakotherapie) können von Grundversorger/innen durchgeführt werden. Besonders in ländlichen Gebieten, wo die Dichte an niedergelassenen Psychiater/innen vergleichsweise tief ist, sind Patient/innen in einem hohen Masse auf die Kompetenzen ihrer Hausärztin, ihres Hausarztes im Erkennen und Behandeln psychischer Krankheiten sowie in der Begleitung und Betreuung von Personen mit chronischen psychischen Störungen angewiesen (OECD 2014b, 129). Mit dem SAPPM-Fähigkeitsausweis in psychosomatischer und psychosozialer Medizin können Grundversorger/innen ihre Fähigkeiten in diesem Bereich gezielt vertiefen.

Komplexe Fälle, Personen mit schweren Krankheiten oder Patient/innen, bei denen eine Psychotherapie indiziert ist, werden in die **spezialisierte ambulante Versorgung** überwiesen, an niedergelassene Psychiater/innen (Fachärzt/innen für Psychiatrie und Psychotherapie oder Fachärzt/innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –Psychotherapie) und psychologische Psychotherapeut/innen. Für die Behandlung bei Psychiater/innen braucht es jedoch nicht zwingend eine Überweisung durch ärztliche Grundversorger/innen, damit die Kosten von der Grundversicherung übernommen werden. Hingegen hängt die Vergütung bei psychologischen Psychotherapeut/innen davon ab, ob sie selbständig in eigener Praxis oder delegiert tätig sind, d.h. als Angestellte in der Praxis von Psychiater/innen (bzw. alternativ von Ärzt/innen mit dem Fähigkeitsausweis Delegierte Psychotherapie) in deren Namen Psychotherapien durchführen. Nur die delegierte Psychotherapie ist eine Pflichtleistung im Rahmen der OKP, während Therapien bei selbständig tätigen psychologischen Psychotherapeut/innen aus eigener Tasche bezahlt bzw. von Zusatzversicherungen mitfinanziert werden.

Für Patient/innen in akuten Krisensituationen, mit labilem Gesundheitszustand, schwerwiegenden Erkrankungen, Bedarf an intensiven oder spezialisierten Behandlungen etc. sind bisweilen **stationäre Behandlungen** erforderlich. Diese findet vorwiegend in psychiatrischen Spezialkliniken statt; nur zu einem sehr geringen Teil sind psychiatrische stationäre Angebote in Allgemeinspitäler integriert (OECD 2014b, 121; Kurt et al. 2016). Die Behandlung erfolgt durch multiprofessionelle Teams; neben Psychiater/innen, Psycholog/innen und Pflegefachpersonen z.B. auch Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagog/innen, Ergotherapeut/innen sowie Fachpersonen für Therapieformen wie Mal- oder Sporttherapie (BR 2016).

Für die Nachbehandlung nach einem stationären Aufenthalt, für die Unterstützung und Stabilisierung von Personen mit psychosozialen Belastungen, für die langfristige Begleitung chronisch kranker Menschen, aber auch für Akutbehandlungen zur Vermeidung einer Klinikeinweisung kommen verschiedene **intermediäre Angebote** infrage. Damit sind all diejenigen Versorgungsformen gemeint, welche zwischen der 24-Stunden-Betreuung im stationären Rahmen und der Sprechstunde bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten stehen (BR 2016, 33). Typischerweise verfügen intermediäre Angebote über multiprofessionelle Teams – Psychiater/innen, Psycholog/innen, Pflegefachpersonen, Sozialarbeiter/innen und Sozialpädagog /innen, Ergotherapeut/innen etc. – und bewegen sich vielfach an der Schnittstelle zwischen Genesung und psychosozialer Unterstützung. Beispiele solcher Angebote sind Tageskliniken, welche Betroffenen eine Tages- und Wochenstruktur ermöglichen sowie eine grosse Bandbreite an therapeutischen Angeboten bereitstellen, oder Ambulatorien, die einer psychiatrischen Institution angeschlossen sind und niederschwellig zugängliche Beratung, Notfall- und Krisenintervention sowie Beratung, Abklärung und Koordination mit verschiedenen Behandelnden bieten. Daneben zählen auch aufsuchende Angebote zu den intermediären Versorgungsstrukturen. Diese umfassen einerseits Akutbehandlungen durch ein ärztlich geleitetes multiprofessionelles Team (mit unterschiedlichen Bezeichnungen, u.a. «Mobile Equipen» oder

«Home Treatment»)[2], andererseits aufsuchende Langzeitpflege und Betreuung von Menschen, die z.B. Schwierigkeiten mit der Therapietreue haben oder auf Unterstützung bei der Alltagsbewältigung angewiesen sind. In den letzten Jahren sind zwar intermediäre Angebotsstrukturen gewachsen und Modellprojekte getestet worden, welche eine stärkere Durchlässigkeit zwischen der ambulanten und der stationären Behandlung ermöglichen, insgesamt sind die Versorgungsstrukturen jedoch nach wie vor stark von der Dichotomie ambulante Einzeltherapie vs. stationären Behandlung geprägt. Der weitere Ausbau intermediärer Angebote wäre aus politischer und fachlicher Sicht wünschenswert, erfolgt jedoch aufgrund der gegenwärtigen Finanzierungsstrukturen eher zögerlich (BR 2016, 33–37).

Die Finanzierung psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungen ist je nach Versorgungssektor unterschiedlich geregelt. Im stationären Bereich werden Behandlungen gegenwärtig meist mit Tagespauschalen vergütet, die je nach Kanton und Vertragspartner unterschiedlich nach Art der Leistung und Behandlungsaufwand differenzieren. Kostenträger sind zu 45% die Krankenkassen und zu 55% die öffentliche Hand. Für 2018 ist ein gesamtschweizerisches Tarifsystem TARPSY vorgesehen, welches basierend auf Diagnosen, Leistungsintensität und Behandlungsdauer Vergütungsansätze definieren wird, voraussichtlich in einer Kombination von Tages- und Fallpauschalen (BR 2016, 40). Für ambulante Behandlungen gilt die Einzelleistungsvergütung durch die Grundversicherung gemäss der Tarmed-Tarifstruktur. Im intermediären Bereich gelten dieselben Tarife wie für ambulante Behandlungen; teilweise werden jedoch zwischen Tarifpartnern auch Pauschalen vereinbart. Kantone und Leistungserbringer sind sich einig, dass die geltenden Tarife zahlreiche Leistungen (z.B. Koordination zwischen Behandelnden, Leistungen nicht-ärztlicher und nicht-pflegerischer Berufsgruppen, Beratung von Angehörigen) nicht oder nicht adäquat abbilden. Die nicht gedeckten Kosten (schätzungsweise rund 40%) werden im Rahmen gemeinwirtschaftlicher Leistungen von Kantonen übernommen. Diese Mitfinanzierung ist jedoch von kantonalen Budgetplanungen abhängig und nicht gesichert (BR 2016, 35f.).

Psychische Gesundheit ist seit 2000 auf der gesundheitspolitischen Agenda von Bund und Kantonen. Auf die Erarbeitung und der breiten Vernehmlassung eines Entwurfs für eine «Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit» (NGS 2004) folgte 2005 das Aktionsprogramm «Bündnis gegen Depression» zur Früherkennung und Behandlungsoptimierung von Depression und Suizidalität; 2011 wurde das von BAG, BSV, SECO, GDK und der Gesundheitsförderung Schweiz getragene Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz gegründet.[3] In zwei aktuellen Publikationen – der im Mai 2015 durch den Dialog Nationale Gesundheitspolitik verabschiedete Bericht «Psychische Gesundheit in der Schweiz – Bestandsaufnahme und Handlungsfelder» (BAG 2015) sowie der Bundesratsbericht zur «Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz» (BR 2016) – wurden die Grundlagen für die Weiterentwicklung der psychischen Gesundheitsversorgung vorgelegt. So gibt es etwa Bestrebungen, die Koordination an der Schnittstelle zur somatischen Versorgung (Patient/innen mit körperlichen und psychischen Komorbiditäten) sowie zwischen Gesundheitssektor und beruflicher Integration zu verbessern, die Finanzierung intermediärer Angebote nachhaltig sicherzustellen und Massnahmen zur Qualifizierung von Fachkräften umzusetzen (BR 2016, 53–55). Nach Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes im April 2013 werden ausserdem Anpassungen beim Vergütungssystem für psychologische Psychotherapie diskutiert, die mittelfristige Auswirkungen auf die Zusammensetzung der Mental Health Workforce und die Aufgabenteilung zwischen involvierten Berufsgruppen haben könnten.

[2] Beispiele sind die Gemeindeintegrierte Akutbehandlung (GiA) in Luzern oder das Angebot Home Treatment der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.

[3] Weiterführende Informationen und Links unter http://www.nationalegesundheit.ch/de/projekte/psychische-gesundheit/ (Stand Sept. 2016).

3.1.2 Aufgaben und Kompetenzen der involvierten Berufsgruppen

In der Schweiz sind Standards zur Aus- und Weiterbildung und zur Berufsausübung von Ärzt/innen im Medizinalberufegesetz (MedBG) geregelt, Informationen zu den Inhaber/innen entsprechender Diplome und Weiterbildungstitel können seit 2010 im Medizinalberuferegister (MedReg) öffentlich eingesehen werden. Seit April 2013 sind auch bei den Psychologieberufen nationale Regelungen für die Ausbildung von Psycholog/innen (neu ein geschützter Titel) sowie für fünf eidgenössische Weiterbildungstitel in Kraft getreten: Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychologie, klinische Psychologie, Neuropsychologie und Gesundheitspsychologie. Für Psychotherapeut/innen ist ausserdem eine Berufsausübungsbewilligung erforderlich. Diese wird – wie auch bei den Medizinalberufen – von den Kantonen erteilt. Ein Register für Psychologieberufe (PsyReg) befindet sich im Aufbau und wird voraussichtlich ab Mitte 2017 öffentlich zugänglich sein. Gesamtschweizerisch einheitliche Anforderungen an die Ausbildung und Berufsausübungsbestimmungen sowie ein Berufsregister ist im Rahmen des Gesundheitsberufegesetzes (GesBG) u.a. auch für Pflegefachpersonen und Ergotherapeut/innen geplant.[4]

■ **Psychiater/innen**: Das Aufgabenspektrum von Psychiater/innen umfasst die Diagnostik, die Behandlung und Vorbeugung psychischer Krankheiten. Dazu kommen die diagnostische und therapeutische Beratung von anderen medizinischen Disziplinen (Konsiliar- und Liaisonleistungen), die Vernetzung mit anderen Fachpersonen und Behandlungsangeboten, die Supervision delegiert arbeitender psychologischer Psychotherapeut/innen sowie die Gutachtertätigkeit für Versicherungen und Behörden. Wie die beiden Facharzttitel (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie) zeigen, gilt die Psychotherapie neben anderen psychiatrischen Behandlungsverfahren wie Pharmakotherapie oder sozialpsychiatrischen Ansätzen als zentrale Aufgabe von Psychiater/innen. Dabei wird zwischen der «integrierten psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung» (IPPB) und der «Psychotherapie im engeren Sinne» unterschieden. Die in der Weiterbildung anerkannten Methoden der Psychotherapie i.e.S. sind bezüglich Wirksamkeit empirisch überprüft (psychoanalytische, systemische oder kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze) (SIWF 2009). Die IPPB vereinigt psychotherapeutische, biologische und psychosoziale und sozialpsychiatrische Komponenten wie den Einbezug von Angehörigen und weiteren involvierten Stellen und Behörden. Angewandt wird die IPPB vorwiegend bei psychiatrischen Langzeitbehandlungen (z.B. bei Schizophrenie, chronischen affektiven Störungen).[5]

■ **Ärztliche Grundversorger/innen** (Fachärzt/innen für Allgemeine Innere Medizin, Fachärzt/innen für Kinder- und Jugendmedizin oder Praktische Ärztinnen/Ärzte) sind für manche Patient/innen nicht nur bei körperlichen, sondern auch bei psychischen Beschwerden eine wichtige Ansprechperson. Sie machen Abklärungen und Diagnostik (vielfach Depressionen und Abhängigkeitserkrankungen, oft mit somatischen Komorbiditäten), Krisenintervention und können mit psychosozialer Beratung und Pharmakotherapie gewisse Erkrankungen selber behandeln.[6] Bei Bedarf überweisen die ärztlichen Grundversorger/innen in ambulante oder stationäre psychiatrische Behandlung oder verschreiben Leistungen der psychiatrischen Spitex (BR 2016). Mit dem Fähigkeitsausweis «Delegierte Psychotherapie» sowie dem SAPPM-Fähigkeitsausweis in psychosomatischer und psychosozialer Medizin können ärztliche Grundversorger/innen psychologische Psychotherapeut/innen in ihrer Praxis einstellen. Ohne diese Dignität kann die Überweisung in eine KVG-finanzierte psychotherapeutische Behandlung nur an delegiert arbeitende psychologische Psychotherapeut/innen in anderen hausärztlichen oder psychiatrischen Praxen erfolgen.

[4] Weitere Informationen und Links zu den Gesetzesgrundlagen unter http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/ (Stand Sept. 2016).
[5] Siehe auch das Manual der Schweizerischen Gesellschaft für Vertrauens- und Versicherungsärzte (SGV), Kap. 41: https://www.vertrauensaerzte.ch/manual/chapter41.html (Stand Sept. 2016).
[6] Z.B. Suchtverhalten und Suchterkrankungen, Betreuung bei funktionellen/psychosomatischen Leiden, Beratung und Betreuung bei chronischen psychischen Erkrankungen etc. Dazu gibt es einen eigenen Tarmed-Tarif (00.0520, Psychotherapeutische/psychosoziale Beratung durch den Facharzt für Grundversorgung, pro 5 Min).

■ **Psycholog/innen**: psychologische **Psychotherapeut/innen** arbeiten zu einem grossen Teil (ca. 75%) im ambulanten Bereich, entweder in freier Praxis oder als Angestellte in psychiatrischen oder ärztlichen Praxen in delegierter Tätigkeit (oder sie kombinieren beide Tätigkeits-/Anstellungsformen). Rund ein Viertel arbeitet ausschliesslich stationär in psychiatrischen Kliniken oder in einer ambulanten Institution[7], weitere rund 15% sind sowohl in einer Institution als auch in einer Praxis tätig (Stettler et al. 2013). Im stationären Bereich spielen Psycholog/innen eine zunehmend wichtige Rolle. Teilweise scheinen sie mangelndes ärztliches Personal zu substituieren (Kurt et al. 2016, Golder et al. 2016, Kurmann 2016). Neben Psychotherapeut/innen dürfte es sich dabei auch um Klinische Psycholog/innen, Kinder- und Jugendpsycholog/innen und Neuropsycholog/innen handeln, deren Tätigkeitsgebiet sich vorwiegend auf stationäre Institutionen und Kliniken konzentriert.[8] Alle Psychologie-Berufe ausser der psychologischen Psychotherapie werden nicht als therapeutische Berufe im engeren Sinne verstanden, sondern bewegen sich an den Schnittstellen zwischen Diagnostik, Intervention, Gesundheitsförderung und Prävention.[9] Alle eidgenössisch anerkannten Weiterbildungstitel erfordern einen Masterabschluss in Psychologie sowie eine postgraduale Weiterbildung von mindestens 5 Jahren.

■ **Pflegefachpersonen** übernehmen in psychiatrischen Kliniken Aufgaben in der Betreuung, Begleitung und Pflege psychisch kranker Personen. In stationären wie auch intermediären Strukturen sind sie in multiprofessionelle Teams eingebunden; in Ambulatorien oder Tageskliniken übernehmen vielfach auch Koordinationsfunktionen. Auch in der aufsuchenden ambulanten Betreuung und Pflege sind Pflegefachpersonen in ein ärztlich geleitetes Behandlungsteam eingebunden, sind jedoch häufig selbständig im Einsatz (unterstützen die Betroffenen je nach Bedarf in der Alltagsbewältigung und der Umsetzung der ärztlichen Therapie, aber auch bei der Bewältigung von Krisensituationen).[10] Laut SBK sind denn auch vielfach freiberufliche Pflegefachpersonen in der aufsuchenden Versorgung psychisch kranker Menschen tätig. Diese benötigen eine mindestens 2-Jährige Berufspraxis und eine kantonale Berufsausübungsbewilligung.[11]
Zwar haben viele Spitex-Organisationen in den letzten Jahren psychiatrisches Know-how aufgebaut, aber aufgrund des nach wie vor fehlenden Weiterbildungstitels in Psychiatriepflege (die altrechtliche Spezialisierungen auf Diplomstufe PsyKP wurde 1992 abgeschafft) wird in dieser Berufsgruppe eine 20-jährige Lücke an formell qualifizierten Psychiatriepflegefachpersonen ausgegangen (BR 2016, 26f.). Im Rahmen des Projekts «Kompetenzprofile Pflege» der OdASanté werden höhere Fachprüfungen in Psychiatriepflege und Geriatrie/Gerontopsychiatrie sowie eine Berufsprüfung in Psychiatriepflege vorgeschlagen.[12]

Tabelle 1 fasst die Tätigkeitsprofile der involvierten Fachkräfte kurz zusammen und stellt pro Berufsgruppe die Ausbildungen und Vergütungsmodalitäten dar. **Tabelle 2** zeigt ausgewählte Aufgaben und Kompetenzen in der Übersicht.

[7] In medizinisch geleiteten Institutionen werden psychologisch-psychotherapeutischen Leistungen analog der delegierten Psychotherapie über die Grundversicherung vergütet (Tarmed), in ambulanten Institution ohne ärztliche Leitung werden keine Leistungen über die Grundversicherung bezahlt; die Vergütung erfolgt analog zur selbständigen Tätigkeit.

[8] Eine delegierte Tätigkeit in der Praxis von Psychiater/innen oder Hausärzt/innen ist mit diesen Fachtiteln nicht möglich.

[9] Detailliertere Beschreibungen der eidgenössisch anerkannten Weiterbildungen in Psychologie sind beim Berufsverband FSP verfügbar: https://www.psychologie.ch/bildung/weiterbildung/fachtitel/ (Stand Sept. 2016).

[10] Vgl. BR (2016, 19; 37) sowie das Manual der Schweizerischen Gesellschaft für Vertrauens- und Versicherungsärzte (SGV), Kap. 41: https://www.vertrauensaerzte.ch/manual/chapter41.html (Stand Sept. 2016).

[11] https://www.sbk.ch/pflegethemen/psychiatriepflege.html (Stand Sept. 2016).

[12] https://www.odasante.ch/news/news-detail/article/projekt-eidgenoessische-pruefungen-im-pflegebereich-offiziell-gestartet/ (Stand Sept. 2016).

Tabelle 1: Aufgabenprofile, Ausbildung und Vergütung der involvierten Fachkräfte in der Schweiz

Beruf	Aufgaben/Kompetenzen	Ausbildung	Vergütung[13]
Ärztliche Grundversorger/innen	Diagnostik Beratung und Psychoedukation Verordnung von Medikamenten und Pflegeleistungen Überweisen in delegierte PT oder psychiatrische Behandlung	6 Jahre Medizinstudium 5 Jahre Weiterbildung (davon 3 Jahre Basisweiterbildung und 2 Jahre Aufbauweiterbildung im gewählten Bereich, Spitalinternist/in oder Hausärzt/in)	Einzelleistungsvergütung durch die Grundversicherung gemäss Tarmed-Tarifen
Psychiater/in - Psychiatrie und Psychotherapie - Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Diagnostik Psychotherapie Sozialpsychiatrische Behandlung Verordnung von Medikamenten und Pflegeleistungen	6 Jahre Medizinstudium 6 Jahre Weiterbildung	ambulant: Einzelleistungsvergütung durch die Grundversicherung gemäss Tarmed-Tarifen Psychotherapie i.e.S.: nach 40 Sitzungen Antrag auf weitere Kostenvergütung beim vertrauensärztlichen Dienst der Krankenkasse IPPB: keine Beschränkung; Kassen können aber Berichte anfordern
Psychologische Psychotherapie	Diagnostik Psychotherapie	Masterabschluss Psychologie (5 Jahre) 5-6 Jahre Weiterbildung	Delegierte Psychotherapie: Tarmed (nach 40 Sitzungen muss bei der Krankenkasse ein Antrag auf Kostenvergütung gestellt werden) Selbständige Psychotherapie: hauptsächlich über Selbstzahlung und Zusatzversicherungen, zu einem kleinen Teil auch von Unfall- und Militärversicherung, Opferhilfe oder IV.
Pflege	Betreuung und Pflege Beratung und Psychoedukation	3 Jahre (Fachhochschule FH oder Höhere Fachschule HF)	Auf ärztliche Anordnung. Voraussetzungen für die Vergütung durch die Grundversicherung: - psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert und dessen ärztliche Behandlung - Bedarfsabklärung für psychiatrische Pflegeleistungen muss durch eine Pflegefachperson mit mindestens zweijähriger psychiatrischer Berufserfahrung durchgeführt werden.[14]

Darstellung BASS

Tabelle 2: Aufgaben und Kompetenzen der involvierten Fachkräfte in der Schweiz

	Diagnose	Überweisen	Medikamente verschreiben	Psychotherapie	Begleitung & Unterstützung
Hausarzt/Hausärztin	X	X	X		X
Psychiater/in	X	X	X	X	
Psychologische/r Psychotherapeut/in	X			X	
Pflegefachpersonen					X

Darstellung BASS

[13] Detaillierte Informationen zur Leistungsvergütung sind im Manual der Schweizerischen Gesellschaft für Vertrauens- und Versicherungsärzte (SGV) verfügbar. Vgl. Kap. 41 (Psychiatrie) unter https://www.vertrauensaerzte.ch/manual/chapter41.html (Stand Sept. 2016).

[14] Quellen: SBK (https://www.sbk.ch/pflegethemen/psychiatriepflege.html) und Manual SGV (https://www.vertrauensaerzte.ch/manual/chapter41.html)

3.1.3 Typische Behandlungspfade

Behandlungspfad unipolare Depression

Im gewählten Fallbeispiel, dem 55-jährigen Familienvater Gerhard mit einer mittelgradigen depressiven Störung, ist es gut möglich, dass dem Eintritt ins Versorgungssystem eine längere Phase vorangegangen ist, in der er die Symptome der Depression zunächst als rein körperliche Beschwerden wahrgenommen oder alternative Behandlungsansätze (z.B. Akupunktur) versucht hat. In dieser und in allen folgenden Fallvignetten werden solche verzögerten Zugangswege (und mögliche Zugangshindernisse) ins medizinisch-therapeutische Behandlungssystem jedoch nicht weiter thematisiert.

In der Schweiz stehen Gerhard grundsätzlich 3 Möglichkeiten offen:[15]

1. Terminvereinbarung bei seiner **Hausärztin**. Diese bestätigt im Rahmen der Anamnese Gerhards Vermutung, dass er klinisch relevante depressive Symptome hat. Gemeinsam besprechen sie das weitere Vorgehen, etwa die Möglichkeit, zunächst die Wirkung von Massnahmen wie z.B. körperlicher Betätigung oder Entspannungstechniken auszuprobieren, eine Behandlung mit Antidepressiva oder eine Psychotherapie zu beginnen. In den ersten beiden Fällen wird Gerhard regelmässige Termine bei seiner Hausärztin vereinbaren, die ihn im Gespräch Unterstützung und Psychoedukation bietet und die Wirkung der Medikamente prüft. Für die psychotherapeutische Behandlung überweist die Hausärztin Gerhard an einen Psychiater oder eine Psychiaterin in der Umgebung, bzw. an delegiert arbeitende Psychotherapeut/innen in den jeweiligen psychiatrischen Praxen. Nur in diesem Fall wird die Behandlung von der Grundversicherung übernommen. Wenn die eingeleiteten therapeutischen Massnahmen nicht die erwünschte Wirkung zeigen oder sich Gerhards Zustand verschlechtert, kann die Hausärztin eine Überweisung in psychiatrische Behandlung veranlassen. Die Hausärztin kann sich dabei an den Behandlungsempfehlungen der SGPP, den in Deutschland geltenden Standards oder an Kenntnissen orientieren, die sie sich im Rahmen von Fortbildungen und Kongressen angeeignet hat. Eine verbindliche Leitlinie für die Behandlung unipolarer Depressionen gibt es hingegen weder für sie noch für andere involvierte Fachpersonen.

2. Terminvereinbarung bei einem **Psychiater**. Auch der Psychiater wird sich zunächst ein umfassendes Bild von Gerhards Symptomen, Befindlichkeiten, seiner Vorgeschichte und seiner Beschwerden machen. Danach wird je nach Gerhards Bedarf und Präferenzen mit Psychotherapie, Pharmakotherapie oder einer kombinierten Behandlung begonnen. Bei den Antidepressiva müssen möglicherweise mehrere Präparate und Dosierungen ausprobiert werden, bevor Gerhard richtig eingestellt ist. Die psychotherapeutische Behandlung kann vom Psychiater selbst durchgeführt werden, sofern er Kapazitäten hat und Gerhard mit der von ihm angebotenen Methode einverstanden ist. Andernfalls erfolgt auch hier die Delegation an einen psychologischen Psychotherapeuten, der in der Praxis des Psychiaters oder bei einem ärztlichen Berufskollegen beschäftigt ist.

3. Terminvereinbarung bei einer selbständigen **Psychotherapeutin**. Im Rahmen seiner Suche nach einer geeigneten Behandlung hat sich Gerhard im Internet über verschiedene Therapieformen kundig gemacht. Von den in der Schweiz am meisten verbreiteten Methoden – psychoanalytische, kognitiv-verhaltenstherapeutische, systemische und humanistische Richtung – scheint ihm der kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansatz am besten auf seine Bedürfnisse zugeschnitten. Als er in der Nähe seines Wohnorts eine Psychotherapeutin findet, die sich auf diese Methode spezialisiert hat und deren Arbeitsweise ihm im Erstgespräch überzeugt, entschliesst er sich zu einer Behandlung, obwohl diese nicht durch die Grundversiche-

[15] Die folgende Darstellung stützt sich auf den Überblick zum Versorgungssystem (Kap. 3.1.1), Loeb (2010), Kläui/Hasler (2011), Küchenhoff (2012) und Holsboer-Trachsler et al. (2010) sowie ergänzende Abklärungen bei Expert/innen.

rung vergütet ist. Immerhin übernimmt seine Zusatzversicherung einen Teil der Kosten – allerdings ist bei seiner Krankenversicherung dazu noch eine ärztliche Überweisung nötig.

Falls sich Gerhards Gesundheitszustand verschlechtert, kann auch eine stationäre oder teilstationäre Behandlung angezeigt sein. Je nach Angebot und Setting (Privatklinik, psychiatrische Abteilung des Spitals in seiner Wohnregion etc.) können geplante Aufenthalte durch seine Hausärztin, Psychotherapeutin oder seinen Psychiater angemeldet werden, oder er kann sich selber zu einem Abklärungs- bzw. Aufnahmegespräch anmelden. Entscheidet er sich für eine Behandlung in einer Privatklinik, wird er je nach Versicherungsmodell (Zusatzversicherungen) und Ort der Behandlung (im Wohnkanton oder ausserkantonal) einen Teil der Kosten selber übernehmen müssen.

Behandlungspfad Schizophrenie

In den Fallbeispielen der 22-jährigen Lisa wird jeweils davon ausgegangen, dass sie klare präpsychotische Symptome für eine Erstpsychose mit hohem Übergangsrisiko in eine Schizophrenie aufweist.[16]

Eventuell sucht Lisa zuerst ihren Hausarzt auf. Seiner Ansicht nach sind die Symptome dem schizophrenen Formenkreis zuzuordnen, und er überweist sie in psychiatrische Behandlung. Lisa kann sich jedoch auch direkt an die Psychiaterin wenden. Nach der psychiatrischen Diagnostik wird je nach Lisas Gesundheitszustand und Dringlichkeit der Symptome entschieden, ob eine Stabilisierung mit Medikamenten, Psychotherapie und engmaschiger Betreuung – idealerweise in einem ambulanten Setting oder aufsuchend durch ein multiprofessionelles Home Treatment, das in der Schweiz jedoch nicht überall angeboten wird – möglich ist, oder ob die stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik angezeigt ist.

Nach Abklingen der Erstpsychose ist Lisa weiterhin in psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung, sie und ihre Familie sollten gemäss Leitlinie psychosoziale Unterstützung im Umgang mit der Erkrankung erhalten. Bei erneutem Auftreten einer psychotischen Episode kann es wiederum sein, dass Lisa zunächst ihren Hausarzt kontaktiert. Idealerweise erarbeitet Lisa gemeinsam mit ihrer Psychiaterin und den Angehörigen, welche individuellen Frühwarnzeichen zu beachten sind und welche Massnahmen in solchen Fällen ergriffen werden sollen.

Es ist möglich, dass Lisa zu einem späteren Zeitpunkt ihre Medikamente nicht mehr regelmässig einnimmt, Termine versäumt oder ihren Behandlungsbedarf bestreitet und sich ihr Gesundheitszustand so verschlechtert, dass sie zu ihrem eigenen Schutz im Rahmen einer fürsorgerischen Unterbringung einer Behandlung zugeführt wird. Zuständig dafür sind grundsätzlich die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden, FUs können jedoch auch von Ärzt/innen angeordnet werden, wobei dieses Recht je nach Kanton für alle oder nur für einzelne Ärzt/innen gilt.[17] Zwangsmassnahmen werden jedoch – gerade in einem frühen Stadium der Erkrankung – wenn möglich zu vermeiden versucht (Kaiser et al. 2016, 27).

Nach einem Klinikaufenthalt wird die Nachbetreuung in der Regel durch die Sozialdienste der psychiatrischen Kliniken organisiert. Wohnt Lisa in der Romandie, kann es sein, dass ihr eine *infirmière de liaison* zur Seite steht und mit ihr gemeinsam den Austritt vorbereitet. Die Pflegefachperson analysiert Lisas Situation und ihre Bedürfnisse und versucht möglichst zeitnah eine entsprechende Nachbehandlung zu organisieren. Darüber hinaus ist sie auch für die Koordination zwischen den stationären und ambulanten Behandelnden sowie die Vermittlung und Vernetzung zwischen dem medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Fachpersonal und den Angehörigen verantwortlich. Neben der medizinisch-therapeutischen

[16] Die folgende Darstellung stützt sich auf den Überblick zum Versorgungssystem (Kap. 3.1.1), Kaiser et al. (2016) und ergänzende Abklärungen bei Expert/innen.

[17] Details zu Fürsorgerischen Unterbringung und Zwangsmassnahmen sind auf der Website von Pro Infirmis beschrieben: http://www.proinfirmis.ch/en/subseiten/behindert-was-tun/inhaltsverzeichnis/erwachsenenschutz/fuersorgerische-unterbringung.html (Stand Sept. 2016).

oder psychosozialen Nachbetreuung (z.B. durch psychiatrische Spitex, Psychotherapeut/in oder durch die Wiederaufnahme der psychiatrischen Behandlung) stellt sich nach der definitiven Diagnose die Frage, was die Erkrankung für Lisas Studium und ihre künftige Erwerbsfähigkeit bedeutet. In diesem Zusammenhang kann es sinnvoll sein, bei der Invalidenversicherung eine Anmeldung/Abklärung vorzunehmen.

3.2 Psychische Gesundheitsversorgung in Deutschland

3.2.1 Das Versorgungssystem im Überblick

Die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in Deutschland erfolgt je nach Schweregrad und Bedarf ambulant, teilstationär oder stationär. Dazu kommen Angebote der medizinischen Rehabilitation sowie sozialpsychiatrische Leistungen zur Unterstützung bei der sozialen und beruflichen Integration. An den Schnittstellen zum medizinisch-therapeutischen Versorgungssystem stehen zusätzlich öffentlich oder privat (z.B. von NGOs, Vereinen) finanzierte psychosoziale Beratungsstellen sowie Unterstützungsangebote im Bereich Alltagsbegleitung oder betreutes Wohnen zur Verfügung (RKI 2015, 303f., BPtK [o.J.]).

Die **ambulante psychische Gesundheitsversorgung** erfolgt durch ärztliche Grundversorger/innen, niedergelassene Fachärzt/innen und psychologische Psychotherapeut/innen, die über eine Kassenzulassung zur Leistungsabrechnung mit den gesetzlichen Krankenversicherungen verfügen. Die vertragsärztliche Versorgung unterscheidet einen hausärztlichen Bereich (hierzu zählen u.a. Fachärzt/innen für Allgemeinmedizin, Für Innere und Allgemeinmedizin und Praktische Ärzt/innen) und einen fachärztlichen Bereich, wozu seit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes 1999 auch psychologische Psychotherapeut/innen sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeut/innen zählen. Hausärzt/innen werden grundsätzlich als «Lotsen» im Gesundheitssystem verstanden, der Direktzugang zur fachärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung ist jedoch ohne ärztliche Überweisung möglich (BÄK/KBV/AWMF 2011, 73f.)

In Deutschland hat sich das **psychiatrische** Versorgungssystem (mit einer «biologisch» geprägten Sichtweise auf psychische Krankheiten) lange Zeit getrennt von der **Psychosomatik** und **Psychotherapie** entwickelt. Trotz der inzwischen erfolgten formalen Zusammenführung der beiden Ansätze (aus dem ehemaligen «Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie» wurde der Facharzttitel «Psychiatrie und Psychotherapie») und der Integration psychotherapeutischer und psychosomatischer Abteilungen in Allgemeinspitälern und psychiatrischen Kliniken sind die Differenzen zwischen den Systemen weiterhin vorhanden (APOL 2007, 29f.). Dies widerspiegelt sich nicht zuletzt in der Vielzahl an Disziplinen, die der fachärztlichen psychischen Gesundheitsversorgung zugerechnet werden:

- Psychiatrie und Psychotherapie
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Nervenheilkunde / «Nervenärzte» (kombinierte Facharztausbildung in Neurologie und Psychiatrie)
- Neurologie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Es ist jedoch zu beachten, dass die jeweiligen Gebietsanteile (neurologische, psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Leistungen) nicht nur zwischen Facharztgruppen, sondern auch zwischen einzelnen Ärzt/innen unterschiedlich sein dürften. Es wird daher nicht davon ausgegangen, dass die genannten Facharztgruppen zu 100% für die psychische Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen (AOLG 2007, 28).

Die psychotherapeutische Versorgung erfolgt durch psychologische Psychotherapeut/innen, Kinder- und Jugendpsychotherapeut/innen sowie durch ärztliche Psychotherapeut/innen. Die Vergütung der Psychotherapie ist gebunden an die Voraussetzung, dass die Behandlung gemäss eines der anerkannten «Richtli-

nienverfahren» erfolgt. Derzeit zählen hierzu die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die analytische Psychotherapie und die Verhaltenstherapie.[18] Als ärztliche Psychotherapeut/innen zählen Fachärzt/innen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzt/innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Bis 2007 konnten Ärzt/innen aller Fachgebiete den Zusatztitel «Psychotherapie» erwerben und jede Form psychischer Erkrankungen psychotherapeutisch behandeln. Gemäss der neuen Weiterbildungsordnung gelten diesbezüglich Einschränkungen: Mit dem Zusatztitel «fachgebundene Psychotherapie» können psychotherapeutische Behandlungen nur noch innerhalb des jeweiligen Fachgebiets durchgeführt werden (z.B. bei somatischer Erkrankung mit interagierender psychischer Komorbidität) (Linden et al. 2008).

Die **stationäre Versorgung** umfasst Spezialkliniken mit ausschliesslich psychiatrischem, psychotherapeutischem oder neurologischem Angebot sowie entsprechende Fachabteilungen in Allgemeinspitälern. Letztere übernehmen in urbanen Zentren einen grösseren Teil der Versorgung, bundesweit gesehen dominieren jedoch die Spezialkliniken. Seit längerem werden Betten zur vollstationären Behandlung abgebaut, während die Kapazitäten im teilstationären Bereich (v.a. Tageskliniken) wachsen (AOLG 2007, 24f.). In stationären Einrichtungen erhalten Patient/innen eine Kombination verschiedener Behandlungs- und Therapieformen; die multidisziplinären Teams umfassen nebst Ärzt/innen, Psychotherapeut/innen und Pflegepersonal auch therapeutische Berufsgruppen, z.B. Ergo- oder Musiktherapie. In psychosomatischen Kliniken liegt der Schwerpunkt bei psychotherapeutischen Behandlungskonzepten, während in der Psychiatrie meist eine kombinierte Behandlung mit Medikation und Psychotherapie erfolgt (BPtK [o.J.]).

Bei den **teilstationären** und **intermediären Angeboten** sind nebst den Tageskliniken auch die Ambulatorien zu nennen (in Deutschland «Institutsambulanzen» genannt), die psychiatrischen Fachkliniken oder den psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinspitälern angeschlossen sind. Seit 2013 ist es auch psychosomatischen Einrichtungen erlaubt, Institutsambulanzen einzurichten. Deren Angebot richtet sich an Patient/innen, die durch niedergelassene Ärzt/innen oder Psychotherapeut/innen nicht oder nicht ausreichend versorgt werden können und soll dazu beitragen, stationäre Aufenthalte zu verhindern oder zu verkürzen.[19] Institutsambulanzen verfügen über multiprofessionelle Teams (Ärzt/innen, Psychotherapeut/innen, Pflegefachpersonen, Sozialpädagog/innen, Ergotherapeut/innen) und ein breites Angebot an psychiatrischen, pharmakologischen, psychotherapeutischen und sozialpsychiatrischen Behandlungen (GKV-Spitzenverband 2012, Hübner 2011). Daneben gibt es auch psychotherapeutische Ambulanzen, die an Ausbildungsinstitutionen für Psychotherapie oder Hochschulen (z.B. Institute für Klinische Psychologie) angegliedert sind (BPtK [o.J.]).

Die Einrichtung **Sozialpsychiatrischer Dienste** erfolgt auf kommunaler Ebene. Häufig handelt es sich dabei um eine multiprofessionell besetzte Abteilung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, teilweise aber auch um gemeinnützige Trägerschaften. Das Spektrum der Aufgabenbereiche und Leistungen kann stark variieren, von Beratung und Vernetzung in Behandlungsangebote über Tagesstrukturen und Beschäftigungsangebote hin zu Krisenintervention. In der Regel sind die Angebote mit Steuergeldern finanziert und kostenlos zugänglich.[20]

[18] Derzeit prüft der zuständige Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Zulassung systemischer Therapien als Richtlinienverfahren. Siehe https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/psychotherapie/systemische-therapie/ (Stand Sept. 2016).

[19] Der Versorgungsauftrag gemäss Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinbarung von 2010 besteht demnach in einer Ergänzung zum bestehenden ambulanten Angebot; hingegen sollen explizit keine zusätzlichen Kapazitäten im Sinne von Doppelstrukturen entstehen.

[20] Siehe AOLG (2007, 29) sowie http://www.psychiatrie.de/hilfenetz/alltagshilfen/sozialpsychiatrischer-dienst/ (Stand Sept. 2016).

Die Zahl der niedergelassenen Ärzt/innen und Psychotherapeut/innen mit einer Zulassung für vertragsärztliche Versorgung wird durch die bundesweite Bedarfsplanungs-Richtlinie gesteuert (G-BA 2016a). Die Erarbeitung der Richtlinie – die aktuelle Fassung ist seit 2013 in Kraft – obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), in dem Ärzt/innen, Zahnärzt/innen, Psychotherapeut/innen, Krankenhäuser und Krankenkassen vertreten sind; für die Umsetzung zuständig sind die kassenärztlichen Vereinigungen auf Landesebene, gemeinsam mit den Landesverbänden der Krankenkassen. Die Bedarfsplanung unterscheidet vier Versorgungsebenen (hausärztliche Versorgung, sowie allgemeine, spezialisierte und gesonderte fachärztliche Versorgung), denen jeweils ein Planungsbereich (d.h. ein Einzugsgebiet), und Verhältniszahlen (ein Arzt je Anzahl Einwohner) zugeordnet werden. Mit zunehmendem Grad an Spezialisierung wird dabei ein grösser werdendes Gebiet zugeteilt. Die Richtlinie berücksichtigt bei der Festlegung der Verhältniszahl auch demografische Faktoren; Abweichungen von der Richtlinie sind unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten z.B. hinsichtlich Morbiditätsstruktur oder sozioökonomischen Faktoren möglich.[21]

Auf gesundheitspolitischer Ebene wurden in den letzten Jahren Anstrengungen zur Verbesserung der Prävention und Behandlung von depressiven Erkrankungen unternommen. Eines der insgesamt 8 nationalen Gesundheitsziele, die seit dem Jahr 2000 ausgearbeitet worden sind, ist es, depressive Erkrankungen zu verhindern, früh zu erkennen und nachhaltig zu behandeln (RKI 2015, 496). Ausserdem wurde im Kontext des Programms für Nationale Versorgungsleitlinien eine bereichsübergreifende evidenzbasierte Guideline für die Behandlung Unipolarer Depression erarbeitet.[22] Weitere Praxisleitlinien für die psychische Gesundheitsversorgung werden von der Fachgesellschaft DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) entwickelt und liegen für gewisse Krankheitsbilder in derselben methodischen Qualität vor wie die nationalen Versorgungsleitlinien.[23] Bei allen Leitlinien handelt es sich um Empfehlungen und Entscheidungshilfen zur angemessenen Vorgehensweise, nicht jedoch um verbindliche Vorgaben.

Zu nennen ist schliesslich auch die neue Psychotherapie-Richtlinie, die zum 1. April 2017 in Kraft treten wird. Darin sind verschiedene Massnahmen vorgesehen, um den niederschwelligen und raschen Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zu verbessern, u.a. Sprechstunden für den Erstkontakt, wöchentliche Mindestdauer der telefonischen Erreichbarkeit zwecks Terminkoordination, Möglichkeiten zur Akutbehandlung ohne Antrags- und Gutachterverfahren, Anpassung der Sitzungskontingente und Bewilligungsverfahren (die Antragspflicht bleibt jedoch bestehen).[24]

In Deutschland werden alle medizinisch notwendigen Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen. Dies gilt auch für die psychische Gesundheitsversorgung inkl. psychologischer Psychotherapie, wobei die Psychotherapie eine antragspflichtige Leistung ist und vorgängig von der Krankenkasse genehmigt werden muss. Kostenbeteiligungen der Patient/innen («Zuzahlungen») werden nur bei Arzneimitteln, stationären Behandlungen und Rehabilitationsmassnahmen und bei der ambulanten Soziotherapie unter Berücksichtigung individueller Belastungsgrenzen erhoben (BMG 2015).

Im ambulanten Bereich untersteht ein Grossteil der Leistungsvergütung einer **Mengensteuerung**, die auf verschiedenen Ebenen greift. Mit der «morbiditätsbedingten Gesamtvergütung» wird jeweils pro Jahr und

[21] Vgl. https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/bedarfsplanung/ (Stand Sept. 2016), zur Kritik der psychologischen Psychotherapeut/innen an der Bedarfsplanung siehe BPtK (2011, 40f.). Weiterführende Informationen zur Bedarfsanalyse und Steuerungselementen in Berchtold et al. (2014, 84–90).

[22] Alle Nationalen Versorgungsleitlinien sind unter http://www.leitlinien.de/nvl zugänglich (Stand Sept. 2016).

[23] Sogenannte S3 Leitlinien mit allen Elementen der systematischen Entwicklung, gegenüber über S1-Leitlinien (die auf informellem Konsens basieren) und S2-Leitlinien, die auf formaler Evidenzrecherche und Konsensfindung beruht. Die DGPPN-Leitlinien sind unter http://www.dgppn.de/publikationen/leitlinien.html zugänglich (Stand Sept. 2016).

