

Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz

Studie erstellt im Auftrag des
Bundesamts für Gesundheit, Abteilung Gesundheitsstrategien, Sektion Nationale Gesundheitspolitik

Désirée Stocker¹, Peter Stettler¹, Jolanda Jäggi¹, Severin Bischof¹, Dr. Aurélien Abrassart¹,
Prof. Dr. Peter Rüesch², Kilian Künzi¹

¹ Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS

² Forschungsstelle Gesundheitswissenschaften der Zürcher Hochschule für Angewandte
Wissenschaften ZHAW

Bern, 19. Oktober 2016

Projekt-Begleitgruppe

Daniela Schuler und Paul Camenzind, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN

Dr. Hanspeter Conrad, Swiss Mental Healthcare SMHC

Dr. med. Pierre Vallon und Christoph Gitz, Foederatio Medicorum Psychiatricorum et Psychotherapeuticorum FMPP

Dr. med. Thomas Ihde und Andreas Dvorak, Pro Mente Sana

Sabine Schläppi und Yvik Adler, Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen FSP

Prof. Dr. Undine Lang, Erwachsenenpsychiatrie Universität Basel

Dr. Margreet Duetz, Maria Hodel, Esther Walter und Dr. Stefan Otto, Bundesamt für Gesundheit

Impressum

Vertragsnummer: 15.032014 / 704.0001 / -775

Laufzeit: 01.12.2015 – 31.10.2016

Leitung des Projekts im BAG: Margreet Duetz Schmucki, Direktionsbereich Gesundheitspolitik,
Sektion Nationale Gesundheitspolitik

Kontakt: Bundesamt für Gesundheit BAG
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Zitiervorschlag: Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). *Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit

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

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	II
Executive Summary	V
1 Ausgangslage und Fragestellung	1
1.1 Methodisches Vorgehen	2
Teil I: Literatur- und Dokumentenanalyse	6
2 Vorkommen psychischer Erkrankungen	6
2.1 Vergleich Prävalenzraten internationaler Studien	6
2.2 Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 und 2012	10
2.3 Entwicklung des Vorkommens psychischer Erkrankungen	11
2.4 Prävalenz versus Behandlungsbedarf	11
2.5 Diskussion der gefundenen Bandbreite von Prävalenzen	12
3 Inanspruchnahme und Behandlungslücken	14
3.1 Internationale Daten	14
3.2 Daten aus der Schweiz	17
4 Zugangshürden	19
4.1 Psycho-sozio-kulturelle Zugangshürden	19
4.2 Zugangshürden auf Systemebene	20
5 Teil I: Die wichtigsten Ergebnisse in Kürze	23
Teil II: Datenerhebungen	24
6 Online-Befragung von Psychiater/innen	24
6.1 Datengrundlage	24
6.2 Arbeitssituation und Tätigkeitsbereiche	27
6.3 Behandlungsweisen und Spezialisierungen	30
6.4 Auslastung und Rekrutierung Fachpersonal	34
6.5 Informationsaustausch und Einschätzung der Versorgungssituation	38
6.6 Merkmale der behandelten Patient/innen	42
6.7 Zugangshürden und Unterbeanspruchung	47
6.8 Die wichtigsten Ergebnisse in Kürze	51

7	Online-Befragung von Haus- und Kinderärzt/innen	52
7.1	Datengrundlage	52
7.2	Anteil psychisch erkrankter Patient/innen und Vorgehensschritte	54
7.3	Zuweisungen und Zusammenarbeit	55
7.4	Einschätzung der eigenen Vorbereitung und der Versorgungssituation	57
7.5	Zugangshürden und Unterbeanspruchung	58
7.6	Die wichtigsten Ergebnisse in Kürze	59
8	Gruppengespräche und Einzelinterviews	60
8.1	Datengrundlage	60
8.2	Angebotssituation	62
8.2.1	Vorhandensein und Qualifikation von Fachpersonal	62
8.2.2	Vorhandensein und Ausgestaltung von Behandlungsangeboten	66
8.2.2.1	Settings	67
8.2.2.2	Regionale Unterschiede	71
8.2.3	Beurteilung des Versorgungsangebots	72
8.2.3.1	Koordination an Schnittstellen und Übergängen	73
8.2.3.2	Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen und Institutionen	74
8.2.3.3	Aufteilung der Tätigkeiten	75
8.2.3.4	Optimierungspotenzial	76
8.3	Zielgruppenspezifika	80
8.3.1	Herausforderungen im Zusammenhang mit bestimmten Diagnosen und psychosozialen Belastungen	80
8.3.2	Zugangs- und Versorgungsschwierigkeiten für spezifische soziale Gruppen	83
8.4	Zugangsschwierigkeiten	86
8.4.1	Finanzierungsmodalitäten	86
8.4.2	Wartefristen	88
8.4.3	Wissen und Sensibilisierung von Fachpersonen und Betroffenen	90
8.4.4	Geringe Inanspruchnahme durch Betroffene	91
8.5	Die wichtigsten Ergebnisse in Kürze	93
	Teil III: Schlussfolgerungen	95
9	Diskussion der Fragestellungen	95
9.1	Literaturanalyse: Grundlagen für die Annahme einer Behandlungslücke	95
9.2	Datenerhebungen: Unter- und Fehlversorgungsaspekte in der Schweiz	97
9.2.1	Psychiatrisch-psychotherapeutische Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche	97
9.2.2	Psychiatrisch-psychotherapeutische Gesundheitsversorgung für Erwachsene	99
9.3	Fazit	102
10	Literaturverzeichnis	106
11	Abkürzungsverzeichnis	110
	Anhang	111

Anhang I: Facts and Figures im Überblick	111
Anhang II: Online-Befragung von Psychiater/innen	118
Anhang III: Online-Befragung von Haus- und Kinderärzt/innen	131

Executive Summary

1. Ausgangslage

Die Schweiz hat das Ziel, den Zugang zu umfassender und qualitativ hochstehender medizinischer Versorgung für die gesamte Bevölkerung zu gewährleisten. Dies gilt auch für psychische Krankheiten: Jede Person mit einer psychischen Erkrankung, welche professionelle Hilfe benötigt, soll diese auch erhalten. In diesem Kontext wurden vom Bundesamt für Gesundheit BAG im 2015 basierend auf einer Bestandsaufnahme in der Schweiz Handlungsfelder zum Thema psychische Gesundheit definiert (BAG, GDK und Gesundheitsförderung Schweiz, 2015). Weiter erschien im Frühjahr 2016 ein Bericht zur Erfüllung des Postulats Stähelin über die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz (BAG, 2016). Diese und andere – in Erarbeitung stehende – Berichte stehen in Zusammenhang mit den auch in der Bundesratsstrategie «Gesundheit2020» formulierten Zielen der Förderung der psychischen Gesundheit sowie der Verbesserung der Unterstützung psychisch erkrankter Personen.

Die in diesem Rahmen erfolgten Arbeiten des BAG ergaben einige erklärungsbedürftige Befunde. Internationale Studien zeigen, dass in vergleichbaren Ländern eine Differenz zwischen der Prävalenz psychischer Krankheiten und der Inanspruchnahme professioneller Hilfe besteht. Es stellt sich die Frage, inwiefern auch in der Schweiz Hinweise auf eine solche Differenz und damit auf eine allfällige Behandlungslücke bestehen. Andererseits weist die Schweiz im Vergleich mit dem Ausland die höchste Dichte an Psychiatern/innen auf (OECD, 2014), was die Frage aufwirft, wie die – aufgrund internationaler Studien möglicherweise auch in der Schweiz anzunehmende – tiefe Inanspruchnahme im Kontext der hohen Psychiaterdichte zu bewerten ist. Im Rahmen von zwei Forschungsmandaten sollen diese Befunde näher analysiert und Erklärungsansätze gefunden werden.

Konkret geht es um folgende zwei Kernfragen:

■ **Kernfrage 1:** Weshalb gibt es eine Differenz zwischen der Prävalenz psychischer Krankheiten und der Inanspruchnahme professioneller Hilfe?

o Gibt es eine Unter- oder Fehlversorgung? Wenn ja, wo und weshalb?

o Gibt es Zugangshürden seitens Betroffener? Wenn ja, welche?

■ **Kernfrage 2:** Wie ist die tiefe Inanspruchnahme vor dem Hintergrund der hohen Dichte an Psychiatern/innen und Psychiatern zu verstehen (Hinweise auf Ineffizienzen, Fehlversorgung)?

Die Erklärung der relativ hohen Psychiaterdichte in der Schweiz ist Gegenstand eines weiteren Forschungsprojekts, welches untersucht, inwieweit die Aufgaben und Tätigkeiten von Psychiatern/innen verschiedener europäischer Länder miteinander verglichen werden können.

2. Methodisches Vorgehen

2.1 Literatur- und Dokumentenanalyse

Die Studie stützt sich auf eine Kombination verschiedener Datenerhebungs- und Analysemethoden. In einem ersten Schritt wurde die Annahme eines ungedeckten Bedarfs im Rahmen einer Literatur- und Dokumentenanalyse untersucht und Überlegungen bezüglich der Übertragbarkeit auf die Schweiz formuliert. Dazu wurde ein Überblick zu den Themen «Vorkommen psychiatrischer Erkrankungen», «Inanspruchnahme und Behandlungslücken» und «Zugangshürden» erstellt. Wo vorhanden, wurde über Daten aus der Schweiz berichtet. Die grundlegende Frage nach dem Ausmass einer allfälligen Unter- oder Fehlversorgung in der Schweiz kann jedoch nur theoretisch diskutiert werden, da kaum valide epidemiologische Daten bezüglich der Prävalenz und des Behandlungsbedarfs psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung vorliegen (Rüesch, Baenziger & Juvalta, 2013).

Für die Analyse der Themen Prävalenz, Inanspruchnahme und Behandlungslücken wurde ein Vergleich dreier gross angelegter internationaler Studien vorgenommen:

■ **Epidemiologische Studie in sechs europäischen Ländern (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders ESEMeD):** Eines der grössten europäischen epidemiologischen Forschungsprojekte der vergangenen Jahre. Es handelt sich um eine Querschnittserhebung in sechs verschiedenen europäischen Ländern (Belgien, Frankreich, Deutschland, Italien, Niederlande und Spanien) (mehrere Publikationen erschienen, u.a. ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, 2002; 2004a; 2004b; 2004c; Alonso et al., 2007; Kovess-Masfety et al., 2007).

■ **Übersichtsstudie mit Daten aus 27 europäischen Ländern (Wittchen et al., 2011):** Eine der neuesten umfassenden Überblicksarbeiten mit Zahlen zum Vorkommen psychischer Erkrankungen in Europa. Aktualisierung einer analogen Untersuchung aus dem Jahr 2005 (Wittchen & Jacobi, 2005). Die Angaben sind Schätzungen, die einerseits auf vorhandenen epidemiologischen Studien sowie nationalen Statistiken und Befragungen seit den 1990er Jahren und andererseits auf Experteneinschätzungen beruhen. Es wurden Informationen und Expert/innen der EU-Mitgliedstaaten sowie von der Schweiz, Island und Norwegen mit berücksichtigt.¹

■ **Übersichtsstudie mit Daten aus 24 Ländern der Weltgesundheitsorganisation WHO (Wang et al., 2011):** Ebenfalls aus dem Jahr 2011 stammt eine Analyse epidemiologischer Daten von Ländern oder Grossstädten, welche an der Befragung zur psychischen Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation WHO (World Mental Health Survey) teilgenommen haben. Neben einem Vergleich der Prävalenzdaten werden verschiedene Ergebnisse zur Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten dargestellt. Die Länder werden für die Analysen gruppiert in die drei Kategorien: Länder mit a) tiefen bzw. tief-mittleren, b) mittel bzw. mittelhohen sowie c) hohen Einkommen.

Alle drei Quellen sind relativ aktuellen Datums und basieren auf epidemiologischen Erhebungen mehrerer Länder, welche 12-Monats-Prävalenzen von Erwachsenen ausweisen. Zu ergänzen ist, dass die für das ESEMeD-Projekt erhobenen Daten auch in die beiden Übersichtsstudien von Wittchen et al. (2011) sowie Wang et al. (2011) eingeflossen sind.

In der **Schweiz fehlen epidemiologische Studien**, die präzise und differenzierte Aussagen zur Prävalenz psychischer Erkrankungen und Vergleiche mit der Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten erlauben würden. Die Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB), die im Fünfjahresrhythmus durchgeführt wird, geben jedoch gewisse Hinweise bezüglich des Vorkommens von Depressivität und psychischer Belastungen generell. Alle in der Schweiz vorhandenen Informationen jüngerer Datums zu Prävalenz und Inanspruchnahme wurden ebenfalls in die Analyse mit einbezogen – die Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 und 2012 (Schuler & Burla, 2012; Rüesch et al., 2013; Standardtabellen Statistik Schweiz²), diejenigen über die regionale psychiatrische Inanspruchnahme und den Versorgungsbedarf in der Schweiz (Rüesch et al., 2013) sowie die Ergebnisse aus der Strukturerhebung der Leistungen der psychologischen Psychotherapeut/innen (Stettler et al., 2013).

Weiter wurde im Rahmen der Literatur- und Dokumentenanalyse anhand einer breiten Rezeption entsprechender Literatur untersucht, ob und welche **Zugangshürden eine Inanspruchnahme verhindern oder wesentlich verzögern**. Auch zu dieser Thematik existiert wenig Literatur aus der Schweiz, weshalb primär internationale Forschung konsultiert und mit vorhandenen Publikationen zur Situation in der Schweiz ergänzt wurde.

2.2 Datenerhebungen

Ziel des zweiten Schrittes war es, anhand **breit abgestützter empirischer Befragungen** Hinweise auf Unter- und Fehlversorgung, Zugangshürden oder Unterbeanspruchung zu identifizieren und zu beschreiben. Die **empirischen Erhebungen** wurden so konzipiert, dass von allen **zentralen Akteursgruppen** Informationen mit einbezogen werden konnten. Die wichtigsten Akteure bei der Behandlung von psychisch Erkrankten sind dabei Psychiater/innen, unter ärztlicher Aufsicht delegiert arbeitende psychologische Psychotherapeut/innen³, selbständig tätige psychologische Psychotherapeut/innen, Hausärzt/innen und Pflegefachpersonen sowie im stationären Setting zusätzliche weitere Fachkräfte (z.B. Sozialarbeiter/innen, Ergotherapeut/innen, Arbeitsagog/innen).

Weiter relevant sind Fachpersonen an der Schnittstelle zum psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem. Sie sind potentiell «erkennend», «beratend» und «zuweisend», indem sie oft als Erste die Anzeichen einer psychischen Erkrankung erkennen, Betroffene diesbezüglich beraten und an geeignete behandelnde Fachstellen verweisen. Konkret zu nennen sind hier Hausärzt/innen, die

¹ Die vorliegende Analyse konzentriert sich dabei auf die bereits 2005 erfassten Störungsbilder (ohne z.B. Demenz, da diese teilweise zu neurologischen Erkrankungen gezählt wird).

² <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2012/files/de/02.xml> (abgerufen am 20.05.2016)

³ Psychiater/innen sowie ärztliche Grundversorger/innen mit dem Fähigkeitsausweis «Delegierte Psychotherapie» sowie dem SAPP-M-Fähigkeitsausweis in psychosomatischer und psychosozialer Medizin können psychologische Psychotherapeut/innen in ihrer Praxis einstellen, so dass diese via Delegationsmodell psychotherapeutische Leistungen erbringen können.

eine Doppelrolle mit sowohl behandelnder als auch zuweisender Funktion haben, sowie Akteure öffentlicher Institutionen (z.B. Sozialhilfe, Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde, Opferhilfestellen etc.) und Angebote zur Unterstützung von psychisch betroffenen Personen in den Bereichen Wohnen und Arbeit. Zentral ist schliesslich die Sicht von Personen, die selber von psychischer Erkrankung betroffen sind oder waren sowie von deren Angehörigen. Schliesslich wurden auch ausgewählte Expert/innen mit Kenntnissen zu spezifischen Aspekten des Versorgungssystems oder zur Betroffenen- und Angehörigensicht befragt. Nachfolgende eine Übersicht über die durchgeführten Erhebungen. Die Antworten aus den Online-Befragungen wurden so gewichtet, dass diese repräsentativ für die entsprechende Grundgesamtheit sind.

■ Online-Befragung von Kinder- und Jugend- sowie Erwachsenenpsychiater/innen⁴:

Rücklauf: 849 Psychiater/innen⁵; Rücklaufquote 20%⁶; Gewichtung nach FMH-Ärzttestistik

■ Online-Befragung von Haus- und Kinderärzt/innen⁷

Rücklauf: 218 Haus- und Kinderärzt/innen; Rücklaufquote 12%⁸; Gewichtung nach Mitgliederstatistik mfe

■ Gruppengespräche mit Betroffenen, Angehörigen, Zuweisenden und Behandelnden

5 Gespräche in den Kantonen ZH, VD und LU; insgesamt 49 befragte Personen

■ Einzelinterviews mit ausgewählten Expert/innen

Insgesamt 15 befragte Personen

In diesem zweiten Studienteil galt es herauszuarbeiten, welche **Aspekte von Unter- und Fehlversorgung** sich über alle Erhebungen hinweg besonders akzentuiert zeigen (Kernfrage 1). Zur **Strukturierung des Untersuchungsgegenstandes** wurden die drei Dimensionen «Angebotssituation», «Zielgruppenspezifika» und «Zugangshürden und Unterbeanspruchung» definiert. Obschon die drei Dimensionen nicht trennscharf abgrenzbar sind, bot die Unterscheidung den konzeptionellen Rahmen zur Erarbeitung von Forschungsfragen (**Tabelle 1**). Weiter dienten die empirischen Befragungen zur Erhebung von Informationen bezüglich des **Zusammenhangs von allfälligen Behandlungslücken und hoher Psychiaterdichte** in der Schweiz (Kernfrage 2). Dabei ging es insbesondere um eine Analyse der Aufgaben und Tätigkeiten der Psychiater/innen, der Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen und Erklärungsansätze für Unter- oder Fehlversorgung.

Tabelle 1: Untersuchungsdimensionen und Forschungsfragen

Untersuchungsdimensionen
I) Angebotssituation
Vorhandensein und Qualifikation von Fachpersonal: Gibt es Hinweise auf Mangel an Fachpersonal – generell, in bestimmten Fachgebieten oder bezüglich des Vorhandenseins bestimmter (Zusatz-) Qualifikationen und Kompetenzen?
Vorhandensein von Behandlungsangeboten: Gibt es Hinweise auf einen Mangel an Angeboten – generell, in bestimmten Regionen, bezüglich bestimmter Settings?
Beurteilung des Versorgungsangebots: Gibt es Hinweise auf einen nicht optimalen Einsatz der vorhandenen Ressourcen bezüglich der Aufteilung der Tätigkeiten zwischen den involvierten Berufsgruppen bzw. der Zusammenarbeit verschiedener Akteure? Gibt es Hinweise auf Optimierungspotenzial?
II) Zielgruppenspezifika
Gibt es Hinweise auf einen Mangel an Angeboten oder Schwierigkeiten in der adäquaten Behandlung spezifischer Zielgruppen? Wenn ja, um welche Zielgruppen handelt es sich und was sind die Gründe?
III) Zugangshürden und Unterbeanspruchung
Zugangshürden: Gibt es Hinweise auf Zugangshürden im Versorgungssystem, welche dazu führen, dass Betroffene die vorhandenen Angebote nicht oder zu wenig in Anspruch nehmen?
Unterbeanspruchung: Gibt es Hinweise auf eine zu geringe oder nicht optimale Nutzung von vorhandenen Angeboten, weil sich Betroffene nicht, zu spät oder zu wenig lange in Behandlung begeben? Wenn ja, welche Gründe gibt es dafür?

Quelle: Eigene Darstellung

⁴ Mitglieder folgender Verbände und Vereinigungen: SGPP, SGKJPP, SGAP, SSCLP, SGFP, SVPC, VKJC, SMHC

⁵ Von den psychiatrischen Institutionen wurde jeweils ein Fragebogen für das gesamte psychiatrische Personal ausgefüllt. Der hier angegebene Rücklauf bezieht sich auf die Gesamtzahl der repräsentierten Psychiater/innen.

⁶ Bzw. je nach Vergleichsgrösse 19% (verglichen mit 4371 Psychiater/innen gemäss Medizinalberuferegister) oder 21% (verglichen mit 4026 Psychiater/innen gemäss FMH-Ärzttestistik).

⁷ Mitglieder des Verbands «mfe Haus- und Kinderärzt/innen Schweiz»

⁸ Rücklaufquote bezüglich der angeschriebenen Stichprobe (geschichtete Zufallserhebung) von 1'800 Personen aus Gesamttotal von 5215 Mitgliedern.

3. Ergebnisse

3.1 Literaturanalyse: Annahme einer Behandlungslücke

Internationale empirische Studien kommen übereinstimmend zum Schluss, dass **Prävalenz und Behandlungsbedarf psychischer Krankheiten tendenziell höher sind als die Inanspruchnahme** von Versorgungsangeboten. Über das Ausmass der bestehenden Behandlungslücken existieren jedoch sehr unterschiedliche Einschätzungen. Die Bandbreite der in den Studien resultierenden **12-Monats-Prävalenz** von mindestens einer psychischen Erkrankung⁹ liegt zwischen rund **10 und 30 Prozent**. Die Prävalenzraten variieren sowohl zwischen Studien, als auch zwischen Ländern innerhalb einzelner Studien. Wo vorhanden, decken sich die Daten aus der Schweiz mit denjenigen aus der internationalen Forschung.

Von den Prävalenzraten zu unterscheiden ist die Anzahl Personen, die tatsächlich einer Behandlung bedürfen, da **Prävalenz nicht gleichzusetzen ist mit Behandlungsbedarf** (vgl. z.B. Mechanic, 2003; Jacobi und Barnikol, 2015). Es existieren jedoch keine einheitlich akzeptierten Kriterien oder «Klassifikationssysteme» bezüglich Behandlungsbedarf (Jacobi & Barnikol, 2015). Diskutiert wird, dass neben Vorliegen der Symptome gemäss anerkannter Diagnosemanuale¹⁰ zusätzliche Kriterien zur Einschätzung des Behandlungsbedarfs (wie z.B. Schweregrad, funktionelle Beeinträchtigung, Komorbiditäten, Risiken der Krankheitsentwicklung, Dauer und Wiederauftreten einer Erkrankung, Wirkungserfolg einer Behandlung etc.) berücksichtigt werden sollten (Mechanic, 2003; Wittchen, 2002; Wittchen et al., 2011). Im Vergleich zu Untersuchungen zu Prävalenzraten gibt es jedoch deutlich weniger Studien, die zusätzlich auch den Schweregrad bzw. Behandlungsbedarf psychischer Erkrankungen erheben. In zwei der drei von uns untersuchten Studien wurden Analysen der Behandlungslücke unter Berücksichtigung von sowohl Prävalenz als auch Behandlungsbedarf durchgeführt. In diesen Studien wird von Anteilen zwischen rund **25 und 60 Prozent** erkrankter Personen mit Behandlungsbedarf ausgegangen.

Die Ergebnisse bezüglich Behandlungslücke (Personen mit Behandlungsbedarf ohne zumindest minimal adäquate Behandlung) variieren zwischen rund **40 Prozent und 65 Prozent**. Dabei gilt, dass je schwerer jemand beeinträchtigt ist, desto eher wird er/sie behandelt (Wang et al., 2011). Auch die verfügbaren Ressourcen in einem Land wie z.B. Fachpersonen haben einen gewissen Einfluss auf die Behandlungsquote, obschon weitere Faktoren wie Aufgabenteilung, Finanzierungsmodalitäten und soziokulturelle Faktoren mitspielen. Grundsätzlich zeigt sich jedoch, dass auch in Ländern mit **sehr hoher Versorgungsdichte** ein **gewisses Ausmass an ungedecktem Behandlungsbedarf** besteht (Kovess-Masfety et al., 2007; Wang et al., 2011).

In der Literatur wird die Differenz zwischen Behandlungsbedarf und Behandlungsquote zurück geführt auf das Zusammenspiel zwischen **Angebotssituation** (Dichte des Versorgungsangebots, Aufgabenteilung zwischen Berufsgruppen und Fachpersonen), **Zugangshürden**, die bewirken, dass vorhandene Angebote nicht in Anspruch genommen werden (sprachliche und kulturelle Hürden, hohe Kostenbeteiligung, schlechte Erreichbarkeit und Wartezeiten, fehlende Niederschwelligkeit) und **Unterbeanspruchung durch Betroffene** (soziokulturelle Faktoren, Stigmatisierung, fehlende Therapiemotivation). Zugangshürden und Unterbeanspruchung können sich dabei negativ auf den Krankheitsverlauf (gesundheitliche Verschlechterung, Chronifizierung) und die Behandlungsqualität (Klinikaustritt ohne geeignete Nachbehandlung, fehlende Kontinuität) einerseits sowie den Ressourceneinsatz im Versorgungssystem (vermeidbare Klinikaufenthalte, Beanspruchung allgemeiner Notfallstationen, Zusatzaufwand für Zuweisende) und die Behandlungsmotivation der Betroffenen andererseits auswirken.¹¹

Bezüglich der **Situation in der Schweiz** ist festzuhalten, dass die Datenlage zur Epidemiologie psychischer Erkrankungen hierzulande ungenügend ist (Rüesch et al., 2013) und die Übertragung der Ergebnisse internationaler Studien nur begrenzt möglich ist. Am ehesten übertragbar sind Daten zu Prävalenzen, da bei diesen einheitliche Erhebungskriterien und eine gut abgestützte Datenbasis existieren. Insofern kann davon ausgegangen werden, dass die **Prävalenz** von Personen mit (mindestens einer) psychischer Erkrankung auch in der Schweiz in der erwähnten Bandbreite von **10 bis 30 Prozent** liegen dürfte (Jahresprävalenz). Der Anteil erkrankter Personen mit effektivem

⁹ Nicht darin enthalten sind z.B. Demenz bei Alzheimer Krankheit oder ADHD.

¹⁰ Z.B. ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) oder DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

¹¹ Vgl. z.B. BAG, 2011; Bhugra et al., 2015; Bridler et al., 2013; Bruce et al., 2002; Kovess-Masfety et al., 2007; Schomerus et al., 2016; Sottas et al. 2014; Thornicroft et al., 2011; Wittchen, 2002

Behandlungsbedarf ist tiefer als die Prävalenzrate. Hier spielen Faktoren wie Schweregrad, funktionelle Beeinträchtigung, Komorbiditäten oder Dauer einer Erkrankung eine Rolle. Da dazu kaum empirische Untersuchungen existieren und auch keine einheitlichen Kriterien zur Definition von Behandlungsbedarf bestehen, kann die in den vorhandenen Studien gefundene Bandbreite von 25 bis 60 Prozent Erkrankter mit Behandlungsbedarf nicht als gesicherte Datenbasis gelten, sondern höchstens als ungefähre Richtwert auf die Schweiz übertragen werden. Noch stärker gilt dies für die Angaben bezüglich Behandlungslücke: der Anteil erkrankter Personen mit Behandlungsbedarf, welche *keine* minimal adäquate Behandlung behalten, beläuft sich in den erwähnten Studien auf 40 bis 65 Prozent. Hierbei spielen Faktoren der länderspezifischen Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung eine relevante Rolle. Rein Anzahlmässig ist die Schweiz bezüglich Fachpersonen aktuell vergleichsweise gut aufgestellt. Zur Beurteilung des Versorgungsangebots sind diese Zahlen jedoch nicht hinreichend: entscheidend ist auch, ob die vorhandenen Ressourcen effizient eingesetzt und regional gut verteilt sind, wie die Zusammenarbeit und Aufgabenteilung zwischen involvierten Berufsgruppen funktioniert und wie die Leistungen finanziert werden. Da auch in Ländern mit vergleichsweise hohen Ressourcen an Fachpersonal ein Anteil ungedeckten Bedarfs festgestellt wurde, ist auch in der Schweiz **eine Behandlungslücke** zu vermuten.

Fazit: Die Bandbreite der vorgefundenen Daten zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme ist zwar sehr gross, ein gewisser Anteil an ungedecktem Behandlungsbedarf – insbesondere auch für Betroffene mit Erkrankung höheren Schweregrads – zeigte sich allerdings in allen Studien. Diese Ergebnisse legen die Vermutung nahe, dass **auch in der Schweiz** mit fundierten Gründen von einer **Behandlungslücke** ausgegangen werden kann. Das Ausmass dieser Behandlungslücke einzuschätzen ist aufgrund fehlender epidemiologischer Daten allerdings nicht möglich. Hingegen war es Ziel des zweiten Teils der Studie zu untersuchen, inwiefern **Knappheit, Unterbeanspruchung oder Zugangshürden** im schweizerischen Versorgungssystem für psychisch erkrankte Personen vorhanden sind, welche zur vermuteten Behandlungslücke beitragen. Die wichtigsten Ergebnisse dazu werden im folgenden Abschnitt zusammengefasst.

3.2 Datenerhebungen: Unter- und Fehlversorgung in der Schweiz

Zur Erhebung von Unter- und Fehlversorgungsaspekten im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem in der Schweiz wurden, wie eingangs beschrieben, Befragungen verschiedener Fachpersonen und weiterer Akteure durchgeführt. Ziel war, durch **Zusammenzug der Ergebnisse aller Befragungen sowie durch die Verdichtung und Kontrastierung der verschiedenen Optiken und Blickwinkel** eine Gesamtsicht zu erhalten und auf diese Weise aus der Fülle an Hinweisen diejenigen herauszukristallisieren, welche sich aus der Perspektive verschiedener Akteure als **akzentuierte und breit abgestützte Aspekte von Unter- oder Fehlversorgung** erwiesen.

Anzumerken ist, dass die im Rahmen der Studie durchgeführten Erhebungen primär darauf angelegt waren, **Lücken, Probleme und Optimierungspotenzial im Versorgungssystem** zu identifizieren. Auch in sehr guten Versorgungssystemen gibt es indes stets Optimierungspotenzial. Die Fülle an genannten Mängeln sollte **nicht mit einer generell negativen Einschätzung der Versorgungssituation** gleichgesetzt werden. Vielmehr zeichnet sich in den durchgeführten Befragungen das Bild eines in weiten Teilen gut funktionierenden, vielfältigen Versorgungsangebotes. Der Fokus auf Aspekte der Unter- und Fehlversorgung ist der Fragestellung der Studie geschuldet. Nachfolgend wird dargestellt, in welchen Bereichen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in der Schweiz gemäss der Ergebnisse der beiden repräsentativen Online-Befragungen und den mündlichen Befragungen und Interviews Unter- und Fehlversorgungsaspekte auftreten.

3.2.1 Gesundheitsversorgung für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche

Die Ergebnisse der Studie verweisen auf eine deutliche Unter- und Fehlversorgung in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesundheitsversorgung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen. Betroffen sind alle Regionen und Angebotsformen. In der **Abbildung 1** findet sich eine Übersicht über die wichtigsten Ergebnisse entlang der drei Untersuchungsdimensionen. Nachfolgend werden die einzelnen Aspekte genauer beschrieben (detaillierte Übersicht über die zugrunde liegenden Facts und Figures in **Tabelle 1** in **Kapitel 4**).

Kinder und Jugendliche müssen im Vergleich zu Erwachsenen nicht nur häufiger, sondern durchschnittlich auch länger auf einen Therapieplatz, eine Abklärung oder eine Behandlung warten. Dies gilt für alle Sprachregionen und ungeachtet davon, ob sich der Wohnort in einem urbanen Zentrum, in der Agglomeration oder auf dem Land befindet; ebenso sind alle Settings betroffen: niedergelassene Fachärzt/innen, Ambulatorien, Tageskliniken, stationäre Behandlungsplätze. Die Folge der Unterka-

pazität im stationären Bereich manifestiert sich mitunter in der nicht adäquaten Platzierung von Jugendlichen in Einrichtungen für Erwachsene. Die Einschätzung zahlreicher Fachpersonen, es gebe einen **Mangel an Fachärzt/innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie**, widerspiegelt sich in den Daten sowohl in den Wartezeiten für eine Behandlung als auch in den Rekrutierungsschwierigkeiten in Institutionen und zeigt sich ausserdem an dem im Vergleich zu Erwachsenenpsychiater/innen höheren Anteil an Teilzeittätigkeit.

