

Machbarkeitsanalyse zum 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
Chantale Bürli, Projektleiterin Dossier «Psychische Gesundheit»

Kilian Künzi, Jolanda Jäggi

Bern, 10. Mai 2016

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Zusammenfassung	III
Résumé	IV
1 Ausgangslage und Fragestellung	1
2 Methodisches Vorgehen und Grundlagen	2
2.1 Exploration	2
2.2 Länderauswahl	2
2.3 Entwicklung Vergleichsraster	3
3 Indikatoren und Parameter für den Ländervergleich	5
3.1 Qualitativer Überblick über die Versorgungsstrukturen	5
3.2 Versorgungsdichte und Angebot	5
3.3 Aus- und Weiterbildung im Bereich Psychiatrie	6
3.4 Psychische Gesundheitsversorgung und Rolle anderer Berufsgruppen	7
3.5 Tätigkeit und Leistungserbringung der Psychiater/innen	8
3.6 Finanzierung und Kosten	10
4 Ergebnisse zu den ausgewählten Ländern	11
4.1 Bemerkungen zur Daten- und Informationsverfügbarkeit	11
4.1.1 Schweiz	11
4.1.2 Deutschland	11
4.1.3 Niederlande	11
4.1.4 UK	12
4.2 Daten- und Informationsquellen Schweiz	13
4.3 Daten- und Informationsquellen Deutschland	16
4.4 Daten- und Informationsquellen Niederlande	20
4.5 Daten- und Informationsquellen England	24
4.6 Überblick Daten- und Informationsgrundlagen	28
5 Schlussbemerkungen und Fazit Machbarkeit	30
6 Umsetzungskonzept für eine Vergleichsstudie	31
6.1 Ausgangslage	31
6.2 Methodisches Vorgehen	31
6.3 Leistungen	31
6.3.1 Baustein 1: Kurzportraits zur Mental-Health-Versorgung in den ausgewählten Ländern	31

6.3.2	Baustein 2: Daten-/Informationsbeschaffung, Ausfüllen des Vergleichsrasters	32
6.3.3	Baustein 3: Analyse und Validierung	32
6.3.4	Baustein 4: Berichterstattung	33
6.4	Terminplan	33
6.5	Kosten	34
7	Literaturverzeichnis	36
8	Abkürzungsverzeichnis	39

Zusammenfassung

Ausgangslage und Auftrag

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.

Das BAG erarbeitet derzeit mehrere Berichte, die sich mit der Prävention, Früherkennung und Behandlung psychischer Erkrankungen in der Schweiz befassen. Die bisherigen Arbeiten konnten die grossen Unterschiede zwischen der Schweiz und anderen europäischen Ländern bezüglich der Dichte an Psychiater/innen nicht abschliessend erklären. Mit Blick auf die künftige Planung möchte das BAG die Wissenslücke zu Hintergründen und Ursachen für diese Diskrepanzen schliessen. Im Rahmen der vorliegenden Machbarkeitsstudie wurden die Grundlagen für einen fundierten Vergleich zwischen der Schweiz und anderen europäischen Ländern erarbeitet, wobei folgende übergeordnete Themen im Vordergrund standen:

1. Weiterbildungsprogramme und Berufsbilder des Fachgebiets Psychiatrie
2. Aufgabenteilung zwischen Psychiater/innen und anderen in die psychische Gesundheitsversorgung involvierten Berufsgruppen
3. Tätigkeiten, Leistungserbringung und Produktivität der Psychiater/innen.

Die Machbarkeitsstudie zeigt auf, welche Indikatoren für einen auf die Fragestellungen des BAG zugeschnittenen Ländervergleich herangezogen werden können, wie sich die Datenverfügbarkeit in den gewählten Vergleichsländern **Deutschland, England** und den **Niederlanden** präsentiert, und schätzt den zeitlichen und finanziellen Aufwand für die Realisierung einer Vergleichsstudie.

Konzept für den Ländervergleich

Für die Vergleichsstudie ist vorgesehen, pro Land ein **Kurzportrait** der psychischen Gesundheitsversorgung zu erstellen, welches die relevanten Aufgabenfelder beschreibt und darlegt, welche Berufsgruppe für welche Aufgaben zuständig ist. Zur Illustration der Versorgungsstrukturen und Verantwortlichkeiten in der psychischen Gesundheitsversorgung sollen jeweils typische **Behandlungspfade** für zwei Krankheitsbilder exemplarisch nachgezeichnet werden.

Ausgehend von den Indikatoren zur psychischen Gesundheitsversorgung der OECD (2014), Literatur- und Dokumentenanalysen sowie im Aus-

tausch mit Expert/innen wurde ein **Vergleichsraster** entwickelt. Die insgesamt gut 30 Indikatoren umfassen sowohl quantitative als auch qualitative Datenpunkte für den strukturierten Vergleich der Versorgungsdichte, der Berufsgruppe der Psychiater/innen (Weiterbildung und vorhandene Spezialisierungen), der Aufgabenteilung mit anderen in die psychische Gesundheitsversorgung involvierten Berufsgruppen sowie mit Grundversorger/innen, der Tätigkeiten und Leistungserbringung von Psychiater/innen sowie der Finanzierung der psychischen Gesundheitsversorgung.

Umsetzung: Möglichkeiten und Grenzen

Die Vorabklärungen deuten darauf hin, dass sich ein Vergleich gemäss den vorgeschlagenen Indikatoren zu einem grossen Teil umsetzen lässt. Allerdings ist in Kauf zu nehmen, dass je nach Vergleichsthema/Indikator nicht für alle Länder genügend Informationen vorliegen und teilweise nur Einzelvergleiche möglich sein werden. Die grössten Unsicherheiten bezüglich Umsetzbarkeit betreffen den Themenbereich Tätigkeiten und Leistungserbringung der Psychiater/innen. Im Vergleichsraster wird modellhaft die These möglicher «Produktivitäts-»Unterschiede operationalisiert; die gewünschten Kennzahlen sind jedoch weder in der Schweiz noch im Ausland routinemässig verfügbar. Sofern auch Einzelstudien hierzu fehlen, wird man sich mit weniger differenzierten (weitgehend qualitativen) Informationen zum Aufgabenspektrum von Psychiater/innen begnügen müssen.

Ein strukturierter Ländervergleich entlang der vorgeschlagenen Indikatoren erlaubt einen differenzierten Blick auf das Versorgungsangebot und auf die von Psychiater/innen (und anderen Berufsgruppen) erbrachten Leistungen. Eine abschliessende Erklärung dafür, warum die Dichte an Psychiater/innen in der Schweiz so viel höher ist als in allen anderen OECD-Ländern, wird jedoch ein solcher Vergleich kaum liefern können. Dazu müssten ebenfalls die vielfältigen Faktoren, welche die Nachfrageseite der psychiatrischen Versorgung mitbestimmen (Prävalenzen, Ausschöpfung), berücksichtigt werden. Die Indikatoren im Vergleichsraster erlauben grundsätzlich auch keine Aussagen zur Qualität der Versorgung. Dennoch lassen sich wichtige Erkenntnisse gewinnen: Sollte sich zeigen, dass sich die Angebotsseite (Weiterbildung, Rollen/Kompetenzen, Leistungen der Psychiater/innen) zwischen den Ländern nicht stark unterscheidet, müssten Differenzen vor allem auf der Nachfrageseite gesucht werden.

Résumé

Situation initiale et mission

De tous les pays de l'OCDE, la Suisse a de loin le plus grand nombre de psychiatres pour 100.000 habitant-e-s, près de deux fois plus que les pays suivants dans le classement et près de trois fois plus que la moyenne des pays de l'OCDE.

L'OFSP élabore actuellement plusieurs rapports portant sur la prévention, le diagnostic précoce et le traitement des troubles mentaux en Suisse. Jusqu'à présent, les différences importantes existant entre la Suisse et d'autres pays européens au niveau de la densité de psychiatres n'ont pas pu être entièrement expliquées à travers les études y relatives. En vue de la future planification, l'OFSP souhaite combler les lacunes concernant le contexte et les causes de ces écarts. Dans le cadre de la présente étude de faisabilité, les bases d'une comparaison approfondie entre la Suisse et d'autres pays européens ont été établies en mettant en avant les thèmes prioritaires suivants :

1. Programmes de formation continue et profils professionnels du domaine de la psychiatrie
2. Répartition des tâches entre psychiatres et autres groupes professionnels impliqués dans les soins de santé mentale
3. Activités, fourniture des prestations et productivité des psychiatres

L'étude de faisabilité démontre quels indicateurs peuvent être utilisés pour une comparaison entre pays adaptée aux questions de recherche de l'OFSP, comment la disponibilité des données dans les pays de comparaison sélectionnés, à savoir l'**Allemagne**, l'**Angleterre** et les **Pays-Bas**, et estime le temps et l'investissement financier nécessaire à la réalisation d'une étude comparative.

Cadre conceptuel pour la comparaison entre pays

Pour l'étude comparative, il est prévu de présenter pour chaque pays un **bref portrait** des soins de santé mentale qui identifie les domaines de compétence importants et décrit les différentes fonctions dont chaque groupe professionnel est responsable. Pour illustrer les structures des soins et les responsabilités au niveau des soins de santé mentale, des **parcours de soins** typiques pour deux pathologies sont à déterminer à titre d'exemples pour chaque pays respectivement.

Sur la base des indicateurs de soins de santé mentale de l'OCDE (2014), de l'analyse de documents et de la littérature existante, ainsi qu'à

travers des contacts intensifs avec des expert-e-s, **une grille de comparaison** a été développée. Les près de 30 indicateurs au total comprennent à la fois des données quantitatives et qualitatives pour la comparaison structurée de l'offre de soins, du groupe professionnel des psychiatres (formation continue et spécialisations existantes), de la répartition des tâches avec les autres groupes professionnels impliqués dans les soins de santé mentale et avec les prestataires de soins primaires, ainsi que des activités et prestations de psychiatres et du financement des soins de santé mentale.

Mise en œuvre : possibilités et limites

Les études préliminaires suggèrent qu'une comparaison peut, pour la plupart, être mise en œuvre conformément aux indicateurs proposés. Cependant, les informations requises selon le thème/l'indicateur de comparaison n'étant disponibles pour tous les pays, dans certains cas, seules des comparaisons individuelles seront possibles. Les plus grandes incertitudes liées à la faisabilité portent notamment sur le domaine des activités et de la fourniture de prestations des psychiatres. Dans la grille de comparaison, la thèse de différences de « productivité » potentielles est opérationnalisée sous forme de modèle ; néanmoins, les indicateurs nécessaires à l'exécution de la comparaison ne sont pas disponibles systématiquement, soit en Suisse, soit à l'étranger. Et si, de surcroît, des études individuelles manquaient également à cet égard, il faudrait s'en tenir à des informations moins différenciées (en grande partie qualitatives) sur la variété des tâches des psychiatres.

Une comparaison structurée entre les pays selon les indicateurs proposés permet d'acquérir une vue différenciée de l'offre de soins et des services fournis par les psychiatres (et d'autres professions). Cependant, une telle comparaison ne peut guère fournir une explication définitive de la densité de psychiatres beaucoup plus élevée en Suisse que dans tous les autres pays de l'OCDE. Pour cela, les multiples facteurs qui influencent la demande de soins de santé mentale (prévalence, épuisement) devraient également être considérés. Les indicateurs dans la grille de comparaison ne permettent en principe pas non plus des déclarations sur la qualité des soins.

Néanmoins, des connaissances importantes peuvent être obtenues : dans le cas où l'offre (formation continue, rôles / compétences, services de psychiatres) ne différerait pas beaucoup entre les pays, les variations devraient en particulier être recherchées du côté de la demande.

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: Während das BAG die Dichte von Psychiater/innen für 2014 auf 41.7 pro 100'000 Einwohner/innen beziffert, sind es in Island, Frankreich und Schweden 22, im leicht unter dem OECD-Schnitt angesiedelten Nachbarland Österreich 15.

Das BAG erarbeitet derzeit mehrere Berichte, die sich mit der psychischen Gesundheit bzw. der Prävention, Früherkennung und Behandlung psychischer Erkrankungen in der Schweiz befassen. Die bisherigen Arbeiten konnten die grossen Unterschiede zwischen der Schweiz und anderen europäischen Ländern bezüglich der Dichte an Psychiater/innen nicht abschliessend erklären. Mit Blick auf die künftige Planung möchte das BAG die Wissenslücke zu Hintergründen und Ursachen für diese Diskrepanzen schliessen. Um die Grundlagen für einen fundierten Vergleich der psychiatrischen Aus-/Weiterbildung, Tätigkeitsfelder und der Behandlungsstrukturen in der Schweiz und anderen europäischen Ländern zu erarbeiten, wurde eine Machbarkeitsanalyse zur Realisierbarkeit eines Vergleichs zu folgenden übergeordneten Themenfeldern in Auftrag gegeben:

1. Weiterbildungsprogramme und Berufsbilder des Fachgebiets Psychiatrie / Psychotherapie: Lassen sich die Weiterbildungsprogramme und Berufsbilder des Fachgebietes Psychiatrie anderer europäischer Länder mit dem schweizerischen Weiterbildungsprogramm Psychiatrie und Psychotherapie vergleichen?

2. Fachpersonen, die in die Behandlung psychischer Erkrankungen involviert sind (Aufgabenteilung zwischen Psychiater/innen und anderen Berufsgruppen): Lässt sich ein Vergleich der in die Behandlung psychisch kranker Personen involvierten Fachpersonen (z.B. psychologische Psychotherapeut/innen und weitere) zwischen der Schweiz und anderen europäischen Ländern erstellen?

3. Tätigkeit, Produktivität (Aufgabenspektrum, Behandlungen pro Jahr etc.): Lässt sich die Tätigkeit (und die Produktivität) der Psychiaterinnen und Psychiater in der Schweiz mit den Tätigkeiten (und der Produktivität) von Psychiaterinnen und Psychiatern in anderen europäischen Ländern vergleichen?

Aufgabe des Mandats ist die Ausarbeitung eines Konzepts, das für die Beantwortung der Fragestellungen geeignete Indikatoren und Datengrundlagen definiert, eine Auswahl von Ländern vorschlägt, mit denen ein Vergleich sinnvoll und machbar ist, die methodische Vorgehensweise beschreibt und den Aufwand (Zeit, Kosten) für eine Realisierung schätzt. Konkret soll das Detailkonzept folgende Informationen beinhalten:

- Welche Daten bzw. Indikatoren müssten für den Ländervergleich erhoben werden?
- Gibt es bereits existierende Daten, auf deren Basis ein Vergleich machbar ist? Oder müssen neue Daten erhoben werden?
- Welche Länder eignen sich für einen Vergleich?
- In welchem Zeitrahmen bzw. mit welchem Zeitaufwand wäre die Vergleichsstudie machbar?
- Wie viel kostet eine solche Vergleichsstudie?

2 Methodisches Vorgehen und Grundlagen

Methodisch stützen sich die Arbeiten zur Machbarkeitsanalyse auf Internet- und Literaturrecherchen, telefonischem oder schriftlichem Austausch mit Expert/innen im In- und Ausland sowie Abklärungen zu Datenverfügbarkeiten. Es wurde in drei Arbeitsschritten vorgegangen:

- Exploration, Entwickeln von Thesen und Erklärungsansätzen
- Erarbeiten Vergleichsraster, Abklärungen Realisierbarkeit im In- und Ausland
- Berichterstattung und Ausarbeiten Detailkonzept

2.1 Exploration

Das BAG hat im Rahmen der bisherigen Arbeiten zur psychischen Gesundheit bereits verschiedene Erklärungsansätze zu den erheblichen Unterschieden in der Psychiaterdichte zwischen der Schweiz und anderen OECD-Ländern entwickelt. Zusätzlich wurden die bereits durch die OECD verwendeten Indikatoren herangezogen und mit ergänzenden Recherchen und Gesprächen für den detaillierten, auf die Fragestellungen des BAG zugeschnittenen Ländervergleich hinsichtlich Aussagekraft und Realisierbarkeit geprüft.

2.2 Länderauswahl

Die Abklärungen zur Machbarkeit eines Ländervergleichs beschränken sich auf drei Länder. Basierend auf Kurzrecherchen zu Gemeinsamkeiten und Unterschieden in der psychischen Gesundheitsversorgung, dem Gesundheitssystem im Allgemeinen und Überlegungen zur Datenverfügbarkeit – siehe die untenstehenden Darstellungen – wurde gemeinsam mit der Auftraggeberin entschieden, den Fokus auf Deutschland, die Niederlande und das Vereinigte Königreich zu legen.¹

■ **Deutschland** gehört im OECD-Vergleich zu den Ländern mit einer eher hohen Psychiaterdichte (21 pro 100'000 Einwohner/innen, das ist abgesehen von der Schweiz der zweithöchste Wert). Das Versorgungsangebot für bzw. die Inanspruchnahme von Leistungen durch Menschen mit psychischen Erkrankungen ist in neueren Studien analysiert worden.² Es gibt ausserdem politische Bestrebungen, den Zugang zu Psychotherapien zu verbessern (Versorgungsstärkungsgesetz, seit Mitte 2015 in Kraft). Zu Deutschland sind ausserdem aus verschiedenen internationalen Vergleichsstudien Informationen verfügbar, u.a. «European Study of the Epidemiology of Mental Disorders» ESEMeD (vgl. z.B. Dezzetter et al. 2011).