[24] Siehe «Psychotherapeutische Versorgung wird erweitert und flexibler», Praxisnachrichten der kassenärztlichen Bundesvereinigung, 16.06.2016, http://www.kbv.de/html/1150_23203.php (Stand Sept. 2016).

Region basierend auf dem berechneten Behandlungsbedarf eine Ausgabenobergrenze festgelegt und die entsprechenden Gelder von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen ausbezahlt. Letztere sind verantwortlich für die Honorarzahlungen an die Vertragsärzt/innen. Die Vergütung orientiert sich dabei einerseits am Leistungskatalog des «Einheitlichen Bewertungsmassstabs» (EBM), das Tarifsystem, in dem arztgruppenspezifische Grund- und Zusatzpauschalen mit Leistungskomplexvergütungen (statt Einzelleistungsvergütungen) festgelegt sind. Andererseits werden für Arztgruppen bzw. individuelle Fachärzt/innen «Regelleistungsvolumina» festgelegt, welche die Obergrenze der Leistungen definiert, die pro Vertragsarzt/-ärztin abgerechnet werden darf. Darüber hinausgehende Leistungen werden mit reduzierten Tarifen bezahlt (GKV Spitzenverband 2015, AOK Bundesverband 2016). Nicht von Obergrenzen und Mengensteuerung betroffen sind die «**extrabudgetären Leistungen**», die etwa 30% des Gesamtvolumens ausmachen. Dazu gehören z.B. Impfungen oder Mutterschaftsvorsorge, aber auch die **Psychotherapie** – probatorische Sitzungen und die (antragspflichtigen) Therapien werden als Einzelleistungen und ohne Mengenobergrenzen vergütet.[25] Auch Leistungen der Institutsambulanzen sind nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Gesamtvergütung, sondern die Vergütungsmodalitäten werden auf Länderebene zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vereinbart und direkt vergütet (Neubert/Richter 2016).

Das Vergütungssystem der stationären Versorgung befindet sich seit einigen Jahren im Umbruch. Seit 2013 können Kliniken freiwillig auf das System der **diagnose- und leistungsbezogenen Pauschalen** gemäss dem «Pauschalisierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Kliniken» (kurz PEPP) umsteigen. Das entsprechende Gesetz (Psych-Entgeltgesetz) von 2012 sah ursprünglich die verbindliche Einführung von PEPP mit einheitlichen nationalen Tarifen ab Januar 2017 vor.[26] Die massive Kritik von Fachgesellschaften, Verbänden und Patientenorganisationen (vgl. Schäfer 2015) bewirkte jedoch eine Neuausrichtung des Entgeltsystems. Im August 2016 wurde der Entwurf des «Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen» (Psych-VVG) verabschiedet, das zwar prinzipiell an der leistungsorientierten Vergütung festhält, den lokalen Verhandlungspartnern jedoch ermöglicht, unter Berücksichtigung der regionalen und strukturellen Besonderheiten ein krankenhaus-individuelles Budget zu vereinbaren. Das Gesetz enthält ausserdem u.a. Mindestvorgaben zur Personalausstattung und definiert Home Treatment (Akutbehandlungen im häuslichen Umfeld durch multiprofessionelle Teams) als Krankenhausleistung (Bühring 2016, BMG 2016).

3.2.2 Aufgaben und Kompetenzen der involvierten Berufsgruppen

Für die Regelung der Medizinalberufe, inkl. Berufs- und Weiterbildungsordnung, sind die Bundesländer zuständig. Die Berufsausübung von Psychotherapeut/innen ist im Psychotherapeutengesetz geregelt. Darin wird Psychotherapeut/in als gesetzlich geschützte Berufsbezeichnung definiert; Voraussetzung ist eine staatlich geregelte Ausbildung (für psychologische Psychotherapeut/innen, Kinder- und Jugendpsychotherapeut/innen oder ärztliche Psychotherapeut/innen) und die Behandlung psychischer Krankheiten gemäss wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren («Richtlinienverfahren»). Analog zu den Medizinalberufen sind auch die Weiterbildungen in der Pflege in den jeweiligen Landesgesetzen geregelt.

Wie bereits erwähnt werden in Deutschland verschiedene Facharztgruppen der psychischen Gesundheitsversorgung zugeordnet. Die nachfolgende **Tabelle 3** zeigt, inwiefern sich diese hinsichtlich Weiterbildungsinhalte und Aufgabengebieten unterscheiden. Dabei ist zu beachten, dass die Überblicksdarstellung auf der Musterweiterbildungsordnung beruht (BÄK 2015), in Bezug auf Umfang, Dauer und Inhalte jedoch je nach Bundesland unterschiedlich ausgestaltet sein können.

[25] Die «Ausdeckelung» der Psychotherapie erfolgte im Rahmen einer Tariferhöhung, die 2015 rückwirkend ab dem Jahr 2012 festgelegt wurde, vgl. KBV (2016).

[26] Detaillierte Beschreibung des PEPP-Entgeltsystems unter http://www.g-drg.de/cms/PEPP-Entgeltsystem_2016 (Stand Sept. 2016).

Tabelle 3: Weiterbildung und Tätigkeiten von Fachärzt/innen in der psychischen Gesundheitsversorgung

Fachgebiet	Psychiatrie und Psychotherapie	Neurologie	Nervenheilkunde (Nervenärzt/innen)	Psychosomatik und Psychotherapie
Weiterbildung (5 Jahre)	4 Jahre klinische Psychiatrie und Psychotherapie 1 Jahr Neurologie	mindestens: 2 Jahre Neurologie 1 Jahr Psychiatrie, Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin 6 Monate intensivmedizinische Versorgung neurologischer Patienten	6-jährige kombinierte Weiterbildung in Psychiatrie (3 Jahre) und Neurologie (3 Jahre)	2 Jahre Psychiatrie und Psychotherapie 1 Jahr Innere oder Allgemeinmedizin bis zu 2 Jahren im ambulanten Bereich
Aufgaben und Tätigkeiten	Erkennen und Behandlung eines sehr breiten Diagnosespektrums, häufig komorbide Patient/innen, Bieten medikamentöse, psychotherapeutische und soziotherapeutische Behandlungen, wobei die psychotherapeutischen Leistungen eher einen geringen Teil ausmachen (Herpertz et al. 2011, 8).	Erkennen, Behandeln und Rehabilitation der Erkrankungen des zentralen, peripheren und vegetativen Nervensystems. Aufgaben u.a.: neurologisch-psychiatrische Anamneseerhebung, verhaltensneurologische und neuropsychologische Testverfahren, Akutbehandlung von Suchterkrankungen, Indikationsstellung soziotherapeutischer Massnahmen.	In Kliniken bilden Neurologie und Psychiatrie heute getrennte Fachgebiete; Nervenärztliche Praxen für die Behandlung organischer Nervenkrankheiten und psychischer Störungen sind im ambulanten Bereich jedoch noch zahlreich[27] Im altrechtlichen Facharzttitel war Psychotherapie nicht zwingender Bestandteil der Weiterbildung, ein Teil dieser Arztgruppe erbringt jedoch auch psychotherapeutische Leistungen (Herpertz et al. 2011, 9)	Erkennen, Behandeln, Prävention und Rehabilitation von Krankheiten und Leidenszuständen mit psychosozialen und psychosomatischen Hintergrund. Der Schwerpunkt liegt auf der psychotherapeutischen Behandlung, dazu kommen Methoden wie autogenes Training, Hypnose, Familienberatung sowie Pharmakotherapie. Das Spektrum an Diagnosen ist weniger breit als bei den Fachärzt/innen für Psychiatrie und Psychotherapie (Herpertz et al. 2011, 9).
Schwerpunkt	Forensische Psychiatrie (3 Jahre)	-	-	-

Anmerkung: Bei der Nervenheilkunde handelt es um einen altrechtlichen Weiterbildungstitel. Die Angaben zur Weiterbildung sind daher in grauer Schrift dargestellt.
Quellen: BÄK 2015, Herpertz et al. 2011; Darstellung BASS

■ **Hausärzt/innen** (Praktische Ärzt/innen oder Fachärzt/innen in Allgemeinmedizin oder Innerer Medizin) erbringen einen grossen Teil der psychosomatischen Grundversorgung (Herpertz et al. 2011, 12). Voraussetzung dafür ist der Nachweis einer mindestens 3-Jährigen Erfahrung in selbstverantwortlicher ärztlicher Tätigkeit und eine Weiterbildung in Psychosomatik im Umfang von mindestens 80 Stunden (Hübner 2014; dies ist in der aktuellen Weiterbildungsordnung bereits Bestandteil der Facharztausbildung in Allgemeinmedizin, vgl. BÄK 2015).

■ **Psychologische Psychotherapeut/innen** und **Kinder- und Jugendpsychotherapeut/innen** sind sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung tätig. Mit einer Approbation und der Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung können sie in selbständiger Tätigkeit psychotherapeutische Behandlungen gemäss den Richtlinienverfahren (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie) anbieten. Voraussetzung dafür ist eine postgraduale Weiterbildung von 3-5 Jahren, wobei für die psychologische Psychotherapie ein Masterabschluss in Psychologie erforderlich ist, die Weiterbildung in Kinder- und Jugendpsychotherapie hingegen auch auf einen Master- oder Fachhochschulabschluss in Pädagogik oder Sozialpädagogik aufbauen kann. Psychologische Psychotherapeut/innen dürfen gemäss dem Psychotherapeutengesetz keine körperlichen Untersuchungen durchführen; auch Krankschreibungen, die Verordnung von Psychopharmaka und Krankenhauseinweisungen ist Ärzt/innen vorbehalten. Diplom-Psycholog/innen ohne zusätzliche Ausbildung in Psychotherapie sind in psychologischen Diensten oder Beratungsstellen tätig (BPtK [o.J.]).

[27] Siehe http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/neurologie/nervenheilkunde/ (Stand Sept. 2016).

■ **Pflegefachpersonen** arbeiten in multiprofessionellen Teams vorwiegend in stationären und teilstationären Einrichtungen der Allgemeinpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Forensik sowie in der Pflege und Rehabilitation von Personen mit Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen. Die ambulante psychiatrische Pflege ist hingegen noch wenig etabliert; dies liegt laut dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe insbesondere an unzureichenden Rahmenbedingungen und ungesicherter Finanzierung (DBfK 2015). Die Vermittlung von Kompetenzen in der psychiatriebezogenen Pflege ist zwar in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für Pflegeberufe eindeutig vorgeschrieben, zwischen den Curricula gibt es jedoch bezüglich Inhalt und Stundenumfang erhebliche Unterschiede.[28] Die staatlich anerkannte Fachweiterbildung in psychiatrischer Pflege dauert in der Regel 2 Jahre, auch hier sind jedoch Aufbau, Inhalte und Zugangsvoraussetzungen (z.B. Berufspraxis) je nach Bundesland unterschiedlich. 2010 besassen rund 13% der Pflegekräfte in psychiatrischen Spezialkliniken und 17% der Pflegekräfte in den psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinspitälern eine Weiterbildung in Psychiatriepflege (Löffert et al. 2012, 74–78).

Tabelle 4 zeigt eine Übersicht zu den Tätigkeiten, die von den einzelnen Berufs- und Facharztgruppen ausgeübt werden, und welche Vergütungsmodalitäten pro Leistungserbringer gelten.

Tabelle 4: Aufgaben, Kompetenzen und Vergütung der involvierten Fachkräfte in Deutschland

Beruf	Diagnostik	Medikation	Psychotherapie	Zuweisung	Begleitung/ Unterstützung	Vergütung
Hausärzt/innen	x	x		(x)*	x	Versichertenpauschalen und Leistungsvergütung gemäss EBM
Fachärzt/innen						
Psychiatrie und Psychotherapie	x	x	x	x		Direktzugang in die fachärztliche Versorgung; Grund- und Zusatzpauschalen sowie Leistungsvergütung gemäss EBM und Regelleistungsvolumen; die ärztliche Psychotherapie wird als Einzelleistung vergütet und untersteht nicht der Mengensteuerung
Neurologie	x	x		x		
Psychosomatik und Psychotherapie	x	x	x	x		
Kinder-& Jugendpsychiatrie und Psychotherapie	x	x	x	x		
Nervenheilkunde, Nervenärzt/innen	x	x	x	x		
Psychologische Psychotherapeut/innen	x		x	(x)**		Direktzugang mit 5-8 probatorischen Sitzungen; auf Antrag gemäss vereinbartem Kontingent als Einzelleistung vergütet
Pflegefachpersonen; Fachkrankenpflege Psychiatrie					x	ambulante psychiatrische Pflege: antragspflichtig. Voraussetzung ist eine psychiatrische Diagnose und eine fachärztliche Verordnung. Umfang gemäss Richtlinien des G-BA (2016).

* Anordnung bestimmter Leistungen nur mit fachärztlichem Gutachten möglich (z.B. ambulante Psychiatriepflege)
** Keine Kompetenzen für die Einweisung in stationäre Behandlung
EBM: Einheitlicher Bewertungsmassstab
Quelle: Darstellung BASS

[28] Vgl. Löffert et al. 2012, 74f. Inwiefern sich dies mit der anstehenden Reform der Pflegeberufe ab 2018 ändern wird, ist derzeit unklar. Zum geplanten Pflegeberufsgesetz siehe http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2016/pflegeberufsgesetz-1-lesung-bt.html (Stand Sept. 2016).

3.2.3 Typische Behandlungspfade

Behandlungspfad unipolare Depression

Gerhard könnte sich in Deutschland direkt in fachärztliche oder psychotherapeutische Behandlung begeben, aber wie ein Grossteil deutscher Patient/innen mit depressiven Störungen wendet er sich zunächst an seine Hausärztin (RKI 2010, 27f.). Die nationale Versorgungsleitlinie Depression (DGPPN et al. 2015) sieht ausdrücklich vor, dass die Untersuchung und Behandlung von leichten bis mittelgradigen Depressionen auch von Hausärzt/innen durchgeführt werden kann. Je nach Schweregrad von Gerhards Symptomen, dem bisherigen Verlauf, den Behandlungsmöglichkeiten in seiner Wohnregion und seinen eigenen Präferenzen wird gemeinsam mit der Hausärztin das weitere Vorgehen beschlossen. Für eine mittelgradige Depression kommt meist entweder eine psychotherapeutische Behandlung *oder* Antidepressiva infrage. Entscheidet sich Gerhard für eine medikamentöse Behandlung, ist die Hausärztin verantwortlich für das Monitoring der Verträglichkeit und Wirksamkeit des verschriebenen Präparats und nimmt ggf. Anpassungen vor. Bleibt die Wirkung der Medikamente nach 4-6 Wochen unter den Erwartungen, sollte die Hausärztin ihn in die spezialisierte psychische Gesundheitsversorgung überweisen, d.h. in fachärztliche oder psychologisch-psychotherapeutische Behandlung. Mit solchen Richtwerten zur Wirkungsüberprüfung von Behandlungen (bei Psychotherapien spätestens nach 12 Wochen) wird in der Versorgungsleitlinie versucht, dem Risiko einer Chronifizierung entgegenzuwirken.[29]

Wird Gerhard in fachärztliche Behandlung überwiesen, wird die Hausärztin je nach Gerhards Symptomatik, allgemeinem Gesundheitszustand und Präferenzen unterschiedliche Kolleg/innen berücksichtigen: Fachärzt/innen für Psychiatrie und Psychotherapie bieten das gesamte Spektrum der Behandlungsmassnahmen, versorgen Patient/innen aller Schweregrade und stehen für Konsilien bei komplexen Fällen, Behandlungsresistenz etc. zur Verfügung. Sie übernehmen auch das Krisenmanagement und die Abklärungen für Klinikeinweisungen bei suizidalen Patient/innen. Ein Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie würde für Gerhard insbesondere dann infrage kommen, wenn auch eine Komorbidität mit einer körperlichen Erkrankung besteht oder wenn er eine ärztliche Psychotherapie wünscht (jedoch nicht unbedingt Pharmakotherapie; diesbezüglich liegt die Expertise eher bei den Nervenärzt/innen und den Fachärzt/innen für Psychiatrie und Psychotherapie). Gar keine Verschreibungskompetenzen haben psychologische Psychotherapeut/innen, die ausschliesslich psychotherapeutisch gemäss den anerkannten Richtlinienverfahren behandeln (siehe oben, Kap. 3.2.1).

Sollte sich Gerhards Zustand verschlechtern, z.B. weil er auf keine der Behandlungen richtig anspricht oder zu lange auf eine Behandlung bei einem Psychotherapeuten warten muss, oder gerät er in eine suizidale Krise, kann eine Überweisung in stationäre Behandlung notwendig werden. Auch hier wird wieder differenziert zwischen *psychiatrisch*-psychotherapeutischen und *psychosomatisch*-psychotherapeutischen Versorgungsangeboten unterschieden; dazu kommen spezialisierte stationäre Rehabilitationseinrichtungen.

Bei chronifizierten und schweren Depressionen wird Gerhard mit einer Kombinationstherapie (Medikamente und Psychotherapie) behandelt, dazu kommen die Angebote im Bereich psychosoziale Therapien, welche darauf ausgerichtet sind, die Selbständigkeit und die Teilhabe in Alltag und Beruf zu fördern. So übernehmen Krankenkassen nach ärztlicher Verordnung bis zu 40 Behandlungseinheiten für Ergotherapie (in diesem Kontext relevant ist insbesondere die «psychisch-funktionelle Behandlung»), Leistungen der

[29] In der Praxis ist es jedoch so, dass viele schwergradig erkrankte Patient/innen nach wie vor nicht in der spezialisierten psychischen Gesundheitsversorgung behandelt werden (DGPPN et al. 2015, 51f.). Gemäss RKI (2010, 31) sind viele depressive Patient/innen nur in hausärztlicher Behandlung und werden ausschliesslich mit Antidepressiva behandelt.

häuslichen psychiatrischen Krankenpflege sowie die sogenannte Soziotherapie, die von Sozialarbeitenden, Sozialpädagog/innen oder Fachkrankenpfleger/innen für Psychiatrie geleistet wird.[30]

Behandlungspfad Schizophrenie

In Deutschland kann sich Lisa beim Auftreten der ersten Symptome (sog. Prodromalsymptome) an ihre Hausärztin wenden, die sie zur weiteren Abklärung von Diagnose und Psychoserisiko in fachärztliche Versorgung überweist.[31] Möglich ist aber auch, dass Lisa sich direkt in eine psychiatrische Ambulanz begibt oder einen niedergelassenen Facharzt (z.B. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) aufsucht. Aufgrund präpsychotischer Symptomatik wird der behandelnde Arzt ihr kognitive Verhaltenstherapie und soziotherapeutische Hilfe anbieten, um das Auftreten einer Psychose zu verhindern. Lisa entscheidet sich für Psychotherapie und findet in der Nähe ihrer Uni eine niedergelassene psychologische Psychotherapeutin, die noch Behandlungsplätze frei hat. Nach ersten Abklärungen vereinbaren sie Ziele und Umfang der Behandlung; die Psychotherapeutin kümmert sich um den Antrag auf Kostenvergütung bei der Krankenkasse. Gleichzeitig wird ihr Gesundheitszustand von ihrem Psychiater fortlaufend beobachtet, sodass bei Bedarf (z.B. bei psychotischen Symptomen) auch medikamentös behandelt werden kann. Sollte sie engmaschigere Betreuung und Tagesstruktur brauchen, kann Lisa in eine Tagesklinik überwiesen werden, bei akuter Fremd- oder Selbstgefährdung kann der Eintritt in stationäre Behandlung erforderlich sein.

Bei eindeutiger Diagnose einer Schizophrenie in Form von entwickelter Psychose sollte Lisa regelmässig in fachärztlicher Behandlung sein. Je nach Wohnort bzw. Versorgungsregion stehen unterschiedliche Dienste für die Krisenintervention im Gemeindeumfeld zur Verfügung, auf die Lisa in Akutphasen zurückgreifen kann: Home Treatment (z.B. nach dem Hamburger Modell, vgl. Schöttle et al. 2015), sozialpsychiatrische Dienste, Institutsambulanzen oder Netzwerke niedergelassener Fachärzt/innen. Zur Vermeidung von Klinikaufenthalten – sofern kein Risiko für Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt – oder zur Nachsorge und Rehabilitation könnte Lisa auch in Tageskliniken behandelt werden.

Bei Selbst- oder Fremdgefährdung oder drohenden Gesundheitsschäden durch fehlende Krankheitseinsicht kann Lisas behandelnde Psychiaterin auch gegen deren Willen die Einweisung in eine psychiatrische Klinik anordnen. Die Genehmigung solcher Massnahmen ist in den Bundesländern unterschiedlich geregelt, z.B. per Zustimmung einer Amtsärztin nach telefonischer Kontaktaufnahme oder Überprüfung innert 24 Stunden durch den Amtsarzt, per richterlichen Entscheid innert 24 Stunden nach der Einweisung (vgl. Neumann 2014 sowie §1906 Bürgerliches Gesetzbuch).

3.3 Psychische Gesundheitsversorgung in England

3.3.1 Das Versorgungssystem im Überblick

Das Versorgungssystem für psychische Gesundheit in England umfasst nebst der allgemeinen Grundversorgung und der spezialisierten psychischen Gesundheitsversorgung auch die psychosoziale Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Für die Gesundheitsversorgung ist der nationale Gesundheitsdienst NHS (National Health Service) zuständig, während die Bereitstellung und Finanzierung der «social care» (die vorwiegend durch Sozialarbeiter/innen und Ergotherapeut/innen geleistet wird) Aufgabe von Public Health England und der Kommunen ist (Hewlett/Horner 2015).

[30] Umfang und Art dieser Leistungen sowie Anforderungen an die Leistungserbringer sind gesetzlich festgehalten, siehe § 92 und § 37a SGB V sowie DGPPN et al. (2015, 54) und G-BA (2016b).

[31] Die folgende Darstellung stützt sich – wo nicht anders vermerkt – auf den Überblick zum Versorgungsystem (Kap. 3.2.1) und DGPPN (2006).

Grundversorger/innen (*General Practitioners*, GP) fungieren auch in der psychischen Gesundheitsversorgung als «Gatekeeper», d.h. als (Pflicht-)Eintrittsstelle ins Versorgungssystem. Ein Grossteil der GP-Praxen sind Gruppenpraxen mit mehreren Ärzt/innen, die meisten Praxen beschäftigen ausserdem Pflegefachpersonen. In grösseren Praxen oder Netzwerken wird vermehrt multiprofessionell mit verschiedenen Fachärzt/innen, Apotheker/innen und Sozialarbeitenden zusammengearbeitet (Mossialos et al. 2015). Patient/innen mit leichten bis mittelgradigen Störungen können teilweise von ihren GPs versorgt werden. Bei Bedarf erfolgt eine Überweisung in eine psychotherapeutische Behandlung (wobei die sog. IAPT-Programme der Grundversorgung zugerechnet werden; mehr dazu unten) oder in die spezialisierte Versorgung («secondary care»). Auch nach der Überweisung bleiben GPs idealerweise in der Versorgung ihrer Patient/innen involviert, übernehmen Koordinationsfunktionen und stellen sicher, dass sie auch in Bezug auf die körperliche Gesundheit angemessen versorgt werden. Um diese Koordinationsfunktion zu fördern und die Versorgung bei somatischen Komorbiditäten zu stärken, sehen die Vergütungssysteme für solche Leistungen qualitätsbezogene Bonuszahlungen vor (siehe unten).

Die spezialisierte psychische Gesundheitsversorgung wird grösstenteils von sogenannten «Mental Health Trusts» (als Stiftungen organisierte Non-Profit-Organisationen) angeboten. Die Trusts verfügen in der Regel über ein sehr breites Leistungsspektrum im ambulanten und intermediären Bereich, von niederschwelligen Beratungsangeboten über Psychotherapie, psychiatrische Behandlungen, Tageskliniken und Ambulatorien bis hin zu aufsuchenden Angeboten und betreutem Wohnen. Die stationäre Versorgung wird von «Hospitalist Trusts» bereitgestellt und erfolgt in den psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern; «stand-alone» psychiatrische Kliniken gibt es keine (Hewlett/Horner 2015). Nur ein kleiner Teil der spezialisierten Versorgung, etwa im Bereich Forensik, Sucht, Essstörungen oder Lernbehinderungen, werden an Anbieter aus dem privaten Sektor vergeben. Praktisch alle Psychiater/innen sind bei einem NHS-Trust angestellt. Dabei ist anzumerken, dass eine eigene «Praxistätigkeit» (private and independent practice) in England grundsätzlich nur die fachärztliche Behandlung von Privatpatient/innen betrifft und generell im Kliniksetting erfolgt (z.B. in gewissen Abteilungen der NHS-Krankenhäuser oder in Privatspitälern, vgl. Mossialos et al. 2015).

Eine zentrale strategische Leitlinie der psychischen Gesundheitsversorgung in England ist es, einen möglichst grossen Teil der spezialisierten Versorgung in ambulanten und gemeindenahen Settings zu erbringen und die stationäre Versorgung auf ein Minimum zu beschränken. In diesem Zusammenhang werden gemeindenahe Versorgungsmodelle seit längerem stark gefördert, und Patient/innen können je nach Versorgungsbedarf an unterschiedliche Teams überwiesen werden. Diese Teams sind jeweils multiprofessionell zusammengesetzt, nebst Psychiater/innen etwa Psycholog/innen, Mental Health Nurses, Sozialarbeiter/innen und Ergotherapeut/innen:

- **Community Mental Health Teams** (CMHT) behandeln und betreuen Patient/innen mit komplexen psychischen Gesundheitsbeschwerden.
- **Assertive Outreach Teams** sind für die (meist intensive) Behandlung von Personen mit schweren psychischen Erkrankungen und psychosozialen Problemen verantwortlich. Sie werden aufgrund schwankender Krankheitseinsicht und Therapietreue bei sich zu Hause behandelt.[32]
- **Early Intervention Teams** sind verantwortlich für die Behandlung und Unterstützung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 14 und 35 Jahren, die zum ersten Mal eine psychotische Episode durchmachen. Nebst der notwendigen medizinisch-therapeutischen Behandlung erhalten sie und ihre Familien während eines Zeitraums von maximal 3 Jahren Beratung zum Umgang mit der Krankheit (bzw.

[32] Der Ansatz des «Assertive Community Treatment» gehört auch in den Niederlanden zum Versorgungssystem, vgl. Kap. 3.4.1.

Krankheitsepisode), psychosoziale Unterstützung und Hilfe bezüglich der Wiederaufnahme der Ausbildung oder beruflichen Tätigkeit (Hewlett/Horner 2015).

■ **Crisis Resolution and Home Treatment Teams** sind dazu da, Menschen in psychischen Krisensituationen aufsuchend zu betreuen, um einen Klinikaufenthalt wenn möglich zu verhindern.

Im Gegensatz zur Schweiz ist die Gesundheitsversorgung in England vor allem steuerfinanziert, was mit einer vergleichsweise engen Regulierung und Steuerung des nationalen Gesundheitsdienstes NHS einhergeht. Die strategischen Leitlinien und das Gesamtbudget werden von der Regierung vorgegeben (Department of Health), die operative Verantwortung für die Umsetzung der Ziel- und Qualitätsvorgaben liegt beim NHS. Das NHS-Budget wird auf gut 200 «Clinical Commissioning Groups» (CCG) verteilt, die in ihren Regionen zuständig sind für die Bereitstellung der Gesundheitsversorgung und entsprechende Leistungsaufträge vergeben. Basierend auf bestehenden Leistungsdaten erteilt der NHS der jeweiligen CCG Empfehlungen, welcher Budget-Anteil für die psychische Gesundheitsversorgung aufgewendet werden sollte. Die CCG sind an diese Empfehlungen allerdings nicht gebunden, müssen jedoch nachweisen, dass bestimmte Outcomes erreicht werden. Dennoch bestehen nicht nur bezüglich der zur Verfügung gestellten Mittel, sondern auch hinsichtlich der Versorgungsqualität erhebliche Unterschiede (Mental Health Taskforce 2016). Ein Teil der spezialisierten Angebote im Bereich Mental Health werden überregional durch NHS England bereitgestellt, z.B. forensisch-psychiatrische Einrichtungen, Mutter-Kind-Stationen oder Dienste für Autismus-Spektrum-Störungen (Hewlett/Horner 2015).

Die Versorgungsplanung und die Bemühungen für die Weiterentwicklung und Verbesserung der psychischen Gesundheitsversorgung orientieren sich vielfach an folgenden Patientengruppen: Kinder und Jugendliche (Children and Adolescent Mental Health Services, CAMHS)[33], werdende und stillende Mütter (Perinatal Mental Health Services), Erwachsene mit leichten bis mittelgradigen psychischen Gesundheitsproblemen («common mental health problems»[34]), Erwachsene mit schweren psychischen Störungen sowie der Bereich Forensik.[35] Seit 2008 wurden Anstrengungen unternommen, um den Zugang zu Psychotherapie zu verbessern. Im Rahmen des «Improving Access to Psychological Therapies»-Programms (IAPT) wurden mehrere Tausend zusätzliche Fachkräfte ausgebildet, um Personen mit leichten bis mittelgradigen psychischen Problemen kognitive Verhaltenstherapien anbieten zu können.[36] Angesichts der positiven Erfahrungen wird das Angebot nun auf andere Patientengruppen ausgedehnt: Bis 2018 sollen flächendeckend auch Kinder und Jugendliche Zugang zu Psychotherapie erhalten («Children and Young People's Improving Access to Psychological Therapies» CYP-IAPT; erwartet wird ein zusätzlicher Bedarf an 3'400 Therapeut/innen). Ein Programm zur Förderung psychotherapeutischer Angebote für Erwachsene mit schweren psychischen Störungen befindet sich im Aufbau (NHS 2016).

Im Rahmen der neuen Strategie Psychische Gesundheit für die nächste 5-Jahres-Periode (bis 2020/21) bleibt die Verbesserung des Zugangs ein zentraler gesundheitspolitischer Fokus. Ziel ist es, einen grösseren Anteil der Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen zu erreichen (z.B. zusätzlich 70'000 Kinder und Jugendliche pro Jahr, was einem Anstieg von 25% auf 35% der geschätzten Gesamtzahl an Personen dieser Altersgruppe mit einer diagnostizierbaren psychischen Störung entspräche). Ausserdem sollen

[33] Die Zuständigkeit betrifft in der Regel die Altersgruppe der 3-17-Jährigen, es bestehen jedoch Bemühungen, die Übergänge zu den perinatalen Versorgung und der allgemeinen Erwachsenenpsychiatrie zu verbessern und vermehrt «0-25 services» zu etablieren (vgl. DH/NHS 2015).

[34] Dazu zählen Depression, generalisierte Angststörung, Panikstörungen, Zwangsstörungen sowie post-traumatische Belastungsstörungen (vgl. NICE 2011).

[35] Ausserdem wird gewissen Störungsbildern und Krankheiten gesondert Rechnung getragen, etwa Demenzerkrankungen, Suchtstörungen und Lernbehinderungen.

[36] In den ersten 5 Jahren waren es rund 5000 Fachkräfte (Hewlett/Horner 2015). Für das IAPT-Berufsprofil vgl. Kap. 3.3.2, für weitere Informationen zu IAPT vgl. https://www.england.nhs.uk/mentalhealth/adults/iapt/ (Stand Nov. 2016).

die Wartezeiten auf psychische Behandlungen signifikant reduziert werden; neu gelten nationale Standards, an denen die Zielerreichung und die Versorgungsqualität künftig gemessen werden. Für den daraus entstehenden zusätzlichen Personalbedarf in den nächsten Jahren wurden entsprechende finanzielle Mittel bereitgestellt (vgl. Mental Health Taskforce 2016, NHS 2016).

Die Qualität der psychischen Gesundheitsversorgung wird zum einen durch die vom National Institute for Health and Care Excellence (NICE) erarbeiteten Versorgungsleitlinien gesteuert. Diese legen fest, welche Behandlungen und Therapien für bestimmte Krankheitsbilder zugelassen bzw. von Patient/innen erwartet werden können. Die Leitlinien sind einerseits evidenzbasiert, berücksichtigen jedoch auch Kosten-Nutzen-Berechnungen, sodass Eingriffe und Leistungen, die als zu teuer eingestuft werden, nicht als Standard-Behandlung im Leistungskatalog des NHS aufgeführt sind (Hewlett/Horner 2015). Zum anderen werden im Rahmen qualitätsbezogener Vergütungssysteme entsprechende Anreize geschaffen: In der Grundversorgung können GPs im Rahmen des «Quality and Outcomes Framework» (QOF) mit bestimmten Leistungen und Outcomes Bonus-Zahlungen erwirtschaften; in der spezialisierten Versorgung befinden sich qualitätsgebundene Vergütungsmöglichkeiten noch in der Entwicklungsphase (Monitor/NHS 2016a). Auf Ebene der Anbieter können Leistungsverträge jedoch pay-for-performance-Elemente enthalten; einige der nationalen Qualitätsindikatoren im Kontext dieses «Commissioning for Quality and Innovation»-Modells (CQUIN) beziehen sich spezifisch auf den Bereich psychische Gesundheit (vgl. NHS 2015).

3.3.2 Berufsportraits: Aufgaben und Kompetenzen der involvierten Berufsgruppen

Um im Vereinigten Königreich als Arzt/Ärztin praktizieren zu können, muss man beim General Medical Council (GMC) registriert sein. Zusätzlich zu diesem Gesamtregister wird seit 1997 ein «Specialist Register» für Fachärzt/innen und seit 2006 ein Register der General Practitioners (GPs) geführt.[37] Insgesamt 16 Gesundheits- und Sozialberufe werden vom Health and Care Professions Council HCPC reguliert, darunter Ergotherapeut/innen, Sozialarbeiter/innen und «Practitioner Psychologists» (mit insgesamt 7 geschützten Titeln bzw. Spezialisierungen). Pflegefachpersonen werden vom Nursing and Midwifery Council reguliert. Nicht gesetzlich reguliert sind Psychotherapeut/innen, dort sind es die nationalen Fachgesellschaften wie z.B. der UK Council for Psychotherapy, welche sich um Standards und Qualitätssicherung bemühen und freiwillige Register führen.

■ **Psychiater/innen** (*Psychiatrists*) sind zuständig für die Behandlung von Patient/innen mit komplexen und schweren psychischen Krankheiten oder komorbiden Störungen, Personen in akuten Krisen (Selbst- oder Fremdgefährdung), Menschen mit fehlender Krankheitseinsicht oder Therapietreue und Personen, deren bisherige Behandlungen fehlgeschlagen sind. Sie begutachten die Patient/innen, erstellen die Diagnose und den Behandlungsplan und überwachen die Therapiefortschritte. Gemäss Mind (2013a) sind psychiatrische Behandlungen vorwiegend auf Pharmakotherapie oder Methoden wie Wachtherapie oder Elektrokrampftherapie konzentriert, teilweise kombiniert mit (delegierter) Psychotherapie. Eine wichtige Funktion ist die fachliche Beratung von GPs sowie die Anleitung der multiprofessionellen Behandlungsteams im ambulanten/intermediären Bereich. In Kliniken kommen (je nach Funktion) auch Konsiliar- und Liasondienste, Weiterbildung, Forschungstätigkeit und Führungsaufgaben hinzu (Hewlett/Horner 2015, Mynors-Wallis 2014).

■ **Hausärzt/innen** (*General Practitioners, GP*) sind Gatekeeper im Versorgungssystem und zuständig für die ambulante Grundversorgung. Patient/innen mit leichten bis mittelgradigen psychischen Gesundheitsproblemen können sie teilweise selber behandeln, komplexere Fälle und Personen mit schweren Störungen werden in die spezialisierte Versorgung überwiesen. Je nach Bedarf der betreffenden Patient/innen

[37] Siehe http://www.gmc-uk.org/doctors/medical_register.asp (Stand Sept. 2016).

übernehmen sie in solchen Fällen auch eine Koordinationsfunktion. In welchem Umfang GPs Patient/innen selber behandeln, hängt stark von den Kenntnissen und Interessen der GPs ab, aber auch davon, in welchem Umfang die lokale Versorgungsplanung (CCG) ihnen die Zuständigkeit für Personen mit leichten bis mittelgradigen Störungen der Grundversorgung zuordnet (Hewlett/Horner 2015, 26). Gewisse Medikamente sollten von GPs nicht selbständig bzw. nicht ohne Rücksprache mit einem Psychiater, einer Psychiaterin verschrieben werden (OECD 2014, 104f.).[38]

■ **Psycholog/innen** *(Practitioner Psychologists* oder *Registered Psychologist)*. Der Titelschutz gemäss HCPC betrifft 7 Spezialisierungen: Klinische Psycholog/innen, Counselling Psychologists, Educational Psychologist, Forensic Psychologist, Gesundheitspsycholog/innen und Sportpsycholog/innen. Alle verfügen über ein Bachelor-Diplom in Psychologie und eine 3-Jährige Ausbildung im gewählten Fachgebiet (BPS 2014). Der Mental-Health Workforce im engeren Sinne zugerechnet werden **Klinische Psycholog/innen** (CfWI 2014b). Sie behandeln Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen wie Depression, Essstörungen und Sucht, je nach Bedarf mit Beratung oder mit therapeutischen Methoden, und arbeiten in Spitälern, Gesundheitszentren, Community Mental Health Teams, Schulen und Sozialdiensten sowie im IAPT-Programm. Eine Anstellung beim NHS ist die Regel, es gibt jedoch auch klinische Psycholog/innen in selbständiger Praxis. Auch andere Psychologieberufe sind jedoch teilweise in Spitälern, GP-Praxen, Community Health Teams direkt in die psychische Gesundheitsversorgung involviert, etwa Psychologische Berater/innen (*Counselling Psychologists*) oder Gesundheitspsycholog/innen (*Health Psychologists*).

■ **Psychotherapeut/innen** (*Psychotherapists*) können unterschiedliche berufliche Hintergründe und Ausbildungen aufweisen. Es gilt zwischen den Ärztlichen Psychotherapeut/innen – einer der 6 psychiatrischen Facharzttitel – und nicht-medizinischen Psychotherapeut/innen zu unterscheiden, welche nebst einer Ausbildung und/oder Berufserfahrung in einem relevanten Fachgebiet (z.B. Psycholog/in, Mental Health Nurse oder Sozialarbeiter/in) eine i.d.R. 4-jährige Weiterbildung benötigen. Diese kann in diversen Schwerpunkten (z.B. Kinder und Jugendliche) und Methoden (systemisch, psychoanalytisch etc.) erfolgen. Bei der im Rahmen der IAPT-Programme angebotenen Methode handelt es sich ausschliesslich um kognitive Verhaltenstherapie (Cognitive Behavioural Therapy CBT). Bei den **IAPT-Therapeut/innen** werden zwei Rollen unterschieden: In Übereinstimmung mit dem Stepped-Care Modell (siehe Anhang, Abbildung 6) sind Psychological Wellbeing Practitioners (PWP) für die Abklärung des Therapiebedarfs und der Bedürfnisse der Betroffenen sowie für die Erstberatung zuständig (Verweis auf Massnahmen zur Selbsthilfe, computergestützte Therapieformen, allgemeine Informationen über Behandlungsmöglichkeiten). PWPs arbeiten unter der Supervision von High Intensity Practitioners (HI), welche bei Bedarf für die therapeutische Behandlung mittels CBT verantwortlich sind.[39] Die Ausbildung zum Psychological Wellbeing Practitioner können Personen jeglichen beruflichen Hintergrundes antreten, während für High Intensity Practitioners eine Berufsausübungsbefugnis als Pflegefachpersonen, Klinische Psycholog/innen, Sozialarbeiter/innen oder Ergotherapeut/innen erforderlich ist.

■ **Mental Health Nurses** (*Community Mental Health Nurse* CMHN, *Community Psychiatric Nurse*) sind im ganzen Spektrum der psychischen Gesundheitsversorgung tätig, von der Beratung und Unterstützung von Menschen mit leichten psychischen Beschwerden über die Alltagsunterstützung und Pflege von Personen mit chronischen Erkrankungen bis hin zur Mitarbeit in Kriseninterventionsteams und Kliniken. Die Spezialisierung auf Psychische Gesundheit erfolgt im Rahmen der Grundausbildung, wo die Wahl einer von 4 Vertiefungsrichtungen obligatorisch ist.[40] Mental Health Nurses arbeiten in GP-Praxen, Gesundheits-

[38] Details sind in den NICE-Guidelines und Empfehlungen beschrieben. Betroffen sind z.B. für die Krankheitsbilder Psychosen und Schizophrenie. Weitere Informationen unter www.nice.org.uk (Stand Sept. 2016).

[39] Für eine Beschreibung der verschiedenen psychologisch-psychotherapeutischen Berufsprofile siehe https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/psychological-therapies (Stand Sept. 2016).

[40] Erwachsene, Kinder, Psychische Gesundheit und Lernbehinderungen, vgl. Royal College of Nursing (https://www.rcn.org.uk/professional-development/become-a-nurse).

zentren oder stationären psychiatrischen Abteilungen, ein Grossteil von ihnen ist jedoch in gemeindenahen multiprofessionellen Teams tätig (v.a. Community Mental Health Team) (Mind 2013a). Mit einer entsprechenden Weiterbildung können Pflegefachpersonen auch (gewisse) Verschreibungsrechte für Medikamente erlangen. Wie in der Schweiz sind ausserdem reguläre bzw. nicht auf Mental Health spezialisierte Pflegefachpersonen in der psychischen Gesundheitsversorgung tätig (vgl. CfWI 2014b).

■ **Sozialarbeiter/innen** (*Social Workers*) sind grösstenteils bei den kommunalen Sozialdiensten angestellt, übernehmen jedoch verschiedene Rollen und Aufgaben in der psychischen Gesundheitsversorgung. Sie sind in der Früherkennung und Frühintervention bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen eingebunden (u.a. im Rahmen der Early Intervention Teams EIT für erstmalige psychotische Episoden), unterstützen Erwachsene mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörige in der Genesung und Rehabilitation sowie im Rahmen der Langzeitversorgung. Dazu sind sie vielfach in multidisziplinären gemeindenahen NHS-Teams integriert, z.B. Community Mental Health Teams CMHT oder Assertive Outreach Teams. Psychische Gesundheit ist Bestandteil der Grundausbildung von Sozialarbeiter/innen; in verschiedenen Masterprogrammen oder Postgradualen Weiterbildungen sind weitere Spezialisierungen in diesem Bereich möglich. Die Berufsausübungsbewilligung, der Eintrag im Register des Health and Care Professions Council HCPC und der gesetzliche Titelschutz gelten jedoch nur für den allgemeinen Titel Sozialarbeiter/in (Hewlett/Horner 2015; Mind 2013a).

■ **Ergotherapeut/innen** (*Occupational Therapists*) sind in der ambulanten Grundversorgung, in der gemeindebasierten spezialisierten Versorgung (etwa in Community Mental Health Teams oder in betreuten Wohnformen) sowie in der stationären Psychiatrie tätig. Sie unterstützen Betroffene in der Alltagsbewältigung und in der Rehabilitation. Voraussetzung für die Berufsausübung ist die Registrierung beim Health and Care Professions Council HCPC. Mit entsprechenden Zusatzausbildungen können Ergotherapeut/innen als «high intensity therapist» arbeiten oder als «Approved mental health professional» (s.u.) akkreditiert werden.

■ **Approved mental health professionals** (AMHP): Sind beim HCPC registrierte Psycholog/innen, Ergotherapeut/innen, Pflegefachpersonen oder Sozialarbeiter/innen mit mindestens zwei Jahren Berufserfahrung. Nach einer entsprechenden Weiterbildung und der Akkreditierung sie gemäss dem Mental Health Act befugt, bei behandlungsbedürftigen Personen ohne Krankheitseinsicht eine Abklärung für den fürsorgerischen Freiheitsentzug oder eine gesetzlich angeordnete ambulante Behandlung (Community Treatment Order CTO) zu veranlassen. Bis 2007 konnten sich nur Sozialarbeiter/innen für diese Funktion qualifizieren; sie stellen noch immer einen Grossteil der AHMPs (Hewlett/Horner 2015; Mind 2013a).