Was **psychologische Psychotherapeut/innen mit Spezialisierung auf Kinder- und Jugendpsychologie** betrifft, lässt sich aufgrund der durchgeführten Erhebungen nicht einschätzen, ob der von den Befragten wahrgenommene Mangel an Therapieplätzen in erster Linie Zugangshürden geschuldet ist (d.h. Mangel an delegiert arbeitenden Psychotherapeut/innen und von der Grundversicherung finanzierten Therapieplätze), oder ob ebenfalls von einem Fachkräftemangel ausgegangen werden muss. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass die Unterfinanzierung von systemeinbeziehenden Vernetzungsleistungen (die für eine adäquate, effektive Versorgung dieser Zielgruppe sehr wichtig sind) dazu beiträgt, dass auch die selbständige Tätigkeit als Kinder- und Jugendpsychotherapeut/in für etliche Fachkräfte aus wirtschaftlichen Gründen keine Option ist.

Abbildung 1: Fazit für den Versorgungsbereich psychisch erkrankter Kinder- und Jugendlicher

Untersuchungsdimension	Mangelnde Versorgung und Optimierungspotential
Angebotssituation	
Fachpersonal	Mangel an Kinder- und Jugendpsychiater/innen und delegiert tätigen Kinder- und Jugendpsycholog/innen
Behandlungsangebote	Mangel an Behandlungsplätzen unabhängig von Region, Gemeindetyp und Setting
Ressourceneinsatz	Unterfinanzierung von systemeinbeziehenden Vernetzungsleistungen
Zielgruppenspezifika	
	Mangel und Mängel bei der Versorgung von Kindern- und Jugendlichen, insbesondere aus Familien mit tiefem sozioökonomischem Status
Zugang und Beanspruchung	
Zugangshürden	Scham / Stigmatisierung Behandlungsangebote nicht vor Ort
Unterbeanspruchung	Fehlende Krankheitseinsicht / Therapiemotivation Zeitaufwand für Familie zur Durchführung einer Behandlung

Quelle: Ergebnisse der Befragungen und Interviews

In besonderem Masse von Zugangsschwierigkeiten betroffen sind **Kinder und Jugendliche aus Familien mit tiefem sozioökonomischen Status**, die sich angesichts langer Wartezeiten keine alternative, nicht von der Grundversicherung gedeckte Behandlung leisten können. Hinzu kommt, dass der erforderliche Zeitaufwand seitens der Kinder, Jugendlichen und ihrer Familien die Inanspruchnahme einer Behandlung erschwert und damit eine Zugangshürde sein kann. Zugangsschwierigkeiten sind gemäss den befragten Kinder- und Jugendpsychiater/innen auch auf die schwere Erreichbarkeit der Angebote zurückzuführen: signifikant häufiger als Erwachsenenpsychiater/innen berichten sie, die Versorgungsangebote in ihrem Einzugsgebiet seien nicht dort, wo sie benötigt würden. Generell werden Scham und Stigmatisierung sowie fehlende Therapiemotivation als häufig auftretende Problematiken erachtet, aufgrund derer eine mangelnde Inanspruchnahme zustande kommen kann.

Nicht nur als direkt Betroffene, sondern auch als Mitbetroffene sind Kinder und Jugendliche eine unterversorgte, vulnerable Zielgruppe, da im jetzigen Versorgungssystem die Kinder und Angehörigen von Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen gemäss den Befragten zu wenig systematisch einbezogen und in ihrer psychischen Gesundheit gestärkt werden.

3.2.2 Gesundheitsversorgung für psychisch erkrankte Erwachsene

In Bezug auf die Versorgung der erwachsenen Bevölkerung verweisen die Ergebnisse der Studie auf **spezifische Regionen, Angebotsformen und Zielgruppen**, die von Unter- und Fehlversorgung betroffen sind. Eine Übersicht über die wichtigsten Ergebnisse entlang der drei Untersuchungsdimensionen

nen ist in der **Abbildung 2** dargestellt (detaillierte Übersicht über die zugrunde liegenden Facts und Figures in **Tabelle 2** in **Kapitel 4**).

■ **Je ländlicher, desto geringer die Menge und Auswahl an Angeboten.** Die Ergebnisse verweisen auf einen Mangel an Psychiater/innen und psychologischen Psychotherapeut/innen auf dem Land und teilweise bereits in der Agglomeration. So erweist sich etwa die Suche nach einer Praxisnachfolge auf dem Land schwieriger als in der Stadt. Die Wartezeiten auf einen Termin bzw. Therapieplatz sind zwar auf dem Land nicht länger als in städtischen Gebieten, fallen aber tendenziell mehr ins Gewicht, weil aufgrund der geringen Angebotsdichte weniger Alternativen und Überbrückungsmöglichkeiten bestehen. Die geringere Behandlungsdiversität bedeutet auch, dass Patient/innen weniger Möglichkeiten haben, den Therapieplatz zu wechseln, wenn die für den Behandlungserfolg zentrale «Chemie» mit der Psychiaterin oder dem Psychologen nicht stimmt. Zudem fehlt es ausserhalb der Stadt an Behandelnden mit spezifischen Therapieausbildungen.

Als deutliche Lücke wird der Mangel an Fachpersonen und Angeboten bezeichnet, die in Krisen- und Notfallsituationen schnell erreichbar sind und die Betroffenen während einer bestimmten Phase stabilisieren. In ländlichen Gebieten sind es oft Hausärzt/innen, die entsprechende Versorgungsleistungen übernehmen, sie fühlen sich jedoch oft nicht ausreichend dafür qualifiziert.

Abbildung 2: Fazit für den Versorgungsbereich psychisch erkrankter Erwachsener

Untersuchungsdimension	Mangelnde Versorgung und Optimierungspotential
Angebotssituation	
Fachpersonal	• Je ländlicher, umso grösser der Mangel an psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachpersonen • Mangel an psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen Fachpersonen in Institutionen
Behandlungsangebote	• Mangel an rasch zugänglichen Angeboten (z.B. in Krisen- & Notfallsituationen) v.a. auf dem Land • Mangel an Plätzen / Angeboten im ambulanten und intermediären Setting (niederschwellig)
Ressourceneinsatz	• Mangel an via Grundversicherung finanzierten Behandlungsplätzen sowie unterfinanzierter Koordinationsaufwand an der Schnittstelle zw. Gesundheits- und Sozialsystem • Optimierungsbedarf bezüglich der Aufgabenteilung und der Vernetzung zwischen Fachdisziplinen sowie der Sensibilisierung von Betroffenen und beteiligten Fachpersonen
Zielgruppenspezifika	
	Zugangs- und Versorgungsschwierigkeiten für spezifische Zielgruppen: • Für Personen, deren Art der psychischen Erkrankung eine Therapie erschwert • Für Personen mit zusätzlichen psychosozialen Belastungen, die neben therapeutischer weitere Unterstützung benötigen
Zugang und Beanspruchung	
Zugangshürden	Zugangshürden und Unterbeanspruchung auf Personenebene (Scham/Stigma, Krankheitseinsicht, Therapiemotivation) und auf Ebene Versorgungssystem (Finanzierungsmodalitäten, Wartezeiten)
Unterbeanspruchung	Fehlende Krankheitseinsicht / Therapiemotivation

Quelle: Ergebnisse der Befragungen und Interviews

■ **Zugangs- und Versorgungsschwierigkeiten für spezifische Zielgruppen.** Die Studienergebnisse verweisen auf zwei Gruppen mit erhöhtem Risiko für Unter- oder Fehlversorgung. Einerseits geht es um Personen, deren psychische Erkrankung die Durchführung einer Therapie erschwert (z.B. Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen) und andererseits um Personen, die neben einer psychischen Erkrankung mit zusätzlichen psychosozialen Belastungen konfrontiert sind (tiefer sozioökonomischer Status, prekäre Arbeitssituation, Schulden, Migration etc.) und neben der Behandlung einer psychischen Erkrankung auch alltagsorientierte Unterstützung und Beratung benötigen.

Diese beiden Zielgruppen haben besonders Mühe, einen Behandlungsplatz bei niedergelassenen Psychiater/innen oder Psychotherapeut/innen zu finden, sei es bei Behandlungsbeginn oder bei Nachbehandlungen nach Klinikaufenthalten. Die Zugangsschwierigkeiten haben mit besonderen Herausforderungen in der therapeutischen Behandlung zu tun, welche die niedergelassenen Psychiater/innen und Psychotherapeut/innen u.a. aus finanziellen Gründen, aufgrund der dafür erforderlichen spezifischen Kompetenzen oder wegen fehlender Kapazitäten nicht übernehmen können, was zu einer impliziten Patientenselektion führt.

Bei der ersten Zielgruppe handelt es sich um Betroffene mit psychischen Erkrankungen, deren Behandlung als anspruchsvoll, aufwändig und mit geringen Chancen auf Therapieerfolg erachtet wird. Dies unter anderem auch, weil mit dem Krankheitsbild starke Schwankungen bezüglich Krankheitseinsicht und Therapiemotivation einhergehen. Lassen unzuverlässige Patient/innen Termine ausfallen, stellt dies jedoch ein finanzielles Risiko dar, das für niedergelassene Psychiater/innen und Psychotherapeut/innen nur bis zu einem bestimmten Mass tragbar ist. Man ist sich weitgehend einig, dass die Besonderheiten und Bedürfnisse dieser Zielgruppen in den bestehenden ambulanten Versorgungsstrukturen – mit Psychiater/innen und Psychotherapeut/innen primär in Einzelpraxen – nicht adäquat adressiert werden können, und dass intermediäre Angebote (ambulante Institutionen mit interdisziplinären Teams oder aufsuchende Angebote wie Home Treatment, psychiatrische Spitex) diesbezüglich eine wichtige Lücke schliessen könnten. Erwartet wird, dass so die krankheitsbedingten Schwankungen aufgefangen, stationäre Aufenthalte und «Drehtüreffekte» möglichst verringert und die involvierten Akteure (neben Behandelnden häufig auch KESB, Sozialdienste) insgesamt entlastet werden könnten.

Bei der zweiten Zielgruppe geht es um Personen, die neben der Behandlung ihrer psychischen Erkrankung aufgrund psychosozialer Belastungen Unterstützung und Beratung benötigen, die nicht mehr zum medizinisch-therapeutischen Kerngebiet gehört. Niedergelassene Psychiater/innen leisten zwar einen höheren Anteil sozialarbeiterischer Tätigkeiten als Kolleg/innen in den Institutionen (wo häufig ein Sozialdienst diese Aufgaben übernimmt), der unterfinanzierte Koordinationsaufwand an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsversorgung und Sozialarbeit ist jedoch mit ein Grund dafür, warum die Bedürfnisse dieser Zielgruppe häufig nicht adäquat adressiert werden können. Bei Flüchtlingen und Personen mit Migrationshintergrund (wo der Bedarf an Trauma-Behandlungen gross ist) kommen weitere Zugangsbarrieren hinzu, z.B. kulturell bedingt starke Stigmatisierung psychischer Krankheiten oder eine andere Krankheitswahrnehmung (häufig Somatisierung) oder fehlendes Wissen über das Versorgungssystem, insbesondere aber sprachliche Barrieren aufgrund fehlender Therapeut/innen in ihrer Muttersprache oder nicht vergüteten interkulturellen Dolmetscher/innen.

Im Altersbereich scheinen Zugangs- und Versorgungsprobleme weniger akut als bei Kindern, Jugendlichen und deren Familien. Dennoch wurde auf gewisse Versorgungslücken hingewiesen, beispielsweise im Bereich der Früherkennung/Zuweisung in psychiatrische Behandlung. Weiter gab es Hinweise auf eine mangelnde Vernetzung der involvierten Akteure sowie auf inadäquate gerontopsychiatrischen Versorgung in Alters- und Pflegeheimen.

■ **Fachkräftemangel in Institutionen.** Die Ergebnisse zeigen, dass gegenwärtig im institutionellen Bereich – insbesondere in stationären Einrichtungen – ein Mangel an Psychiater/innen spürbar ist. Besonders in Spitälern und psychiatrischen Kliniken, teilweise aber auch in sozialmedizinischen Institutionen, bestehen gemäss den Befragungen Rekrutierungsprobleme und Fachkräftemangel – besonders spürbar bei Psychiater/innen, teilweise aber auch bei Pflegefachpersonen. Das geringe Interesse Schweizer Medizinstudierender für eine Weiterbildung in Psychiatrie wird derzeit von ausländischen Assistenz- und Fachärzt/innen kompensiert, wobei diese Lösung aufgrund unzureichender Deutsch- bzw. Französischkenntnisse oder einer ungenügenden Vernetzung im hiesigen Versorgungssystem nicht immer befriedigend ist.

■ **Optimierungsbedarf in Bezug auf Ressourceneinsatz und Vernetzung.** Die durchgeführten Erhebungen zeigen, dass die Verteilung der Angebote auf die drei Versorgungsbereiche dem Bedarf nicht optimal entspricht. Um den Grundsatz «ambulant vor stationär» konsequenter umzusetzen, bräuchte es einen Ausbau insbesondere der intermediären Strukturen. Angebote mit interdisziplinären Teams wie z.B. Tageskliniken sowie aufsuchende Angebote gelten als vielversprechende Ansätze, um Zugangsprobleme zu entschärfen, die Versorgung «schwieriger» Patient/innen und Personen mit psychosozialen Problemen zu verbessern sowie andere Angebote zu entlasten (etwa durch das Vermeiden von Verwahrlosung und Notfalleinweisungen), werden jedoch nicht zuletzt aufgrund bestehender Finanzierungsmodalitäten nur zögerlich auf- oder ausgebaut.

Bezüglich der Zusammenarbeit zwischen Psychiater/innen und anderen Berufsgruppen sind die Sensibilisierung und der Aufbau von Fachkompetenzen bei zuweisenden Stellen, Pflegenden und Grundversorger/innen zentral. Verbesserungsbedarf gibt es etwa bei der frühzeitigen Überweisung in spezialisierte Behandlung. Was Therapiekonzepte betrifft, wird auch bei Psychiater/innen Verbesserungspotenzial geortet, beispielsweise in der Orientierung an bestehenden Leitlinien und Behandlungsempfehlungen der nationalen und internationalen Fachverbände. Wie in anderen Fachgebieten zeigt der Trend auch in der Psychiatrie in Richtung Patientenorientierung (hier: Peer-Arbeit, Recovery-Ansätze), Prävention und Früherkennung. Aus den Befragungen und Interviews lässt sich ausserdem

der Bedarf nach einer besseren Einbettung in die sozialen Realitäten und den Lebensalltag der Betroffenen erkennen, indem der Bezug zwischen Behandelnden und Arbeitgebenden, der Austausch zwischen Somatik und Psychiatrie, der Einbezug von Angehörigen und mitbetroffenen Kindern sowie die Zusammenarbeit mit Sozialbehörden bei Patient/innen, deren Unterstützungsbedarf über den medizinisch-therapeutischen Bereich hinausgeht, intensiviert wird.

3.3 Schlussfolgerungen

Basierend auf den Erkenntnissen aus der Forschungsliteratur und der Ergebnisse der durchgeführten Erhebungen wird abschliessend zu den Kernfragestellungen des Mandats Stellung genommen.

Kernfrage 1: Weshalb gibt es eine Differenz zwischen der Prävalenz psychischer Krankheiten und der Inanspruchnahme professioneller Hilfe?

Internationale Studien zeigen, dass Prävalenz und Behandlungsbedarf psychischer Krankheiten tendenziell höher sind als die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten. Wie in anderen Ländern kann auch in der Schweiz von einer gewissen Behandlungslücke ausgegangen werden, deren Ausmass aufgrund fehlender epidemiologischer Daten jedoch nur annäherungsweise beziffert werden kann. Hingegen verweisen die repräsentativen Befragungen bei Psychiater/innen sowie Haus- und Kinderärzt/innen sowie die breit abgestützten Gruppen- und Einzelinterviews auf verschiedene Aspekte von Unter- und Fehlversorgung sowie auf Zugangshürden zum Versorgungssystem, welche zur Erklärung der Differenz zwischen Prävalenz, Behandlungsbedarf und Behandlungsquote beitragen.

Bezüglich der psychiatrischen und psychotherapeutischen Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen zeigen die Ergebnisse eine deutliche Unter- und Fehlversorgung in allen Belangen. Es fehlen Fachkräfte sowie Angebote in allen Regionen und Settings, sowohl in ländlichen Gebieten als auch in den Städten (wo die Versorgungsdichte im Allgemeinen höher ist). Besonders betroffen sind Kinder und Jugendliche aus Familien mit tiefem sozioökonomischem Status, da sie auf Angebote angewiesen sind, die von der Grundversicherung finanziert werden. Die Finanzierungsmodalitäten sind jedoch für diese Altersgruppe (bzw. für die Akteure in diesem Versorgungssegment) insgesamt ein Problem, da der Einbezug der Familie, die Zusammenarbeit mit Lehrkräften, Schule und weiteren Bezugssystemen der Betroffenen häufig unabdingbar, die Koordinations- und Vernetzungsarbeiten jedoch unterfinanziert sind.

Bei der Versorgung von Erwachsenen verweisen die Ergebnisse auf Unter- und Fehlversorgung in bestimmten Regionen, bezüglich gewisser Angebotsformen und für spezifische Zielgruppen. Dabei geht es insbesondere um die tiefe Versorgungsdichte und die geringe Behandlungsdiversität auf dem Land, um den Mangel an Psychiater/innen in Institutionen sowie um die Zugangsschwierigkeiten von Personen, die krankheitsbedingt und/oder aufgrund psychosozialer Belastungen das Versorgungssystem vor besondere Herausforderungen stellen. Zudem zeigt sich Optimierungsbedarf in Bezug auf den Ressourceneinsatz und die Vernetzung zwischen Fachpersonen.

Kernfrage 2: Wie ist die tiefe Inanspruchnahme vor dem Hintergrund der hohen Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern zu verstehen?

Wie bereits Ergebnisse früherer Publikationen vermuten lassen (z.B. Lachenmeier, 2002), ist die «Anzahl Köpfe» kein guter Indikator für den Umfang des Behandlungsangebots. Dies zeigt sich deutlich auch in den Ergebnissen der vorliegenden Studie. So arbeiten lediglich rund 30 Prozent der niedergelassenen Psychiater/innen mit einem Vollzeitpensum, in stationären Einrichtungen liegt dieser Anteil etwas höher, bei bis zu 50 Prozent. In welchem Masse die hohe Dichte an Psychiater/innen also das Behandlungsangebot im Vergleich zum Ausland erweitert, lässt sich demnach in diesem Rahmen nicht beziffern – ebenso wenig kann basierend auf den vorhandenen Daten beurteilt werden, inwiefern die Behandlungslücke hierzulande dadurch geringer ist als in anderen Ländern. Diese Hypothese lässt sich allerdings auch nicht ausschliessen.

Dass trotz der hohen Dichte an Psychiater/innen nicht alle Personen mit Behandlungsbedarf professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, dürfte gemäss Studienergebnissen vor allem mit der Verteilung der vorhandenen Ressourcen und mit Zugangsproblemen zusammenhängen. So gibt es ein Ungleichgewicht zwischen Praxis und Institutionen, zwischen Stadt und Land sowie zwischen Erwachsenenpsychiatrie und Kinder-/Jugendpsychiatrie, mit einer Konzentration der Fachkräfte auf die jeweils erstgenannten Bereiche. Die Zugangsprobleme haben jedoch nicht nur mit dem punktuell eher dünn gesäten Angebot zu tun: Lange Wartezeiten für Termine und Therapieplätze in psychiatrischen Praxen werden auch in Regionen mit hoher Psychiaterdichte konstatiert. Dies hat zum einen damit zu tun, dass Vorhalteleistungen nicht finanziert werden, das Offenhalten von 60-minütigen Behandlungster-

minen nicht mit den wirtschaftlichen Interessen der Praxistätigkeit vereinbar ist und kurze Zeitfenster für Notfälle und Kriseninterventionen in psychiatrischen Praxen (anders als bei Haus- und Kinder-ärzt/innen) nicht üblich sind. Zum anderen ist die Entlastung psychiatrischer Praxen durch Psychotherapeut/innen aufgrund des Delegationsmodells erschwert: von der Grundversicherung werden nur Therapien bei delegiert tätigen Psychotherapeut/innen bezahlt; die Anzahl solcher Therapieplätze entsprechen jedoch mangels der Attraktivität dieses Arrangements für Psychotherapeut/innen und des Zusatzaufwandes seitens der delegierenden Psychiater/innen bzw. Hausärzt/innen nicht dem Bedarf.

Die Studienresultate verweisen schliesslich darauf, dass die vorhandenen Strukturen teilweise mit der Versorgung bestimmter Zielgruppen überlastet sind, die in anderen Versorgungsmodellen besser aufgehoben wären. So können etwa Personen, die schwer erreichbar sind, krankheitsbedingt mit Therapietreue Mühe haben und/oder psychosoziale Probleme haben, im aktuell meist verbreiteten Arbeitssetting (Psychiatrische Praxis mit durchschnittlich einem/einer delegierten Psychotherapeut/in) und mit den vorhandenen Finanzierungsmodalitäten (bezahlt werden medizinisch-therapeutische Leistungen, während für Koordinationsarbeiten oder psychosoziale Unterstützung die Möglichkeiten und Zuständigkeiten in Bezug auf die Finanzierung häufig unklar sind) nicht genügend unterstützt werden. Es besteht unter den Befragten ein breiter Konsens, dass niederschwellige, von interdisziplinären Teams getragene sowie aufsuchende Angebote die Versorgungs- und Lebensqualität von Patient/innen, die heute teilweise ein erhöhtes Risiko für Drehtüreffekte haben, verbessern und überdies auch die bestehenden stationären und ambulanten Versorgungsangebote entlasten würde.

Aus gesundheitspolitischer Sicht gilt es, die Versorgungslücken in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –Psychotherapie zu schliessen, sowie angesichts fehlenden Nachwuchses im institutionellen Setting auch in der Erwachsenenpsychiatrie einen Facharztmangel zu vermeiden. Ebenfalls wichtige Ansätze, um Personen mit Behandlungsbedarf besser an das bestehende und in vielen Punkten auch sehr gut aufgestellte Versorgungsangebot heranzuführen, sind zudem Massnahmen, um Wartezeiten zu verkleinern. Was in der Praxis als «Mangel» an Therapieplätzen wahrgenommen wird, dürfte in vielen Fällen ein Mangel an zugänglichen, innert nützlicher Frist verfügbaren Plätzen sein. Schliesslich wären Massnahmen gefragt, um die Verteilung der Ressourcen und Aufgaben zwischen den Versorgungsbereichen, zwischen Fachpersonen sowie zwischen Gesundheits- und Sozialwesen zu optimieren.

Wichtigste Ergebnisse

■ Internationale Studien zeigen, dass Prävalenz und Behandlungsbedarf psychischer Krankheiten tendenziell höher sind als die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten. Das Ausmass von Prävalenzen, Behandlungsbedarf und Behandlungslücke variiert zwischen Studien.

■ Die Bandbreite der in den Studien resultierenden 12-Monats-Prävalenz von mindestens einer psychischen Erkrankung liegt zwischen rund 10 und 30 Prozent.

■ Zur Ermittlung des Behandlungsbedarfs werden zusätzliche Kriterien wie z.B. Schweregrad, funktionelle Beeinträchtigung, Komorbiditäten oder Dauer einer Erkrankung berücksichtigt. Es existieren jedoch anders als für Prävalenzen keine einheitlich akzeptierten Klassifikationssysteme. In den untersuchten Studien wird von Anteilen zwischen rund 25 und 60 Prozent erkrankter Personen mit Behandlungsbedarf ausgegangen.

■ Die Ergebnisse bezüglich Behandlungslücke (erkrankte Personen mit Behandlungsbedarf ohne minimal adäquate Behandlung) variieren zwischen rund 40 Prozent und 65 Prozent.

■ In der Schweiz liegen kaum valide epidemiologische Daten zum Thema vor. Wo vorhanden, decken sich die Ergebnisse jedoch mit denjenigen aus der internationalen Forschung. Da zudem auch in Ländern mit vergleichsweise hohen Ressourcen an Fachpersonal ein Anteil ungedeckten Bedarfs festgestellt wurde, ist auch in der Schweiz eine Behandlungslücke zu vermuten.

■ Das Ausmass der Behandlungslücke in der Schweiz kann aufgrund mangelnder Daten nicht beziffert werden. Die im Rahmen der Studie durchgeführten repräsentativen Befragungen von Psychiater/innen und Haus- und Kinderärzt/innen sowie die zahlreichen Gruppen- und Einzelinterviews mit Betroffenen, Zuweisenden, Behandelnden und weiteren Expert/innen zeigen jedoch auf, in welchen Bereichen und für welche Zielgruppen Versorgungslücken und ungedeckter Behandlungsbedarf besteht.

- In der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen muss von einer deutlichen Unterversorgung ausgegangen werden:
 - Lange Wartefristen, Mangel an psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachkräften sowie Angeboten in allen Regionen (Stadt, Agglomeration, Land) sowie in den verschiedenen Settings (ambulant, intermediär, stationär).
 - Spezifischer Mangel an Angeboten, die von der Grundversicherung finanziert werden.
 - Finanzierungsmodalitäten problematisch, da unabdingbare Koordinations- und Vernetzungsarbeiten unterfinanziert (Einbezug Familie, Schule und weitere Bezugssysteme) sind.
 - Scham und Stigmatisierung, fehlende Behandlungsangebote vor Ort, fehlende Krankheitseinsicht und Therapiemotivation sowie der Zeitaufwand zur Durchführung einer Behandlung sind relevante Faktoren, die eine Inanspruchnahme verhindern.
- In der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grundversorgung von Erwachsenen wurden Versorgungslücken bezüglich spezifischer Regionen, Angebotsformen und Zielgruppen sowie Optimierungsbedarf in Bezug auf Ressourceneinsatz und Vernetzung von Fachpersonen festgestellt.
 - Mangel an psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachpersonen in Institutionen und ländlichen Gebieten.
 - Mangel an rasch zugänglichen Angeboten (in Krisen- & Notfallsituationen) v.a. auf dem Land, genereller Mangel an Angeboten im ambulant-institutionellen und intermediären Setting.
 - Zugangs- und Versorgungsschwierigkeiten für Personen, deren Art der psychischen Erkrankung eine Therapie erschwert sowie für Betroffene mit zusätzlichen psychosozialen Belastungen und erweitertem Unterstützungsbedarf.
 - Mangel an via Grundversicherung finanzierten Behandlungsplätzen sowie unterfinanzierter Koordinationsaufwand an der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Sozialsystem.
 - Optimierungsbedarf bezüglich der Aufgabenteilung und der Vernetzung zwischen Fachdisziplinen sowie der Sensibilisierung von Betroffenen und beteiligten Fachpersonen.
 - Scham und Stigmatisierung, fehlende Krankheitseinsicht, Wartefristen und Zugangshürden aufgrund der Finanzierungsmodalitäten sind relevante Faktoren, die eine Inanspruchnahme verhindern.
- Aufgrund der hohen Teilzeittätigkeit der Psychiater/innen in der Schweiz ist die Psychiaterdichte in Form von «Anzahl Köpfen» kein guter Indikator für den Umfang des Behandlungsangebots. In welchem Masse die hohe Dichte das Behandlungsangebot im Vergleich zum Ausland dennoch erweitert und damit die Behandlungslücke verringert, lässt sich nicht beziffern. Dass trotz der hohen Dichte an Psychiater/innen nicht alle Personen mit Behandlungsbedarf professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, dürfte gemäss Studienergebnissen vor allem mit der Verteilung der vorhandenen Ressourcen, mit Zugangsproblemen sowie mit dem Optimierungsbedarf von Versorgungsstrukturen zusammenhängen.
 - In Bezug auf die Ressourcenverteilung gibt es ein Ungleichgewicht zwischen Praxis und Institutionen, zwischen Stadt und Land sowie zwischen Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie, mit einer Konzentration der Fachkräfte auf die erstgenannten Bereiche.
 - Zugangsprobleme äussern sich in langen Wartefristen (auch in Regionen mit hoher Psychiaterdichte), welche begründet werden mit nicht finanzierten Vorhalteleistungen (Offenhalten von Behandlungsterminen) sowie mit einer – aufgrund des Delegationsmodells – ungenügenden Entlastung psychiatrischer Praxen durch psychologische Psychotherapeut/innen.
 - Gewisse Zielgruppen – die schwer erreichbar sind, krankheitsbedingt mit Therapietreue Mühe und/oder psychosoziale Probleme haben – können im aktuell meist verbreiteten Arbeitssetting der psychiatrischen Einzel- oder Kleinpraxis mit den vorhandenen Finanzierungsmodalitäten nicht genügend unterstützt werden. Dies weil die Finanzierung von Koordinationsarbeiten oder psychosozialer Unterstützung, welche neben den medizinisch-therapeutischen Leistungen oftmals notwendig sind, nicht gesichert ist. Gemäss den Studienergebnissen fehlt es an niederschweligen, von interdisziplinären Teams getragenen sowie aufsuchenden Angeboten.

4. Facts and Figures

Tabelle 1: Bereich Kinder- und Jugendliche – Untersuchungsdimensionen, Fazit und Quellen

I) Angebotssituation	
Fazit zur Dimension «Fachpersonal»: Genereller Mangel an Fachpersonen im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie	
▪	Fachärztemangel spezifisch im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie. ¹
▪	Mangel an psychologischen Psychotherapeut/innen für Kinder- und Jugendliche generell und spezifisch an delegiert tätigen Psychotherapeut/innen. ¹
▪	Mangel an Fachpersonen im Bereich Adoleszenten-Psychiatrie (fehlende Kontinuität an den Übergängen ins Erwachsenenleben) hin. ¹
▪	Ein Drittel der Ärzt/innen mit Fachtitel «Psychiatrie und Psychotherapie» arbeitet zu einem Beschäftigungsgrad von weniger als 80 Prozent. Bei den Ärzt/innen mit Fachtitel «Kinder- und Jugendpsychiatrie» sind es knapp 40 Prozent. ¹
▪	82% der Kinder- & Jugendpsychiater/innen in Institutionen geben an, dass Stellen von kinder- & Jugendpsychiatrischen Fachärzt/innen teilweise über 3 Monate vakant bleiben oder mit ungenügend qualifizierten Bewerber/innen besetzt werden müssen. ²
▪	Aus der Sicht von 43% der befragten Kinder- & Jugendpsychiater/innen ist die Praxisnachfolge im eigenen Einzugsgebiet nicht gesichert. ²
▪	Kinderärzt/innen fühlen sich signifikant schlechter auf die Unterstützung von psychisch erkrankten Personen vorbereitet (nur 22% fühlt sich gut bis sehr gut vorbereitet) als Hausärzt/innen. ²
Fazit zur Dimension «Behandlungsangebote»: Mangel an Behandlungsangeboten unabhängig von Region und Setting	
▪	Mangel an Behandlungsplätzen im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie sowohl im stationären als auch im ambulanten und intermediären Bereich. ¹
▪	Angebotsmangel in ländlichen Gebieten noch stärker als in Städten. ¹
▪	Mangel an spezifischen Angeboten für die Behandlung von Kinder- und Jugendlichen im Bereich stationärer Behandlungsplätze, von Gruppenangeboten und Familientherapien sowie stationärer und ambulanter Versorgungsstrukturen im Massnahmenvollzug. ¹
▪	Rund 70% der befragten Kinder- & Jugendpsychiater/innen geben an, in den 3 Monaten vor der Befragung überlastet gewesen zu sein. In Institutionen beträgt der Anteil 90%. ²
▪	Rund 80% der Kinder- & Jugendpsychiater/innen geben an, dass Wartezeiten oder Ablehnungen bei ihnen vorkommen. ²
▪	Die Wartezeiten bei Kinder- und Jugendpsychiater/innen betrugen in den 3 Monaten vor der Befragung durchschnittlich 7 Wochen, in Einzel- oder Gruppenpraxen 8 Wochen. Die Wartezeiten bei Kinder- & Jugendpsychiater/innen sind dabei signifikant länger als bei Erwachsenenpsychiater/innen. ²
▪	Gemäss Einschätzung der Kinder- & Jugendpsychiater/innen sind 55% der Angebote im eigenen Einzugsgebiet überlastet. ²
▪	Kinderärzt/innen berichten bezüglich der Überweisung psychisch erkrankten Patient/innen in eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung von signifikant längerer Wartezeit (7 Wochen) als Hausärzt/innen (4 Wochen). ²
▪	82% der Kinderärzt/innen geben an, dass für die Überweisung von psychisch erkrankten Patient/innen mehrere Stellen angefragt werden müssen, bis ein geeignetes Behandlungsangebot gefunden werden kann. ²
▪	84% der Kinderärzt/innen geben an, dass bei Ablehnung von Überweisungsgesuchen der Grund oft oder immer in den fehlenden zeitlichen Kapazitäten von Kinder- und Jugendpsychiater/innen sowie Kinder- und Jugendpsycholog/innen liegt. ²

(Fortsetzung auf nächster Seite)

¹ Quelle = Interviews, Gruppengespräche, offene Antworten der Befragungen der Psychiater/innen und der Haus- und Kinderärzt/innen

² Quelle = Befragungen der Psychiater/innen und der Haus- und Kinderärzt/innen

Tabelle 1: Bereich Kinder- und Jugendliche – Untersuchungsdimensionen, Fazit und Quellen (Forts.)