■ **Niederlande:** gewisse Ähnlichkeiten mit der Schweiz im Versorgungssystem (obligatorische Krankenversicherung, regulierter Wettbewerb), jedoch stärker zentralisiert. Die Behandlung psychischer Erkrankungen erfolgt sowohl durch Hausärzt/innen als auch durch Psychiater/innen, psychologische Psychotherapeut/innen und andere Fachkräfte (die Dichte der Psychiaterpfleger/innen ist im OECD-Vergleich sehr hoch). Dazu kommen Präventionsangebote auf kommunaler Ebene (Mossialos et al. 2015, 96). Im ESEMeD-Ländervergleich war die Wahrscheinlichkeit, Hilfe/Behandlung für ein psychisches Problem aufzusuchen, in den Niederlanden am höchsten, wobei zu einem wesentlich grösseren Anteil Leistungen nicht-psychiatrischer Berufsgruppen in Anspruch genommen wurde. Psychotherapie ist fester Bestandteil der Gesundheitsversorgung, Kosten werden von den Kassen vollständig übernommen (Kovess-Mafety et al. 2007, 218f.; Dezzetter et al. 2011, 4).

■ **Vereinigtes Königreich:** Im Gegensatz zur Schweiz ist die Gesundheitsversorgung in UK vor allem steuerfinanziert, mit einer viel engeren (und zentralisierten) Regulierung und Steuerung des nationalen Gesundheitsdienstes NHS. Grundversorger/innen fungieren auch in der psychischen Gesundheitsversor-

¹ In diesen vier Ländern ist laut OECD (2014a, 179) die Psychiaterdichte zwischen 2000 und 2011 am markantesten angestiegen.

² Anhand von Krankenversicherungsdaten, vgl. Forschungsprojekt «Disziplinen- und Sektorenübergreifende Versorgungsanalyse mit dem Ziel einer Optimierung der Versorgungssituation von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen», <http://www.uniklinik-duesseldorf.de/index.php?id=97528>.

gung als «Gatekeeper» resp. (Pflicht-)Eintrittsstelle für Patient/innen ins Versorgungssystem und behandeln leichte Erkrankungen selber (Mossialos et al. 2015, 43). Der NHS verfügt über gute Datengrundlagen zum Personalbestand (auch für die psychische Gesundheitsversorgung)³ und spielt eine Vorreiterrolle bei der Erhebung von Indikatoren zur Qualität der Behandlung bzw. zu Outcomes (vgl. OECD 2014a, 164ff.). Ausserdem sind seit ca. 2007 Anstrengungen zur Verbesserung der Versorgungssituation für psychische Erkrankungen (Zugang, Qualität, Früherkennung etc.) unternommen worden, mit einem Fokus auf Psychotherapie (IAPT-Programm) und der Stärkung ambulanter Versorgungsmodelle, wobei multidisziplinäre Teams eine wichtige Rolle spielen.⁴

2.3 Entwicklung Vergleichsraster

Basierend auf der Exploration, Literaturrecherchen (in Anlehnung u.a. an OECD 2014a, Albrecht et al. 2007, OECD 2012) und ersten Datenabklärungen wurde eine Liste von Vergleichsindikatoren erstellt. Bei der Abwägung, welche Indikatoren in welcher Detailschärfe für den Vergleich sinnvoll und notwendig sind, mussten auch Abgrenzungen vorgenommen werden.

Nachfolgend skizzieren wir unsere Überlegungen zu den **Grenzen**, innerhalb derer sich der geplante Ländervergleich und dessen Beitrag zur Erklärung der hohen Psychiatriedichte in der Schweiz bewegt.

■ **Vergleich zwischen Ländern als Ganzes.** Nicht nur in der Schweiz, sondern auch in anderen Ländern sind die Versorgungsstrukturen und die Angebotsdichte regional unterschiedlich – solche internen Unterschiede werden beim Ländervergleich ausgeklammert.

■ **Punktueßer Vergleich.** Grossbritannien, aber auch die Niederlande haben in jüngster Zeit Veränderungen in der psychischen Gesundheitsversorgung angestossen, die sich auch auf den Fachkräftemix («mental health workforce») auswirken dürften. Auf diese Entwicklungen soll in den Länderportraits und den Aufgabenprofilen der Berufsgruppen hingewiesen werden. Diese im Detail innerhalb eines Landes nachzuzeichnen, sprengt jedoch den Rahmen der vorliegenden Untersuchung.

■ **Indikator vs. Interpretation.** Es gibt Faktoren auf der Ebene des Versorgungssystems (z.B. Anzahl Behandlungsplätze in Suchtkliniken, psychosomatischen Kliniken oder Wohnheimen), der Behandlungskonzepte (kognitiv-verhaltenstherapeutisch, systemisch, psychodynamisch-analytisch etc.) oder der Epidemiologie, welche sich auf die Aufgabenteilung und Arbeitsweise der in die psychische Gesundheitsversorgung involvierten Fachkräfte auswirken, jedoch in ihrer komplexen Wechselwirkung nur sehr schwer operationalisierbar und interpretierbar sind. So kann z.B. eine lange durchschnittliche Behandlungsdauer mit einem bestimmten Therapiekonzept zusammenhängen, mit dem Schweregrad oder dem chronischen Verlauf einer Erkrankung oder mit unterschiedlichen Behandlungsintensitäten.

■ **Qualität/Outcome der Versorgung.** Die Studie fokussiert auf den Vergleich der Tätigkeiten der Psychiater/innen und die Rolle anderer in die psychische Gesundheitsversorgung eingebundenen Berufsgruppen. Damit sind grundsätzlich keine Aussagen zu Qualität oder Wirkungen der Versorgung (Gesundheitszustand der Bevölkerung, Versorgungsgrad, Adäquatheit von Behandlungen o.ä.) verknüpft.

■ **Angebot und Nachfrage:** Das Vergleichsraster wird keine abschliessende Antwort auf die Frage erlauben, warum die Dichte an Psychiater/innen in der Schweiz so viel höher ist als in allen anderen OECD-Ländern. Der Vergleich der Tätigkeiten der Psychiater/innen lenkt den Blick vor allem auf die Angebotsseite. Die Nachfrage dürfte ebenfalls länderspezifisch unterschiedlich sein und hängt von diversen Faktoren ab, die im Rahmen der Studie nicht berücksichtigt werden können. Grundsätzlich ist davon auszugehen,

³ Seit kurzem wird jährlich eine Erhebung des Medizinal- und Gesundheitspersonals durchgeführt (NHS Workforce census); der Versorgungsbereich psychische Gesundheit wurde 2014 in einer Sonderstudie beleuchtet, vgl. CfWI (2014a, 2014b).

⁴ Siehe CfWI (2014a, 2014b); zum Programm zur Förderung des Zugangs zu Psychotherapie (Improving Access to Psychological Therapies IAPT) vgl. <http://www.iapt.nhs.uk/about-iapt/>

dass die hohe Dichte in der Schweiz auf einer hohen Nachfrage nach psychiatrischen Leistungen beruht. Zum Teil können hier auch die vergleichsweise dezentralen Strukturen des Schweizer Gesundheitssystems (kleine Versorgungseinheiten) als Erklärung beigezogen werden. So ist nachvollziehbar, dass die Bereitstellung eines Grundangebots in kleineren Spitälern und psychiatrischen Kliniken mehr Personal erfordert, als wenn dieselbe Anzahl Betten auf wenige grosse Spitäler verteilt ist. Ähnliche Skaleneffekte könnten auch in Bezug auf die Praxisgrössen relevant sein (viele Einzelpraxen vs. Gruppen- und Grosspraxen). Zu erwähnen ist ausserdem, dass die Versorgungsdichte in der Schweiz auch bei anderen Fachrichtungen hoch ist (vgl. z.B. Antwort des Bundesrates auf Interpellation 14.4178, «Psychiatrie-Schwemme in der Schweiz»). Für den Ländervergleich schlagen daher wir vor, die allgemeine Ärztedichte als Vergleichsgrösse heranzuziehen.

3 Indikatoren und Parameter für den Ländervergleich

Im Folgenden wird ausgeführt, welche Aspekte der psychischen Gesundheitsversorgung für den Ländervergleich näher beleuchtet werden sollen, welche Faktoren als mögliche Erklärungsansätze für die vergleichsweise hohe Psychiaterdichte in der Schweiz herangezogen und mit welchen Indikatoren diese operationalisiert werden.

3.1 Qualitativer Überblick über die Versorgungsstrukturen

Bevor die unterschiedliche Psychiaterdichte entlang des Vergleichsrasters untersucht wird, erscheint es zweckmässig, in einem ersten Schritt die Aufgabenfelder innerhalb der psychischen Gesundheitsversorgung zu beschreiben und den Gegenstand des Ländervergleichs festzulegen. Dabei wird pro Land dargestellt, welche Berufsgruppe für welche Teilgebiete oder Aspekte der psychischen Versorgung zuständig ist, inklusive allgemeine Grundversorgung. Auf dieser Basis sollten erste qualitative Unterschiede zwischen den Ländern hinsichtlich der Versorgungsstrukturen (z.B. auch, ob ein Land eine Angebotsplanung vornimmt), der Rollenverteilung und interprofessionellen Zusammenarbeit sichtbar werden. Zur Illustration der unterschiedlichen Versorgungsstruktur und Rollenverteilung der Berufsgruppen (vgl. dazu auch Abschnitt 3.4) sollen ausserdem pro Land die typischen Behandlungspfade für zwei Krankheitsbilder (Schizophrenie und Depression) exemplarisch nachgezeichnet werden.

3.2 Versorgungsdichte und Angebot

Zentral ist es, für den Ländervergleich möglichst präzise Zahlen zu den Leistungserbringenden in der psychischen Gesundheitsversorgung bereitzustellen. Analog OECD liegt der Fokus dabei auf den **berufstätigen bzw. klinisch tätigen** Psychiater/innen (mögl. differenziert nach (a) Kinder-/Jugend- und (b) Erwachsenen-Psychiater/innen), Psychologischen Psychotherapeut/innen und Psychiatriepflegefachpersonen, wenn möglich jeweils in Vollzeitäquivalenten. Um die vertiefenden Analysen von Aus- und Weiterbildung, Tätigkeiten bzw. Leistungserbringung und Arbeitsvolumen der Psychiater/innen in den ausgewählten Ländern zu kontextualisieren, enthält das Vergleichsraster ausserdem Indikatoren, welche die psychiatrischen Versorgung innerhalb der medizinischen Versorgung (Ärztedichte) sowie im psychiatrischen Versorgungsangebot in den verschiedenen Sektoren verortet.

Tabelle 1: Indikatoren zu Versorgungsdichte und Angebot

Indikator	Bemerkungen
Leistungserbringende	
1.1 Psychiater/innen (Kinder-/Jugendpsychiater/innen; Erwachsenenpsychiater/innen) pro 100'000 Einwohner/innen - Absolute Anzahl - in Vollzeitäquivalenten - Frauenanteil - Ausländeranteil (Nationalität) - Durchschnittsalter	Frauenanteil: Hypothese, dass diese vermehrt Teilzeit arbeiten. Indikator dient als Ergänzung, falls keine Daten zu VZÄ verfügbar.
1.2 Psychologische Psychotherapeut/innen pro 100'000 Einwohner/innen - Absolute Anzahl - in Vollzeitäquivalenten - Frauenanteil - Ausländeranteil (Nationalität) - Durchschnittsalter	
1.3 Psychiatriepfleger/innen pro 100'000 Einwohner/innen - Absolute Anzahl - in Vollzeitäquivalenten - Frauenanteil - Ausländeranteil (Nationalität) - Durchschnittsalter	

Indikator	Bemerkungen
1.4 Ärztedichte pro 100'000 Einwohner/innen (in Vollzeitäquivalenten)	Eventuell nach ausgewählten Facharztgruppen differenzieren, zu denen Schnittstellen in der Versorgung bestehen (könnten): - Hausärzt/innen - Pädiatrie - Geriatrie/Gerontologie - Arbeitsmedizin
1.5 Anteil Psychiater/innen an allen Ärzt/innen	
Versorgungsangebot	
1.6 Psychiatriebetten in Spitälern pro 100'000 Einw.	Stationäre Behandlungsplätze in Allgemeinspitälern und psychiatrischen Fachkliniken Um mögliche Skaleneffekte zu prüfen (siehe Kap. 4.6), müssten auch die Anzahl bzw. Grösse der Institutionen verglichen werden.
1.7 Anzahl Tages- und Nachtambulanzplätze (teilstationär) pro 100'000 Einw.	Vermutlich gibt es hier grössere Datenlücken.
1.8 Anzahl niedergelassene Psychiater/innen pro 100'000 Einw. - Frauenanteil	Ebenfalls von Interesse wären die Anzahl Praxen bzw. Praxisgrössen (Einzel- vs. Gruppenpraxis). Die Datenverfügbarkeit ist jedoch fraglich.
1.9 Wartezeiten für eine spezialisierte Behandlung (Psychiatrie oder Psychotherapie)	Evtl. ist es sinnvoll, sich auf Wartezeiten bzgl. spezifischer Behandlungen zu beschränken (z.B. Psychotherapieplatz bei Depression). Die Definition von Wartezeit muss bei der Umsetzung geklärt werden.

Quelle: Darstellung BASS

Da der Fokus des Mandats auf der Berufsgruppe der Psychiater/innen liegt und nicht auf einem Vergleich der Versorgungsstrukturen, werden für diesen Bereich keine weiteren Differenzierungen vorgenommen und – auch aus Gründen der Datenverfügbarkeit im ambulanten Sektor – darauf verzichtet, die Anzahl und Grösse der stationären Institutionen und psychiatrischen Praxen für den Ländervergleich zu operationalisieren.

3.3 Aus- und Weiterbildung im Bereich Psychiatrie

Ein Themenfeld, das für den Ländervergleich definiert wurde, betrifft die **Weiterbildungsprogramme** und **Berufsbilder** des Fachgebiets Psychiatrie. Dazu soll die Systematik der in diesem Gebiet vorhandenen Facharztstitel inkl. allfälliger Sub-Spezialisierungen in den einzelnen Ländern dargestellt werden, inkl. der zahlenmässigen Verteilung der einzelnen Fachrichtungen (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Forensische Psychiatrie etc.) und der Dauer von Grund- und Weiterbildung. Bei den Ausbildungs- bzw. Weiterbildungsabschlüssen, insbesondere Facharzt/ärztin Psychiatrie, soll nach Möglichkeit nach Herkunft der Titelträger/innen differenziert werden: (a) Studium und Facharzttitel im Inland, (b) Studium im Ausland, Facharzttitel im Inland, (c) Studium und Facharzttitel im Ausland (=Neuanerkennung ausländischer Titel). Nebst der Anzahl neu erworbener Facharzttitel Psychiatrie pro Jahr werden nach Möglichkeit auch die Ausbildungsabschlüsse in Psychotherapie und Psychiatriepflege erhoben.

Tabelle 2: Indikatoren zu Weiterbildungsprogrammen und Berufsbildern

Indikator	Bemerkungen
2.1 Facharzttitel und Spezialisierungen	- Auflistung (qualitativ) - Häufigkeiten (Anz./Anteile)
2.2 Anzahl Jahre Grund- und Weiterbildung	
2.3 Jährliche Ausbildungsabschlüsse im Bereich psychische Gesundheit pro 100'000 Einw.: - Facharzttitel in Psychiatrie - Abschlüsse in psycholog. Psychotherapie - Abschlüsse in Psychiatriepflege	Nach Möglichkeit Differenzierung nach Sub-Spezialisierung und Herkunft Titelträger/innen (Inland-, Ausland)

Quelle: Darstellung BASS

3.4 Psychische Gesundheitsversorgung und Rolle anderer Berufsgruppen

Ein weiterer Schwerpunkt des Ländervergleichs sind die **Fachpersonen**, die in die Behandlung psychischer Erkrankungen involviert sind. Wir erachten es dabei als sinnvoll, die Vergleichsebene auf Berufsgruppen einzuschränken, deren Hauptaufgabe die medizinische, therapeutische oder pflegerische Versorgung im Mental-Health-Bereich ist. Dabei ist klar, dass auch Berufsgruppen wie die Ergotherapie und die Sozialarbeit bei der Betreuung und Rehabilitation eine wichtige Rolle spielen, und dass Modelle der sektorenübergreifenden Koordination zwischen Gesundheitsversorgung und sozialer Unterstützung in vielen Ländern besonders für Menschen mit psychischen Erkrankungen gefördert werden.⁵ Allerdings ist es schwierig, gesichertes Datenmaterial zur Anzahl der Sozialarbeitenden oder Ergotherapeut/innen, die (hauptsächlich oder ausschliesslich) dem psychischen Versorgungsbereich zuzuordnen sind, zu erhalten.⁶ Die Rollen, Aufgaben und Kompetenzen (z.B. Verschreiben von Medikamenten) der in die psychische Gesundheitsversorgung eingebundenen Berufsgruppen sollen jeweils kurz skizziert werden (vgl. auch Abschnitt 3.1).