Tabelle 5 fasst die Tätigkeitsprofile der involvierten Berufsgruppen kurz zusammen und gibt einen Überblick zu den jeweiligen Ausbildungen und Vergütungsmodalitäten.

Tabelle 5: Aufgabenprofile, Ausbildung und Vergütung der englischen Mental Health Workforce

Beruf	Aufgaben & Kompetenzen	Ausbildung	Vergütung
GP	- Erstdiagnose - Erstbehandlung, Medikation und Therapie leichter bis mittelschwerer Störungen	5 Jahre Medizinstudium 2 Jahre Praktische Grundausbildung (Foundation Year) 3 Jahre spezifische Weiterbildung für General Practice	Angestellt beim NHS Spezialisierte und zusätzliche Leistunge: Einzelleistungsvergütung
Psychiater/in	- Diagnostik - Behandlungsplan - Medikation	5 Jahre Medizinstudium 2 Jahre Praktische Grundausbildung (Foundation Year) 3 Jahre Psychiatrie allg. 3 Jahre Spezialisierung in gewählter Fachrichtung	Angestellt beim NHS Privatpatienten: Einzelleistungsvergütung
Clinical Psychologist	- Assessment - Beratung - Therapie	Bachelor in Psychologie, 3 Jahre Weiterbildung im gewählten Spezialgebiet	Angestellt beim NHS

Beruf	Aufgaben & Kompetenzen	Ausbildung	Vergütung
Non-medical Psychotherapist	- Assessment - Psychotherapie	verschiedene Ausbildungswege; nicht reguliert. Postgraduale Weiterbildungsprogramme dauern vielerorts ca. 4 Jahre	Angestellt beim NHS
IAPT: Psychological Wellbeing Practitioner	Assessment, Beratung, «guided self-help»	Grundausbildung: keine Vorschriften Weiterbildung: 45 Kurstage, verteilt über die praktische Ausbildung während 2-3 Semestern	Angestellt beim NHS Grundsätzlich keine Kontingente, aber der Bedarf nach Weiterweisung wird in regelmässigen Abständen überprüft
IAPT: High Intensity Therapist	Kognitive Verhaltenstherapie	Berufsausübungsbewilligung in Pflegefachperson, Klinische Psychologie, Sozialarbeit oder Ergotherapie Weiterbildung 12 Monate	Angestellt beim NHS Grundsätzlich keine Kontingente, aber der Bedarf nach Weiterweisung wird in regelmässigen Abständen überprüft
Mental Health Nurse	- Beratung - Pflege	Bachelor (3 Jahre)	Angestellt beim NHS
Sozialarbeiter/in	- Beratung - psychosoziale Unterstützung	3 Jahre (Bachelor)	Angestellt bei der Gemeinde oder beim NHS
Ergotherapeut/in	- Beratung - Alltagshilfe	3 Jahre (BSc)	Angestellt bei der Gemeinde oder beim NHS

Quellen: Royal College of Psychiatrists, NHS Health Careers, British Psychological Society, Royal College of Nursing, British Association of Social Workers, Royal College of General Practitioners, Hewlett/Horner 2015; Darstellung BASS

3.3.3 Typische Behandlungspfade

Behandlungspfad unipolare Depression

In England vereinbart Gerhard als Erstes einen Termin in der lokalen GP-Praxis, bei der er als Patient registriert ist. Nach der Anamnese und ggf. einem Screening-Test stellt sein GP die Diagnose und spricht mit Gerhard über die Behandlungsmöglichkeiten. Leichte bis mittelgradige depressive Erkrankungen werden gemäss dem «stepped care»-Modell behandelt, d.h. in einem ersten Schritt bekommt Gerhard von seinem GP oder einem «Psychological Wellbeing Practitioner» Psychoedukation, Beratung und Anregungen zur Selbsthilfe, z.B. sportliche Betätigung und Bewegung. In dieser Phase wird er durch den GP aktiv-abwartend begleitet («watchful waiting», vgl. Anhang, Abbildung 6). Zusätzlich kann Gerhard aber auch eine computergestützte kognitive Verhaltenstherapie in Anspruch nehmen; das National Institute for Health and Care Excellence hat hierzu verschiedene Programme evaluiert und sie in den klinischen Guidelines als mögliche Behandlungsform integriert (NICE 2006, 2009). Die von NICE anerkannten Programme unterscheiden sich nach Zielgruppe, Dauer und Aufwand für das behandelnde Fachpersonal (z.B. Überwachung des Therapieprozesses, regelmässige Telefongespräche etc.).

In dieser ersten Phase wird Gerhard weiterhin von seinem GP behandelt. Sollten die leichteren Interventionen nicht die gewünschte Wirkung erzielen, besprechen Gerhard und sein GP, ob in einem nächsten Schritt eher eine medikamentöse oder psychotherapeutische Behandlung begonnen werden soll. Da im Zuge des IAPT-Programms inzwischen viele GP-Praxen Therapeut/innen angestellt haben, hat Gerhard die Möglichkeit, kognitive Verhaltenstherapie gleich vor Ort in Anspruch zu nehmen, entweder als Einzeltherapie oder in Gruppenangeboten. Für andere von NICE empfohlene Therapieansätze (z.B. Interpersonelle Psychotherapie) erfolgt die Überweisung an eine Psychotherapeutin oder Psychologin des NHS.[41] Falls Gerhards Symptome über längere Zeit anhalten und/oder sich verschärfen, wird eine kombinierte Behandlung mit Psychotherapie und Antidepressiva angeboten.

Eine Überweisung in spezialisierte psychische Gesundheitsversorgung ist erforderlich im Falle von Therapieresistenz, wiederkehrenden Krankheitsepisoden, komplexen Krankheitsverläufen (z.B. mit psychoti-

[41] Nur bei Überweisungen innerhalb des NHS wird die Behandlung vergütet. Therapien bei selbständig tätigen Psychotherapeut/innen müssen von den Patient/innen selber bezahlt werden (NHS Choices 2014).

schen Symptomen) oder bei Suizidrisiko. Liegt bei Gerhard das Risiko der Selbstgefährdung vor, wird er von einem Crisis Resolution and Home Treatment Team zu Hause versorgt. Ansonsten erfolgt in der Regel die Überweisung in ein Community Mental Health Team, wo ein detailliertes Assessment seines bisherigen Behandlungsverlaufs gemacht und ein neuer Behandlungsplan erstellt wird; die medikamentöse Behandlung wird von einer Psychiaterin überprüft, ggf. angepasst und überwacht. Je nach Bedarf wird Gerhard von den Mitgliedern des Behandlungsteams unterstützt (Mental Health Nurse, Psycholog/in, Sozialarbeiter/in, Ergotherapeut/in). Ein Teammitglied übernimmt als «care coordinator» bzw. «key worker» die Koordination der Behandlungen, die Rückmeldungen an den GP sowie den Einbezug von Gerhards Familienangehörigen (NICE 2011).

Behandlungspfad Schizophrenie

Lisa sucht zunächst ihren GP auf, der sie aufgrund ihrer Symptome an eine Psychiaterin zum Assessment überweist.[42] Da sie sich in einer präpsychotischen Phase befindet, erhält sie zunächst kognitive Verhaltenstherapie von einem Psychotherapeuten des lokalen Community Mental Health Teams, bei Bedarf wird auch ihre Familie einbezogen und unterstützt («family intervention»). Vermögen diese Massnahmen nicht, die Symptome einzudämmen, wird Lisa von ihrem GP, dem Community Mental Health Team oder der behandelnden Psychiaterin an ein Early Intervention Team (EI-Team) überwiesen. Gemäss den seit April 2016 geltenden Standards sollte sie innert 2 Wochen einen Behandlungsplatz beim EI-Team bekommen, ist dies nicht möglich oder braucht sie unverzüglich Hilfe, wird sie zunächst von einem Crisis Resolution and Home Treatment Team versorgt.

Das multiprofessionelle Early Intervention Team bietet umfassende Behandlung und Nachsorge durch pharmakologische Behandlung, Psychotherapie, psychosoziale Unterstützung und Rehabilitation. Das Team erstellt gemeinsam mit Lisa einen Therapieplan, berät sie im Umgang mit der Krankheit, vermittelt sie in bedarfsgerechte Angebote (z.B. Tagesklinik) und entwickelt mit ihr Lösungen zur Wiederaufnahme ihres Studiums oder zur Neuausrichtung ihrer Ausbildung. Ausserdem wird gemeinsam ein Notfall- und Krisenplan erarbeitet, damit Anzeichen einer erneuten Psychose frühzeitig erkannt werden und rasch Massnahmen ergriffen werden können. In der Regel bleibt das EI-Team während dreier Jahre zuständig für die Behandlungskoordination und ist Ansprechpartner für Lisa und ihre Angehörigen.

Wenn Lisa nach der ersten psychotischen Episode stabilisiert ist, kann eine Rücküberweisung durch das Early Intervention Team an den GP erfolgen. Die NICE-Standards sehen vor, dass GPs Praxisregister führen für das Monitoring von Patient/innen mit Psychosen oder Schizophrenie und mit regelmässigen Gesundheitschecks dafür sorgen, dass somatische Komorbiditäten rechtzeitig erkannt und behandelt werden. Für Anpassungen der Medikamente überweist der GP Lisa jeweils an die Psychiaterin. Je nach Schweregrad und funktionalen Einschränkungen durch ihre psychischen Gesundheitsprobleme wird für Lisa ein Case-Management eingesetzt, d.h. eine Behandlungskoordinatorin, welche für die Umsetzung und Überprüfung des Therapieplans zuständig ist und regelmässige Besprechungen mit allen beteiligten Personen organisiert.[43]

Kommt es erneut zu einer Psychose oder zu einer akuten Krise, ist das lokale Crisis Resolution and Home Treatment Team zuständig, das entweder selber die Akutversorgung übernimmt oder bei Bedarf die Einweisung in stationäre Behandlung vornimmt – das Team fungiert in diesem Kontext als Gatekeeper für psychiatrische Kliniken.

[42] Die folgende Darstellung stützt sich auf den Überblick zum Versorgungssystem (Kap.3.3.1) sowie auf NICE (2014).

[43] Es handelt sich hier um den sogenannten «Care Programme Approach». Für weitere Informationen siehe RCPsych (2015) und NHS Choices (2015a).

Die fürsorgerische Unterbringung ist im Mental Health Act geregelt. Sollte dies bei Lisa irgendwann nötig sein, überprüft ein unabhängiges Gremium regelmässig, ob die Massnahme noch angezeigt ist (NHS, 2015b). Seit 2007 ist es ausserdem möglich, frühzeitig mit einem «Community Treatment Order» aus der Klinik in eine ambulante Behandlung entlassen zu werden, mit dem Vorbehalt einer erneuten Hospitalisierung, falls die Behandlungsvereinbarungen nicht eingehalten werden (Hewlett/Horner 2015, 8f.).

3.4 Psychische Gesundheitsversorgung in den Niederlanden

3.4.1 Das Versorgungssystem im Überblick

In den Niederlanden erfolgt der Zugang zum Gesundheitssystem grundsätzlich via Hausärzt/innen, die ihre Patient/innen bei Bedarf in spezialisierte Versorgung überweisen. Diese Gatekeeper-Funktion haben sie auch in der psychischen Gesundheitsversorgung (nl. *geestelijke gezondheidszorg*, GGZ). Ohne Überweisung durch den Hausarzt/die Hausärztin wird eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung nicht durch die Versicherung vergütet. Je nach Diagnose und Schweregrad der Erkrankung werden Betroffene entweder im Rahmen der **psychischen Grundversorgung (Basis GGZ)** behandelt oder in die spezialisierte **psychische Gesundheitsversorgung (spezialisierte GGZ)** überwiesen.

In der **Basis GGZ** behandeln Psychiater/innen, klinische Psycholog/innen, Psychotherapeut/innen und Gesundheitspsycholog/innen Personen mit leichten bis mittelschweren psychischen Erkrankungen und ohne Komorbidität. Die Behandlung kann sowohl ambulant als auch stationär erfolgen, d.h. in freier Praxis, in Ambulatorien oder in einer Institution. Patient/innen mit komplexen Problemen und/oder Komorbiditäten werden in der **spezialisierten GGZ** behandelt. Die Behandlung erfolgt hauptsächlich durch Psychiater/innen, Psychotherapeut/innen, klinische Psycholog/innen und Pflegespezialist/innen *(GGZ Verpleegkundig specialist)*, je nach Bedarf mit Unterstützung durch Gesundheitspsycholog/innen, Sozialarbeiter/innen, Psychiatriepflegende (*Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige* SPV). Gut 30 Organisationen, die meist eine bestimmte Region abdecken, bieten spezialisierte psychische Gesundheitsversorgung an, wobei das Spektrum der Settings von Ambulatorien und Tageskliniken über Home Treatment und stationäre Akutversorgung bis hin zu Suchthilfe, betreutem Wohnen und Forensik reicht (Forti et al. 2014, 43).

2014 traten in den Niederlanden grosse Reformen im Bereich psychische Gesundheitsversorgung in Kraft. Bis 2020 sollen ein Drittel der Psychiatriebetten abgebaut und 20% weniger Patient/innen in der (teuren) spezialisierten psychischen Gesundheitsversorgung behandelt werden (Invoering Generalistische Basis GGZ [o.J.]). Um dieses Ziel zu erreichen, sollen möglichst viele Patient/innen in der allgemeinen Grundversorgung behandelt werden. Neu sind deshalb Hausärzt/innen für die Versorgung von Personen mit leichten psychischen Erkrankungen verantwortlich, die bis anhin im Rahmen der Basis-GGZ behandelt wurden. Um Hausärzt/innen in diesen zusätzlichen Aufgaben zu unterstützen, wird jeder Hausarztpraxis eine Praxisassistenz Psychische Gesundheit (*Praktijkondersteuner Huisartsenzorg* POH-GGZ) im Umfang von 12 Stunden pro Woche vergütet. Ihre Aufgabe ist es, Hausärzt/innen bei Screenings und Diagnostik zu unterstützen, Interventionen bei leichten psychischen Erkrankungen durchzuführen sowie Psychoedukation und Rückfallprävention zu machen (Landelijke Vereniging POH-GGZ, 2016). In der allgemeinen Grundversorgung wird ausserdem der Einsatz evidenzbasierter online-Behandlungsprogramme (e-mental health) gefördert.[44] Die Niederlande sind führend in der Entwicklung und Evaluation von Online-Modulen für psychische Krankheiten (darunter z.B. Depressionen und Angststörungen). Die Erarbeitung von Qualitätsstandards und Rahmenbedingungen für die Vergütung dieser Behandlungsform gehört zur gesundheitspolitischen Agenda (Forti et al. 2014, 29; 74f.; Krijgsman et al. 2015).

[44] Auch in der spezialisierten psychischen Grundversorgung werden e-Health Module eingesetzt, dort jedoch eher in Kombination mit face-to-face Behandlungen (Forti et al. 2014, Krijgsman et al. 2015).

Voraussetzung für eine Überweisung in die Basis GGZ ist das Vorliegen einer klinisch relevanten psychischen Erkrankung gemäss DSM-IV. In diesem Versorgungsbereich werden Patient/innen mit leichten bis mittelgradigen (nicht komplexen) Störungen und einem relativ guten psychosozialen Funktionsniveau behandelt, aber auch Personen mit schweren/chronischen psychischen Störungen, die sozial und gesundheitlich relativ stabil sind. Zum Angebot in der Basis-GGZ gehört neben Behandlungen auch Nachbetreuung und Rehabilitation (Forti et al. 2014, 74).

In der **spezialisierten GGZ** werden nur Patient/innen mit schweren, komplexen Erkrankungen und Beeinträchtigungen im psychosozialen Funktionsniveau behandelt (Bakker/Jansen, 2013; Invoering Generalistische Basis GGZ [o.J.]). In den Niederlanden ist in diesem Zusammenhang auch von *Ernstige Psychische Aandoening* (EPA) die Rede (Forti et al. 2014, 18). Diese Patientengruppe wird wenn immer möglich in aufsuchenden gemeindenahen Versorgungsmodellen (nach dem Ansatz des «Assertive Community Treatment» ACT[45]) behandelt. Ziel ist es, Betroffene in ihrem Lebensumfeld zu betreuen und zu stabilisieren, sodass Klinikaufenthalte vermieden oder auf ein Minimum beschränkt werden können. Die aufsuchende gemeindenahe Versorgung erfolgt in multidisziplinären Teams aus Psychiater/innen, Psycholog/innen, Sozialarbeiter/innen und Psychiatriepflegenden (*Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige* SPV). Diese sind gemeinsam verantwortlich für die medizinische und soziale Versorgung ihrer Patient/innen, wobei die Fallzahl pro Team aufgrund der typischerweise hohen Betreuungsintensität (Verfügbarkeit rund um die Uhr) gering ist. Personen, die auf weniger intensive Betreuung angewiesen sind, werden von sogenannten FACT-Teams unterstützt (Flexible Assertive Community Treatment), in dem ein Coach die Fallführung übernimmt und Mitglieder des multidisziplinären Teams je nach Bedarf eingesetzt werden. Für Krisen und Akutbehandlungen werden auch Intensive Home Treatment Teams (IHT) eingesetzt (GGZ Noord Holland-Noord [o.J.]; van Veldhuizen 2011).[46]

Leistungen für psychische Gesundheitsversorgung (Basis und spezialisiert) werden grundsätzlich von der obligatorischen Krankenversicherung vergütet. Allerdings besteht in den Niederlanden kein Vertragszwang, d.h. die Versicherungen bezahlen nur Leistungsbezüge bei denjenigen Behandler/innen und Institutionen, mit denen sie einen Vertrag haben. Wahlfreiheit ist mit einer Zusatzversicherung jedoch möglich (Rijksoverheid [o.J.]). Seit 2014 erfolgt die Vergütung basierend auf **Leistungspaketen**. Es werden 4 Produkte unterschieden, wobei je nach Art und Schweregrad der Beschwerden ein bestimmter Umfang an Leistungen nach individuellem Bedarf zusammengestellt werden kann (das kleinste Leistungspaket umfasst 5 Therapiesitzungen, das längste 11, vgl. Bakker/Jansen 2013; NVGzP 2016, Forti et al. 2014, 68). Psycholog/innen oder Psychiater/innen bestimmen im Rahmen des Erstgesprächs, welches Paket «verschrieben» wird. Sind danach weitere Behandlungen nötig, braucht es erneut eine Überweisung durch den Hausarzt/die Hausärztin. Gesetzlich gibt es zwar keine Beschränkung zum Umfang des jährlichen Leistungsbezugs pro Patient/in. Allerdings können Versicherungen im Rahmen der Vertrags- und Preisverhandlungen den *Behandelnden* Beschränkungen auferlegen: Häufig werden nur 1 oder 2 Leistungspakte pro Person (und pro Diagnose) beim selben Leistungserbringer vergütet, sodass weitergehende Behandlungen nur bei einem anderen Leistungserbringer möglich wären (NVGzP, 2016).

Für Langzeitbehandlungen ab einer Dauer von 3 Jahren gibt es seit 2015 drei verschiedene Kostenträger: die obligatorische staatliche Versicherung für Langzeitpflege (*Wet langdurige zorg*, Wlz) finanziert v.a. die

[45] Dieses Modell ist in den 1970er Jahren in den USA entstanden, in England spricht man von «assertive outreach».

[46] Begriffe/Angebote wie (Intensive) Home Treatment, Assertive Community Treatment und weitere Formen aufsuchender und/oder ambulanter gemeindenaher Versorgung werden international teilweise unterschiedlich definiert bzw. voneinander abgegrenzt. Für weiterführende Informationen vgl. die von der DGPPN erarbeiteten Hintergrundinformationen zur Praxisleitlinie S3 (Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen) unter http://www.dgppn.de/dgppn/referate/versorgung0/s3-leitlinie-psychosoziale-therapien-bei-schweren-psychischen-erkrankungen.html >II. Systeminterventionen (Stand August 2016).

Betreuung von Personen mit grossem Unterstützungsbedarf, darunter auch Menschen mit chronischen psychiatrischen Störungen. Gemäss dem Social Support Act (*Wet maatschappelijke ondersteuning*, Wmo) sind ausserdem die Gemeinden verpflichtet, Angebote zur Unterstützung von Personen mit psychischen Krankheiten, Behinderungen oder altersbedingten Einschränkungen bereitzustellen und zu finanzieren. Dazu gehören auch die interdisziplinären aufsuchenden Angebote (ACT, FACT, Intensive Home Treatment). Die zuständigen Behandler/innen müssen bei der Gemeinde einen Antrag auf Vergütung stellen; diese prüft, ob und in welchem Umfang die Leistungen vergütet werden und legt den Eigenanteil fest (vgl. MoH 2016; GGZNederland [o.J.]).

3.4.2 Berufsportraits: Aufgaben und Kompetenzen der involvierten Berufsgruppen

In den Niederlanden ist die Tätigkeit von universitären Medizinalberufen, Pflegefachpersonen, Hebammen, Physiotherapeut/innen und Psychotherapeut/innen sowie ausgewählter Psychologieberufe im Rahmen des Gesetzes über Berufe in der Gesundheitsversorgung (BIG, *Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg*) geregelt. Nur wer im BIG-Berufsregister eingetragen ist, kann die geschützten Berufsbezeichnungen verwenden und ist zur eigenständigen Tätigkeit im definierten Berufsfeld befugt. Insgesamt **7 geschützte Berufe** sind für die psychische Gesundheitsversorgung relevant, 4 sogenannte Basis-Berufe (Hausärzt/innen, Gesundheitspsycholog/innen, Psychotherapeut/innen und Pflegefachpersonen) und 3 spezialisierte Berufe (Psychiater/innen, Klinische Psycholog/innen und Pflegespezialist/innen psychische Gesundheit).[47] Nicht im BIG geregelt sind die in der allgemeinen Grundversorgung tätigen POH-GGZ.

Die Kompetenzen und Befugnisse werden ausserdem durch den Status als sog. *hoofdbehandelaar* (Hauptverantwortliche/r für die Behandlung) bestimmt. Berufsgruppen, die als Haupt-Behandelnde anerkannt sind, können in eigenverantwortlicher Tätigkeit Diagnosen stellen und Behandlungen durchführen. Ohne diese Befugnis braucht es zwingend die Supervision durch eine Fachperson mit diesen Kompetenzen, was insbesondere versicherungstechnische Bedeutung hat: Nur die von *hoofdbehandelaar* angeordneten bzw. visierten Leistungen werden vergütet. Keine Kompetenzen als Hauptbehandelnde haben Psychiatriepfleger/innen. Gesundheitspsycholog/innen dürfen ausschliesslich in der psychischen Grundversorgung (Basis GGZ) eigenverantwortlich Behandlungen durchführen, in der spezialisierten GGZ ist eine Supervision durch eine andere Fachperson mit Anerkennung als Hauptbehandler/in vorgeschrieben. **Tabelle 6** zeigt die Berufskategorie gemäss BIG sowie die Tätigkeitsbereiche der Mental Health Workforce.

■ **Psychiater/innen** sind für die Behandlung von Patient/innen mit mittelgradigen bis schweren und komplexen psychischen Erkrankungen verantwortlich und vorwiegend in der spezialisierten psychischen Gesundheitsversorgung tätig (trotz Status als Hauptbehandelnde in der Basis-GGZ). Sie erstellen Diagnosen, verordnen und überwachen die Medikation. In Kliniken, intermediären Settings oder in eigener Praxis führen sie Einzelbehandlungen durch oder sind in multidisziplinäre Teams zur Krisenintervention, aufsuchender Langzeitbetreuung von Patient/innen etc. eingebunden. Psychiater/innen, die auch psychotherapeutische Behandlungen durchführen, müssen gemäss BIG zusätzlich als Psychotherapeut/innen im Berufsregister eingetragen sein (Forti et al. 2014, 12).

[47] Forti et al. (2014) zählen Hausärzt/innen nicht zur Mental Health Versorgung, diese sind jedoch ebenfalls im BIG bzw. im Register der medizinischen Spezialisierungen/Fachrichtungen eingetragen. Die klinischen Neuropsycholog/innen – ebenfalls eine geschützte Berufsbezeichnung –, die in der Behandlung degenerativer Nervenkrankheiten (Demenz, Parkinson) und Folgen von Hirnverletzungen tätig sind, werden im vorliegenden Bericht jedoch anders als bei Forti et al. (2014) nicht dem Bereich Mental Health zugeordnet. Für weitere Informationen zum BIG siehe FGzPt (2014) und https://www.bigregister.nl/en/ (Stand August 2016).

Tabelle 6: Rechtliche Regelungen, Tätigkeitsbereich und Behandler-Status der involvierten Berufsgruppen

	allgemeine med. Grundversorgung	psychische Grundversorgung (Basis-GGZ)	spezialisierte psychische Gesundheitsversorgung	BIG*
Hausärzt/innen	H			Art. 3
Psychiater/innen		H	H	Art. 14
Gesundheitspsycholog/innen		H	S	Art. 3 (1998)
Psychotherapeut/innen		H	H	Art. 3 (1998)
Klinische Psycholog/innen		H	H	Art. 14 (2005)
Psychiatriepfleger/in	S	S	S	Art. 3
Pflegespezialist/in psychische Gesundheit			H	Art. 14 (2009)
Praxisassistent/in psychische Gesundheit, POH-GGZ	S			-

H: Hauptbehandler/in; S: Arbeit unter Supervision
*Anerkennung als Basis-Beruf nach Art. 3, Anerkennung als Spezialisierter Beruf nach Art. 14 BIG. Bei den nicht-medizinischen Gesundheitsberufen ist das Jahr der Anerkennung in Klammern angegeben.
Darstellung BASS

■ **Hausärzt/innen** (nl. *huisarts*) fungieren einerseits als Gatekeeper. Sie sind die erste Anlaufstelle für Menschen mit psychischen Erkrankungen, jede Überweisung in die psychische Grundversorgung oder in die spezialisierte psychische Gesundheitsversorgung und jede Verlängerung der Behandlung muss via Hausarzt/Hausärztin erfolgen. Andererseits sind sie gemeinsam mit der Praxisassistenz POH-GGZ für Screening, Diagnostik und die Behandlung leichter Erkrankungen verantwortlich.

■ **Gesundheitspsycholog/innen** (nl. *gezondheidszorgpsycholoog* oder *GZ-psycholoog*) sind Generalist/innen. Sie diagnostizieren und therapieren Personen mit leichten bis mittelgradigen psychischen Störungen und sind in den gängigen Therapiemethoden wie z.B. kognitive Verhaltenstherapie versiert. Gesundheitspsycholog/innen arbeiten hauptsächlich in der Basis-GGZ (in freier Praxis oder bei einem GGZ-Anbieter), aber auch in Alters- und Pflegeheimen oder Allgemeinspitälern. In der Basis GGZ haben sie den Status als Hauptbehandelnde, nicht jedoch in der spezialisierten Versorgung, wo sie zwar faktisch etwa dieselben Aufgaben haben und in der Regel relativ selbständig arbeiten, jedoch unter Supervision von Psychotherapeut/innen oder anderen Fachpersonen stehen, die in der spezialisierten GGZ als Hauptbehandelnde anerkannt sind (FGzPt 2014).

■ **Psychotherapeut/innen** (nl. *psychotherapeut*) sind für die Behandlung von Personen mit komplexen psychologischen Problemen (häufig Mehrfachproblematiken) zuständig. Sie sind sowohl in der Basis GGZ als auch in der spezialisierten GGZ als Hauptbehandelnde befugt, eigenständig Diagnosen und Therapiepläne zu erstellen und die Behandlung entweder selbständig oder in Kooperation mit anderen Berufsgruppen durchzuführen. Psychotherapeut/innen sind in eigener Praxis tätig oder arbeiten für eine der regionalen Anbieter-Organisationen psychischer Gesundheitsversorgung (FGzPt 2014, 8).

■ **Klinische Psycholog/innen** (nl. *Klinisch psycholoog*) sind Gesundheitspsycholog/innen mit einer Zusatzausbildung. Sie sind auf die Diagnose und Behandlung von komplexen psychologischen Problemen und/oder psychosozialen Belastungen und/oder psychosomatischen Leiden spezialisiert und psychotherapeutisch ausgebildet. Vielfach werden ihnen Patient/innen zugewiesen, die auf die üblichen Behandlungsmethoden nicht angesprochen haben. Weitere Kompetenzen und Aufgabenbereiche klinischer Psycholog/innen sind die Durchführung von Forschungsprojekten, der Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis sowie Managementaufgaben und Supervision. Sie sind vorwiegend in Einrichtungen der spezialisierten GGZ sowie in Spitälern tätig, jedoch auch im Bereich Rehabilitation, in Spezialkliniken, Universitäten und in der Forensik. Ungefähr ein Viertel von ihnen arbeitet zumindest Teilzeitlich in freier Praxis (FGzPt 2014).

■ **Psychiatriepfleger/in** (nl. *Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige*) sind Pflegefachpersonen mit einer Spezialisierung in psychischer Gesundheitsversorgung und Sozialpsychiatrie, sind im BIG-Register jedoch

nur unter dem Basis-Beruf als Pflegende registriert. Sie sind vorwiegend für die psychosoziale Unterstützung (u.a. Psychoedukation) und Begleitung sowie für die Koordination mit den in der Behandlung involvierten Fachpersonen zuständig. In der Basis GGZ wie auch in der spezialisierten GGZ arbeiten sie eng mit anderen Fachpersonen in ambulanten oder aufsuchenden Teams zusammen, wobei sie keine Befugnisse als Hauptbehandelnde haben. Psychiatriepfleger/innen arbeiten ausserdem als POH-GGZ in Hausarztpraxen (VenVN 2004).

■ **Pflegespezialist/in psychische Gesundheit** (nl. *GGZ verpleegkundig specialist*): Einer von 5 im BIG anerkannten Spezialisierungen des Pflegeberufes.[48] Pflegespezialist/innen begleiten und unterstützen Personen mit komplexen psychiatrischen Problemen. Mit dem Masterabschluss sind sie als sog. Advanced Nurse Practitioners (ANP) befugt, in der spezialisierten GGZ (wo sie hauptsächlich tätig sind) als Hauptbehandelnde eigenständig Behandlungs- und Pflegepläne aufzustellen und umzusetzen, Patient/innen in Krisen zu begleiten und Massnahmen zur Rückfallprophylaxe einzuleiten (Capaciteitsorgaan 2015, 27).

■ **Praxisassistent/innen psychische Gesundheit** (nl. *Praktijkondersteuner Huisartsenzorg POH-GGZ*) sind in Hausarztpraxen angestellt, wo sie Screenings und diagnostische Tests durchführen, Psychoedukation machen und Patient/innen im Selbstmanagement und in der Nutzung von E-Health-Angeboten unterstützen. Bei der POH-GGZ handelt es sich weniger um einen Beruf, sondern vielmehr um eine Funktion. Zugelassen sind grundsätzlich alle Berufsgruppen, und der Besuch eines entsprechenden 9- bis 12-monatigen Nachdiplom-Kurses ist nicht obligatorisch – letztlich liegt es im Ermessen des Hausarztes oder der Hausärztin, ob jemand geeignet ist. Häufig haben POH-GGZ einen beruflichen Hintergrund im Bereich Psychiatrie oder Psychologie, z.B. Pflegefachpersonen, die in der spezialisierten GGZ gearbeitet haben, oder Psycholg/innen mit Masterabschluss, jedoch ohne therapeutische Weiterbildung (Landelijke Vereniging POH-GGZ (a)).

Neben diesen Berufsgruppen, die für einen Grossteil der Behandlungen im Bereich psychische Gesundheit verantwortlich sind, gibt es eine Reihe von Funktionen, die von Personen mit unterschiedlichen beruflichen Hintergründen erfüllt werden können. Meist geht es dabei um die psychosoziale Begleitung und Unterstützung, Coaching oder Case-Management (Arbeits-Coach, Wohnbegleiter/in etc.).

Tabelle 7 fasst die Tätigkeitsprofile der involvierten Berufsgruppen kurz zusammen und gibt einen Überblick zu den jeweiligen Ausbildungen und Vergütungsmodalitäten. **Tabelle 8** zeigt ausgewählte Aufgaben und Kompetenzen in der Übersicht. Nicht in den Tabellen aufgeführt ist der privatrechtliche Weiterbildungstitel in Suchtmedizin, den es seit 2013 gibt. Einrichtungen und Angebote im Bereich Abhängigkeitserkrankungen werden zwar als integraler Bestandteil der psychischen Gesundheitsversorgung verstanden, die allfällige Rolle der mittlerweile rund 200 Fachärzt/innen wird in der Literatur jedoch nicht thematisiert. Ausserdem ist die Weiterbildung umfangmässig nicht mit der Psychiatrie vergleichbar (der «Master in Addiction Medicine» dauert nach der Grundausbildung bzw. «Basisarzt» 2 Jahre).[49]

Tabelle 7: Aufgabenprofile, Ausbildung und Vergütung der niederländischen Mental Health Workforce

Beruf	Aufgaben	Ausbildung	Vergütung
Hausarzt/Hausärztin	Gatekeeper; Erkennen und Assessment psychischer Probleme, Behandlung leichter psychischer Störungen, Pharmakotherapie	6 Jahre Medizinstudium 3 Jahre Weiterbildung in Hausarztmedizin	Unbeschränkt

[48] Neben ANP in psychischer Gesundheitsversorgung handelt es sich um Spezialisierungen in Akutpflege, Intensivpflege, Langzeitpflege und Prävention.

[49] Siehe www.knmg.nl →Opleiding, (Her)registrati & Carrière →Geneeskundestudie →Beroepskeuze →Verslavingsgeneeskunde.

Beruf	Aufgaben	Ausbildung	Vergütung
Psychiater/in - Kinder- und Jugendpsychiatrie - Erwachsenenpsychiatrie - Gerontopsychiatrie	Diagnostik Pharmakotherapie Therapie überwachen und evaluieren Supervision z.T. Psychotherapie	6 Jahre Medizinstudium 4,5 Jahre Weiterbildung (2 Jahre allgemeine Psychiatrie, 2,5 Jahre im gewählten Schwerpunkt)	nach Anordnung HA: 5, 8 oder 11 Sitzungen pro Jahr
Gesundheitspsycholog/in - Kinder- und Jugendpsychologie - Erwachsenen- und Gerontopsychologie	Diagnostik und Therapie von leichten bis mittelgradigen Störungen	4 Jahre Master in Psychologie, Erziehungswissenschaften oder Mental Health 2 Jahre Weiterbildung	nach Anordnung HA 5, 8 oder 11 Sitzungen pro Jahr
Psychotherapeut/in - Kinder- und Jugendpsychologie - Erwachsenen- und Gerontopsychologie	Therapie von Personen mit schweren psychischen Problemen und psychosozialen Belastungen, in kleinerem Umfang auch Diagnostik	4 Jahre Master in Psychologie, Medizin, Erziehungswissenschaften oder Mental Health; 4 Jahre Weiterbildung	nach Anordnung HA 5, 8 oder 11 Sitzungen pro Jahr
Klinische/r Psycholog/in - Kinder- und Jugendpsychologie - Erwachsenen- und Gerontopsychologie	Diagnostik und Behandlung von komplexen Störungen, Managementaufgaben, Forschung und Wissenstransfer, Supervision	Ausbildung als Gesundheitspsycholog/in; 4 Jahre Weiterbildung	nach Anordnung HA 5, 8 oder 11 Sitzungen pro Jahr
Psychiatriepfleger/in (*Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige*)	Unterstützung, Pflege und Behandlungs-Koordination im multidisziplinären Team	4 Jahre Fachhochschule Krankenpflege 2 Jahre Berufserfahrung im Fachgebiet psychische Gesundheit 1,5 Jahre Weiterbildung	Fallspezifisch entweder durch Krankenversicherung, Langzeitversicherung (Wlz) oder von Gemeinden gemäss dem Social Support Act (Wmo) vergütet
Pflegespezialist/in psychische Gesundheit (*GGZ verpleegkundig specialist*)	Begleitung, Unterstützung und Pflege von Personen mit komplexen psychiatrischen Problemen in Krisensituationen und in der Langzeitpflege	4 Jahr Fachhochschule Krankenpflege 4 Jahre Berufserfahrung im Fachgebiet psychische Gesundheit 3 Jahre Weiterbildung	Fallspezifisch entweder durch Krankenversicherung, Langzeitversicherung (Wlz) oder von Gemeinden gemäss dem Social Support Act (Wmo) vergütet
Praxisassistenz psychische Gesundheit (*POH-GGZ*)	Screening und Assessment psychischer Probleme, Psychoedukation, Unterstützung und Beratung von Personen mit leichten psychischen Störungen; Unterstützung der Hausärzte in der psychischen Gesundheitsversorgung	Keine gesetzlichen Vorgaben für die Ausübung dieser Funktion. Üblich sind: Ausbildung auf Ebene Fachhochschule oder Universität; relevante Erfahrung oder Weiterbildungskurs	Unbeschränkt. Die Versicherung zahlt aber nur 12 Stunden POH-GGZ Unterstützung pro Praxis pro Woche.

HA: Hausarzt/Hausärztin.
Quellen: Forti et al. 2014, Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (2016), NV Sociaal-Psychiatrisch Verpleegkundige (2004), Landelijke Vereniging POH-GGZ (a), Invoering Generalistische Basis GGZ (c) [o.J.], LHV 2016, Capaciteitsorgaan (2015), Bakker/Janssen (2013)
Darstellung BASS

Tabelle 8: Aufgaben und Kompetenzen der involvierten Fachkräfte in den Niederlanden

	Diagnose	Überweisen	Medikamente verschreiben	Psychotherapie	Begleitung & Unterstützung
Hausarzt/Hausärztin*	X	X	X		X
Psychiater/in	X		X	X	
Gesundheitspsycholog/in	X			X	
Psychotherapeut/in	X			X	
Klinische/r Psychologe/Psychologin	X			X	
Psychiatriepfleger/in *(Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige)*					X
Pflegespezialist/in psychische Gesundheit *(GGZ verpleegkundig specialist)*					X
Praxisassistent/in Psychische Gesundheit (POH-GGZ)					X

Quellen: Forti et al. 2014, Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (2016), NV Sociaal-Psychiatrisch Verpleegkundige (2004), Landelijke Vereniging POH-GGZ (a), Invoering Generalistische Basis GGZ (c) [o.J.], LHV 2016, Capaciteitsorgaan (2015), Bakker/Janssen (2013)
Darstellung BASS

3.4.3 Typische Behandlungspfade

Behandlungspfad unipolare Depression

Wie bei allen gesundheitlichen Problemen vereinbart Gerhard als erstes einen Termin bei seiner Hausärztin – ohne ihre Überweisung bezahlt seine Krankenversicherung ja keine Leistungen z.B. der Gesundheitspsychologin, dem Psychotherapeuten oder der Psychiaterin. Die Anamnese und eine erste Diagnosestellung erfolgt in der Hausarztpraxis, wozu die Praxisassistenz Psychische Gesundheit (POH-GGZ) auch Screening-Instrumente beizieht (Bakker/Jansen, 2013; Mutsaars et al. 2014). Gerhard leidet an einer mittelgradigen unipolaren Depression. In den Niederlanden folgt die Behandlung von Depressionen einem «stepped care»-Modell, d.h. die Richtlinien sehen vor, dass die Intervention jeweils so niederschwellig wie möglich einsetzt und leichte bis mittelschwere Erkrankungen in der allgemeinen medizinischen Grundversorgung behandelt werden. Wenn die Behandlung nach einer bestimmten Zeit nicht Wirkung zeigt, können zunehmend komplexe und spezialisierte Massnahmen ergriffen werden.[50] Für Gerhard bedeutet dies, dass er zunächst von seiner Hausärztin betreut wird. Der POH-GGZ – in seinem Fall ein sozialpsychiatrischer Krankenpfleger – bietet in einem ersten Schritt psychosoziale Unterstützung und bespricht mit Gerhard, was er selber für sein Wohlbefinden tun kann (z.B. Bewegung, Entspannungstechniken, «Bibliotherapy») und zeigt ihm, welche e-Health-Programme für Personen mit Depressionen zur Verfügung stehen (Spijker et al. 2013).

Da die Symptome Gerhards auf eine mittelgradige Depression hinweisen und diese allgemeinen Interventionen nach Ansicht der Hausärztin nicht ausreichen, entscheiden sie und Gerhard gemeinsam, ob in einem nächsten Schritt eine Behandlung mit Medikamenten oder mit Psychotherapie erfolgen soll.

1. Behandlung mit Pharmakotherapie: Die Hausärztin verschreibt die Medikamente und überwacht die Behandlung. Wenn nach vier Monaten keine ausreichende Verbesserung erfolgt, bespricht die Ärztin mit dem Patienten, ob die Dosierung erhöht werden oder begleitend eine Psychotherapie begonnen werden soll (Spijker et al. 2013).

2. Psychotherapeutische Behandlung: Die Hausärztin überweist Gerhard in die psychische Grundversorgung (Basis GGZ). Im Rahmen des Aufnahmeverfahrens führt ein Gesundheitspsychologe wiederum einige Tests durch, erstellt dann eine Diagnose und einen Therapieplan (Mutsaars et al. 2014) und führt die Therapie durch. Spätestens nach vier Monaten werden die Therapiefortschritte evaluiert. Wenn sich die Verbesserungen noch unzureichend sind, entscheiden Gerhard und der Gesundheitspsychologe, ob er es mit Pharmakotherapie versuchen will (siehe Weg 1) oder eine andere Form von Psychotherapie (z.B. psychodynamisch statt kognitive Verhaltenstherapie) ausprobieren möchte.

Der Behandlungsfortschritt wird regelmässig nach rund vier Monaten evaluiert. Tritt bei keinem der gewählten Behandlungspfade eine wesentliche Verbesserung der Symptome ein, wird die kombinierte Behandlung mit Medikamenten und Psychotherapie empfohlen. Die Evaluation der Behandlungsfortschritte erfolgt jetzt durch den Gesundheitspsychologen, der ggf. in Absprache mit der Hausärztin die Dosierung oder Therapieverfahren anpasst. Greift auch die kombinierte Therapie nicht, überweist die Hausärztin ihren Patienten in die spezialisierte GGZ, wo er durch einen Psychiater behandelt wird. Falls sich sein Gesundheitszustand gar weiter verschlechtert, werden allenfalls intensivere Behandlungsformen eingesetzt, z.B. ein stationärer Klinikaufenthalt oder Elektrokrampftherapie (Spijker et al. 2013).

[50] Das in den USA entwickelte Modell wurde für den niederländischen Kontext adaptiert und die Implementierung mit einer Reihe randomisiert-kontrollierter Studien evaluiert. Die Wirksamkeit dieses Modells hat sich dabei für verschiedene Settings (u.a. Grundversorgung, Allgemeinspitäler) bestätigt (Forti et al. 2014, 43). Ein Beispiel eines Stepped Care Modells (aus England) ist im Anhang abgebildet.

Sobald sich der Gesundheitszustand Gerhards wieder stabilisiert hat und die Symptome abgeklungen sind[51] können Massnahmen zur Rückfallprävention angeordnet werden, z.B. MBCT[52], oder es werden individuelle Unterstützung für Rehabilitation und Reintegration organisiert (Spijker et al. 2013).