Fazit zur Dimension «Ressourceneinsatz»: Mängel und Optimierungspotential, insbesondere bezüglich der Finanzierung von systemeinbeziehenden Vernetzungsleistungen

- Fehlende Finanzierung der aufwändigen Vernetzungsarbeit (Einbezug Familie, Lehrpersonen, schulpädagogischer Dienst etc.) ist ein Grund für den Mangel an Fachpersonen im Kinder- und Jugendbereich ist.¹
- Im Hinblick auf längerfristige Unterstützung von Kinder- und Jugendlichen wäre eine bessere und systemübergreifende Vernetzung und Koordination notwendig: Bessere Koordination zwischen Kinder- und Erwachsenenbereich notwendig; bessere Berücksichtigung von mitbetroffenen Kindern bei der Behandlung von Erwachsenen (Ziel der Stabilisierung und Vorbeugung; konkret wird z.B. Mangel an Mutter-Kind-Stationen genannt; Mangel an multidisziplinären und systemeinbeziehenden therapeutischen Behandlungsangeboten für Familien mit Mehrfachproblematiken.¹
- Ergebnisse, die aufzeigen, dass systemeinbeziehende Behandlungen im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie notwendig sind / durchgeführt werden:
 - Signifikant höherer Anteil an systemisch Tätigen als bei Erwachsenenpsychiater/innen.²
 - Signifikant häufiger Therapie in Familien- und Gruppensetting und signifikant stärkerer Einbezug von Angehörigen als Erwachsenenpsychiater/innen.²
 - Signifikant höherer Anteil Tätigkeiten der Kategorie «Andere» als Erwachsenenpsychiater/innen.²
- Ergebnisse, die auf generelles Optimierungspotential hinweisen: Jeweils rund 10 Prozent der Angebote im jeweiligen Einzugsgebiet werden von Kinder- und Jugendpsychiater/innen als entweder fachlich optimierbar, unnötig beansprucht oder zur Behandlung von besser nicht psychiatrisch zu bewältigenden Problemen eingesetzt erachtet.²

II) Zielgruppenspezifika**Fazit: Mangel und Mängel in der Versorgung der Zielgruppe von Kindern- und Jugendlichen**

- Verschiedene Fachpersonen sehen Handlungsbedarf, was den Einbezug von Familienangehörigen (z.B. mitbetroffene Kinder und Jugendliche) in die psychische Gesundheitsversorgung betrifft.²
- Genereller Mangel an Fachpersonen trifft insbesondere Familien mit tiefem sozioökonomischem Status (ohne Zusatzversicherung oder genügend eigene Mittel), da diese auf die via obligatorische Krankenversicherung vergüteten Angebote angewiesen sind und keinen Zugang zu freischaffenden psychologischen Psychotherapeut/innen haben.¹⁺²
- Weitere Ergebnisse sind unter den anderen Untersuchungsdimensionen aufgeführt.¹⁺²

III) Zugangshürden und Unterbeanspruchung

Fazit: Neben Scham und Stigmatisierung sowie fehlender Krankheitswahrnehmung und Krankheitseinsicht sind spezifische Zugangshürden für Kinder- und Jugendliche bzw. für ihre Familien der zeitliche Aufwand für eine Behandlung sowie die weite Entfernung zu den Behandlungsangeboten. Weiter Unterbeanspruchung bestehender Angebote, insbesondere aufgrund vorhandener Zugangshürden wie fehlender Therapiemotivation.

Zugangshürden

- Etwa 80% der Kinder- & Jugendpsychiater/innen erachten Scham und Angst vor Stigmatisierung als grosse oder mittlere Zugangshürde.²
- Etwa 75% der Kinder- & Jugendpsychiater/innen erachten fehlende Krankheitswahrnehmung bzw. Krankheitseinsicht als grosse oder mittlere Zugangshürde.²
- 66% der Kinder- und Jugendpsychiater/innen geben einen zu hohen Zeitaufwand für die Behandlung (zeitlicher Aufwand für Eltern, Kind in Therapie zu bringen), als grosse oder mittlere Zugangshürde an. Im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie wird diese Hürde als signifikant grössere Problematik beurteilt als in der Erwachsenenpsychiatrie.²
- Etwa die Hälfte der Kinder- & Jugendpsychiater/innen erachten es als grosse oder mittlere Zugangshürde, dass Angebote nicht dort sind, wo sie benötigt werden (signifikant höhere Schätzung als bei Erwachsenenpsychiater/innen).²

Unterbeanspruchung

- Gewisse befragte Personen weisen darauf, dass vorhandene Angebote im Bereich Gruppentherapie zu wenig genutzt werden bzw. bekannt sind.¹
- Kinder- & Jugendpsychiater/innen schätzen, dass etwa ein Viertel der Betroffenen die im eigenen Einzugsgebiet bestehenden und eigentlich passenden Behandlungsmöglichkeiten nicht in Anspruch nimmt.²
- Fehlende Therapiemotivation wird von Kinder- & Jugendpsychiater/innen als häufigster Grund (45% immer/manchmal) und häufiger als von Erwachsenenpsychiater/innen für die Ablehnung von Behandlungsgesuchen angegeben.²

¹ Quelle = Interviews, Gruppengespräche, offene Antworten der Befragungen der Psychiater/innen und der Haus- und Kinderärzt/innen

² Quelle = Befragungen der Psychiater/innen und der Haus- und Kinderärzt/innen

Tabelle 2: Erwachsenenbereich: Untersuchungsdimensionen, Fazit und Quellen

I) Angebotssituation
Fazit zur Dimension «Fachpersonal»: Teilweiser Mangel an Fachpersonen im Bereich Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie, insbesondere je ländlicher ein Gebiet ist sowie in Institutionen.
<i>Ambulant tätige Psychiater/innen und Psychotherapeut/innen in ländlicheren Gebieten</i>
▪ Mangel an niedergelassenen Erwachsenenpsychiater/innen, v.a. in ländlichen, peripheren Gebieten. Es gibt zu wenige Fachärzt/innen und diese sind zudem überlastet Aufgrund der demografischen Entwicklung – viele Psychiater/innen erreichen in den nächsten Jahren das Pensionsalter – und der Nachwuchsprobleme – wird erwartet, dass sich in Zukunft die Versorgungslücken eher noch verschärfen werden.¹ ▪ Der Grad an Spezialisierung der Psychiater/innen ist auf dem Land knapp signifikant tiefer als in der Stadt.² ▪ Mit dem Mangel an Psychiater/innen verbunden ist ein Mangel an delegiert arbeitenden Psychotherapeut/innen bzw. an Psychiater/innen und Hausärzt/innen (mit entsprechendem Fähigkeitsausweis), welche mit delegierten Psychotherapeut/innen zusammenarbeiten bzw. diese in ihrer Praxis anstellen.¹ ▪ Psychologische Psychotherapeut/innen arbeiten teilweise selbständig, weil sie die Arbeitsbedingungen und die Zusammenarbeit mit Ärzt/innen im Rahmen der delegierten Psychotherapie als schwierig erleben.¹ ▪ Die notwendigerweise «stimmige Chemie» zwischen Therapeut/in und Patient/in spielen in der psychischen Gesundheitsversorgung eine wichtige Rolle. Je nach Region ist angesichts des Personalmangels unter Umständen ein Therapeutenwechsel jedoch nicht möglich, auch wenn es zwischenmenschlich nicht funktioniert.¹ ▪ Psychiater/innen in ländlichen Gebieten wenden einen signifikant höheren Anteil ihrer Arbeitszeit für organisatorische Tätigkeiten auf als ihre städtischen Kolleg/innen, was mit aufwändigerer Vernetzungsarbeit zusammenhängen könnte, aber auch mit fehlenden niederschweligen Angeboten zur Unterstützung bei psychosozialen Problemen.²
<i>Fachpersonal in Institutionen</i>
▪ 29% der Erwachsenenpsychiater/innen in Institutionen geben an, dass Stellen von erwachsenenpsychiatrischen Fachärzt/innen teilweise über 3 Monate vakant bleiben oder mit ungenügend qualifizierten Bewerber/innen besetzt werden müssen.² ▪ Rekrutierungsprobleme und Unterkapazitäten insbesondere in stationären Einrichtungen vorhanden. Besonders in Spitälern und psychiatrischen Kliniken, teilweise aber auch in sozialmedizinischen Institutionen, bestehen gemäss Rückmeldungen aus den durchgeführten Befragungen und Interviews Rekrutierungsprobleme und Fachkräftemangel – insbesondere bei Psychiater/innen, aber auch bei Pflegefachpersonen.¹ ▪ Ausländische Psychiater/innen weisen teilweise ungenügende Kenntnisse der lokalen Sprache auf oder sind mit den schweizerischen Akteuren und Versorgungsstrukturen zu wenig vertraut und vernetzt. Der wachsende Anteil der Psychiater/innen aus dem Ausland wird nicht nur innerhalb der Berufsgruppe, sondern auch von Betroffenen thematisiert, die sich bisweilen nicht verstanden fühlen.¹ ▪ Problematisch hohe Fluktuation in Ambulatorien: Bei Bedarf an längerfristigen Behandlungen werden Ambulatorien als weniger geeignet erachtet, da die personelle Kontinuität aufgrund häufigerer Fluktuationen oft nicht gegeben ist.¹

(Fortsetzung auf nächster Seite)

¹ Quelle = Interviews, Gruppengespräche, offene Antworten der Befragungen der Psychiater/innen und der Haus- und Kinderärzt/innen² Quelle = Befragungen der Psychiater/innen und der Haus- und Kinderärzt/innen

Tabelle 2: Erwachsenenbereich: Untersuchungsdimensionen, Fazit und Quellen (Forts. I)

Fazit zur Dimension «Behandlungsangebote»: Teilweiser Mangel an Behandlungsangeboten, insbesondere auf dem Land. Die generell hohen Wartezeiten sind insbesondere problematisch für Betroffene in Krisen- und Notfallsituationen. Weiter mangelt es an niederschwelligen Angeboten insbesondere für spezifische Zielgruppen, für die ein Ausbau intermediärer Angebote sowie ambulante Angebote mit interdisziplinären Fachteams als geeignet erachtet werden.

Wartezeiten und Angebote generell sowie auf dem Land und in Krisen- und Notfallsituationen

- Bei Erwachsenenpsychiater/innen liegt die Wartezeit im Schnitt bei 6 Wochen. Gemäss Einschätzung der Erwachsenenpsychiater/innen sind 50% der Angebote im eigenen Einzugsgebiet überlastet.²
- Haus- und Kinderärzt/innen geben an, dass sich die durchschnittliche Wartezeit nach einer Überweisung für eine psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung auf rund 4 Wochen beläuft.²
- Bei einer Ablehnung von Überweisungen wird von Haus- und Kinderärzt/innen als häufigster Grund über fehlende freie Kapazitäten berichtet (74% «immer / oft», 16% «manchmal»)².
- 80% der Haus- und Kinderärzt/innen gaben an, dass es bei Überweisung von Patient/innen in eine psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung vorkam, dass mehrere Stellen angefragt werden mussten, bis ein geeignetes Behandlungsangebot gefunden werden konnte.²
- Grosse Unterschiede zwischen Stadt und Land bzw. zwischen Zentrum und Peripherie, was die Versorgungssituation betrifft. Je ländlicher und abgelegener, desto schwieriger, spezialisierte und bedarfsgerechte Angebote zu finden, womit sich auch die Behandlungsdiversität vermindert. Patient/innen in ländlichen Gebieten und teilweise auch in Agglomerationen können angesichts langer Wartezeiten bei den vorhandenen Angeboten viel weniger auf Alternativen ausweichen. Gewisse (spezialisierte) Angebote sind aufgrund grosser Distanzen – welche gerade bei psychischen Erkrankungen oft eine besondere Schwierigkeit darstellen – nicht zugänglich.¹
- Beurteilung, ob bei Bedarf Zugang zu einem geeigneten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsangebot innert nützlicher Frist besteht: 20 Prozent der Haus- und Kinderärzt/innen beurteilen die Versorgungssituation für psychisch erkrankte Personen in ihrem Einzugsgebiet als schlecht bis sehr schlecht, 40 Prozent befanden diese für teilweise schlecht und teilweise gut.²
- Versorgungssituation wird von Haus- und Kinderärzt/innen in der Agglomeration und auf dem Land knapp signifikant schlechter eingeschätzt als in der Stadt (Stadt: 50% gut bis (sehr) gut, 36% teils teils, 15% (sehr) schlecht; Agglomeration: 27% (sehr) gut, 50% teils teils, 24% (sehr) schlecht; Land: 34% (sehr) gut, 41% teils teils, 24% (sehr) schlecht).²
- Versorgungsangebot für psychiatrische Notfälle und Personen in Krisensituationen mit dringendem Unterstützungsbedarf ist unzureichend, insbesondere auf dem Land. Fehlende Plätze und Kapazitäten für dringliche Akutbehandlung werden in allen Versorgungsbereichen festgestellt (niedergelassene Praxen, Ambulatorien, Kriseninterventionszentren, (Akut-) Tageskliniken sowie Spitäler und Kliniken). Um ihren Zweck zu erfüllen, müssten diese Angebote rasch und kurzfristig verfügbar sowie unkompliziert zugänglich sein.¹
- Die Versorgung in Krisen- und Notfallsituationen bei niedergelassenen Psychiater/innen ist nicht nur aufgrund der langen Wartezeiten (Kapitel 8.4.2) sondern auch wegen der oft schlechten telefonischen Erreichbarkeit sowie den fehlenden Notfall-Zeitfenstern von Psychiater/innen schwierig.¹
- Notfallpsychiatrische Behandlung und Kriseninterventionen werden signifikant häufiger in Institutionen als in der Praxis durchgeführt (stationär/gemischt: bei 47%, ambulante/intermediäre Institutionen bei 15% und in Praxis/Gruppenpraxis bei 7% der behandelten Patient/innen).²

Intermediäre Angebote und ambulante Angebote mit interdisziplinären Teams (z.B. Gruppenpraxen)

Die Beschreibung, für welche spezifischen Zielgruppen ein Mangel an Angeboten besteht, findet sich in der Untersuchungsdimension «Zielgruppen».

- 50% der Erwachsenenpsychiater/innen erachten es als grosse oder mittlere Zugangshürde, dass die bestehenden psychiatrischen/psychotherapeutischen Angebote nicht genug niederschwellig sind.²
- 35% der Haus- und Kinderärzt/innen erachten es als grosse oder mittlere Zugangshürde, dass die bestehenden psychiatrischen/psychotherapeutischen Angebote nicht genug niederschwellig sind.²
- Bedarf nach dem Ausbau von Angeboten mit intermediären Strukturen (Angebote, die zwischen der 24-Stunden-Betreuung in der Klinik und der Sprechstunde bei niedergelassenen Ärzt/innen und Therapeut/innen anzusiedeln sind), konkret im Ausbau von Tageskliniken, Ambulatorien und aufsuchenden Angeboten (Home Treatment, Mobile Equipen, Psychiatrie-Spitex, Familienarbeit).¹
- Genannte Aspekte, welche durch den Ausbau intermediärer oder interdisziplinärer ambulanter Angebote besser abgedeckt werden sollten: Sozialpsychiatrisches Behandlungsangebot, interdisziplinäre Teams mit versch. Therapie- und Beratungsangeboten, Tagesstrukturen und Unterstützung in der Alltagsbewältigung. Ziele sind u.a. einen besseren Zugang zu Personen, die sich zu Hause zurückziehen oder aufgrund krankheitsbedingter Schwankungen schwer zugänglich sind sowie die Entlastung stationärer Angebote.¹

(Fortsetzung auf nächster Seite)

¹ Quelle = Interviews, Gruppengespräche, offene Antworten der Befragungen der Psychiater/innen und der Haus- und Kinderärzt/innen

² Quelle = Befragungen der Psychiater/innen und der Haus- und Kinderärzt/innen

Tabelle 2: Erwachsenenbereich: Untersuchungsdimensionen, Fazit und Quellen (Forts. II)

Fazit zur Dimension «Ressourceneinsatz»: Mängel und Optimierungspotential einerseits bezüglich via Grundversicherung finanzierter Behandlungsplätze sowie der Finanzierung von systemübergreifenden Koordinationsleistungen und intermediären Angeboten. Andererseits bezüglich der Aufgabenteilung und der Vernetzung zwischen den Fachdisziplinen, sowie der Sensibilisierung und der Kompetenzen von Betroffenen und beteiligten Fachpersonen.

Finanzierung von via Grundversicherung finanzierten Behandlungsplätzen, von systemübergreifender Koordinationsleistungen und intermediärer Angebote

- Bei der psychologischen Psychotherapie stellt weniger der Mangel an Fachpersonen oder das Vorhandensein spezialisierter Kompetenzen ein Problem dar, sondern in erster Linie die Finanzierung, d.h. der damit Mangel an über die Grundversicherung finanzierten Psychotherapieplätzen. Es wird ein Mangel an delegiert arbeitenden Psychotherapeut/innen konstatiert.¹
- Die Verfügbarkeit niederschwelliger Angebote wie z.B. Fachstellen für Suchtberatung oder Anlaufstellen für psychosoziale Unterstützung ist in den einzelnen Kantonen u. Städten unterschiedlich und abhängig von deren Finanzlage.¹
- Hinweise bezüglich Optimierungspotentials beim Ausbau intermediärer Angebote finden sich unter der Untersuchungsdimension Behandlungsangebote.

Aufgabenteilung und Vernetzung zwischen Fachdisziplinen sowie Sensibilisierung und Kompetenzen von Betroffenen und beteiligten Fachpersonen

- Rund 10 bis 20 Prozent der Angebote im jeweiligen Einzugsgebiet werden von Erwachsenenpsychiater/innen als entweder fachlich optimierbar (18%), unnötig beansprucht (10%) oder zur Behandlung von besser nicht psychiatrisch zu bewältigenden Problemen (11%) eingesetzt erachtet.²
- Psychiater/innen in Institutionen orientieren sich signifikant häufiger an Leitlinien und Empfehlungen (Praxis: 62% oft/fast immer; amb. Institution: 82% oft/fast immer; stationäre/gemischte Institution: 99% oft/fast immer).²
- Psychiater/innen übernehmen Zusatzaufgaben ausserhalb ihrer Kernaufgaben (z.B. sozialarbeiterische Aufgaben, allgemeine Lebensberatung), die in Angeboten mit interdisziplinären Teams allenfalls von anderen Fachpersonen übernommen werden könnten.²
- Es kommt häufig vor, dass mit Arbeitgeber, IV-Berater/in oder Case Manager/in kein oder kaum Austausch besteht (rund 10% oder mehr der Psychiater/innen geben dies an).²
- Rund 50 Prozent der Haus- und Kinderärzt/innen fühlt sich maximal mittelmässig auf die Unterstützung von psychisch erkrankten Personen vorbereitet (37% mittelmässig, 13% (sehr) schlecht).²
- Bisweilen wird in der Grundversorgung zu lange (nur) mit Psychopharmaka behandelt, die rechtzeitige Überweisung in spezialisierte Behandlung erfolge verzögert oder gar nicht.¹
- 28% der Haus- und Kinderärzt/innen geben an, häufig oder manchmal Fallberatungen durch Psychiater/innen in Anspruch zu nehmen. Haus- und Kinderärzt/innen in der Romandie nehmen knapp signifikant häufiger Fallberatungen durch Psychiater/innen in Anspruch als ihre Kolleg/innen der Deutschschweiz.²
- Tendenziell eher unzufrieden sind Haus- und Kinderärzt/innen mit dem Informationsaustausch mit den IV- Berater/innen der Patient/innen und den Case Manager/innen der Taggeldversicherung der Patient/innen (jeweils rund 40 – 50% (sehr) unzufrieden).²
- Weibliche Haus- und Kinderärzt/innen überweisen Patient/innen signifikant häufiger für diagnostische Abklärungen oder Behandlungen an Psychiater/innen (und knapp signifikant häufiger auch für diagnostische Abklärungen an psychologische Psychotherapeut/innen) als ihre männlichen Kollegen.²
- Grosse Unterschiede bezüglich der Sensibilisierung von Haus- und Kinderärzt/innen für psychische Erkrankungen wie auch bei den vorhandenen Kompetenzen in der Versorgung betroffener Patient/innen vorhanden.¹
- Bessere Sensibilisierung von Betroffenen, somatisch Behandelnden und weiteren (potenziell) zuweisenden Stellen sowie mehr Transparenz über die lokal u. regional verfügbaren Angebote könnten gewisse Zugangshürden abbauen.¹
- Viele der Befragten plädieren dafür, die Rolle der Pflege weiter zu stärken, insbesondere im Bereich der ambulanten und aufsuchenden Angebote.¹

(Fortsetzung auf nächster Seite)

¹ Quelle = Interviews, Gruppengespräche, offene Antworten der Befragungen der Psychiater/innen und der Haus- und Kinderärzt/innen

² Quelle = Befragungen der Psychiater/innen und der Haus- und Kinderärzt/innen

Tabelle 2: Erwachsenenbereich: Untersuchungsdimensionen, Fazit und Quellen (Forts. III)

II) Zielgruppenspezifika

Fazit: Mangel und Mängel in der Versorgung zweier spezifischer Zielgruppen: Einerseits für Betroffene, deren Art der psychischen Erkrankung die Durchführung einer Therapie erschwert und andererseits für Betroffene, die neben einer psychischen Erkrankung mit zusätzlichen psychosozialen Belastungen konfrontiert sind.

Ergebnisse, welche auf die Problematiken bezüglich spezifischer Zielgruppen weisen

- Ob für Patientengruppen Zugangs- und Versorgungsschwierigkeiten bestehen ist im Bereich der psychischen Gesundheit entscheidend von der Diagnose und vom Schweregrad der Erkrankung sowie vom psychosozialen Funktionsniveau abhängig.¹
- Personen mit Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis, bipolaren affektiven Störungen, Persönlichkeitsstörungen oder Suchterkrankungen haben krankheitsbedingt und aufgrund psychosozialer Belastungen oft Mühe mit der Therapietreue und halten Termine nicht zuverlässig ein. Der Aufwand, Betroffene zur Kooperation zu bewegen und sie im Versorgungssystem zu halten, ist gross und übersteigt aufgrund der Finanzierungsmodalitäten (unzureichend abgegoltene Koordinationsleistungen, Verdienst-Ausfälle bei nicht eingehaltenen Terminen) rasch die Möglichkeiten ambulanter Einzelpraxen. Dies kann dazu führen, dass sich Betroffene zunehmend zu Hause «verkriechen», verwahrlosen und vom Versorgungssystem nicht mehr erreicht werden.¹
- Während unter den Befragten Einigkeit darüber besteht, dass diese Patientengruppen aufgrund der genannten Herausforderungen häufig Mühe haben, Therapieplätze zu finden (insbesondere im ambulanten Bereich), werden bei der Begründung hierfür je unterschiedliche Akzente gesetzt. Psychiater/innen betonen eher den Mangel an spezialisierten Angeboten und Fachkräften; zuweisende Stellen, Betroffene und Angehörige sowie einzelne Expert/innen haben hingegen den Eindruck, dass zusätzlich auch Fachstigma, Überforderung oder fehlende Bereitschaft eine Rolle spielt.¹
- Weitgehend unbestritten ist, dass die Versorgung dieser Zielgruppen zu wenig auf deren Bedarf ausgerichtet ist. Vonnöten wären mehr gemeindenähe, niederschwellige Angebote, Wohngruppen und andere Formen begleiteten Wohnens, insbesondere aber der Ausbau von aufsuchenden sozialpsychiatrischen Angeboten. Dabei sind die fachliche Qualifikation der aufsuchenden Dienste und deren enge Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzt/innen entscheidend.¹

Ergebnisse die zeigen, dass gewisse Zielgruppen häufiger im institutionellen Setting und nicht durch niedergelassene Psychiater/innen oder Psychotherapeut/innen behandelt werden

- Im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie werden Störungen aus den Klassen F10-F19 (Substanzabhängigkeiten) sowie F20-F29 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen) v.a. im institutionellen Setting, Störungen der Klasse F30-39 (Affektive Störungen) v.a. in der Praxis behandelt.²
- Anteil Patient/innen mit Komorbiditäten in Institutionen im Vergleich zur Praxis signifikant höher.²
- Während die Anteile der weniger schwer bis zu den deutlich erkrankten Patient/innen in stationären Institutionen im Vergleich zur Praxis signifikant tiefer sind, ist der Anteil schwer kranker oder sehr schwer kranker Patient/innen in stationären Institutionen im Vergleich zur Praxis deutlich höher.²
- Generell ist in Institutionen gemäss Zusammenhangsanalyse der Anteil Patient/innen mit Behandlungsunterbrüchen höher als in der Praxis.²
- Häufigste Gründe für die Ablehnung von Behandlungsgesuchen bei Erwachsenenpsychiater/innen:
 «Andere Angebote für Behandlung zuständig» (47% immer/manchmal),
 «Fehlende Therapiemotivation» (42% immer/manchmal),
 «Verhalten von Patient/in erschwert Behandlung zu stark» (37% immer/manchmal),
 «Angebotsstruktur nicht eingerichtet für die Art der Erkrankung von Patient/in» (33% immer/manchmal),
 «Nicht qualifiziert für Behandlung der Erkrankung von Patient/in» (30% immer/manchmal).
 In ambulanten bzw. intermediären Institutionen wird signifikant seltener als in der Praxis ein Behandlungsgesuch abgewiesen, weil man für die Behandlung der Erkrankung von Patient/in nicht qualifiziert ist. Sowohl ambulant als auch stationär sind die folgenden Gründe im Vergleich zur Praxis signifikant seltener relevant:
 Schweregrad der Erkrankung von Patient/in zu gross für Therapie,
 zu grosse sprachliche Verständigungsprobleme mit Patient/in,
 Verhalten von Patient/in erschwert Behandlung zu stark.
 Das Thema der zu häufigen unentschuldigten Absenzen ist nur im stationären Setting signifikant seltener ein Grund im Vergleich zur Praxis.²

(Fortsetzung auf nächster Seite)

¹ Quelle = Interviews, Gruppengespräche, offene Antworten der Befragungen der Psychiater/innen und der Haus- und Kinderärzt/innen

² Quelle = Befragungen der Psychiater/innen und der Haus- und Kinderärzt/innen

Tabelle 2: Erwachsenenbereich: Untersuchungsdimensionen, Fazit und Quellen (Forts. IV)

III) Zugangshürden und Unterbeanspruchung	
Fazit: Zugangshürden und Unterbeanspruchung vorhanden, sowohl auf Personenebene (Scham/ Stigma, Krankheitseinsicht/Therapiemotivation) als auch auf Ebene Versorgungssystem (Finanzierungsmodalitäten, Wartefristen).	
<i>Scham / Stigma</i>	
85% der Erwachsenenpsychiater/innen erachten Scham und Angst vor Stigmatisierung als grosse oder mittlere Zugangshürde.² - Rund 40% der Haus- und Kinder-ärzt/innen erachten Scham und Angst vor Stigmatisierung als grosse oder mittlere Zugangshürde.² - Rund 55% der Erwachsenenpsychiater/innen erachten es als grosse oder mittlere Zugangshürde, dass betroffene Personen nicht mit einer psychischen Erkrankung aktenkundig werden wollen.² - Mit psychischen Krankheiten sind vielfältige Formen von Stigmatisierung verbunden, welche Betroffene mit Behandlungsbedarf davon abhalten, fachliche Unterstützung in Anspruch zu nehmen: soziale Vorurteile und Tabus; Selbststigmatisierung; Fachstigmata. Auf gesellschaftlicher Ebene spielen die vorherrschenden Konzepte von Gesundheit und Krankheit eine grosse Rolle.¹	
<i>Krankheitseinsicht / Therapiemotivation</i>	
- Etwa 80% der Erwachsenenpsychiater/innen erachten fehlende Krankheitswahrnehmung bzw. Krankheitseinsicht als grosse oder mittlere Zugangshürde.² - Fehlende Therapiemotivation wird von Erwachsenenpsychiater/innen als zweithäufigster Grund (42% immer/manchmal) für die Ablehnung von Behandlungsgesuchen angegeben.² - Rund 55% der Haus- und Kinderärzt/innen erachten fehlende Krankheitswahrnehmung und Krankheitseinsicht als grosse oder mittlere Zugangshürde.² - Fehlende Therapiemotivation wird von den Haus- und Kinderärzt/innen unter den drei häufigsten Gründen für die Ablehnung von Überweisungen angegeben (8%«immer / oft», 21% «manchmal»)². - Die Lücke zwischen Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme hat sowohl krankheitsimmanente Gründe (etwa bei psychotischen Störungen), hängt jedoch auch zusammen mit mangelnder Information über Behandlungsmöglichkeiten und oder fehlendem Wissen und Reflexionsvermögen, welches empfundene Beschwerden überhaupt mit einer möglicherweise angeschlagenen psychischen Gesundheit in Zusammenhang bringt. Gemäss gewisser Aussagen sind Männer sozialisationsbedingt eher weniger geneigt als Frauen, psychische Beschwerden als solche zu erkennen und/oder sich den eigenen Hilfebedarf einzugehen.¹	
<i>Finanzierungsmodalitäten</i>	
- Rund 35% der Haus- und Kinderärzt/innen erachten die von den Betroffenen selbst zu tragenden Kosten als zu hoch (Zugangshürde von grosser oder mittlerer Problematik).² - Mangel an delegiert arbeitenden Psychotherapeut/innen und von der Grundversicherung finanzierten Therapieplätze: Zugangshürde im Zusammenhang mit Finanzierungsmodalitäten sind die Regelungen zur Kostenübernahme durch die Grundversicherung. Da die obligatorische Krankenversicherung nur delegierte Psychotherapie vergüten, haben finanziell schlechter situierte Personen, die weder über eine Zusatzversicherung noch über genügend eigene Mittel verfügen, keinen Zugang zu freischaffenden psychologischen Psychotherapeut/innen. Dies führt nicht nur zu langen Wartefristen auf delegierte Psychotherapie-Plätze, sondern auch zu Einschränkungen in der Behandlungsdiversität und der freien Wahlmöglichkeit. Gewisse spezialisierte Angebote werden zudem oft von freischaffenden Psychotherapeut/innen angeboten.¹ - Hinweise bezüglich Wartefristen sind unter der Untersuchungsdimension «Behandlungsangebote» aufgeführt.	