Was die Aufgabenteilung zwischen Psychiater/innen und anderen Berufsgruppen betrifft, liegt ein besonderer Fokus auf den **Hausärztinnen und Hausärzten**⁷, die gemäss OECD in vielen Ländern als Gatekeeper, d.h. erste (Pflicht-)Anlaufstelle in der Grundversorgung fungieren und bei leichten bis mittelgradigen Störungen einen Teil der psychischen Gesundheitsversorgung selber übernehmen (vgl. OECD 2014a, 64). Die formelle Einbindung in die psychische Gesundheitsversorgung ist jedoch unterschiedlich. Offenbar gehört die Schweiz zu einem der wenigen OECD-Länder, in denen psychische Gesundheit in der Aus- und Weiterbildung der Grundversorger/innen kaum verankert ist (OECD 2014a, 70). Dies mag mit ein Grund sein, weshalb Hausärzt/innen bei psychischen Beschwerden in der Schweiz vergleichsweise selten aufgesucht werden (von rund 20% der Betroffenen), in anderen jedoch eine weitaus wichtigere Rolle spielen.⁸ Ins Vergleichsraster aufgenommen wird die Patient/innen-Sicht auf die Rolle der Versorger/innen (Indikator 3.2), die formelle Verankerung der psychischen Gesundheit in der Qualifizierung von Allgemeinmediziner/innen (Indikatoren 3.3.1 und 3.3.2) und der Umfang der von Hausärzt/innen abgerechneten Leistungen, die spezifisch der psychischen Gesundheitsversorgung zugeordnet werden können (Indikator 3.3.3).

Tabelle 3: Indikatoren zur psychischen Gesundheitsversorgung und der Rolle anderer Berufsgruppen

Indikator	Bemerkungen
Mental-Health-Workforce	
3.1 Berufsgruppen, die in die psychische Gesundheitsversorgung involviert sind	Liste (qualitativ)
3.2 Inanspruchnahme: Fachperson, die bei psych. Belastung aufgesucht wird	Selbstberichtet (Bevölkerungsbefragung). Eurobarometer 2005 und 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)»
3.3 Rolle der Grundversorger/innen in der psychischen Gesundheitsversorgung:	Es muss definiert werden, welche Facharztstitel der Grundversorgung zugeordnet werden (Vorschlag CH: Allgemeinmedizin, Innere Medizin, ab 2011 Zusammenzug zu FA für allgemeine Innere Medizin, Pädiatrie)

⁵ So beispielsweise auch in England, vgl. Hewlett/Horner (2015, 33).

⁶ Diese beiden Berufe werden von der OECD (2014a, 205) als «mental health professionals» beschrieben – sofern in der psychischen Gesundheitsversorgung tätig.

⁷ In unserem Zusammenhang verwenden wir die Begriffe Hausärztin/arzt und Grundversorger/in synonym. In der internationalen Literatur finden sich «General Practitioner GP» oder Allgemeinmediziner. Im Rahmen der Umsetzung ist zu definieren, welche Fachärzt/innen zu den Grundversorger/innen gezählt werden sollen.

⁸ Vgl. Schuler/Burla (2012, 42f.) sowie OECD (2014a, 63). Die Angaben basieren auf der selbstberichteten Inanspruchnahme.

Indikator	Bemerkungen
3.3.1 Umfang der psychiatrisch-psychologischen Ausbildungsinhalte in der Facharzt Ausbildung von Grundversorger/innen	
3.3.2 Formelle Zusatzqualifikationen für Grundversorger/innen im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik, und Anteil Grundversorger/innen mit entsprechender Zusatzqualifikation	
3.3.3 Anteil der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen an Grundversorger-Leistungen	Versicherungsdaten
Behandlung	
3.4 Anteil der a) durch Grundversorger/innen, b) durch Psychiater/innen verschriebene Antidepressiva	
3.5 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	

Quelle: Darstellung BASS

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 wie Psychotherapie (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. Vorgesehen ist, im Ländervergleich exemplarisch die Verschreibung von Antidepressiva nach verordnender Facharztgruppe (Indikator 3.4), sowie das Verhältnis von Psychopharmaka, Gesprächstherapie und deren Kombination (Nr. 3.5) anzuschauen.

3.5 Tätigkeit und Leistungserbringung der Psychiater/innen

Das eigentliche Kernstück des Vergleichs – gibt es allenfalls länderspezifische Unterschiede bezüglich Aufgabenspektrums, Menge an Patient/innen etc., welche die unterschiedliche **Psychiaterdichte** erklären liessen? – ist der Themenbereich, in dem die Operationalisierung von Hypothesen mit aussagekräftigen Indikatoren am meisten Schwierigkeiten bereitet. Dies hängt zum einen mit der Datenlage zusammen (wenig Routinedaten, Notwendigkeit von Psychiaterbefragungen). Zum anderen hängt die Anzahl behandelter Patient/innen (resp. Anzahl Behandlungsfälle) wie die Behandlungsdauer mit verschiedenen Faktoren zusammen (Morbidität der betreuten Patientenpopulation oder Behandlungskonzepte⁹). Im Idealfall würde man die Tätigkeiten und die Zeitverwendung der Psychiater/innen im Detail vergleichen (Anteile Arbeit am Patienten, Dossierstudium, Gutachtertätigkeit, Administration, Schulung, Supervision etc.). Hierzu dürften jedoch bestenfalls Einzelstudien mit unterschiedlichen Kategorisierungen verfügbar sein.

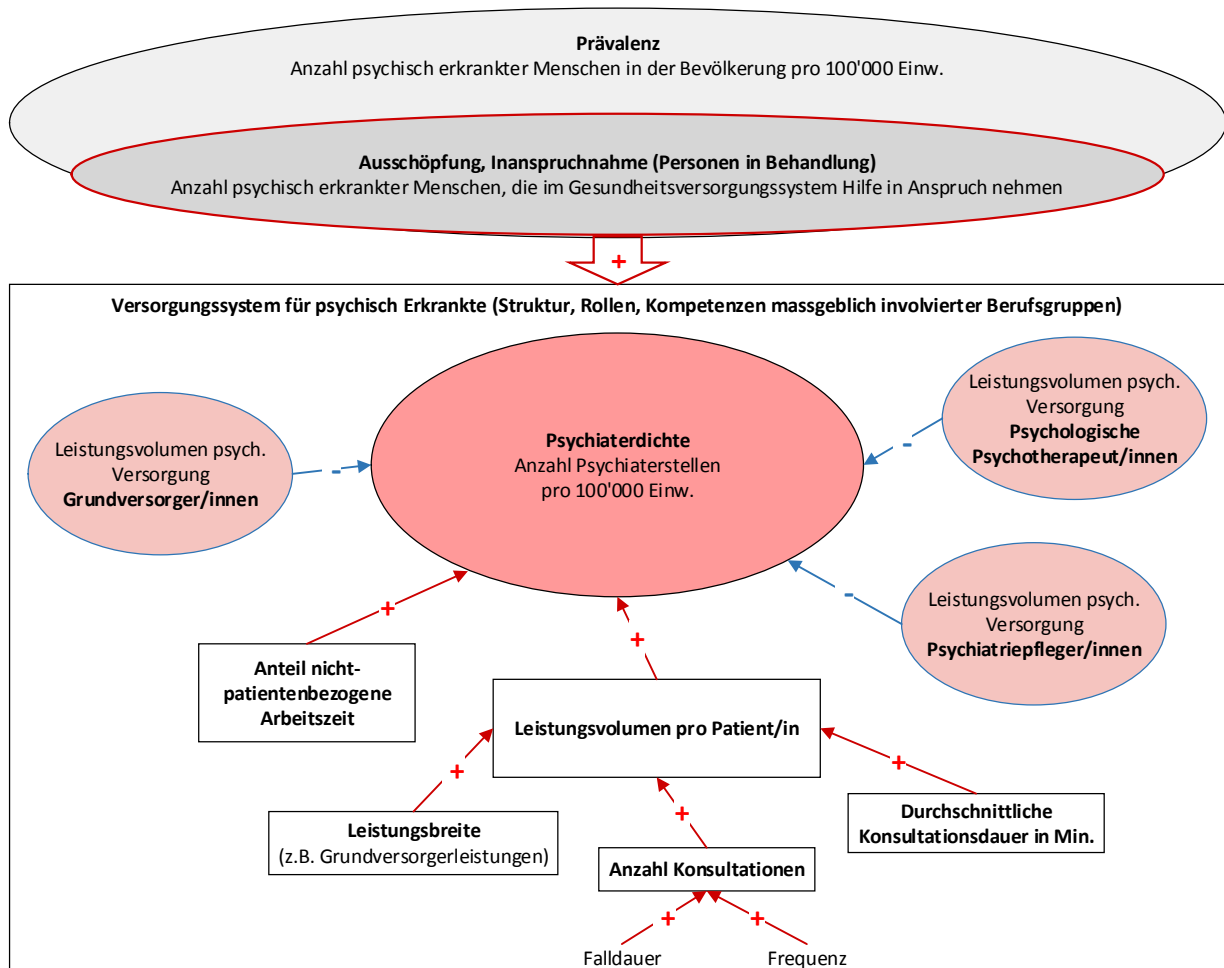
Inwiefern liesse sich eine unterschiedliche Psychiaterdichte durch eine unterschiedliche «Produktivität» der Psychiater/innen erklären? Wie könnte diese gemessen werden? Produktivität kann in unserem Zusammenhang als Verhältnis zwischen Input (z.B. Arbeitsstunden) und Output (z.B. behandelte Patient/innen) in einem bestimmten Betrachtungszeitraum definiert werden. Modellhaft wäre das pro Patient/in erbrachte Leistungsvolumen zu ermitteln. Dieses lässt sich durch verschiedene Kennzahlen und Daten (deren Verfügbarkeit in der Praxis fraglich ist) umschreiben: Anteil der nicht-patientenbezogenen Arbeitszeit von Psychiater/innen, Anzahl behandelte Patient/innen bzw. Fälle, Anzahl Konsultationen (Frequenz), Konsul-

⁹ Behandlungskonzepte wie kognitiv-verhaltenstherapeutisch, systemisch, sozialpsychiatrisch, psychodynamisch-analytisch können mitunter mit unterschiedlich langen Therapiedauern einhergehen. In einer deutschen Analyse von Versicherungsdaten hat sich beispielsweise gezeigt, dass (psycho-)analytische Psychotherapien im Median rund doppelt so lange dauerten wie Verhaltenstherapien (Gallas et al. 2010; siehe auch RKI 2008, 16). Die Behandlungsdauer im stationären und ambulanten Sektor kann sich auf den Personalbedarf auswirken und auf länderspezifische Unterschiede in der psychischen Gesundheitsversorgung hindeuten (die Schweiz steht z.B. bezüglich Verweildauer in stationären Einrichtungen klar über dem OECD-Durchschnitt, vgl. OECD 2014b, 125).

tationsdauer in Minuten, Aufenthaltstage etc. Dabei wäre jeweils nach den beiden Bereichen ambulant und stationär zu differenzieren.

Zur Veranschaulichung zeigt Abbildung 1 eine schematische Darstellung der verschiedenen Einflussfaktoren und deren Wirkungsweisen auf die Psychiaterdichte.

Abbildung 1: Einflussfaktoren zur Erklärung der Psychiaterdichte



Quelle: Darstellung BASS

Die Wirkungen (+ / -) sind jeweils unter Ceteris-Paribus-Annahmen zu interpretieren. Es lassen sich vier wesentliche Ebenen unterscheiden: (1) Ein zentraler Faktor ist die Prävalenz psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung resp. die Inanspruchnahme psychischer Gesundheitsversorgungsleistungen der Bevölkerung. (2) Die zweite wesentliche Ebene betrifft die Aufgabenteilung zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und Institutionen (Struktur, Rollen, Kompetenzen), die in die psychische Gesundheitsversorgung involviert sind. Je nach Gegebenheit sind hier neben Psychiater/innen weitere Gruppen unterschiedlich stark vertreten. Je grösser das durch psychologische Psychotherapeut/innen, durch Grundversorger/innen oder Psychiatriepflegefachpersonen abgedeckte Leistungsvolumen an psychischer Versorgung ist, desto tiefer dürfte die Psychiaterdichte sein. (3) Die dritte Ebene betrifft die Arbeitszeit, die den Psychiater/innen für die Patientenversorgung zur Verfügung steht. Je höher der Anteil an nicht-patientenbezogener Arbeitszeit (z.B. Administration, Gutachtertätigkeit, Supervision o.ä.) ist, desto mehr Psychiater/innen werden zur Patientenversorgung benötigt bzw. desto höher fällt ceteris paribus die Psychiaterdichte aus. (4) Die vierte Ebene betrifft die «Produktivität» resp. das Leistungsvolumen pro Patient/in, welches von einem Psychiater/einer Psychiaterin erbracht wird. Diese Grösse wird im Wesentlichen durch die Anzahl Konsulta-

tionen (i.d.R. dürfte bei längerer Falldauer die Summe der Konsultationen wachsen; die Frequenz der Konsultationen ist unmittelbar mit deren Anzahl verknüpft) und die durchschnittliche Konsultationsdauer bestimmt; je höher die beiden Faktoren sind, desto höher ist das erbrachte Leistungsvolumen. Daneben ist noch die Leistungsbreite von Bedeutung: Erbringen Psychiater/innen neben den psychiatrischen auch noch Grundversorger-Leistungen, so steigt das Leistungsvolumen pro Patient/in.

Mit Blick auf die Umsetzung in einer Vergleichsstudie schlagen wir vor, für die verschiedenen Länder möglichst die in Tabelle 4 aufgeführten Grössen zu ermitteln. Aus den verschiedenen Daten sollte sich näherungsweise erschliessen, inwiefern sich bei den Psychiater/innen das Leistungsvolumen pro Patient/in bzw. Behandlungsfall (vgl. Indikator 4.8) in den Vergleichsländern unterscheidet. Dabei müssen bei einem solchen Vergleich verschiedene Unterstellungen gemacht werden, z.B. identische Outcomes (Behandlungsergebnisse), identische durchschnittliche Schweregrade der Erkrankungen etc.

Tabelle 4: Tätigkeiten bzw. Leistungserbringung Psychiater/innen

Indikator	Bemerkungen
4.1 Verteilung der Psychiater/innen nach Versorgungssektor	ambulant / stationär
4.2 Verteilung der Arbeitszeit nach Tätigkeiten	ambulant / stationär; idealerweise quantitativ, mindestens qualitativ
4.3 Anteil Arbeit mit Patient/innen an der Gesamtarbeitszeit	ambulant / (stationär)
4.4 Anzahl behandelter Patient/innen (bzw. Fälle) pro vollzeitäquivalente Psychiaterstelle Pro Jahr	ambulant / stationär
4.5 Anzahl Konsultationen pro vollzeitäquivalente Psychiaterstelle pro Jahr	
4.6 Durchschnittliche Anzahl Konsultationen pro Behandlungsfall	ambulant
4.7 Durchschnittliche Konsultationsdauer in Minuten	ambulant
4.8 Durchschnittliche Anzahl Konsultationsminuten pro Behandlungsfall	ambulant
4.9 Durchschnittliche Falldauer (Eintritt/Austritt) / ~Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	ambulant / stationär

Quelle: Darstellung BASS

3.6 Finanzierung und Kosten

Als zusätzlicher thematischer Schwerpunkt sollten auch einige Eckdaten zu den Kosten und zum Finanzierungssystem erhoben werden. Die Definition des Leistungskatalogs, der berechtigten Leistungserbringenden, die Finanzierungsmodalitäten etc. haben einen massgeblichen Einfluss auf den Zugang zur bzw. die Inanspruchnahme der psychischen Gesundheitsversorgung und somit auch auf die Grösse und Zusammensetzung der «mental health workforce».

Tabelle 5: Finanzierung und Kosten der psychischen Gesundheitsversorgung

Indikator	Bemerkungen
5.1 Anteil der direkten Gesundheitskosten für die psychische Gesundheitsversorgung an den gesamten direkten Gesundheitskosten	Es handelt sich <i>nicht</i> um eine volkswirtschaftliche Betrachtung unter Einbezug indirekter Kosten
5.2 Finanzierungsmodalitäten für spezialisierte psychische Gesundheitsversorgung im ambulanten und stationären Sektor (Fallpauschalen, fee for service etc.)	qualitativ
5.3 Merkmale der Leistungsvergütung:	qualitativ
5.3.1 Gibt es Massnahmen zur Mengenbegrenzungen? (z.B. Globalbudget, Zulassung von Leistungserbringenden, Maximaldauer von Therapien, Leistungsausgrenzungen, Umfang des Selbstkostenanteils etc.)	qualitativ
5.3.2 Welche Regelungen gelten für die Vergütung von Psychotherapien?	qualitativ
5.3.3 Welche Berufsgruppen können welche Leistungen direkt mit den Kassen abrechnen?	qualitativ

Quelle: Darstellung BASS

4 Ergebnisse zu den ausgewählten Ländern

In diesem Kapitel wird pro Land dargestellt, welche Daten- und Informationsquellen sich für den geplanten Vergleich eignen und wo allenfalls auch Lücken/Schwierigkeiten bestehen.