Behandlungspfad Schizophrenie

Auch Lisa sucht zuerst ihren Hausarzt auf, der gemeinsam mit der POH-GGZ erste diagnostische Abklärungen und Tests macht. Da ihre Symptome gemäss DSM-IV vorläufig dem schizophrenen Formenkreis entsprechen, wird sie vom Hausarzt in die spezialisierte GGZ zur psychiatrischen Behandlung überweisen (Bakker/Jansen 2013). In der spezialisierten GGZ wird Lisa umfassend untersucht; danach stellt die Psychiaterin eine Diagnose und macht einen Behandlungsplan, der Medikation, Psychotherapie und psychosoziale Unterstützung umfasst. Behandlungsplan und die Therapiefortschritte werden laufend durch die involvierten Fachpersonen (Psychiaterin, Psychotherapeut, sozialpsychiatrische Krankenpflegerin, Pflegefachperson, ggf. weitere) evaluiert und nötigenfalls angepasst (van Duin et al. 2005). Die Behandlung kann entweder stationär, in der psychiatrischen Fachabteilung des Allgemeinspitals erfolgen oder – sofern sie über ein gutes soziales und familiäres Unterstützungsnetz verfügt – bei ihr zu Hause, durch ein multidisziplinäres Intensive Home Treatment Team (siehe oben Kap. 3.4.1). Wenn sich Lisas Gesundheitszustand stabilisiert hat und sie keine psychotischen Symptome aufweist, kommt sie (nach einem Klinikaufenthalt ggf. vorübergehend mit aufsuchender Nachbetreuung) in ambulante psychiatrische Behandlung.

Es kann sein, dass Lisa in einer Krise sich selber oder andere gefährdet, aber jegliche Behandlung verweigert. In diesem Fall sieht das Gesetz zwei Möglichkeiten vor, um eine fürsorgerische Unterbringung (FU) mit richterlichem Beschluss einzuleiten. Die akute Unterbringung (Acute Involuntary Admission) kann mit psychiatrischer Begutachtung innert 24 Stunden erfolgen. Wenn keine akute Notfallsituation besteht, kann eine gerichtliche Verfügung für eine Klinikeinweisung beantragt werden. Entsprechende Anträge können auch von Angehörigen gestellt werden, müssen aber durch ein unabhängiges psychiatrisches Gutachten geprüft werden. In einem solchen Fall würde Lisas Klinikeinweisung innerhalb von 2 Wochen nach Gerichtsbeschluss erfolgen (Forti et al. 2014, 13f.).

Falls Lisa aufgrund wiederholter Psychosen oder wegen chronischer Beeinträchtigungen auf längerfristige intensivere Unterstützung angewiesen ist, wird die Betreuung durch ein FACT-Team installiert (siehe oben 3.4.1). Das FACT-Team koordiniert die medizinische Behandlung, die therapeutischen Massnahmen und die psychosoziale Unterstützung, welche je nach Bedarf im Alltag oder bei der sozialen und beruflichen Reintegration erfolgt. Mindestens einmal pro Jahr erhält Lisa Besuch von der Psychiaterin des entsprechenden FACT-Teams, welche die Wirkungen des Behandlungsplans, die Diagnostik und die Adäquatheit der Pharmakotherapie überprüft sowie ein Augenmerk auf Komorbiditäten und notwendige Begleitbehandlungen legt. Darüber tauscht sie sich auch mit Lisas Hausarzt aus.[53]

Falls Lisa nur punktuell Unterstützung benötigt, wird sie durch eine Psychiatriepflegefachperson *(Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige SPV)* 1- bis 3-mal pro Woche zu Hause besucht. Diese gibt Hilfestellungen im Haushalt, macht Psychoedukation, hilft bei Entscheidungen und steht in engem Austausch mit den behandelnden Fachpersonen (van Duin et al. 2005). Ziel ist es, dass Lisa ihr Studium wieder aufnehmen und/oder im Arbeitsleben Fuss fassen kann. Sollte dies nicht möglich sein, gibt es Betreuungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten in Tageskliniken, im Rahmen von Freiwilligenarbeit etc. (Bakker/Jansen 2013).

[51] Als stabile Remission gilt ein Wert < 8 auf der Hamilton Depression Rating Scale HDRS.

[52] Mindfulness-Based Cognitive Therapy of Depression, dt. Achtsamkeitsbasierte Rückfallprophylaxe bei Depression (vgl. Kurzbeschrieb des Schweizer MBSR-Verbands, http://www.mbsr-verband.ch/ueber-mbsr-mbct/was-ist-mbct/ (Stand August 2016).

[53] Für eine Beschreibung der Rolle von Psychiater/innen innerhalb der FACT-Teams siehe http://www.ggz-nhn.nl/nl/FACT/FACT-Wat-is-FACT-Rolomschrijvingen/De-psychiater-binnen-een-wijkteam.html (Stand August 2016; nur auf Holländisch verfügbar).

4 Ergebnisse des Ländervergleichs anhand ausgewählter Indikatoren

Nachfolgend werden die Ergebnisse des Ländervergleichs übersichtsartig in kommentierten Tabellen und Grafiken dargestellt. Für den Ländervergleich wurden in den allermeisten Fällen öffentlich zugängliche Daten beigezogen und ausgewertet. Quellenangaben und weiterführende Informationen zu den einzelnen Daten finden sich in den Datentabellen im Anhang. Diese Ländertabellen dienen vor allem der besseren Einordnung und Interpretation der ausgewiesenen Daten, da zwischen den Ländern häufig Unterschiede in der Abdeckung der Daten, in den Bezugsgrössen, in der Erhebungsart, im Referenzjahr etc. bestehen können, welche bei einem direkten Vergleich mitberücksichtigt werden müssen.

4.1 Workforce, Versorgungsdichte und Angebot

4.1.1 Berufsgruppen in der psychischen Gesundheitsversorgung

Aus den Länder- und Berufsportraits in Kap. 3 geht hervor, dass die psychische Gesundheitsversorgung in der Schweiz von vergleichsweise wenigen Berufsgruppen geleistet wird (vgl. **Tabelle 9**). In allen drei Vergleichsländern gibt es bezüglich der involvierten Berufsgruppen eine grössere Diversität und eine stärkere Einbindung nichtärztlicher Fachkräfte in die psychische Gesundheitsversorgung. Insbesondere im ambulanten Bereich haben sich in der Schweiz – im Gegensatz zu England und den Niederlanden – interprofessionelle Teams in der gemeindeintegrierten Versorgung noch kaum etabliert.

Tabelle 9: Berufsgruppen in der psychischen Gesundheitsversorgung

Berufsgruppe	Schweiz	Deutschland	England	Niederlande
Med. Grundversorgung	Hausärzt/innen	Hausärzt/innen	Hausärzt/innen (GP)	Hausärzt/innen
Psychiatrie & fachärztliche Versorgung	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychiatrie und Psychotherapie	Erwachsenenpsychiatrie	Erwachsenenpsychiatrie
	Kinder- und Jugendpsychiatrie & -Psychotherapie	Kinder- und Jugendpsychiatrie & -Psychotherapie	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Kinder- und Jugendpsychiatrie
		Nervenheilkunde	Gerontopsychiatrie	Gerontopsychiatrie
		Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Ärztliche Psychotherapie	Suchtmedizin*
		(Neurologie)	Psychiatrie der Lernschwäche	
			Forensische Psychiatrie	
Psychologieberufe & nicht-medizinische Psychotherapie	Psychologische Psychotherapie	Psychologische Psychotherapie**	Nicht-medizinische Psychotherapie***	Psychotherapie**
			Klinische Psychologie	Klinische Psychologie
			Gesundheitspsychologie	Gesundheitspsychologie
			Psychologische Beratung	
Pflege	Pflegefachpersonen	Pflegefachpersonen	Pflegefachpersonen	Pflegefachpersonen
		Fachkrankenpflege Psychiatrie	Mental Health Nurse	Psychiatriepfleger/in
			Intellectual Disability Nurse	Pflegespezialist/in psychische Gesundheit
Weitere Berufsgruppen in der ambulanten Versorgung			Sozialarbeiter/in	POH-GGZ
			Ergotherapeut/in	

*Privatrechtlicher Weiterbildungstitel (seit 2013). Wird in den Berechnungen zur Workforce nicht berücksichtigt (siehe Kap. 3.4.2)
**Geregelte und geschützte Berufsbezeichnungen, der Zugang zur Weiterbildung ist jedoch nicht Psycholog/innen vorbehalten, sondern auch mit ausgewählten anderen Abschlüssen auf Tertiärstufe möglich (Deutschland: Sozialpädagogik und Pädagogik für den Bereich Kinder- und Jugendpsychotherapie; Niederlande: Erziehungswissenschaften, Mental Health oder Medizin)
***Keine gesetzliche Regulierung; Zugang zu entsprechenden Weiterbildungen (darunter die IAPT-Programme) für diverse Berufsgruppen möglich. Was die insgesamt 7 regulierten Psychologieberufe betrifft, ist abgesehen von den klinischen Psycholog/innen aufgrund der Datenlage unklar, in welchem Umfang sie ins Versorgungssystem eingebunden sind. Sie sind daher grau markiert.
Quelle: Darstellung BASS

Der Vergleich der Workforce ist teilweise aufgrund der **unterschiedlichen Systematiken** in den Berufsgruppen erschwert. Die Berufsgruppe der «Psychiater/innen» umfasst in den Vergleichsländern jeweils unterschiedliche Facharzttitel. So ist beispielsweise die Alterspsychiatrie in anderen Ländern ein eigenständiger Facharzttitel, in der Schweiz ein Schwerpunkttitel; für andere Facharzttitel gibt es keine solchen Entsprechungen (z.B. Nervenheilkunde in Deutschland oder Psychiatrie der Lernschwäche in England, zur Systematik der Facharzttitel vgl. auch Kap. 4.2.). Erschwerend für den Vergleich der «Psychiater/innen» kommt hinzu, dass in Deutschland insbesondere bei den (altrechtlichen) «Nervenärzt/innen» und den Neurolog/innen unklar ist, zu welchem Anteil sie für die psychische Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen (AOLG 2007, 28).[54]

Unterschiedlich ist auch die **Positionierung der ärztlichen Psychotherapie** innerhalb der fachärztlichen Versorgung. Während die Psychotherapie in der Schweiz bei beiden Facharztgruppen als integraler Bestandteil der psychiatrischen Tätigkeit verankert ist, ist diese Leistung in den Vergleichsländern teilweise an spezifische Facharzttitel gebunden (England; in Deutschland traditionellerweise Fachärzt/innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie), teilweise ist die Rolle bzw. der Umfang der ärztlichen Psychotherapie je nach individueller Praxistätigkeit unterschiedlich. So sind in den Niederlanden rund 41% der Psychiater/innen gemäss dem Berufsregister als Psychotherapeut/innen anerkannt (Capaciteitsorgaan 2015, 17); in Deutschland führen rund 60% der Fachärzt/innen für Psychiatrie und Psychotherapie, 25% der Fachärzt/innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –Psychotherapie und gut 10% der Nervenärzt/innen Richtlinienpsychotherapien durch (Herpertz et al. 2011, 13). Dazu kommen die (in der Tabelle nicht dargestellten) Ärzt/innen mit diversen Spezialgebieten, welche den Zusatztitel «fachgebundene Psychotherapie» erworben haben (knapp 4% aller Ärzt/innen, vgl. Kap.4.4).

Die **nichtmedizinische Psychotherapie** ist in der Schweiz und in Deutschland fast ausschliesslich ein Psychologieberuf. In den Niederlanden und in England hingegen sind Qualifikationen in Psychotherapie auch für andere Berufsgruppen möglich (in England wurden im Rahmen des IAPT-Programms gezielt auch andere Ausbildungswege zugelassen); gleichzeitig sind weitere Psychologieberufe stärker und systematischer eingebunden. Die Vergleichsländer verfügen – im Gegensatz zur Schweiz – auch im Bereich **Pflege** über **spezialisierte Berufsprofile**.

In England und in den Niederlanden sind in den letzten Jahren Anstrengungen unternommen worden, die ambulante, gemeindeintegrierte und möglichst niederschwellige Behandlung psychischer Erkrankungen zu fördern. Dafür wurden in beiden Ländern auch neue Berufsprofile geschaffen (England: IAPT-Therapeut/innen; Niederlande: Praxisassistenz Psychische Gesundheit POH-GGZ). Nicht zuletzt aus Kostengründen ist man dabei bestrebt, einen möglichst grossen Teil der Versorgung nichtärztlichen Berufsgruppen und/oder interprofessionell zusammengesetzten Behandlungsteams zu überantworten. Nichtärztliche Berufsgruppen werden demnach für psychosoziale Unterstützung, niederschwellige Interventionen, Erstabklärungen, Kurzinterventionen und Psychotherapien eingesetzt. Psychiater/innen sind hingegen vorwiegend für Diagnostik, Therapieplanung, Medikation und die Behandlung komplexer, schwerer Erkrankungen verantwortlich und kaum in Einzelpraxen tätig, sondern sowohl stationär als auch ambulant in interprofessionelle Teams eingebunden. In England sind ausserdem Ergotherapeut/innen und Sozialarbeiter/innen systematisch auch in ambulanten, gemeindeintegrierten Versorgungsmodellen eingebunden, während diese beiden Berufsgruppen in der Schweiz vorwiegend im stationären Bereich eine Rolle spielen.

[54] Für die Darstellung der Versorgungsdichte werden Neurolog/innen jedoch jeweils nicht berücksichtigt in der Annahme, dass dieser Anteil eher gering sein dürfte (vgl. auch Herpertz et al. 2011).

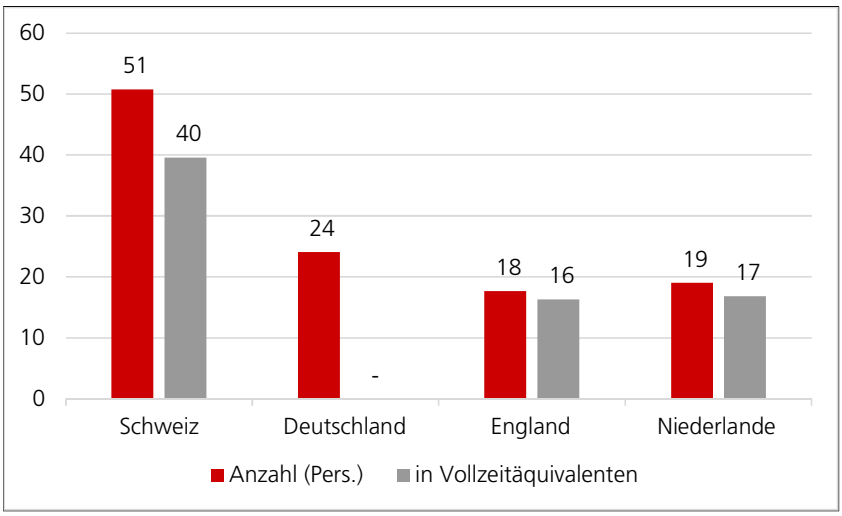
4.1.2 Dichte der Leistungserbringer und Angebot

In den nachfolgenden Abschnitten werden quantitative Kennzahlen zur psychischen Gesundheitsversorgung einander gegenübergestellt.

Leistungserbringende

Die Schweiz verfügt, gemessen an der Anzahl Personen, über eine mehr als doppelt so hohe Dichte an **Psychiater/innen** wie Deutschland (**Abbildung 1**). Allerdings arbeitet ein hoher Anteil der Schweizer Psychiater/innen Teilzeit: Ein Drittel der Ärzt/innen mit Fachtitel Psychiatrie und Psychotherapie hat einen Beschäftigungsgrad von weniger als 80%, bei den Fachärzt/innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie sind es 39% (Stocker et al. 2016). Damit reduziert sich die Versorgungsdichte zwar deutlich, während in England und den Niederlanden Teilzeittätigkeit einen weitaus geringeren Effekt zeigt. Insgesamt bleibt der Abstand zu den Vergleichsländern jedoch auch mit dieser differenzierteren Betrachtung klar bestehen.

Abbildung 1: Psychiater/innen pro 100'000 Einw., 2015



Quelle: Berechnungen BASS

Mit 40% vergleichsweise hoch ist in der Schweiz ausserdem der Anteil Psychiater/innen, die das Medizinstudium im Ausland absolviert haben – in England sind es gut ein Drittel, in den Niederlanden nur 14% (**Tabelle 10**). Dies dürfte nicht zuletzt mit dem im Vergleich geringen Interesse Schweizer Medizinstudent /innen an einer Weiterbildung in Psychiatrie zu tun haben, das derzeit mit ausländischen Assistenzärzt/innen kompensiert wird (Stocker et al. 2016). Nachwuchsprobleme werden indes auch in Deutschland festgestellt, und angesichts des Durchschnittalters der Psychiater/innen in beiden Ländern – zahlreiche von ihnen erreichen in den nächsten Jahren das Pensionsalter – werden künftige Versorgungsengpässe befürchtet.[55]

In England gehen Fachleute generell von einer Unterversorgung aus, und zwar nicht nur bei Psychiater/innen, sondern bezüglich aller involvierten Berufsgruppen (Mental Health Taskforce 2016). Dies manifestiert sich etwa in unbesetzten Stellen (2014: durchschnittlich 6% der Facharzt- und 18% der Weiterbildungsstellen), der hohen Dropout-Quote und der starken Überlastung der bestehenden Workforce.[56] Zu den Massnahmen gegen die Unterversorgung gehören einerseits die veränderten Regelungen zur Frühpensionierung (Pensionsalter im Median gegenwärtig bei 60 Jahren, vgl. CfWI 2014a, 17), andererseits die ver-

[55] Siehe die Nachwuchsinitiative der DGPPN (http://www.dgppn.de/generation-psy.html), Stocker et al. (2016).

[56] Verschiedene Studien haben ausserdem Folgen von Unter- und Fehlversorgung untersucht, etwa den inadäquaten Einsatz von Zwangsmassnahmen infolge des Mangels an medizinischem und pflegerischem Personal (u.a. King's Fund 2015, Mind 2013b).

schiedenen Programme zur Qualifizierung von Quereinsteiger/innen, inkl. Personen ohne Grundbildung im therapeutischen oder pflegerischen Bereich, für Tätigkeiten in der psychischen Gesundheitsversorgung (Ausbau der IAPT-Programme; Initiative «Think Ahead» zur Qualifizierung in Sozialarbeit mit Spezialisierung auf psychische Gesundheit[57]).

Tabelle 10: Umfang und Charakteristika der Mental Health Workforce

Indikator		Schweiz	Deutschland	England	Niederlande
1.1	Psychiater/innen pro 100'000 Einw.				
	- in Personen	51	24	18	19
	- in Vollzeitäquivalenten	40	-	16	17
	- Frauenanteil	45%	50%	41%	49%
	- Ausländeranteil (Nationalität)	40%	-	34%	14%
	- Durchschnittsalter	54	55	-	51
1.2	Psychologische Psychotherapeut/innen pro 100'000 Einw.				
	- in Personen	54	48	24	72
	- in Vollzeitäquivalenten	39	40	20	62
	- Frauenanteil	68%	68%	81%	79%
	- Ausländeranteil (Nationalität)	12%	2%*	-	-
	- Durchschnittsalter	53	51	-	-
1.3	Psychiatriepflegekräfte pro 100'000 Einw.				
	- in Personen**	98	70	84	123
	- in Vollzeitäquivalenten**	77	55	78	-
	- Frauenanteil	-	-	-	69%
1.4	Ärztedichte pro 100'000 Einw.				
	- in Personen	424	452	204	216
	- in Vollzeitäquivalenten	378	393	193	-
1.5	Anteil Psychiater/innen an allen Ärzt/innen	12%	5%	9%	8%

Hauptsächliche Referenzjahre: 2014/2015/2016; für detailliertere Informationen vgl. Ländertabellen im Anhang
*Nur niedergelassene PT in der vertragsärztlichen Versorgung. Keine Daten zu selbständig oder stationär tätigen Psychotherapeuten.
**eingeschränkte Vergleichbarkeit – für Detailinformationen vgl. Datentabellen im Anhang
Quelle: Darstellung BASS

Die Schweiz verfügt nicht nur im Bereich Psychiatrie, sondern auch bei anderen Fachrichtungen über eine hohe Ärztedichte.[58] So ist auch die allgemeine Ärztedichte hierzulande – gemessen in Personen und in Vollzeitäquivalenten – rund doppelt so hoch als in England und den Niederlanden (Indikator 1.4). Nur Deutschland verzeichnet eine leicht höhere allgemeine Ärztedichte, gleichzeitig ist dort der Anteil Fachärzt/innen im Bereich Mental Health (d.h. in den Fachrichtungen Psychiatrie und Psychotherapie, Nervenheilkunde, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) mit 5% unter allen Vergleichsländern am tiefsten (Indikator 1.5).

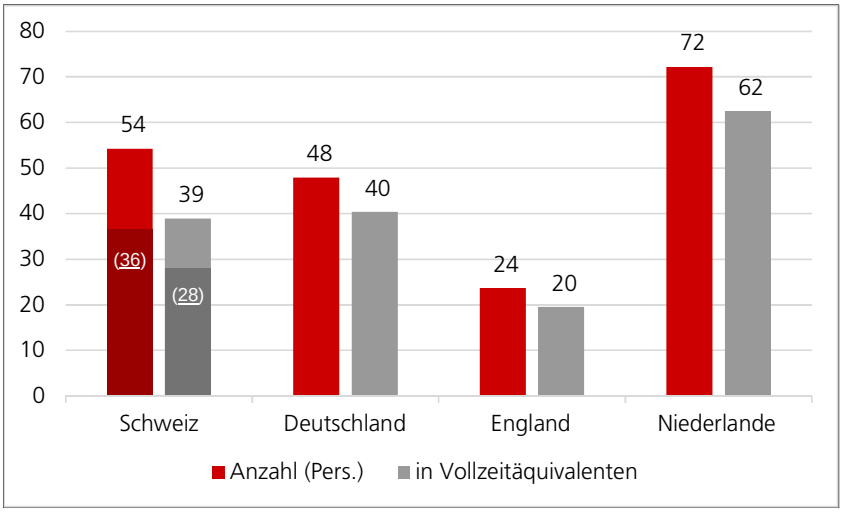
Bei den **Psychologieberufen** bzw. der **nichtmedizinischen Psychotherapie** ist ein Ländervergleich nur unter gewissen Vorbehalten möglich (**Abbildung 2**). So ist die sehr tiefe Versorgungsdichte in England – trotz grossen Anstrengungen in der Ausbildung zusätzlicher Fachkräfte seit 2008 – u.a. darauf zurückzuführen, dass ausschliesslich Psychotherapeut/innen und klinische Psycholog/innen ins Workforce-Monitoring einbezogen sind, nicht aber weitere (regulierte) Psychologieberufe, die ebenfalls zu einem bedeutenden Anteil Beiträge an die psychische Gesundheitsversorgung leisten dürften, etwa in GP-Praxen oder gemeindeintegrierten Teams (siehe oben Kap. 3.3.2). In den Niederlanden, wo die weitaus die höchste Dichte an psychologisch-psychotherapeutischen Fachkräften zu verzeichnen ist, sind auch Gesundheits-

[57] Siehe thinkahead.org sowie NHS (2016).

[58] vgl. auch Antwort des Bundesrates auf Interpellation 14.4178, «Psychiatrie-Schwemme in der Schweiz» (Flückiger-Bäni 2014).

psycholog/innen eingerechnet, die als Berufsgruppe mehr als doppelt so viele Personen umfasst wie die klinischen Psycholog/innen und die Psychotherapeut/innen zusammen (vgl. Datentabelle im Anhang).

Abbildung 2: Nichtmedizinische Psychotherapeut/innen pro 100'000 Einw., 2012–15



Anmerkung: unterstrichen = ohne ausschliesslich selbständig tätige psychologische Psychotherapeut/innen
Quelle: Berechnungen BASS

Für die Schweiz sind in der Abbildung zwei Zahlen ausgewiesen: Werden auch psychologische Psychotherapeut/innen einberechnet, die ausschliesslich selbständig tätig sind und keine Leistungen via OKP abrechnen, ergibt sich gemäss Vollzeitäquivalenten eine ähnlich hohe Versorgungsdichte wie in Deutschland. Dort sind ebenfalls *alle* berufstätigen Psychotherapeut/innen berücksichtigt, d.h. auch diejenigen ohne Kassenzulassung für die vertragsärztliche Versorgung. Betrachtet man nur diejenigen psychologischen Psychotherapeut/innen, deren Leistungen in der Schweiz zumindest teilweise von der OKP vergütet werden, reduziert sich die Versorgungsdichte um einen Drittel.

Insgesamt deuten die Zahlen darauf hin, dass in den Niederlanden die geringe Dichte an Psychiater/innen durch die hohe Anzahl Psycholog/innen und Psychotherapeut/innen kompensiert wird. Weiter kann festgehalten werden, dass in allen Vergleichsländern die Dichte an nicht-medizinischen Psychotherapeut/innen bzw. Psycholog/innen klar höher ist als die Psychiaterdichte – in Deutschland und den Niederlanden gar 2- bzw. 3-mal so hoch. In der Schweiz hingegen ist dieses Verhältnis in etwa ausgeglichen. Betrachtet man nur die via OKP abrechnenden psychologischen Psychotherapeut/innen, sind die Zahlen gar markant tiefer als bei den Fachärzt/innen für Psychiatrie und Psychotherapie.

Was die **Psychiatriepflege** betrifft, können aufgrund der Datenlage kaum aussagekräftige Vergleiche gezogen werden (die Zahlen beziehen sich auf unterschiedliche Sektoren und heterogene Berufsprofile – detaillierte Informationen können den Datentabellen im Anhang entnommen werden). Klar ist einzig, dass in den Niederlanden auch die Pflege (mit regulären Pflegefachkräften und den beiden spezialisierten Profilen) massgeblich zur Aufrechterhaltung der psychischen Gesundheitsversorgung bei vergleichsweise tiefer Psychiaterdichte beiträgt.

Fachkräfte-Nachwuchs

Einen Hinweis auf künftige Entwicklungen der Workforce können die jährlichen **Ausbildungsabschlüsse** pro Berufsgruppe geben. Vergleicht man die ärztlichen Weiterbildungsabschlüsse in Psychiatrie, scheint sich keine Trendwende abzuzeichnen, was die hohe Psychiaterdichte in der Schweiz betrifft (**Tabelle 11**). Auch im Bereich der nichtärztlichen Psychotherapie bildet die Schweiz mehr Fachkräfte aus als Deutschland, wo psychologische Psychotherapeut/innen seit deren Aufnahme in die vertragsärztliche Versorgung

1999 kontinuierlich zu den am stärksten wachsenden Berufsgruppen gehört. Noch mehr psychologische Fachkräfte bilden einzig die Niederlande aus – dort wiederspiegeln die Ausbildungsabschlüsse das bereits erwähnte Verhältnis der Berufsgruppen im Bereich Mental Health.

Tabelle 11: Jährliche Ausbildungsabschlüsse, pro 100'000 Einw., 2014–15 (Indikator 1.6)

Berufsgruppe	Schweiz	Deutschland	England	Niederlande
Fachärztliche Versorgung	2.0	1.0	0.7	0.9
Psychologieberufe und nichtärztliche Psychotherapie	3.5	2.9	-	5.7
Psychiatriepflege	-	-	-	*13.7

*OECD-Daten von 2011. Welche Berufsabschlüsse konkret in dieser Zahl einberechnet sind ist nicht klar.
Quelle: Darstellung BASS

Versorgungsangebot

In fast allen OECD-Ländern wurden in den letzten Jahren **stationäre Behandlungsplätze** zugunsten der ambulanten und gemeindeintegrierten Versorgung abgebaut. Was das Angebot an stationären Behandlungsplätzen in Allgemeinspitälern und psychiatrischen Fachkliniken betrifft, sind die Schweiz und Deutschland ähnlich aufgestellt – die Differenzen in der Psychiaterdichte dürfte damit hauptsächlich auf den ambulanten Versorgungsbereich zurückzuführen sein, da die Schweiz pro 100'000 Einw. über gut dreimal so viele **niedergelassene** Psychiater/innen verfügt als Deutschland (**Tabelle 12**). Die vergleichsweise hohe Bettenzahl in den Niederlanden ist mit Vorsicht zu interpretieren, da die Angaben in der Literatur teilweise weit auseinandergehen. Klar ist indes, dass sich ein Grossteil dieser Betten in spezialisierten Einrichtungen befindet und der Bettenabbau der letzten Jahre v.a. in Allgemeinspitälern erfolgt ist (Forti et al. 2014, 25). Ausserdem ist es ein erklärtes gesundheitspolitisches Ziel, bis 2020 weitere 33% der Bettenkapazitäten abzubauen (NZa 2015, 6). Die sehr geringe Anzahl niedergelassener Psychiater/innen in den Niederlanden bedeutet allerdings nicht, dass kaum ambulant behandelt wird: Diese Zahl bezieht sich auf sogenannt «selbständige» Psychiater/innen, die direkt mit den Krankenkassen verhandeln; alle anderen Psychiater/innen sind einer GGZ-Organisation angeschlossen. Von ihnen sind rund 18% in eigener Praxis tätig, weitere 28% arbeiten zusätzlich zur eigenen Praxis als Angestellte in einer GGZ-Institution (Verbeek et al. 2015, 111).

Tabelle 12: Indikatoren zum Versorgungsangebot

Indikator		Schweiz	Deutschland	England	Niederlande
1.7	Psychiatriebetten in Spitälern pro 100'000 Einw.	90	88	35	104
1.8	Niedergelassene Psychiater/innen pro 100'000 Einw.	37	12	-	4 (2009)
	- Frauenanteil	46%	52%	-	-
	- Ausländeranteil (Nationalität)	34%	3%	-	-
	- Durchschnittsalter	57	58	-	-
1.9	Wartezeiten für eine spezialisierte Behandlung	(a) Psychiatrie (b) psychologische PT	psychologische PT	(a) stat. Behandlung (b) IAPT-Therapie	Psychische Gesundheitsversorgung (GGZ)
	- auf Erstgespräch (Durchschnitt)	-	12.5 Wochen (2011)	-	5.6 Wochen
	- nach Erstgespräch auf Behandlung	-	-	-	4.8 Wochen
	- Wartezeit total	(a) 6–7 Wochen**(2016) (b) 3 Wochen**(2012)	23.4 Wochen (2011)	(a) 4.6–16.3 Wo. * (b) 3–4 Wochen*	10.4 Wochen

Anmerkungen: Angaben beziehen sich mehrheitlich auf die Jahre 2014–16; bei älteren Daten wurde die Jahreszahl ergänzt.
*ab dem Zeitpunkt der Überweisung.
**Durchschnittswert von Leistungserbringenden, bei denen es überhaupt Wartezeiten gibt, d.h. bei 81% der Psychiater/innen und 59% der psychologischen Psychotherapeut/innen.
Quelle: Berechnungen BASS

Obwohl der Grundsatz «ambulant vor stationär» gerade auch in der psychischen Gesundheitsversorgung in vielen Ländern als gesundheitspolitische Leitlinie gilt, ist unklar, welches Verhältnis zwischen ambulanten, intermediären und stationären Behandlungskapazitäten dem Bedarf entspricht. In der Schweiz plädieren gewisse Stimmen für einen weiteren Bettenabbau (laut Kurmann 2016 sollten 60 pro 100'000 Einw. genügen), gleichzeitig werden insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie problematische Kapazitätsengpässe verzeichnet (Stocker et al. 2016).

Hinweise darauf, wie gut das Angebot auf den Versorgungsbedarf abgestimmt ist, lassen sich aus den **Wartezeiten** auf eine psychiatrisch-psychologische Behandlung gewinnen (Indikator 1.9). Ein direkter Vergleich zwischen den Ländern ist jedoch kaum möglich, weil die Zahlen sich auf unterschiedliche Behandlungsarten bzw. Leistungserbringende beziehen. Die für die Schweiz eruierten Wartezeiten beziehen sich ausserdem nicht auf die gesamte Berufsgruppe, sondern nur auf Leistungserbringende, bei denen Patient/innen mit Wartezeiten konfrontiert sind: Personen, die direkt einen Termin bekommen, sind hier nicht einberechnet. Inwiefern dies auch für die Vergleichsländer gilt, ist nicht immer klar.[59]

Sowohl England als auch die Niederlande haben Zielvorgaben bezüglich Wartezeiten formuliert (in den Niederlanden z.B. je maximal 4 Wochen zwischen Anmeldung und Erstkontakt bzw. zwischen Erstkontakt und Diagnose und höchstens weitere 6 Wochen bis zum eigentlichen Behandlungsbeginn).[60] Dieser Sachverhalt lässt sich indirekt als Indikator für ein Versorgungsproblem interpretieren, wogegen in der Schweiz und in Deutschland diesbezüglich kein gesundheitspolitischer Handlungsbedarf explizit formuliert wird. Bei den ausgewiesenen durchschnittlichen Wartezeiten gilt es zu bedenken, dass teils grosse Unterschiede je nach Spezialgebiet, Patientengruppe und Diagnose bestehen. Generell stärker von langen Wartezeiten betroffen sind Kinder und Jugendliche – dieser Befund gilt auch für die Schweiz (Stocker et al. 2016). In Deutschland führt die Bundespsychotherapeutenkammer die von ihr erhobenen Daten zu Wartezeiten auf eine zu geringe Anzahl Psychotherapeut/innen mit Kassenzulassung zurück (BptK 2011). Ins Gewicht fällt besonders die lange Wartezeit von gut 12 Wochen auf ein Erstgespräch, während die zusätzliche Frist bis zum eigentlichen Behandlungsbeginn zumindest teilweise auf weitere «probatorischen Sitzungen» und den Antrag an die Krankenkasse zurückgeführt werden kann.

Insgesamt kann zum Versorgungsangebot festgehalten werden, dass Unterschiede zwischen der Schweiz und anderen Ländern vorwiegend den ambulanten Bereich bzw. niedergelassene Psychiater/innen in eigener Praxis betreffen. Charakteristisch sind dabei für die Schweiz die hohe Teilzeitquote und der beträchtliche Anteil ausländischer Fachärzt/innen. Auch gemessen an Vollzeitäquivalenten bleibt das Versorgungsangebot in der Schweiz deutlich höher als in anderen Ländern. Wartezeiten stellen zwar auch in der Schweiz für gewisse Patientengruppen eine bedeutende Zugangshürde dar (Stocker et al. 2016), im Vergleich zu anderen Ländern scheint diese Problematik (trotz den genannten Vorbehalten zur Vergleichbarkeit) jedoch weniger gravierend.

4.2 Aus- und Weiterbildungssystem im Bereich Psychiatrie

Wie bereits angemerkt, wird die Zugehörigkeit eines Fachgebiets zur psychischen Gesundheitsversorgung, aber auch die **Differenzierung von Teil- und Spezialgebieten** in den Vergleichsländern jeweils unterschiedlich vorgenommen. **Tabelle 13** vergleicht die Systematik der schweizerischen Facharzt- und Schwer-

[59] Die Daten der deutschen BPtK (2011) basieren beispielsweise auf Angaben von Psychotherapeut/innen, die überhaupt eine Warteliste führen (54% der im Rahmen der Studie befragten Therapeut/innen). Praxen ohne Wartelisten verfügten gemäss der Studie zwar über vergleichbare Kapazitäten, gehen damit aber anders um: für ca. ¼ der Anfragen werden relativ kurzfristige Termine angeboten, die restlichen ¾ werden weiterverwiesen.

[60] NZa (2015). Für England siehe z.B. DH (2014b), Hewlett/Horner (2015, 19).

punkttitel mit den Weiterbildungstiteln in Deutschland, England und den Niederlanden. Schwerpunkt- bzw. Zusatztitel sind in der Tabelle mit grauer Schrift markiert.

Tabelle 13: Facharzttitel und (Sub-)Spezialisierungen im Bereich Psychiatrie (Indikator 2.1)

Schweiz	Deutschland	England	Niederlande
Psychiatrie und Psychotherapie	Psychiatrie und Psychotherapie	Erwachsenenpsychiatrie	Erwachsenenpsychiatrie
Forensische Psychiatrie und Psychotherapie	Forensische Psychiatrie	Forensische Psychiatrie	
Alterspsychiatrie und Psychotherapie		Alterspsychiatrie	Alterspsychiatrie
Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie		Liaisonpsychiatrie*	
Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen		Psychiatrie der Abhängigkeitserkrankungen*	Suchtmedizin**
Kinder-und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Kinder-und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Kinder- und Jugendpsychiatrie
Forensischer Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie			
	Nervenheilkunde		
	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Ärztliche Psychotherapie	
		Psychiatrie der Lernschwäche	
		Psychiatrische Rehabilitation*	

*Schwerpunkte zum Facharzttitel Erwachsenenpsychiatrie (General Adult Psychiatry).
**Privatrechtlicher Weiterbildungstitel, seit 2013.
Quelle: Darstellung BASS

Während in den Niederlanden keine formellen Spezialisierungen innerhalb der Facharzttitel vorgesehen sind, erfolgt die (Sub-)Spezialisierung im englischen System bereits während der Facharztausbildung. Die Schweiz kennt eine ähnliche Fachgebietsaufteilung wie England, die Spezialisierung (Schwerpunkttitel) erfolgt jedoch erst im Anschluss an den Facharzttitel und dauert 2 Jahre (vgl. **Tabelle 14**). In der Summe dauert die Aus- und Weiterbildung in beiden Ländern etwa gleich lange, was auf das in England obligatorische zweijährige allgemeine Praktikum zurückzuführen ist.

Tabelle 14: Anzahl Jahre Grund- und Weiterbildung (Indikator 2.2)

	Schweiz	Deutschland	England	Niederlande
Medizinstudium	6 Jahre	6 Jahre	5 Jahre	6 Jahre
Praktische Grundbildung	-	-	2 Jahre «foundation training»	-
Weiterbildung (Facharzttitel)	6 Jahre	5 Jahre	3 Jahre Psychiatrie allg. 3 Jahre im Spezialgebiet	2 Jahre Psychiatrie allg. 2.5 Jahre im Spezialgebiet
Spezialisierung (Zusatztitel)	2 Jahre	3 Jahre	(erfolgt innerhalb der letzten 3 Jahre der Weiterbildung)	-
Total	**12 Jahre** 14 Jahre bis Zusatztitel	**11 Jahre** 14 Jahre bis Zusatztitel	**13 Jahre**	**10.5 Jahre**

Quelle: Darstellung BASS

In England und den Niederlanden werden gemeinsame Ausbildungsinhalte im Fachgebiet stärker betont (die Fokussierung auf ein Spezialgebiet erfolgt erst nach 2 bzw. 3 Jahren). In England besteht ausserdem die Möglichkeit, kombinierte Facharzttitel zu erwerben, d.h. während der letzten Weiterbildungsphase zwei der insgesamt 6 Fachrichtungen zu vertiefen.[61] Im Rahmen anstehender Reformen in der ärztlichen

[61] Mögliche Kombinationen: Erwachsenen- und Alterspsychiatrie; (Erwachsenen-)Psychiatrie und Psychotherapie; Forensische Psychiatrie und Psychotherapie.

Weiterbildung Englands ist denkbar, dass die Anzahl Facharzttitel in Psychiatrie mittelfristig reduziert werden wird. Dies könnte sich auch auf die Organisationsstruktur und Aufgabenteilung in verschiedenen Versorgungsmodellen auswirken (CfWI 2014a, 16).

Abbildung 3 zeigt die zahlenmässige Verteilung der berufstätigen Ärzt/innen im Bereich Psychiatrie nach den verschiedenen Facharzttiteln und Subspezialisierungstiteln in den Vergleichsländern (vgl. Tabelle 13). Bei der Interpretation ist eine gewisse Unschärfe in der Datenlage (Mehrfachtitelträger/innen oder Mehrfachzusatztitelträger/innen) zu berücksichtigen.

Abbildung 3: Verteilung der berufstätigen Ärzteschaft (Personen) im Bereich Psychiatrie nach Facharzttitel- (FT) und Schwerpunkt- bzw. Zusatztitelträger/innen (SP/ZT), 2014–16

Anmerkungen: Der Schwerpunkt Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen wurde in der Schweiz erst Mitte 2016 neu geschaffen, hier gibt es noch keine Titelträger/innen. Für die Niederlande waren keine Vergleichsdaten greifbar.
Quellen: Schweiz: Ärztestatistik FMH 2015 (aktualisiert 03.2016), Deutschland: Bundesärztekammer 2015, England: CfWI (2014a)
Darstellung BASS

Auffallend ist etwa der in England vergleichsweise hohe Anteil an Fachärzt/innen, welche im Bereich Kinder- Jugendpsychiatrie und Lernschwäche tätig sind, sowie der im Vergleich zu den Schweizer Schwerpunkttitelträger/innen in Alterspsychiatrie hohe Anteil englischer alterspsychiatrischer Fachärzt/innen.

4.3 Tätigkeit und Leistungserbringung der Psychiater/innen

Kennzahlen zum Aufgabenspektrum, zur Anzahl behandelter Patient/innen pro Zeiteinheit/pro Arzt, Informationen zu Behandlungs- oder Falldauern, zur ärztlichen Zeitverwendung etc. können zur Erklärung der in Kapitel 4.1 ausgewiesenen unterschiedlichen Psychiaterdichte beitragen. Behandlungs- oder Falldauern können dabei von der Morbidität der betreuten Patientenpopulation oder den angewandten Behandlungskonzepten und den damit verbundenen Gesprächsleistungen beeinflusst werden.[62] In Abbildung 7 im Anhang sind mögliche Einflussfaktoren und deren Wirkungsweisen auf die Psychiaterdichte schematisch dargestellt. Viele Indikatoren des idealtypischen Schemas zur detaillierten Beschreibung der Tätigkeit und Leistungserbringung der Psychiater/innen – letztlich zur Ermittlung der «Produktivität» (Leistungsvolumen pro Kopf/Vollzeitäquivalent) - in den verschiedenen Ländern konnten aufgrund fehlender Daten nicht gebildet werden. Die letztlich wenigen zugänglichen Vergleichsgrössen sind in **Tabelle 15** dargestellt.[63]

Tabelle 15: Tätigkeit und Leistungserbringung Psychiater/innen 2013–15

Indikator		Schweiz	Deutschland	Niederlande	England
3.1	Verteilung der Psychiater/innen nach Versorgungssektor	ambulant: 73% stationär: 27%	ambulant: 51% stationär: 41% (restl. 8% «ärztl. Tätigkeit» in Behörden od. sonstigen Bereichen)	Tätigkeit in der GGZ: 72.5%, (davon 51% angestellt in Einrichtung, 18% eigene Praxis, 28% angestellt/Praxis kombiniert), Tätigkeit ausserhalb GGZ (z.B. in Allgemeinspitälern, Inst. für Menschen mit Behinderung): 27.5%	(Kaum niedergelassene Psychiater/innen in eigener Praxis. Grossteil arbeitet in gemeindeintegrierten Teams, Ambulatorien od. stationären Einrichtungen)
3.2	Verteilung der Arbeitszeit nach Tätigkeiten				
	- Medizinische patientennahe Tätigkeiten	59%	71%	-	(Empfehlung: 75%)
	- Administrative Tätigkeiten	15%	17%	-	(25% für Liaisondienste, Weiterbildung, Führungsaufgaben, Berichte etc.)
	- Weitere Tätigkeiten:	26%	12%	-	
3.3	Anzahl behandelter Patient/innen (bzw. Fälle) pro vollzeitäquivalente Psychiaterstelle pro Jahr	156	-	-	-
3.4	Anzahl Konsultationen pro vollzeitäquivalente Psychiaterstelle pro Jahr	-	-	-	-
3.5	Anzahl Konsultationen pro Behandlungsfall	-	-	(Einzelbehandlung: 26 Gruppentherapie: 17)*	-
3.6	Durchschnittliche Konsultationsdauer in Minuten	-	-	(Einzelbehandlung: 44 Gruppetherapie: 74)*	-

[62] Behandlungskonzepte wie kognitiv-verhaltenstherapeutisch, systemisch, sozialpsychiatrisch, psychodynamisch-analytisch können mit unterschiedlich langen Therapiedauern einhergehen. In einer deutschen Analyse von Versicherungsdaten hat sich z.B. gezeigt, dass (psycho-)analytische Psychotherapien im Median rund doppelt so lange dauerten wie Verhaltenstherapien (Gallas et al. 2010; siehe auch RKI 2008, 16).