¹ Quelle = Interviews, Gruppengespräche, offene Antworten der Befragungen der Psychiater/innen und der Haus- und Kinder-ärzt/innen

² Quelle = Befragungen der Psychiater/innen und der Haus- und Kinderärzt/innen

1 Ausgangslage und Fragestellung

Die Schweiz hat das Ziel, den Zugang zu umfassender und qualitativ hochstehender medizinischer Versorgung für die gesamte Bevölkerung zu gewährleisten. Dies gilt auch für psychische Krankheiten: Jede Person mit einer psychischen Erkrankung, welche professionelle Hilfe benötigt, soll diese auch erhalten. Das Bundesamt für Gesundheit BAG hat dabei die Aufgabe, zuhanden der politischen Behörden Grundlagen zur Entwicklung der nationalen Gesundheitspolitik zu erarbeiten. In diesem Kontext wurden 2015 basierend auf einer Bestandsaufnahme in der Schweiz Handlungsfelder zum Thema psychische Gesundheit definiert (BAG, GDK, & GFCH, 2015). Weiter erschien im Frühjahr 2016 ein Bericht zur Erfüllung des Postulats Stähelin über die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz (BAG, 2016). Diese und andere – in Erarbeitung stehende – Berichte stehen in Zusammenhang mit den auch in der Bundesratsstrategie «Gesundheit2020» formulierten Zielen der Förderung der psychischen Gesundheit sowie der Verbesserung der Unterstützung psychisch erkrankter Personen.

Die im Rahmen dieser Berichterstattungen erfolgten Arbeiten des BAG ergaben dabei widersprüchlich erscheinende Befunde: Die Versorgung im Bereich psychischer Krankheiten in der Schweiz befindet sich im Spannungsfeld von hoher Prävalenz psychischer Krankheiten, hoher Psychiaterdichte und tiefer Inanspruchnahme professioneller Hilfe. Im Rahmen von zwei Forschungsmandaten sollen diese Befunde näher analysiert und Erklärungsansätze gefunden werden.

■ **Differenz zwischen hoher Prävalenz psychischer Krankheiten und tiefer Inanspruchnahme professioneller Hilfe:** Internationale Studien verweisen auf eine hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen und im Vergleich dazu deutlich geringere Quote der Inanspruchnahme von professioneller Hilfe. Geht man davon aus, dass die Situation in der Schweiz sich ähnlich gestaltet wie in den benachbarten europäischen Ländern, muss für die Schweiz von einer beträchtlichen Anzahl nicht behandelter psychisch erkrankter Personen ausgegangen werden. Mögliche Erklärungsansätze für eine solche Differenz liegen in einer Unter- oder Fehlversorgung (fehlende oder unpassende Angebote) oder im Verhalten der Betroffenen (nehmen aus diversen Gründen keine Behandlung in Anspruch).

■ **Differenz zwischen tiefer Inanspruchnahme und hoher Psychiaterdichte:** Die Schweiz weist gemäss OECD mit 45 Psychiater/innen pro 100'000 Einwohner/innen im Vergleich mit dem Ausland die höchste Dichte an Psychiater/innen auf (OECD, 2014). Der Anteil Fachärzt/innen im Bereich Psychiatrie ist in der Schweiz beinahe dreimal höher als der OECD-Durchschnitt. Die Frage stellt sich, wie die vermutete tiefe Inanspruchnahme im Kontext der hohen Psychiaterdichte zu bewerten ist.

Ziel der vorliegenden Studie ist es, die Versorgungssituation von psychisch erkrankten Personen zu untersuchen. Dabei soll sowohl die Seite der Betroffenen als auch die Angebotsseite berücksichtigt werden. Insbesondere soll mit der Studie Wissen generiert werden, welches Aufschluss über mögliche Gründe für die eingangs skizzierten Differenzen gibt. Konkret geht es um folgende Kernfragen:

■ Weshalb gibt es eine Differenz zwischen der Prävalenz psychischer Krankheiten und der Inanspruchnahme professioneller Hilfe?

- o Gibt es eine Unter- oder Fehlversorgung? Wenn ja, wo und weshalb?
- o Gibt es Zugangshürden seitens Betroffener? Wenn ja, welche?

■ Wie ist die tiefe Inanspruchnahme vor dem Hintergrund der hohen Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern zu verstehen (Hinweise auf Ineffizienzen, Fehlversorgung)?

Die Erklärung der relativ hohen Psychiaterdichte in der Schweiz ist Gegenstand eines weiteren Forschungsprojekts, welches untersucht, inwieweit die Aufgaben und Tätigkeiten von Psychiater/innen verschiedener europäischer Länder miteinander verglichen werden können.

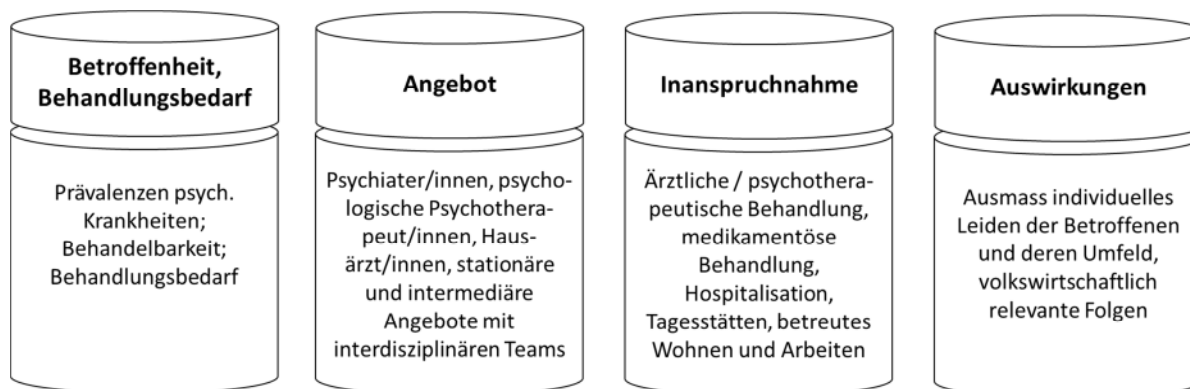
1.1 Methodisches Vorgehen

Literatur- und Dokumentenanalyse

Die Studie stützt sich auf eine Kombination verschiedener Datenerhebungs- und Analysemethoden. In einem ersten Schritt wurde die Annahme eines ungedeckten Bedarfs im Rahmen einer Literatur- und Dokumentenanalyse untersucht und Überlegungen bezüglich der Übertragbarkeit auf die Schweiz vorgenommen. Dazu wurde ein Überblick zu den Themen «Vorkommen psychiatrischer Erkrankungen», «Inanspruchnahme und Behandlungslücken» und «Zugangshürden» erstellt.

Eine möglichst optimale Unterstützung von Personen mit psychischen Erkrankungen ist in verschiedener Hinsicht anzustreben. Aus ethisch-moralischer Sicht ist betroffenen Personen – sowie dem oftmals mitbetroffenen Umfeld – der Zugang zu angemessener und professioneller Hilfe zu gewährleisten, um individuelles Leiden zu verringern und wenn möglich zu beheben. Aus volkswirtschaftlicher Sicht ist relevant, dass der Ausbruch und die Chronifizierung psychischer Krankheiten oft mit Kosten für Arbeitgeber und längerfristig mit einer Belastung der sozialen Wohlfahrtssysteme verbunden sind. Bei der Entwicklung eines adäquaten Versorgungssystems sind diese verschiedenen Gesichtspunkte zu berücksichtigen. In der **Abbildung 3** findet sich eine schematische Darstellung der Ebenen, welche für die Beschreibung des Systems zur Versorgung psychisch erkrankter Personen relevant sind. Sind die einzelnen Ebenen nicht aufeinander abgestimmt, ergeben sich Hürden bei den Übergängen und verursachen Mängel in der Versorgung.

Abbildung 3: Ebenen zur Beschreibung des Versorgungssystems



Quelle: Eigene Darstellung

Ausgangspunkt für die Beschreibung der Versorgungssituation ist das Vorkommen psychischer Krankheiten sowie der damit verbundene Behandlungsbedarf (Säule 1). Ohne Kenntnisse über die Prävalenz der verschiedenen psychischen Krankheitsbilder sowie über deren Behandlungsbedarf können keine Aussagen über das effektive Ausmass einer allfälligen Über-, Unter- oder Fehlversorgung gemacht werden. Von Unterversorgung wird dabei gesprochen, wenn trotz anerkanntem Bedarf und hinreichend belegtem Nutzen Gesundheitsleistungen nicht erbracht werden (Amelung et al., 2016). Im Gegensatz dazu liegt eine Überversorgung vor, wenn Leistungen ohne hinreichend gesicherten Nutzen oder mit schlechter Kosten-Nutzen-Relation über den individuellen Bedarf hinaus erbracht werden (ebd.). Fehlversorgung geht mit Unter- und Überversorgung einher. Zusätzlich wird im Zusammenhang mit Fehlversorgung oft auf den dadurch entstehenden vermeidbaren Schaden – z.B. durch nicht fachgerecht durchgeführte Behandlungen – hingewiesen, wobei auch durch Unter- und Überversorgung Schaden entstehen kann.

Internationale epidemiologische Studien weisen darauf hin, dass die Prävalenz psychischer Erkrankungen relativ hoch ist und sich nicht mit dem Ausmass der konkreten Inanspruchnahme professioneller Hilfe deckt (z.B. ESEMeD, 2004b; Kessler et al., 2005; Wang et al., 2011; Wittchen et al., 2011). Auch in der Schweiz gibt es gewisse Hinweise für eine entsprechende Differenz. So ist gemäss dem Indikator für Depressivität in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung eine höhere Anzahl Personen betroffen als die Zahl derjenigen, die angeben, aufgrund einer Depression in Behandlung gewesen zu sein (Rüesch, Baenziger, & Juvalta, 2013; Schuler & Burla, 2012). Eine solche «zu tiefe» Inanspruchnahme kann sowohl die Folge eines Mangels an passenden Angeboten (Säule 2, Stichworte «Unter- oder Fehlversorgung») oder das Ergebnis nicht wahrgenommener Inanspruchnahme vorhandener Angebote durch die Betroffenen (Säule 3, Stichwort «Zugangshürden») darstellen. Auf der Ebene der Auswirkungen (Säule 4) – die im Sinne eines Kreislaufs wieder an den Anfang zur Ebene des Bedarfs führt – ist zudem in den vergangenen Jahren ein hoher Anteil an IV-Renten aufgrund psychischer Erkrankungen zu verzeichnen; ebenfalls ein möglicher Hinweis auf eine Unter- oder Fehlversorgung (OECD, 2013). Gleichzeitig verzeichnet die Schweiz nicht nur wie bereits erwähnt eine hohe Dichte an psychiatrischen Fachärzt/innen, sondern auch einen im OECD-Schnitt vergleichsweise hohen Anteil an stationären Betten in der psychiatrischen Versorgung (OECD, 2014).

Die Ergebnisse der Literatur- und Dokumentenanalyse finden sich im Teil I der Studie (Kapitel 2 bis 5). Wo vorhanden, wurde über Daten aus der Schweiz berichtet – so beispielsweise über die Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (Schuler & Burla, 2012), über die regionale psychiatrische Inanspruchnahme und den Versorgungsbedarf in der Schweiz (Rüesch et al., 2013) sowie über die Daten aus der Strukturerhebung der Leistungen der psychologischen Psychotherapeut/innen (Stettler et al., 2013). Die grundlegende Frage nach dem Ausmass einer allfälligen Unter- oder Fehlversorgung in der Schweiz kann jedoch nur theoretisch diskutiert werden, da kaum valide epidemiologische Daten bezüglich der Prävalenz und des Behandlungsbedarfs psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung vorliegen (Rüesch et al., 2013).

Datenerhebungen

In einem zweiten Schritt wurden schriftliche Befragungen, Gruppengespräche und Einzelinterviews durchgeführt. Ziel war, anhand breit abgestützter empirischer Befragungen Hinweise auf Unter- und Fehlversorgung, Zugangshürden oder Unterbeanspruchung zu identifizieren und zu beschreiben. Die wichtigsten Akteure zur Behandlung von psychisch Erkrankten in der Schweiz sind im ambulanten Setting Psychiater/innen, unter ärztlicher Aufsicht delegiert arbeitende psychologische Psychotherapeut/innen, selbständig tätige psychologische Psychotherapeut/innen sowie Hausärzt/innen. So zeigten Auswertungen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007, dass sich 39 Prozent der Personen, die in den vorangegangenen 12 Monaten wegen psychischer Beschwerden eine Behandlung aufgesucht hatten, von Psychiater/innen behandeln liessen. Am zweithäufigsten war mit 34 Prozent die Behandlung durch Psycholog/innen und psychologischen Psychotherapeut/innen, gefolgt von der Behandlung durch Allgemeinärzt/innen (21%) (Schuler & Burla, 2012). Im intermediären und stationären Setting arbeiten in den interdisziplinären Teams zusätzlich zu den genannten oft noch weitere Fachkräfte (z.B. Pflegefachpersonen, Sozialarbeiter/innen, Ergotherapeut/innen, Arbeitsagog/innen).

In Bezug auf die Struktur der Behandlungsangebote kann zwischen ambulanten, intermediären¹² sowie stationären Angebotsstrukturen unterschieden werden (BAG, 2016). Voraussetzung für eine Kos-

¹² Auszüge aus BAG, 2016, S. 5 und S. 34: «Unter dem Begriff «Intermediäre Angebotsstrukturen» werden verschiedene Behandlungsangebote zusammengefasst, die eine Lücke zwischen der 24-Stunden-Betreuung im stationären Rahmen und der Sprechstunde bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten schliessen. In der Schweiz weit verbreitet sind Ambulatorien und Tageskliniken, in denen Patientinnen und Patienten je nach Behandlungsbedarf durch interprofessionell zusammengesetzte

tenübernahme durch die obligatorische Krankenkasse («Grundversicherung») ist ein ärztlicher Auftrag oder eine ärztlich geleitete Institution. Psychiater/innen sowie ärztliche Grundversorger/innen mit dem Fähigkeitsausweis «Delegierte Psychotherapie» sowie dem SAPP-M-Fähigkeitsausweis in psychosomatischer und psychosozialer Medizin können psychologische Psychotherapeut/innen in ihrer Praxis einstellen, so dass diese via Delegationsmodell psychotherapeutische Leistungen erbringen können, die über die Grundversicherung abgerechnet werden. Die von selbständig tätigen psychologischen Psychotherapeut/innen erbrachten Leistungen werden aktuell nicht von der Grundversicherung getragen; einen gewissen Betrag übernimmt die Zusatzversicherung, falls eine solche abgeschlossen wurde. Im Bereich der Spitex gibt es Dienstleister, die spezialisierte Psychiatriepflegeleistungen anbieten.

Wichtig sind neben den eigentlichen Behandelnden auch Fachpersonen, die an der Schnittstelle zum psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem fungieren. Sie sind potentiell «erkennend», «beratend» und «zuweisend», indem sie oft als Erste die Anzeichen einer psychischen Erkrankung erkennen, Betroffene diesbezüglich beraten und an geeignete behandelnde Fachstellen verweisen. Konkret zu nennen sind hier Hausärzt/innen, die eine Doppelrolle mit sowohl behandelnder als auch zuweisender Funktion haben, sowie Akteure öffentlicher Institutionen (z.B. Sozialhilfe, Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde, Opferhilfestellen etc.) und Angebote zur Unterstützung von psychisch betroffenen Personen in den Bereichen Wohnen und Arbeit.

Das Forschungsdesign der vorliegenden Studie wurde so konzipiert, dass von allen genannten Gruppen der behandelnden und beratenden Fachpersonen Informationen mit einbezogen werden konnten. Zentral ist ausserdem die Sicht von Personen, die selber von psychischer Erkrankung betroffen sind oder waren sowie von deren Angehörigen. Diese Sichtweisen wurden ebenfalls erhoben. Schliesslich wurden zudem einzelne ausgewählte Expert/innen mit spezifischen Kenntnissen zu gewissen Aspekten des Versorgungssystems oder zur Betroffenen- und Angehörigensicht befragt.

Nachfolgende eine Übersicht über die durchgeführten Erhebungen. Die Antworten aus den Online-Befragungen wurden so gewichtet, dass diese repräsentativ für die entsprechende Grundgesamtheit sind.

■ Online-Befragung von Kinder- und Jugend- sowie Erwachsenenpsychiater/innen (Datengrundlage und Ergebnisse **Kapitel 6 / 8**)

■ Online-Befragung von Haus- und Kinderärzt/innen (Datengrundlage und Ergebnisse **Kapitel 7 / 8**)

■ Gruppengespräche (mit zuweisenden Stellen wie z.B. Sozialdiensten oder Kinder- und Erwachsenenschutzbehörden, behandelnden Fachpersonen wie z.B. Psycholog/innen, Psychiatrie-Spitex sowie Betroffenen und Angehörigen) und Einzelinterviews mit ausgewählten Expert/innen (Datengrundlage und Ergebnisse **Kapitel 8**)

In diesem zweiten Studienteil galt es herauszuarbeiten, welche Aspekte von Unter- und Fehlversorgung sich über alle Erhebungen hinweg besonders akzentuiert zeigen. Zur Strukturierung des Untersuchungsgegenstandes wurden die drei Dimensionen «Angebotssituation», «Zielgruppenspezifika» und «Zugangshürden und Unterbeanspruchung» definiert. Obschon die drei Dimensionen nicht trennscharf abgrenzbar sind, bot die Unterscheidung den konzeptionellen Rahmen zur Erarbeitung von Forschungsfragen (**Tabelle 1**).

Behandlungsteams wöchentlich bis täglich behandelt/betreut werden. Zudem haben sich verschiedene weitere psychiatrische Dienstleistungen im prä- und poststationären Bereich entwickelt. Dazu zählen unter anderem die spezialisierte psychiatrische Krankenpflege zu Hause, die «Mobilen Equipen», die bei Krisen vor Ort intervenieren, oder auch spezialisierte Angebote zur Nachsorge nach stationären Aufenthalten. Die Finanzierung der intermediären Angebote in den Kantonen wird unterschiedlich gelöst und ist von den jährlichen Budgetentscheiden der kantonalen Parlamente abhängig.»

Tabelle 1: Untersuchungsdimensionen und Fragestellungen

Untersuchungsdimensionen und Fragestellungen
I) Angebotssituation
Vorhandensein und Qualifikation von Fachpersonal: Gibt es Hinweise auf Mangel an Fachpersonal – generell, in bestimmten Fachgebieten oder bezüglich des Vorhandenseins bestimmter (Zusatz-) Qualifikationen und Kompetenzen?
Vorhandensein von Behandlungsangeboten: Gibt es Hinweise auf einen Mangel an Angeboten – generell, in bestimmten Regionen, bezüglich bestimmter Settings?
Beurteilung des Versorgungsangebots: Gibt es Hinweise auf einen nicht optimalen Einsatz der vorhandenen Ressourcen bezüglich der Aufteilung der Tätigkeiten zwischen den involvierten Berufsgruppen bzw. der Zusammenarbeit verschiedener Akteure? Gibt es Hinweise auf Optimierungspotenzial?
II) Zielgruppenspezifika
Gibt es Hinweise auf einen Mangel an Angeboten oder Schwierigkeiten in der adäquaten Behandlung spezifischer Zielgruppen? Wenn ja, um welche Zielgruppen handelt es sich und was sind die Gründe?
III) Zugangshürden und Unterbeanspruchung
Zugangshürden: Gibt es Hinweise auf Zugangshürden im Versorgungssystem, welche dazu führen, dass Betroffene die vorhandenen Angebote nicht oder zu wenig in Anspruch nehmen?
Unterbeanspruchung: Gibt es Hinweise auf eine zu geringe oder nicht optimale Nutzung von vorhandenen Angeboten, weil sich Betroffene nicht, zu spät oder zu wenig lange in Behandlung begeben? Wenn ja, welche Gründe gibt es dafür?

Quelle: Eigene Darstellung

Teil I: Literatur- und Dokumentenanalyse

2 Vorkommen psychischer Erkrankungen

Um fundierte Aussagen über das Ausmass einer allfälligen Über-, Unter- oder Fehlversorgung zu machen, müssen Indikatoren zum Versorgungsangebot und dessen Inanspruchnahme in Relation gesetzt werden zu Indikatoren des Vorkommens und des Behandlungsbedarfes von psychischen Erkrankungen. Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen wird im Rahmen von epidemiologischen Studien erhoben, indem eine für die Bevölkerung repräsentative Stichprobe mithilfe von validierten Instrumenten zur Erfassung spezifischer Krankheitsbilder befragt wird. Aufgrund der Antworten werden Prävalenzen pro Krankheitsbild berechnet, wobei sich die Prävalenzangaben je nach Erhebungsart auf unterschiedliche Zeitspannen beziehen können. So wird der Anteil der Personen mit Krankheitsbild beispielsweise an einem einzigen Stichtag («Stichtagsprävalenz»), in den zwei Wochen vor der Befragung («14-Tages-Prävalenz»), in den 12 Monaten der Befragung («12-Monats-Prävalenz») oder in der bis zum Erhebungszeitpunkt verstrichenen Lebenszeit («Lebenszeitprävalenz») erhoben. Eine reine Analyse der Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen reicht nicht aus, um Aussagen über die Prävalenz psychischer Erkrankungen zu treffen. Dies, weil in den Zahlen der Inanspruchnahme der Anteil nicht behandelter, aber erkrankter Personen nicht enthalten ist.

In der Schweiz fehlen umfassende epidemiologische Studien, die präzise und differenzierte Aussagen zur Prävalenz psychischer Erkrankungen erlauben würden. Einzig die Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB), die im Fünfjahresrhythmus durchgeführt wird, geben gewisse Hinweise bezüglich des Vorkommens von Depressivität und psychischer Belastungen generell. Die SGB setzt jedoch keine Instrumente ein, die eine umfassende Erfassung verschiedener psychischer Krankheiten (nach anerkannten psychiatrischen Diagnosen) in der Bevölkerung erlauben würde. Bei der Diskussion über das schweizerische Versorgungssystem für Personen mit psychischer Erkrankung muss deshalb auf Prävalenzdaten anderer Länder abgestützt werden.

2.1 Vergleich Prävalenzraten internationaler Studien

Für die vorliegende Literaturanalyse wurden drei internationale Studien bzw. epidemiologische Projekte ausgewählt, anhand derer Zahlen zum Vorkommen psychischer Erkrankungen dargestellt werden sollen. Alle drei Quellen sind relativ aktuellen Datums und basieren auf epidemiologischen Erhebungen mehrerer Länder, welche Prävalenzraten zu 12-Monats-Prävalenzen von Erwachsenen ausweisen. Nachfolgend werden diese kurz dargestellt.

■ **Epidemiologische Studie in sechs europäischen Ländern (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders ESEMeD):** Eines der grössten europäischen epidemiologischen Forschungsprojekte der vergangenen Jahre ist das ESEMeD-Projekt. Es handelt sich um eine Querschnitterhebung in sechs verschiedenen europäischen Ländern (Belgien, Frankreich, Deutschland, Italien, Niederlanden und Spanien). Rund 22'000 Personen, welche die nicht in Institutionen wohnende Bevölkerung ab 18 Jahren repräsentieren, wurden in den Jahren 2001 bis 2003 zu Hause interviewt. Erfasst wurden sowohl Lebenszeit- als auch 12-Monats-Prävalenz psychischer Erkrankungen sowie damit verbundene Faktoren (z.B. Risikofaktoren, Nutzung von Behandlungsangeboten etc.). Es sind mehrere Publikationen zum Forschungsprojekt erschienen (ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, 2002; 2004a; 2004b; 2004c).

■ **Übersichtsstudie mit Daten aus 27 europäischen Ländern (Wittchen et al., 2011):** Eine der neuesten umfassenden Überblicksarbeiten mit Zahlen zum Vorkommen psychischer Erkrankungen in Europa ist die Studie von Wittchen und Kollegen (2011). Dabei handelt es sich um die Aktualisierung einer analogen Untersuchung aus dem Jahr 2005 (Wittchen & Jacobi, 2005) und gibt Auskunft zu 12-Monats-Prävalenzen verschiedener psychischer Erkrankungen. Die Angaben sind Schätzungen, die einerseits auf vorhandenen vergleichbaren epidemiologischen Studien sowie nationalen Statistiken und Befragungen seit den 1990er Jahren und andererseits auf Experteneinschätzungen beruhen. Es wurden Informationen und Expert/innen der EU-Mitgliedstaaten sowie von der Schweiz, Island und Norwegen mit berücksichtigt. In der Studie 2011 wurden dabei im Vergleich zur Studie 2005 insgesamt 14 neue Störungsbilder – insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, aber auch bei älteren Menschen – mit erfasst. Da diese neuen Störungsbilder jedoch weder im ESEMeD-Projekt (ESE-MeD/MHEDEA 2000 Investigators, 2004b) noch in der nachfolgend vorgestellten WHO-Studie (Wang et al., 2011) mit erfasst wurden, stellen wir primär die Prävalenzzahlen derjenigen Störungsbilder vor, die bereits in der Studie 2005 mit erfasst wurden (aber mit den neu geschätzten Zahlen der Studie 2011).

■ **Übersichtsstudie mit Daten aus 24 Ländern der Weltgesundheitsorganisation WHO (Wang et al., 2011):** Ebenfalls aus dem Jahr 2011 stammt eine Analyse epidemiologischer Daten von Ländern oder Grossstädten, welche an der Befragung zur psychischen Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation WHO (World Mental Health Survey) teilgenommen haben (Wang et al., 2011). Neben einem Vergleich der Prävalenzdaten werden verschiedene Ergebnisse zur Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten dargestellt. Die sehr unterschiedlichen Länder werden dabei für die Analysen gruppiert in die drei Kategorien: Länder mit a) tiefen bzw. tief-mittleren, b) mittel bzw. mittelhohen sowie c) hohen Einkommen.

Zu ergänzen ist, dass die für das ESEMeD-Projekt erhobenen Daten auch in die beiden Übersichtsstudien von Wittchen et al. (2011) sowie Wang et al. (2011) einfließen. In der **Tabelle 2** findet sich eine Übersicht der wichtigsten Kennzahlen und Informationen dieser drei Studien bzw. Projekte.

Basierend auf diesen drei Studien ist davon auszugehen, dass im Zeitraum eines Jahres (12-Monats-Prävalenz) durchschnittlich ein Anteil von rund 10 Prozent (ESEMeD, 2004b) bis 27 Prozent (Wittchen et al., 2011) der erwachsenen Bevölkerung an mindestens einer der untersuchten psychischen Erkrankungsformen leidet. Während die Bandbreite der berechneten durchschnittlichen Prävalenz in diesen drei Studien erheblich ist, gibt es keine Unterschiede in Bezug auf die relative Häufigkeit der zwei grössten Störungsklassen: Von Angststörungen (häufigste Einzeldiagnose: spezifische Phobien) sind jährlich rund 6-14 Prozent, von affektiven Störungen (häufigste Einzeldiagnose: Major Depression) rund 4-8 Prozent, der Erwachsenen betroffen. Da das Spektrum der erfassten Störungsbilder bzw. Störungsgruppen zwischen den drei Studien leicht unterschiedlich ist und beispielsweise nur bei Wittchen et al. (2011) die Klasse der somatoformen Störungen mit berücksichtigt wurde, gibt es Unterschiede in der weiteren Reihenfolge. Je nach Studie waren entweder Störungen im Zusammenhang mit Alkohol, somatoforme Störungen oder Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen am dritthäufigsten (siehe Tabelle 2). Neben den Symptomen verschiedener Krankheitsbilder werden in epidemiologischen Studien oft auch Kriterien zur Einschätzung des Schweregrads erhoben. Wang et al. (2011) unterscheiden drei Schweregradkategorien basierend auf einer Kombination verschiedener Kriterien (z.B. Dauer einer Erkrankung, funktionelle Beeinträchtigung, Suizidversuch etc.) (Tabelle 2).

Tabelle 2: Wichtigste Kennzahlen der drei Vergleichsstudien

	ESEMeD-Projekt (2004b)	Wittchen et al. (2011)	Wang et al. (2011)
12-Monats-Prävalenzen	9.6% Personen mit irgendeiner (untersuchten) psychischen Erkrankung (95% KI: 9.1–10.1)	27.1% Personen mit irgendeiner (untersuchten) psychischen Erkrankung	16.7% Personen mit irgendeiner (untersuchten) psychischen Erkrankung (Standardfehler: 0.2)
Häufigste Störungsklassen (häufigstes Störungsbild)	Angststörungen 6.4% (Spezifische Phobie 3.5%)	Angststörungen 14.0% (Spezifische Phobie 6.4%)	Angststörungen 10.8%
	Affektive Störungen 4.2% (Major Depression 3.9%)	Affektive Störungen 7.8% (Major Depression 6.9%)	Affektive Störungen 6.2%
	Störungen im Zusammenhang mit Alkohol 1.0%	Somatoforme Störungen 4.9%	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen 2.6%
Berücksichtigte Störungsbilder / Störungsgruppen	- Affektive Störungen (Major Depression, Dysthymie) - Angststörungen (Generalisierte Angststörung, Soziale Phobie, Spezifische Phobie, Posttraumatische Belastungsstörung, Agoraphobie, Agoraphobie mit Panikstörung, Panikstörung) - Störungen im Zusammenhang mit Alkohol (Schädlicher Gebrauch, Abhängigkeitssyndrom)	- Affektive Störungen (Major Depression, Bipolare Störungen) - Angststörungen (Generalisierte Angststörung, Soziale Phobie, Spezifische Phobie, Posttraumatische Belastungsstörung, Agoraphobie, Panikstörung, Zwangsstörung) - Störungen im Zusammenhang mit Substanzmissbrauch (Alkoholabhängigkeit, Opioidabhängigkeit, Cannabisabhängigkeit) - Psychotische Störungen - Somatoforme Störungen - Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa)	- Affektive Störungen (Major Depression, Dysthymie, Bipolare Störungen I und II) - Angststörungen (Generalisierte Angststörung, Soziale Phobie, Spezifische Phobie, Posttraumatische Belastungsstörung, Agoraphobie mit/ohne Panikstörung, Panikstörung mit/ohne Agoraphobie, Zwangsstörung) - Störungen im Zusammenhang mit Substanzmissbrauch (Alkohol- und Drogenmissbrauch mit oder ohne Abhängigkeit) - Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (Intermittierend auftretende Reizbarkeit, Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, Störungen des Sozialverhaltens)
Prävalenzen nach Schweregrad*	- schwer: 15.9% (Italien) - 32.6% (Belgien) - moderat: 31.1% (Niederlande) - 47.8% (Italien) - mild: 28.8% (Belgien) – 38.8% (Frankreich) <i>Zahlen gemäss Analyse der ESE-MeD-Länder in Wang et al. (2011)</i>	keine Unterscheidung	- schwer: 24.5% - moderat: 37.8% - mild: 37.7%
Alter Stichprobe	Personen ab 18 Jahren, nicht in Institutionen wohnend	Personen ab 14 bzw. 18 Jahre bis 65 Jahre oder älter (keine Angabe, ob auch Personen in Institutionen)	18 Jahre und älter (keine Angabe, ob auch Personen in Institutionen)
Erhebungsinstrumente	WHO WMH-CIDI. Diagnosen entsprechend DSM-IV und ICD-10	Erhebungsinstrumente basierend auf Diagnosestellung einer oder mehrerer Manuale: DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, oder ICD-10	WHO WMH-CIDI, Diagnosen entsprechend DSM-IV

Abkürzungen: KI = Konfidenzintervall; WHO = World Health Organization; WMH = World Mental Health; CIDI = Composite international Diagnostic Interview

*Die Unterscheidung des Schweregrads in die Kategorien schwer, moderat oder mild bei Wang et al. (2011) basieren auf einer Kombination verschiedener Kriterien (z.B. Dauer, funktionelle Beeinträchtigung, Suizidversuch). Lesebeispiel: Von den Personen, die in den letzten 12 Monaten eine psychische Erkrankung hatten, waren in den ESEMeD-Ländern 15.9 bis 32.6% von einer schweren psychiatrischen Störung betroffen.