4.1 Bemerkungen zur Daten- und Informationsverfügbarkeit

4.1.1 Schweiz

Als massgebliche Literaturstelle zu zahlreichen Indikatoren und entsprechenden Datenquellen im Bereich psychische Gesundheit in der Schweiz sind die Monitoringberichte des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) zu nennen (z.B. Sturny/Schuler 2011, Schuler/Burla 2012). Tendenziell ist die Datenlage für den Spital- und Klinik-Bereich besser als für den Bereich der ambulanten Praxen (niedergelassene Ärzt/innen). Daten der Krankenversicherer decken gemeinhin nur den Teil der über die obligatorische Grundversicherung abgerechneten Leistungen ab. Wichtige Informationen, insbesondere auch zu Fachausbildungsgängen, stammen zudem aus den Statistiken und Dokumenten der FMH, der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH.

Bei einer Umsetzung der Vergleichsstudie (vgl. Kapitel 6) ist geplant, insbesondere für die Indikatoren im Bereich «Tätigkeit und Leistungserbringung» auf Informationen zurückzugreifen, die mit einer im Sommer 2016 laufenden Befragung von Psychiaterinnen und Psychiatern zur Versorgungssituation psychisch kranker Personen in der Schweiz gewonnen werden. Die Befragung ist Teil einer zweiten Studie, welche das BAG im Themenbereich psychische Versorgung erarbeiten lässt.

4.1.2 Deutschland

Die zahlreichen Datenquellen zur Gesundheitsversorgung in Deutschland sind im Online-Informationssystem des Robert-Koch-Instituts und des Statistischen Bundesamts zusammengezogen.¹⁰ Auch für den ambulanten Versorgungsbereich – die sogenannte vertragsärztliche Versorgung – ist die Datenlage dank Erhebungen/Datensammlungen der kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie Versicherungsdaten relativ gut, sodass der Grossteil der Indikatoren gebildet werden kann. Eine wichtige Lücke besteht allerdings in Bezug auf die Psychiaterdichte, da keine Angaben zu Vollzeitäquivalenten vorliegen bzw. in der Gesundheitspersonalrechnung keine Differenzierung nach Facharztgruppe möglich ist.

4.1.3 Niederlande

Erste Datenrecherchen deuten darauf hin, dass der Vergleich mit den Niederlanden in sehr vielen Punkten möglich sein wird. Das Identifizieren von Datenquellen (und später auch die konkrete Informationsbeschaffung) ist jedoch aufwändig, da viele Websites und Fachberichte nicht auf Englisch vorliegen und Fragen mit den zuständigen Personen bzw. Gremien einzeln geklärt werden müssen. Aus diesem Grund sind zahlreiche Punkte noch offen. Hängig ist insbesondere die Frage nach Vollzeitäquivalenten sowie Angaben zu allfälligen Befragungen von Psychiater/innen (oder anderweitiger Datenquellen). Wichtige Ansprechpartner sind nebst den Berufsverbänden und Fachgesellschaften sowie dem Gesundheits- und Medizinalberuferegister BIG auch das Trimbos Instituut (National institute of mental health and addiction), das periodisch im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport Daten und Fakten zur psychischen Gesundheitsversorgung zusammenstellt (vgl. Dijk et al. 2011, Verbeek et al. 2015).

¹⁰ http://www.gbe-bund.de/gbe10/pkg_isgbe5.prc_isgbe?p_uid=gast&p_aid=0&p_sprache=D; siehe auch Zusammenstellung relevanter Daten auf der Website der Kassenärztlichen Bundesvereinigung <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16391.php> (letzter Zugriff 25.02.2016).

4.1.4 UK

Die Datenabklärungen zeigen, dass ein Vergleich mit dem gesamten Vereinigten Königreich (UK) mit einigem Zusatzaufwand verbunden wäre, da der nationale Gesundheitsdienst NHS operativ aus vier eigenständigen Organisationen besteht (NHS England, Schottland, Wales und Nordirland), die entsprechende Daten zu Planungs- und Controlling-Zwecken auf nationaler Ebene erheben. Eine Beschränkung auf **England** scheint daher sinnvoll.

Auch für den Ländervergleich mit England wird man bei der Datenbeschaffung auf enge Zusammenarbeit mit NHS England und Datenträgern bzw. Datenverwaltungsorganisationen wie dem Health and Social Care Information Centre HSCIC angewiesen sein. Das HSCIC ist IT-Provider und zuständig für die Verwaltung/Aufbereitung von Daten zuhanden der Clinical Commissioning Groups (diese sind auf lokaler Ebene verantwortlich für die Bereitstellung bzw. den Einkauf von Gesundheitsdienstleistungen, vgl. Hewlett/Horner 2015, 15), der Politik und der Forschung. Da zahlreiche Datensätze oder Informationssysteme sich im Aufbau befinden und bezüglich Datenschutzes noch einige Fragen offen sind,¹¹ scheint die Datenverfügbarkeit (bzw. die konkreten Datenquellen für einzelne Vergleichsindikatoren) trotz des grossen Umfangs und breiten thematischen Spektrums teilweise unübersichtlich. Wie in der Tabelle 9 ersichtlich, sind differenzierte Angaben zur Versorgungsdichte möglich. Offen ist jedoch, ob das Royal College of Psychiatrists (RCPsych) über Informationen zu Tätigkeit und Leistungserbringung von Psychiater/innen verfügt.

Auf den nachfolgenden Seiten werden die Indikatoren und Parameter und die jeweiligen Daten- und Informationsquellen **nach Ländern gegliedert tabellarisch dargestellt**. Noch offene bzw. weiter abklärungsbedürftige Punkte sind in der Spalte «Verfügbarkeit» grau hinterlegt.

¹¹ Siehe den aktuellen Tätigkeitsbericht unter <http://www.hscic.gov.uk/about-us>.

4.2 Daten- und Informationsquellen Schweiz

Tabelle 6: Daten- und Informationsquellen Schweiz

Indikator	Verfügbarkeit	Quelle	Bemerkungen
1 Versorgungsdichte und Angebot			
1.1 Psychiater/innen (Kinder-/Jugendpsychiater/innen; Erwachsenenpsychiater/innen) pro 100'000 Einwohner/innen* - Absolute Anzahl - in Vollzeitäquivalenten - Frauenanteil - Ausländeranteil (Nationalität) - Durchschnittsalter	ja	FMH-Ärzttestatistik http://www.fmh.ch/services/statistik/aerzttestatistik.html Psychiaterbefragung BAG 2016	Vollzeitäquivalente: Nur aus Teilstichprobe Hochrechnung in Form von Halbtagen möglich (Selbstdeklaration in der Mitgliederdatenbank myFMH)
1.2 Psychologische Psychotherapeut/innen pro 100'000 Einwohner/innen - Absolute Anzahl - in Vollzeitäquivalenten - Frauenanteil - Ausländeranteil (Nationalität) - Durchschnittsalter	ja	Einzelstudie (Stettler et al. 2013) http://www.psychologie.ch/politik-recht/berufspolitik/studien/fsp-studien/strukturhebung-psychotherapie/	Daten von 2012
1.3 Psychiatripfleger/innen pro 100'000 Einwohner/innen - Absolute Anzahl - in Vollzeitäquivalenten - Frauenanteil - Ausländeranteil (Nationalität) - Durchschnittsalter	teilweise	Krankenhausstatistik BFS (Näherungsweise) Freiberufliche ambulante Psychiatripflege (Näherungsweise)	Näherung: Dipl. Pflegefachperson mit Spezialisierung in Psychiatrischen Kliniken, evtl. zusätzlich andere Dipl. Pflegefachperson in Psychiatrischen Kliniken; die altrechtliche Pflegespezialisierung PsyKP wurde in unspezifische Titel überführt. Schwerpunktsetzungen (u.a. Psychiatripflege) in Form von Weiterbildungen als eidgenössisch höhere Fachprüfungen HFP werden derzeit im Rahmen des Projekts «Kompetenzprofile Pflege» der OdASanté geprüft. Sozialmedizinische Institutionen SOMED: Pflegetitel zu unspezifisch. Ambulanter Bereich: Quelle allenfalls noch Verein Ambulante Psychiatrische Pflege VAPP zu freiberuflichen ambulanten Psychiatripflegern. Spitexstatistik: Pflegetitel zu unspezifisch
1.4 Ärztedichte pro 100'000 Einwohner/innen (in Vollzeitäquivalenten)	ja	FMH-Ärzttestatistik http://www.fmh.ch/services/statistik/aerzttestatistik.html	Teilweise sind nicht alle Ärzte in der FMH-Ärzttestatistik erfasst (vgl. stationärer Bereich: Krankenhausstatik BFS) VZÄ: Nur aus Teilstichprobe Hochrechnung in Form von Halbtagen möglich (Selbstdeklaration in der Mitgliederdatenbank myFMH)
1.5 Anteil Psychiater/innen an allen Ärzt/innen	ja	FMH-Ärzttestatistik http://www.fmh.ch/services/statistik/aerzttestatistik.html	
1.6 Psychiatriebetten in Spitälern pro 100'000 Einw.	ja	Krankenhausstatistik BFS	Planbetten
1.7 Anzahl Tages- und Nachtklinikplätze (teilstationär) pro 100'000 Einw.	nein		Die Krankenhausstatistik unterscheidet nur in stationär (ab 24 h od. mit Bettbenützung über Nacht) und ambulant (<24 h od. ohne Bettbenützung über Nacht)
1.8 Anzahl niedergelassene Psychiater/innen	ja	FMH-Ärzttestatistik	Tabelle Berufstätige Ärzte mit Hauptfachgebiet im ambulanten Sektor

4 Ergebnisse zu den ausgewählten Ländern

Indikator	Verfügbarkeit	Quelle	Bemerkungen
pro 100'000 Einw. - Frauenanteil, Ausländeranteil (Nationalität), Durchschnittsalter		http://www.fmh.ch/services/statistik/aerztestatistik.html	
1.9 Wartezeiten für eine spezialisierte Behandlung (Psychiatrie oder Psychotherapie)	ja	Psychiaterbefragung BAG 2016	Amsler et al. (2010) berichten über Wartezeiten insbesondere im Zusammenhang mit Tageskliniken
Aus- und Weiterbildung Psychiatrie			
2.1 Facharzttitel und Spezialisierungen	ja	FMH-Ärzttestatistik (Verleihung von WB-Titeln sowie Schwerpunkte und Fähigkeitsausweise)	
2.2 Anzahl Jahre Grund- und Weiterbildung	ja	Grund- resp. Weiterbildungsverordnungen der Med. Fakultäten resp. des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF (Organ der FMH)	Empirische Zahlen (Anzahl Jahre) auch aus MedReg resp. Einzelstudien http://www.fmh.ch/bildung-siwf/fachgebiete/facharzttitel-und-schwerpunkte/psychiatrie-psychotherapie.htm
2.3 Jährliche Ausbildungsabschlüsse im Bereich psychische Gesundheit pro 100'000 Einw a) Facharzttitel in Psychiatrie b) Abschlüsse psycholog. Psychotherapie c) Abschlüsse Psychiatriepflege	teilweise	a) Medizinalberuferegister MedReg sowie FMH-Ärzttestatistik (Verleihung von WB-Titeln) b) Psychologieberuferegister PsyReg (erst im Aufbau) c) Nicht vorhanden	Gemäss BAG wird das PsyReg auf dem bestehenden MedReg aufgebaut und im Verlauf der Jahre 2015/16 realisiert. Bzgl. c): Im Rahmen des neuen Gesundheitsberufegesetzes (GesBG) wird ebenfalls die Schaffung eines eidgenössischen Registers der Gesundheitsberufe der Tertiärstufe geprüft.
3 Psychische Gesundheitsversorgung und Rolle anderer Berufsgruppen			
3.1 Berufsgruppen, die in die psychische Gesundheitsversorgung involviert sind	ja	Qualitativ, diverse Quellen	
3.2 Inanspruchnahme: Fachperson, die bei psych. Belastung aufgesucht wird	ja	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB	
3.3.1 Umfang der psychiatrisch-psychologischen Ausbildungsinhalte in der Facharztausbildung von Grundversorger/innen	ja	Weiterbildungsverordnungen des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF	
3.3.2 Formelle Zusatzqualifikationen für Grundversorger/innen im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik, und Anteil Grundversorger/innen mit entsprechender Zusatzqualifikation	ja	Ärzttestatistik FMH - Fähigkeitsausweis für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (www.sappm.ch)	Steht allen Fachrichtungen offen. Fähigkeitsausweis für delegierte Psychotherapie: befähigt zur Delegation und Beaufsichtigung von Therapien an psychologische Psychotherapeuten. Heisst also nicht, dass diese Ärzt/innen selber Psychotherapien durchführen
3.3.3 Anteil der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen an allen Grundversorger-Leistungen	ja	Versicherungsdaten, Tarifpool SASIS (nur OKP) Einzelstudien (z.B. Obsan 2011, Depressionen in Hausarztpraxis, Basis Sentinella 2008/09)	Ob Versicherungsdaten aussagekräftig sind, ist unsicher. Es kann nur die spez. TARMED-Position 00.520 (Psychotherapeutische/psychosoziale Beratung durch Grundversorger) im Vergleich zu restlichen Positionen (überwiegend sog. Generalistenleistungen) dargestellt werden.
3.4 Anteil der a) durch Grundversorger/innen, b) durch Psychiater/innen verschriebene Antidepressiva	unklar	weitere Abklärungen nötig	evtl. z.T. über den Tarifpool SASIS machbar (Rechnungssteller-Nr verknüpft mit Facharzttitel und Medikamentenverkauf; Schwierigkeit bietet die Selbstdispensation; bei Medikamentenabgabe in der Apotheke ist wohl die Apotheke Rechnungssteller).
3.5 Anteil Personen, die in den letzten 12 Mt. wegen psychischen Belastungen in Behandlung waren und (a) medikamentös, (b) mit Psychotherapie, (c) mit Medikamenten und Psychotherapie behandelt wurden	teilweise	Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB; Teilweise Hinweise aus Einzelstudie Obsan (2012), basierend auf SDI** (Zahlen zu 2010)	Es müsste versucht werden, die Kategorien aus SGB zusammenzustellen

4 Ergebnisse zu den ausgewählten Ländern

Indikator	Verfügbarkeit	Quelle	Bemerkungen
4 Tätigkeit und Leistungserbringung Psychiater/innen			
4.1 Verteilung der Psychiater/innen nach Versorgungssektor	ja	FMH-Ärzttestatistik Psychiaterbefragung BAG 2016	Ambulant / stationär; Weitere Ausdifferenzierung (in Behörden etc.) näherungsweise FMH-Mitgliederstatistik
4.2 Verteilung der Arbeitszeit nach Tätigkeiten	ja	Psychiaterbefragung BAG 2016	
4.3 Anteil Arbeit mit Patient/innen an der Gesamtarbeitszeit	ja	Psychiaterbefragung BAG 2016	
4.4 Anzahl behandelter Patient/innen (bzw. Fälle) pro vollzeitäquivalente Psychiaterstelle pro Jahr	ja	Psychiaterbefragung BAG 2016 (Hochrechnung anhand Angaben zu den 2 Wochen vor der Befragung)	
4.5 Anzahl Konsultationen pro vollzeitäquivalente Psychiaterstelle pro Jahr	nein		
4.6 Anzahl Konsultationen pro Behandlungsfall	teilweise	Psychiaterbefragung BAG 2016	
4.7 Durchschnittliche Konsultationsdauer in Minuten	nein		
4.8 Anzahl Konsultationsminuten pro Behandlungsfall	nein		
4.9 Durchschnittliche Falldauer (Eintritt/Austritt) / ~Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	teilweise	Psychiaterbefragung BAG 2016	
5 Finanzierung und Kosten			
5.1 Anteil der direkten Gesundheitskosten für die psychische Gesundheitsversorgung an den gesamten direkten Gesundheitskosten	ja	Datenpool SASIS	
5.2 Finanzierungsmodalitäten für spezialisierte psychische Gesundheitsversorgung im ambulanten und stationären Sektor (Fallpauschalen, fee for service etc.)	ja	Dokumentenanalyse, Expertengespräche	
5.3.1 Gibt es Massnahmen zur Mengenbegrenzung? (z.B. Globalbudget, Zulassung von Leistungserbringenden, Maximaldauer von Therapien, Leistungsausgrenzungen, Umfang des Selbstkostenanteils etc.)	ja	Dokumentenanalyse, Expertengespräche	
5.3.2 Welche Regelungen gelten für die Vergütung von Psychotherapien?	ja	Dokumentenanalyse, Expertengespräche	
5.3.3 Welche Berufsgruppen können welche Leistungen direkt mit den Kassen abrechnen?	ja	Dokumentenanalyse, Expertengespräche	

*Quotient für Ebene Versorgungsdichte/Angebot: Ständige Wohnbevölkerung jeweils aus STATPOP, BFS

**Private kommerziell ausgerichtete Datenbanken (z.B. Schweizerischer Diagnoseindex SDI der IMS Health GmbH; www.imshealth.ch) wurden aus Gründen der Wissenschaftlichkeit ausgeklammert (Unabhängigkeit, Überprüfbarkeit, allgemeine Zugänglichkeit etc.)