[63] Produktivität kann in diesem Zusammenhang als Verhältnis zwischen Input (z.B. Arbeitsstunden) und Output (z.B. behandelte Patient/innen) in einem bestimmten Betrachtungszeitraum definiert werden. Modellhaft wäre das pro Patient/in erbrachte Leistungsvolumen zu ermitteln. Dieses lässt sich durch verschiedene Kennzahlen umschreiben: Anteil der nicht-patientenbezogenen Arbeitszeit von Psychiater/innen, Anzahl behandelte Patient/innen bzw. Fälle, Anzahl Konsultationen (Frequenz), Konsultationsdauer in Min., Aufenthaltstage etc. Dabei wäre jeweils nach den beiden Bereichen ambulant und stationär zu differenzieren.

	Indikator	Schweiz	Deutschland	Niederlande	England
3.7	Anzahl Konsultationsminuten pro Behandlungsfall	-	-	(Einzeltherapie: 1144 min. (26 x 44))*	-
3.8	Durchschnittliche Falldauer (Eintritt/ Austritt) / ~Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	31.0 Tage**	20.6 Tage**	(Verweildauer in der GGZ: 65 Tage; ambulant: 17.5 Monate)	22 Tage (Median)**

*Daten von Psychiater/innen mit eigener Praxis (Jahr 2009), **lediglich durchschnittliche Aufenthaltsdauer stationär.
Quelle: Darstellung BASS

Auffallend ist in der Schweiz, wie bereits weiter oben erwähnt, der im Vergleich hohe Anteil an Psychiater/innen, der hauptsächlich im ambulanten Versorgungssektor tätig ist. In den Niederlanden ist der Anteil niedergelassener Psychiater/innen in eigener Praxis besonders klein. Üblich ist dort die Anbindung an eine der rund 30 GGZ-Organisationen, welche verschiedene stationäre, intermediäre und ambulante Versorgungsmodelle anbieten und bei denen nebst Psychiater/innen zahlreiche weitere Berufsgruppen angestellt sind. Hinsichtlich der **Verteilung der Arbeitszeiten** auf verschiedene Tätigkeitsbereiche geht aus den verfügbaren Daten hervor, dass in der Schweiz ein im Vergleich tieferer Anteil der Gesamtarbeitszeit für die medizinische patientennahe Tätigkeit verwendet wird. Dabei sind die Vergleichsgrössen mit Vorsicht zu interpretieren (unterschiedliche Erhebungsdesigns, Referenzjahre).

4.4 Aufgabenteilung und Rolle anderer Berufsgruppen

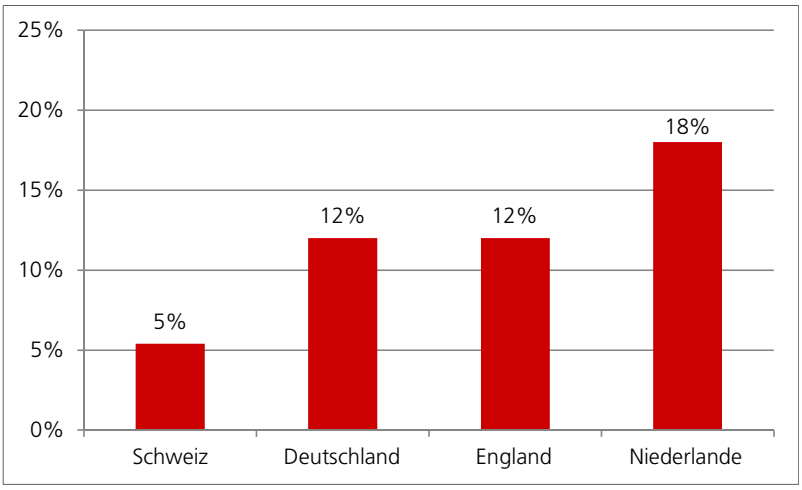
Die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen und die Verteilung von Aufgaben und Kompetenzen im Bereich Mental Health wurde bereits in den Länder- und Berufsportraits (Kap. 3) thematisiert. In den folgenden Abschnitten wird versucht, diese Aufgabenteilung anhand ausgewählter Indikatoren vergleichend darzustellen. Dabei wird ein besonderes Augenmerk auf die Rolle der medizinischen Grundversorger/innen gelegt.

Rolle der Fachpersonen aus Sicht der Patient/innen

Aus allen Vergleichsländern stehen Angaben aus **Bevölkerungsbefragungen** zur Verfügung, welche Fachperson(en) bei psychischen Gesundheitsproblemen konsultiert werden. Für die Schweiz sind es Daten aus der jüngsten Gesundheitsbefragung (SGB 2012); für Deutschland, England und die Niederlande liegen Informationen aus dem Eurobarometer Nr. 345 (2010) vor.

Aus **Abbildung 4** geht hervor, dass der Anteil Personen, die in den 12 Monaten vor der Befragung fachliche Unterstützung für psychische Probleme gesucht haben, in der Schweiz mit 5% markant tiefer liegt als in den Vergleichsländern. Die Ursachen hierfür sind schwierig zu erklären. Neben der leicht anderen Terminologie in der Fragestellung («Behandlung» vs. «Hilfe suchen») könnten u.a. auch länderspezifische Unterschiede in der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen beim Antwortverhalten eine Rolle spielen.

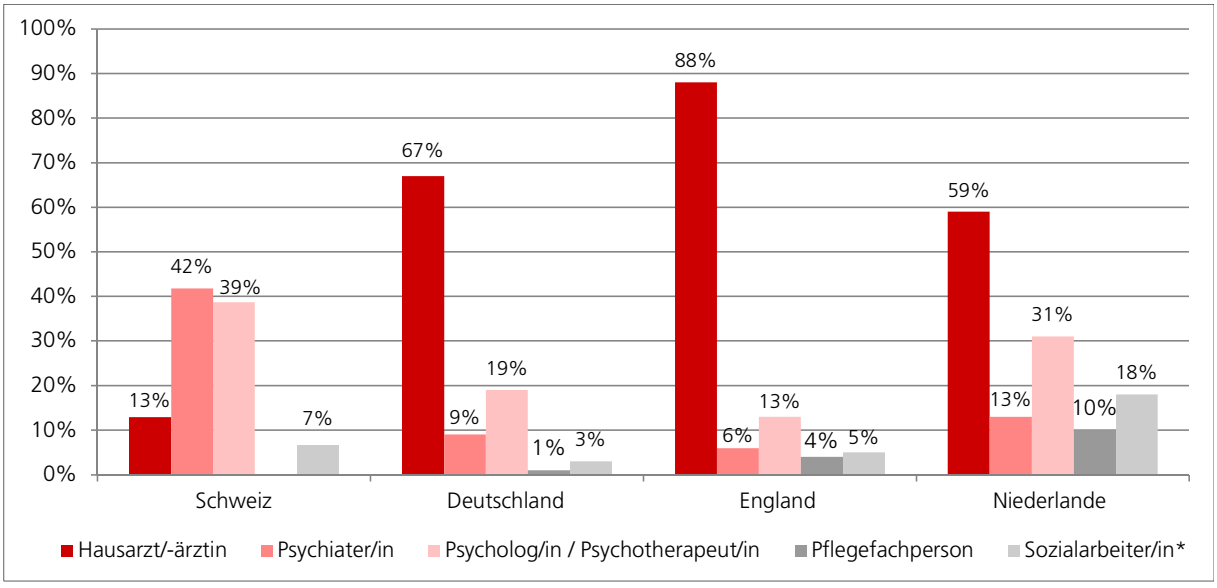
Abbildung 4: Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei psychischer Belastung (Indikator 4.1)



Frage SGB 2012: «Sind Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung gewesen wegen einem psychischen Problem? Was ist die Person von Beruf gewesen, die Sie behandelt hat?»
Frage Eurobarometer 2010: «In the last 12 months, did you seek help from a professional because of a psychological or emotional problem? If yes, indicate who in the provided list (multiple answers possible).»
Quelle: Darstellung BASS

Auch bezüglich der konsultierten Fachperson(en) zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen der Schweiz und den anderen Ländern (**Abbildung 5**). Während hierzulande in erster Linie spezialisierte Fachpersonen aufgesucht werden (Psychiater/innen: 42%, Psycholog/innen: 39%), sind nicht nur in England und den Niederlanden, wo Grundversorger/innen eine Gatekeeping-Funktion haben, sondern auch in Deutschland – hier trotz Direktzugang zu Fachärzt/innen und psychologischen Psychotherapeut/innen –die Hausärzt/innen die am häufigsten aufgesuchte Berufsgruppe (von 59% - 67%, in der Schweiz nur von 13%).

Abbildung 5: Verteilung der behandelnden bzw. Hilfe gebenden Berufsgruppen (Indikator 4.1)



Frage SGB 2012: «Sind Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung gewesen wegen einem psychischen Problem? Was ist die Person von Beruf gewesen, die Sie behandelt hat?»
Frage Eurobarometer 2010: «In the last 12 months, did you seek help from a professional because of a psychological or emotional problem? If yes, indicate who in the provided list (multiple answers possible).»
*Schweiz: Kategorie andere, anstelle Pflegefachperson und Sozialarbeiter/in; England u. Niederlande mit Mehrfachantworten.
Quelle: Darstellung BASS

In Deutschland, England und den Niederlanden wird im Vergleich zur Schweiz deutlich seltener bei Psychiater/innen Hilfe gesucht als bei Psycholog/innen. In den Niederlanden besonders auffällig ist die Bedeutung nicht nur der Pflegefachpersonen, die sich mit der hohen Versorgungsdichte dieser Berufsgruppe erklären liesse, sondern auch die wichtige Rolle der Sozialarbeiter/innen, die aufgrund der Literatur und der Länderportraits eher in England zu erwarten gewesen wäre.[64] Die Ähnlichkeiten auf Systemebene zwischen England und den Niederlanden werden beim Muster der Inanspruchnahme nicht bestätigt. Diesbezüglich bestehen zwischen Deutschland und England die grösseren Ähnlichkeiten, vom Anteil der Hilfesuchenden hin zur Verteilung über die Berufsgruppen.

Gemäss dem aktuellen Monitoring zur psychischen Gesundheit in der Schweiz (Schuler et al. 2016, 37) hat die Bedeutung der Allgemeinmedizin in der Versorgung von Personen mit psychischen Problemen und Erkrankungen seit 1997 deutlich abgenommen: Damals suchten bei psychischen Problemen noch 33% der Befragten ihren Hausarzt/ihre Hausärztin auf, 2012 waren es, wie gesehen, noch 13% (darunter v.a. ältere Menschen). In Zukunft könnten hingegen Psycholog/innen und psychologische Psychotherapeut/innen eine zunehmende Rolle spielen. Aus der stationären Versorgung gibt es Hinweise, dass Psychiater/innen in diesen Settings vermehrt durch Psycholog/innen substituiert werden (Golder et al. 2016, 15).

Die laut den Befragungsresultaten unterschiedliche Inanspruchnahme der verschiedenen Berufsgruppen durch Personen mit psychischen Problemen wiederspiegelt in gewisser Weise die unterschiedliche Psychiaterdichte in den Vergleichsländern (vgl. Abschnitt 4.1). In **Tabelle 16** werden für einen groben Vergleich die aus den Befragungen ermittelten Anteilswerte (Personen, die angegeben haben, in den letzten 12 Monaten bei einem Psychiater oder einer Psychiaterin Hilfe gesucht zu haben bzw. in Behandlung gewesen zu sein) in Bevölkerungszahlen umgerechnet und mit der Anzahl der in den jeweiligen Ländern berufstätigen Psychiater/innen zueinander in Beziehung gesetzt. In diesem aus Sicht der Nachfrage resp. Inanspruchnahme berechneten Vergleich kommen auf eine/n berufstätige/n Psychiater/in in der Schweiz ähnlich viele hilfesuchende Personen wie in Deutschland oder England. Die hohe Zahl in den Niederlanden würde darauf hindeuten, dass dort pro Psychiater/in mehr Fälle behandelt werden (müssen) als in den andern Ländern. Wichtig zu sehen ist, dass es sich bei den in Tabelle 16 ausgewiesenen Zahlen aus verschiedenen Gründen nur um grobe Vergleichsgrössen handeln kann, nicht um effektive Patientenzahlen oder Behandlungsfälle pro Psychiater/in.

Tabelle 16: Anzahl der bei einem/einer Psychiater/in Hilfe suchende Personen pro berufstägige/n Psychiater/in (Pers.), letzte 12 Monate

	Schweiz	Deutschland	England	Niederlande
Anteil der Bevölkerung, der in letzten 12 Monaten wegen psych. Problemen professionelle Hilfe in Anspruch genommen hat*	5%	12%	12%	18%
-> umgelegt auf die Gesamtbevölkerung 2015 der jeweiligen Länder**	449'665	9'861'082	6'575'985	3'042'131
davon Anteil, der angegeben hat, *psychiatrische* Hilfe beansprucht zu haben	42%	9%	6%	13%
-> umgelegt als Bevölkerungszahl (2015)	187'960	887'497	394'559	395'477
-> ins Verhältnis gesetzt zur Anzahl berufstätiger Psychiater/innen*** =Anzahl bei einem/einer Psychiater/in hilfesuchende Personen pro berufstätige Psychiater/in	44	45	41	123

*Selbstberichtete Inanspruchnahme (SGB 2012, Eurobarometer 2010)
**Für den Grobvergleich wird bei der Umlegung auf die Gesamtbevölkerung auf die Abgrenzung der unter 15-Jährigen verzichtet. Die erhobenen Anteilswerte von 2012/10 werden auf die Bevölkerung von 2015 umgelegt. Weiter ist zu bedenken, dass Personen in Institutionen (z.B. Pflegeheime) nicht in der Befragungspopulation enthalten sind.
***Zahlen von 2015; sämtliche Fachgebiete (inkl. Kinder- u. Jugendpsychiatrie) wurden miteinbezogen.
Quelle: Darstellung BASS

[64] Anzumerken ist, dass in der SGB die Berufsgruppen Pflege und Sozialarbeit nicht explizit als Antwortmöglichkeit gegeben waren, sondern nur implizit unter «andere Berufe» subsumiert wurden. Zu dieser Kategorie gehören auch andere Facharztgruppen oder nichtmedizinische Therapeut/innen (z.B. Maltherapie) sowie komplementärmedizinische Therapeut/innen (z.B. Naturheilpraktiker).

Qualifikation der Grundversorger/innen für psychische Gesundheitsversorgung

International besteht Einigkeit darüber, wie wichtig die medizinische Grundversorgung für die (Früh-)Erkennung und Behandlung psychischer Erkrankungen ist. Gleichzeitig zeigen Studien, dass viele Hausärztinnen und Hausärzte (gemäss Selbsteinschätzung) auf diese Anforderungen nicht angemessen vorbereitet sind (OECD 2014a, 70; Osborn et al. 2015, Stocker et al. 2016). Die bessere Verankerung von Mental Health in der Aus-, Weiter- und Fortbildung von medizinischen Grundversorger/innen wird daher als zentrale Massnahme betrachtet, um Verbesserungen bei Zugang und Qualität der psychischen Gesundheitsversorgung zu erreichen.

In allen Vergleichsländern werden psychische Erkrankungen in den Weiterbildungsordnungen von Allgemeinmediziner/innen als künftiges (und zahlenmässig bedeutendes) Arbeitsfeld beschrieben. Zum jetzigen Zeitpunkt ist die psychische Gesundheitsversorgung jedoch nur in Deutschland und den Niederlanden obligatorischer Bestandteil des Weiterbildungscurriculums in Hausarztmedizin (**Tabelle 17**). In der Schweiz und in England bestehen indes Bestrebungen, entsprechende Kompetenzen in der medizinischen Grundversorgung aufzubauen und systematisch in die Weiterbildung zu integrieren. So soll in der Schweiz im Rahmen der Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen geprüft werden, ob im Weiterbildungsprogramm für Allgemeine Innere Medizin die Diagnostik und Behandlung psychischer Krankheiten stärker verankert werden soll (BR 2016, 55). Angesichts einer prognostizierten Zunahme von Personen mit psychosozialen Problemen in den Praxen ärztlicher Grundversorger/innen werden solche Bestrebungen auch seitens der Psychiater/innen befürwortet (Kurmann 2016). Die Fähigkeit zum Erkennen psychischer und psychosomatischer Beschwerden, zur Durchführung von Abklärungen und zur Behandlung (bzw. Überweisung) von psychisch kranken Patient/innen sind bereits heute Bestandteil der Lernziele im Curriculum Hausarztmedizin.[65] Für England empfiehlt die Mental Health Taskforce (2016), dass bis 2020 einerseits alle beim NHS angestellten GPs eine Schulung zu Grundlagen der psychischen Gesundheitsversorgung bekommen und andererseits eine neue Rolle für GPs mit erweiterten Kompetenzen im Bereich Mental Health geschaffen wird. Ziel ist es, dass innert 5 Jahren mindestens 700 GPs über entsprechende Fähigkeiten verfügen.

Tabelle 17: Qualifikation von Grundversorger/innen und anderen Fachärzt/innen im Bereich Mental Health

Indikator		Schweiz	Deutschland	England	Niederlande
4.2	Ausbildungsinhalte zu psychischer Gesundheit im Weiterbildungs-Curriculum Allgemeinmedizin	keine obligatorische Weiterbildungsperiode in Psychiatrie	Obligatorischer Weiterbildungskurs Psychosomatische Grundversorgung (80 Stunden)	keine obligatorische Weiterbildungsperiode in Psychiatrie	Mind. 3 Monate
4.3	Formelle Zusatzqualifikationen im Bereich Mental Health	1. Psychosomatische & Psychosoziale Medizin SAPPM* 2. Delegierte Psychotherapie FMPP*	1. Psychoanalyse* 2. fachgebundene Psychotherapie* 3. Suchtmedizinische Grundversorgung*	GP with a special interest accreditation in mental health	Kaderhuisarts GGZ
4.4	Anteil Ärzt/innen (alle, nicht nur Grundversorger/innen) mit entsprechender Zusatzqualifikation	1. 1.7% 2. 1.2%	1. 0.7% 2. 3.9% 3. 0.6%	-	[total 33 Personen]

*Steht allen Facharztgruppen offen.
Quelle: Darstellung BASS

In England und den Niederlanden gibt es formelle Zusatzqualifikationen im Bereich Mental Health, die auf Grundversorger/innen zugeschnitten sind. In der Schweiz und in Deutschland können die entsprechenden Zusatztitel grundsätzlich von allen Facharztgruppen erworben werden. Wie viele der Titelträger/innen einen allgemeinmedizinischen Weiterbildungstitel haben, lässt sich daher nicht eruieren. Ausserdem sind

[65] Siehe www.fmh.ch →Fachgebiete (Weiterbildung) →Facharzttitel und Schwerpunkte (Weiterbildung) →Allgemeine Innere Medizin →Weiterbildungsprogramm.

Doppelzählungen wahrscheinlich. So können z.B. in der Schweiz Ärzt/innen mit dem Fähigkeitsausweis für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPPM zu besonderen Konditionen den Fähigkeitsausweis für delegierte Psychotherapie erwerben. Insgesamt zeigen die Zahlen jedoch, dass ausserhalb der fachärztlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung nur ein sehr geringer Anteil der Ärzteschaft über formelle Zusatzqualifikationen im Bereich Mental Health verfügt. Der zahlenmässig bedeutsamste Zusatztitel ist die fachgebundene Psychotherapie in Deutschland.

Medikation und Gesprächstherapie

Auch **Charakteristika der Behandlung** können sich länderspezifisch unterscheiden. So gibt es bei der Behandlung von Depressionen grosse Unterschiede in Bezug auf die Verschreibungspraxis von Antidepressiva (auf der Ebene nationaler Leitlinien *und* in individuellen Behandlungen), aber auch hinsichtlich des Verhältnisses zwischen pharmakologischen und anderweitigen Behandlungsmethoden (z.B. Psychotherapie, vgl. OECD 2014a, 61). Hier sind Zusammenhänge mit dem Bedarf an Fachkräften denkbar – etwa, wenn für die Behandlung von Depressionen in einem Land eher Medikamente verschrieben, anderswo jedoch vorwiegend Gesprächstherapien durchgeführt werden. In den meisten OECD-Ländern hat die Menge verschriebener Antidepressiva seit dem Jahr 2000 stark zugenommen. England gehört dabei zu den Ländern mit einem überdurchschnittlich hohen Verbrauch von Antidepressiva – markant höher als in Deutschland und den Niederlanden. Für die Schweiz liegen unseres Wissens keine Verschreibungsdaten vor (**Tabelle 18**).

Tabelle 18: Indikatoren zur Behandlung mit Antidepressiva und Psychotherapie

Indikator		Schweiz	Deutschland	England	Niederlande
4.5	Antidepressiva: DDD pro 1000 Einw. pro Tag*	-	55.1	87.1	43.8
4.6	Anteil der (a) durch Grundversorger /innen, (b) durch Psychiater/innen verschriebene Antidepressiva	-	(a) 47% (b) 36%	-	(a) 80% (b) -
4.7	Anteil Personen, die in den letzten 12 Monaten wegen psychischen /emotionalen Belastungen in Behandlung waren, und (a) ausschliesslich medikamentös, (b) Psychotherapie, (c) mit Medikamenten und Psychotherapie behandelt wurden	(a) 44%** (b) 9% (c) 23%	(a) 43% (b) 16% (c) -	(a) 49% (b) 16% (c) -	(a) 37% (b) 38% (c) -

*Zahlen beziehen sich jeweils auf die im ambulanten Bereich verschriebenen und OKP-pflichtigen Medikamente (ohne Medikamente, die in Spitälern verschrieben/abgegeben werden).
**Zahlen beziehen sich nur auf Hausarztpraxen. Die restlichen ca. 25% wurden in spezialisierte Behandlung überwiesen.
Quelle: Darstellung BASS

Für den Anstieg der Verordnungszahlen von Antidepressiva gibt es verschiedene Erklärungsansätze. In England wird kontrovers diskutiert, ob diese Entwicklung auf «Überverschreibung» und Fehlbehandlungen zurückzuführen ist, oder eher mit der zunehmenden Sensibilisierung und Verbesserungen in der Diagnostik depressiver Erkrankungen zusammenhängt.[66] In Deutschland zeigen Auswertungen von Krankenversicherungsdaten, dass der zunehmende Verbrauch von Antidepressiva auch mit einer erweiterten Indikation zu tun hat (gewisse Präparate werden u.a. auch zur Behandlung von Angststörungen oder in der Schmerztherapie eingesetzt). Steigende Verordnungszahlen seien deshalb nicht unbedingt Zeichen für eine Verminderung der (anzunehmenden) Unterversorgung. Ausserdem würden die Verordnungsmengen pro Patient/in bei bestimmten Präparaten eher auf eine langfristige Anwendung hindeuten (Glaeske et al. 2009,172–187).

[66] Vgl. z.B. die Beiträge im British Medical Journal BMJ (2013/346, 16f.).

Zahlen aus Deutschland und den Niederlanden deuten darauf hin, dass ein Grossteil der Verschreibungen in Hausarztpraxen erfolgt (Indikator 4.6). Inwiefern der steigende Verbrauch von Antidepressiva mit einer verstärkten Sensibilisierung von Grundversorger/innen zurückzuführen ist, lässt sich anhand der Datenlage jedoch nicht beurteilen. Was die Verschreibung von Antidepressiva durch Psychiater/innen betrifft, zeigen Baer et al. (2013), dass diese bei depressiven Episoden und rezidivierenden depressiven Störungen (ICD-10: F32 und F33) zwar insgesamt in etwa gleicher Häufigkeit medikamentös behandeln wie Hausärzte und Hausärztinnen. Dennoch unterscheide sich die Verschreibungspraxis der beiden Berufsgruppen erheblich: Während Grundversorger/innen bei rund 80% der leichten depressiven Störungen Antidepressiva verschreiben, behandeln Psychiater/innen diese Gruppe zu 80% mit Psychotherapie. Erst mit zunehmendem Schweregrad steigt die Häufigkeit medikamentöser Behandlung in psychiatrischen Praxen – dies entspreche auch den Behandlungsempfehlungen (Baer et al. 2013, 80–88). Auch international befassen sich verschiedene Studien mit der (zunehmenden) Verschreibung von Antidepressiva durch Hausärzt/innen (z.B. Lockhart/Guthrie 2011; Mojtabai/Olfson 2008; Moore et al. 2009). Verschiedentlich wird dabei infrage gestellt, ob Depressionen in der medizinischen Grundversorgung adäquat behandelt werden. Mangels Outcome-Daten lassen sich entsprechende Vorwürfe an die Adresse der Hausärzt/innen allerdings weder bestätigen noch widerlegen.

Betrachtet man das Verhältnis von (ausschliesslich) medikamentöser Behandlung, Psychotherapie und einer kombinierten Behandlung (Medikamente plus Psychotherapie), fällt das ausgeglichene Verhältnis pharmakologischer und psychotherapeutischer Behandlung in den Niederlanden auf (Indikator 4.7). In Schweizer Hausarztpraxen sowie in Deutschland und England ist der Anteil Personen, die (ausschliesslich) psychotherapeutisch behandelt wurden, hingegen deutlich tiefer als der Anteil medikamentös oder kombiniert behandelter Patient/innen. Angaben zu Behandlungsmethoden bei Psychiater/innen wurden in einer 2016 durchgeführten Befragung erhoben (Stocker et al. 2016). Zwar liegen keine Daten zu ausschliesslich medikamentöser Behandlung vor. Dass in den 2 Wochen vor der Befragung insgesamt nur 39% der Patient/innen mit Pharmakotherapie oder anderen biologischen Methoden behandelt wurden (mit oder ohne Kombination mit anderen Behandlungsmethoden) zeigt jedoch, dass mit rund 60% ein grosser Teil der Patient/innen ohne Medikamente behandelt wird. Die Ergebnisse gehen in die gleiche Richtung wie die bereits erwähnten Unterschiede zwischen Grundversorger/innen und Psychiater/innen bzgl. der Verschreibungspraxis.

4.5 Finanzierung und Kosten

Im Folgenden werden die länderspezifischen Finanzierungsmodalitäten in der psychischen Gesundheitsversorgung einander gegenüberstellt, mit einem spezifischen Augenmerk darauf, welche Regelungen für die Vergütung von Psychotherapien gelten. Ausserdem wird verglichen, inwiefern in den Vergleichsländern Massnahmen zur Steuerung und Kostenkontrolle eingesetzt werden.

Ausgaben und Finanzierungsmodalitäten

Die Schweiz gibt anteilsmässig weniger für die psychische Gesundheitsversorgung (Behandlung von psychischen und Verhaltensstörungen) aus als die Vergleichsländer, wie **Tabelle 19** zeigt. Trotz steigenden Ausgaben und vermehrter Inanspruchnahme psychiatrisch-psychologischer Behandlungen bleibt dieser Anteil in der Schweiz seit Jahren stabil (Schuler et al. 2016, 36–44; 60). In den Niederlanden ist der Kostenanteil für psychische Gesundheitsversorgung gut doppelt so hoch wie in der Schweiz, auch im Gesamt-OECD-Vergleich ist das ein Spitzenwert. Das niederländische Statistikamt führt dies u.a. auf das breite Angebot und den einfachen Zugang sowie auf die gestiegene Inanspruchnahme zurück (CBS 2015).

Tabelle 19: Psychische Gesundheitsversorgung: Anteil an Gesamtkosten und Finanzierungsmodalitäten

Indikator		Schweiz	Deutschland	England	Niederlande
5.1	Anteil Mental Healthcare an den gesamten Gesundheitskosten*	9.2% (2015)	11.3% (2008)	13% (2010/11)	20.9% (2011)
5.2	Finanzierungsmodalitäten				
	(a) ambulanter Sektor	Einzelleistungsvergütung	Mischung aus Grund- und Zusatzpauschalen sowie Leistungskomplexvergütung	i.d.R. Leistungspakete (21 *mental health clusters*)	Basis-GGZ: 3 Leistungspakete; spezialisierte GGZ: Diagnose- und Leistungsbezogene Pauschalen
	(b) stationärer Sektor	Tagespauschalen (voraussichtlich ab 2018 TARPSY)	Umstellung auf Diagnose- und Leistungsbezogene Pauschalen	i.d.R. Bestandteil der Leistungspakete, ansonsten Fallpauschalen (*Healthcare Resource Groups*)	Diagnose- und Leistungsbezogene Pauschalen
	(c) intermediäre Versorgung	Nicht einheitlich geregelt: Tarmed-Tarifstrukturen, Pauschalen, kantonale Beiträge im Rahmen gemeinwirtschaftlicher Leistungen	Home Treatment: wie Krankenhausleistung, Integrierte Versorgungsmodelle und Psychiatrische Institutsambulanzen nicht einheitlich geregelt	In der Regel Bestandteil der Leistungspakete (Clusters).	steuerfinanziert (Gemeinden)

*Nur direkte Kosten (keine volkswirtschaftliche Betrachtung unter Einbezug indirekter Kosten)
Quelle: Darstellung BASS

Was Finanzierungsmodalitäten betrifft (Indikator 5.2), stellt die Schweiz im **ambulanten Bereich** mit den Einzelleistungsvergütungen (nach Tarmed) eher einen Sonderfall dar. Zwar kommt es auch in Deutschland und England in bestimmten Fällen vor, dass Leistungen einzeln abgegolten werden (in Deutschland z.B. psychologische Psychotherapie); in der Regel aber erfolgt die Vergütung im Rahmen von Leistungspaketen, in denen je nach Erkrankung und Behandlungsbedarf mehrere Leistungen gruppiert sind. In der vertragsärztlichen Versorgung Deutschlands setzt sich das ärztliche Einkommen nebst der «Leistungskomplexvergütung» auch aus Grund- und Zusatzpauschalen je nach Anzahl Patient/innen und Facharztgruppe zusammen. Im **stationären Bereich** sind in der Schweiz und in Deutschland ähnliche Bestrebungen im Gange (Umstellung auf Diagnose- und Leistungsbezogene Pauschalen); in England und den Niederlanden sind solche Vergütungssysteme bereits eingeführt. Dabei können die erwähnten Leistungspakete auch stationäre Behandlungen oder gemeindeintegrierte Angebote umfassen; auf Ebene der Finanzierungsmodalitäten sind die Versorgungssektoren demnach stärker integriert.[67] Die Finanzierung von **intermediären Behandlungsangeboten** ist nicht nur in der Schweiz, sondern auch in den Vergleichsländern heterogen geregelt, sowohl was Kostenträger (Öffentliche Hand; Krankenversicherung) als auch Finanzierungsmodalitäten betrifft (integriert in Leistungspakete; Tarife gemäss stationärer Behandlung; Tarife gemäss ambulantem Leistungskatalog, verschiedene Formen von Pauschalen etc.; vgl. dazu auch die Datentabellen im Anhang). In England und den Niederlanden können bestimmte Personengruppen (meist mit chronischen Erkrankungen und langfristigem Unterstützungsbedarf) auch mittels **individueller Budgets** selbständig ihre Versorgung organisieren und finanzieren (MoH 2016; Monitor/NHS 2016a).

[67] In den Niederlanden verläuft die massgebliche Grenze eher zwischen der psychischen Grundversorgung (Basis GGZ), wo Leistungspakete à 5, 8 oder 11 Sitzungen vergütet werden, und der spezialisierten psychischen Gesundheitsversorgung (spezialisierte GGZ), wo nach der «Diagnosis Treatment Combination» (*Diagnose Behandeling Combinatie,* DBC) abgerechnet wird.

Vergütung Psychotherapie

In **Tabelle 20** sind die Voraussetzungen für die Kostenübernahme von Psychotherapien durch die obligatorische Krankenversicherung (bzw. das öffentliche Gesundheitswesen) sowie die Regelungen in Bezug auf den Umfang der vergüteten Leistungen überblicksartig dargestellt.

Tabelle 20: Regelungen für die Vergütung von (psychologischer) Psychotherapie (Indikator 5.3)

Vergütung PT	Schweiz	Deutschland	England	Niederlande
(a) Voraussetzungen	OKP: Nur ärztliche oder delegierte Psychotherapie VVG: je nach Versicherung*	OKP: Antragspflicht; Vergütung nur im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung und Richtlinientherapie	ärztliche Überweisung	Diagnose gemäss DSM-IV; ärztliche Überweisung
(b) Umfang	OKP: vollumfängliche Vergütung bis 40 Sitzungen, danach Antrag auf Kostengutsprache VVG: Teilvergütung*	5-8 probatorische Sitzungen; Sitzungskontingent je nach Diagnose, Therapieverfahren und Therapieziel	regelmässige Bedarfsüberprüfung («cluster review period»)	Basis-GGZ: Leistungspakete à 5, 8 oder 11 Sitzungen Spezialisierte GGZ: gemäss DBC-Fallpauschale

*Die Kostenbeteiligung der Zusatzversicherungen (VVG) ist bezüglich Umfang und Voraussetzungen je nach Krankenkasse unterschiedlich geregelt. Details im entsprechenden FSP-Merkblatt unter www.psychologie.ch →Psychologie →Psychotherapie →Was zahlt die Krankenkasse
Quelle: Darstellung BASS

In den Niederlanden und England erfolgt der Zugang zu ärztlicher oder psychologischer Psychotherapie gemäss dem Gatekeeping-Modell immer durch die medizinischen Grundversorger/innen. Sowohl in der Schweiz wie auch in Deutschland ist ein Direktzugang möglich, die Kostenübernahme ist jedoch an **bestimmte Leistungserbringende** gebunden (Schweiz: Psychiater/innen oder delegiert arbeitende psychologische Psychotherapeut/innen; Deutschland: Kassenzulassung[68]). In Deutschland ist Psychotherapie ausserdem antragspflichtig und wird nur für sog. Richtlinienverfahren und jeweils für ein bestimmtes **Sitzungskontingent** bewilligt. Auch in den Niederlanden sind Leistungspakete grundsätzlich begrenzt (insbesondere für leichte bis mittelgradige Problematiken, die in der psychischen Grundversorgung behandelt werden), bzw. bedürfen für eine Verlängerung einer erneuten ärztlichen Überweisung. In England werden zwar keine Kontingente festgelegt, grundsätzlich ist pro Leistungspaket («cluster») jedoch eine Zeitspanne definiert, innert derer der Behandlungsbedarf überprüft und ggf. angepasst werden muss (Monitor/NHS 2016a). Ausserdem sieht das Stepped-Care-Modell, das sowohl in den Niederlanden als auch in England eingesetzt wird, pro Behandlungsstufe eine maximale Dauer vor – falls die gewünschten Wirkungen ausbleiben, sind die nächsten Schritte einzuleiten (vgl. NICE 2009).

Nur in den Niederlanden ist der **Nachweis des Behandlungsbedarfs** mittels DSM-IV-Diagnose erforderlich; grundsätzlich gilt aber auch in der Schweiz, Deutschland und England, dass Therapien nur dann vergütet werden, wenn es um die Abklärung und Behandlung einer Krankheit geht. Kosten für Psychotherapien zum Zweck der Selbsterfahrung, Persönlichkeitsreifung sowie Beratungsleistungen (z.B. Eheberatung) werden nicht vergütet.[69]

Die Behandlungsdauer bei Psychotherapien hängt nicht nur vom individuellen Fortschritt der Betroffenen ab, sondern unterscheidet sich auch nach Methode bzw. therapeutischem Ansatz. Dieser Aspekt ist in den Richtwerten für maximale Therapiedauern berücksichtigt, welche in der deutschen Psychotherapie-Richt-

[68] Unter bestimmten Voraussetzungen – wenn die Behandlung sonst nicht rechtzeitig und nicht in zumutbarer Entfernung möglich ist – übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung auch Behandlungen bei Psychotherapeut/innen in Privatpraxen (diese haben eine Approbation, jedoch keine Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung). Entsprechende Anträge sind jedoch aufwändig und eine Bewilligung nicht garantiert (BptK 2013).

[69] Vgl. für die Schweiz: www.vertrauensaerzte.ch →Manual →Kapitelverzeichnis →41. Psychiatrie und Psychotherapie (Stand Dez. 2016). Deutschland: Indikationsstellung durch kassenzugelassene Psychotherapeut/innen oder Ärzt/innen (§1 Psychotherapie-Richtlinie, G-BA 2015).

linie festgehalten sind (vgl. **Tabelle 21**). Nach den probatorischen Sitzungen (zur Indikationsstellung und um zu prüfen, ob das therapeutische Verhältnis passt) werden je nach Schweregrad der Erkrankung Kurz- oder Langzeittherapien beantragt.

Tabelle 21: Zeitkontingente für Richtlinienverfahren in Deutschland[70]

Art der Leistung	Verhaltenstherapie	Analytische Psychotherapie	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
Probatorische Sitzungen	5h*	8h	5h
Kurztherapie	Bis zu 25h	Bis zu 25h	Bis zu 25h
Langzeittherapie	45h (Verlängerung bis 60h möglich)	160h (Verlängerung bis 240h möglich)	50h (Verlängerung bis 80h möglich)
Langzeittherapie in begründeten Einzelfällen	80h, auf Antrag bis zu 100h	bis zu 300h	bis zu 100h

*Therapiestunden, in der Regel 50 Minuten.
Quelle: Psychotherapie-Richtlinie (G-BA 2015), Darstellung BASS

Insgesamt kann aus diesen Gegenüberstellungen das Fazit gezogen werden, dass die Regelung des psychotherapeutischen Leistungsangebots bzw. Leistungsumfangs in der Schweiz fast ausschliesslich über den Zugang zu spezifischen Leistungserbringenden erfolgt, während in Bezug auf Art und Umfang im Gegensatz zu den Vergleichsländern kaum Vorgaben gemacht werden. Der Richtwert von 40 Sitzungen, die ohne Antragspflicht und ungeachtet von Diagnose oder Schweregrad vergütet werden, ist als vergleichsweise umfangreich anzusehen – in den betrachteten Ländern gibt es Möglichkeiten, kürzere Therapieeinheiten anzusetzen.

Steuerung und Mengenbegrenzung

Steigende Gesundheitskosten und Spardruck im Staatshaushalt sind in allen Vergleichsländern eine Realität. In diesem Kontext ist von Interesse, welche Steuerungsmöglichkeiten und ggf. Massnahmen zur Verhinderung einer unkontrollierten Mengenausweitung in den Vergleichsländern bestehen (**Tabelle 22**). Was die *psychiatrische* Versorgung im engeren Sinne betrifft, kennt die Schweiz keinerlei Steuerungsmechanismen, während Deutschland die vertragsärztliche (d.h. ambulante) Versorgung sowohl hinsichtlich der Menge zugelassener Ärzt/innen als auch hinsichtlich des Leistungsvolumens steuert. Ähnliches gilt in den Niederlanden, wo eine Lenkung jedoch nicht bei der Zulassung, sondern bei der Aus- und Weiterbildung der Leistungserbringenden erfolgt.[71] Hinsichtlich finanzieller Steuerungsmassnahmen sind einerseits die Begrenzung von Leistungspaketen zu nennen, andererseits das generelle Bestreben, einen möglichst grossen Anteil der psychischen Gesundheitsversorgung in die allgemeine Grundversorgung und auf nichtmedizinische Fachkräfte in der Basis-GGZ zu verlagern (sprich die – teureren – Psychiater/innen für komplexe Diagnostik und Behandlung in erster Linie in der spezialisierten GGZ einzusetzen). In England erfolgt die Steuerung auf Ebene des gesamten Gesundheitssystems mit dem vorgegebenen Gesamtbudget; lokal und regional können die Massnahmen im Einzelnen allerdings unterschiedlich ausgestaltet sein.

Auch **Zuzahlungen** von Patient/innen können als Massnahme zur Mengenbegrenzung klassifiziert werden (Indikator 5.5). Hier verfügt die Schweiz gegenüber den Vergleichsländern über relativ hohe Selbstkostenanteile – in Deutschland und England werden nur in geringem Umfang und nur bei bestimmten Leistungen Zuzahlungen verlangt. Die Jahresfranchise in den Niederlanden wird unabhängig vom Umfang der bezogenen Leistungen fällig (MoH 2016, 10). Schliesslich sind auch die **Zugangsregelungen** für spezialisierte psychische Gesundheitsversorgung eine Möglichkeit, lenkend einzugreifen (Indikator 5.6).

[70] Zu beachten ist, dass zum 1. April 2017 die Sitzungskontingente und die Bewilligungsverfahren angepasst werden sollen.

[71] Das unabhängige *Capaciteitsorgaan* erstellt regelmässig alle 2 Jahre eine Bestandesaufnahme und eine Prognose zum Personalbedarf in der Gesundheitsversorgung, sowohl für medizinische Fachkräfte als auch für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe. Basierend auf diesen Szenarien werden die Anzahl Studienplätze (Medizin) und/oder Weiterbildungsplätze (Medizin, Psychologieberufe) festgelegt.

Dies geschieht in Gatekeeping-Systemen (England, Niederlande) viel stärker als in der Schweiz und Deutschland, wo grundsätzlich Wahlfreiheit herrscht, wobei je nach Versicherungsmodell bzw. Vergütungsregelungen gewisse Einschränkungen möglich sind.

Tabelle 22: Massnahmen für die Steuerung und Mengenbegrenzung im Bereich Mental Health

Indikator		Schweiz	Deutschland	England	Niederlande
5.4	Gibt es Massnahmen zur Mengenbegrenzung?	nein	in der vertragsärztlichen Versorgung	gesamtes Gesundheitssystem	gesamtes Gesundheitssystem
	- Finanzielle Begrenzungen	nein	1.Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung; 2. Regelleistungsvolumen für individuelle Leistungserbringende	Globalbudget	Begrenzte Vergütung von Leistungspaketen durch Krankenkassen, Verlagerung in die allgemeine und psychische Grundversorgung
	- Zulassung von Leistungserbringenden	Psychologische PT (Delegationsmodell)	Bedarfsplanung (steuert Zulassung)	-	Bedarfsplanung (steuert Anzahl Weiterbildungsplätze)
5.5	Umfang des Selbstkostenanteils	Jahresfranchise (300 bis 2500 CHF) plus Selbstkostenanteil 10% bis max. 700 CHF pro Jahr	Kostenbeteiligung nur bei Medikamenten, stationären Behandlungen und bei der ambulanten Soziotherapie	Kostenbeteiligung nur auf Medikamente (Fixbetrag)	Jahresfranchise (2016: 385 Euro)
5.6	Welche Zugangswege gelten für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung?				
	(a) Fachärztliche Versorgung	Direktzugang (je nach Versicherungsmodell)	Direktzugang im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung	ärztliche Überweisung (GP)	ärztliche Überweisung (Hausarzt/-ärztin)
	(b) Psychologische Psychotherapie	Direktzugang nur im Delegationsmodell	Direktzugang im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung	ärztliche Überweisung (GP) Bei IAPT z.T. Direktzugang möglich	ärztliche Überweisung (Hausarzt/-ärztin)

Quelle: Darstellung BASS

5 Diskussion und Schlussfolgerungen

Die vorliegende Studie zum Vergleich der Tätigkeiten von Psychiaterinnen und Psychiatern in der Schweiz und im Ausland wurde auf der Basis einer vorangehenden Machbarkeitsstudie erstellt. Bei der Realisierung der Hauptstudie zeigte sich, dass im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten nicht alle wünschbaren Vergleichsdaten zusammengetragen werden konnten. Einige länderspezifischen Daten fehlen vollständig, bei anderen besteht ein grosser Interpretationsspielraum, der direkte Vergleiche erschwert oder gar verunmöglicht. Dennoch lassen sich aus der Studie Erkenntnisse und Erklärungsansätze zur erheblichen Diskrepanz bezüglich der Psychiaterdichte in der Schweiz gegenüber anderen OECD-Ländern gewinnen. So ist die in der Schweiz vergleichsweise sehr hohe Anzahl Psychiater/innen pro 100'000 Einw. massgeblich auf deren Rolle innerhalb des Versorgungssystems zurückzuführen.