Quelle: Eigene Zusammenstellung

Im ESEMeD-Projekt (2004b) wurde zusätzlich zur 12-Monats-Prävalenz auch die Lebenszeitprävalenz erhoben. Diese betrug im Mittel 25 Prozent und war bei Frauen höher als bei Männern (Frauen 28%, Männer 22%). Weiter enthält das ESEMeD-Projekt (2004b) Analysen zu Komorbiditäten. Dabei zeigten sich die stärksten Zusammenhänge zwischen einzelnen Angststörungen sowie zwischen affektiven Störungen und Angststörungen.

In allen diesen Prävalenzangaben nicht mit enthalten sind das Vorkommen von Demenz bei Alzheimer-Krankheit sowie Schlafstörungen. International existiert keine einheitliche Handhabung darin,

welche Krankheitsbilder zu den psychischen Erkrankungen zuzurechnen sind. So wird beispielsweise Demenz bei Alzheimer-Krankheit von einigen als primär psychiatrische Erkrankung angesehen, von anderen jedoch als primär neurologische Erkrankung erachtet und nicht mitberücksichtigt (Reynolds, 2003). Wittchen et al. (2011) schätzen die 12-Monats-Prävalenz psychischer Erkrankungen auf 38.2 Prozent, wenn auch Demenz und weitere 13 Störungsbilder (u.a. Persönlichkeitsstörungen, Störungen der Kindheit und Jugend, Intelligenzstörungen, Schlafstörungen) berücksichtigt werden.

In der **Tabelle 3** findet sich eine Darstellung der Prävalenzraten nach verschiedenen soziodemographischen und sozioökonomischen Unterscheidungsmerkmalen. Diese sind interessant im Hinblick auf die Frage, auf welche Risikogruppen besonders geachtet werden sollte.

Tabelle 3: Unterschiede in Prävalenzraten nach verschiedenen Unterscheidungsmerkmalen

Merkmal	Ergebnisse
Alter	ESEMeD-Projekt (2004b): Die höchsten Prävalenzraten wurden insgesamt für die jüngste Altersgruppe der 18-bis 24-Jährigen gefunden, danach mit zunehmendem Alter sinkend. Wittchen et al. (2011): Je nach Erkrankung bestehen zwischen den Altersgruppen grosse Prävalenzunterschiede. Spezifisch vermerkt sind: • Generalisierte Angststörung: Prävalenz deutlich höher bei älteren (65+) als bei jüngeren Personen • Posttraumatische Belastungsstörungen: Prävalenz am höchsten in der Gruppe der 14- bis 34-Jährigen, danach sinkend. • Opiat- und Cannabisabhängigkeit sowie Essstörungen: Prävalenz deutlich höher bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen
Geschlecht	ESEMeD-Projekt (2004b): Frauen sind insgesamt beinahe zweimal so häufig betroffen wie Männer (Frauen: 12%; Männer: 7.1%). Bezüglich Störungsklassen berichteten Frauen häufiger über affektive Störungen und Angststörungen, Männer hingegen häufiger Alkoholabhängigkeit. Wittchen et al. (2011): Frauen sind bei den meisten Erkrankungen häufiger betroffen als Männer (Bandbreite: zwischen 1.2-mal häufiger bei bipolaren Störungen bis zu 8-mal häufiger bei Bulimie). Ausnahmen sind Substanzabhängigkeiten und psychotische Störungen (Bandbreite: Männer 1.3-mal häufiger bei psychotischen Störungen bis zu 3.3-mal häufiger bei einer Störung im Zusammenhang mit Alkohol).
Zivilstand	ESEMeD-Projekt (2004b): Höhere Prävalenzraten zeigten sich bei Personen, die niemals verheiratet waren sowie – etwas weniger stark – bei Personen, die vormals verheiratet waren.
Ausbildung	ESEMeD-Projekt (2004b): Der Bildungsgrad war über alles gesehen kein signifikanter Prädiktor. Bezüglich einzelner Störungsklassen zeigte sich jedoch, dass höhere Bildung mit geringeren Prävalenzen affektiver Störungen und höheren Prävalenzen von Störungen im Zusammenhang mit Alkohol einherging.
Erwerbsstatus	ESEMeD-Projekt (2004b): Arbeitslosigkeit ging einher mit einem erhöhten Risiko für irgendeine psychische Erkrankung generell und mit einem spezifisch hohen Risiko für affektive Störungen und Störungen im Zusammenhang mit Alkohol. Auch Personen, die aufgrund von Krankheit oder Behinderung nicht arbeiteten, hatten ein erhöhtes Risiko für diese zwei Störungsklassen.
Urbanität	ESEMeD-Projekt (2004b): Je urbaner der Wohnort, umso höher die Prävalenz irgendeiner psychischen Erkrankung.
Land	ESEMeD-Projekt: Gesamtprävalenz pro Land: Belgien 13.2%, Frankreich 18.9%, Deutschland 11.0%, Italien 8.8%, Portugal 22.9%, Spanien 9.7% (<i>gemäss Analyse ESEMeD-Länder in Wang et al. (2011).</i>) Wittchen et al. (2011): Gemäss Einschätzung der Expert/innen wurden ausser für Substanzabhängigkeit keine substantiellen Prävalenzunterschiede zwischen den Ländern festgestellt (in Zentral- und Osteuropa wurde die Prävalenz für Alkoholabhängigkeit höher eingeschätzt). Wang et al. (2011): Es wurden signifikante Unterschiede von Prävalenzen und Schweregrad zwischen Ländern gefunden. Je höher zudem das Einkommensniveau eines Landes, umso höher sind Prävalenz und Schweregrad (signifikante, jedoch nur niedrige Zusammenhänge). • Die Bandbreite der Prävalenzen insgesamt bewegt sich zwischen 6.0% in Nigeria und 29.6% in São Paulo (Brasilien). Bei den Ländern mit hohen Einkommen zwischen 8.0% in Japan und 27.0% in den USA. • Der Anteil der schweren Erkrankungen bewegt sich zwischen 6.2% in Shenzhen (China) und 36.9% in Israel. Bei den Ländern mit hohem Einkommen zwischen 15.9% in Italien und 36.9% in Israel.

Quelle: Eigene Darstellung

2.2 Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 und 2012

Die in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 erhobene 12-Monats-Prävalenz von 4.6 Prozent für Major Depression (wie in Rüesch, Baenziger & Juvalta, 2013, ausgewiesen) liegt innerhalb der Bandbreite der internationalen Befunde. Eine gewisse Unterschätzung des Anteils Personen mit stärkerer Symptomatik ist allerdings zu erwarten, da Personen in medizinisch-sozial betreuten Einrichtungen nicht befragt werden (Schuler & Burla, 2012). Weil in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 ein anderes Erhebungsinstrument zur Erfassung von Depressivität eingesetzt wurde, können keine Vergleiche zwischen den beiden Erhebungsjahren 2007 und 2012 vorgenommen werden (OBSAN, 2015). Der Vollständigkeit halber finden sich in der **Tabelle 4** die zu Depressivität und psychischer Gesundheit vorhandenen Zahlen der Gesundheitsbefragungen der Jahre 2007 und 2012. Zusätzlich erhobene Indikatoren zur psychischen Gesundheit können aufgrund des Prävalenzzeitraums (2 bzw. 4 Wochen) nicht mit den Daten der im vorigen Kapitel dargestellten internationalen Literatur verglichen werden.

Tabelle 4: Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 und 2012

Indikator	Depressivität			Psychische Belastung		
Prävalenzzeitraum	2 Wochen	12 Monate		2 Wochen	4 Wochen	
Messinstrument	DSQ-10	CIDI-SF		PHQ-9	MHI-5	
Erhebungsjahr	2007	2007		2012	2007	2012
Alter Stichprobe	-----ständige Wohnbevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten -----					
Ergebnisse % (+/-% des KI 95%)	mittel bis stark	3.1	Major	Eher schwer oder schwer	1.9 (0.3)	Hoch 4.3 (0.4) 4.6 (0.4)
	schwach	15.8	Depression 4.6	Mittel	4.6 (0.5)	Mittel 12.8 (0.6) 13.4 (0.6)
				Leicht	22.2 (0.8)	Niedrig 83 (0.7) 82 (0.7)
				Keine oder minimal	71.3 (0.9)	
	Schuler & Burla, 2012	Rüesch et al., 2013		Standardtabellen Statistik Schweiz ¹³		

Anmerkungen zu den Messinstrumenten und erhobenen Indikatoren: **DSQ-10 (Depression Screening Questionnaire)**: die anhand des Screening-Instruments (Wittchen, & Perkonig, 1997; Wittchen, 2000) erhobenen Symptome sind zwar nicht als klinische Diagnose zu verstehen, bei einem Schweregrad von mittel bis starken Symptomen wird jedoch von einer ernsthaften Depression ausgegangen, die eine Behandlung durch eine Fachperson erfordern würde (Schuler & Burla, 2012). **CIDI-SF**: Das CIDI-SF (Kessler, Andrews, Mroczek, Ustun, & Wittchen, 1998) ist eine Kurzversion des umfassenderen, von der WHO-entwickelten CIDI. Es umfasst Screening-Skalen für acht häufige psychische Störungsbilder, darunter Major Depression, gemäss dem DSM-IV (Rüesch et al., 2013). **PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)**: Das Instrument ist Teil des europäischen Fragebogens EHIS (European Health Interview Survey). Anhand der verwendeten Fragen werden die neun Kriterien einer Major Depression gemäss DSM-IV abgedeckt (BFS, 2014). **MHI-5**: Index basiert auf dem Mental Health Inventory/Index (MHI-5, Bestandteil von MOS SF-36). Aus klinischer Sicht besteht ein starker Zusammenhang zwischen Werten ≤ 52 und psychischen Störungen. Bei Werten zwischen 53 und 72 sind psychische Störungen aus klinischer Sicht wahrscheinlich. Werte über 100 zeigen eine gute psychische Gesundheit und ein sehr tiefes Niveau psychischer Belastung an (BFS, 2014).
Quelle: Eigene Darstellung.

In Bezug auf die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen von 6-16 Jahren ist eine epidemiologische Studie für den Kanton Zürich zu erwähnen, die bereits älteren Datums ist (Steinhausen, Metzke, Meier, & Kannenberg, 1998). Für alle erfassten Krankheitsbilder zusammen wurde eine 6-Monats-Prävalenz von insgesamt rund 22.5 Prozent festgestellt. Wird nach Kategorien von Störungstypen unterschieden, ergab sich folgendes Bild der 6-Monats-Prävalenzen: Angststörungen 11.4 Prozent, Zwangsstörungen 0.2 Prozent, Affektive Störungen 0.7 Prozent, Verhaltensauffälligkeiten (insbesondere ADHS) 6.5 Prozent und Substanzmissbrauch 0.3 Prozent. Ausserdem zeigte sich bei 12.5 Prozent der Jugendlichen mehr als ein Störungsbild (Komorbidität). Zusammenfassend zeigten die Ergebnisse dementsprechend, dass beinahe ein Viertel der Jugendlichen von psychischer Erkrankung betroffen war, davon die Hälfte mit mehr als einem Krankheitsbild. Deutlich am häufigsten waren Angststörungen – insbesondere Phobien –, gefolgt von Verhaltensauffälligkeiten.

¹³ <http://www.portal-stat.admin.ch/sqb2012/files/de/02.xml> (abgerufen am 20.05.2016)

2.3 Entwicklung des Vorkommens psychischer Erkrankungen

Das Vorkommen psychischer Erkrankungen und die damit verbundenen individuellen und gesellschaftlichen Belastungen werden in jüngerer Zeit zunehmend in der Öffentlichkeit wahrgenommen und diskutiert. Aus Sicht Gesundheitsversorgung stellen sich dabei immer auch Fragen nach den direkten und indirekten volkswirtschaftlichen Kosten von Krankheiten und damit verbunden dem erhofften Nutzen von verbesserter Prävention und Behandlung. Im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen stehen dabei insbesondere zunehmende Kosten bei Krankenversicherung und Invalidenversicherung im Fokus (z.B. Knieps & Pfaff, 2015; OECD, 2013).

Während landläufig oft von einer Zunahme psychischer Erkrankungen gesprochen wird, zeigen die Analysen epidemiologischer Langzeitstudien, dass die Prävalenz psychischer Erkrankungen insgesamt über die vergangenen Jahrzehnte hinweg nicht gestiegen ist (Jacobi, 2009). Ausschliesslich bei einigen wenigen Krankheitsbildern ist eine Zunahme zu beobachten, die mit demographischen Veränderungen zusammenhängen (z.B. Demenz) (Jacobi, 2009). Weiter werden z.B. im Bereich von Substanzabhängigkeit und -missbrauch zeitgeistabhängige Zyklen und Ungleichzeitigkeiten in verschiedenen Kohorten festgestellt (Richter, Berger, & Jeker, 2008; Jacobi, 2009).

Die festgestellte Zunahme der Kosten der Inanspruchnahme von Behandlungsleistungen, Arbeitsabsenzen und Erwerbsunfähigkeiten hat deshalb weniger mit einer effektiven Zunahme psychischer Erkrankungen zu tun, sondern vermutlich vorwiegend damit, dass sich Betroffene heute aufgrund einer erhöhten Sensibilisierung und Entstigmatisierung eher in medizinisch-psychotherapeutische Behandlung begeben. Ausserdem hat sich auch die Art der Diagnosestellung durch Fachpersonen in den vergangenen Jahren verändert (BAG, 2015).

2.4 Prävalenz versus Behandlungsbedarf

Epidemiologische Studien sind eine wichtige Grundlage für die Versorgungsplanung. Im Zusammenhang mit den in der Epidemiologie gefundenen Prävalenzen psychischer Gesundheit wird jedoch verschiedentlich darauf hingewiesen, dass Prävalenzzraten nicht gleichzusetzen sind mit Anzahl Personen mit Behandlungsbedarf (z.B. Mechanic, 2003; Jacobi und Barnikol, 2015; Wittchen et al., 2011). Zur Veranschaulichung: Ein viraler Infekt ist zwar bei einer Prävalenzerhebung zu Virusinfektionen auch klinisch relevant, muss in vielen Fällen jedoch nicht behandelt werden (Mechanic, 2003). In Bezug auf psychische Erkrankungen vertritt Mechanic (2003) die Ansicht, dass milde und nicht-einschränkende Erkrankungen keiner Behandlung bedürfen. Damit weist er auf das Kriterium des «Schweregrads» einer Erkrankung hin, das einen Hinweis auf den Behandlungsbedarf geben kann. Solche Schweregradkriterien (vgl. Wang et al., 2011, **Tabelle 2 in Kapitel 2.1**: Definition von Schweregrad anhand einer Kombination verschiedener Kriterien wie Dauer, funktionelle Beeinträchtigung, Suizidversuch) wurden zumindest in gewissen Studien bei der Untersuchung von Behandlungslücken eingesetzt. In den untersuchten Studien wird von Anteilen zwischen rund 25 und 60 Prozent erkrankter Personen mit Behandlungsbedarf ausgegangen; Zahlen dazu finden sich im **Kapitel 3.1**. Im Vergleich zu Untersuchungen zu Prävalenzzraten gibt es jedoch deutlich weniger Studien, die zusätzlich auch deren Schweregrad bzw. Behandlungsbedarf erheben. Hinzu kommt, dass keine einheitlich akzeptierten Kriterien oder «Klassifikationssysteme» bezüglich Behandlungsbedarfs existieren (Jacobi & Barnikol, 2015). So weisen Wittchen et al. (2011) darauf hin, dass die am häufigsten vorkommende Messung von Schweregrad und funktioneller Beeinträchtigung eine zu simple Betrachtung von Behandlungsbedarf sei. Sie fordern mehr Studien, die zusätzliche Informationen bezüglich Komorbiditäten und z.B. Risiken der Krankheitsentwicklung erheben. Mechanic (2003) diskutiert folgende weitere Kriterien zur Bestimmung des Behandlungsbedarfs: Dauer und Wiederauftreten einer Erkrankung, mit der Erkan-

kung assoziierte Belastung und Beeinträchtigung, Selbst- und Fremdeinschätzung des Behandlungsbedarfs, Wirkungserfolg einer Behandlung, gewonnener Nutzen sowie Wirtschaftlichkeit der Behandlung. Gerade wenn es um die Diskussion der Zuteilung von begrenzten finanziellen Mitteln innerhalb eines Gesundheitssystems geht, sind solche Überlegungen zentral. Wittchen (2002) schätzt, dass basierend auf einer Kombination von Diagnose, expertenbeurteiltem Bedarf und der Therapiemotivation einer betroffenen Person – als strenge Voraussetzung zur Beurteilung des aktuellen Behandlungsbedarfs – etwa die Hälfte aller Personen mit psychischen Erkrankungen (12-Monatsprävalenz) aktuell behandlungsbedürftig seien. Jacobi und Barnikol (2015) weisen jedoch darauf hin, dass es keine allgemeingültigen Grenzen für krankheitswertiges Leiden und Beeinträchtigung gibt. Damit bleibe es Aufgabe der kundigen Fachperson, die diagnostischen Kategoriensysteme in Kombination mit weiteren Überlegungen als Therapiegrundlage einzusetzen.

2.5 Diskussion der gefundenen Bandbreite von Prävalenzen

Es stellt sich die Frage, wie die relativ grosse Bandbreite der Gesamtprävalenz psychischer Erkrankungen über die verschiedenen Studien von 10 Prozent bis 27 Prozent (**Tabelle 2**) zustande kommt und wie sie zu deuten ist. Die konservativste Schätzung ist mit 10 Prozent Gesamtprävalenz diejenige des ESEMeD-Projekts. Die Autoren vermuten, dass diese auch im Vergleich zu älteren Daten vergleichsweise tiefen Prävalenzraten möglicherweise mit der im Projekt eingesetzten neu überarbeiteten Version des WHO WMH-CIDI (World Mental Health Composite international Diagnostic Interview) zusammenhängen könnte. Die eingesetzte Version CIDI 2000 basiert primär auf dem Diagnosemanual DSM-IV, welches teilweise konservativere Definitionen gewisser Erkrankungen (z.B. Störungen im Zusammenhang mit Alkohol) als frühere Versionen des Manuals beinhaltet. Die Autoren vermuten zudem, dass das neue Instrument weniger falsch-positive Antworten als ältere Messinstrumente enthält (ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, 2004b).

Wittchen und Jacobi (2005) weisen allerdings darauf hin, dass im ESEMeD-Projekt ein grosser Anteil von über 65-Jähriger befragt wurde, bei denen sich ausserordentlich tiefe Prävalenzraten zeigten. Diese seien möglicherweise künstlich tief aufgrund geringer Reliabilitäts- und Validitätswerte bei dieser Gruppe.¹⁴ Eine gewisse Unterschätzung ist zusätzlich dadurch zu vermuten, dass die in Institutionen (z.B. Heime) lebende Bevölkerung nicht mitbefragt wurde (ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, 2002).¹⁵

Die höchste Schätzung ist mit 27 Prozent Gesamtprävalenz diejenige in der Übersichtsstudie von Wittchen et al. (2011). Das Vorgehen der Prävalenzschätzung unter Einbezug verschiedener epidemiologischer Studien hat den Vorteil, dass sich allfällige Besonderheiten einer einzelnen epidemiologischen Studie – wie sie z.B. für das ESEMeD-Projekt vermutet werden – aufgrund des Zusammensatzes mit anderen Studien insgesamt ausmitteln. Der Nachteil ist, dass methodisch z.T. unterschiedliche Einzelstudien verglichen werden. Hier wurden zwar ebenfalls nur Studien mit einbezogen, in denen vergleichbare Messinstrumente eingesetzt wurden (mehrheitlich Versionen des WHO WMH-CIDI), die jeweils zugrunde liegenden Diagnosemanuale variieren jedoch (DSM-III, DSM-IIIR, DSM-IV oder ICD-10). Dies könnte ein Grund für allenfalls etwas breiter gefasste Definitionen von Störungsbildern und – damit verbunden – für höhere Prävalenzraten sein. Zudem werden etwas mehr Störungs-

¹⁴ Gemäss persönlichem Austausch mit einem Autor der Wittchen-Studie (2011) sind vermutlich folgende weitere Erklärungsfaktoren für die tiefen Prävalenzen im ESEMeD-Projekt verantwortlich: einerseits die zum Teil nur geringen Teilnahmeraten bzw. Stichprobengrössen und andererseits eine Besonderheit in den Algorithmen des dort eingesetzten CIDI in Form eines ansonsten nicht üblichen zusätzlichen Schweregradkriteriums, das den Grossteil der Abweichungen bewirken dürfte.

¹⁵ Inwiefern in die beiden Überblicksstudien von Wittchen et al. (2011) und Wang et al. (2011) auch Erhebungen bei Personen in Institutionen mit eingeflossen sind, konnte im Rahmen dieses Mandats nicht abgeklärt werden.

klassen in den Review mit einbezogen (z.B. somatoforme Störungen). Die genannten methodischen Unterschiede allein können jedoch die grosse Bandbreite der geschätzten Gesamtprävalenzen nicht erklären.

Die Schätzung der Gesamtprävalenz von Wang et al. (2011) liegt mit 16.7 Prozent zwischen den beiden anderen Schätzungen. Schaut man die Prävalenzraten pro Land (bzw. Grossstadt) an, zeigt sich allerdings ebenfalls eine grosse Bandbreite. In der Gruppe der Länder mit hohem Einkommen reicht diese von 8.0 Prozent in Japan bis zu 27.0 Prozent in den USA (Wang et al., 2011). Da sich für einen Vergleich mit der Schweiz insbesondere europäische Länder eignen, hier die entsprechenden Angaben der 12-Monats-Prävalenzen aus der Kategorie der Länder (in aufsteigender Reihenfolge): 8.8% Italien*, 9.7% Spanien*, 11.0% Deutschland*, 13.2% Belgien*, 13.6% Niederlande*, 18.9% Frankreich*, 22.9% Portugal und 23.1% Nordirland (Wang et al., 2011; die Angaben für die Länder mit * basieren auf Daten des ESEMeD-Projekts). Die Autoren weisen bezüglich vorhandener Länderunterschiede darauf hin, dass je nach Land und Mentalität unterschiedlich hohe Schwellen bei den befragten Personen bestehen können, sich selber als krank einzustufen («diagnostic thresholds»), was Unterschiede in den Prävalenzraten bewirken kann.

Fazit: Vermutlich spielen für die Entstehung der Bandbreite sowohl länderspezifische Mentalitätsunterschiede in der Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes als auch studienspezifische Eigenheiten in der Verwendung von Erhebungsinstrumenten und Schweregradkriterien eine Rolle. Das Thema Schweregrad spielt insbesondere auch im Zusammenhang mit der Frage nach Behandlungsbedarf eine Rolle, wie im vorhergehenden Kapitel diskutiert. Eine abschliessende Deutung und Einordnung der unterschiedlichen Prävalenzraten ist im Rahmen der vorliegenden Studie nicht möglich.¹⁶ Es kann ausschliesslich festgehalten werden, dass es sich bei allen drei Datenquellen um breit abgestützte Studienprojekte handelt, die sich entweder auf eine einzelne – sehr grosse Stichprobe – (ESEMeD-Projekt) oder auf Stichproben vieler verschiedener epidemiologischer Einzelstudien (Wittchen et al., 2011; Wang et al., 2011) beziehen. Es ist davon auszugehen, dass sich das Vorkommen psychischer Erkrankungen in der Schweiz ebenfalls im vorgefundenen Spektrum zwischen 10 und 27 Prozent bewegt – ob nun eher am unteren oder oberen Ende oder dazwischen ist jedoch aufgrund der vorliegenden Informationen kaum einschätzbar.

¹⁶ Eine Einschätzung der Güte der vorhandenen Daten würde einen differenzierten Vergleich der eingesetzten Messinstrumente, des methodischen Vorgehens bei der Stichprobenerhebung und des Umgangs mit Stichprobenausfällen sowie der Berechnungsweise der Prävalenzraten bedingen.

3 Inanspruchnahme und Behandlungslücken

3.1 Internationale Daten

Behandlungslücken

Nachdem im vorangehenden Kapitel eine Übersicht über Informationen zur Prävalenz und dem Behandlungsbedarf psychischer Erkrankungen dargelegt wurde, geht es nun darum darzustellen, wie viele Betroffenen keine Behandlungsangebote in Anspruch nehmen, sowie um die Darstellung möglicher Gründe für das Vorhandensein von Behandlungslücken. Alle drei im vorherigen Kapitel erwähnten grossen Studien (ESEMeD-Projekt; Wang et al., 2011; Wittchen et al., 2011) kommen zu dem Schluss, dass eine Behandlungslücke in den untersuchten Bevölkerungen besteht. Dies bedeutet, dass ein gewisser Anteil der Personen mit einer psychischen Erkrankung keine adäquate Behandlung erhalten bzw. in Anspruch genommen hat. Gewisse Studien vergleichen dabei ausschliesslich Prävalenzraten (12-Monats-Prävalenzen) und Inanspruchnahme von Behandlungsleistungen (in den vergangenen 12 Monaten). Andere unterscheiden unter Hinzunahme zusätzlicher Kriterien zwischen Prävalenz und Behandlungsbedarf und untersuchen die Inanspruchnahme derjenigen mit Behandlungsbedarf. Die Anteile der Personen mit psychischer Erkrankung, die keine (adäquaten) Behandlungsleistungen in Anspruch nehmen, variieren dabei gemäss diesen Studien zwischen rund 40 Prozent und 90 Prozent. Werden ausschliesslich Studien berücksichtigt, die Behandlungsbedarf und Prävalenz unterscheiden, liegen die Anteile der Personen mit ungedecktem Behandlungsbedarf bei rund 40 bis 65 Prozent. Nachfolgend die entsprechenden Zahlen:

■ **ESEMeD (ESEMeD 2004c; Alonso et al., 2007):** Auf den ESEMeD-Daten basieren mehrere Studien mit Analysen zu Behandlungsraten, die auf je unterschiedliche Aspekte fokussieren. In einer Studie aus dem Jahr 2004 (ESEMeD, 2004c) wurde die Behandlungsrate untersucht, indem Befragte – bei denen eine psychische Erkrankung (Prävalenz) identifiziert wurde – als Nutzer klassifiziert wurden, wenn sie in den vergangenen 12 Monaten mit einem/r Arzt/Ärztin oder anderen Spezialisten über Emotionen oder Problemen im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit gesprochen hatten. Von diesen erhielten lediglich 25.7 Prozent eine formelle – und somit als adäquat einzustufende – Behandlung. Dementsprechend beträgt der Anteil psychisch Erkrankter ohne Behandlung rund drei Viertel aller Betroffenen (74.3 %). Unter formell wurden Gesundheitsdienstleister wie Psychiater/innen, Psycholog/innen, spezialisierte Pflegefachpersonen, Sozialarbeiter/innen sowie Allgemeinmediziner/innen und sonstige Ärzt/innen gezählt. Im Gegenzug fallen unter informelle Behandler Wohlfahrts-einrichtungen, Geistliche, spirituelle Heiler oder Naturheilpraktiker. Innerhalb derjenigen Betroffenen mit formeller Behandlung wurden 33.4 Prozent ausschliesslich von einem/r Allgemeinmediziner/in, 19.6 Prozent ausschliesslich von einem/r Psychiater/in und 13.5 Prozent ausschliesslich von einem/r Psycholog/in oder einem/r Berater/in betreut. Von all denjenigen, die eine formelle Behandlung aufsuchten, erhielt ein Fünftel keine spezifische auf psychische Erkrankung bezogene Behandlung bzw. Therapie (Medikamente, psychologische Beratung / Therapie). Wenn man dies auch als Behandlungslücke einstuft, beträgt der Anteil nicht (adäquat) versorgter Betroffener damit insgesamt rund 80 Prozent.

In einer weiteren Studie wurden die ESEMeD-Daten unter Hinzunahme eines Schweregradkriteriums – zur Annäherung an den Behandlungsbedarf – analysiert (Alonso et al., 2007). Dabei wurden nur Personen als «mit Behandlungsbedarf» erachtet, die entweder angaben, dass ihre psychische Erkrankung zu einer erheblichen Beeinträchtigung des Lebens oder einer bedeutsamen Einschränkung ihrer Aktivitäten geführt hatte. Oder Personen, die in den letzten 12 Monaten vor dem Interview die Dienstleistungen von formellen oder informellen Gesundheitsdienstleistern (entsprechend der bereits er-

wählten Definition) in Anspruch genommen hatten. Gemäss diesen Kriterien hat etwa die Hälfte aller Personen mit einer psychischen Erkrankung auch Behandlungsbedarf. Weiter wurde bei diesen Personen die Inanspruchnahme von Behandlungsleistungen untersucht. Als mit ungedecktem Bedarf wurden dabei klassifiziert, wer nicht mindestens eine formelle Behandlung erhielt. Die Ergebnisse zeigten, dass rund die Hälfte (51.7%) der behandlungsbedürftigen psychisch erkrankten Personen irgendeine formelle Behandlung erhalten hatten und davon wiederum die Hälfte von Spezialisten für psychische Gesundheit. Der ungedeckte Bedarf betraf dementsprechend mindestens die Hälfte (48.3%) der behandlungsbedürftigen Personen, was gemäss Berechnungen der Autoren einem Total von 3.1 Prozent in der Gesamtbevölkerung (erwachsene Personen) entsprach. Allerdings weisen die Autoren darauf hin, dass nach evidenzbasierten Richtlinien mehr als eine Sitzung für eine angemessene Behandlung der meisten psychischen Störungen notwendig ist. Weiter wurde berechnet, dass mit 13 Prozent gemäss Einschätzung der Autoren nur ein kleiner Anteil der genutzten spezialisierten Behandlungen von Personen in Anspruch genommen wird, bei denen eigentlich kein Behandlungsbedarf bestand.