Quelle: Darstellung BASS

4.3 Daten- und Informationsquellen Deutschland

Tabelle 7: Daten- und Informationsquellen Deutschland

Indikator	Verfügbarkeit	Quelle	Bemerkungen
1 Versorgungsdichte und Angebot			
1.1 Psychiater/innen (Kinder-/Jugendpsychiater/innen; Erwachsenenpsychiater/innen) pro 100'000 Einwohner/innen - Absolute Anzahl - in Vollzeitäquivalenten - Frauenanteil - Ausländeranteil (Nationalität) - Durchschnittsalter	teilweise	Ärzttestatistik der Bundesärztekammer http://www.bundesaerztekammer.de/ueberuns/aerzttestatistik/	Ohne VZÄ: in der Gesundheitspersonalrechnung ist nach Auskunft von destatis keine Differenzierung nach Facharztgruppe möglich
1.2 Psychologische Psychotherapeut/innen pro 100'000 Einwohner/innen - Absolute Anzahl - in Vollzeitäquivalenten - Frauenanteil - Ausländeranteil (Nationalität) - Durchschnittsalter	ja	Gesundheitspersonalrechnung des statistischen Bundesamts; Psychotherapeutenliste der Bundespsychotherapeutenkammer	- 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 - in der Psychotherapeutenliste kann nach Art der Einrichtung und Beschäftigungsverhältnis differenziert werden
1.3 Psychiatriepfleger/innen pro 100'000 Einwohner/innen - Absolute Anzahl - in Vollzeitäquivalenten - Frauenanteil - Ausländeranteil (Nationalität) - Durchschnittsalter	teilweise	Krankenhausstatistik (siehe Fachserie 12, Reihe 6.1.1)	- nur stationär: Beschäftigte im Fachbereich Psychiatrie. - Pflegestatistik und Gesundheitspersonalrechnung machen keine Angaben zu allfälligen Zusatzqualifikationen im Bereich Psychiatrie - keine VZÄ
1.4 Ärztedichte pro 100'000 Einwohner/innen (in Vollzeitäquivalenten)	ja	Ärzttestatistik der Bundesärztekammer, Gesundheitspersonalrechnung des statistischen Bundesamts	
1.5 Anteil Psychiater/innen an allen Ärzten	ja	Ärzttestatistik der Bundesärztekammer	Indikator in der Gesundheitsberichterstattung nicht ausgewiesen; muss basierend auf den vorhandenen Daten berechnet werden
1.6 Psychiatriebetten in Spitälern pro 100'000 Einw.	ja	Krankenhausstatistik	
1.7 Anzahl Tages- und Nachtambulanzplätze (teilstationär) pro 100'000 Einw.	ja	1. Krankenhausstatistik 2. Sondererhebung in den Bundesländern, vgl. APOL (2007, 27), RKI (2008, 18f.)	
1.8 Anzahl niedergelassene Psychiater/innen pro 100'000 Einw. - Frauenanteil - Ausländeranteil (Nationalität) - Durchschnittsalter	ja	Ärzttestatistik der Bundesärztekammer	3 relevante Gebiets- bzw. Facharztbezeichnungen: - Kinder- und Jugendpsychiatrie - Psychiatrie und Psychotherapie - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

4 Ergebnisse zu den ausgewählten Ländern

Indikator	Verfügbarkeit	Quelle	Bemerkungen
1.9 Wartezeiten für eine spezialisierte Behandlung (Psychiatrie oder Psychotherapie)	unklar		ambulant: KBV-Studie zu diesem Thema (Kopetsch 2014) diskutiert Vergleichbarkeit generell, jedoch keine Infos zu Psychiatrie. Studien zu Wartezeiten im Bereich Psychotherapie stützen sich auf Befragungen von Psychotherapeut/innen (RKI 2008, 15f.).
Aus- und Weiterbildung Psychiatrie			
2.1 Facharzttitel und Spezialisierungen	ja	Bundesärztekammer, Musterweiterbildungsverordnung	<u>Gebiets- bzw. Facharztbezeichnungen:</u> - Kinder- und Jugendpsychiatrie - Psychiatrie und Psychotherapie - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie <u>Zusatzweiterbildungen:</u> - Psychoanalyse - (fachgebundene) Psychotherapie - evtl. auch Suchtmedizinische Grundversorgung
2.2 Anzahl Jahre Grund- und Weiterbildung	ja	Grundbildung: Bundesärzteordnung http://www.gesetze-im-internet.de/b_o/BJNR018570961.html Fachausbildung: Landesärztekammern bzw. Musterweiterbildungsverordnung	Grundbildung 6 Jahre, Weiterbildung 5 Jahre Die bundesweite Musterweiterbildungsverordnung hat nur Empfehlungscharakter, Inhalt und Dauer der Weiterbildung in den entsprechenden Fachgebieten sind bei den jeweiligen Landesärztekammern festgelegt
2.3 Jährliche Ausbildungsabschlüsse im Bereich psychische Gesundheit pro 100'000 Einw a) Facharzttitel in Psychiatrie b) Abschlüsse psycholog. Psychotherapie c) Abschlüsse Psychiatriepflege	teilweise	a) Ärzttestatistik Bundesärztekammer b) Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen IMPP https://www.impp.de/internet/de/loesungen-und-ergebnisse.html	b) Keine bundesweite Statistik zur Anzahl Psychotherapeuten, die jährlich neu eine Approbation erhalten (Informationen bei den Approbationsbehörden der Bundesländer). Die Zahlen zur Anzahl bestandener schriftlicher Prüfungen sind gemäss Bundespsychotherapeutenkammer aber eine gute Annäherung – es gebe kaum Drop-outs zwischen der schriftlichen und mündlichen Prüfung bzw. der Approbation. c) Deutschland hat für OECD-Bericht (2014a) keine Daten geliefert
3 Psychische Gesundheitsversorgung und Rolle anderer Berufsgruppen			
3.1 Berufsgruppen, die in die psychische Gesundheitsversorgung involviert sind	ja	RKI (2015, 118–120)	
3.2 Inanspruchnahme: Fachperson, die bei psych. Belastung aufgesucht wird	ja	Eurobarometer 2006, 2010; ESEMeD 2001-2003 Auswertung Versicherungsdaten: Gaebel et al. (2013) für die Jahre 2005-7	Daten schon etwas alt Bei der Umsetzung des Vergleichs sollte abgeklärt werden, ob jüngere nationale Gesundheitsbefragungen ähnliche Fragestellungen enthalten, die einen Ländervergleich erlauben würden
3.3.1 Umfang der psychiatrisch-psychologischen Ausbildungsinhalte in der Facharztausbildung von Grundversorger/innen	ja	Landesärztekammern bzw. Musterweiterbildungsverordnung	Gemäss Musterweiterbildungsverordnung: 80 Stunden in psychosomatischer Grundversorgung
3.3.2 Formelle Zusatzqualifikationen für Grundversorger/innen im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik, und Anteil Grundversorger/innen mit entsprechender Zusatzqualifikation	ja	Ärzttestatistik; Linden et al. 2008	Zusatz-Weiterbildung «fachgebundene Psychotherapie» für Fachärzt/innen ausserhalb des Bereichs Psychiatrie oder Psychosomatik

4 Ergebnisse zu den ausgewählten Ländern

Indikator	Verfügbarkeit	Quelle	Bemerkungen
3.3.3 Anteil der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen an allen Grundversorger-Leistungen		Evtl. GKV-Frequenzstatistik der KBV; muss weiter abgeklärt werden	
3.4 Anteil der a) durch Grundversorger/innen, b) durch Psychiater/innen verschriebene Antidepressiva	ja	GKV-Arzneimittelindex	Sonderauswertung
3.5 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	ja	a) Versicherungsdaten (Leistungs- und Diagnosedaten) der GEK b) Eurobarometer 2005 c) ESEMeD 2001-2003 (vgl. ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators 2004)	a) Entsprechende Auswertung wurde 2009 gemacht; eine Aktualisierung mit neueren Daten müsste in Auftrag gegeben werden. GEK-Daten sind nicht repräsentativ
4 Tätigkeit und Leistungserbringung Psychiater/innen			
4.1 Verteilung der Psychiater/innen nach Versorgungssektor	ja	Ärztstatistik der Bundesärztekammer	Detaillierte Informationen: - ambulant (niedergelassen/angestellt) - stationär (inkl. Anteil leitend und Anteil gleichzeitig in Praxis tätige) - Behörden, Körperschaften u.ä. - sonstige Bereiche - ohne ärztl. Tätigkeit
4.2 Verteilung der Arbeitszeit nach Tätigkeiten	ja	Ärztemonitor http://www.kbv.de/html/aerztemonitor.php	Sonderauswertung nach Facharztgruppen durch Infas nötig. Kategorien: Patientensprechstunden, Hausbesuche, Bereitschafts- und Notdienste, Anleitung Praxisteam, Fort- und Weiterbildung, Verwaltungsarbeit, Sonstiges
4.3 Anteil Arbeit mit Patient/innen an der Gesamtarbeitszeit	ja	Ärztemonitor http://www.kbv.de/html/aerztemonitor.php	Sonderauswertung nach Facharztgruppen durch Infas nötig
4.4 Anzahl behandelter Patient/innen (bzw. Fälle) pro vollzeitäquivalente Psychiaterstelle pro Jahr	teilweise	ambulant: Honorarbericht KBV http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17023.php Auswertung Versicherungsdaten: Albrecht et al. (2007) Ärztemonitor: Durchschnittliche Anzahl der am Tag behandelten Patient/innen	I.d.R. Behandlungsfälle (nicht Anzahl Pat.) keine Angaben zu VZÄ
4.5 Anzahl Konsultationen pro vollzeitäquivalente Psychiaterstelle pro Jahr		weitere Abklärungen nötig	
4.6 Anzahl Konsultationen pro Behandlungsfall		weitere Abklärungen nötig	
4.7 Durchschnittliche Konsultationsdauer in Minuten		weitere Abklärungen nötig	
4.8 Anzahl Konsultationsminuten pro Behandlungsfall		weitere Abklärungen nötig	
4.9 Durchschnittliche Falldauer (Eintritt/Austritt) / ~Durchschnittliche Aufenthaltsdauer		weitere Abklärungen nötig	

4 Ergebnisse zu den ausgewählten Ländern

Indikator	Verfügbarkeit	Quelle	Bemerkungen
5 Finanzierung und Kosten			
5.1 Anteil der direkten Gesundheitskosten für die psychische Gesundheitsversorgung an den gesamten direkten Gesundheitskosten	ja	Krankheitskostenrechnung	aktuellste Daten stammen von 2008, die nächste Veröffentlichung mit dem Berichtsjahr 2015 ist für 2017 geplant
5.2 Finanzierungsmodalitäten für spezialisierte psychische Gesundheitsversorgung im ambulanten und stationären Sektor (Fallpauschalen, fee for service etc.)	ja	grundsätzlich: Recherche, Dokumentenanalyse und Expertengespräche, um Informationen zu verifizieren, vertiefen und in ihrer Bedeutung für die psychische Gesundheitsversorgung einzuordnen	stationär: Pauschalierendes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Kliniken (PEPP) seit 2013
5.3.1 Gibt es Massnahmen zur Mengenbegrenzung? (z.B. Globalbudget, Zulassung von Leistungserbringenden, Maximaldauer von Therapien etc.)	ja	Dokumentenanalyse, Expertengespräche	
5.3.2 Welche Regelungen gelten für die Vergütung von Psychotherapien?	ja	Dokumentenanalyse, Expertengespräche	Psychotherapie ist in die vertragsärztliche Versorgung integriert. Ärztliche /innen und psychologische Psychotherapeut/innen rechnen nach derselben Leistungsziffer ab (APOL 2007, 32f.) Voraussetzungen für Kostenübernahme der gesetzlichen Krankenversicherung: - psychische Störung mit Krankheitswert (exkl. Leistungen wie Erziehungs- oder Eheberatung) - Psycholog. Psychotherapeut/innen müssen Kassenzulassung haben (für Behandlung in Privatpraxis muss ein Antrag gestellt werden) - anerkannte Methoden bzw. Verfahren («Richtlinienverfahren») - je nach Verfahren/Krankheit gelten verschiedene Richtwerte für maximale Therapiedauern. Auf begründeten Antrag ist eine Verlängerung jedoch möglich (vgl. gesetzliche Grundlage, sog. «Psychotherapierichtlinie») - Dauer Konsultation grundsätzlich 50 min. http://www.therapie.de/psyche/info/fragen/wichtigste-fragen/was-bezahlt-die-krankenkasse/
5.3.3 Welche Berufsgruppen können welche Leistungen direkt mit den Kassen abrechnen?	ja		

Quelle: Darstellung BASS

4.4 Daten- und Informationsquellen Niederlande

Tabelle 8: Daten- und Informationsquellen Niederlande

Indikator	Verfügbarkeit	Quelle	Bemerkungen
1 Versorgungsdichte und Angebot			
1.1 Psychiater/innen (Kinder-/Jugendpsychiater /innen; Erwachsenenpsychiater/innen) pro 100'000 Einwohner/innen - Absolute Anzahl - in Vollzeitäquivalenten - Frauenanteil - Ausländeranteil (Nationalität) - Durchschnittsalter		Gesundheits- und Medizinalberuferegister BIG https://www.bigregister.nl/en/ Arbeitsmarktinformationsdienst Pflege und Gemeinwohl (<i>Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn</i>)	Forti et al. (2014) Dijk et al. (2011), Verbeek et al. (2015) Weitere Abklärungen zu Vollzeitäquivalenten und Ausländeranteil nötig
1.2 Psychologische Psychotherapeut/innen pro 100'000 Einwohner/innen - Absolute Anzahl - in Vollzeitäquivalenten - Frauenanteil - Ausländeranteil (Nationalität) - Durchschnittsalter		BIG, Statistics Netherlands (CBS) Arbeitsmarktinformationsdienst Pflege und Gemeinwohl (<i>Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn</i>)	Hängige Anfrage zu Vollzeitäquivalenten
1.3 Psychiatriepfleger/innen pro 100'000 Einwohner/innen - Absolute Anzahl - in Vollzeitäquivalenten - Frauenanteil - Ausländeranteil (Nationalität) - Durchschnittsalter		BIG, Arbeitsmarktinformationsdienst Pflege und Gemeinwohl (<i>Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn</i>)	Hängige Anfrage zu Vollzeitäquivalenten Von den gewählten Vergleichsländern haben die Niederlande hier die grösste Berufsgruppe (OECD 2014, 181). Werden gemäss Forti et al. (2014) auch in der Grundversorgung eingesetzt – wäre evtl. interessant, bei der Analyse/Interpretation noch vertiefend anzuschauen, ob im ambulanten oder stationären Bereich tätig.
1.4 Ärztedichte pro 100'000 Einwohner/innen (in Vollzeitäquivalenten)		BIG, Arbeitsmarktinformationsdienst Pflege und Gemeinwohl (<i>Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn</i>)	Hängige Anfrage zu Vollzeitäquivalenten
1.5 Anteil Psychiater/innen an allen Ärzt/innen	ja	BIG	
1.6 Psychiatriebetten in Spitälern pro 100'000 Einw.	ja	Dijk et al. (2011, 63ff.) berufen sich auf die Daten der Krankenversicherungsbehörde (Nederlandse Zorgautoriteit NZa), https://www.nza.nl/organisatie/sitewide/english/	In den Zahlen der OECD-Berichte sind für NL auch die Plätze für begleitetes Wohnen und Suchthilfe enthalten. Für den Vergleich müsste das Angebot an medizinisch-psychiatrischer Versorgung (Allgemeinspitäler und Fachkliniken) separat dargestellt werden können
1.7 Anzahl Tages- und Nachtambulanzplätze (teilstationär) pro 100'000 Einw.	teilweise	WHO Mental Health Atlas Country Profiles 2014	Nicht Anzahl Plätze, sondern Anzahl Einrichtungen. Für die Darstellung der Anzahl Plätze müssten weitere Abklärungen vorgenommen werden. Evtl. Daten bei NZa verfügbar
1.8 Anzahl niedergelassene Psychiater/innen pro 100'000 Einw. - Frauenanteil - Ausländeranteil (Nationalität) - Durchschnittsalter	ja	BIG	«Self-employed psychiatrists»