Der Bericht skizziert die zugrundeliegenden länderspezifischen Versorgungsstrukturen, Charakteristika des Gesundheitswesens und gesundheitspolitischen Strategien und konkretisiert mit Zahlen und Fakten Schlüsselfaktoren zur psychischen Gesundheitsversorgung und zur Position von Psychiater/innen in den jeweiligen Systemen. Die Qualität und Adäquatheit der Versorgung sowie der Versorgungsgrad in den einzelnen Ländern, d.h. das Verhältnis zwischen Personen mit Behandlungsbedarf und der Inanspruchnahme psychiatrisch-psychologischer Behandlungsangebote, sind hingegen nicht Gegenstand des vorliegenden Berichts.

Die in der Schweiz gegenüber den ausgewählten Vergleichsländern überaus hohe Psychiaterdichte bleibt auch bei einer differenzierten Betrachtung (gemessen in Vollzeitäquivalenten) bestehen.

Die folgenden Punkte relativieren die im politischen Diskurs vorgebrachte These, wonach die vergleichsweise hohe Dichte an Psychiater/innen eine Überversorgung darstellt:

■ **Aufgabe der Psychiater/innen im Versorgungssystem:** In der Schweiz erbringen Psychiater/innen einen wesentlichen Teil der Versorgungsleistungen im Bereich psychische Gesundheit. In allen drei Vergleichsländern gibt es bezüglich der involvierten Berufsgruppen eine grössere Diversität und eine stärkere Einbindung nicht-ärztlicher Fachkräfte in die psychische Gesundheitsversorgung. Insbesondere in Ländern mit Gatekeeping-Systemen (England, Niederlande) werden Psychiater/innen fast ausschliesslich für die Behandlung komplexer und schwerer psychischer Erkrankungen eingesetzt. Im Gegensatz dazu bestehen in der Schweiz keine Vorgaben oder Leitprinzipien, was das Aufgabenspektrum der Psychiater/innen bzw. die Aufgabenteilung mit anderen Fachkräften wie Psycholog/innen, Sozialarbeiter/innen oder (spezialisierten) Pflegefachpersonen betrifft. Ausserdem ist ein relativ hoher Anteil der Psychiater/innen hierzulande in eigener Praxis tätig, was den Koordinationsaufwand für die Einbindung anderer Berufsgruppen erhöht, während in gemeindeintegrierten Versorgungsteams die multiprofessionelle Zusammenarbeit fester Bestandteil des Behandlungskonzepts ist.

■ **Inanspruchnahme und Zugang:** Für Schweizer/innen sind Psychiater/innen die primären Ansprechpersonen bei psychischen Problemen und Erkrankungen. Angesichts des Direktzugangs erfüllen Psychiater/innen daher in gewisser Weise auch «Grundversorgungs»-Funktionen, während Erstabklärungen und Triage in den Vergleichsländern nicht (Gatekeeping in England und den Niederlanden) bzw. in weitaus geringerem Umfang (Deutschland) zum Aufgabenprofil psychiatrischer Fachärzt/innen gehört.

■ **Therapiekonzepte und Art der Behandlung:** In der Schweiz ist die Psychotherapie integraler Bestandteil der beiden psychiatrischen Facharzttitel. In den Vergleichsländern hingegen ist jeweils ein gewisser Anteil Fachärzt/innen nicht psychotherapeutisch ausgebildet. Dass die (zeit- und personalintensive) ärztliche Psychotherapie in der Schweiz eher verbreitet ist als in anderen Ländern, mag auch mit einer fachlichen Tradition bezüglich Behandlungsgrundsätze zusammenhängen (in Deutschland wurde die Psychotherapie erst jüngst in den Facharzttitel integriert). Angesichts der erwähnten «Grundversorgungs»-

Funktionen ist denkbar, dass Psychiater/innen in der Schweiz auch weniger komplexe Fälle psychotherapeutisch behandeln, für die in England und den Niederlanden andere Berufsgruppen zuständig sind (z.B. Stepped Care Ansatz; IAPT-Programm).

■ **Steuerung und Policy:** Die Schweiz kennt so gut wie keine Steuerung der Angebotsgestaltung, der Versorgungsdichte, der Zusammensetzung der Workforce oder der Leistungsmenge; alle gewählten Vergleichsländer sind aktiver in der gesundheitspolitischen Gestaltung der psychischen Gesundheitsversorgung. Bemerkenswert ist jedoch, dass die hohe Dichte an Psychiater/innen und deren bedeutende Rolle im Schweizer Versorgungssystem nicht mit einem überdurchschnittlich hohen Ausgabenvolumen einhergeht: Der Anteil an den gesamten (direkten) Gesundheitskosten macht hierzulande knapp 10% aus, während die Niederlande anteilsmässig gut doppelt so viel für die psychische Gesundheitsversorgung ausgeben.Die im Rahmen der Studie vorgenommen Analysen zu den Tätigkeiten und Rollen von Psychiaterinnen und Psychiatern in der Schweiz und im Ausland konnten zum besseren Verständnis der unterschiedlichen Psychiaterdichten beitragen, indem aufgezeigt wurde, dass die Psychiater/innen je nach Land unterschiedliche Positionen innerhalb der psychischen Gesundheitsversorgung einnehmen. Die Aufgabenteilung mit anderen Berufsgruppen ist dabei von zentraler Bedeutung. Nur lückenhaft konnte aufgrund mangelnder Daten die Leistungserbringung der Psychiaterinnen im Sinne von Produktivität (z.B. Leistungsvolumen pro Vollzeitäquivalente Arztstelle) verglichen werden, insbesondere was den ambulanten Praxisbereich anbetrifft, der im Schweizer Versorgungssystem einen breiten Raum einnimmt. Hier wäre es wünschenswert, dass dereinst mehr Vergleichsinformationen zu Patientenzahlen, Konsultations- und Behandlungsdauern, verschriebenen Medikamenten etc. verfügbar wären.

6 Literatur- und Quellenverzeichnis

6.1 Allgemeine Grundlagen und länderübergreifende Literatur

Berchtold Peter, Christof Schmitz, Anika Reichert und Volker Amelung (2014): Steuerung der ärztlichen Weiterbildung. Eine systematische Literaturrecherche und strukturierte Expertengespräche zu internationalen Erfahrungen, Berlin/Bern: inav/College M

Dezetter Anne, Xavier Briffault, Jordi Alonso, Mathias C. Angermeyer, Ronny Bruffaerts, Giovanni de Girolamo, Ron De Graaf, Hosep M. Haro, Hans Helmut König und Viviane Kovess-Masfety (2011): Factors Associated With Use of Psychiatrists and Nonpyschiatrist Providers by ESEMeD Respondents in Six European Countries, *Psychiatric Services,* 62(2), 1–9

ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators (2004): Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project, *Acta Psychiatr Scand*, 109 (Suppl. 420), 47–54

Eurobarometer (2006): Special Eurobarometer 248: Mental well-being, Datenportal unter http://data.europa.eu/euodp/en/data/dataset/S502_64_4_EBS248 (Stand Nov. 2016)

Eurobarometer (2010): Special Eurobarometer 345: Mental Health, Datenportal unter http://data.europa.eu/euodp/en/data/dataset/S898_73_2_EBS345 (Stand Nov. 2016)

Kovess-Masfety Viviane, Jordi Alonso, Traolach S. Brugha, Matthias C. Angermeyer, Josep Maria Haro, Christine Sevilla-Dedieu et al. (2007): Differences in Lifetime Use of Services for Mental Health Problems in Six European Countries, *Psychiatric Services,* 58(2), 213–220

Lockhart Pauline and Bruce Guthrie (2011): Trends in primary care antidepressant prescribing 1995–2007: a longitudinal population base analysis, *Br J Gen Pract,* 61(590), e565–e572

Mojtabai R. and M. Olfson (2008): National patterns in antidepressant treatment by psychiatrists and general medical providers: results from the national comorbidity survey replication, *J Clin Psychiatry,* 69(7), 1064–1074

Moore Michael, Ho Ming Yuen, Nick Dunn, Mark A. Mullee, Joe Maskell and Tony Kendrick (2009): Explaining the rise in antidepressant prescribing: a descriptive study using the general practice research database, *BMJ*, (339), b3999

Mossialos Elias, Martin Wenzl, Robin Osborn und Chloe Anderson (Hrsg.) (2015): International Profiles Of Health Care Systems: Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Italy, Japan, The Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore, Sweden, Switzerland, and the United States. Commonwealth Fund pub. no. 1802

OECD (2012): Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work, OECD Publishing, http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en

OECD (2014a): Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care, OECD Health Policy Studies, Paris

Osborn Robin, Donald Moulds, Eric C. Schneider, Michelle M. Doty, David Squires and Dana O. Sarnak (2015): Primary Care Physicians In Ten Countries Report Challenges Caring For Patients With Complex Health Needs, *Health Affairs* 34(12), 2104–2112

Reynolds E. H. (2003): Brain and mind: a challenge for WHO, *The Lancet*, 361, 1924–1925

6.2 Literatur und Quellen Schweiz

Amsler Felix, Dorothea Jäckel und Rebecca Wyler (2010): Weiterentwicklung Psychiatrieversorgung Kanton Bern. Evaluation der institutionellen ambulanten und teilstationären Psychiatrieversorgung des

Kantons Bern unter besonderer Berücksichtigung der Pilotprojekte – Angebote, Lücken und Mängel, Biel-Benken

Baer Niklas, Daniela Schuler, Sylvie Füglister-Dousse und Florence Moreau-Gruet (2013): Depressionen in der Schweizer Bevölkerung. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration (Obsan-Bericht 56), Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

BAG Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.) (2015): Psychische Gesundheit in der Schweiz – Bestandsaufnahme und Handlungsfelder. Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik, Bern: BAG, GDK und Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz

BR (Bundesrat) 2016: Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz. Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255), Fassung vom 11. März 2016

Dubach Philipp und Kilian Künzi (2008): Tätigkeitsstrukturen der Ärzt/innen mit Praxistätigkeit – Wer erbringt welche Leistungen in der Grundversorgung? Eine Analyse von Tarmed-Daten, Bern

Dutoit Laure, Lucien Gardiol und Kilian Künzi (2014): Etablissement du recensement des médecins actifs en suisse (Obsan Dossier 28), Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Flückiger-Bäni Sylvia (2014): Interpellation 14.4178 «Psychiater-Schwemme in der Schweiz», eingereicht am 11.12.2014

Golder Lukas, Claude Longchamp, Cloé Jans, Stephan Tschöpe, Aaron Venetz, Marcel Hagemann und Johanna Schwab (2016): Trotz steigendem Dossieraufwand bleibt die Spitalärzteschaft motiviert. Begleitstudie anlässlich der Einführung von SwissDRG sowie der geplanten stationären Tarife in der Rehabilitation und Psychiatrie im Auftrag der FMH, 5. Befragung 2015, Bern: gfs.bern

Holsboer-Trachsler Edith, Josef Hättenschwiler, Johannes Beck, Serge Brand, Ulrich Michael Hemmeter, Martin Ekkehard Keck, Stefan Rennhard, Martin Hatzinger, Marco Merlo, Guido Bondolfi, Martin Preisig, Yvette Attinger Andreoli, Anouk Gehret, Daniel Bielinski und Erich Seifritz (2010): Die somatische Behandlung der unipolaren depressiven Störungen, 1. Teil, *Schweiz Med Forum*, (46), 802–809

Hostettler Stefanie und Esther Kraft (2016): FMH-Ärztestatistik 2015. Zuwanderung grundlegend für Versorgungssystem, *Schweizerische Ärztezeitung*, (97; 12–13), 448–453

Kaiser Stefan, Gregor Berger, Philippe Conus, Wolfram Kawohl, Thomas J. Müller, Benno G. Schimmelmann, Rafale Traber, Nathalie Trächsel, Roland Vauth und Erich Seifritz (2016): SGPP Behandlungsempfehlungen Schizophrenie, Version Februar 2016

Kläui Heinrich und Gregor Hasler (2011): Depressionen in der Hausarztpraxis, *Primary Care*, (Nr. 11), 200f.

Küchenhoff Joachim (2012): Psychotherapie der Depression. Behandlungsempfehlungen der SGPP, online unter http://www.psychiatrie.ch/sgpp/fachleute-und-kommissionen/behandlungsempfehlungen/

Künzi Kilian und Jolanda Jäggi (2016) [unveröffentlicht]: Machbarkeitsanalyse zum Vergleich der Tätigkeiten von Psychiaterinnen und Psychiatern in der Schweiz und im Ausland, Bern

Kurmann Julius (2016): Die Zukunft der stationären Psychiatrie der Schweiz (Interview), *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 167(3), 98f.

Kurt Hans, Undine E. Lang und Franziska Rabenschlag (2016): Aktuelle psychiatrische Versorgung in der Schweiz, *NeuroTransmitter,* 27(4), 16–21

Loeb Pierre (2010): Unbefriedigende Behandlung der Depression – nur Sache des Hausarztes? *Schweizerische Ärztezeitung, 9*1(4), 117–119

NGS Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (2004): Psychische Gesundheit. Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz, Bern

OECD (2014b): Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz (Beiträge zur Sozialen Sicherheit Nr. 12/13 des Bundesamts für Sozialversicherungen)

Schuler Daniela und Laila Burla (2012): Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012, Obsan Bericht 52), Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Schuler Daniela, Alexandre Tuch, Nathalie Buscher und Paul Camenzind (2016): Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2016, (Obsan Bericht 72), Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

SIWF Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (2006): Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie. Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2006 (letzte Revision: 11. Juni 2009). Akkreditiert durch das Eidgenössische Departement des Innern am 1. September 2011

SIWF Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (2009): Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2009 (letzte Revision: 18. Februar 2016). Akkreditiert durch das Eidgenössische Departement des Innern am 1. September 2011

SIWF Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (2011): Facharzt für Allgemeine Innere Medizin. Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2011 (letzte Revision: 5. März 2015). Akkreditiert durch das Eidgenössische Departement des Innern am 1. September 2011

Stettler Peter, Désirée Stocker, Lucien Gardiol, Severin Bischof und Kilian Künzi (2013): Strukturerhebung zur psychologischen Psychotherapie in der Schweiz 2012. Angebot, Inanspruchnahme und Kosten, Bern

Stocker Désirée, Peter Stettler, Jolanda Jäggi, Severin Bischof, Aurélien Abrassart, Peter Rüesch und Kilian Künzi (2016): Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz, Bern: Bundesamt für Gesundheit

6.3 Literatur und Quellen Deutschland

Albrecht Martin, Torsten Fürstenberg und Antje Gottberg (2007): Strukturen und Finanzierung der neurologischen und psychiatrischen Versorgung, Berlin: IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH

AOLG Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden, Arbeitsgruppe Psychiatrie (2007): Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven, Baden-Württemberg: Gesundheitsministerkonferenz der Länder

AOLG Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden, Arbeitsgruppe Psychiatrie (2012): Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland – Bestandesaufnahme und Perspektiven, Hamburg: Gesundheitsministerkonferenz der Länder

BÄK Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern) (2015): (Muster-) Weiterbildungsordnung 2003, in der Fassung vom 23.10.2015

BÄK, KBV und AWMF (Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung und Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) (Hrsg.) 2011: Patientenleitlinie zur Nationalen Versorgungsleitlinie Unipolare Depression. Version 1.0 vom 24.08.2011, Berlin

BMG Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2015): Ratgeber zur gesetzlichen Krankenversicherung, 11. aktualisierte Auflage, Stand Juli 2015, Berlin

BPtK Bundespsychotherapeutenkammer (2011): Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammer und der BptK, Berlin

BPtK Bundespsychotherapeutenkammer (2013): Kostenerstattung. Ein Ratgeber für psychisch kranke Menschen, Berlin

Bühring Petra (2016): Individuelle Budets bleiben, *Deutsches Ärzteblatt* 113(33–34), A1473f.

DBfK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2015): Position des DBfK zum Beitrag psychiatrischer PflegeexpertInnen in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit depressiven Erkrankungen, Berlin, März 2015

DGPPN Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.) 2006: S3-Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Kurzfassung, online unter http://www.dgppn.de/publikationen/leitlinien.html

DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPtK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression (2015): S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage, 2015, Version 3. Online unter www.depression.versorgungsleitlinien.de [Stand: September 2016]; DOI: 10.6101/AZQ/000277

Gaebel Wolfgang, Sandra Kowitz, Jürgen Fritze und Jürgen Zielasek (2013): Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen. Sekundärdaten von drei gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund, *Deutsches Ärzteblatt* 2013; 110(47): 799–808

Gallas Christine, Bernd Puschner, Adelheid Kühn und Hans Kordy (2010): Dauer und Umfang ambulanter Psychotherapie und Implikationen für die Versorgungspraxis, *Psychother Psych Med* 60(1): 5–13

G-BA Gemeinsamer Bundesausschuss (2015): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesauschusses über die Durchführung der Psychotherapie, Fassung vom 19. Februar 2009, zuletzt geändert am 15. Oktober 2015, Bundesanzeiger BAnz AT 05.01.2016 B3

G-BA Gemeinsamer Bundesausschuss (2016a): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Massstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie), Neufassung vom 20. Dezember 2012, zuletzt geändert am 16. Juni 2016, Bundesanzeiger BAnz AT 14.09.2016 B1

G-BA Gemeinsamer Bundesausschuss (2016b): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie), Neufassung vom 17. September 2009, zuletzt geändert am 17. Dezember 2015, Bundesanzeiger BAnz AT 18.03.2016 B3, in Kraft getreten am 19. März 2016

Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz) vom 16. Juni 1998, in Kraft seit 1.1.1999

Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG) vom 23. April 2002, zuletzt geändert am 10. Dezember 2015 2015, Bundesgesetzblatt Teil I, 2229

Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz) vom 21. Juli 2012, Bundesgesetzblatt 2012 Teil I Nr. 35, 1613 (Link unter http://www.bmg.bund.de/presse/pressemitteilungen/2012-02/psych-entgeltgesetz-im-bundestag.html, Stand September 2016)

Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) vom 10. April 1991, zuletzt geändert am 10. Dezember 2015, Bundesgesetzblatt Teil I, 2229

GKV Spitzenverband (2015): Faktenblatt Ambulante Versorgung – Systematik Ärztehonorare, Pressestelle GKV Spitzenverband, 28.04.2015, online unter https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/themen/verguetung_aerztlicher_leistungen/s_thema_aerzteverguetung.jsp (Stand November 2016)

Glaeske Gerd, Christel Schicktanz und Katrin Jahnsen (2009): GEK-Arzneimittelreport 2009. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2007 bis 2008, Bremen/Schwäbisch Gmünd (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 68)

Herpertz Sabine C., Stephan Herpertz, Christa Schaff, Christa Roth-Sackenheim, Peter Falkai, Peter Henningsen, Martin Holtmann, Frank Bergmann und Mathias Langkafel (2011): Spezifische Rolle der Ärztlichen Psychotherapie, Expertise im Auftrag der Bundesärztekammer, Download unter http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/medizin-ethik/versorgungsforschung/expertisen/

Hübner Joachim (2011): Die Rolle der Institutsambulanzen im psychiatrischen Versorgungssystem – Standortbestimmung und Perspektiven, Wunstorf: Bundesgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser BAG

Hübner Marco (2014): Vertrauensperson Hausarzt, *Ärzte Zeitung*, 29.08.2014, online unter http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/neuro-psychiatrische_krankheiten/article/867584/psychosomatische-medizin-vertrauensperson-hausarzt.html

Kopetsch Thomas (2014): Wartezeiten in der ambulanten Versorgung, Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung (Dezernat 4: Ärztliche Leistungen und Versorgungsstruktur)

Linden Michael, Astrid Bühren, Heribert Kentenich, Thomas H. Loew, Rayk Springer und Ulrich Schwantes (2008): Fachgebundene Psychotherapie – Mehr Möglichkeiten, *Deutsches Ärzteblatt,* 105(30): A 1602-4

Löffert Sabine, Karl Blum und Petra Steffen (2012): Grundständige Ausbildung in der Intensiv-und Psychiatriepflege, Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut

Neubert Olaf und Marcel Richter (2016): Psychiatrische Institutsambulanzen. Erste Schritte zur Transparenz im Rahmen der Psych-Entgeltreform, in: Klauber Jürgen, Max Geraedts, Jörg Friedrich und Jürgen Wasem (Hrsg.) (2016): Krankenhaus-Report 2016, Stuttgart: Schattauer, 63–84

Neumann, Melanie (2014): Zwangseinweisung – Wenn die Krankheitseinsicht fehlt, *Der Allgemeinarzt* 36(5), 36–39, online unter http://www.allgemeinarzt-online.de/a/1627369

RKI Robert Koch Institut (Hrsg.) (2008): Psychotherapeutische Versorgung (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 41), Berlin

RKI Robert Koch Institut (Hrsg.) 2010: Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51, Berlin

RKI Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis, Berlin

Schöttle Daniel, Friederike Ruppelt, Anne Karow und Martin Lambert (2015): Home Treatment – aufsuchende Behandlung im Hamburger Modell der Integrierten Versorgung, *Psychother Psych Med* 65(03/04), 140–145

Walburg David (2013): Versorgung aus einer Hand. Die Grundzüge der drei bekanntesten IV-Modelle, *Psychosoziale Umschau* 3/2013

Internetquellen

AOK Bundesverband (2016): Lexikon [u.a. Einträge «Vertragsärztliche Vergütung», «Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung», «Einheitlicher Bewertungsmassstab», «Regelleistungsvolumina»], http://aok-bv.de/lexikon/ (Stand November 2016)

BMG Bundesministerium für Gesundheit (2016): «Gesetz zur Stärkung seelisch Erkrankter beschlossen», Meldung vom 3. August 2016 und Links auf weiterführende Informationen unter http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2016/psychvvg-kabinett.html (Stand September 2016)

BPtK Bundespsychotherapeutenkammer [o.J.]: «Wer behandelt psychische Krankheiten?» http://www.bptk.de/patienten/wege-zur-psychotherapie/wer-behandelt-psychische-krankheiten.html (Stand September 2016)

GKV-Spitzenverband (2012): «Psychiatrische Institutsambulanzen nach §118 SGB V (PIA)». Beschreibungen und Dokumentation unter https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/psychiatrie/psychiatrie.jsp > Psychiatrische Institutsambulanzen (zuletzt aktualisiert am 01.06.2012, Stand September 2016)

KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016): Honorar: Neue Vergütung in der Psychotherapie, http://www.kbv.de/html/17549.php (Stand November 2016)

Schäfer Cornelia (2015): An der Honorierung hängt die Qualität, Deutschlandfunk, 23.11.2015, online unter http://www.deutschlandfunk.de/psychiatrie-vor-dem-umbruch-an-der-honorierung-haengt-die.724.de.html?dram:article_id=337672 (Stand September 2016)

6.4 Literatur und Quellen England

BPS British Psychological Society (2014): Your journey into psychology, Leicester

CEP Centre for Economic Performance (2012): How Mental Illness Loses Out in the NHS, London: The London School of Economics and Political Science

CfWI Centre for Workforce Intelligence (2014a): In-depth review of the psychiatrist workforce. Main report, November 2014

CfWI Centre for Workforce Intelligence (2014b): In-depth review of the psychiatrist workforce. Technical report, November 2014

CSIP/NIMH Care Services Improvement Partnership and National Institute for Mental Health in England (2011): IAPT Outline Service Specification, online unter http://www.iapt.nhs.uk/about-iapt/iapt-pathfinder-programme/

DH Department of Health (2011): No Health Without Mental Health: A Cross-Government Mental Health Outcomes Strategy for People of All Ages

DH Department of Health (2014a): Closing the Gap: Priorities for essential change in mental health

DH Department of Health (2014b): Achieving Better Access to Mental Health Services by 2020

DH Department of Health und NHS England (Hrsg.) (2015): Future in mind: promoting, protecting and improving our children and young people's mental health and wellbeing (NHS England Publication Gateway Ref. No 02939)

Hewlett Emily and Kierran Horner (2015): Mental Health Analysis Profiles (MhAPs): England, OECD Health Working Papers 81, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/5jrxr7vj1g9v-en

HSCIC Health and Social Care Information Centre (2015): NHS Workforce. Summary of staff in the NHS: Results from September 2014 Census

HSCIC Health and Social Care Information Centre (2016): Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) Executive Summary, April 2016

The King's Fund (2015): Mental health under pressure, London

Mental Health Taskforce (2016): The Five Year Forward View for Mental Health. A report from the independent Mental Health Taskforce to the NHS in England, February 2016

Mind – National Association for Mental Health (Hrsg.) (2013a): The Mind guide to who's who in mental health, London

Mind – National Association for Mental Health (Hrsg.) (2013b): Mental health crisis care: physical restraint in crisis. A report on physical restraint in hospital settings in England, London

Monitor and NHS England (2016a): 2016/17 National Tariff Payment System (Publication code IRG 10/16, NHS England Publications Gateway Reference 04953)

Monitor and NHS England (2016b): Guidance on mental health currencies and payment. A supporting document for the 2016/17 National Tariff Payment System: A consultation notice (Publication code IRCP 08/16, NHS England Publications Gateway Reference 04421)

Mynors-Wallis Laurence (2012): Safe patients and high-quality services: a guide to job descriptions and job plans for consultant psychiatrists, London: Royal College of Psychiatrists, College Report CR174

Mynors-Wallis Laurence (2014): When patients should be seen by a psychiatrist, London: Royal College of Psychiatrists, College Report CR184

NHS National Health Service England (2015): Commissioning for Quality and Innovation Guidance for 2015/16, Leeds

NHS National Health Service England (2016): Implementing the Five Year Forward View for Mental Health, July 2016

NHS National Health Service England and Health Education England HEE (2016): 2015 Adult IAPT Workforce Census Report, London

Internetquellen

BPS The British Psychological Society: http://www.bps.org.uk/

Health Education England and NHS: Health Careers, https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles

NHS Choices (2014): «Counselling: Introduction», http://www.nhs.uk/conditions/Counselling/Pages/Introduction.aspx

NHS Choices (2015a): «Care Programme Approach», http://www.nhs.uk/Conditions/social-care-and-support-guide/Pages/care-programme-approach.aspx

NHS Choices (2015b): «Schizophrenia – Treatment», http://www.nhs.uk/Conditions/Schizophrenia/Pages/Treatment.aspx

NICE National Institute for Health and Care Excellence (2006): Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety (CCBT), Technology appraisal guidance 97 (TA97), updated May 2013, https://www.nice.org.uk/guidance/ta97

NICE National Institute for Health and Care Excellence (2009): Treating depression in adults. Information for the public (Clinical guideline 90) https://www.nice.org.uk/Guidance/cg90

NICE National Institute for Health and Care Excellence (2011): Common mental health problems: identification and pathways to care (Nice Guideline CG 123) https://www.nice.org.uk/guidance/cg123

NICE National Institute for Health and Care Excellence (2014): Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management (Clinical guideline 178) https://www.nice.org.uk/guidance/cg178

RCGP Royal College of General Practitioners: http://www.rcgp.org.uk/

RCPsych Royal College of Psychiatrists (2015): «Schizophrenia», http://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/problemsdisorders/schizophrenia.aspx

Royal College of Nursing: «Professional Development – Becoming a Nurse»: https://www.rcn.org.uk/professional-development/become-a-nurse

6.5 Literatur und Quellen Niederlande

Bakker Peter und Patrick Jansen (2013): Generalistische Basis GGZ: Verwijsmodel en productbeschrijvingen [*Psychische Grundversorgung: Überweisungsmodell und Produktbeschreibungen*], Enschede

Boer Frits (2013): The practice of Dutch child and adolescent psychiatry – Developments over the last fifteen years, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55(8): 619–24

Capaciteitsorgaan (2015): Capaciteitsplan 2015. Beroepen in de Geestelijke Gezondheid, Utrecht

Capaciteitsorgaan (2016): Capaciteitsplan 2016, Deelrapport 1, Utrecht

Dijk S. van, A. Knispel and J. Nuijen (2011): GGZ in tabellen 2010, Utrecht: Trimbos-instituut

FGzPt Federatie van Gezondheidszorgpsychologenen Psychotherapeuten (Federation of Health Care Psychologists and Psychotherapists) (2014): Psychologists in health care in the Netherlands, Utrecht

Forti Alessia, Chris Nas, Alex van Geldrop, Gerdien Franx, Ionela Petrea, Ype van Strien and Patrick Jeurissen (2014): Mental Health Analysis Profiles (MhAPs) - Netherlands, *OECD Health Working Paper 73*

GGZ Nederland (2015): Sectorrapport ggz 2013. Feiten en cijfers over een sector in beweging, Amersfoort

Graaf Ron de, Margreet ten Have und Saskia van Dorsselaer (2010): De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten, Utrecht: Trimbos-instituut

Have Margreet ten, J. Nuyen, A. Beekmann and R. de Graaf (2013): Common mental disorder severity and its association with treatment contact and treatment intensity for mental health problems, *Psychological Medicine*, 43, 2203–2213

Huisartsopleiding (Hrsg.) (2014): Naar een Landelijk Opleidingsplan Huisartsgeneeskunde. Thema zorg voor patiënten met psychische klachten en aandoeningen [o.O.]

IGZ Inspectie voor de gezondheidszorg (2009): Zelfstandig gevestigde psychiaters in beeld: voorwaarden voor verandtwoorde zorg over het algemeen aanwezig, maar praktijkvoering en kwaliteitsbewaking behoeven verbetering, Den Haag

KNMG (1999): Psychiatrie, in: KNMG (1999): Medisch profielenboek, Utrecht, 291–303

Koekkoek Bauke, B.K.G. van Meijel, A. Schene und G. Hutschemaekers (2008): Sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen in Nederland: een enquête, *Sociale Psychiatrie SP,* 27(87), 47–56

Krijgsman Johan, José Peeters, Arina Burghouts, Anne Brabers, Judith de Jong, Tamara Moll, Roland Friele and Lies van Gennip (2015): Between the spark and the flame. 2015 eHealth monitor, The Hague/Utrecht: Nictiz and the NIVEL Institute

MoH Ministry of Public Health, Welfare and Sport (2016): Healthcare in the Netherlands, The Hague

Mutsaars Ton, Fanny Schilderinck, Frank Verhulst, Sylvia van Manen, Christina van der Feltz-Cornelis, Kees Korrelboom und Marlene de Regt (2014): Zorgpad Depressie. Herziende versie november 2014, Utrecht: Trimbos-instituut, ROS netwerk

Nas Chris and Eddy Faber (2014): Mental health policies and waiting times in the Netherlands (Memo, 25 September 2014, GGZ Nederland, Dutch Association of Mental Health and Addiction Care

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (2016): Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ [*Nationale Vereinbarungen zwischen Hausarzt, psychischer Grundversorgung und spezialisierter psychischer Gesundheitsversorgung*], Utrecht

NV Sociaal-Psychiatrisch Verpleegkundige (2004): Sociaal-Psychiatrisch verpleegkundige, Utrecht: Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrische Verpleegkundigen, online unter http://www.venvn.nl/Portals/1/Afdelingen/BDP_Sociaal_psychiatrisch_verpleegkundige.pdf

NVvP Nederlandes Vereniging voor Psychiatrie (2016): HOOP 2.0. Tweede Herziening Opleiding en Onderwijs Psychiatrie, Utrecht

NZa (2015): Marktscan ggz 2015. Deel A, Utrecht

Van Duin Danielle, Ina Boerema, Klaske Hofstra und Lourens Henkelman (2005): Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie: Richtlijn voor de diagnostiek, zorgorganisatie en behandeling van volwassenen cliënten met schizofrenie (samenvatting), Utrecht: Trimbos Instituut

Van Veldhuizen Remmers (2011): Van bedden naar betere zorg in de buurt [*Von den Betten hin zu einer besseren gemeindenahen Versorgung*], *Zorgvisie Magazine* 2 (Feb. 2011), 14–16

Verbeek M., A. Knispel und J. Nuijen (2015): GGZ in Tabellen 2013–2014, Utrecht: Trimbos-instituut

Wieren S. van, C. Schoemaker und J. Spijker (2008): Depressie. Omvang van het probleem. Welke zorg gebruiken paitënten en wat zijn de kosten?, in: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid, Bilthoven: RIVM, online unterhttp://www.depressie.org/medicatie/rivm.htm (Stand Nov. 2016)

Internetquellen

CBS Centraal Bureau vor de Statistiek (2015): «Relatief veel geld aan zorg voor psychische en gedragsstoornissen», 04.12.2015, https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2015/49/relatief-veel-geld-aan-zorg-voor-psychische-en-gedragsstoornissen

GGZ Noord-Holland-Noord [o.J.]: «Veel gestelde vragen over IHT», http://www.ggz-nhn.nl/nl/IHT/iht-faq

GGZNederland [o.J.]: «Langdurige zorg», http://www.ggznederland.nl/themas/langdurende-zorg

Invoering Generalistische Basis GGZ (a) [o.J.]: «Bestuurlijk akkoord en de nieuwe afspraken toekomst GGZ», http://www.invoeringbasisggz.nl/onderwerp/bestuurlijk-akkoord-en-nieuwe-afspraken-toekomst-ggz

Invoering Generalistische Basis GGZ (b) [o.J.]: «Schema doorverwijzing GGZ», http://invoeringbasisggz.nl/onderwerp/schema-doorverwijzing-ggz

Invoering Generalistische Basis GGZ (c) [o.J.]: «Wat verandert er voor huisartsen?», http://www.invoeringbasisggz.nl/onderwerp/wat-verandert-er-voor-huisartsen

Landelijke vereniging POH-GGZ (a) [o.J.]: «Functieprofiel Praktijkondersteuner huisarts-geestelijke gezondheidszorg POH-GGZ», http://www.poh-ggz.nl/over-poh-ggz/functieprofiel

Landelijke vereniging POH-GGZ (b) [o.J.]: «NZa heeft de tariefregels POH-GGZ voor 2016 bepaald»,http://www.poh-ggz.nl/vereniging/nieuws/153-nza-heeft-de-tariefregels-poh-ggz-voor-2016-bepaald

LHV Landelijke Huisartsen Vereniging (2016): «GGZ», https://www.lhv.nl/actueel/dossiers/ggz

NVGzP (2016): «Basis GGZ in Hoofdlijnen», http://www.nvgzp.nl/basis-ggz-in-hoofdlijnen/

Rijksoverheid [o.J.]: «Wat zit er in het basispakket van de zorgverzekering», https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wat-zit-er-in-het-basispakket-van-de-zorgverzekering

Spijker J, CLH Bockting, JAC Meeuwissen, IM van Vliet, PMG Emmelkamp, MLM Hermens und ALJM van Balkom, im Namen der Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie (2013): Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis, Utrecht: Trimbos-instituut, http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=88

7 Abkürzungsverzeichnis

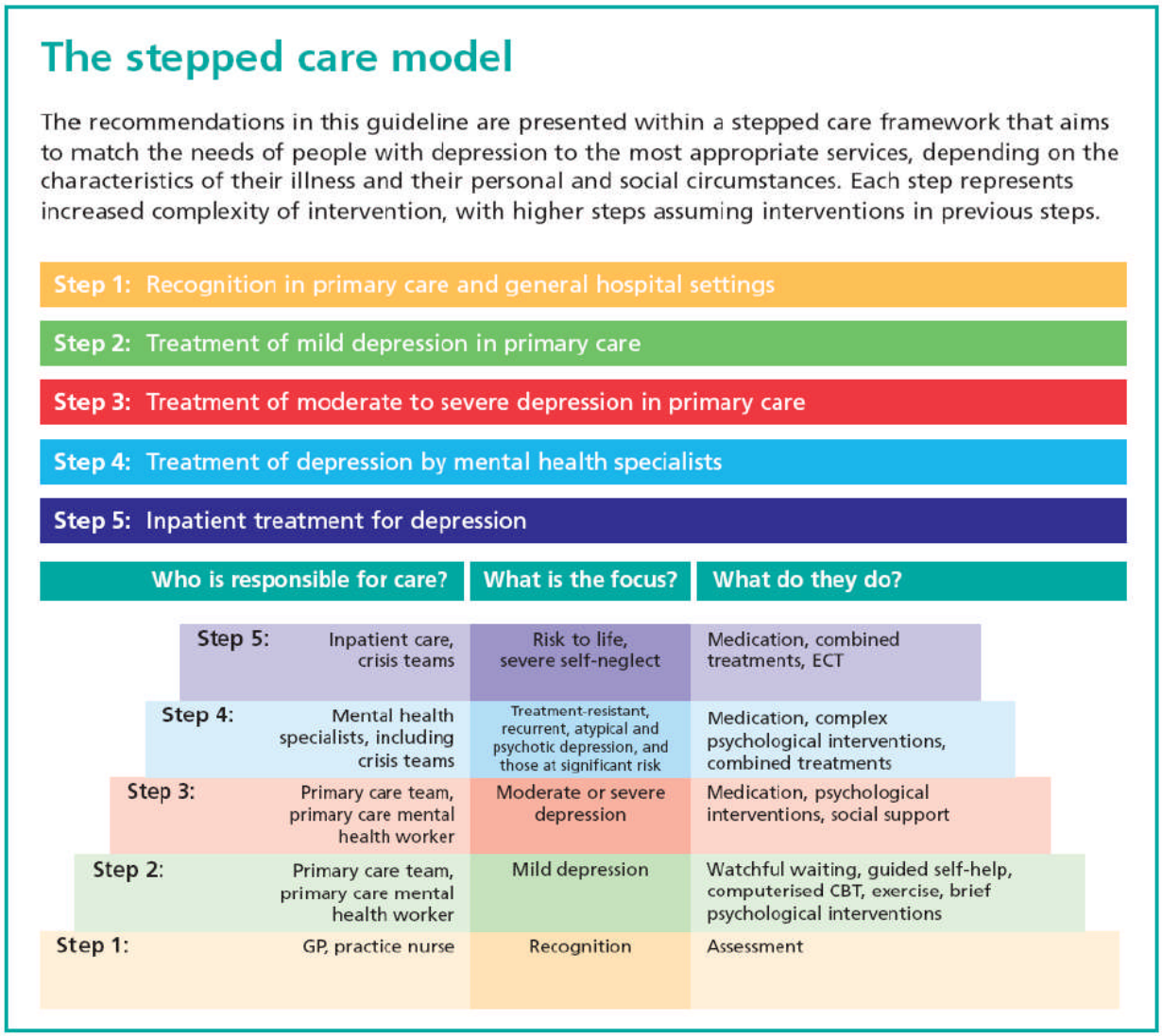
ACT	Assertive Community Treatment (aufsuchende gemeindenahe Behandlung)
ANP	Advanced Nurse Practitioner
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BÄK	Bundesärztekammer
BFS	Bundesamt für Statistik
BIG	Gesundheits- und Medizinalberuferegister (Niederlande) gemäss dem Professions in Individual Health care Act (*Wet op de beroepen in de Individuele gezondheidszorg*)
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
CBS	Centraal Bureau vor de Statistiek (Nationales Statistikamt, Statistics Netherlands)
CCG	Clinical Commissioning Group
DBC	Diagnosis Treatment Combination (*Diagnose Behandeling Combinatie*; Vergütungspauschale in der spezialisierten psychischen Gesundheitsversorgung
Destatis	Statistisches Bundesamt (Deutschland)
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Klassifikationssystem der USA für psychische Störungen, 4. Auflage
EBM	Einheitlicher Bewertungsmassstab (Deutschland)
ESEMeD	European Study of the Epidemiology of Mental Disorders
FACT	Flexible Assertive Community Treatment
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum – Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
FSP	Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen
FU	Fürsorgerische Unterbringung
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren
GGZ	Psychische Gesundheitsversorgung (*geestelijke gezondheidszorg*)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung (Deutschland)
GP	General Practitioner
HSCIC	Health and Social Care Information Centre→ ab Juli 2016 «NHS Digital»
IAPT	Improving Access to Psychological Therapies (Programm in England)
IPPB	Integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung (Deutschland)

KNMG	Königliche niederländische Ärztekammer (*Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst*)
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
MedReg	Medizinalberuferegister (Schweiz)
MS BFS	Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Bundesamt für Statistik
NEMESIS	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study
NZa	Niederländische Krankenversicherungsbehörde (*Nederlandse Zorgautoriteit*)
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Schweiz)
OdASanté	Nationale Dach-Organisation der Arbeitswelt Gesundheit
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PEPP	Pauschalisierendes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Kliniken
POH-GGZ	*Praktijkondersteuner huisarts – geestelijke gezondheidszorg* (Praxisassistenz Psychische Gesundheit)
PsyKP	Altrechtliches Diplom in psychiatrischer Krankenpflege
RCPsych	Royal College of Psychiatrists
RKI	Robert Koch-Institut (Deutschland)
SAPPM	Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin
SASIS	Tochtergesellschaft von santésuisse, dem Branchenverband der schweiz. Krankenversicherer
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
SGPP	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
SIWF	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
SPV	*Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige* (Psychiatriepflegende)
VAPP	Verein Ambulante Psychiatrische Pflege
VVG	Versicherungsvertragsgesetz (regelt freiwillige Zusatzversicherungen)
VZÄ	Vollzeitäquivalente
Wlz	*Wet langdurige zorg,* gesetzliche Grundlage für die Versicherung der Langzeitpflege
Wmo	*Wet maatschappelijke ondersteuning*, Social Support Act

8 Anhang

8.1 Stepped Care

Abbildung 6: Das «Stepped Care»-Modell für die Behandlung von Depressionen



Quelle: aus CSIP/NIMH (2011, 3)

8.2 Vergleichsraster Machbarkeitsanalyse: Übersicht zur Datenlage

Die folgende **Tabelle 23** zeigt die im Rahmen der Machbarkeitsanalyse (Künzi/Jäggi 2016) erarbeiteten Vergleichsindikatoren (in ursprünglicher Nummerierung) sowie die Datenverfügbarkeit gemäss dem aktuellen Stand der Recherchen und Abklärungen. Indikatoren, die nicht vollständig in der gewünschten Form gebildet werden können, sind hellrot markiert, fehlende Daten mit «nein» gekennzeichnet.