■ **Wang et al. (2011):** In den Ländern mit hohem Einkommen – welche sich für einen Vergleich mit der Schweiz anbieten – wurden nur 12 Prozent der psychisch Erkrankten (Prävalenz) behandelt, was sich zu rund 60 Prozent auf Behandlung durch generelle medizinische Fachpersonen (Allgemeinmediziner/in, weitere Fachärzt/innen, Pflegefachpersonen, Ergotherapeut/innen) und rund 44 Prozent auf Behandlung durch Spezialisten für psychische Gesundheit (Psycholog/innen, Psychiater/innen) aufteilte. Nicht behandelt wurden dementsprechend knapp 90 Prozent der Betroffenen. In der vorliegenden Studie wurden zusätzlich Analysen unter Berücksichtigung des Schweregrad einer Erkrankung (Behandlungsbedarf) durchgeführt. Dieser wurde anhand verschiedener Kriterien wie z.B. Dauer einer Erkrankung, funktionelle Beeinträchtigung, Suizidversuch definiert. Die Zahlen zeigen, dass ein Viertel der Betroffenen als schwer erkrankt, knapp 40 Prozent als moderat erkrankt und knapp 40 Prozent als mild erkrankt eingestuft wird (genaue Zahlen siehe Tabelle 2 in Kapitel 2.1). Wird bei der Analyse des ungedeckten Behandlungsbedarfs der Schweregrad berücksichtigt, zeigt sich, dass die Behandlungsrate von schwer erkrankten Personen höher ist als von weniger schwer erkrankten Personen (in den Ländern mit hohem Einkommen behandelt: 58.4% der schwer Erkrankten, 36.2% der moderat Erkrankten, 21.2% der mild Erkrankten). Zählt man ausschliesslich die schwer Erkrankten zu den Personen mit Behandlungsbedarf, bedeutet dies demnach eine Behandlungslücke von 42 Prozent. Nimmt man auch die moderat Erkrankten noch hinzu, ergibt sich eine Behandlungslücke von 64 Prozent. Von den durchgeführten Behandlungen wurden in den Ländern mit hohem Einkommen im Schnitt allerdings nur 31 Prozent als «minimal adäquate» Behandlungen definiert. Dafür musste ein Minimum an Psychopharmakatherapie (min. 1 Monat inklusive 4 oder mehr Sitzungen bei Hausarzt/ärztin) oder Psychotherapie (8 oder mehr Sitzungen) erfüllt sein. Zudem zeigte sich in den Analysen, dass 6.7 Prozent Personen behandelt worden waren, die gemäss dem Prävalenz-Screening keine psychische Erkrankung aufwiesen. Diese Ineffizienz zu eliminieren und die Ressourcen für Patient/innen mit Behandlungsbedarf einzusetzen, würde allerdings nicht ausreichen, um die gefundene Behandlungslücke zu schliessen.

■ **Wittchen et al. (2011):** Die Behandlungsrate wird in dieser Studie nicht explizit untersucht. Laut der Einschätzung der Autoren würden sich jedoch seit ihrem ersten Review (Wittchen & Jacobi, 2005) keine Verbesserungen in der Behandlungssituation zeigen. Gemäss dem ersten Review erhält ausschliesslich 26 Prozent der Fälle mit 12-Monats-Prävalenz für psychische Erkrankungen eine professionelle Behandlung. Daraus leitet sich ein ungedeckter Bedarf von 74 Prozent ab.

Zusammengefasst wird dementsprechend in den untersuchten Studien von Anteilen zwischen rund 25 und 60 Prozent erkrankter Personen mit Behandlungsbedarf ausgegangen. Die Ergebnisse bezüglich Behandlungslücke (erkrankte Personen mit Behandlungsbedarf ohne zumindest minimal adäquate Behandlung) variieren zwischen rund 40 Prozent und 65 Prozent.

Unterschiede in der Inanspruchnahme und Gründe für Behandlungslücken

■ **ESEMeD:** Die Analysen der Behandlungsraten in Abhängigkeit von verschiedenen Zielgruppenspezifika in der Studie aus dem Jahr 2004 (ESEMeD, 2004c) zeigten, dass besonders häufig Personen mit affektiven Störungen und Personen mit mehr als einer psychischen Erkrankung eine Behandlung in Anspruch nehmen. Weiter ist die Behandlungsrate höher bei Frauen und Personen, die in der Stadt wohnen. Im Gegenzug ist die Häufigkeit von Behandlung bei Personen mit geringer Bildung, Jungen (18-24-Jährige), Alten (65+) und in Agglomerationen sowie ländlichen Gebieten Wohnenden verringert. Die Autoren schliessen aufgrund des hohen Anteils an Patient/innen, die von Allgemeinmediziner/innen behandelt wurden, auf Probleme in der Abstimmung zwischen dem allgemeinmedizinischen und dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Sektor. Des Weiteren vermuten sie wegen erheblicher Unterschiede zwischen den Ländern auch Barrieren auf kultureller Ebene.

In der oben bereits erwähnten Studie aus dem Jahr 2007 (Alonso et al., 2007) zeigte sich besonders viel ungedeckter Bedarf bei jungen Erwachsenen (18-24-Jährige). Im Vergleich zu Festangestellten scheinen ausserdem häufiger Rentner/innen und im Haushalt Tätige weniger professionelle Behandlung in Anspruch zu nehmen. Die Autoren diskutieren, dass angesichts der grossen Behandlungslücke eine Erhöhung der für die Behandlung eingesetzten Ressourcen unabdingbar scheint. Daneben seien jedoch auch ein besserer Zugang zu bestehenden Angeboten sowie eine Erhöhung derer Effizienz und Effektivität nötig. Genannte Vorschläge, wie dies erreicht werden könnte, sind eine bessere Aufteilung der Aufgaben von Grundversorgern und Spezialisten, der Einbezug von spezialisierten Pflegefachpersonen und Sozialarbeitenden, eine bessere Abstützung auf Leitlinien und Empfehlungen sowie kontinuierliche professionelle Weiterbildung. Daneben sei die Beeinflussung von gesellschaftlichen Haltungen, beispielsweise anhand von Weiterbildung und Sensibilisierung, ein wichtiger Punkt.

In einer weiteren Publikation basierend auf den ESEMeD-Daten (Kovess-Masfety et al., 2007) werden die Behandlungsraten in Relation zu der vorhandenen Dichte an behandelnden Fachpersonen eines Landes gesetzt. Dabei wurde der Anteil der «Behandelten» mit vermehrten Ressourcen (Fachpersonen), insbesondere von Spezialisten (Psychiater/innen, Psycholog/innen) untersucht. Die Ergebnisse zeigen keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen Anzahl Behandelten und Anzahl Fachpersonen, sondern unterschiedliche Muster in Abhängigkeit vom jeweiligen Land. Dies deutet darauf hin, dass die Beziehung zwischen Versorgungsangebot und Inanspruchnahme neben der Anzahl verfügbarer Behandler durch weitere Faktoren wie die Aufgabenteilung und Delegationspraxis zwischen Fachperson, durch soziokulturelle Faktoren, sowie durch die Finanzierungsweise der Behandlungen beeinflusst zu werden. Demnach sind häufig die Kostenanteile für Patient/innen zu hoch, die Erreichbarkeit der Angebote zu schlecht oder es treten Probleme bei der Zusammenarbeit zwischen der allgemeinmedizinischen und der spezialisierten Versorgung auf. Des Weiteren zeigte die Studie, dass auch in Ländern, in denen vergleichsweise viele Ressourcen im Gesundheitswesen zur Verfügung stehen, manche Personen mit Behandlungsbedarf keine Behandlung in Anspruch nehmen. Dies deutet darauf hin, dass die Behandlungslücke nicht ausschliesslich mit dem fehlenden (finanzierten) Angebot begründet werden kann, sondern auch Zugangshürden (z.B. Stigmatisierung etc.) wichtige Komponenten darstellen.

■ **Wang et al. (2011):** Wie bereits berichtet, zeigen die Ergebnisse der Studie, dass je stärker eine Erkrankung ausgeprägt ist, desto eher erhalten Patient/innen eine Behandlung. Weiter weisen Frauen eine höhere Behandlungsrate als Männer auf. Dies könnte durch einen höheren Schweregrad von Erkrankungen bei Frauen begründet sein oder in einem weniger ausgeprägten Stigma bei Frauen sowie einer besser Fähigkeit, nicht-spezifischen Belastungen als psychisches Problem wahrzunehmen (Kessler et al., 1981). Die Studie zeigt weiter, dass selbst in Ländern mit hohem Einkommen und für Patient/innen mit hohem Schweregrad der Erkrankung ein nicht gedeckter Behandlungsbedarf vorherrscht. Der allgemein-medizinische Gesundheitssektor stellt in den meisten Ländern die grösste Ressource für die Behandlung psychischer Probleme dar. Dabei fungieren Allgemeinmediziner in vielen Ländern als «Gatekeeper», oft mit der Intention, auf diese Weise die limitierten spezifischen Plätze für schwere Fälle zu reservieren. Wang et al. (2011) mahnen, ein Augenmerk auf die Intensität und Kompatibilität der Behandlung von Allgemeinmedizinern zu legen. Der weit verbreitete ungedeckte Behandlungsbedarf von psychischen Störungen erfordere eine optimierte Zuweisung und Expansion der Behandlungsressourcen sowie transparente, rationale und ethische Zuweisungsregelungen. Gerade der Fokus dieser Regelungen scheine in vielen Ländern nicht gänzlich geklärt, weshalb nicht sicher sei, ob Ressourcen auf die besonders schweren Fälle, oder auf möglichst viele, dafür aber schwächer ausgeprägte Erkrankungsbilder aufgewendet werden sollen.

■ **Wittchen et al. (2011):** Im Zusammenhang mit dem Thema Behandlung von psychischen Erkrankungen generell geben die Autoren an, dass häufig eine lange Zeitspanne zwischen Erkrankungsbeginn und erster Behandlung der Erkrankung bestehe. Bezüglich des Ausmasses des ungedeckten Behandlungsbedarfs wird eine erhebliche Variation zwischen sowohl Regionen als auch Ländern festgestellt. Als möglichen Grund wird ein Zusammenspiel von Unternutzung, Unterwahrnehmung, Unterbehandlung und nicht ausreichenden Ressourcen vermutet. Dabei soll auch die hohe Diversität der Behandlungsmöglichkeiten und die vielen unterschiedlichen (Teil-)Diagnosen eine entscheidende Rolle spielen. Demnach kann es zu erheblichen Schwierigkeiten kommen, um im Einzelfall immer einen exakt passenden Behandelnden zu finden. Eine Mitschuld wird auch in der häufig vorherrschenden Unklarheit bezüglich der Kostenübernahme gesehen.

3.2 Daten aus der Schweiz

Schätzung Versorgungsbedarf

Die einzige aktuell vorliegende Studie mit einer Schätzung der Behandlungslücke in der Schweiz ist eine Untersuchung der regionalen psychiatrischen Inanspruchnahme und daraus abgeleitet eine Beschreibung des Versorgungsbedarfs von Rüesch et al. (2013). Dabei wurden Daten des im Kapitel 2.2 geschilderten Indikators für Major Depression aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 kombiniert mit Informationen über die Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsangeboten aus dem Jahr 2009. Basierend auf diesen Datenbeständen wurde eine Mindestzahl von 700'000 Personen mit psychiatrischem Behandlungsbedarf in der Schweizer Bevölkerung errechnet (11% der Schweizer Wohnbevölkerung ab 15 Jahren).

Die Berechnungen der Inanspruchnahme ergaben, dass im Jahr 2009 rund 470'000 Personen psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen haben (ca. 7 % der Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren) (Rüesch et al., 2013). Der grösste Anteil – nämlich rund 300'000 Patient/innen – nahm psychiatrisch-psychotherapeutische Dienste in ambulanten Praxen (bei Psychiater/innen und delegiert arbeitenden Psycholog/innen) in Anspruch. Weiter wurden etwa 120'000 Fälle in ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Diensten in öffentlichen Einrichtungen (Ambulatorien und Tageskliniken) einerseits und 58'000 Patient/innen oder 86'000 Fälle in stationären akut-

psychiatrischen Dienste in psychiatrischen Kliniken / Krankenhäusern verzeichnet. Die so berechnete Zahl der behandelten Personen dürfte die tatsächliche Zahl der Behandelten tendenziell unterschätzen, da in Anspruch genommene Leistungen bei Hausärzt/innen und bei selbständig tätigen psychologischen Psychotherapeut/innen nicht erfasst wurden. Schliesslich konnten die Autoren bei Personen mit einer behandlungsbedürftigen Depression (Major Depression) auch den Anteil derjenigen ermitteln, welche eine psychiatrische Behandlung in Anspruch genommen haben: dieser liegt bei rund einem Drittel der Betroffenen (Frauen: 35%, Männer: 37 %).

Hinweise auf Engpässe

Hinweise auf gewisse Engpässe in der psychotherapeutischen Versorgung enthält die Strukturhebung zur psychologischen Psychotherapie in der Schweiz 2012 von Stettler et al. (2013). So zeigte die Befragung von entweder in der Praxis (selbständig oder delegiert) oder institutionell (ambulant oder stationär) tätigen psychologischen Psychotherapeut/innen, dass bei rund 60 Prozent der Psychotherapeut/innen Wartefristen von durchschnittlich 3 Wochen bestanden. Bei delegiert und in ambulanter Institution tätigen Psychotherapeut/innen war der Anteil mit Wartefristen grösser als bei selbständig oder stationär tätigen Psychotherapeut/innen. Insgesamt etwas mehr als 40 Prozent der Therapeut/innen gaben zudem an, dass sie Patient/innen aus Kapazitätsgründen abweisen mussten. Die durchschnittliche Abweisungsquote lag bei 11 Prozent. Bei den delegiert tätigen Therapeut/innen war dieser Anteil mit rund 60 Prozent am höchsten. Im Gegensatz dazu gaben etwa 30 Prozent der psychologischen Psychotherapeut/innen an, ohne Wartefristen neue Patient/innen aufnehmen zu können. Am grössten waren hier die Anteile bei selbständig und stationär tätigen Therapeut/innen (rund 40%). Neben Wartefristen und Ablehnungen ist die Finanzierung einer Behandlung ein weiteres Thema. So ergab die Analyse eine Quote von durchschnittlich 8 Prozent von aus finanziellen Gründen verhinderten Psychotherapien – soweit diese Information den Therapeut/innen bekannt war. Bei den selbständig tätigen Psychotherapeut/innen, deren Leistungen nicht von der Grundversicherung getragen wird, war die Quote mit 16 Prozent doppelt so hoch. Noch etwas höher war die Quote der Therapieabbrüche aus finanziellen Gründen. Im Mittel betrug diese 10 Prozent, bei den selbständig tätigen Psychotherapeut/innen betrug sie 22 Prozent (Stettler et al., 2013).

Bezüglich Inanspruchnahme von psychologischer Psychotherapie zeigte die Studie von Stettler et al. (2013), dass von rund 260'000 Patient/innen im Jahr 2012 psychologisch-psychotherapeutischen Leistungen in Anspruch genommen wurden. Davon wurden 85'000 Patient/innen im Bereich der delegierten Psychotherapie in einer Arztpraxis, 78'000 Patient/innen im selbständigen Bereich, 57'000 Patient/innen in einer ambulanten Institution und 39'000 Patient/innen im stationären Bereich behandelt. Weiter ergaben die Schätzungen, dass im Jahr 2012 gut 5'700 psychologische Psychotherapeut/innen (davon 25% in der Weiterbildung zu Fachtitel Psychotherapie) psychotherapeutische Leistungen im Umfang von etwa 3'100 Vollzeitäquivalenten bzw. Vollzeitpensen erbrachten. Das heisst, die psychologischen Psychotherapeut/innen arbeiteten im Durchschnitt mit einem Beschäftigungsgrad von etwas mehr als 50 Prozent. Eine reine Angabe der Anzahl «Köpfe» verfügbarer Fachpersonen reicht demnach nicht aus, um den Umfang eines bestimmten Versorgungsangebotes zu beschreiben. Dies ist insbesondere im Zusammenhang mit der eingangs erwähnten hohen Psychiaterdichte in der Schweiz zu erwähnen. Es stellt sich die Frage, wie hoch der mittlere Beschäftigungsgrad bei Psychiater/innen ist. Gemäss einer Befragung von niedergelassenen Psychiater/innen aus dem Jahr 2001 (Frei, 2002; Studie nicht mehr verfügbar) arbeitete ein relativ grosser Anteil zu einem Beschäftigungsgrad von weniger als 80 Prozent (Verteilung: 17% zu Beschäftigungsgrad von maximal 60%, 29% zu Beschäftigungsgrad von 61-80%, 54% zu Beschäftigungsgrad von 81-100%; Lachenmeier, 2002). Im Rahmen der vorliegenden Studie sollen aktuelle Zahlen zu dieser Frage erhoben werden.

4 Zugangshürden

Die in den vorhergehenden Abschnitten diskutierte Literatur zu Vorkommen psychischer Erkrankungen und zur Inanspruchnahme von Behandlungsleistungen stützt die Vermutung, dass auch in der Schweiz ein wesentlicher Anteil der Personen, die psychisch erkranken, keine Hilfe im medizinischen Versorgungssystem in Anspruch nimmt. Es kann allerdings davon ausgegangen werden, dass das schweizerische Versorgungssystem für psychisch erkrankte Personen insgesamt nicht in dem Masse ein zu knappes Leistungsvolumen aufweist, dass für einen grösseren Anteil psychisch erkrankter Personen keine Leistungen zur Verfügung stehen. Vermutlich stellt sich die Situation zu einem Teil so dar, dass erkrankte Personen bestehende Angebote nicht in Anspruch nehmen, weil für sie der Zugang aus verschiedenen Gründen erschwert ist oder ihnen erschwert erscheint. Es liegt deshalb nahe, zu untersuchen, ob und welche Zugangshürden eine Inanspruchnahme verhindern oder wesentlich verzögern und zum «treatment gap» oder «treatment delay» beitragen.

Für die Schweiz gibt es unseres Wissens wenig spezifische Literatur und empirische Evidenz zu Zugangshürden. Deshalb wurde im Rahmen dieser Studie die einschlägige Literatur aus der internationalen Forschung konsultiert und mit vorhandenen Publikationen zur Situation in der Schweiz ergänzt.

Folgenden konzeptionellen Rahmen haben wir der Darstellung zugrunde gelegt:

- Zugangshürden können beim ersten Auftreten einer psychischen Krankheit oder der ersten Suche nach Hilfe wirken. Aber auch bei weiteren Krankheits-Episoden können weiterhin Zugangshürden bestehen. Erfahrungen mit dem Versorgungssystem können dazu beitragen, dass Zugangshürden auf- oder abgebaut werden.
- Zugangshürden erschweren den Zugang zu den verschiedenen Subsystemen des Versorgungssystems wie der Psychiatrie, der psychologischen Psychotherapie, der medizinischen Grundversorgung oder der Spitexdienste vermutlich in unterschiedlichem Mass.
- Zugangshürden werden sowohl beim Eintritt in das Versorgungssystem wirksam, können aber auch bei Übergängen von einer versorgenden Stelle zu einer anderen (wieder) wirksam werden. Ausserdem können sie die Mitwirkung der psychisch erkrankten Personen negativ beeinflussen (Behandlungsabbrüche, no-shows etc.).
- Wahrnehmung und Wirkung von Zugangshürden hängen nebst individuellen/personalen Faktoren auch vom persönlichen Umfeld, von der sozio-ökonomischen Lage, und vom sozio-kulturellen Hintergrund einer betroffenen Person ab (Gelberg et al., 2000; Bruce et al., 2002).

4.1 Psycho-sozio-kulturelle Zugangshürden

Als eine der wesentlichsten Zugangshürden auf psycho-sozio-kultureller Ebene wird in der Literatur die Befürchtung genannt, als psychisch erkrankte Person sozial stigmatisiert zu werden. D.h. es wird erwartet, dass im sozialen Umfeld negative, entwertende Stereotype über psychisch erkrankte Personen zur Anwendung kommen und dass die erkrankte Person als Folge davon mit sozialer Diskriminierung konfrontiert wird. Psychisch Erkrankte unterliegen oft auch der Selbststigmatisierung, d.h. sie haben das soziale Stigma internalisiert (Rudolph, 2014; Bruce et al., 2002; Link et al., 2001; Sirey et al., 2001). Die Stigmatisierung psychischer Krankheiten hat in den letzten 25 Jahren offenbar nicht wesentlich abgenommen. Zu diesem Schluss kommen Schomerus et al. (2016) aufgrund ihrer Arbeit zum Thema, die auch die Situation in Europa beleuchtet.

Mangelndes Wissen über psychische Erkrankungen und deren Behandlung und damit allenfalls verbundene negative Erwartungen an die Behandlung (belastende Nebenwirkungen, grosser Aufwand,

Vorbehalte gegenüber Psychopharmaka etc.) können eine Inanspruchnahme erschweren (Bruce et al., 2002). Als weitere Hürde wird genannt, dass der Bedarf nach einer Behandlung der psychischen Probleme («perceived need») unterschätzt wird (z.B. Sirey et al., 2001 bezügl. Adhärenz zur Pharmakotherapie) oder dass gar nicht erkannt wird, dass die Probleme, die man hat, (auch) psychischer Art sind. Krankheitsbedingte Faktoren, wie bspw. eingeschränkte kognitive Fähigkeiten bei einer Major Depression oder als positiv gewertete Symptome in manischen Phasen des bipolaren Störungsbildes werden in der Literatur ebenfalls angeführt (Bruce et al., 2002; für die Schweiz ergänzend: Sottas et al., 2014: 31-34). Bruce et al. (2002) weisen auch auf eine weitere Zugangshürde hin: Eine negative Einschätzung der Wirksamkeit der angebotenen Behandlungen kann die Suche nach Hilfe und die spätere Mitwirkung der Patient/innen negativ beeinflussen. Bhugra et al. (2015) machen zudem darauf aufmerksam, dass die Einstellungen gegenüber unterschiedlichen Behandlungsmethoden wie Pharmakotherapie oder Psychotherapie sich deutlich unterscheiden. Die Wertungen variieren zwischen (europäischen) Ländern, teilweise aber auch nach Berufsgruppe des Gesundheitspersonals.

Dass sprachliche und kulturelle Hürden den Zugang zum Gesundheitssystem erschweren oder unmöglichen wird in den letzten Jahren zunehmend erkannt und praxisrelevant (BAG, 2011 und Sottas et al. 2014). Internationale Studien wie diejenige von Brisset et al. (2014) für Kanada zeigen auf, dass ethnisch-sprachliche Minoritäten die Angebote zur psychischen Gesundheit vergleichsweise wenig in Anspruch nehmen. Nehmen sie Hilfe in Anspruch, besteht (auch ausserhalb des engeren Bereichs der psychischen Gesundheit) eine erhöhte Gefahr von Fehldiagnosen und Behandlungsabbrüchen. Gerade im Bereich der Behandlung psychischer Erkrankungen spielt der Aufbau einer adäquaten Patienten-Therapeuten-Kommunikation und gegenseitiges Vertrauen eine zentrale Rolle. In der Schweiz wurden sprachlich-kulturelle Zugangshürden zum Gesundheitssystem u.a. von Bischoff et al. untersucht. Ihre Studie von 1999 zeigte u.a., dass von 49 Prozent der psychiatrischen Institutionen die Kommunikation mit fremdsprachigen Patient/innen als «schwierig» oder «sehr schwierig» eingeschätzt wird, während dieser Anteil bei Institutionen der inneren Medizin mit 26 Prozent deutlich und signifikant tiefer lag (Bischof et al., 1999).

4.2 Zugangshürden auf Systemebene

Zugangshürden aus Kostengründen

Die Kosten der Behandlung psychischer Erkrankung, welche von der erkrankten Person selbst zu tragen sind, stellen eine der wichtigsten Zugangshürden dar. Dabei steht gemäss der Literatur nicht primär das Preisniveau der Behandlung in Frage, sondern inwiefern die Kosten einer Behandlung von privaten oder öffentliche Krankenversicherungen oder aus allgemeinen Mitteln der Gesundheitspolitik getragen werden (vgl. Bruce et al., 2002).

Als weitere Zugangshürde können auch sog. Opportunitätskosten angesehen werden (Elkins, 2008). Damit sind Kosten gemeint, die wegen einer Behandlung entstehen, wie Einkommensausfälle, Verlust an Freizeit, Wegkosten etc.

Zugangshürden seitens der Versorgungsangebote

Die Psychiatrie und die Psychiater/innen haben in der Öffentlichkeit und teilweise auch bei Patient/innen ein schlechtes «Image». In einem Überblicksartikel von Bhugra et al. (2015) zum Thema wird argumentiert, dass Bilder von Zwangsbehandlung und Zwangsjacken gemäss der Literatur auch heute noch die Vorstellungen von grossen Teilen der Öffentlichkeit über das psychiatrische Versorgungssystem prägen. Dieses Image betrifft einerseits spezifisch die Psychiatrie, während der Besuch von Hausärzt/innen, Psycholog/innen oder Neurolog/innen als weniger problematisch oder stigmatisie-

rend angesehen wird (Bhugra et al., 2015). Andererseits weisen Befunde auch darauf hin, dass Psychiater/innen und Psycholog/innen häufig verwechselt werden (Bhugra et al., 2015).

Während Bhugra et al. (2015) Belege dafür nennen, dass das schlechte Image der Psychiatrie teilweise auf Unkenntnis beruht und sich mit zunehmender Erfahrung abschwächen kann, weist eine weitere Debatte in den Fachzeitschriften darauf hin, dass die Psychiatrie heute als zu wenig niederschwellig für potentielle Patient/innen angesehen wird. Nach Thornicroft et al. (2011) überwiegt oftmals eine institutionelle Perspektive, in deren Fokus die tendenziell hierarchisch-paternalistische Logik der Institution und der Medizin als wissenschaftliche Disziplin steht, gefordert wird hingegen eine «Community»-Perspektive, welche u.a. gemeinsame Entscheidungsfindung und Patientenorientierung in den Vordergrund stellt.

Eine weitere Zugangshürde seitens Fachpersonen findet in den letzten Jahren in der Schweiz vermehrt Beachtung. So zeigen Auswertungen der im Medizinalberuferegister erfassten Bildungsabschlüsse eine Zunahme von Grundversorgern, Erwachsenenpsychiater/innen sowie Kinder- und Jugendpsychiater/innen mit ausländischen Aus- und/oder Weiterbildungsabschlüssen (BAG, 2016). Dabei wird festgehalten, dass dies in einem Fachbereich, der wesentlich von der sprachlichen Kommunikation und dem Verständnis für das soziokulturelle Umfeld abhängt, zu einem Problem bei der Diagnostik und Behandlung psychischer Krankheiten werden kann (BAG, 2016).

Spezifische Zugangshürden in Zusammenhang mit dem Erstzugang zum Versorgungssystem

Inwiefern der erste Zugang zu Hilfe und adäquater medizinischer Versorgung bei psychischen Erkrankungen schnell und einfach möglich ist, hat wesentlichen (erwünschten) Einfluss auf die Chance auf einen günstigen Behandlungsverlauf und auf andere relevante Aspekte der Versorgung wie z.B. die Hospitalisationsrate (vgl. Bridler et al., 2013) oder die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit.

Zum Zugang zur psychiatrischen Versorgung wird in den internationalen Studien häufig auf die Erreichbarkeit von Psychiater/innen und die Wartezeit bis zu einem ersten Behandlungstermin fokussiert. Dass dabei ein so kurzer Zeitraum wie die ersten zwei Wochen der Hilfesuche eine wichtige Rolle spielen, zeigte u.a. die Arbeit von Szegedi et al. (2009) für die Niederlande. Bridler et al. (2013) untersuchten für die Stadt Zürich, wie aufwändig es ist, bei akuten Symptomen eine/n Psychiater/in persönlich zu erreichen und einen Termin zu vereinbaren sowie die Zeitdauer von der ersten Kontaktaufnahme bis zum ersten Behandlungstermin. Sie zeigten, dass im Durchschnitt mehr als sieben Telefonanrufe nötig waren, bis ein Termin für eine Behandlung vereinbart werden konnte. Der Zeitraum zwischen dem ersten Telefonanruf und dem ersten Termin lag bei durchschnittlich 6.1 Tagen, allerdings mit einer Standardabweichung von weiteren ± 7 Tagen. Sie kommen zum Schluss, dass Kontaktaufwand und Wartezeiten, wie sie aus ihrer Studie resultieren, ungünstige Zugangshürden darstellen. Deutlich einfacher ist in der Schweiz hingegen der Zugang zu den Praxen allgemeinmedizinischen Grundversorger/innen bei akuten psychischen Problemen. Sie wurden in der Studie von Bridler et al. ebenfalls untersucht. Dort waren nur rund 2 Telefonanrufe nötig, bis ein Termin für eine Behandlung vereinbart werden konnte. Die Zeitdauer von der ersten Kontaktaufnahme bis zum ersten Behandlungstermin betrug nur 3 Tage (± 3.5 Tage).

Im Zusammenhang mit den Grundversorger/innen wird in der Literatur untersucht, inwiefern diese in der Lage sind, psychische Probleme zu erkennen und ihnen adäquat zu begegnen. Im positiven Fall können die Ärzt/innen im Bereich der Grundversorgung hilfesuchende Patient/innen selbst behandeln oder den Zugang zur spezialisierten Versorgung unterstützen. Im negativen Fall, wenn sie psychische Krankheiten nicht als solche erkennen, oder eine suboptimale Behandlung anbieten, stellen sie eine Zugangshürde zur adäquaten Versorgung dar. Bruce et al. (2002) verweisen auf Ergebnisse aus den

1990er-Jahren für die USA, die zeigen, dass Grundversorger psychische Krankheiten teilweise nicht erkennen (rund 50% bei Major Depression), und dass sie teilweise zwar unipolare Depressionen erkennen, aber in weniger als 50 Prozent der Fälle routinemässig nach Symptomen bipolarer Störungen fragen. Wells et al. (2001) untersuchten Erkennen und Behandlung von affektiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen u.a. durch Grundversorger/innen. Sie erkannten einen Alters- und Geschlechterbias beim Erkennen von psychischen Störungen bei Kindern. Dezetter et al. (2012) zeigen mit E-SEMED-Daten, dass psychisch Erkrankte, die deswegen eine/n Grundversorger/in konsultierten, je nach untersuchtem europäischem Land nur in 6.1 bis 20.5 Prozent der Fälle an eine Fachperson für psychische Gesundheit überwiesen wurden.

Als weiterer Aspekt in Zusammenhang mit der Ersterkennung von psychischen Krankheiten wird diskutiert, inwiefern die Verhältnisse am Arbeitsplatz das Erkennen von psychischen Krankheiten und den Weg zu einer Behandlung eher fördern oder eher behindern. Goldberg et al. (2001) identifizieren Zugangshürden für den Bereich depressiver Erkrankungen: Seitens der Betroffenen werden Krankheitssymptome versteckt, weil negative Konsequenzen auf das Arbeitsverhältnis und andere Diskriminierungen befürchtet werden. Seitens der Vorgesetzten konstatieren Goldberg et al. fehlendes Wissen über Krankheitssymptome. Ausserdem erachten die Vorgesetzten psychische Probleme nicht als signifikant für ihre Führungsaufgabe (auch aus Unwissen über die Kostenfolgen für das Unternehmen).

5 Teil I: Die wichtigsten Ergebnisse in Kürze

■ Internationale Daten lassen eine ungedeckten Behandlungsbedarf vermuten:

Internationale und die wenigen vorhandenen nationalen empirischen Studien kommen zum Schluss, dass Prävalenz und Behandlungsbedarf tendenziell höher sind als die Inanspruchnahme von Angeboten. Über das Ausmass der Behandlungslücke existieren jedoch abweichende Einschätzungen.

■ **Einschätzungen zur Prävalenz psychischer Erkrankungen:** Die Bandbreite der 12-Monats-Prävalenz von mindestens einer psychischen Erkrankung bewegt sich zwischen rund 10 und 30 Prozent. Gründe für die Varianz zwischen Ländern können einerseits tatsächliche Unterschiede im Vorkommen von Erkrankungen und andererseits unterschiedliche kulturelle Prägungen sein. Gründe für die Varianz zwischen den Studien scheinen Unterschiede in den eingesetzten Messinstrumenten und den für die Berechnung der Prävalenz mitberücksichtigten weiteren Faktoren wie z.B. Schweregrad einer Erkrankung zu sein.

■ **Behandlungsbedarf:** Der Anteil erkrankter Personen mit effektivem Behandlungsbedarf ist tiefer als die Prävalenzrate. Hier spielen Faktoren wie Schweregrad, funktionelle Beeinträchtigung, Komorbiditäten oder Dauer einer Erkrankung eine Rolle. Allerdings existieren kaum empirische Untersuchungen auch keine einheitlichen Kriterien zur Definition von Behandlungsbedarf. In den hier untersuchten Studien liegen Ergebnisse in der Bandbreite von 25 bis 60 Prozent Erkrankter mit Behandlungsbedarf vor.