4 Ergebnisse zu den ausgewählten Ländern

Indikator	Verfügbarkeit	Quelle	Bemerkungen
1.9 Wartezeiten für eine spezialisierte Behandlung (Psychiatrie oder Psychotherapie)	teilweise	2004-2010 hat die GGZ (Dachverband der auf psychische Gesundheit und Suchthilfe spezialisierten Leistungserbringer) Daten auf nationaler Ebene gesammelt.	Aktuell keine landesweite Datensammlung; Leistungserbringende sind jedoch nach wie vor gesetzlich verpflichtet, auf ihrer Website über Wartezeiten zu informieren (Nas/Faber 2014).
2 Aus- und Weiterbildung Psychiatrie			
2.1 Facharzttitel und Spezialisierungen	ja	Fachgesellschaft (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie), http://www.nvvp.net/home	
2.2 Anzahl Jahre Grund- und Weiterbildung	ja	Anfrage an die Fachgesellschaft hängig	
2.3 Jährliche Ausbildungsabschlüsse im Bereich psychische Gesundheit pro 100'000 Einwohner/innen a) Facharzttitel in Psychiatrie b) Psychologische Psychotherapie c) Psychiatriepflege		Anfragen zu konkreter Datenquelle hängig a) Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, http://www.nvvp.net/home b) Berufsverband Psycholog/innen, http://www.psypip.nl/the-dutch-association-of-psychologists.html c) Pflegeverband, der das Register für spezialisierte Pflegefachkräfte betreut, http://vsregister.venvn.nl/	Daten zu b) und c) siehe OECD (2014a, 184)
3 Psychische Gesundheitsversorgung und Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen			
3.1 Berufsgruppen, die in die psychische Gesundheitsversorgung involviert sind	ja	Kurzportrait psychische Gesundheitsversorgung basierend auf: Forti et al. (2014, 12f.; 43ff.; 61ff.).	<u>Grundversorgung/primary care:</u> - Hausarzt/innen - Mental Health Nurse - Health Care Psychologist <u>Spezialisierte Versorgung:</u> - Psychiater/innen - psychologische Psychotherapeut/innen - Klinische Psycholog/innen - Klinische Neuropsycholog/innen Forti et al. (2014): Hausarzt/innen haben Gatekeeping-Funktion und sind gemeinsam mit spezialisierten Pflegefachpersonen und Psycholog/innen für die Grundversorgung zuständig Die Berufsgruppe der Psycholog/innen haben in den Niederlanden umfassende Kompetenzen, stellen z.B. auch selber Diagnosen. Details zu Berufsbild, Ausbildung und Tätigkeiten siehe FGzPt (2014).
3.2 Inanspruchnahme: Fachperson, die bei psych. Belastung aufgesucht wird	ja	Eurobarometer 2006, 2010; ESEMeD 2001-2003 NEMESIS-2 (Graaf et al. 2010, Have et al. 2013)	
3.3.1 Umfang der psychiatrisch-psychologischen Ausbildungsinhalte in der Facharztausbildung von Grundversorger/innen		Anfrage an Dutch College of General Practitioners hängig www.nhg.org	
3.3.2 Formelle Zusatzqualifikationen für Grundversorger/innen im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik, und Anteil Grundversorger/innen mit entsprechender Zusatzqualifikation		Anfrage an Dutch College of General Practitioners hängig	

4 Ergebnisse zu den ausgewählten Ländern

Indikator	Verfügbarkeit	Quelle	Bemerkungen
3.3.3 Anteil der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen an allen Grundversorger-Leistungen		Weitere Abklärungen nötig, evtl. NIVEL (Netherlands institute for health services research)	
3.4 Anteil der a) durch Grundversorger/innen, b) durch Psychiater/innen verschriebene Antidepressiva	ja	GIPdatabank	gehört nicht zu den Standard-Auswertungen («standard output»), die entsprechenden Informationen sind aber vorhanden Verbeek et al. (2015, 44): Anteil Erwachsene in Hausarztpraxen mit psychiatrischer Diagnose und Verschreibung von Psychopharmaka
3.5 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	ja	ESEMeD 2001-2003 (vgl. ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators 2004)	detaillierte Analysen zur Inanspruchnahme auch aus NEMESIS-2 (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study) verfügbar (Graaf et al. 2010, Have et al. 2013).
4 Tätigkeit/Leistungserbringung Psychiater/innen			
4.1 Verteilung der Psychiater/innen nach Versorgungssektor		Zu diesem Abschnitt sind weitere Abklärungen nötig (Psychiatervereinigung, GGZ Nederland, Leistungsdaten u.a.)	Für den Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden seit drei Workforce-Befragungen durchgeführt, zuletzt 2012 (Boer 2013)
4.2 Verteilung der Arbeitszeit nach Tätigkeiten			
4.3 Anteil Arbeit mit Patient/innen an der Gesamtarbeitszeit			
4.4 Anzahl behandelter Patient/innen (bzw. Fälle) pro vollzeitäquivalente Psychiaterstelle pro Jahr			
4.5 Anzahl Konsultationen pro vollzeitäquivalente Psychiaterstelle pro Jahr			
4.6 Anzahl Konsultationen pro Behandlungsfall			
4.7 Durchschnittliche Konsultationsdauer in Minuten			
4.8 Anzahl Konsultationsminuten pro Behandlungsfall			
4.9 Durchschnittliche Falldauer (Eintritt/Austritt) / ~Durchschnittliche Aufenthaltsdauer			
5 Finanzierung und Kosten			
5.1 Anteil der direkten Gesundheitskosten für die psychische Gesundheitsversorgung an den gesamten direkten Gesundheitskosten	ja	Statistics Netherlands (CBS)	Statistical Yearbook 2014, p. 73 http://www.cbs.nl/en-GB/menu/publicaties/boeken/statistisch-jaarboek/archief/2014/statistical-yearbook-of-the-netherlands-2014-pub.htm

4 Ergebnisse zu den ausgewählten Ländern

Indikator	Verfügbarkeit	Quelle	Bemerkungen
5.2 Finanzierungsmodalitäten für spezialisierte psychische Gesundheitsversorgung im ambulanten und stationären Sektor (Fallpauschalen, fee for service etc.)	ja	Forti et al. (2014), OECD (2014a), Nas/Faber (2014)	Grundversorgung: weitgehend durch die obligatorische Krankenversicherung (Prämienfinanziert) oder durch die obligatorische «Exceptional medical expenses» Versicherung (AWBZ, Zuständigkeit für Behandlungen die länger als 1 Jahr dauern) gedeckt. Ein kleiner Teil wird durch Zusatzversicherungen finanziert. 2014 eingeführt: 4 verschiedene Leistungspakete in der psychischen Grundversorgung, wo je nach Diagnose, Schweregrad, Dauer etc. ein bestimmter Umfang an Leistungen nach individuellem Bedarf zusammengestellt werden kann. Spezialisierte Versorgung: Vergütung gemäss DBC, Diagnostic Treatment Combination («an episode-based payment system that can include several hospital admissions or outpatient contacts, with the tariff paid determined by client profile, functionality, and assessed service needs» OECD 2014, 28) Langzeitversorgung/AWBZ: 13 verschiedene Leistungspakete (Forti et al. 2014, 69)
5.3.1 Gibt es Massnahmen zur Mengenbegrenzungen? (z.B. Globalbudget, Zulassung von Leistungserbringenden, Maximaldauer von Therapien, Leistungsausgrenzungen, Umfang des Selbstkostenanteils etc.)	ja	Literaturanalyse und Expertengespräche	Selbstkostenanteil: Bei der OKP gelten fixe Selbstbehalte; bei der AWBZ wird eine einkommensabhängige Kostenbeteiligung fällig.
5.3.2 Welche Regelungen gelten für die Vergütung von Psychotherapien?	ja	Literaturanalyse und Expertengespräche	OKP trägt bis zu 8 Therapiesitzungen bei «Health Care Psychologists»; Zusatzversicherung übernimmt bis zu 12 Therapiesitzungen pro Jahr (Peachey et al. 2013, 92)
5.3.3 Welche Berufsgruppen können welche Leistungen direkt mit den Kassen abrechnen?	ja	Literaturanalyse und Expertengespräche	Hausärzt/innen als Gatekeeper (erste Anlauf-/Triagestelle); Direktzugang für Health care Psychologists (Forti et al. 2014, 61)

Quelle: Darstellung BASS

4.5 Daten- und Informationsquellen England

Tabelle 9: Daten- und Informationsquellen England

Indikator	Verfügbarkeit	Quelle	Bemerkungen
1 Versorgungsdichte und Angebot			
1.1 Psychiater/innen (Kinder-/Jugendpsychiater/innen; Erwachsenenpsychiater/innen) pro 100'000 Einwohner/innen - Absolute Anzahl - in Vollzeitäquivalenten - Frauenanteil - Ausländeranteil (Nationalität) - Durchschnittsalter	ja	NHS workforce statistics, Health and Social Care Information Centre, http://www.hscic.gov.uk	England siehe auch CfWI (2014a, 2014b)
1.2 Psychologische Psychotherapeut/innen pro 100'000 Einwohner/innen - Absolute Anzahl - in Vollzeitäquivalenten - Frauenanteil - Ausländeranteil (Nationalität) - Durchschnittsalter	ja	NHS workforce statistics, HSCIC	England
1.3 Psychiatriepfleger/innen pro 100'000 Einwohner/innen - Absolute Anzahl - in Vollzeitäquivalenten - Frauenanteil - Ausländeranteil (Nationalität) - Durchschnittsalter	ja	NHS workforce statistics, HSCIC	Siehe auch CfWI (2014b, 8f.)
1.4 Ärztedichte pro 100'000 Einwohner/innen (in Vollzeitäquivalenten)	ja	NHS workforce statistics, HSCIC	England
1.5 Anteil Psychiater/innen an allen Ärzt/innen	ja	NHS workforce statistics, HSCIC	England: «Of all NHS consultants (including GPs), psychiatry is the fifth largest medical specialty. There has been substantial growth in the number of consultant psychiatrists during the last decade – up more than 40 per cent on a full-time equivalent basis from 2,920 in 2003 to 4,084 in 2013. This rate of increase is nearly 10 per cent lower than the 48 per cent growth in the total number of NHS consultants during the same period.» (CfWI 2014a, 5)
1.6 Psychiatriebetten in Spitälern pro 100'000 Einw.	ja	NHS Bed availability and occupancy https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/bed-availability-and-occupancy/bed-data-overnight/	England
1.7 Anzahl Tages- und Nachtklinikplätze (teilstationär) pro 100'000 Einw.	ja	NHS Bed availability and occupancy https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/bed-availability-and-occupancy/bed-data-day-only/	England

4 Ergebnisse zu den ausgewählten Ländern

Indikator	Verfügbarkeit	Quelle	Bemerkungen
1.8 Anzahl niedergelassene Psychiater/innen pro 100'000 Einw. - Frauenanteil - Ausländeranteil (Nationalität) - Durchschnittsalter		weitere Abklärungen nötig	
1.9 Wartezeiten für eine spezialisierte Behandlung (Psychiatrie oder Psychotherapie)	ja	Krankenhausstatistik (Hospital Episode Statistics HES, inpatient und outpatient), http://www.hscic.gov.uk/hes ; voraussichtlich auch im neuen Mental Health Services Data Set (MHSDS) enthalten; http://www.hscic.gov.uk/isce/publication/SCCI0011	Umstellung auf neue Datensammlung MHSDS ist erst 2016 angelaufen – wann die ersten gesicherten Resultate vorliegen werden, ist noch unklar. HSCIC publiziert bei vielen Statistiken jedoch provisorische Ergebnisse auf Monatsbasis
2 Aus- und Weiterbildung Psychiatrie			
2.1 Facharzttitel und Spezialisierungen	ja	NHS https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/psychiatry RCPsych http://www.rcpsych.ac.uk/studypsychiatry.aspx (Links zu den verschiedenen Curricula dort)	general (adult) psychiatry (mit 3 Sub-Spezialisierungen: Substance Misuse Psychiatry, Rehabilitation Psychiatry, Liaison Psychiatry) psychiatry of old age child and adolescent psychiatry forensic psychiatry psychiatry of learning disability medical psychotherapy
2.2 Anzahl Jahre Grund- und Weiterbildung	ja	NHS https://www.healthcareers.nhs.uk/about/careers-medicine/length-training CfWI (2014a, 13)	Nach dem Medizinstudium zunächst 2 Jahre praktische Ausbildung im Spital («foundation doctor») Weiterbildung: 3 Jahre «core psychiatry», danach Wahl einer der 6 Fachrichtungen. Das «advanced training» dauert nochmals 3 Jahre (Zeitangaben beziehen sich auf Vollzeit-Ausbildung)
2.3 Jährliche Ausbildungsabschlüsse im Bereich psychische Gesundheit pro 100'000 Einwohner/innen a) Facharzttitel in Psychiatrie b) Psychologische Psychotherapie c) Psychiatriepflege		a) weitere Abklärungen nötig	
		b) weitere Abklärungen nötig	
	ja	c) Berufsregister des Nursing and Midwifery Council https://www.nmc.org.uk/education/our-role-in-education/	
3 Psychische Gesundheitsversorgung und Rolle anderer Berufsgruppen			
3.1 Berufsgruppen, die in die psychische Gesundheitsversorgung involviert sind	ja	Literatur, u.a. CfWI (2014a, 2014b), Hewlett/Horner (2015) Beschreibung der Berufsgruppen und deren Rolle auch auf Websites der Patientenorganisationen: - MIND: http://www.mind.org.uk/information-support/guides-to-support-and-services/whos-who-in-mental-health/ - Mental Healthcare UK: http://www.mentalhealthcare.org.uk/mental_health_professionals#top	Hausärzt/innen Mental Health Nurses Psychiater/innen Clinical Psychologists Non-medical Psychotherapists (psychologische Psychotherapeut/innen, IAPT-Therapeut/innen ¹²) GPs können Patient/innen mit leichten oder mittelgradigen Störungen teilweise selber versorgen, fungieren als Gatekeeper, Triagisten. Es gibt jedoch grosse regionale Unterschiede. (Hewlett/Horner 2015, 26)

¹² Grundausbildung kann neben Universitätsabschluss in Psychologie auch Mental Health Nurse oder Social Worker sein.

4 Ergebnisse zu den ausgewählten Ländern

Indikator	Verfügbarkeit	Quelle	Bemerkungen
			Dazu kommen verschiedene Berufsgruppen, welche im weiteren Sinne in die Versorgung/Betreuung eingebunden sind – sowohl regulierte und geschützte Berufe wie Sozialarbeit und Ergotherapie (teilweise mit Spezialisierung auf psychische Gesundheit) als auch sog. «support staff» (Berufe wie «support, time and recovery worker» oder Pflegeassistent/innen), wobei Unterstützung durch Betroffene («peer support») zunehmend eine Rolle spielt.
3.2 Inanspruchnahme: Fachperson, die bei psych. Belastung aufgesucht wird	ja	Eurobarometer 2006, 2010; Esemmed 2001-2003	Daten schon etwas alt. Bei der Umsetzung des Vergleichs sollte abgeklärt werden, ob jüngere nationale Gesundheitsbefragungen ähnliche Fragestellungen enthalten, die den Ländervergleich erlauben würden
3.3.1 Umfang der psychiatrisch-psychologischen Ausbildungsinhalte in der Facharztausbildung von Grundversorger/innen	ja	Hewlett/Horner 2015 Royal College of General Practitioners http://www.rcgp.org.uk/training-exams/becoming-a-gp.aspx General Medical Council http://www.gmc-uk.org/education/index.asp	gemäss Hewlett/Horner (2015, 26) nicht obligatorischer Bestandteil der GP-Ausbildung. Verpflichtung zu Weiterbildungen oder Zusatzqualifikationen sind abhängig von der lokalen Dienststelle, welche für das Versorgungsangebot verantwortlich ist. Es bestehen jedoch Bestrebungen, den Bereich Psychiatrie verbindlich in der GP-Ausbildung zu verankern, - gemäss Royal College of General Practitioners gehören Kenntnisse im Bereich Psychiatrie zu Ausbildung bzw. erwarteten Kompetenzen von GPs
3.3.2 Formelle Zusatzqualifikationen für Grundversorger/innen im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik, und Anteil Grundversorger/innen mit entsprechender Zusatzqualifikation	ja	Royal College of General Practitioners, General Medical Council	Gemäss ersten Desk-Recherchen gibt es keine solchen formalen Zusatzqualifikationen
3.3.3 Anteil der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen an allen Grundversorger-Leistungen		weitere Abklärungen nötig	
3.4 Anteil der a) durch Grundversorger/innen, b) durch Psychiater/innen verschriebene Antidepressiva	ja	HSCIC http://www.hscic.gov.uk/prescribing	Umfangreiche Datensammlung zur Verschreibung im ambulanten und stationären Sektor. Indikator müsste gemäss ersten Recherchen berechnet werden können.
3.5 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	ja	Health Survey for England 2014 http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB19295	England 2014 mit Zusatzmodul Mental Health
4 Tätigkeit und Leistungserbringung Psychiater/innen			
4.1 Verteilung der Psychiater/innen nach Versorgungssektor		weitere Abklärungen nötig	Psychiatrists currently comprise 9.8 % of the overall NHS mental health workforce on a full-time equivalent (FTE) basis. The majority of these are consultants (4.5 per cent), while the remainder are SAS doctors (associate specialists, specialty doctors and staff grades) and psychiatry trainees, who work as specialty registrars, (1.6 per cent and 3.7 per cent, respectively). (CfWI 2014b, 5)