Tabelle 23: Datenverfügbarkeit zu den vorgesehenen Vergleichsindikatoren

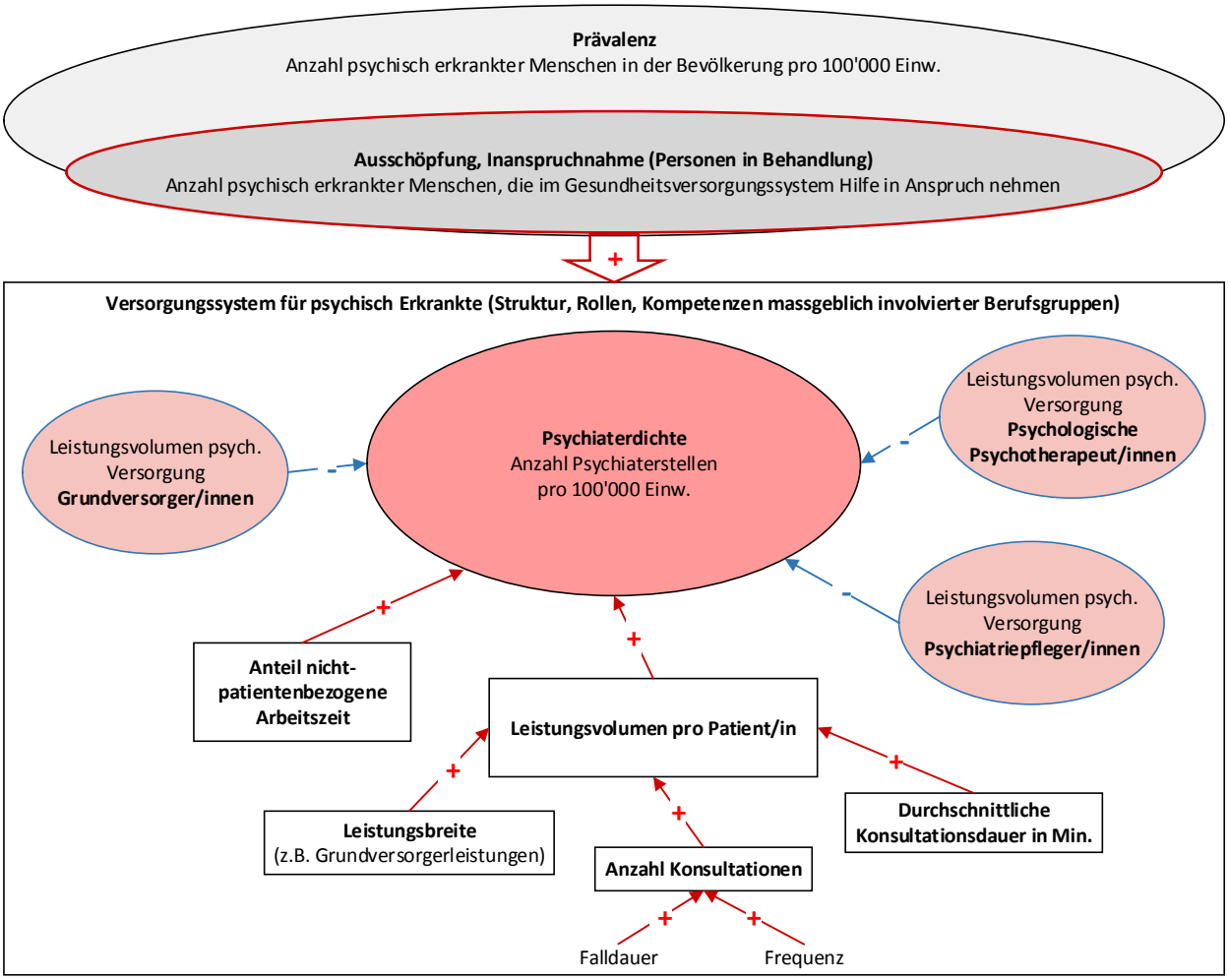
Indikator		Schweiz	Deutschland	England	Niederlande
1 Versorgungsdichte und Angebot					
1.1	Psychiater/innen pro 100'000 Einw.				
	- in Personen	ja	ja	ja	ja
	- in Vollzeitäquivalenten	ja	nein	ja	ja
	- Frauenanteil	ja	ja	ja	ja
	- Ausländeranteil (Nationalität)	ja	nein	ja	ja
	- Durchschnittsalter	ja	ja	nein	ja
1.2	Psychologische Psychotherapeut/innen pro 100'000 Einw.				
	- in Personen	ja	ja	ja	ja
	- in Vollzeitäquivalenten	ja	ja	ja	ja
	- Frauenanteil	ja	ja	ja	ja
	- Ausländeranteil (Nationalität)	ja	teilweise	nein	nein
	- Durchschnittsalter	ja	ja	nein	nein
1.3	Psychiatriepfleger/innen pro 100'000 Einw.				
	- in Personen	teilweise	teilweise	ja	ja
	- in Vollzeitäquivalenten	teilweise	teilweise	ja	nein
	- Frauenanteil	nein	nein	nein	ja
	- Ausländeranteil (Nationalität)	nein	nein	nein	nein
	- Durchschnittsalter	nein	nein	nein	nein
1.4	Ärztedichte pro 100'000 Einwohner/innen				
	- in Personen	ja	ja	ja	ja
	- in Vollzeitäquivalenten	ja	ja	ja	nein
1.5	Anteil Psychiater/innen an allen Ärzt/innen	ja	ja	ja	ja
1.6	Psychiatriebetten in Spitälern pro 100'000 Einw.	ja	ja	ja	ja
1.7	Tages-und Nachtklinikplätze (teilstationär) pro 100'000 Einw.*	nein	nein	nein	nein
1.8	Niedergelassene Psychiater/innen pro 100'000 Einw.				
	- in Personen	ja	ja	nein	ja
	- Frauenanteil	ja	ja	nein	nein
	- Ausländeranteil (Nationalität)	ja	ja	nein	nein
	- Durchschnittsalter	ja	ja	nein	nein
1.9	Wartezeiten für eine spezialisierte Behandlung**	ja	ja	ja	ja
2 Aus- und Weiterbildung Psychiatrie					
2.1	Facharzttitel und Spezialisierungen	ja	ja	ja	nur qualitativ
2.2	Anzahl Jahre Grund- und Weiterbildung	ja	ja	ja	ja
2.3	Jährliche Ausbildungsabschlüsse im Bereich psychische Gesundheit pro 100'000 Einw.				
	a) Facharzttitel in Psychiatrie	ja	ja	ja	ja
	b) Abschlüsse psycholog. Psychotherapie	ja	ja	nein	ja
	c) Abschlüsse Psychiatriepflege	nein	nein	nein	ja
3 Tätigkeit und Leistungserbringung Psychiater/innen					
3.1	Verteilung der Psychiater/innen nach Versorgungssektor	ja	ja	nein	nein
3.2	Verteilung der Arbeitszeit nach Tätigkeiten	ja	ja	keine empirischen Daten	teilweise

Indikator		Schweiz	Deutschland	England	Niederlande
3.3	Anteil Arbeit mit Patient/innen an der Gesamtarbeitszeit	ja	ja	keine empirischen Daten	teilweise
3.4	Anzahl behandelter Patient/innen (bzw. Fälle) pro vollzeitäquivalente Psychiaterstelle pro Jahr	ja	teilweise	nein	nein
3.5	Anzahl Konsultationen pro vollzeitäquivalente Psychiaterstelle pro Jahr	nein	nein	nein	nein
3.6	Anzahl Konsultationen pro Behandlungsfall	nein	nein	teilweise	nein
3.7	Durchschnittliche Konsultationsdauer in Minuten	nein	nein	teilweise	nein
3.8	Anzahl Konsultationsminuten pro Behandlungsfall	nein	nein	teilweise	nein
3.9	Durchschnittliche Falldauer (Eintritt/Austritt) / ~Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	teilweise	teilweise	teilweise	teilweise
4 Psychische Gesundheitsversorgung und Rolle anderer Berufsgruppen					
4.1	Berufsgruppen, die in die psychische Gesundheitsversorgung involviert sind	ja	ja	ja	ja
4.2	Inanspruchnahme: Fachperson, die bei psych. Belastung aufgesucht wird	ja	ja	ja	ja
4.3.1	Umfang der psychiatrisch-psychologischen Ausbildungsinhalte in der Facharztausbildung von Grundversorger/innen	ja	ja	ja	ja
4.3.2	Formelle Zusatzqualifikationen für Grundversorger/innen im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik	ja	ja	ja	ja
	- Anteil Grundversorger/innen mit entsprechender Zusatzqualifikation	Anteil an Ärzteschaft insgesamt	Anteil an Ärzteschaft insgesamt	nein	ja
4.3.3	Anteil der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen an allen Grundversorger-Leistungen	teilweise	nein	nein	nein
4.4	Anteil der a) durch Grundversorger/innen, b) durch Psychiater/innen verschriebene Antidepressiva	nein	ja	nein	teilweise
4.5	Anteil Personen, die in den letzten 12 Monaten wegen psychischen/emotionalen Belastungen in Behandlung waren, und (a) medikamentös, (b) Psychotherapie, (c) mit Medikamenten und Psychotherapie behandelt wurden	teilweise	teilweise	teilweise	teilweise
5 Finanzierung und Kosten					
5.1	Anteil der direkten Gesundheitskosten für die psychische Gesundheitsversorgung an den gesamten direkten Gesundheitskosten	ja	ja	ja	ja
5.2	Finanzierungsmodalitäten für spezialisierte psychische Gesundheitsversorgung im ambulanten und stationären Sektor	ja	ja	ja	ja
5.3.1	Gibt es Massnahmen zur Mengenbegrenzung?	ja	ja	ja	ja
5.3.2	Welche Regelungen gelten für die Vergütung von Psychotherapien?	ja	ja	ja	ja
5.3.3	Welche Berufsgruppen können welche Leistungen direkt mit den Kassen abrechnen?	ja	ja	ja	ja

*Daten entweder nicht verfügbar oder aufgrund unklarer oder uneinheitlicher Definition für den Vergleich nicht verwendbar.
**Eingeschränkte Vergleichbarkeit; Daten beziehen sich auf verschiedene Settings und werden z.T. unterschiedlich berechnet
Darstellung BASS

8.3 Schematische Darstellung von Einflussfaktoren zur Erklärung der Psychiaterdichte

Abbildung 7: Einflussfaktoren zur Erklärung der Psychiaterdichte



Quelle: Darstellung BASS

Die Wirkungen (+ / -) sind jeweils unter Ceteris-Paribus-Annahmen zu interpretieren.

8.4 Datentabelle Schweiz

Tabelle 24: Datengrundlagen Schweiz (fehlende Daten sind in grauer Schrift gekennzeichnet)

Nr.	Indikator	Wert	Jahr	Quelle	Bemerkungen
1	**Versorgungsdichte und Angebot**				
1.0	Berufsgruppen, die in die psychische Gesundheitsversorgung involviert sind				
	(a) Psychiatrie & fachärztliche Versorgung	- Psychiatrie und Psychotherapie - Kinder- und Jugendpsychotherapie und –Psychotherapie			
	(b) Psychologieberufe & nicht-medizinische Psychotherapie	Psychologische Psychotherapie			
	(c) Pflege	Pflegefachpersonen			
1.1	Psychiater/innen pro 100'000 Einw.				
	- in Personen	50.7	2015	FMH-Ärztestatistik	Berufstätige Ärzt/innen nach Hauptfachgebiet: - Psychiatrie und Psychotherapie - Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie
	- in Vollzeitäquivalenten	39.6	2015*	FMH-Ärztestatistik; Dutoit et al. (2014)	*Berechnungen Arbeitspensum basierend auf FMH-Ärztestatistik 2011/12 u. Dutoit et al. (2014): Psychiater im amb. Bereich (FMH): BG: 74.6%; Stationär: Kinderpsych: 8.26 Halbtage, ErwPsych: 8.68 Halbtage
	- Frauenanteil	45.3%	2015	FMH-Ärztestatistik	
	- Ausländeranteil (Nationalität)	40.1%	2015	FMH-Ärztestatistik	Personen, die das Arztdiplom im Ausland erworben haben
	- Durchschnittsalter	54.3	2015	FMH-Ärztestatistik	
1.2	Psychologische Psychotherapeut/innen pro 100'000 Einw.				Alle Personen mit Fachtitel, inkl. nur selbständig Tätige (d.h. ohne Leistungen zulasten der OKP)
	- in Personen	54.3	2012	Stettler et al. (2013, 16)	Ohne ausschliesslich selbständig Tätige: 35.8
	- in Vollzeitäquivalenten	38.9	2012	Stettler et al. (2013, 16–22)	Ohne ausschliesslich selbständig Tätige: 28.1
	- Frauenanteil	68%	2016	FSP-Mitgliederverzeichnis	
	- Ausländeranteil (Nationalität)	11%*	2015	FSP	Keine Gesamtschau, nur Anteil der 2015 vergebenen Titel an Personen mit ausländischer Nationalität (33 von 288 vergebenen Titeln)
	- Durchschnittsalter	52.8	2012	Stettler et al. (2013, 17)	Berechnet aus gewichteten Kategorienmittelwerten.

Nr.	Indikator	Wert	Jahr	Quelle	Bemerkungen
1.3	Psychiatriepfleger/innen pro 100'000 Einw.				
	- in Personen	98.2	2015/ 2016	Krankenhausstatistik BFS; Auskunft Verein Ambulante Psychiatrische Pflege (VAPP)	Stationär: Pflegepersonal in psychiatrischen Kliniken als Proxy (7'709 Pers ., 6043 VZÄ; Krankenhausstatistik BFS: Provisorische Daten 2015.). Keine Daten zu spezialisierter Psychiatriepflege in Alters- und Pflegeheimen. Ambulant: Freiberufliche ambulante Psychiatriepfleger/innen VAPP (468 Pers.). Keine Daten zu spezialisierter Psychiatriepflege in der Spitex.
	- in Vollzeitäquivalenten	76.9	2015	Krankenhausstatistik BFS	Krankenhausstatistik BFS: Provisorische Daten 2015. Für den kleinen Teil der freiberufliche amb. Psychiatriepflege wurde mangels Daten derselbe Beschäftigungsgrad wie im stationären Bereich übernommen.
	- Frauenanteil	-			
	- Ausländeranteil (Nationalität)	-			
	- Durchschnittsalter	-			
1.4	Ärztedichte pro 100'000 Einw.	-			
	- in Personen	424.2	2015	FMH-Ärztestatistik	Berufstätige Ärzt/innen
	- in Vollzeitäquivalenten	377.6	2015	FMH-Ärztestatistik, Hostettler/Kraft (2016)	BG 2015: 8.9 Halbtage (Hostettler/Kraft 2016)
1.5	Anteil Psychiater/innen an allen Ärzt/innen	12.0%	2015	FMH-Ärztestatistik	Berufstätige Ärzt/innen nach Hauptfachgebiet
1.6	Jährliche Ausbildungsabschlüsse im Bereich psychische Gesundheit pro 100'000 Einw.				
	a) Facharzttitel in Psychiatrie	2.0	2014	MedReg BAG	Eidg. Weiterbildungstitel (inkl. Personen mit anerkanntem ausländischen Diplom)
	b) Abschlüsse psycholog. Psychotherapie	3.5	2015	FSP (2016)	Berechnet mit der Anzahl Psychotherapie-Fachtitelabschlüsse, die von der FSP vergeben wurden. Daneben existiert noch eine kleine Zahl vergebener Titel des Verbandes SBAP und Nicht-Verbandsmitglieder
	c) Abschlüsse Psychiatriepflege				
1.7	Psychiatriebetten in Spitälern pro 100'000 Einw.	90.0	2015	Krankenhausstatistik BFS	Stationäre Behandlungsplätze in Allgemeinspitälern und psychiatrischen Fachkliniken. Krankenhausstatistik BFS: Provisorische Daten 2015
1.8	Anzahl niedergelassene Psychiater/innen pro 100'000 Einw.				
	- Absolute Anzahl	37.1	2015	FMH-Ärztestatistik	Berufstätige Ärzt/innen nach Hauptfachgebiet, ambulant
	- Frauenanteil	45.8%	2015	FMH-Ärztestatistik	Berufstätige Ärzt/innen nach Hauptfachgebiet, ambulant
	- Ausländeranteil (Nationalität)	33.6%	2015	FMH-Ärztestatistik	Personen, die das Arztdiplom im Ausland erworben haben
	- Durchschnittsalter	56.5	2015	FMH-Ärztestatistik	

Nr.	Indikator	Wert	Jahr	Quelle	Bemerkungen
1.9	Wartezeiten für eine spezialisierte Behandlung (Psychiatrie oder Psychotherapie)	Psychiatrie: 6-7 Wochen* psycholog. Psychotherapie: 3 Wochen**	2016/ 2012	Stocker et al. (2016, 35f.), Stettler et al. (2013, 35)	*Bei 81% der Psychiater/innen gibt es Wartezeiten, dort im Schnitt von 6 bis 7 Wochen; bei 9% gibt es keine Wartezeiten. **Bei 59% der Psychologischen Psychotherapeut/innen gibt es Wartezeiten, dort im Schnitt 3 Wochen. Bei 41% gibt es keine Wartezeiten.
2	**Aus- und Weiterbildung Psychiatrie**				
2.1	Facharzttitel und Spezialisierungen	2 Facharzttitel: - Psychiatrie u. Psychotherapie - Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie 5 Schwerpunkte: - Alterspsychiatrie u. -psychotherapie - Konsiliar- u. Liaisonpsychiatrie - Forensische Psychiatrie u. Psychotherapie - Psychiatrie u. Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen - Forensische Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie	2016	SIWF: www.fmh.ch →Fachgebiete (Weiterbildung)	Zahlen Ärztestatistik 2015, aktualisiert 03.2016: - Psychiatrie u. Psychotherapie: 3561 - Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie: 707 - Alterspsychiatrie u. -psychotherapie: 140 - Konsiliar- u. Liaisonpsychiatrie: 143 - Forensische Psychiatrie u. Psychotherapie: 58 - Psychiatrie u. Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen: 0 - Forensische Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie: 11
2.2	Anzahl Jahre Grund- und Weiterbildung	6 Jahre Medizinstudium, 6 Jahre Weiterbildung Schwerpunkte: zusätzlich 2 Jahre		SIWF (2009), SIWF (2006)	
3	**Tätigkeit und Leistungserbringung Psychiater/innen**				
3.1	Verteilung der Psychiater/innen nach Versorgungssektor	ambulant: 73.0% stationär: 27.0%	2015	FMH-Ärztestatistik	Berufstätige Ärzt/innen nach Hauptfachgebiet
3.2	Verteilung der Arbeitszeit nach Tätigkeiten	Medizinische patientennahe Tätigkeiten: 59% Administrative Tätigkeiten: 15% Weitere Tätigkeiten: 26%	2016	Stocker et al. (2016, 29)	
3.3	Anzahl behandelter Patient/innen (bzw. Fälle) pro vollzeitäquivalente Psychiaterstelle pro Jahr	156	2015	Schuler et al. (2016) / MS BFS	Amb. psychiatrische Praxen (2015): 447'455 Pat.; Kliniken (MS 2015): 97'874 Fälle bzw. 68'387 Pat. mit psychiatrischer Hauptdiagnose (Schlüssel Patientenzahlen zu Fällen nach Schuler et al. 2016 ca. 70%)
3.4	Anzahl Konsultationen pro vollzeitäquivalente Psychiaterstelle pro Jahr	-			
3.5	Anzahl Konsultationen pro Behandlungsfall	-			
3.6	Durchschnittliche Konsultationsdauer in Minuten	-			
3.7	Anzahl Konsultationsminuten pro Behandlungsfall	-			

Nr.	Indikator	Wert	Jahr	Quelle	Bemerkungen
3.8	Durchschnittliche Falldauer (Eintritt/Austritt) / ~Durchschnittliche Aufenthaltsdauer				
	(a) stationär	31.0 Tage	2015	MS BFS	Mittlere Aufenthaltsdauer in (allen) Spitälern bei psych. Hauptdiagnose (31.0 Tage); keine Daten zu Falldauern in Praxen
	(b) ambulant	-			-
4	**Psychische Gesundheitsversorgung und Rolle anderer Berufsgruppen**				
4.1	Inanspruchnahme: Fachperson, die bei psych. Belastung aufgesucht wird				
	- Anteil Personen, die in den letzten 12 Monaten wegen psychischen Problemen eine Fachperson aufgesucht haben	5.4%	2012	SGB / Schuler et al. (2016, 36)	
	- Verteilung nach Berufsgruppen	Psychiater/in: 41.8% Psycholog/innen/nichtärztl. Psychotherapeut/innen: 38.7% Allgemeinärzt/innen: 12.9% Andere: 6.7%	2012	SGB / Schuler et al. (2016, 37)	
4.2	Ausbildungsinhalte zu psychischer Gesundheit im Weiterbildungs-Curriculum Allgemeinmedizin	Bestandteil der Lernziele, jedoch keine obligatorische Weiterbildungsperiode im Bereich Psychiatrie		SIWF (2011) www.fmh.ch →Fachgebiete (Weiterbildung) →Allgemeine Innere Medizin →Weiterbildungsprogramm	
4.3	Formelle Zusatzqualifikationen im Bereich Mental Health	1. Fähigkeitsausweis für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPPM 2. Fähigkeitsausweis für delegierte Psychotherapie FMPP	2015	FMH-Ärztestatistik	Diese Weiterbildungstitel stehen allen Fachrichtungen offen. Der Fähigkeitsausweis für delegierte Psychotherapie befähigt zur Delegation und Beaufsichtigung von Therapien an psychologische Psychotherapeut/innen.
4.4	Anteil Ärzt/innen mit entsprechender Zusatzqualifikation	1. 1.7% 2. 1.2%			Zahlen: Fähigkeitsausweis für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPPM: 595; Fähigkeitsausweis für delegierte Psychotherapie FMPP: 415; Anteile jeweils auf sämtliche berufstätigen Ärzt/innen bezogen

Nr.	Indikator	Wert	Jahr	Quelle	Bemerkungen
-	Anteil der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen an allen Grundversorger-Leistungen	4-5%	2006	Dubach/Künzi (2008, 24; SASIS-Daten)	Der TARMED kennt vier «Grundversorger-Positionen», die ausdrücklich für Leistungen im Bereich der Grundversorgung reserviert sind. Davon ist für unsere Fragestellung die Position 00.520: „Psychotherapeutische/psychosoziale Beratung durch den Facharzt für Grundversorgung, pro 5 Min." von Bedeutung. Die Grundversorgerpositionen machen jedoch insgesamt nur ca. 14-15% der Tätigkeiten aus. Die allermeiste ärztl. Zeit (65-71%) der Grundversorger wird auf allgemeinen Konsultationspositionen (Grundkonsultationen und Generalistenleistungen) erbracht, welche allen Ärzt/innen offen stehen. Eine grobe Auswertung ergab, dass 4-5% der Grundversorgertätigkeiten auf die Position 00.520 fallen dürften.
4.5	Antidepressiva: DDD pro 1000 Einw. pro Tag	-			
4.6	Anteil der a) durch Grundversorger/innen, b) durch Psychiater/innen verschriebene Antidepressiva	-			
4.7	Anteil Personen, die in den letzten 12 Monaten wegen psychischen/emotionalen Belastungen in Behandlung waren, und (a) medikamentös, (b) Psychotherapie, (c) mit Medikamenten und Psychotherapie behandelt wurden	Bezogen auf Hausarztpraxen: (a) 43.7% (b) 8.5% (c) 22.6% Die restlichen rund 25% wurden in spezialisierte Behandlung überwiesen.		Schuler/Burla (2012, 48)	In Hausarztpraxen: a) 43.7%, b) 8.5%, c) 22.6% (die restlichen gut 25% wurden in spezialisierte Behandlung überwiesen). Daten aus dem Obsan-Monitoring (Schuler/Burla 2012) basieren auf Sentinella-Studie mit Angaben aus 150-200 ärztlichen Grundversorgungspraxen.
5	**Finanzierung und Kosten**				
5.1	Anteil der direkten Gesundheitskosten für die psychische Gesundheitsversorgung an den gesamten direkten Gesundheitskosten	9.2%	2015	Schuler et al. (2016, 59f.)	OKP-Bruttokosten, ohne Medikamentenkosten und psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen von Allgemeinpraktiker/innen
5.2	Finanzierungsmodalitäten für die spezialisierte psychische Gesundheitsversorgung				
	(a) im ambulanten Sektor	Einzelleistungsvergütung nach Tarmed	2016		
	(b) im stationären Sektor	Tagespauschalen (voraussichtlich ab 2018 TARPSY)	2016	BR (2016)	Kostenträger sind zu 45% die Krankenkassen und zu 55% die öffentliche Hand (vgl. Kap. 3.1.1)
	(c) intermediäre Versorgung	Nicht einheitlich geregelt: Tarmed-Tarifstrukturen, Pauschalen, kantonale Beiträge im Rahmen gemeinwirtschaftlicher Leistungen	2016	BR (2016)	
5.3	Welche Regelungen gelten für die Vergütung von Psychotherapien?	Delegierte Psychotherapie: OKP übernimmt in vollem Umfang (abzüglich Franchise/Selbstbehalt); ab 40 Sitzungen muss eine Kostengutsprache bei der Krankenkasse beantragt werden selbständige Psychotherapieut/innen: Zusatzversicherungen bezahlen einen Teil der Kosten		Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)	

Nr.	Indikator	Wert	Jahr	Quelle	Bemerkungen
5.4	Gibt es Massnahmen zur Mengenbegrenzung?	Nein Ebene Leistungserbringer: Psychologische PT (Delegationsmodell)			
5.5	Umfang des Selbstkostenanteils	Nach Ausschöpfung der Franchise (mindestens 300, maximal 2500 CHF) wird ein Selbstkostenanteil von 10% der Behandlungskosten und 10 bis 20% der Medikamentenkosten (bis maximal 700 CHF pro Jahr) erhoben		Bundesgesetz über die Krankenversicherung; (KVG) Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)	Die Regelungen zu Selbstbehalt und Franchise (mit hohen Franchisen sinken Kosten für Prämien) führen dazu, dass auf die Inanspruchnahme von Therapien durch Personen mit geringen finanziellen Mitteln verzichtet wird bzw. werden muss (Stocker et al. 2016).
5.6	Welche Zugangswege gelten für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung?				
	(a) Fachärztliche Versorgung	Direktzugang			
	(b) Psychologische Psychotherapie	Direktzugang nur im Delegationsmodell (nur von OKP vergütet, wenn Psychotherapeut/in in den Praxisräumen des Arztes oder der Ärztin, unter seiner/ihren direkten Aufsicht und Verantwortung sowie im Rahmen eines Anstellungsverhältnisses arbeiten)			

Quelle: Berechnungen BASS

8.5 Datentabelle Deutschland

Tabelle 25: Datengrundlagen Deutschland (fehlende Daten sind in grauer Schrift gekennzeichnet)

Nr.	Indikator	Wert	Jahr	Quelle	Bemerkungen
1	**Versorgungsdichte und Angebot**				
1.0	Berufsgruppen, die in die psychische Gesundheitsversorgung involviert sind			RKI (2015, 118–120)	
	(a) Psychiatrie & fachärztliche Versorgung	- Psychiatrie & Psychotherapie - Kinder- und Jugendpsychiatrie und –Psychotherapie - Nervenheilkunde - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - (Neurologie)			
	(b) Psychologieberufe und nicht-medizinische Psychotherapie	Psychologische Psychotherapie			
	(c) Pflege	- Pflegefachpersonen - Fachkrankenpflege Psychiatrie			
1.1	Psychiater/innen pro 100'000 Einw.				
	- in Personen	24.1	2015	Ärztestatistik der BÄK (vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, www.gbe-bund.de)	4 relevante Gebiets- bzw. Facharztbezeichnungen: - Kinder- und Jugendpsychiatrie - Psychiatrie und Psychotherapie - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Nervenheilkunde
	- in Vollzeitäquivalenten	-			in der Gesundheitspersonalrechnung ist nach Auskunft von destatis keine Differenzierung nach Facharztgruppe möglich
	- Frauenanteil	50.4%	2015	Ärztestatistik der BÄK	
	- Ausländeranteil (Nationalität)	-			Keine Unterscheidung nach Facharzttitel möglich
	- Durchschnittsalter	54.6	2015	Ärztestatistik der BÄK	Aus Alterskategorien berechnet
1.2	Psychologische Psychotherapeut/innen pro 100'000 Einw.				
	- in Personen	47.9	2014	Psychotherapeutendatei der Bundespsychotherapeutenkammer	Beschäftigte Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten
	- in Vollzeitäquivalenten	40.4	2014	Gesundheitspersonalrechnung des statistischen Bundesamts	In der Gesundheitspersonalrechnung sind alle bei der Bundespsychotherapeutenkammer registrierten psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten enthalten, auch die in Privatpraxen, die normalerweise nicht mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen können.

Nr.	Indikator	Wert	Jahr	Quelle	Bemerkungen
	- Frauenanteil	68%	2014	Psychotherapeutendatei der Bundespsychotherapeutenkammer	
	- Ausländeranteil (Nationalität)	2.2%*	2014	Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Statistische Informationen, Stand 31.12.2014 (S. 15)	*Nur vertragsärztliche Versorgung (d.h. ohne stationär tätige psychologische PT)
	- Durchschnittsalter	51.4	2014	Psychotherapeutendatei	Aus Alterskategorien berechnet
1.3	Psychiatriepfleger/innen pro 100'000 Einw.				
	- in Personen	69.6*	2015	Statistisches Bundesamt (2016): Grunddaten der Krankenhäuser 2015, Fachserie 12 Reihe 6.1 (Kap. 2.6.3.1)	*Zahl bezieht sich auf stationär Beschäftigte im Fachbereich Psychiatrie. Davon haben 7428 Personen (= 9.1 / 100'000) eine Weiterbildung in Fachkrankenpflege Psychiatrie). Der Anteil Personen mit Weiterbildung in Fachkrankenpflege Psychiatrie beträgt gemäss Löffert et al. (2012, 78f.) 13% in psychiatrischen Fachkrankenhäusern und 17% in psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern.
	- in Vollzeitäquivalenten	55.2	2015	Statistisches Bundesamt (2016): Grunddaten der Krankenhäuser 2015, Fachserie 12 Reihe 6.1 (Kap. 2.6.3.1)	
	- Frauenanteil	73.5%	2015	Statistisches Bundesamt (2016): Grunddaten der Krankenhäuser 2015, Fachserie 12 Reihe 6.1 (Kap. 2.6.3.1)	
	- Ausländeranteil (Nationalität)	-			
	- Durchschnittsalter	-			
1.4	Ärztedichte pro 100'000 Einw.				
	- in Personen	451.8	2014	Gesundheitspersonalrechnung des statistischen Bundesamts	
	- in Vollzeitäquivalenten	393.1	2014	Gesundheitspersonalrechnung des statistischen Bundesamts	
1.5	Anteil Psychiater/innen an allen Ärzt/innen	5.3%	2015	Ärztestatistik der BÄK	
1.6	Jährliche Ausbildungsabschlüsse im Bereich psychische Gesundheit pro 100'000 Einw.				
	a) Facharzttitel in Psychiatrie	1.0	2015	Ärztestatistik der BÄK	FA Psychiatrie und PT: inkl. FA Psychiatrie (altrechtlich) FA Psychosomatische Medizin und PT: inkl. FA Psychotherapeutische Medizin (altrechtlich)

Nr.	Indikator	Wert	Jahr	Quelle	Bemerkungen
	b) Abschlüsse psycholog. Psychotherapie	2.9	2015	Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen IMPP www.impp.de/internet/de/loesungen-und-ergebnisse.html	Keine bundesweite Statistik zur Anz. Psychotherapeuten, die jährlich neu eine Approbation erhalten (Informationen bei den Bundesländern). Die Zahlen zur Anzahl bestandener schriftlicher Prüfungen sind gemäss Bundespsychotherapeutenkammer eine gute Annäherung – es gebe kaum Drop-outs zwischen der schriftlichen und mündlichen Prüfung bzw. der Approbation.
	c) Abschlüsse Psychiatriepflege				
1.7	Psychiatriebetten in Spitälern pro 100'000 Einw.	87.7	2015	Statistisches Bundesamt (2016): Grunddaten der Krankenhäuser 2015, Fachserie 12 Reihe 6.1	Anzahl Betten in psychiatrischen Fachabteilungen: 72‘037
1.8	Anzahl niedergelassene Psychiater/innen pro 100'000 Einw.			Ärztestatistik der BÄK	4 relevante Gebiets- /Facharztbezeichnungen: - Kinder- und Jugendpsychiatrie - Psychiatrie und Psychotherapie - Psychosomatische Medizin & Psychotherapie - Nervenheilkunde
	- in Personen	12.3	2015	Ärztestatistik der BÄK, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, www.gbe-bund.de	in der Ärztestatistik wird im ambulanten Bereich zw. «niedergelassen» und «angestellt» unterschieden. Hier nur Niedergelassene.
	- Frauenanteil	51.7	2015	Ärztestatistik der BÄK, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, www.gbe-bund.de	
	- Ausländeranteil (Nationalität)	2.7%	2015	KBV: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, 31.12.2015 (S. 15)	Fachärzte sind hier etwas anders gruppiert («Ärztliche Psychotherapeuten» als eigene Gruppe ausgewiesen; Nervenärzte, Neurologen und Psychiater in einer Gruppe zusammengefasst)
	- Durchschnittsalter	57.8	2015		Aus Alterskategorien berechnet
1.9	Wartezeiten für eine spezialisierte Behandlung (Psychiatrie oder Psychotherapie)	Psychologische Psychotherapie: Dauer zwischen Anfrage und Erstgespräch: 12.5 Wochen zwischen Anfrage und Therapie: 23.4	2011	BPtK (2011, 6f.)	Wartezeiten für Behandlungen bei niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeut/innen. Daten basieren auf Psychotherapeut/innen, die eine Warteliste führen (54% der Befragten). Praxen ohne Wartelisten haben ähnliche Kapazitäten für neue Pat., können für ca. ¼ der Anfragen relativ kurzfristige Termine anbieten, ¾ werden jedoch weiterverwiesen (BPtK 2011).

Nr.	Indikator	Wert	Jahr	Quelle	Bemerkungen
2	**Aus- und Weiterbildung Psychiatrie**				
2.1	Facharzttitel und Spezialisierungen	1. Psychiatrie und Psychotherapie (Schwerpunkt: Forensische Psychiatrie) 2. Psychosomatische Medizin & Psychotherapie 3. Nervenheilkunde 4. Kinder- und Jugendpsychiatrie und –Psychotherapie (5. Neurologie)		Bundesärztekammer, Musterweiterbildungsverordnung 2003	Zahlen 2015: 1. 12.72 pro 100'000 (10'450 Pers.), SP Forensische Psychiatrie: 254 Pers. 2. 5.09 pro 100'000 (4179 Pers.) 3. 3.67 pro 100'000 (3012 Pers.) 4. 2.64 pro 100'000 (2168 Pers.) (5. 7.85 pro 100'000 (6451 Pers.)
2.2	Anzahl Jahre Grund- und Weiterbildung	6 Jahre Medizinstudium, 5 Jahre Weiterbildung	2003	Grundbildung: Bundesärzteordnung Die aktuelle (Muster-) Weiterbildungsordnung stammt aus dem Jahr 2003 (vgl. BÄK 2015)	Die bundesweite Musterweiterbildungsordnung hat nur Empfehlungscharakter, Inhalt und Dauer der Weiterbildung in den entsprechenden Fachgebieten sind bei den jeweiligen Landesärztekammern festgelegt.
3	**Tätigkeit und Leistungserbringung Psychiater/innen**				
3.1	Verteilung der Psychiater/innen nach Versorgungssektor	51% ambulant (niedergelassen oder angestellt) 41% stationär	2015	Ärztestatistik der BÄK	Ohne Neurolog/innen. Übrige 8% arbeiten in Behörden oder in sonstigen Bereichen, werden in der Ärztestatistik aber als «mit ärztlicher Tätigkeit» bezeichnet.
3.2	Verteilung der Arbeitszeit nach Tätigkeiten	Medizinische patientennahe Tätigkeiten: 71% Administrative Tätigkeiten: 17% Weitere Tätigkeiten: 12%	2016	Ärztemonitor http://www.kbv.de/html/aerztemonitor.php	
3.3	Anzahl behandelter Patient/innen (bzw. Fälle) pro vollzeitäquivalente Psychiaterstelle pro Jahr	Angaben zur Anzahl Behandlungsfälle/Jahr in ambulanter Versorgung: FA Psychiatrie und PT: 1849* FA Nervenheilkunde: 3527* FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -PT: 1110* ärztliche und psychologische PT: 189*	2014	Honorarbericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Auszug der Daten unter http://gesundheitsdaten.kbv.de/cm/html/17023.php (Stand November 2016)	*Nur ambulante Versorgung. Nicht ausgewiesen pro vollzeitäquivalente Stelle, sondern pro Arzt/Ärztin. Definition Behandlungsfall: Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in einem Kalendervierteljahr zulasten derselben Krankenkasse. Auch wenn ein Versicherter die Praxis mehrmals im Quartal aufsucht, bleibt es 1 Behandlungsfall. Zum Vergleich: im hausärztlichen Versorgungsbereich waren es im selben Zeitraum 3384 Behandlungsfälle. Die KBV weist die Facharztgruppe der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie nicht separat aus; die Auswertungen in Herpertz et al. (2011, Abb. 2.4) zeigen jedoch, dass sich die Fallzahlen in einem ähnlichen Rahmen bewegen wie diejenigen der ärztlichen und psychologischen Psychotherapie.
3.4	Anzahl Konsultationen pro vollzeitäquivalente Psychiaterstelle pro Jahr	-			
3.5	Anzahl Konsultationen pro Behandlungsfall	-			

Nr.	Indikator	Wert	Jahr	Quelle	Bemerkungen
3.6	Durchschnittliche Konsultationsdauer in Minuten	-			Im Einheitlichen Bewertungsmassstab (EBM) sind unter den verschiedenen Tarifpositionen auch Mindestdauern und Abrechnungseinheiten vorgegeben. Bei der Psychotherapie gemäss Psychotherapie-Richtlinien (Kap. 35 EBM) sind es in der Regel 50 Minuten, in weiteren Leistungskategorien können auch therapeutische Interventionen und Gespräche zu kürzeren Zeiteinheiten abgerechnet werden, häufig zu mindestens 10 Minuten. Online-Version des EBM verfügbar unter: http://www.kbv.de/html/online-ebm.php (Stand Nov. 2016)
3.7	Anzahl Konsultationsminuten pro Behandlungsfall	-			
3.8	Durchschnittliche Falldauer (Eintritt/Austritt) / ~Durchschnittliche Aufenthaltsdauer				
	(a) stationär	20.6 Tage	2014	Krankenhausstatistik	Durchschnittliche Verweildauer aller Fälle in Tagen für Psychische und Verhaltensstörungen (ICD-10: F00-F99)
	(b) ambulant	-			
4	**Psychische Gesundheitsversorgung und Rolle anderer Berufsgruppen**				
4.1	Inanspruchnahme: Fachperson, die bei psych. Belastung aufgesucht wird				
	- Anteil Personen, die in den letzten 12 Monaten wegen psychischen Problemen eine Fachperson aufgesucht haben	12%	2010	Eurobarometer 2010	n=185 (insgesamt 1573 befragte Personen)
	- Verteilung nach Berufsgruppen	Hausarzt/-ärztin: 67%* Psychiater/in: 9% Psycholog/in oder Psychotherapeut/in: 19% Pflege: 1% Sozialarbeiter/in: 3%	2010	Eurobarometer 2010	*Grundgesamtheit: Personen, die in den letzten 12 Monaten wegen psychischen Problemen eine Fachperson aufgesucht haben. Mehrfachnennungen möglich. Siehe auch Gaebel et al. (2013) zur Inanspruchnahme allgemeinmedizinischer und fachärztl. Behandlungen bei psychischen Erkrankungen. Auch die Analyse von Krankenkassendaten zeigt den bedeutenden Stellenwert der Grundversorgung im Bereich Mental Health.
4.2	Ausbildungsinhalte zu psychischer Gesundheit im Weiterbildungs-Curriculum Allgemeinmedizin	Obligatorisch sind 80 Stunden Weiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung		BÄK 2015	
4.3	Formelle Zusatzqualifikationen im Bereich Mental Health	1. Psychoanalyse 2. fachgebundene Psychotherapie 3. Suchtmedizinische Grundversorgung	2015	Ärztestatistik der Bundesärztekammer; Linden et al. (2008); BÄK (2015)	Die Zusatz-Weiterbildungen stehen grundsätzlich allen Facharztgruppen offen. Der Facharzttitel der Ärzt/innen mit Zusatzbezeichnungen wird aus Daten nicht ersichtlich.
4.4	Anteil Ärzt/innen mit entsprechender Zusatzqualifikation	1. 0.7% 2. 3.9% 3. 0.6%			Zahlen Zusatzweiterbildungen: 1. Psychoanalyse (2'493 Ärzt/innen) 2. fachgebundene Psychotherapie (14'436 Ärzt/innen) 3. Suchtmedizinische Grundversorgung (2'268 Ärzt/innen)

Nr.	Indikator	Wert	Jahr	Quelle	Bemerkungen
-	Anteil der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen an allen Grundversorger-Leistungen	-			Keine Datenauswertungen zu diesem Indikator gefunden. Gemäss der Analyse von Herpertz et al. (2011, 15) haben 58% der Hausärzt/innen im 1. Quartal 2010 Leistungen gemäss Psychotherapie-Richtlinien (Kap. 35 EBM) abgerechnet. Der überwiegende Teil davon entfällt aber auf nicht-antragspflichtige Leistungen (d.h. Psychotherapie gemäss Richtlinienverfahren), sondern aus übrigen Positionen (z.B. diagnostische Klärung, verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen etc.).
4.5	Antidepressiva: DDD pro 1000 Einw. pro Tag	55.1	2014	OECD.Stat Health Statistics	www.oecd.org/health/health-data.htm
4.6	Anteil der a) durch Grundversorger/innen, b) durch Psychiater/innen verschriebene Antidepressiva	a) 47%* b) 36%	2015	GKV Arzneimittelindex, Sonderauswertung durch das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO)	*Nur ambulante Versorgung und nur über öffentliche Apotheken bezogene Arzneimittel für GKV-Versicherte Anteil der Verordnungen in DDD. Insgesamt wurden im Jahr 2015 1'456.03 Mio. DDD verschrieben. a) Hausärzt/innen und hausärztlich tätige Internist/innen b) Nervenärzt/innen und Psychiater/innen
4.7	Anteil Personen, die in den letzten 12 Monaten wegen psychischen/emotionalen Belastungen in Behandlung waren, und (a) medikamentös, (b) Psychotherapie, (c) mit Medikamenten und Psychotherapie behandelt wurden	(a) 43% (b) 16% (c) keine Angaben	2005	Eurobarometer 2006	Befragt wurden 1515 Personen im Dezember 2005 14% der Befragten (n=216) haben in den letzten 12 Monaten wegen psychischen Problemen eine Fachperson aufgesucht.
5	**Finanzierung und Kosten**				
5.1	Anteil der direkten Gesundheitskosten für die psychische Gesundheitsversorgung an den gesamten direkten Gesundheitskosten	11.3%	2008	RKI (2015, 386), basierend auf der Krankheitskostenrechnung (KKR) des Statistischen Bundesamtes	Die Krankheitskosten werden nach Erkrankung (ICD-10), Alter, Geschlecht und Einrichtung des Gesundheitswesens aufgeschlüsselt. Zur Bestimmung der Krankheitskosten werden die Werte aus der Gesundheitsausgabenrechnung mittels geeigneter Schlüssel aufgegliedert Nicht in der Rechnung enthalten sind Investitionskosten, daher ergibt die Summe der ausgewiesenen Kosten in der KKR weniger als die Gesamtkosten gemäss der Gesundheitsausgabenrechnung (RKI 2015, 386). – Die aktuellsten Daten stammen von 2008, die nächste Veröffentlichung mit dem Berichtsjahr 2015 ist nach Auskunft des Statistischen Bundesamtes Destatis für 2017 geplant.
5.2	Finanzierungsmodalitäten für die spezialisierte psychische Gesundheitsversorgung				
	(a) im ambulanten Sektor	Mischung aus Grund- und Zusatzpauschalen sowie Leistungskomplexvergütung; Einzelleistungsvergütung für Psychotherapie		GKV Spitzenverband (2015), AOK Bundesverband (2016), KBV (2016)	Das Tarifsystem bzw. der Leistungskatalog basiert auf dem Einheitlichen Bewertungsmassstab (EBM).