■ **Behandlungslücke:** Die Ergebnisse bezüglich Behandlungslücke (Personen mit Behandlungsbedarf ohne zumindest minimal adäquate Behandlung) variieren zwischen rund 40 Prozent und 65 Prozent. Je schwerer jemand beeinträchtigt ist, desto eher wird er/sie behandelt. Auch die verfügbaren Ressourcen in einem Land wie z.B. Fachpersonen haben einen gewissen Einfluss auf die Behandlungsquote, aber weitere Faktoren wie Aufgabenteilung, Finanzierung oder soziokulturelle Faktoren beeinflussen diesen Zusammenhang. Insgesamt wird auch in Ländern mit sehr hoher Versorgungsdichte ein gewisses Ausmass an ungedecktem Behandlungsbedarf festgestellt.

■ **Gründe für ungedeckten Behandlungsbedarf:** Die Differenz zwischen Behandlungsbedarf und Behandlungsquote ergibt sich aus einem Zusammenspiel zwischen Angebotssituation (Dichte des Versorgungsangebots, Aufgabenteilung zwischen Berufsgruppen und Fachpersonen), Zugangshürden, die bewirken, dass vorhandene Angebote nicht in Anspruch genommen werden (sprachliche und kulturelle Hürden, hohe Kostenbeteiligung, schlechte Erreichbarkeit, Wartezeiten) und Unterbeanspruchung durch Betroffene (soziokulturelle Faktoren, Stigmatisierung).

■ **Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Schweiz:** Die Bandbreite der vorgefundenen Daten zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme ist zwar sehr gross, ein gewisser Anteil an ungedecktem Behandlungsbedarf – insbesondere auch für Betroffene mit Erkrankung höheren Schweregrads – zeigte sich allerdings in allen Studien. Diese Ergebnisse legen die Vermutung nahe, dass auch in der Schweiz von einer Behandlungslücke ausgegangen werden kann. Das Ausmass dieser Behandlungslücke einzuschätzen ist jedoch aufgrund der ungenügenden Datenlage zur Epidemiologie psychischer Erkrankungen in der Schweiz nicht möglich.

■ **Grundlage für empirische Erhebungen:** Ziel des zweiten Teils der Studie war es, der vermuteten Behandlungslücke nachzugehen und zu untersuchen, inwiefern Anzeichen für Knappheit, Unterbeanspruchung oder Zugangshürden im schweizerischen Versorgungssystem für psychisch erkrankte Personen vorhanden sind, die eine solch vermutete Behandlungslücke erhärten.

Teil II: Datenerhebungen

6 Online-Befragung von Psychiater/innen

Zentrales Element der vorliegenden Studie ist eine schriftliche Befragung von Psychiater/innen. Dabei interessierte einerseits, mit den erhobenen Informationen eine Beschreibung der Tätigkeiten von Psychiater/innen und der Merkmale ihrer Patient/innen vornehmen zu können. Andererseits interessierte, wie die befragten Psychiater/innen die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren sowie das Versorgungssystem in ihrem jeweiligen Einzugsgebiet einschätzen. Um das ganze Spektrum der Tätigkeitsfelder von Psychiater/innen abzudecken, war es wichtig, sowohl niedergelassene Psychiater/innen in der Praxis als auch institutionell tätige Psychiater/innen zu befragen.

6.1 Datengrundlage

Zugang und Durchführung

Der Zugang zu den Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiater/innen und –psychotherapeut/innen wurde via Versand an die Mitglieder der folgenden Fachgesellschaften übermittelt:

- Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP)
- Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie (SGKJPP)
- Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie (SGAP)
- Schweizerische Gesellschaft für Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie (SSCLP)
- Schweizerische Gesellschaft für Forensische Psychiatrie (SGFP)
- Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte (SVPC)
- Verein der kinder- und jugendpsychiatrischen Chefärzte der Schweiz (VKJC)
- Vereinigung der Psychiatrischen Kliniken und Dienste Swiss Mental Health Care (SMHC)

Die Befragung erfolgte im Einverständnis mit den Vorständen der Berufsverbände.

Der SGPP als grösster Fachgesellschaft gehören rund 2'000 Mitglieder und der SGKJPP als der zweitgrössten Gesellschaft rund 600 Mitglieder an. Mitglieder der anderen Fachgesellschaften sind häufig zusätzlich auch Mitglied in der SGPP oder in der SGKJPP. Neben diesen gesamtschweizerisch tätigen Fachgesellschaften wurden auch allen kantonalen oder regionalen Fachgesellschaften der SGPP oder der SGKJP der Hinweis auf die Befragung mit der Bitte um Weiterleitung an ihre Mitglieder zugestellt.

Gemäss Informationen von Vertreter/innen der Fachgesellschaften sind in der Praxis tätige Psychiater/innen häufiger Mitglied einer Fachgesellschaft. Um auch institutionell tätige Psychiater/innen zu erreichen, wurden insbesondere die angeschriebenen Chefärzt/innen gebeten, ihren Kaderärzt/innen die Befragung weiter zu leiten. Die Befragung konnte entweder als Einzelperson («Individualfragebogen») oder stellvertretend für eine organisatorische Einheit im Namen mehrerer Personen («Zentrumsfragebogen») ausgefüllt werden. Den Individualfragebogen füllten vorwiegend Psychiater/innen in der Praxis, vereinzelt jedoch auch institutionell tätige Psychiater/innen aus. Im Gegensatz dazu wurde der Zentrumsfragebogen primär von institutionell tätigen Psychiater/innen (z.B. für Abteilung / Station / Zentrum in ambulanter, intermediärer oder stationärer Einrichtung), vereinzelt jedoch auch von Psychiater/innen in einer Gruppenpraxis, ausgefüllt. Psychiater/innen, die den Individualfragebogen ausfüllten und angaben, in mehreren Angebotssettings tätig zu sein wurden gebeten, die Fragen zur Patientenpopulation ausschliesslich in Bezug auf ihre Haupttätigkeit auszufüllen.

Die Befragung erfolgte anonym mittels einer Online-Befragung auf die Sprachen Deutsch und Französisch und startete Mitte Mai 2016 mit einer Laufzeit von rund einem Monat. Für das Ausfüllen der sehr umfangreichen Befragung konnten sich die teilnehmenden Ärzt/innen insgesamt 3 Fortbildungscredits anrechnen lassen.

Rücklauf und Gewichtung

Insgesamt wurden 448 Fragebögen zumindest teilweise ausgefüllt: 365 Individualfragebögen und 83 Zentrumsfragebögen. Die Zentrumsfragebögen repräsentieren 484 darin tätige Erwachsenen- oder Kinder- und Jugendpsychiater/innen mit Facharztstitel (Assistenzärzt/innen nicht mit eingerechnet). Total standen die Antworten dementsprechend für einen Rücklauf von 849 Psychiater/innen. Es waren Psychiater/innen mit allen drei Schwerpunkten der jeweiligen Fachgesellschaften (Alterspsychiatrie und –psychotherapie, Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie, Forensische Psychiatrie) vertreten.

Da nicht nur Verbandsmitglieder an der Befragung teilgenommen haben, konnte keine Rücklaufquote berechnet werden. Damit trotzdem eingeschätzt werden konnte, inwiefern der Rücklauf der Population von Psychiater/innen entspricht, wurde dieser sowohl mit einem für das Forschungsprojekt zur Verfügung gestellten Datenauszug aus dem Medizinalberuferegister des Bundes sowie einem Datenauszug der Mitgliederstatistik der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH verglichen. Insgesamt umfasst das Medizinalberuferegister 4371 Ärzt/innen mit Facharztstitel «Psychiatrie und Psychotherapie» und / oder «Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie» bzw. einem ausländischen Äquivalent. Dies sind etwas mehr Ärzt/innen als es FMH-Mitglieder mit den entsprechenden Fachtiteln gibt (4026). Dies weil ein gewisser Anteil der Personen mit ausländischem Weiterbildungstitel ausschliesslich im Medizinalberuferegister erfasst ist. Allerdings umfasst dieses gemäss Erfahrung der Verantwortlichen auch eine gewisse Anzahl nicht mehr berufstätiger Ärzt/innen, da die Aktualisierung der Angaben nicht zwingend zu erfolgen hat. Je nach gewählter Vergleichspopulation beträgt der Rücklauf von 849 Psychiater/innen¹⁷ dementsprechend einer Rücklaufquote von 19 Prozent oder 21 Prozent.

Da die Mitgliederstatistik der FMH im Gegensatz zum Medizinalberuferegister einen Eintrag darüber enthält, ob jemand in seiner Haupttätigkeit «ambulant» (72%) oder «stationär» (28%) tätig ist, wurde die FMH-Statistik als Basis für die Gewichtung des Rücklaufs genommen. Der Gewichtungsfaktor¹⁸ korrigierte für die Verzerrungen bezüglich Institutionstyp. Gemäss den Verantwortlichen der FMH-Statistik bedeutet ambulant v.a. in der Praxis tätig und stationär v.a. in einer Institution (also auch einer über ambulant abrechnenden Institution) tätig. Diese Unterscheidung war im Kontext des Forschungsprojekts von Bedeutung. Insbesondere ergab sich durch die Multiplikatorwirkung im Zentrumsfragebogen (eine Person füllt stellvertretend für mehrere aus), dass institutionell tätige Psychiater/innen im Verhältnis zu ihren niedergelassenen Kolleg/innen in der Befragung überrepräsentiert waren. Um diese Verzerrung zu korrigieren, wurden die Auswertungen mit einem Gewichtungsfaktor

¹⁷ D.h.: 365 Psychiater/innen mit Individualfragebögen + 484 Psychiater/innen aus Zentren = 849 Studienteilnehmende

¹⁸ Gewichtsformel: Kreuzung nach Institutionstyp

$$g_{ij} = w_i \times A_j$$

A_j Anzahl Personen in der Institution j
 g_{ij} Gewichtung Zelle i der Institution j
 w_i Gewichtung Zelle i

$$w_i = \frac{N_{ip}}{N_p} \times \frac{N_s}{N_{is}}$$

N_{ip} Anzahl Personen in der Zelle i der Verbands-Kreuztabelle
 N_p Anzahl Personen im Verband
 N_s Anzahl Personen Rücklauf
 N_{is} Anzahl Personen in der Zelle i der Rücklauf-Kreuztabelle

Bei den Fragestellungen, in denen es um Merkmale der Patientenpopulation der Psychiater/innen ging (Kapitel 6.6), wurden die Analysen zusätzlich nach dem Faktor «Anzahl behandelte Patient/innen» gewichtet.

für das Arbeitssetting vorgenommen. Im Rücklauf der Befragung ebenfalls überrepräsentiert waren Kinder- und Jugendpsychiater/innen.¹⁹ Da eine kombinierte Gewichtung aufgrund der Art der Befragung (Institution als Einheit) nicht möglich war – bzw. deutliche Verzerrungen in der Alters- und Geschlechtsverzerrung bewirkte – wurden alle deskriptiven Auswertungen separat nach Facharzttiteln vorgenommen. Aussagen des Totals aller Psychiater/innen unabhängig von der Facharzttrichtung sind dementsprechend nicht möglich. Die prozentuale Verteilung des ungewichteten sowie des gewichteten Rücklaufs ist in der **Tabelle 5** zu sehen.

Tabelle 5: Datengrundlage Befragung Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiater/innen

		Gewichtete Verteilung	Ungewichteter Rücklauf
N (100%)		849	849
Facharzttitel	Psychiatrie und Psychotherapie	66%	66%
	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	24%	25%
	Beide Fachtitel	10%	10%
Arbeitssetting	Praxis / Gruppenpraxis (entspricht der Kategorie «ambulant» der FMH-Statistik)	72%	43%
	Institution ambulant / intermediär (Teil 1 der Kategorie «stationär» der FMH-Statistik)	10%	20%
	Institution stationär / gemischt (Teil 2 der Kategorie «stationär» der FMH-Statistik)	18%	37%
Gemeindetyp	Stadt	63%	55%
	Agglomeration	15%	13%
	Land	8%	10%
	Gemischt (Institutionen mit mehreren Standorten)	14%	21%
Sprache	D	69%	74%
	F	31%	26%
Geschlecht	Frau	49%	50%
	Mann	51%	50%
Alter	21 bis 30 Jahre	2%	4%
	31 bis 40 Jahre	9%	17%
	41 bis 50 Jahre	27%	29%
	51 bis 60 Jahre	37%	32%
	61 bis 70 Jahre	25%	18%

Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

Auswertung und Berichterstattung

Im nachfolgenden Kapitel finden sich die Ergebnisse der Deskriptivanalysen sowie die Ergebnisse der inferenzstatistischen Analyse bezüglich Einfluss der soziodemographischen Merkmale (durchgeführt mit der Statistiksoftware SPSS). Einzig die Antworten auf die offene Frage nach der Beschreibung allfälliger Problematiken im Versorgungssystem wurden zusammen mit den Ergebnissen der Gruppengespräche und Einzelinterviews qualitativ ausgewertet und im **Kapitel 8** dargestellt.

Die deskriptivstatistischen Analysen wurden – wo nicht anders vermerkt – mit den gewichteten Daten vorgenommen, für die inferenzstatistischen Analysen ist der Einsatz einer Gewichtung nicht notwendig, da die verwendeten Gewichtungsvariablen nicht endogen sind und Residuen bei Heteroskedastizitätsfällen robust geschätzt wurden.²⁰ Da für Alter und Geschlecht in den Zentrumsfragebögen nur Anteilswerte vorhanden waren, wurde ausschliesslich für die Faktoren Fachtitel, Setting, Raumgliederung und Sprache getestet. Fachtitel waren zwar in den Zentrumsfragebögen ebenfalls ausschliesslich

¹⁹ Aufteilung zwischen Fachtiteln gemäss FMH-Statistik: 83% Fachtitel Erwachsenenpsychiatrie- und Psychotherapie, 14% Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 3% beide Fachtitel.

²⁰ Solon 2015: <http://jhr.uwpress.org/content/50/2/301.refs>

Anteilswerte vorhanden, hier wurde jedoch eine eindeutige Zuteilung aufgrund der mehrheitlich vorhandenen Fachpersonen vorgenommen.²¹ Um den Fragebogen nicht noch länger zu machen, als er bereits war, wurde die Sprachwahl (Deutsch oder Französisch) als Proxyvariable für Deutschschweiz bzw. Romandie eingesetzt. Zusätzlich wurde in den inferenzstatistischen Analysen für die Anzahl der in einer Gruppenpraxis oder Institution tätigen Psychiater/innen kontrolliert.

Da nicht alle Psychiater/innen die Befragung bis zum Schluss ausgefüllt hatten, variierte die Zahl der ausgewerteten Fragebögen je nach Frage. Entsprechende Angaben finden sich in den Tabellen im Anhang.

6.2 Arbeitssituation und Tätigkeitsbereiche

Zu Beginn der Befragung wurden die Psychiater/innen gebeten anzugeben, mit wie vielen bzw. welchen weiteren Fachpersonen sie an ihrem Arbeitsort zusammen arbeiten. Psychiater/innen, die den Individualfragebogen ausfüllten und angaben, in einer Praxis oder Gruppenpraxis tätig zu sein, wurden gefragt, wie viele delegiert tätige Psycholog/innen sie angestellt haben. Im Durchschnitt kommen auf eine/n Psychiater/in mit Fachtitel «Psychiatrie und Psychotherapie» 0.7 delegierte/r Psycholog/in, auf eine/n Psychiater/in mit Fachtitel «Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie» 0.9 delegierte/r Psycholog/in und auf eine/n Psychiater/in mit beiden Fachtiteln 0.8 delegierte/r Psycholog/in. Die statistische Zusammenhangsanalyse ergab keine signifikanten Zusammenhänge nach Fachtitel, Gemeindetyp, Geschlecht, Alter in Bezug auf die Anzahl angestellter delegiert tätiger Psycholog/innen. Einzig bezüglich Sprachgebiets zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang insofern als in der Romandie die Anzahl höher ist als in der Deutschschweiz (siehe **Tabelle 38** im Anhang, ebenso ein Lesebeispiel für die Tabellen der Inferenzstatistik). Psychiater/innen, die den Zentrumsfragebogen ausfüllten, wurden nach der Anzahl der insgesamt in ihrer Institution angestellten Fachpersonen pro Berufsgruppe gefragt. In der **Tabelle 6** sind die entsprechenden Mittelwerte zu sehen. Demnach arbeiten in einer ambulanten Institution im Schnitt 6 Erwachsenenpsychiater/innen.

Tabelle 6: Arbeitsteams von Psychiater/innen in Institutionen, Mittelwerte (Mediane)

Fachtitel Setting	Psychiatrie und Psychotherapie		Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	
	Inst. amb.	Inst. stat.	Inst. amb.	Inst. stat.
Ärzt/innen mit Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie (oder ausländischem Äquivalent)	6 (5)	32 (10)	1 (1)	0 (0)
Ärzt/innen mit Facharzttitel Kinder- und Jugendpsychiatrie (oder ausländischem Äquivalent)	0 (0)	0 (0)	7 (6)	14 (18)
Ärzt/innen mit beiden Facharzttiteln Psychiatrie und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie (oder ausländischen Äquivalenten)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)
Ärzt/innen mit anderen Facharzttiteln als Psychiatrie	1 (1)	1 (0)	1 (2)	1 (1)
Assistenzärzt/innen	5 (3)	25 (43)	7 (5)	18 (28)
Psycholog/innen	6 (4)	23 (25)	42 (7)	40 (50)
Pflegefachpersonen	6 (5)	192 (300)	3 (1)	63 (80)
Weitere behandelnde Personen (z.B. Sozialarbeiter/innen, Ergotherapeut/innen, Physiotherapeut/innen, Logopäde/innen etc.)	4 (2)	18 (20)	29 (8)	26 (30)

Anmerkung: Inst. amb.= Institution ambulant oder intermediär; Inst. stat. = Institution stationär oder gemischt
Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

²¹ Da im Zentrumsfragebogen nicht alle soziodemographischen Angaben pro Psychiater/in auf Individualebene erhoben werden konnten, wurde für die Fachtitel-Zuordnung in Institutionen folgende Regel angewendet: wenn der Anteil des einen oder anderen Fachtitels $\geq 75\%$ betrug wurden alle Personen dem entsprechenden Fachtitel zugeordnet, ansonsten wurden alle der Kategorie «beide Fachtitel» zugeordnet. Bei der Datenanalyse wies die Kategorie «beide Fachtitel» je ausgewerteter Datenzeile meist ein $n < 5$ auf. Deshalb wurde sie bei der Darstellung der deskriptiven Ergebnisse weggelassen.

Im Zusammenhang mit der für die OECD-Studie (2014) berechneten Psychiaterdichte für die Schweiz stellt sich die Frage, ob die gezählten Psychiater/innen mehrheitlich Vollzeit tätig sind, oder ob das effektive Angebot an Behandlungsplätzen bei Psychiater/innen aufgrund einer hohen Teilzeittätigkeit von Psychiater/innen eigentlich tiefer ist. Die befragten Psychiater/innen wurden deshalb gebeten anzugeben, in welchem Umfang sie in welchem Setting als Psychiater/in in einer normalen Arbeitswoche tätig sind. Der Arbeitsumfang konnte dabei in Halbtagen (à 4-6 Stunden) oder in Stellenprozenten angegeben werden. Ein Drittel der Ärzt/innen mit Fachtitel «Psychiatrie und Psychotherapie» arbeitet zu einem Beschäftigungsgrad von weniger als 80 Prozent. Bei den Ärzt/innen mit Fachtitel «Kinder- und Jugendpsychiatrie» sind es 39 Prozent. Die Ergebnisse, zusätzlich auch unterschieden nach Arbeitssetting, sind in der **Tabelle 7** dargestellt.

Die Analyse hinsichtlich statistisch signifikanter Zusammenhänge ergab, dass in Institutionen, insbesondere in stationären oder gemischten Institutionen im Vergleich zur Praxis häufiger zu einem höheren Beschäftigungsgrad und seltener zu einem tieferen Beschäftigungsgrad gearbeitet wird. In der Romandie wird zudem im Vergleich zur Deutschschweiz öfter Vollzeit gearbeitet (die Analyseergebnisse finden sich in der **Tabelle 38** im Anhang).

Tabelle 7: Beschäftigungsgrad der Psychiater/innen nach Fachtitel und Setting

Fachtitel	Beschäftigungsgrad	Einzel- oder Gruppenpraxis	Institution: ambulant/ intermediär	Institution: stationär/ gemischt	Gesamt
Psychiatrie und Psychotherapie	unter 60%	20%	10%	18%	18%
	60 bis 79%	21%	12%	9%	15%
	80 bis 99%	27%	40%	25%	29%
	100%	32%	39%	48%	39%
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	unter 60%	23%	12%	9%	20%
	60 bis 79%	22%	10%	13%	19%
	80 bis 99%	28%	36%	26%	29%
	100%	28%	42%	52%	32%

Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

Weiter wurden die Psychiater/innen nach der prozentualen Verteilung der Arbeitszeit ihrer Haupttätigkeit auf verschiedene Tätigkeitsbereiche gefragt (Ergebnisse siehe **Tabelle 8**). Bei beiden Fachtitel-Kategorien beträgt der Anteil der medizinischen patientennahen Tätigkeiten im Durchschnitt rund 60 Prozent. Die übrigen 40 Prozent werden zu einem grossen Anteil für administrative Tätigkeiten (durchschnittlich 14%, bzw. 15%) sowie eigene Fort- und Weiterbildung (durchschnittlich 7% bei beiden Fachrichtungen) eingesetzt. Ein wesentlich kleinerer Anteil wird beispielsweise für gutachterliche oder organisatorische Tätigkeiten ohne Bezug zu Patient/innen eingesetzt. Zusätzlich zu den vorgegebenen Kategorien wurden unter «Andere» oder ergänzenden Bemerkungen von einigen Psychiater/innen angegeben, dass sie ihre Zeit für berufs- und standespolitische Tätigkeiten oder für Öffentlichkeits- oder Vernetzungsarbeiten einsetzen.

Die statistischen Testungen zeigten unterschiedlich starke Zusammenhänge zwischen den Settings Institution oder Praxis und bestimmten Tätigkeitskategorien. So ist in Institutionen der Anteil an medizinischen patientennahen Tätigkeiten sowie der Anteil für eigene Fort- und Weiterbildung signifikant tiefer als in der Praxis, hingegen der Anteil für Bereitschafts- und Notfalldienst, für die Führung von Mitarbeitenden, für organisatorische Tätigkeiten ohne Bezug zu Patient/innen, für Tätigkeiten in Ausbildung und Lehre sowie für Forschungstätigkeiten signifikant höher. Der Anteil «Anderer» Tätigkeiten ist bei Kinder- und Jugendpsychiater/innen signifikant höher als bei Erwachsenenpsychiater/innen. Psychiater/innen in ländlichen Gebieten wenden einen signifikant höheren Anteil ihrer Arbeitszeit für organisatorische Tätigkeiten auf als ihre städtischen Kolleg/innen, was mit aufwändigerer Vernet-

zungsarbeit zusammenhängen könnte, aber auch mit fehlenden niederschweligen Angeboten zur Unterstützung bei psychosozialen Problemen (Ergebnisse und weitere Zusammenhänge sind in der **Tabelle 38** im Anhang zu finden).

Tabelle 8: Verteilung der Tätigkeiten nach Fachtitel und Setting

Fachtitel	Tätigkeiten	Einzel- oder Gruppenpraxis	Ambulante/intermediäre Inst.	Stationäre/gemischte Inst.	Gesamt
Psychiatrie und Psychotherapie	Medizinische patientennahe Tätigkeiten	64%	43%	43%	59%
	Bereitschafts- und Notfalldienst	2%	8%	8%	4%
	Gutachterliche Tätigkeit	3%	4%	2%	3%
	Administrative Tätigkeiten	14%	15%	21%	15%
	Führung von Mitarbeitenden	2%	12%	8%	4%
	Organisatorische Tätigkeiten ohne Bezug zu Patient/innen	2%	6%	4%	3%
	Tätigkeit in Ausbildung und Lehre	4%	6%	5%	4%
	Forschungstätigkeit	1%	1%	1%	1%
	eigene Fort- und Weiterbildung	8%	5%	7%	7%
	Andere	1%	1%	0%	1%
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Medizinische patientennahe Tätigkeiten	64%	50%	55%	60%
	Bereitschafts- und Notfalldienst	1%	7%	8%	3%
	Gutachterliche Tätigkeit	2%	3%	4%	3%
	Administrative Tätigkeiten	15%	14%	12%	14%
	Führung von Mitarbeitenden	2%	6%	8%	4%
	Organisatorische Tätigkeiten ohne Bezug zu Patient/innen	2%	3%	3%	2%
	Tätigkeit in Ausbildung und Lehre	3%	10%	4%	4%
	Forschungstätigkeit	0%	1%	1%	1%
	eigene Fort- und Weiterbildung	8%	4%	4%	7%
	Andere	2%	0%	1%	2%

Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

In der **Tabelle 9** finden sich die Ergebnisse auf die Frage, ob die Psychiater/innen im Rahmen der Behandlung von Patient/innen zusätzliche Aufgaben übernehmen, bei denen sie den Eindruck haben, dass diese eigentlich über ihre psychiatrisch-psychotherapeutischen Kernaufgaben hinausgehen. Die Befragten konnten jedoch auch angeben, dass sie die aufgeführten Beispiele als zu ihren Kernaufgaben gehörig betrachten. Es zeigt sich, dass unabhängig vom Fachtitel und insgesamt über das Angebotssetting hinweg mit 23 bzw. 20 Prozent am häufigsten sozialarbeiterische Aufgaben (z.B. Unterstützung bei Kommunikation mit Behörden) und mit 20 bzw. 17 Prozent allgemeine Lebensberatung übernommen und als Nicht-Kernaufgaben betrachtet werden. Die Übernahme von hausärztlichen Aufgaben ist insbesondere bei Kinder- und Jugendpsychiater/innen selten (2%). Ergänzend wurden zusätzlichen Tätigkeiten angegeben, so beispielsweise Vernetzungsarbeit und Informationsaustausch mit Arbeitgebern, Behörden, Lehrpersonen und Versicherungen. Auch genannt wurden medizinische Aufklärungsarbeiten, Beratung von Patient/innen (Ernährung, Finanzen, Erziehung), Psychoedukation oder schulpsychologische Aufgaben. Während diese Daten Hinweise auf grundsätzliche Häufigkeiten geben, wurde der effektive Umfang (Arbeitsstunden) der genannten Tätigkeiten nicht erhoben.

Die Zusammenhangsanalyse zeigte, dass in stationären bzw. gemischten Institutionen im Vergleich zur Praxis signifikant häufiger hausärztliche Aufgaben übernommen werden. Dies ist möglicherweise dadurch zu erklären, dass bei einer ambulanten Behandlung (in Praxis oder ambulanter Institution) weiterhin eine hausärztliche Begleitung wahrgenommen wird, bei einem stationären Aufenthalt ist dies jedoch nicht möglich. Kinder- und Jugendpsychiater/innen übernehmen signifikant seltener hausärztliche Aufgaben als ihre Kolleg/innen im erwachsenenpsychiatrischen Bereich. Sozialarbeiterische Auf-

gaben werden von Psychiater/innen in stationären bzw. gemischten Institutionen im Vergleich zur Praxis hingegen eher seltener übernommen. Dies lässt sich vermutlich dadurch erklären, dass im stationären Setting solche Aufgaben effektiv von Sozialarbeiter/innen wahrgenommen werden, im ambulanten Setting (Praxis oder ambulante Institution) jedoch in der Regel keine Sozialarbeiter/innen ins Behandlungsteam eingebunden sind. Begleitung im Alltag sowie allgemeine Lebensberatung sind Aufgaben, die von Psychiater/innen mit Tätigkeit in der Agglomeration im Vergleich zu denjenigen in der Stadt sowie von Psychiater/innen in der West- im Vergleich zur Deutschschweiz deutlich häufiger übernommen werden (siehe **Tabelle 38** im Anhang).

Tabelle 9: Zusätzliche Tätigkeiten

Fachtitel	Zusatztätigkeiten	Einzel- oder Gruppenpraxis				Ambulante/intermediäre Inst.				Stationäre/gemischte Inst.				Gesamt			
		häufig	manchmal	seltener	Kern	häufig	manchmal	seltener	Kern	häufig	manchmal	seltener	Kern	häufig	manchmal	seltener	Kern
Psychiatrie und Psychotherapie	Hausärztliche Aufgaben (d.h. medizinische Behandlung von nicht-psychiatrischen Problemen)	5%	23%	71%	1%	9%	30%	61%	0%	56%	28%	14%	1%	14%	24%	61%	1%
	Begleitung im Alltag/Alltagsgestaltung	13%	34%	51%	2%	10%	43%	47%	0%	2%	78%	20%	0%	11%	42%	46%	1%
	Sozialarbeiterische Aufgaben (z.B. Unterstützung bei Kommunikation mit Behörden)	27%	42%	30%	1%	22%	60%	18%	0%	5%	71%	23%	0%	23%	48%	28%	1%
	Allgemeine Lebensberatung	24%	37%	35%	4%	9%	63%	28%	0%	7%	57%	36%	0%	20%	43%	35%	3%
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Hausärztliche Aufgaben (d.h. medizinische Behandlung von nicht-psychiatrischen Problemen)	3%	12%	85%	0%	0%	11%	89%	0%	0%	0%	100%	0%	2%	10%	88%	0%
	Begleitung im Alltag/Alltagsgestaltung	11%	38%	52%	0%	40%	30%	30%	0%	0%	25%	75%	0%	13%	34%	52%	0%
	Sozialarbeiterische Aufgaben (z.B. Unterstützung bei Kommunikation mit Behörden)	18%	58%	23%	0%	9%	74%	15%	2%	36%	8%	57%	0%	20%	52%	27%	0%
	Allgemeine Lebensberatung	23%	35%	42%	0%	11%	65%	24%	0%	2%	17%	81%	0%	17%	37%	46%	0%

Anmerkung: Von der ursprünglich 5stufigen Skala (sehr häufig, häufig, manchmal, selten, nie) wurden die Randkategorien zur besseren Übersicht zusammengefasst; Kern = Kernaufgabe
Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

6.3 Behandlungsweisen und Spezialisierungen

In einem weiteren Frageblock ging es darum, von den Psychiater/innen zu erfahren, nach welcher therapeutischen Richtung, mit welchen Behandlungsweisen und mit welchen Spezialisierungen sie arbeiten. In der **Tabelle 10** sind Ergebnisse der Frage dargestellt, nach welcher bzw. welche/n Richtung/en mehrheitlich gearbeitet wird. Ungeachtet des Angebotssettings arbeiten Erwachsenenpsychiater/innen mehrheitlich mit psychodynamischen / psychoanalytischen Therapiemethoden (65%), Kinder- und Jugendpsychiater/innen mehrheitlich mit systemischen Therapiemethoden (61%). Unter den zusätzlichen eigenen Nennungen wurden integrative/eklektische und traumatherapeutische Methoden am häufigsten genannt. Am zweithäufigsten wurden Hypnose und pharmakologische Anwendungen aufgeführt.

Die statistische Zusammenhangsanalyse ergab unter anderem, dass Kinder- und Jugendpsychiater/innen im Vergleich zu Erwachsenenpsychiater/innen seltener kognitiv-verhaltenstherapeutisch, hingegen jedoch häufiger systemisch arbeiten. In Institutionen wird im Vergleich zur Praxis häufiger die kognitiv-verhaltenstherapeutische Richtung eingesetzt. In der Deutschschweiz wird im Vergleich zur Romandie seltener psychodynamisch/ psychoanalytisch und häufiger kognitiv-verhaltenstherapeutisch oder systemisch gearbeitet (Ergebnisse siehe **Tabelle 39** im Anhang).