4 Ergebnisse zu den ausgewählten Ländern

Indikator	Verfügbarkeit	Quelle	Bemerkungen
4.2 Verteilung der Arbeitszeit nach Tätigkeiten	teilweise	näherungsweise aus den Empfehlungen des RCPsych ersichtlich (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. Näherungsweise kann man sich an die Empfehlungen des RCPsych für verschiedene Positionen/Rollen halten, die jedoch in nächster Zeit überarbeitet werden sollen (Mynors-Wallis 2012)
4.3 Anteil Arbeit mit Patient/innen an der Gesamtarbeitszeit	teilweise	näherungsweise aus den Empfehlungen des RCPsych ersichtlich (Mynors-Wallis 2012)	
4.4 Anzahl behandelter Patient/innen (bzw. Fälle) pro vollzeitäquivalente Psychiaterstelle pro Jahr		weitere Abklärungen nötig	
4.5 Anzahl Konsultationen pro vollzeitäquivalente Psychiaterstelle pro Jahr		weitere Abklärungen nötig	
4.6 Anzahl Konsultationen pro Behandlungsfall		weitere Abklärungen nötig	
4.7 Durchschnittliche Konsultationsdauer in Minuten		weitere Abklärungen nötig	
4.8 Anzahl Konsultationsminuten pro Behandlungsfall		weitere Abklärungen nötig	
4.9 Durchschnittliche Falldauer (Eintritt/Austritt) / ~Durchschnittliche Aufenthaltsdauer		weitere Abklärungen nötig	
5 Finanzierung und Kosten			
5.1 Anteil der direkten Gesundheitskosten für die psychische Gesundheitsversorgung an den gesamten direkten Gesundheitskosten		weitere Abklärungen nötig	
5.2 Finanzierungsmodalitäten für spezialisierte psychische Gesundheitsversorgung im ambulanten und stationären Sektor (Fallpauschalen, fee for service etc.)	ja	Hewlett/ Horner 2015	In den letzten 10 Jahren wurden neue, qualitätsbezogene Vergütungssysteme eingeführt: Grundversorgung/ambulant: Quality Outcomes Framework; spezialisierte Versorgung: Payment by Results / 21 «mental health clusters»
5.3.1 Gibt es Massnahmen zur Mengenbegrenzungen? (z.B. Globalbudget, Zulassung von Leistungserbringenden, Maximaldauer von Therapien, Leistungsausgrenzungen, Umfang des Selbstkostenanteils etc.)	ja	Literaturanalyse und Expertengespräche	
5.3.2 Welche Regelungen gelten für die Vergütung von Psychotherapien?	ja	Literaturanalyse und Expertengespräche	
5.3.3 Welche Berufsgruppen können welche Leistungen direkt mit den Kassen abrechnen?	ja	Literaturanalyse und Expertengespräche	Wahlfreiheit der Patient/innen ab April 2014 ausgedehnt bzw. der physischen Gesundheitsversorgung gleichgestellt – Pat. können Leistungserbringer selber wählen (Hewlett/ Horner 2015, 20)

Quelle: Darstellung BASS

4.6 Überblick Daten- und Informationsgrundlagen

Die nachfolgende Tabelle 10 zeigt die Ergebnisse der Abklärungen zu den Vergleichsländern im Überblick. Sicher oder voraussichtlich vorhandene Daten und Informationen sind mit «ja» oder «(ja)» gekennzeichnet. Indikatoren, die nicht vollumfänglich in der gewünschten Form gebildet werden können («teilweise»), zu denen Daten vollständig fehlen («nein») oder bei denen weitere Abklärungen nötig sind («unklar»), sind zusätzlich farbig hinterlegt.

Die gewünschten Informationen zu Versorgungsdichte und Angebot (Indikatoren 1.1 bis 1.9) sowie zur Aus- und Weiterbildung (2.1 bis 2.3) dürften weitgehend vorhanden sein. Lücken in diesem Bereich betreffen besonders Angaben zu Vollzeitäquivalenten sowie zu Psychiatriepfleger/innen bzw. Mental Health Nurses. Ausserdem müssen für die Realisierung eines aussagekräftigen Indikators zu Wartezeiten weitere Abklärungen bezüglich Daten-Verfügbarkeit und -Vergleichbarkeit vorgenommen werden (vgl. Kopetsch 2014). Bezüglich Aufgabenteilung und Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen ist noch unsicher, inwieweit sich die von Grundversorger/innen erbrachten Leistungen in psychischer Gesundheitsversorgung werden quantifizieren lassen. Die grössten Unsicherheiten zur Umsetzbarkeit eines Ländervergleichs bestehen, wie in Kap. 3.5 angesprochen, im Bereich der Tätigkeit und Leistungserbringung von Psychiater/innen. Hier dürfte die Diskrepanz zwischen den gewünschten (bzw. für die Beantwortung der Fragestellung des Mandats relevanten) Daten und der tatsächlich verfügbaren Informationen am grössten sein.

Tabelle 10: Ergebnisse der Abklärungen im Überblick

Indikator	Schweiz	Deutschland	Niederlande	England
1 Versorgungsdichte und Angebot				
1.1 Psychiater/innen (Kinder-/Jugendpsychiater/innen; Erwachsenenpsychiater/innen) pro 100'000 Einwohner/innen - Absolute Anzahl - in Vollzeitäquivalenten - Frauenanteil - Ausländeranteil (Nationalität) - Durchschnittsalter	ja	teilweise	(ja)	ja
1.2 Psychologische Psychotherapeut/innen pro 100'000 Einwohner/innen - Absolute Anzahl - in Vollzeitäquivalenten - Frauenanteil - Ausländeranteil (Nationalität) - Durchschnittsalter	ja	ja	(ja)	ja
1.3 Psychiatriepfleger/innen pro 100'000 Einwohner/innen - Absolute Anzahl - in Vollzeitäquivalenten - Frauenanteil - Ausländeranteil (Nationalität) - Durchschnittsalter	teilweise	teilweise	(ja)	ja
1.4 Ärztedichte pro 100'000 Einwohner/innen (in Vollzeitäquivalenten)	ja	ja	(ja)	ja
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 Anzahl Tages- und Nachtambulanzplätze (teilstationär) pro 100'000 Einw.	nein	ja	teilweise	ja
1.8 Anzahl niedergelassene Psychiater/innen pro 100'000 Einw. - Frauenanteil - Ausländeranteil (Nationalität) - Durchschnittsalter	ja	ja	ja	unklar
1.9 Wartezeiten für eine spezialisierte Behandlung (Psychiatrie oder Psychotherapie)	ja	unklar	teilweise	(ja)
2 Aus- und Weiterbildung Psychiatrie				
2.1 Facharzttitle und Spezialisierungen	ja	ja	ja	ja
2.2 Anzahl Jahre Grund- und Weiterbildung	ja	ja	(ja)	ja
2.3 Jährliche Ausbildungsabschlüsse im Bereich psychische Gesundheit pro 100'000 Einw.	teilweise	teilweise	(ja)	unklar

Indikator	Schweiz	Deutschland	Niederlande	England
a) Facharzttitle in Psychiatrie				
b) Abschlüsse psycholog. Psychotherapie				
c) Abschlüsse Psychiatriepflege				
3 Psychische Gesundheitsversorgung und Rolle anderer Berufsgruppen				
3.1 Berufsgruppen, die in die psychische Gesundheitsversorgung involviert sind	ja	ja	ja	ja
3.2 Inanspruchnahme: Fachperson, die bei psych. Belastung aufgesucht wird	ja	ja	ja	ja
3.3.1 Umfang der psychiatrisch-psychologischen Ausbildungsinhalte in der Facharztausbildung von Grundversorger/innen	ja	ja	(ja)	ja
3.3.2 Formelle Zusatzqualifikationen für Grundversorger/innen im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik, und Anteil Grundversorger/innen mit entsprechender Zusatzqualifikation	ja	ja	(ja)	ja
3.3.3 Anteil der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen an allen Grundversorger-Leistungen	ja	unklar	unklar	unklar
3.4 Anteil der a) durch Grundversorger/innen, b) durch Psychiater/innen verschriebene Antidepressiva	unklar	ja	ja	ja
3.5 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	ja	ja	ja
4 Tätigkeit und Leistungserbringung Psychiater/innen				
4.1 Verteilung der Psychiater/innen nach Versorgungssektor	ja	ja	(ja)	unklar
4.2 Verteilung der Arbeitszeit nach Tätigkeiten	ja	ja	unklar	teilweise
4.3 Anteil Arbeit mit Patient/innen an der Gesamtarbeitszeit	ja	ja	unklar	teilweise
4.4 Anzahl behandelter Patient/innen (bzw. Fälle) pro vollzeitäquivalente Psychiaterstelle pro Jahr	ja	teilweise	unklar	unklar
4.5 Anzahl Konsultationen pro vollzeitäquivalente Psychiaterstelle pro Jahr	nein	unklar	unklar	unklar
4.6 Anzahl Konsultationen pro Behandlungsfall	teilweise	unklar	unklar	unklar
4.7 Durchschnittliche Konsultationsdauer in Minuten	nein	unklar	unklar	unklar
4.8 Anzahl Konsultationsminuten pro Behandlungsfall	nein	unklar	unklar	unklar
4.9 Durchschnittliche Falldauer (Eintritt/Austritt) / ~Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	teilweise	unklar	unklar	unklar
5 Finanzierung und Kosten				
5.1 Anteil der direkten Gesundheitskosten für die psychische Gesundheitsversorgung an den gesamten direkten Gesundheitskosten	ja	ja	ja	unklar
5.2 Finanzierungsmodalitäten für spezialisierte psychische Gesundheitsversorgung im ambulanten und stationären Sektor (Fallpauschalen, fee for service etc.)	ja	ja	ja	ja
5.3.1 Gibt es Massnahmen zur Mengenbegrenzung? (z.B. Globalbudget, Zulassung von Leistungserbringenden, Maximaldauer von Therapien, Leistungsausgrenzungen, Umfang des Selbstkostenanteils etc.)	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

Quelle: Darstellung BASS

5 Schlussbemerkungen und Fazit Machbarkeit

Was die **Daten- und Informationslage** anbetrifft, deuten die im Rahmen der Machbarkeitsstudie vorgenommenen – jedoch letztlich auch nur in einem begrenztem Umfang möglichen – Abklärungen darauf hin, dass sich ein Vergleich gemäss den vorgeschlagenen Indikatoren zu einem grossen Teil wird umsetzen lassen. Dabei ist in Kauf zu nehmen, dass je nach Vergleichsthema resp. Indikator nicht für alle Länder genügend Informationen vorliegen, so dass teilweise nur Einzelvergleiche (z.B. Schweiz / Deutschland) möglich sein werden. Grössere Unsicherheiten bestehen dabei beim Themenfeld Tätigkeiten und Leistungserbringung der Psychiater/innen (Zeitverwendung, Konsultations- und Falldauern etc.). Hier dürfte es nötig sein, auf allfällig bestehende Einzelstudien zurückzugreifen. Definitive Aussagen zur Vergleichbarkeit und Datenverfügbarkeit sind letztlich erst im Rahmen einer konkreten Umsetzung möglich.

Grenzen: Ein strukturierter Ländervergleich entlang der vorgeschlagenen Indikatoren erlaubt einen differenzierten Blick auf das Versorgungsangebot und – weitgehend qualitativ – auf die von Psychiater/innen erbrachten Leistungen. Eine abschliessende Erklärung dafür, warum die Dichte an Psychiater/innen in der Schweiz so viel höher ist als in allen anderen OECD-Ländern, wird jedoch ein solcher Vergleich kaum liefern können. Wie im Kapitel 3.5 dargelegt, müssten die vielfältigen Faktoren, welche die Nachfrageseite resp. Inanspruchnahme der psychiatrischen Versorgung mitbestimmen (Prävalenzen, Ausschöpfung), ebenfalls berücksichtigt werden. Diese sind in der Untersuchung ausgeklammert. Dennoch lassen sich wichtige Erkenntnisse gewinnen: Sollte sich zeigen, dass sich die Angebotsseite der psychiatrischen Versorgung (Aus-/Weiterbildung, Rollen/Kompetenzen, Leistungen der Psychiater/innen) zwischen den Ländern nicht stark unterscheidet, müssten Differenzen vor allem auf der Nachfrageseite gesucht werden.

Was die **konkrete Umsetzung eines Ländervergleichs** anbetrifft, hat sich im Rahmen der Machbarkeitsanalyse ergeben, dass für die Definition der Datenquellen, die Datenbeschaffung, die Detailabklärungen zur Vergleichbarkeit (Wie lautet die Fragestellung, ist eine Erhebung repräsentativ, liegen dieselben Definitionen zugrunde? etc.) im Austausch mit ausländischen Fachstellen und Expert/innen ein erheblicher Aufwand notwendig ist. Einerseits können sprachliche oder begriffliche Schwierigkeiten bestehen. Andererseits ist man stark auf den Goodwill und die Kooperationsbereitschaft der jeweiligen Stellen und Personen angewiesen. Vor diesem Hintergrund empfehlen wir, sich für einen vertieften Ländervergleich **auf wenige Länder zu beschränken**.

6 Umsetzungskonzept für eine Vergleichsstudie

Nachfolgend stellen wir unseren Vorschlag für eine konkrete Realisierung des Ländervergleichs, die entsprechende Projektabwicklung sowie die Zeit- und Kostenplanung in Form eines Umsetzungskonzepts dar.

6.1 Ausgangslage

Das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) wurde vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) mit der Durchführung einer Machbarkeitsanalyse beauftragt, in der verschiedene offene Fragen bezüglich der Durchführung einer Studie zum Vergleich der Tätigkeiten von Psychiater/innen in der Schweiz und im Ausland geklärt werden sollten. Das Vorgehen und die Ergebnisse der Machbarkeitsanalyse wurden in den vorangehenden Kapiteln 2 bis 5 im Detail dargestellt. Entsprechend dem Auftrag zur Machbarkeitsanalyse wird in den folgenden Abschnitten gestützt auf die Resultate der Machbarkeitsanalyse ein Konzept für die Realisierung einer Vergleichsstudie erarbeitet.

Für die Vergleichsstudie werden die gleichen Länder wie für die Machbarkeitsanalyse ausgewählt: Schweiz, Deutschland, Niederlande, England. Es sollen jeweils möglichst viele Informationen gesammelt werden. Dabei wird es auf Grund der Datenlage nicht immer möglich sein, alle Länder miteinander zu vergleichen. Fehlen Daten oder Informationen für ein Land, so finden Teilvergleiche mit der Schweiz statt.

6.2 Methodisches Vorgehen

Das methodische Vorgehen der Umsetzung orientiert sich weitgehend am Vorgehen für die Machbarkeitsanalyse:

- Primär wird möglichst mit Internet- und Literaturrecherchen gearbeitet, um statistische Daten, qualitative Informationen und Erkenntnisse aus Einzelstudien zu sammeln.
- Darüber hinaus werden bei den ausgewählten Ländern im Austausch mit Expert/innen und Datenverantwortlichen (Fachstellen, Fachgesellschaften, Universitäten etc.) telefonisch und schriftlich Informationen eingeholt. Im Rahmen der Machbarkeitsanalyse wurden bereits Kontakte aufgenommen.

6.3 Leistungen

Die Vergleichsstudie zu den Tätigkeiten von Psychiater/innen in der Schweiz und im Ausland wird in vier Schritten resp. Bausteinen abgewickelt.

6.3.1 Baustein 1: Kurzportraits zur Mental-Health-Versorgung in den ausgewählten Ländern

Im Rahmen des ersten Bausteins werden die Aufgabenfelder innerhalb der psychischen Gesundheitsversorgung beschrieben und der Gegenstand des Ländervergleichs festgelegt. Dabei wird pro Land dargestellt, welche Berufsgruppe für welche Teilgebiete oder Aspekte der psychischen Versorgung zuständig ist, inklusive allgemeine Grundversorgung. Zur Illustration der unterschiedlichen Versorgungsstruktur und Rollenverteilung der Berufsgruppen sollen ausserdem pro Land die typischen Behandlungspfade für ein bis zwei Krankheitsbilder (Schizophrenie und Depression; sog. Fallvignetten) exemplarisch nachgezeichnet werden: Eintritt ins Behandlungssystem; Zuständigkeiten in der Behandlung bzw. Fallmanagement bei chronischem Verlauf; Schnittstellen bei involvierten Berufsgruppen.

Ziele von Baustein 1 sind damit:

- Aufgabenfelder innerhalb der psychischen Gesundheitsversorgung beschreiben
- Länderspezifische Versorgungsstrukturen, allfällige Angebotsplanung

- Darstellung, welche Berufsgruppe für welche Teilgebiete oder Aspekte der psychischen Versorgung zuständig ist und über welche Kompetenzen verfügt (inklusive allgemeine Grundversorgung).

- Illustration der unterschiedlichen Versorgungsstruktur und Rollenverteilung der Berufsgruppen mittels Fallvignetten. Vorgesehen ist die Erarbeitung von typischen Behandlungspfaden für die Erkrankungen Depression und Schizophrenie.

Bei der Erstellung der Fallvignetten für die Schweiz sollten allfällige sprachregionale Unterschiede berücksichtigt werden; in anderen Ländern werden regionale Unterschiede jedoch ausgeklammert.

Es werden folgende Leistungen erbracht:

- Literatur- und Dokumentenanalysen
- Beschreiben länderspezifischer Versorgungsstrukturen und Berufsgruppen der psych. Versorgung
- Erstellen 2 Fallvignetten, Ermitteln Behandlungspfade unter Kontakt/Abklärungen mit Expert/innen
- Analyse und Verfassen Berichtsteil

6.3.2 Baustein 2: Daten-/Informationsbeschaffung, Ausfüllen des Vergleichsrasters

Unter Baustein 2 werden zur Schweiz und zu den ausgewählten Vergleichsländern möglichst sämtliche Daten und Informationen beschafft, die in den Vergleichsrastern zu den verschiedenen Themen aufgeführt sind:

- Versorgungsdichte und Angebot,
- Aus- und Weiterbildung im Bereich Psychiatrie,
- Psychische Gesundheitsversorgung und Rolle anderer Berufsgruppen,
- Tätigkeit und Leistungserbringung der Psychiater/innen,
- Finanzierung und Kosten.