Nr.	Indikator	Wert	Jahr	Quelle	Bemerkungen
	(b) im stationären Sektor	Fallpauschalen (Diagnose- und Leistungsbezogene Pauschalen)		Schäfer (2015), Bühring (2016), BMG (2016)	Das pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Kliniken (PEPP) wird nicht wie vorgesehen zum 1. Januar 2017 eingeführt. Die Neuausrichtung des Vergütungssystems wird voraussichtlich mit dem «Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen» (PsychVVG) geregelt.
	(c) intermediäre Versorgung	- Home Treatment: wird im Rahmen des neuen Entgeltsystems künftig als Krankenhausleistung definiert und vergütet - Integrierte Versorgung nach §140 SGB V: individuelle Vereinbarungen zwischen Kassen und Leistungserbringern - Psychiatrische Institutsambulanzen: Quartalspauschalen, Komplexleistungen oder Vergütung gemäss EBM		Bühring (2016), BMG (2016), Walburg (2013), Neubert/Richter (2016)	Beispiele von Vergütungsmodalitäten in der integrierten Versorgung: Pro-Kopf-Jahrespauschalen, Globalbudget für Vertragspartner, Abgestufte Vergütungsklassen nach Diagnose, Schweregrad und Behandlungsbedarf (Walburg 2013).
5.3	Welche Regelungen gelten für die Vergütung von Psychotherapien?	Antragspflichtige und kontingentierte Leistung: Vergütet werden 5-8 probatorische Sitzungen und eine aufgrund von Diagnose, Therapieverfahren und Therapieziel vereinbarten Anzahl Sitzungen.		KBV (2016), Psychotherapie-Richtlinie (G-BA 2015), BÄK/KBV/AWMF (2011, 36f.)	Seit April 2016 erhalten Psychotherapeut/innen ab einer bestimmten Anzahl Therapiestunden pro Quartal einen «Strukturzuschlag», um höhere Aufwendungen in der Praxisorganisation abzudecken (z.B. für eine Praxisassistenz). Die Psychotherapie ist *nicht* Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, d.h. es gibt keine Deckelung des Gesamtbudgets
5.4	Gibt es Massnahmen zur Mengenbegrenzung?	In der vertragsärztlichen Versorgung (inkl. psychologische Psychotherapie): - Bedarfsplanungs-Richtlinie; - Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung; - Regelleistungsvolumen		G-BA (2016a), GKV Spitzenverband (2015), AOK Bundesverband (2016)	Die Bedarfsplanungs-Richtlinie steuert die Zulassung von Psychologischen Psychotherapeut/innen und Fachärzt/innen zur vertragsärztlichen Versorgung. Die seit 2009 geltende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung sowie die arztgruppenspezifische Regelleistungsvolumina sind Massnahmen zur Mengenbegrenzung (vgl. Kap. 3.2.1).
5.5	Umfang des Selbstkostenanteils	keine Zuzahlungen bei ambulanten fachärztlichen Behandlungen und Psychotherapie; Kostenbeteiligung bei Medikamenten, stationären Behandlungen und bei der ambulanten Soziotherapie		BMG (2015)	Bei verschreibungspflichtigen Medikamenten: 10% des Preises, bzw. mindestens 5, maximal 10 Euro; Bei stationären Behandlungen: 10 Euro pro Tag während maximal 28 Tagen pro Kalenderjahr, Bei einer Soziotherapie: 10% pro Tag, bzw. mindesten s 5, maximal 10 Euro.
5.6	Welche Zugangswege gelten für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung?				
	(a) Fachärztliche Versorgung	Direktzugang			im Rahmen der vertragsärztl. Versorgung
	(b) Psychologische Psychotherapie	Direktzugang			im Rahmen der vertragsärztl. Versorgung

Quelle: Berechnungen BASS

8.6 Datentabelle England

Tabelle 26: Datengrundlagen England (fehlende Daten sind in grauer Schrift gekennzeichnet)

Nr.	Indikator	Wert	Jahr	Quelle	Bemerkungen
1	**Versorgungsdichte und Angebot**				
1.0	Berufsgruppen, die in die psychische Gesundheitsversorgung involviert sind				
	(a) Psychiatrie und fachärztliche Versorgung	- Erwachsenenpsychiatrie - Kinder- und Jugendpsychiatrie - Gerontopsychiatrie - Ärztliche Psychotherapie - Psychiatrie der Lernschwäche - Forensische Psychiatrie		CfWI (2014a, 2014b), Hewlett/Horner (2015), Mind (2013)	
	(b) Psychologieberufe & nicht-medizinische Psychotherapie	- Nicht-medizinische Psychotherapie - Klinische Psychologie - Gesundheitspsychologie - Psychologische Beratung			Was die 7 regulierten Psychologieberufe betrifft, ist abgesehen von den klinischen Psycholog/innen aufgrund der Datenlage unklar, in welchem Umfang sie ins Versorgungssystem eingebunden sind. Es scheint jedoch plausibel, dass zumindest Gesundheitspsycholog/innen und «counselling psychologists» involviert sind.
	(c) Pflege	- Pflegefachpersonen - Mental Health Nurse - Intellectual Disability Nurse			
	(d) weitere Berufsgruppen (ambulant)	- Sozialarbeiter/in - Ergotherapeut/in			
1.1	Psychiater/innen pro 100'000 Einw.				«Psychiatrists currently comprise 9.8% of the overall NHS mental health workforce on a full-time equivalent basis. The majority of these are consultants (4,5%), while the remainder are SAS doctors (associated specialists, specialty doctors and staff grades) and psychiatry trainees, who work as specialty registrars (1.6% and 3.7%, respectively)» (CfWI 2014b, 5).
	- in Personen	17.7	2015	NHS Digital (NHS Hospital and Community Health Services staff)	Stichtagserhebung zum 30. September 2015
	- in Vollzeitäquivalenten	16.3	2015	NHS Digital	
	- Frauenanteil	41%	2013	CfWI (2014b, 24)	Frauenanteil bei Consultant Psychiatrists, d.h. mit abgeschlossener Weiterbildung (bei Assistenzärzt/innen: 52%)
	- Ausländeranteil (Nationalität)	34%	2014	CfWI (2014a, 24)	Bezieht sich auf Consultant Psychiatrists mit Medizinstudium im Ausland. Der Grossteil von ihnen stammt aus Ländern ausserhalb der EU/EWR (27%). Bei Psychiater/innen in Weiterbildung war bereits 2011 der Anteil Personen mit ausländischem Staatsexamen höher: 39%

Nr.	Indikator	Wert	Jahr	Quelle	Bemerkungen
					(CfWI 2014b)
	- Durchschnittsalter	-			
1.2	Psychologische Psychotherapeut/innen pro 100'000 Einw.				Diese Gruppe setzt sich zusammen aus zwei Gruppen: - «Qualified Psychotherapy staff» (gemäss NHS Digital inkl. ausgebildete IAPT-high-intensity Therapeut/innen) - Clinical Psychology Staff Gemäss CfWI (2014b, 7f) waren 2014 von insgesamt 2944 VZÄ in Psychotherapie rund die Hälfte IAPT-Therapeut/innen. Die Zahlen im IAPT Census 2015 (NHS/HEE 2016) beinhalten auch Personen in Ausbildung.
	- in Personen	23.7	2015/ 2016	NHS Digital (NHS Hospital and Community Health Services)	- Qualified Psychotherapy staff in England (30.9.2015) - Qualified clinical psychology staff in NHS Trusts and CCGs in England (31.7.2016), d.h. ohne Pers. in Ausbildung
	- in Vollzeitäquivalenten	19.6	2015/ 2016	NHS Digital (NHS Hospital and Community Health Services)	
	- Frauenanteil	(a) keine Angaben (b) 81%*	2016	NHS Digital (NHS Hospital and Community Health Services)	Angaben nur bezogen auf Qualified clinical psychology staff in NHS Trusts und CCGs
	- Ausländeranteil (Nationalität)	-			
	- Durchschnittsalter	-			
1.3	Psychiatriepfleger/innen pro 100'000 Einw.				Pflegefachpersonen, die sich im Rahmen der Grundausbildung auf Mental Health spezialisiert haben (siehe Kap. 3.3.2)
	- in Personen	83.8	2015	NHS Digital (NHS Hospital and Community Health Services)	Qualified Community Psychiatry and Other Psychiatry nursing staff Für 2014 beträgt der Anteil der Community Mental Health Nurses rund 41%, die übrigen werden in HSCIC (2015) als «other psychiatry nurses» klassifiziert.
	- in Vollzeitäquivalenten	78.0	2015	NHS Digital (NHS Hospital and Community Health Services)	Qualified Community Psychiatry and Other Psychiatry nursing staff
	- Frauenanteil	-			
	- Ausländeranteil (Nationalität)	-			
	- Durchschnittsalter	-			
1.4	Ärztedichte pro 100'000 Einw.		2015	NHS Digital (NHS Hospital and Community Health Services)	Stichtagserhebung zum 30. September 2015 NHS Hospital and Community Health Services (HCHS): All doctors and doctors with a psychiatric specialty per 100,000 population as at 30 September of each specified year, headcount and full time equivalents
	- in Personen	203.7			
	- in Vollzeitäquivalenten	192.8			
1.5	Anteil Psychiater/innen an allen Ärzt/innen	8.7%	2015	NHS Digital	NHS Hospital and Community Health Services

Nr.	Indikator	Wert	Jahr	Quelle	Bemerkungen
1.6	Jährliche Ausbildungsabschlüsse im Bereich psychische 100'000 Einw.				
	a) Facharzttitel in Psychiatrie	0.7	2015	General Medical Council www.gmc-uk.org→Registration and Licensing→Specialist and GP registration→Statistics and annual reports→Certificates of Completion of Training (CCT)	Total: 357 1. Allgemeine Erwachsenenpsychiatrie: 172 2. Kinder- und Jugendpsychiatrie: 57 3. Gerontopsychiatrie:58 4. Ärztliche Psychotherapie: 14 5. Psychiatrie der Lernschwäche: 22 6. Forensische Psychiatrie: 34
	b) Abschlüsse psycholog. Psychotherapie	-			
	c) Abschlüsse Psychiatriepflege	-			
1.7	Psychiatriebetten in Spitälern pro 100'000 Einw.	34.5	2016	NHS England Statistics: Bed Availability and Occupancy	Average daily number of available and occupied beds open overnight by sector, April–Juni 2016. Nur Betten/Plätze unter ärztlicher Leitung (pflege-geleitete Versorgung nicht inbegriffen)
1.8	Anzahl niedergelassene Psychiater/innen pro 100'000 Einw. - Frauenanteil - Ausländeranteil (Nationalität) - Durchschnittsalter	-			Eine eigene «Praxistätigkeit» (private and independent practice) bezieht sich auf die Behandlung von Privatpatient/innen, findet jedoch in der Regel im Kliniksetting statt. Wie viele Psychiater/innen ausserhalb des NHS arbeiten (in privaten Kliniken, Gruppen- oder Einzelpraxen) lässt sich nicht beziffern bzw. konnte im Rahmen des Mandats nicht eruiert werden.
1.9	Wartezeiten für eine spezialisierte Behandlung (Psychiatrie oder Psychotherapie)	(a) stationäre Behandlung: Wartezeit zwischen Einweisung und Behandlungsbeginn (Durchschnitt u. Median) Erwachsenenpsychiatrie: 62d (22) Kinder-/Jugendpsych.: 83d (21) Forensische Psychiatrie: 34d (20) Psychotherapie: 32d (32) Gerontopsychiatrie: 114d (2)	2014/15	(a) Hospital Episode Statistics for England, Admitted Patient Care statistics 2014-15, by main specialty	Zwischen 4.6 und 16.3 Wochen (Durchschnitt)
		(b) IAPT: Wartezeit zwischen Überweisung/Behandlungsentscheid und Therapiebeginn Median: 23-28d	2015/16	HSCIC (2016)	Zwischen 3.3 und 4 Wochen (Median)
2	**Aus- und Weiterbildung Psychiatrie**				
2.1	Facharzttitel und Spezialisierungen	1. Allgemeine Erwachsenenpsychiatrie (3 Schwerpunkte: Substanzmissbrauch, Rehabilitation, Liaison) 2. Kinder- und Jugendpsychiatrie 3. Gerontopsychiatrie 4. Ärztliche Psychotherapie 5. Psychiatrie der Lernschwäche 6. Forensische Psychiatrie	2015	NHS Digital (NHS Hospital and Community Health Services staff)	Im Rahmen anstehender Reformen in der ärztlichen Weiterbildung ist denkbar, dass die Anzahl Facharzttitel in Psychiatrie mittelfristig reduziert werden wird (CfWI 2014a, 16).

Nr.	Indikator	Wert	Jahr	Quelle	Bemerkungen
2.2	Anzahl Jahre Grund- und Weiterbildung	5 Jahre Medizinstudium 2 Jahre praktische Grundbildung («foundation») 3 Jahre Weiterbildung allgemeine Psychiatrie («core training») 3 Jahre Spezialisierung («higher training»)	2014	CfWI (2014b) www.rcpsych.ac.uk →Training in Psychiatry →Core & Specialty Training →Curricula	In der letzten Weiterbildungsphase können auch zwei Fachrichtungen gleichzeitig vertieft werden («dual training»). Folgende Kombinationen sind möglich: - Allgemeine Erwachsenen- und Gerontopsychiatrie - Allgemeine Erwachsenenpsychiatrie und ärztliche Psychotherapie - Forensische Psychiatrie und ärztliche Psychotherapie Die Subspezialisierung erfolgt innerhalb der letzten 3 Jahre der Weiterbildung.
3	**Tätigkeit und Leistungserbringung Psychiater/innen**				
3.1	Verteilung der Psychiater/innen nach Versorgungssektor	Kaum niedergelassene Psychiater/innen in eigener Praxis		Royal College of Psychiatrists	Der Grossteil der Psychiater/innen arbeitet entweder in gemeindeintegrierten Teams, in Ambulatorien oder stationären Einrichtungen.
3.2	Verteilung der Arbeitszeit nach Tätigkeiten	Empfehlungen für den Bereich Allgemeine Erwachsenenpsychiatrie (klinische Tätigkeiten; Vollzeitstelle ohne spezifische Aufgaben in der Weiterbildung oder Management) Gemeindeintegrierte Anstellung: - Behandlungen und Hausbesuche: 5 Halbtage/Woche - Teambesprechungen, Anleiten der Teammitglieder: 1 Halbtag/Woche - Notfälle: 1 Halbtag/Woche - Gutachten und Arbeit im Zusammenhang mit dem Mental Health Act: ¼ Tag/Woche	2012	Empfehlungen des RCPsych (Mynors-Wallis 2012) Gemäss Royal College of Psychiatrists gibt es hierzu keine zentrale empirische Datenerfassung; pro Trust (Arbeitgeber) sind die formalen Job-Profile ausserdem unterschiedlich festgelegt.	Von allen ambulanten und gemeindeintegrierten Leistungen im Bereich Mental Health wird ein immer geringerer Anteil von Psychiater/innen geleistet (2010/11: rund 13%). Obwohl die Daten keine Aussagen in Bezug auf die Häufigkeit und Intensität einzelner Patientenkontakte aussagen, widerspiegelt sich darin laut CfWI (2014b, 27–30) die sich verändernde Rolle der Psychiater/innen, die vermehrt Beratungs- und Liaisonfunktionen für andere Berufsgruppen in multidisziplinären Settings übernehmen und sich hauptsächlich um die Behandlung komplexer, schwerer Erkrankungen kümmern. Anteil Arbeit mit Pat. an der Gesamtarbeitszeit: 75% 25% für Liaisondienste, Weiterbildung, Führungsaufgaben, Berichte verfassen etc.
3.3	Anzahl behandelter Patient/innen (bzw. Fälle) pro vollzeitäquivalente Psychiaterstelle /Jahr	-			
3.4	Anzahl Konsultationen pro vollzeitäquivalente Psychiaterstelle pro Jahr	-			
3.5	Anzahl Konsultationen pro Behandlungsfall	-			
3.6	Durchschnittliche Konsultationsdauer in min.	-			
3.7	Anzahl Konsultationsminuten pro Behandlungsfall	-			
3.8	Durchschnittliche Falldauer (Eintritt/Austritt) / ~Durchschnittliche Aufenthaltsdauer				
	(a) stationär	22 Tage (Median)	2011	CfWI (2014b, 27)	
	(b) ambulant	-			

Nr.	Indikator	Wert	Jahr	Quelle	Bemerkungen
4	**Psychische Gesundheitsversorgung und Rolle anderer Berufsgruppen**				
4.1	Inanspruchnahme: Fachperson, die bei psych. Belastung aufgesucht wird				
	- Anteil Personen, die in den letzten 12 Monaten wegen psychischen Problemen eine Fachperson aufgesucht haben	12%	2010	Eurobarometer (2010)	Daten beziehen sich auf Grossbritannien. n=121 (insgesamt 1322 befragte Personen)
	- Verteilung nach Berufsgruppen	GP: 88%* Psychiater/in: 6% Psycholog/in oder Psychotherapeut/in: 13% Pflegefachperson: 4% Sozialarbeiter/in: 5%	2010	Eurobarometer (2010)	*Grundgesamtheit: Personen, die in den letzten 12 Monaten wegen psychischen Problemen eine Fachperson aufgesucht haben. Mehrfachnennungen möglich.
4.2	Ausbildungsinhalte zu psychischer Gesundheit im Weiterbildungs-Curriculum Allgemeinmedizin	Im Curriculum als künftiger Arbeitsbereich aufgeführt, Weiterbildungsperiode im Bereich Psychiatrie jedoch nicht obligatorisch	2016	Royal College of General Practitioners, www.rcgp.org.uk →Training →GP Curriculum Hewlett/Horner (2015, 26), CEP (2012, 18f.)	.
4.3	Formelle Zusatzqualifikationen im Bereich Mental Health	GP with a special interest accreditation in mental health		Royal College of General Practitioners, www.rcgp.org.uk →Clinical →A to Z Clinical Resources →GP with a Special Interest (GPwSI) accreditation	Die Verpflichtung zu Weiterbildungen oder Zusatzqualifikationen ist abhängig von der lokalen CCG, welche für das Versorgungsangebot verantwortlich ist (Hewlett/Horner 2015).
4.4	Anteil Ärzt/innen mit entsprechender Zusatzqualifikation	-			
-	Anteil der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen an allen Grundversorger-Leistungen	-*			*Gemäss einer Studie von 1999 beträgt dieser Anteil 25% (siehe Department of Health: National Service Framework for Mental Health, 1999). Diese Zahl wird auch in jüngeren Publikationen noch zitiert (CEP 2012).
4.5	Antidepressiva: DDD pro 1000 Einw. pro Tag	87.1	2014	OECD.Stat Health Statistics	www.oecd.org/health/health-data.htm
4.6	Anteil der a) durch Grundversorger/innen, b) durch Psychiater/innen verschriebene Antidepressiva	Es sind diverse Daten vorhanden. Diese sind aber schwer zu interpretieren und eignen sich wegen zahlreicher Einschränkungen nicht für den Vergleich.		Datensatz «Prescriptions Dispensed in the Community». Datenquelle ist das sog. «Prescribing Analysis and Cost tool (PACT) system», des NHS	Total «Prescription Items» für Antidepressiva (nicht in DDD angegeben), verschrieben/bezogen in England in der Abrechnungsperiode 2015/16: 61'559'729. Allerdings nur Medikamente, die in Apotheken (nicht im Spital) abgegeben werden. Weiteres Problem: In England wird nicht das ATC-Klassifikationssystem für Medikamente verwendet (Anatomic Therapeutic Chemical), sondern das «British National Formulary» BNF-System.
4.7	Anteil Personen, die in den letzten 12 Monaten wegen psychischen/emotionalen Belastungen in Behandlung waren, und (a) medikamentös, (b) Psychotherapie, (c) mit Medikamenten und Psychotherapie behandelt wurden	(a) 49% (b) 16% (c) keine Angaben	2005	Eurobarometer (2006)	Befragt wurden 1005 Personen im Dezember 2005. 13% der Befragten (n=126) haben in den letzten 12 Monaten wegen psychischen Problemen eine Fachperson aufgesucht.

Nr.	Indikator	Wert	Jahr	Quelle	Bemerkungen
5	**Finanzierung und Kosten**				
5.1	Anteil der direkten Gesundheitskosten für die psychische Gesundheitsversorgung an den gesamten direkten Gesundheitskosten	13%	2010/ 2011	CEP (2012, 10)	Von rund 14 Mio. £ entfielen über 75% auf die spezialisierte Versorgung, ein Viertel der Gesundheitskosten (Konsultationen und Verschreibungen durch GPs) wurden in der allgemeinen Grundversorgung ausgegeben.
5.2	Finanzierungsmodalitäten für spezialisierte psychische Gesundheitsversorgung				
	(a) im ambulanten Sektor	Leistungspakete (21 «mental health clusters»), je nach Anbieter/Leistungserbringer auch verschiedene Pauschalen (pro Behandlungsepisode, pro Jahr, Kopfpauschale) oder Einzelleistungsvergütung möglich		Hewlett/Horner (2015), Monitor/NHS England (2016a, 2016b)	Die Vergütungsmodalitäten und Tarife werden jeweils von den lokalen Vertragspartnern ausgehandelt. Für Personen mit chronischen Erkrankungen und hohem Unterstützungsbedarf kann seit 2014 unter bestimmten Voraussetzungen auch ein individuelles Budget zugesprochen werden. Weitere Informationen unter www.england.nhs.uk/healthbudgets/ (Stand Nov. 2016).
	(b) im stationären Sektor	In der Regel Bestandteil der Leistungspakete (Clusters). Ansonsten gelten Fallpauschalen (Healthcare Resource Groups)		Monitor/NHS England (2016a, 2016b)	
	(c) intermediäre Versorgung	In der Regel Bestandteil der Leistungspakete (Clusters).		Monitor/NHS England (2016a, 2016b)	
5.3	Welche Regelungen gelten für die Vergütung von Psychotherapien?	Vergütung im Rahmen von Leistungspaketen		Monitor/NHS England (2016a, 2016b)	regelmässige Bedarfsüberprüfung («cluster review period»)
5.4	Gibt es Massnahmen zur Mengenbegrenzung?	Globalbudget		Helwett/Horner (2015)	Das Gesamtbudget für die Gesundheitsversorgung wird auf nationaler Ebene festgelegt; welcher Anteil davon für Mental Health zur Verfügung gestellt wird, entscheiden weitgehend die lokalen CCG (vgl. Kap. 3.3.1).
5.5	Umfang des Selbstkostenanteils	Zuzahlungen werden nur auf Medikamente erhoben (Fixbetrag)		Helwett/Horner (2015)	Im Bereich dieser Zuzahlungen gibt es diverse Ausnahmeregelungen. Näheres unter http://www.nhs.uk/NHSEngland/Healthcosts/Pages/Prescriptioncosts.aspx (Stand Nov. 2016)
5.6	Welche Zugangswege gelten für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung?				Erst seit kurzem besteht im Bereich Mental Health dieselbe Wahlfreiheit bzgl. Leistungserbringer wie bei somatischen Erkrankungen. (Hewlett/Horner 2015, 20).
	(a) Fachärztliche Versorgung	Überweisung durch Hausarzt/-ärztin (GP)			
	(b) Psychologische Psychotherapie	Überweisung durch Hausarzt/-ärztin (GP) IAPT: Direktzugang möglich			

Quelle: Berechnungen BASS

8.7 Datentabelle Niederlande

Tabelle 27: Datengrundlagen Niederlande (fehlende Daten sind in grauer Schrift gekennzeichnet)

Nr.	Indikator	Wert	Jahr	Quelle	Bemerkungen
1	**Versorgungsdichte und Angebot**				
1.0	Berufsgruppen, die in die psychische Gesundheitsversorgung involviert sind			Forti et al. (2014), Bakker/Jansen (2013), FGzPT (2014)	
	(a) Psychiatrie & fachärztliche Versorgung	- Erwachsenenpsychiatrie - Kinder- und Jugendpsychiatrie - Gerontopsychiatrie - (Suchtmedizin)			
	(b) Psychologieberufe und nicht-medizinische Psychotherapie	- Psychotherapie - Klinische Psychologie - Gesundheitspsychologie			
	(c) Pflege	- Pflegefachpersonen - Psychiatriepfleger/in (SPV) - Pflegespezialist/in psychische Gesundheit (*GGZ Verpleegkundig specialist*)			
	(d) weitere Berufsgruppen ambulant	POH-GGZ			
1.1	Psychiater/innen pro 100'000 Einw.				Im Berufsregister BIG als arbeitstätig registriert, Stichtag am 1. Januar 2016; Bevölkerungzahl Ende 2015
	- in Personen	19.0	2016	Capaciteitsorgaan (2016, 86)	
	- in Vollzeitäquivalenten	16.8	2016	Capaciteitsorgaan (2016, 86)	
	- Frauenanteil	48.8%	2016	Capaciteitsorgaan (2016, 75)	
	- Ausländeranteil (Nationalität)	13.6%	2016	Capaciteitsorgaan (2016, 88)	von totalen neuen Anmeldungen im Register zwischen 2006–2015
	- Durchschnittsalter	51.1	2014	CBS Statline	
1.2	Psychologische Psychotherapeut/innen pro 100'000 Einw.				Im Berufsregister BIG als arbeitstätig registriert. Bei den Psychologieberufen gibt es häufig Mehrfachregistrierungen. Die vorliegenden Zahlen enthalten jedoch keine Doppelzählungen (vgl. Capaciteitsorgaan 2015, 17; 48).
	- in Personen	72.2	2015	Capaciteitsorgaan (2015,50)	Gesundheitspsycholog/innen: 8474 Klinische Psycholog/innen: 1854 Psychotherapeut/innen: 1882
	- in Vollzeitäquivalenten	62.5	2015	Capaciteitsorgaan (2015, 52)	Gesundheitspsycholog/innen: 7349 Klinische Psycholog/innen: 1512 Psychotherapeut/innen: 1698
	- Frauenanteil	78.7%	2015	Capaciteitsorgaan (2015)	Gesundheitspsycholog/innen: 83% Klinische Psycholog/innen: 71% Psychotherapeut/innen: 67%

Nr.	Indikator	Wert	Jahr	Quelle	Bemerkungen
	- Ausländeranteil (Nationalität)	-			
	- Durchschnittsalter	-			
1.3	Psychiatriepfleger/innen pro 100'000 Einw.		2014		Zur Gruppe der Psychiatriepflegenden (*Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige*, SPV) gibt es keine separaten Routinedaten – eine Schätzung aus dem Jahr 2008 beziffert die Gruppe der berufstätigen SPV auf rund 2'850 Personen (Koekkoek et al. 2008). Angaben können lediglich zu den in der psychischen Gesundheitsversorgung arbeitenden Pflegefachpersonen und den Pflegespezialist/innen psychische Gesundheit (*GGZ verpfleegkundig specialist*) gemacht werden – bei letzteren handelt es sich indes um eine relativ kleine Gruppe.
	- in Personen	122.9	2014/ 2015	(a) CBS Statline (b) Capaciteitsorgaan (2015)	(a) Pflegefachpersonen in der GGZ: 20'060 (b) Pflegespezialist/in psych. Gesundheit: 622
	- in Vollzeitäquivalenten	-	2015	(b) Capaciteitsorgaan (2015)	(a) Pflegefachpersonen in der GGZ: k.A. (b) Pflegespezialist/in psych. Gesundheit: 581
	- Frauenanteil	68.7%	2014/ 2015	(a) CBS Statline (b) Capaciteitsorgaan (2015)	(a) Pflegefachpersonen in der GGZ: 68.8% (b) Pflegespezialist/in psych. Gesundheit: 65%
	- Ausländeranteil (Nationalität)	-			
	- Durchschnittsalter	-			
1.4	Ärztedichte pro 100'000 Einw.				
	- in Personen	215.7	2014	CBS Statline	Total arbeitstätige Ärzt/innen ohne «Basisärzt/innen» (diese haben noch keine abgeschl. Weiterbildung und arbeiten entweder als Assistenzärzte oder in der Forschung).
	- in Vollzeitäquivalenten	-			
1.5	Anteil Psychiater/innen an allen Ärzt/innen	8.4%	2014		
1.6	Jährliche Ausbildungsabschlüsse im Bereich psychische Gesundheit pro 100'000 Einw.				Das unabhängige staatliche Capaciteitsorgaan erstellt regelmässig alle 2 Jahre eine Bestandesaufnahme und eine Prognose zum Personalbedarf in der Gesundheitsversorgung, sowohl für Ärzte als auch für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe. Basierend auf diesen Szenarien werden die Anzahl Studienplätze (Medizin) und/oder Weiterbildungsplätze (Medizin, Psychologieberufe) festgelegt. (Berchtold et al. 2014)
	a) Facharzttitel in Psychiatrie	0.9	2015	Capaciteitsorgaan (2016, 75)	

Nr.	Indikator	Wert	Jahr	Quelle	Bemerkungen
	b) Abschlüsse psycholog. Psychotherapie	5.7	2014	Capaciteitsorgaan (2015, 34)	Berechnet aus Anzahl Personen, die 2014 ihre Ausbildung begonnen haben (Gesundheitspsycholog/innen 755, Klinische Psycholog/innen: 109, Psychotherapeut/innen: 93). Dies dürfte die Ausbildungsabschlüsse relativ genau abbilden, da die Abschlussquoten in allen 3 Berufen nahezu 100% beträgt. Abweichungen gibt es indes gegenüber den Capaciteitsorgaan (2015, 81f.) empfohlenen Weiterbildungszahlen.
	c) Abschlüsse Psychiatriepflege	13.7	2011	OEDC (2014a, 184)	«Mental health nurses» (unklar, welche Berufsgruppen konkret dazugerechnet wurden)
1.7	Psychiatriebetten in Spitälern pro 100'000 Einw.	104.1*	2014	NZa (2015, 67)	*Betten in der GGZ für Akut- und Langzeitbehandlungen, jedoch ohne Plätze für Betreutes Wohnen. Zahl mit Vorsicht zu interpretieren, da die Angaben in der Literatur z.T. weit auseinandergehen (gemäss Forti et al. (2014, 45) gab es im Jahr 2009 131 Psychiatrie-Betten pro 100'000 Einw., davon 10.5 pro 100'000 in Allgemeinspitälern.
1.8	Anzahl niedergelassene Psychiater/innen pro 100'000 Einw.	3.7	2009	Dijk et al. (2011, 102)	Niedergelassene («Selbständige») Psychiater/innen verhandeln direkt mit den Krankenkassen; die Behandlung wird den Patient/innen jedoch genauso vergütet wie in Institutionen der GGZ.
	- Frauenanteil	-			
	- Ausländeranteil (Nationalität)	-			
	- Durchschnittsalter	-			
1.9	Wartezeiten für eine spezialisierte Behandlung (Psychiatrie oder Psychotherapie)	(a) Dauer zwischen Anfrage und Termin: 5.6 Wochen (b) Dauer zwischen Erstkontakt und Behandlungsbeginn: 4.8 Wochen (c) Total zwischen Anfrage und Behandlung: 10.4 Wochen	2015	NZa (2015)	Zahlen beziehen sich auf die Behandlung von Erwachsenen in der psychischen Gesundheitsversorgung (GGZ) im November 2015. Die Wartezeiten für Kinder und Jugendliche sind generell länger und unterscheiden sich ausserdem je nach Diagnose (lange Wartezeiten z.B. für Personen mit Autismus-Spektrumsstörungen). Detaillierte Angaben in NZa (2015, 51–62)
2	**Aus- und Weiterbildung Psychiatrie**				
2.1	Facharzttitel und Spezialisierungen	- Kinder- und Jugendpsychiatrie - Erwachsenenpsychiatrie - Gerontopsychiatrie - Suchtmedizin*		NVvP (2016)	Keine Zahlen zur Verteilung nach Fachgebiet. 41% aller Psychiater/innen (1455 von 3518) sind gemäss BIG auch als Psychotherapeut/innen anerkannt. (Capaciteitsorgaan 2015, 17) *Suchtmedizin: privatrechtlicher Weiterbildungstitel, seit 2013. Im Register der KNMG sind in dieser Berufsgruppe 203 Personen erfasst (Stand 2015). www.knmg.nl →Opleiding, (Her)registrati & Carrière →RGS →Registers
2.2	Anzahl Jahre Grund- und Weiterbildung	6 Jahre Medizinstudium (Master) 4.5 Jahre Weiterbildung	2009	NVvP (2016)	Die Weiterbildung besteht aus 2 Jahren in allgemeiner Psychiatrie und 2.5 Jahren im gewählten Spezialgebiet.

Nr.	Indikator	Wert	Jahr	Quelle	Bemerkungen
3	**Tätigkeit und Leistungserbringung Psychiater/innen**				
3.1	Verteilung der Psychiater/innen nach Versorgungssektor	Tätigkeit in der (spezialisierten) psychischen Gesundheitsversorgung GGZ: 72.5%, davon - 51% angestellt in Einrichtung - 18%in eigener Praxis - 28% angestellt und Praxis kombiniert Tätigkeit ausserhalb der GGZ, z.B. in Allgemeinspitälern, Institutionen für Menschen mit Behinderung etc.: 27.5%	2012	Verbeek et al. (2015, 111)	
3.2	Verteilung der Arbeitszeit nach Tätigkeiten	-*	1999	KNMG (1999, 301)*	*Verfügbar sind nur relativ alte Daten, die auf einer Befragung von 73 Psychiater/innen beruhen KNMG (1999, 301): Medizinische patientennahe Tätigkeiten: 54% Administration: 10% Fortbildung: 6% Leitungsfunktionen, Management: 11% Weiterbildung, Beratung, Forschung: 10% übrige Tätigkeiten: 9%
3.3	Anzahl behandelter Patient/innen (bzw. Fälle) pro vollzeitäquivalente Psychiaterstelle pro Jahr	-*	1999	KNMG (1999, 299–301)*:	28 Patientenkontakte pro Woche, bei einer mittleren Arbeitszeit von 39 Std./ Woche
3.4	Anzahl Konsultationen pro vollzeitäquivalente Psychiaterstelle pro Jahr	-			
3.5	Anzahl Konsultationen pro Behandlungsfall	durchschnittlich 26 Konsultationen (bei Einzelbehandlung) bzw. 17 Konsultationen (bei Gruppentherapie)*	2009	IGZ (2009, 20)	*Nur Daten von Psychiater/innen mit eigener Praxis
3.6	Durchschnittliche Konsultationsdauer in Minuten	44 min (Einzelbehandlung). 74 min (Gruppetherapie)*	2009	IGZ (2009, 20)	*Nur Daten von Psychiater/innen mit eigener Praxis
3.7	Anzahl Konsultationsminuten pro Behandlungsfall	1144 min. (26 x 44 min)*	2009	IGZ (2009, 20)	*Nur Daten von Psychiater/innen mit eigener Praxis
3.8	Durchschnittliche Falldauer (Eintritt/Austritt) / ~Durchschnittliche Aufenthaltsdauer				
	(a) stationär	65 Tage	2013	NZa (2015, 69)	Verweildauer in der GGZ
	(b) ambulant	17.5 Monate	2013	GGZ Nederland (2015, 28)	Nur Behandlungen im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung in der spezialisierten GGZ (vgl. Kap. 3.4.1). Die Behandlungsdauer unterscheidet sich stark nach Diagnose und reicht von 9.5 Mte (postpartale Störungen) hin zu gut 40 Monaten (Schizophrenie).

Nr.	Indikator	Wert	Jahr	Quelle	Bemerkungen
4	**Psychische Gesundheitsversorgung und Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen**				
4.1	Inanspruchnahme: Fachperson, die bei psych. Belastung aufgesucht wird				
	- Anteil Personen, die in den letzten 12 Monaten wegen psychischen Problemen eine Fachperson aufgesucht haben	18%	2010	Eurobarometer 2010	n=180 (insgesamt 1010 befragte Personen)
	- Verteilung nach Berufsgruppen	Hausarzt/ärztin: 59%* Psychiater/in: 13% Psycholog/in oder Psychotherapeut/in: 31% Pflege: 10% Sozialarbeiter/in: 18%	2010	Eurobarometer 2010	*Grundgesamtheit: Personen, die in den letzten 12 Monaten wegen psychischen Problemen eine Fachperson aufgesucht haben. Mehrfachnennungen möglich.
4.2	Ausbildungsinhalte zu psychischer Gesundheit im Weiterbildungs-Curriculum Allgemeinmedizin	Mind. 3 Monate Weiterbildung in der Psychiatrie. Der Bereich Psychische Gesundheit ist einer von insgesamt10 Themenfeldern im hausärztlichen Curriculum und umfasst 8 KBA (Kompetenzbereiche).	2014	Huisartsopleiding (2014); Auskunft von Nettie Blankenstein (Chair Huisartsopleiding) & Richard Starmans (Chair of PsyHAG)	Beispiel für einen Kompetenzbereich: Begleitung von Patient/innen mit Burnout
4.3	Formelle Zusatzqualifikationen im Bereich Mental Health	Kaderhuisarts GGZ	2016	Expertgroep Kaderhuisartsen GGZ, https://psyhag.nhg.org/kaderopleiding-geestelijke-gezondheidszorg-ggz (Stand Nov. 2016)	Der Erwerb dieses (nur Hausärzt/innen zugänglichen) Fortbildungstitels dauert 2 Jahre. Zu den Inhalten gehören u.a. motivationale Gesprächsführung, kognitive Verhaltenstherapie sowie Massnahmen zur Qualitätsverbesserung der psychischen Gesundheitsversorgung in Hausarztpraxen (Supervision und Anleitung von POH-GGZ, Mental Health in der ärztlichen Weiterbildung, Beratung von Kolleg/innen, Zusammenarbeit mit spezialisierten Institutionen in der psychischen Gesundheitsversorgung.
4.4	Anteil Ärzt/innen mit entsprechender Zusatzqualifikation	Total 33 in ganz NL*			*Diese Zahl basiert auf dem (freiwilligen) Register der Hausärzt/innen mit spezifischen Fortbildungen, Stand Nov. 2016: https://chbb.lhv.nl/zoek-huisartsen-chbb-registers-bij-u-de-buurt
4.5	Antidepressiva: DDD pro 1000 Einw. pro Tag	43.8	2014	OECD.Stat Health Statistics (www.oecd.org/health/health-data.htm)	
4.6	Anteil der a) durch Grundversorger/innen, b) durch Psychiater/innen verschriebene Antidepressiva	(a) 80% durch Hausärzt/innen (b) keine Angaben	2004	Wieren et al. (2008)	Zahlen schon recht alt. In der Medikamenten- und Hilfsmittelteldatenbank (*Genees- en hulpmiddelen Informatie Project* GIP) sind keine Standardauswertungen zu Verschreibungen nach Facharztgruppe verfügbar. Antidepressiva gehören zu den in der Hausarztpraxis meistverschriebenen Psychopharmaka. Knapp 30% der 18- bis 64-Jährigen mit einer psychiatrischen Diagnose bekommt vom Hausarzt/von der Hausärztin entsprechende Medikamente verschrieben, wobei dieser Anteil in den vergangenen Jahren kontinuierlich zurückgegangen ist (Verbeek et al. 2015, 44).

Nr.	Indikator	Wert	Jahr	Quelle	Bemerkungen
4.7	Anteil Personen, die in den letzten 12 Monaten wegen psychischen/emotionalen Belastungen in Behandlung waren, und (a) medikamentös, (b) psychotherapeutisch (c) mit Medikamenten und PT behandelt wurden	(a) 37% (b) 38% (c) keine Angaben	2005	Eurobarometer (2006)	Befragt wurden 1127 Personen im Dezember 2005. 17% der Befragten (n=194) haben in den letzten 12 Monaten wegen psychischen Problemen eine Fachperson aufgesucht. Gemäss den Erhebungen im Rahmen der Nemesis-Studie (De Graaf et al. 2010, 52f.) haben 34% der Personen mit einer diagnostizierten psychischen Erkrankung (entspricht 17% der insgesamt 6506 Befragten) irgendeine Form von Behandlung in Anspruch genommen. Der Anteil Personen mit medikamentöser Behandlung lag bei 20%, deutlich tiefer als im Eurobarometer-Sample.
5	**Finanzierung und Kosten**				
5.1	Anteil der direkten Gesundheitskosten für die psychische Gesundheitsversorgung an den gesamten direkten Gesundheitskosten	20.9 %	2011	CBS (2015)	14 Milliarden Euro
5.2	Finanzierungsmodalitäten für die spezialisierte psychische Gesundheitsversorgung				
	(a) im ambulanten Sektor	In der Basis-GGZ: Leistungspakete à 5, 8 oder 11 Sitzungen In der spezialisierten GGZ: Fallpauschalen: Diagnosis Treatment Combination (*Diagnose Behandeling Combinatie* DBC)		Bakker/Janssen (2013)	Der Bezug mehrerer Leistungspakete ist möglich, jedoch werden häufig nur 1-2 pro Diagnose und pro Leistungserbringer vergütet (NVGzP 2016)
	(b) im stationären Sektor	Fallpauschalen: Diagnosis Treatment Combination (*Diagnose Behandeling Combinatie* DBC)		Forti et al. (2014), NZa (2015)	Für Personen mit langfristigem Unterstützungsbedarf werden teilweise auch individuelle Budgets gesprochen (MoH 2016).
	(c) intermediäre Versorgung	steuerfinanziert (Gemeinden)		MoH 2016, GGZNederland (o.J.)	Siehe Kap. 3.4.1
5.3	Welche Regelungen gelten für die Vergütung von Psychotherapien?	Voraussetzungen sind: - Diagnose gemäss DSM-IV - Überweisung durch Hausarzt/-ärztin Die Vergütung erfolgt gemäss Leistungspaketen à 5, 8 oder 11 Sitzungen		Bakker/Janssen (2013)	Entscheidend ist auch, ob die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut bei der eigenen Krankenversicherungen unter Vertrag steht. Falls nicht, wird nur ein Teil der Kosten vergütet (ca. 75%).
5.4	Gibt es Massnahmen zur Mengenbegrenzung?	- Bedarfsplanung für die Workforce: Begrenzung der Weiterbildungsplätze in Psychiatrie; Planung der Weiterbildungskapazitäten für Psychologieberufe und Pflegespezialist/innen GGZ - Begrenzter Vergütung von Leistungspaketen durch Krankenkassen		- Capaciteitsorgaan (2016) für die medizinische Weiterbildung, Capaciteitsorgaan (2015) für Psychologieberufe und Pflege in der GGZ. - NVGzP (2016)	Zur Steuerung der ärztlichen Weiterbildung in den Niederlanden vgl. auch Berchtold et al. (2014, 104–112).

Nr.	Indikator	Wert	Jahr	Quelle	Bemerkungen
5.5	Umfang des Selbstkostenanteils	Jahresfranchise (2016: 385 Euro)		MoH 2016	Die Franchise kann wie in der Schweiz freiwillig heraufgesetzt werden, um Prämien zu sparen. Zusätzliche Selbstkostenanteile fallen nur für wenige Leistungen aus, z.B. Brillen. Das Basispaket der obligatorischen Krankenversicherung übernimmt die Behandlungskosten während 3 Jahren. Danach gelten die Bestimmungen zur Langzeitversorgung (vgl. Kap. 3.4.1).
5.6	Welche Zugangswege gelten für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung?				
	Fachärztliche Versorgung	Überweisung durch Hausarzt/-ärztin, wenn eine Störung gemäss DSM-IV vorliegt			
	Psychologische Psychotherapie; Psychologieberufe	Überweisung durch Hausarzt/-ärztin, wenn eine Störung gemäss DSM-IV vorliegt			

Quelle: Berechnungen BASS