Dabei wird es, wie bereits erwähnt, zu grösseren Datenlücken kommen. Ob bestimmte Angaben und Informationen effektiv in der gewünschten Form vorliegen, konnte im Rahmen der Machbarkeitsstudie aus forschungsökonomischen Gründen nicht überall bis ins letzte Detail abgeklärt werden. Letztlich gilt es, möglichst alle verfügbaren Informationen für den Ländervergleich zusammenzutragen. Anzumerken ist, dabei, dass sich durch sprachliche Schwierigkeiten, insbes. bei der Bearbeitung von Dokumenten und Texten aus den Niederlanden, die z.T. nicht alle auf Englisch vorliegen, ein Zusatzaufwand ergibt.

Es werden folgende Leistungen erbracht:

- Recherche, Literatur- und Dokumentenanalysen
- Kontaktnahme, Detailabklärungen und Austausch mit Expert/innen
- Übersetzungsarbeiten bei niederländischen Texten/Dokumenten
- Ausfüllen des detaillierten Vergleichsrasters für alle 4 Vergleichsländer
- Verfassen Berichtsteil

6.3.3 Baustein 3: Analyse und Validierung

Im Rahmen von Baustein 4 werden die gewonnenen Informationen entlang der entwickelten Indikatoren und Parameter der Vergleichsstudie vertieft analysiert. Die Analyse erfolgt dabei vergleichend, indem die Länderergebnisse bezüglich der verschiedenen Fragestellungen resp. die Indikatoren nebeneinander gestellt werden. Die quantitativen und qualitativen Grössen werden beschrieben und Unterschiede interpretiert.

Es werden folgende Leistungen erbracht:

- Deskriptive Auswertungen von Daten, Erstellen von Grafiken und Tabellen
- Zusammenstellen, Aufbereitung und Analyse der qualitativen Daten
- Kritische Würdigung und Validierung der Analyseergebnisse
- Verfassen Berichtsteil

6.3.4 Baustein 4: Berichterstattung

Wir schlagen vor die Resultate aus Baustein 1 (Kurzprotraits zur Mental-Health-Versorgung der Länder) in einem Zwischenbericht festzuhalten. Der Zwischenbericht enthält auch Informationen zum aktuellen Stand der Datenbeschaffung (Baustein 2) und wird im Rahmen einer Präsentation mit der Auftraggeberin und der Begleitgruppe besprochen.

Für den Schlussbericht werden die Erkenntnisse aus sämtlichen Bausteinen festgehalten. Er beinhaltet eine Beschreibung der Fragestellungen, des methodischen Vorgehens und als Hauptteil eine Beschreibung der Analyseergebnisse. Der Bericht wird in Deutsch verfasst und enthält ein Executive Summary auf Deutsch und Französisch. Er wird elektronisch und auf Wunsch in einem gebundenen Exemplar abgegeben. Folien von Präsentationen werden ebenfalls zur Verfügung gestellt.

Aufgrund unserer Erfahrungen erlauben wir uns folgenden Hinweis: Der Schlussbericht wird in der Form einer wissenschaftlichen (wenn auch gut lesbaren) Analyse abgegeben. Für eine allfällige Medienarbeit eignet sich der Schlussbericht nur bedingt (zu umfangreich, zu wissenschaftlich). Notwendig wäre zusätzlich eine medienorientierte Aufarbeitung. Diese ist im Leistungspaket des BASS nicht eingerechnet.

Es werden folgende Leistungen erbracht:

- Erstellen Zwischenbericht (Resultate aus Baustein 1, Stand der Arbeiten zu Baustein 2)
- Erstellen Foliensatz und Präsentation des Zwischenberichts an Sitzung mit Begleitgruppe
- Integration der Bausteine entlang der Fragestellungen für Gesamtbericht, Synthesearbeiten
- Erstellen Foliensatz und Präsentation des provisorischen Schlussberichts an Sitzung mit Begleitgruppe
- Erstellen der Zusammenfassung, Exekutive Summary (d, f)
- Überarbeitungen, Erstellen definitiver Schlussbericht

6.4 Terminplan

Die Vergleichsstudie kann innerhalb von 8 Monaten abgeschlossen werden.

Abbildung 2 enthält einen Vorschlag für einen groben Zeitplan und die Termine für den Zwischenbericht und den Schlussbericht, basierend auf der im Umsetzungskonzept vorgeschlagenen Projektabwicklung. Dabei wird unterstellt, dass die Arbeiten im Mai 2016 beginnen können.

Abbildung 2: Zeitplan der Projektabwicklung und Termine

	Mai 16	Jun 16	Jul 16	Aug 16	Sep 16	Okt 16	Nov 16	Dez 16
Projektleitung / Koordination								
Projektstart								
Laufende Projektplanung / Koordination / Besprechungen								
Baustein 1: Kurzportraits Mental-Health-Versorgung der ausgewählten Länder								
Recherche, Literatur- und Dokumentenanalysen								
Beschreiben länderspez. Versorgungsstrukturen u. Berufsgruppen der psych. Versorgung								
Erstellen Fallvignetten, Ermitteln Behandlungspfade u. Abklärungen mit Expert/innen								
Verfassen Berichtsteil								
Baustein 2: Daten-/Informationsbeschaffung, Ausfüllen des Vergleichsrasters								
Recherche, Literatur- und Dokumentenanalysen								
Kontaktnahme, Detailabklärungen und Austausch mit Expert/innen								
Ausfüllen des detaillierten Vergleichsrasters für alle 4 Vergleichsländer								
Verfassen Berichtsteil								
Baustein 3: Analyse und Validierung								
Deskriptive Auswertungen von Daten, Erstellen von Grafiken und Tabellen								
Zusammenstellen, Aufbereitung und Analyse der qualitativen Daten/Informationen								
Kritische Würdigung und Validierung der Analyseergebnisse								
Verfassen Berichtsteil								
Baustein 4: Berichterstattung								
Erstellen Zwischenbericht (Resultate BS 1, Stand der Arbeiten)								
Präsentation/Besprechung Zwischenbericht								
Integration der Bausteine entlang Fragestellungen in Gesamtbericht, Synthesearbeiten								
Präsentation/Besprechung provisorischer Schlussbericht								
Erstellen der Zusammenfassung, Executive Summary (d, f)								
Überarbeitungen, Erstellen definitiver Schlussbericht								
Abgabe definitiver Schlussbericht								

Der Zeitplan umfasst Arbeiten des Auftragnehmers und Wartezeiten (z.B. wenn bzgl. Datenabklärungen und Auskünften ausländische Expert/innen angefragt werden). Der Grossteil der Arbeiten betrifft die Daten- und Informationsbeschaffung resp. das Füllen des Vergleichsrasters.

6.5 Kosten

Die nachfolgende Tabelle 11 enthält abschliessend eine Aufwandschätzung (Zeit und Kosten) für die Ausführung der erwähnten Arbeitsschritte. Demnach rechnen wir mit Gesamtkosten von **rund 80'000 CHF** (inklusive Mehrwertsteuer und Spesen).

Dabei ist darauf hinzuweisen, dass derzeit unsicher ist, inwieweit ausländische Expert/innen eine Entschädigung für Informationen oder spezifische Datenauswertungen fordern, welche sie für die Vergleichsstudie zur Verfügung stellen. Wir haben hier ein Spesenbudget von 5'000 CHF reserviert, welches je nachdem nur teilweise benötigt werden wird. Eine Abgeltung der Expert/innen erfolgt in Absprache mit der Auftraggeberin. Am Ende des Projekts wird nach Aufwand abgerechnet.

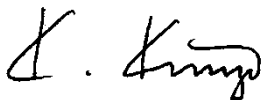
Falls die offerierten Gesamtkosten den für das Projekt vorgesehenen Betrag übersteigen, sind wir gerne bereit, zusammen mit der Auftraggeber/in mögliche Kürzungsvarianten zu diskutieren.

Tabelle 11: Arbeitszeitschätzung und Kosten

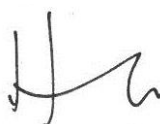
Wissenschaftliche Arbeit						
Arbeitsschritte	Tage	Stunden	Stunden- satz	Kosten exkl. MwSt.	Kosten inkl. MwSt.	Kosten pro Baustein inkl. MwSt.
Projektleitung, -koordination, -administration				6'440		6'955
Projektkonzeption, -leitung	3.0	24	170	4'080	4'406	
Laufende Projektplanung, interne Koordination	1.0	8	170	1'360	1'469	
Sitzungen/Besprechungen mit Auftraggeberin (inkl. Vorber. / Nachber.)	0.5	4	170	680	734	
Projektspezifische Sekretariatsarbeiten	0.5	4	80	320	346	
Baustein 1: Kurzportraits Mental-Health-Versorgung in den ausgewählten Ländern				11'600		12'528
Recherche, Literatur- und Dokumentenanalysen	2.0	16	145	2'320	2'506	
Beschreiben länderspezifischer Versorgungsstrukturen u. Berufsgruppen der psych. Versorgung	2.0	16	145	2'320	2'506	
Erstellen Fallvignetten, Ermitteln Behandlungspfade u. Kontakt/Abklärungen mit Expert/innen	4.0	32	145	4'640	5'011	
Verfassen Berichtsteil	2.0	16	145	2'320	2'506	
Baustein 2: Daten-/Informationsbeschaffung, Ausfüllen des Vergleichsrasters				21'580		23'306
Recherche, Literatur- und Dokumentenanalysen	3.0	24	145	3'480	3'758	
Kontaktnahme, Detailabklärungen und Austausch mit Expert/innen	4.0	32	145	4'640	5'011	
Übersetzungsarbeiten bei niederländischen Texten/Dokumenten	2.0	16	80	1'280	1'382	
Ausfüllen des detaillierten Vergleichsrasters für alle 4 Vergleichsländer	8.0	64	145	9'280	10'022	
Verfassen Berichtsteil	2.5	20	145	2'900	3'132	
Baustein 3: Analyse und Validierung				16'240		17'539
Deskriptive Auswertungen von Daten, Erstellen von Grafiken und Tabellen	4.0	32	145	4'640	5'011	
Zusammenstellen, Aufbereitung und Analyse der qualitativen Daten/Informationen	3.5	28	145	4'060	4'385	
Kritische Würdigung und Validierung der Analyseergebnisse	3.5	28	145	4'060	4'385	
Verfassen Berichtsteil	3.0	24	145	3'480	3'758	
Baustein 4: Berichterstattung				12'760		13'781
Erstellen Zwischenbericht (Resultate BS 1, Stand der Arbeiten)	1.5	12	145	1'740	1'879	
Erstellen Foliensatz, Präsentation und Besprechung Zwischenbericht	1.0	8	145	1'160	1'253	
Integration der Bausteine entlang der Fragestellungen in Gesamtbericht, Synthesearbeiten	3.0	24	145	3'480	3'758	
Erstellen Foliensatz u. Präsentation Ergebnisse an Sitzung zu Besprechung des Schlussberichts	1.0	8	145	1'160	1'253	
Erstellen der Zusammenfassung, Executive Summary (d, f)	1.5	12	145	1'740	1'879	
Überarbeitungen, Erstellen definitiver Schlussbericht	3.0	24	145	3'480	3'758	
Total ohne Mehrwertsteuer	59.5	476		68'620		
Mehrwertsteuer 8.0%				5'490		
Total inkl. Mehrwertsteuer				74'110	74'110	74'110
Spesen						
Entschädigung für externe (ausländische) Expert/innen, Zusatz- und Sonderauswertungen von Daten nach Absprache					5'000	
Übersetzung Executive Summary (f)					750	
Total Spesen					750	5'750
Wissenschaftliche Arbeit inkl. Spesen						
Gesamttotal						79'860

Bern, 31. Marz 2016

Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG



Kilian Künzi



Jolanda Jäggi

7 Literaturverzeichnis

- Albrecht Martin, Torsten Fürstenberg und Antje Gottberg (2007): Strukturen und Finanzierung der neurologischen und psychiatrischen Versorgung, Berlin: IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH
- 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
- APOL Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2007): Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven, Baden-Württemberg: Gesundheitsministerkonferenz der Länder
- Boer Frits (2013): The practice of Dutch child and adolescent psychiatry – Developments over the last fifteen years, *Tijdschrift voor Psychiatrie* 55(8): 619–24
- CfWI Centre for Workforce Intelligence (2014a): In-depth review of the psychiatrist workforce. Main report, November 2014
- CfWI Centre for Workforce Intelligence (2014a): In-depth review of the psychiatrist workforce – Main report, London
- CfWI Centre for Workforce Intelligence (2014b): In-depth review of the psychiatrist workforce. Technical report, November 2014
- CfWI Centre for Workforce Intelligence (2014b): In-depth review of the psychiatrist workforce – Technical report, London
- 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 Nonpsychiatrist Providers by ESEMeD Respondents in Six European Countries, *Psychiatric Services* 62(2), 1–9
- Dijk S. van, A. Knispel and J. Nuijen (2011): GGZ in tabellen 2010, Utrecht: Trimbos-instituut
- Dutoit Laure, Lucien Gardiol und Kilian Künzi – Büro BASS (2014): Etablissement du recensement des médecins actifs en Suisse, Obsan Dossier 28, Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan
- 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* 2004, 109 (Suppl. 420), 47–54
- FGzPt Federatie van Gezondheidszorgpsychologen Psychotherapeuten (Federation of Health Care Psychologists and Psychotherapists) (2014): Psychologists in health care in the Netherlands, Utrecht (download unter <http://www.fgzpt.nl>)
- Flückiger-Bäni Sylvia (2014): Interpellation 14.4178 «Psychiater-Schwemme in der Schweiz», eingereicht am 11.12.2014
- 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*
- 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
- GEK Gmünder Ersatzkasse (Hrsg.) (2009): GEK-Arzneimittelrapport 2009. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2007 bis 2008, St. Augustin: Asgard (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 68)
- Graaf Ron de, Margreet ten Have und Saskia van Dorsselaer (2010): De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Obzet 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
- 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>
- 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>
- Kopetsch Thomas (2014): Wartezeiten in der ambulanten Versorgung, Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung (Dezernat 4: Ärztliche Leistungen und Versorgungsstruktur)
- 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
- Linden Michael, Astrid Bühren, Heribert Kantenich, Thomas H. Loew, Rayk Springer und Ulrich Schwantes (2008): Fachgebundene Psychotherapie – Mehr Möglichkeiten, *Deutsches Ärzteblatt* 2008; 105(30): A 1602-4
- 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
- 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
- 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)
- 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
- OECD (2014b): Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz (Beiträge zur Sozialen Sicherheit Nr. 12/13 des Bundesamts für Sozialversicherungen)
- RKI Robert Koch Institut (Hrsg.) (2008): Psychotherapeutische Versorgung (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 41), Berlin
- RKI Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis, Berlin
- Schuler Daniela und Laila Burla (2012): Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012, Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan Bericht 52)

- Stettler Peter, Désirée Stocker, Lucien Gardiol, Severin Bischof und Kilian Künzi (2013): Strukturhebung zur psychologischen Psychotherapie in der Schweiz 2012. Angebot, Inanspruchnahme und Kosten, Bern
- Sturny Isabelle und Daniela Schuler (2011): Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2010, Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
- Verbeek M., A. Knispel und J. Nuijen (2015): GGZ in tabellen 2013–2014, Utrecht: Trimbos-instituut

8 Abkürzungsverzeichnis

ATC	Anatomical Therapeutic Chemical (Anatomisch-Therapeutisch-Chemisches Klassifikationssystem für Arzneimittel)
AWBZ	Exceptional Medical Expenses Act (<i>Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten</i>)
BAG	Bundesamt für Gesundheit (Schweiz)
BFS	Bundesamt für Statistik (Schweiz)
BIG	Gesundheits- und Medizinalberuferegister (Niederlande) gemäss dem Professions in Individual Health care Act (<i>Wet op de beroepen in de Individuele gezondheidszorg</i>)
DBC	Diagnostic Treatment Combination (Vergütungssystem in den Niederlanden)
DDD	defined daily dosage (dt. Tagestherapiedosis), ein von der WHO festgelegter Wert der angenommenen Dosis für einen Erwachsenen
Destatis	Statistisches Bundesamt (Deutschland)
ESEMeD	European Study of the Epidemiology of Mental Disorders
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum - Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GEK	Gmünder Ersatzkasse (Deutsche Krankenkasse)
GGZ	Dutch Association of Mental Health and Addiction Care (<i>geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg</i>)
GIP	Arzneimittelinformationssystem des National Health Care Institute (<i>Genees-en hulpmiddelen Informatie Project, Zorginstituut Nederland</i>)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung (Deutschland)
HSCIC	Health and Social Care Information Centre (England)
IAPT	Improving Access to Psychological Therapies (Programm in UK)
KBV	Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Deutschland)
MedReg	Medizinalberuferegister (Schweiz)
NEMESIS	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study
NZa	Niederländische Krankenversicherungsbehörde (Nederlandse Zorgautoriteit)
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Schweiz)
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
RCPsych	Royal College of Psychiatrists
RKI	Robert Koch-Institut (Deutschland)
SASIS	Tochtergesellschaft von santésuisse, dem Branchenverband der schweiz. Krankenversicherer
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
VZÄ	Vollzeitäquivalente