Tabelle 10: Therapeutische Richtung / Methode nach Fachtitel und Arbeitssetting

Fachtitel	Richtung	Einzel- oder Gruppenpraxis	Ambulante/ intermediäre Inst.	Stationäre/ gemischte Inst.	Gesamt
Psychiatrie und Psychotherapie	Psychodynamische/ psychoanalytische R.	65%	48%	74%	65%
	Kognitiv-verhaltenstherapeutische Richtung	42%	86%	93%	55%
	Systemische Richtung	36%	76%	33%	39%
	Andere Richtung	33%	16%	6%	26%
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Psychodynamische/ psychoanalytische R.	56%	87%	40%	56%
	Kognitiv-verhaltenstherapeutische Richtung	31%	34%	63%	39%
	Systemische Richtung	58%	55%	75%	61%
	Andere Richtung	25%	32%	1%	20%

Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich
Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

Weiter gaben die Psychiater/innen an, bei welchem Prozentsatz der von ihnen in den letzten zwei Wochen behandelten Patient/innen sie welche Behandlungsweisen angewendet hatten. Zur Auswahl wurden unter anderem die im Curriculum für den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie beschriebenen Behandlungsformen²² sowie in der Tarifstruktur TARMED unterschiedene Behandlungssettings vorgegeben. Betrachtet man die Gesamtwerte über das Angebotssetting hinweg (Ergebnisse in **Tabelle 11**), wird unabhängig vom Fachtitel bei ungefähr der Hälfte der Patient/innen (55 bzw. 46%) über eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsweise²³ berichtet. Bei Erwachsenenpsychiater/innen erfolgt die Behandlung meist als Einzeltherapie (73%), bei Kinder- und Jugendpsychiater/innen entweder als Einzel- oder Familientherapie (zusammen 63%).

Die Ergebnisse der statistischen Zusammenhangsanalyse (**Tabelle 39** im Anhang) zeigten beinahe bei allen Behandlungsweisen Unterschiede zwischen Institution und Praxis. Im Vergleich zur Praxis werden in Institutionen: häufiger integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung, häufiger notfallpsychiatrische Behandlung und Krisenintervention, seltener Einzelsetting und häufiger Gruppensetting eingesetzt. Zudem findet öfter ein Einbezug von Angehörigen oder Freunden von Patient/innen statt. Weitere Unterschiede zeigen sich spezifisch zwischen stationär / gemischten Institutionen und Praxis. So werden stationär öfter Pharmakotherapie (oder andere biologische Behandlungsmethoden), öfter sozialpsychiatrische Behandlung und mehr Familientherapien eingesetzt. Teilweise finden sich weitere Unterschiede z.B. bezüglich Gemeindetyp, Sprache oder Fachtitel. So behandeln Kinder- und Jugendpsychiater/innen beispielsweise häufiger im Familien- oder Gruppensetting als Erwachsenenpsychiater/innen. Ausserdem arbeiten sie signifikant häufiger unter Einbezug von Angehörigen / Freunden ihrer Patient/innen.

²² Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH: Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2009, letzte Revision 31. Oktober 2013; abgerufen unter <http://www.fmh.ch/bildung-siwf/fachgebiete/facharzttitel-und-schwerpunkte/psychiatrie-psychotherapie.html>

²³ Eine Diskussion der Unterscheidung zwischen Integrierter Psychiatrisch-Psychotherapeutischer Behandlung und Psychotherapie im engeren Sinne findet sich bei Boggio et al. (2008)

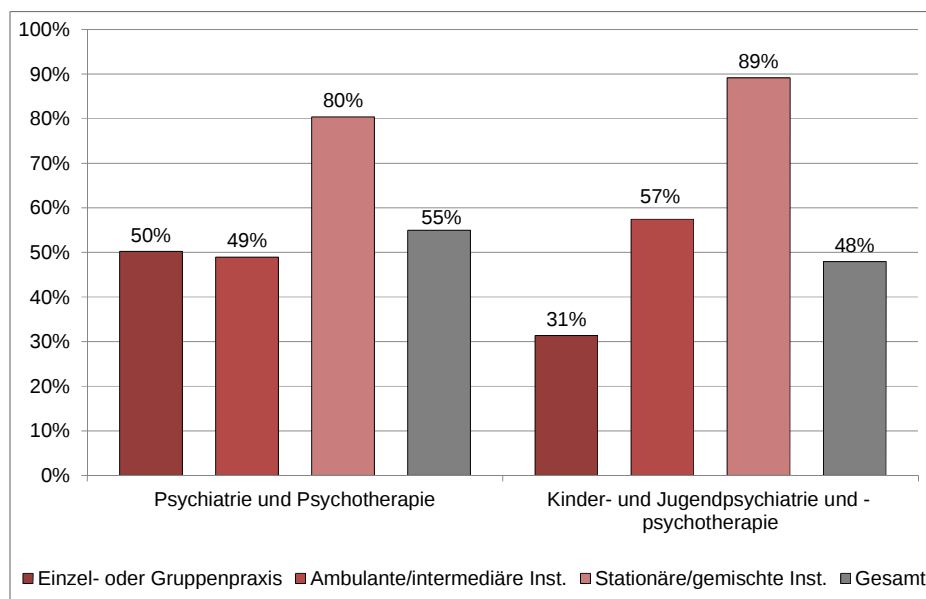
In der **Abbildung 4** sind die Ja-Anteile auf die Frage zu sehen, ob sich die Psychiater/innen auf die Behandlung bestimmter psychischer Erkrankungen spezialisiert haben. Am höchsten sind die Anteile bei Psychiater/innen in stationären bzw. gemischten Institutionen (80 bzw. 89%). In der Zusammenhangsanalyse zeigt sich dies durch einen knapp signifikanten Koeffizienten der Anzahl Personen in einer Institution: je grösser eine Institution, umso höher der Spezialisierungsgrad. Kinder- und Jugendpsychiater/innen sind signifikant weniger häufig spezialisiert als Erwachsenenpsychiater/innen. Weiter ist der Grad an Spezialisierung auf dem Land knapp signifikant tiefer als in der Stadt (Ergebnisse **Tabelle 39** im Anhang).

Tabelle 11: Behandlungsweisen nach Fachtitel und Angebotssetting

Fachtitel	Behandlungsweise	Einzel- oder Gruppenpraxis	Ambulante/intermediäre Inst.	Stationäre/gemischte Inst.	Gesamt
Psychiatrie und Psychotherapie	Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung	50%	61%	75%	55%
	Psychotherapie im engeren Sinne	33%	23%	50%	35%
	Pharmakotherapie (oder andere biologische Behandlungsmethoden)	34%	40%	62%	39%
	Notfallpsychiatrische Behandlung und Krisenintervention	7%	15%	47%	14%
	Sozialpsychiatrische Behandlung	17%	25%	50%	23%
	Einzeltherapie	76%	77%	54%	73%
	Paartherapie	5%	4%	6%	5%
	Familientherapie	4%	5%	8%	4%
	Gruppentherapie	2%	12%	51%	11%
	Einbezug von Angehörigen / Freunden von Patient/in	13%	26%	52%	21%
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung	38%	50%	74%	46%
	Psychotherapie im engeren Sinne	36%	18%	36%	34%
	Pharmakotherapie (oder andere biologische Behandlungsmethoden)	19%	18%	27%	20%
	Notfallpsychiatrische Behandlung und Krisenintervention	6%	11%	21%	9%
	Sozialpsychiatrische Behandlung	13%	18%	45%	19%
	Einzeltherapie	50%	19%	42%	44%
	Paartherapie	2%	0%	1%	1%
	Familientherapie	15%	25%	30%	19%
	Gruppentherapie	0%	8%	11%	3%
	Einbezug von Angehörigen / Freunden von Patient/in	29%	23%	79%	36%

Anmerkung: Da sich die einzelnen Behandlungsweisen nicht alle gegenseitig ausschliessen, ergibt das Total nicht 100 Prozent
 Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

Abbildung 4: Anteil Personen mit Spezialisierung auf die Behandlung bestimmter Erkrankungen



Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

Wer die Frage nach der Spezialisierung bejahte, wurde zusätzlich nach der Art der Spezialisierung gefragt sowie danach, welchen Anteil des Arbeitsvolumens die Behandlung der Patient/innen mit den Erkrankungsbildern der eigenen Spezialisierung in Anspruch nimmt. Bei der Art der Spezialisierung wurden mehr als sieben verschiedene aufgezählt. Erwähnt wurden dabei vor allem Spezialisierungen auf Persönlichkeitsstörungen, Depressionen und Traumata. Ebenfalls oft genannt wurden Spezialisierungen auf die Behandlung von ADHS, Angststörungen und affektive Erkrankungen. Der Anteil am Arbeitsvolumen beträgt bei den Erwachsenenpsychiater/innen im Schnitt 64 Prozent und bei den Kinder- und Jugendpsychiater/innen 51 Prozent.

Zum Schluss dieses Themenblocks wurde erhoben, inwiefern sich die befragten Psychiater/innen in ihrer Tätigkeit an bestehenden Leitlinien und Empfehlungen nationaler und internationaler Fachverbände zur Behandlung spezifischer psychischer Erkrankungen orientieren. In der **Tabelle 12** sind die entsprechenden Ergebnisse nach Fachtitel und Arbeitssetting abgebildet. Psychiater/innen in Institutionen orientieren sich häufiger an Leitlinien und Empfehlungen, wie sich auch in der Analyse der statistischen Zusammenhänge zeigt (Ergebnisse siehe **Tabelle 39** im Anhang).

Tabelle 12: Häufigkeit der Orientierung an Leitlinien und Empfehlungen

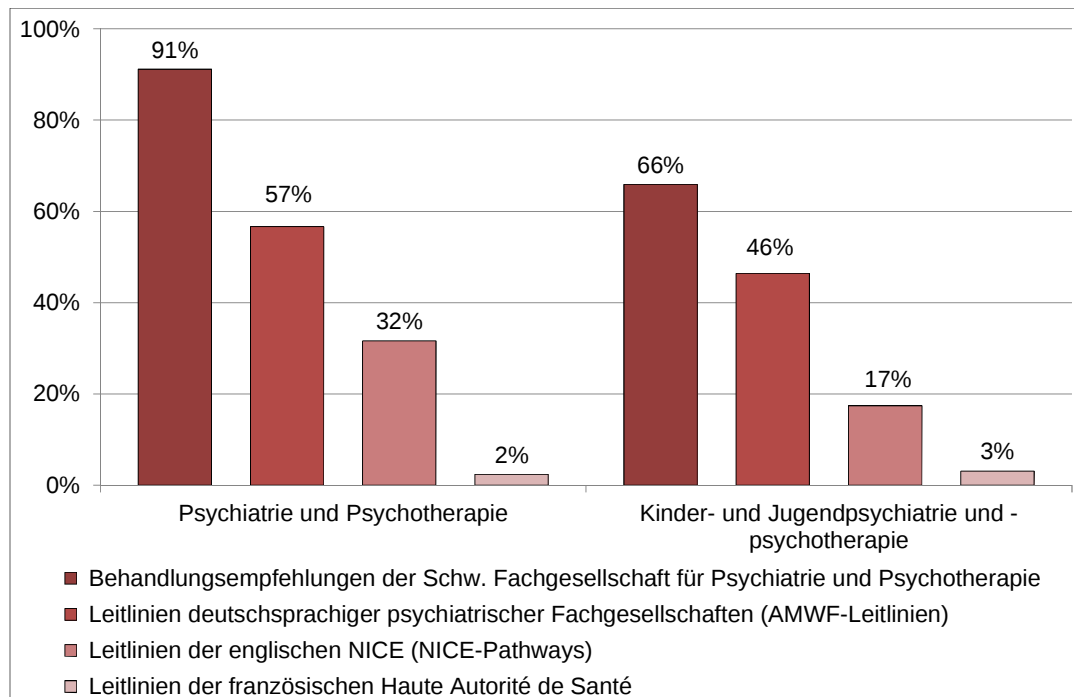
Fachtitel	Einzel- oder Gruppenpraxis			Ambulante/intermediäre Inst.			Stationäre/gemischte Inst.		
	oft / (fast) immer	manchmal	selten / (fast) nie	oft / (fast) immer	manchmal	selten / (fast) nie	oft / (fast) immer	manchmal	selten / (fast) nie
Psychiatrie und Psychotherapie	62%	25%	14%	82%	14%	4%	99%	1%	0%
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	61%	23%	16%	89%	11%	0%	100%	0%	0%

Anmerkung: Von der ursprünglich 5stufigen Skala wurden die Randkategorien zur besseren Übersicht zusammengefasst
 Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

Wer geantwortet hat, sich an Leitlinien zu orientieren, wurde weiter gefragt, welche der angegebenen Leitlinien/Empfehlungen konsultiert werden. Die Ergebnisse in der **Abbildung 5** zeigen, dass insbesondere die Behandlungsempfehlungen der Schweizerischen Fachgesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP oft genutzt werden. Zusätzlich zu den vorgeschlagenen Leitlinien orientieren

sich die befragten Psychiater/innen an empirischer Literatur (z.B. Cochrane-Reviews), Fachbüchern generell und weiter v.a. an Grundlagen folgender Quellen: Fachgesellschaft eigener Schwerpunkt (Alter, Konsiliar- und Liaison, Forensik, Sucht), American Psychiatric Association (APA), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN).

Abbildung 5: Häufigkeit der konsultierten Leitlinien/Empfehlungen



Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich
Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

6.4 Auslastung und Rekrutierung Fachpersonal

Zentrale Fragen, um Hinweise auf eine allfällige Unterversorgung zu erhalten, sind Fragen nach Auslastung, Wartefristen sowie dem Vorhandensein von Fachpersonal. In der **Tabelle 13** sind die Ergebnisse auf die Frage zu sehen, wie stark die befragten Psychiater/innen in den letzten 3 Monaten in ihrer psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeit ausgelastet waren. Sowohl bei den Erwachsenenpsychiater/innen als auch bei den Kinder- und Jugendpsychiater/innen gab der grösste Anteil an, überlastet zu sein (59 bzw. 68%), gefolgt von einer ziemlich passenden Auslastung (37 bzw. 25%). Deutlich am grössten ist die Überlastung von Kinder- und Jugendpsychiater/innen im institutionellen Bereich (ambulant/intermediär = 89%, stationär/gemischt = 92%).

In den statistischen Testungen zeigt sich, dass in stationären Institutionen im Vergleich zur Praxis die Behandlung zusätzlicher Patient/innen als signifikant eher möglich angegeben wird. Psychiater/innen in der Romandie sind zudem signifikant öfter passend ausgelastet und weniger oft überlastet (Ergebnisse **Tabelle 40** im Anhang).

Tabelle 13: Auslastung in den letzten 3 Monaten nach Fachtitel und Arbeitssetting

Fachtitel	Auslastung	Einzel- oder Gruppenpraxis	Ambulante/intermediäre Inst.	Stationäre/gemischte Inst.	Gesamt
Psychiatrie und Psychotherapie	Ziemlich passende Auslastung, d.h. ich hätte höchstens noch 1-2 Patient/innen zusätzlich behandeln können.	32%	39%	58%	37%
	Behandlung zusätzlicher Patient/innen wäre möglich gewesen.	5%	1%	1%	4%
	Mehrheitliche Überlastung, d.h. ich arbeitete zu höherem Pensum als angestrebt oder Patient/innen mussten warten.	63%	60%	41%	59%
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Ziemlich passende Auslastung, d.h. ich hätte höchstens noch 1-2 Patient/innen zusätzlich behandeln können.	32%	11%	6%	25%
	Behandlung zusätzlicher Patient/innen wäre möglich gewesen.	9%	0%	2%	7%
	Mehrheitliche Überlastung, d.h. ich arbeitete zu höherem Pensum als angestrebt oder Patient/innen mussten warten.	58%	89%	92%	68%

Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

Auf die Frage, ob es bei der befragten Person bzw. deren Institution / Angebot vorkommt, dass Patient/innen warten müssen, bevor sie mit einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung beginnen können oder dass neue Patient/innen infolge mangelnder Kapazitäten abgewiesen werden müssen, ist der Anteil der Bejahenden relativ hoch (81 bzw. 82%), wie **Tabelle 14** zeigt. Am geringsten ist der Ja-Anteil in stationären/gemischten Institutionen. In der statistischen Zusammenhangsanalyse zeigt sich dies in einem knapp signifikanten negativen Zusammenhang mit der Anzahl Personen je Institution. Kinder- und Jugendpsychiater/innen geben zudem knapp signifikant seltener an, dass Patient/innen warten müssen oder abgewiesen werden. In der Deutschschweiz ist der Anteil der die Frage Bejahenden signifikant höher als in der Romandie (**Tabelle 40** im Anhang).

Tabelle 14: Vorkommen, dass Patient/innen warten müssen o. mangels Kapazität abgewiesen werden

Fachtitel	Einzel- oder Gruppenpraxis	Ambulante/intermediäre Inst.	Stationäre/gemischte Inst.	Gesamt
Psychiatrie und Psychotherapie	92%	56%	42%	81%
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	80%	64%	100%	82%

Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

Denjenigen Psychiater/innen, welche angegeben hatten, dass Wartefristen und Abweisung vorkämen, wurden zwei Anschlussfragen gestellt. Erstens wurde gefragt, wie viel die durchschnittliche Wartezeit im Verlauf der letzten drei Monate betragen hatte. Bei Erwachsenenpsychiater/innen liegt die Wartezeit im Schnitt bei 6 Wochen, bei Kinder- und Jugendpsychiater/innen sowie Psychiater/innen mit beiden Fachtiteln bei 7 Wochen (siehe **Tabelle 15**). Bei Kinder- und Jugendpsychiater/innen ist die Wartezeit im Vergleich zu den Erwachsenenpsychiater/innen signifikant länger, wie die entsprechenden statistischen Analysen zeigten. In stationären bzw. gemischten Institutionen ist die Wartezeit im Vergleich zur Praxis hingegen knapp signifikant kürzer (Ergebnisse siehe **Tabelle 40** im Anhang).

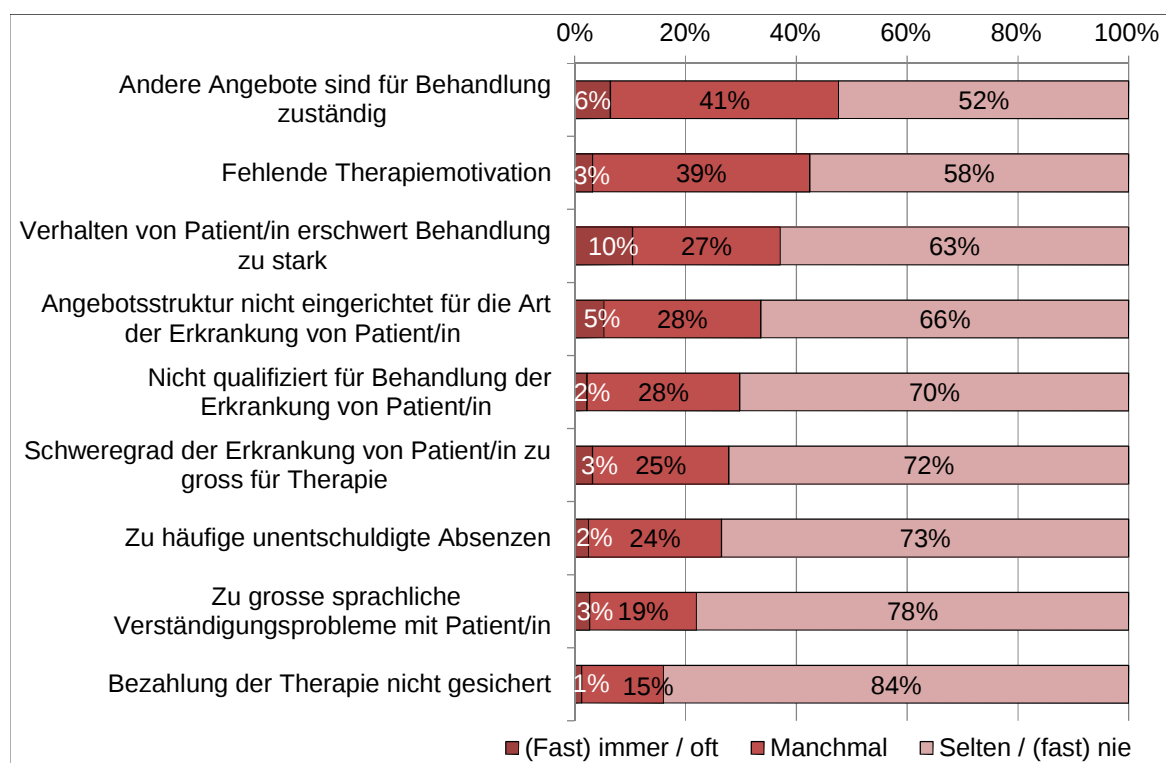
Tabelle 15: Durchschnittliche Wartezeit in Wochen

Fachtitel	Einzel- oder Gruppenpraxis	Ambulante/intermediäre Inst.	Stationäre/gemischte Inst.	Gesamt
Psychiatrie und Psychotherapie	6	4	4	6
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	8	5	6	7

Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

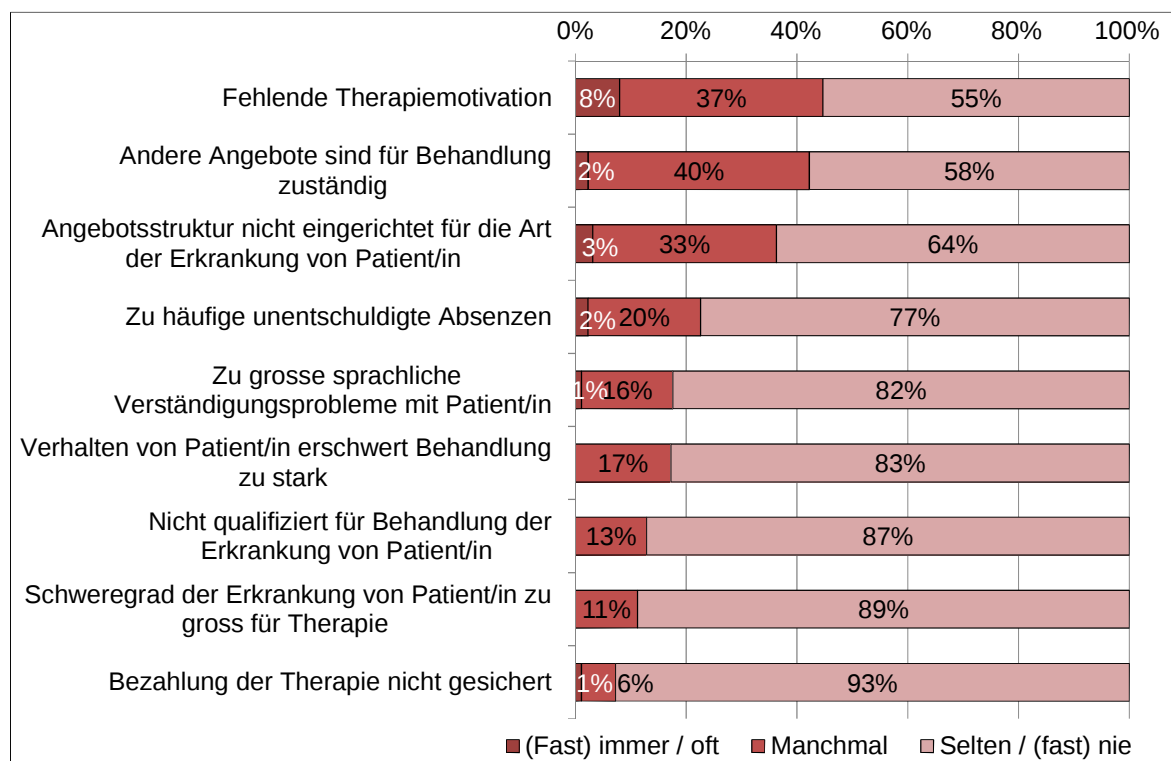
Wiederum an alle Psychiater/innen ging die Frage, wie oft im Bereich ihrer Tätigkeit eine Reihe von Gründen – abgesehen von Kapazitätsgründen – für die Ablehnung von Behandlungsgesuchen relevant ist. Betrachtet man die Kategorien «(fast) immer», «oft» und «manchmal» zusammen, sind sowohl bei Erwachsenen- als auch bei Kinder- und Jugendpsychiater/innen (siehe **Abbildung 6** und **Abbildung 7**) die zwei am häufigsten genannten Gründe, dass andere Angebote für die Behandlung zuständig sind oder die Therapiemotivation fehlt (alle deskriptiven Prozentwerte zusätzlich unterschieden nach Angebotssetting finden sich in der **Tabelle 37** im Anhang). Wiederum bei beiden Gruppen wird der Grund, die Bezahlung der Therapie sei nicht gesichert, am seltensten bejaht.

Abbildung 6: Gründe für Ablehnung von Behandlungsgesuchen, Erwachsenenpsychiater/innen



Anmerkung: Von der ursprünglich 5stufigen Skala wurden die Randkategorien zur besseren Übersicht zusammengefasst
 Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

Abbildung 7: Gründe für Ablehnung von Behandlungsgesuchen, Kinder- und Jugendpsychiater/innen



Anmerkung: Von der ursprünglich 5stufigen Skala wurden die Randkategorien zur besseren Übersicht zusammengefasst
 Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

Die statistische Zusammenhangsanalyse zeigt, dass auf dem Land weniger häufig angegeben wird, andere Angebote seien für die Behandlung zuständig oder die Finanzierung sei nicht gesichert. Von Kinder- und Jugendpsychiater/innen wird eine fehlende Therapiemotivation häufiger als von Erwachsenenpsychiater/innen als Grund für Ablehnungen genannt; seltener hingegen, man sei nicht qualifiziert für die Behandlung oder der Schweregrad der Erkrankung sei zu gross für die Therapie. Weiter bestehen einige signifikante Unterschiede zwischen den institutionell versus in der Praxis tätigen Psychiater/innen. So wird in ambulanten bzw. intermediären Institutionen signifikant seltener als in der Praxis ein Behandlungsgesuch abgewiesen, weil man für die Behandlung der Erkrankung von Patient/in nicht qualifiziert ist. Sowohl ambulant als auch stationär sind die folgenden Gründe im Vergleich zur Praxis signifikant seltener relevant: Schweregrad der Erkrankung von Patient/in zu gross für Therapie, zu grosse sprachliche Verständigungsprobleme mit Patient/in, Verhalten von Patient/in erschwert Behandlung zu stark. Das Thema der zu häufigen unentschuldigten Absenzen ist nur im stationären Setting signifikant seltener ein Grund im Vergleich zur Praxis (alle signifikanten Zusammenhänge siehe **Tabelle 40** im Anhang).

Schliesslich wurden die Psychiater/innen zur Situation der Stellenbesetzung und zur Praxisnachfolge befragt. Auf die Frage an die in einer Institution Tätigen, wie sich bei ihnen die Situation bezüglich der Rekrutierung von Fachpersonen gestalte, zeigt die **Tabelle 16**, dass insbesondere die Besetzung von Stellen von Ärzt/innen mit Facharzttitel Kinder- und Jugendpsychiatrie schwierig ist. In 82 Prozent der Institutionen müssen Stellen mit suboptimal qualifizierten Personen besetzt werden oder die Stellen bleiben länger als 3 Monate vakant. Auch bei der Rekrutierung von Erwachsenenpsychiater/innen ist der Anteil der Institutionen, die wesentliche Schwierigkeiten angeben mit 29 Prozent beträchtlich. Ergänzend wird von einigen Befragten vermerkt, dass Stellen – von Assistenzarztstellen bis zu Leitungsstellen – oft mit Psycholog/innen besetzt würden. Die Testung auf statistische Zusammenhänge

zeigt, dass Rekrutierungsprobleme bei Assistenzärzt/innen und Erwachsenenpsychiater/innen in der französischsprachigen Schweiz signifikant seltener auftreten als in der deutschsprachigen Schweiz (weitere Ergebnisse siehe **Tabelle 41** im Anhang).

Tabelle 16: Situation bezüglich der Rekrutierung von Fachpersonen in Institutionen

Fachtitel	Situation bei Stellenbesetzung	Rekrutierung von:		
		Assistenz- ärzt/innen	Ärzt/innen mit Fach- arzttitel Psychiatrie und Psychotherapie (oder ausländischem Äquivalent)	Ärzt/innen mit Facharzttitel Kinder- und Jugendpsychiatrie (oder ausländischem Äquivalent)
Psychiatrie und Psychotherapie	Stellen können mit guten oder meist mit guten Bewerber/innen besetzt werden	70%	71%	n/a
	Stellen bleiben teilweise über 3 Monate vakant oder müssen mit ungenügend qualifizierten Bewerber/innen besetzt werden	30%	29%	n/a
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Stellen können mit guten oder meist mit guten Bewerber/innen besetzt werden	43%	n/a	18%
	Stellen bleiben teilweise über 3 Monate vakant oder müssen mit ungenügend qualifizierten Bewerber/innen besetzt werden	57%	n/a	82%

Zellen mit n/a: Nicht auswertbar, da ungew. n<5

Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

Sowohl Psychiater/innen in der Praxis als auch in Institutionen wurden gefragt, wie sie in ihrem Einzugsgebiet die Situation bezüglich Anzahl psychiatrischer Praxen einschätzen. Sowohl von den Erwachsenenpsychiater/innen als auch von den Kinder- und Jugendpsychiater/innen geben rund 40 Prozent der Befragten an, dass die Zahl der neuen sich niederlassenden Psychiater/innen tendenziell kleiner ist als die Zahl der Praxis-schliessungen – die Nachfolge somit nicht gewährleistet ist. Die Zusammenhangsanalysen zeigen zudem, dass auf dem Land im Vergleich zur Stadt tendenziell häufiger ein Rückgang der Praxen konstatiert wird. Ausserdem erscheint in der Romandie die Praxisnachfolge insgesamt weniger problematisch als in der Deutschschweiz (**Tabelle 42** im Anhang).

Tabelle 17: Situation Praxisnachfolge

Fachtitel	Die Zahl der neuen Psychiater/innen, die sich niederlassen, ist ... die Zahl der Psychiater/innen, die ihre Praxistätigkeit beenden.	Einzel- oder Gruppenpraxis	Ambulante/intermediäre Inst.	Stationäre/gemischte Inst.	Gesamt
Psychiatrie und Psychotherapie	tendenziell grösser als	37%	25%	54%	38%
	etwa gleich gross wie	23%	45%	10%	23%
	tendenziell kleiner als	40%	30%	35%	39%
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	tendenziell grösser als	28%	18%	0%	22%
	etwa gleich gross wie	28%	59%	45%	36%
	tendenziell kleiner als	43%	23%	55%	43%

Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

6.5 Informationsaustausch und Einschätzung der Versorgungssituation

Die Psychiater/innen wurden gefragt, wie zufrieden sie in der Regel mit dem Informationsaustausch mit einer Reihe von Akteuren im Umfeld der Patient/innen sind. Die Zufriedenheit ist – unabhängig vom Fachtitel – mit den Hausärzt/innen mit rund 80 bis 90 Prozent am grössten (sehr zufrieden und zufrieden) (**Tabelle 18**).

Tabelle 18: Informationsaustausch mit anderen Akteuren

	Psychiatrie und Psychotherapie					Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie				
	(sehr) zufrieden	teils teils	(sehr) unzufrieden	*Akteur kaum involviert	*Kaum Austausch	(sehr) zufrieden	teils teils	(sehr) unzufrieden	*Akteur kaum involviert	*Kaum Austausch
Einzel- oder Gruppenpraxis										
Hausarzt/Hausärztin	75%	18%	4%	2%	2%	80%	17%	2%	2%	0%
Vorbehandelnde Fachperson / Institution	38%	39%	15%	5%	3%	47%	41%	9%	3%	0%
Nachbehandelnde Fachperson / Institution	31%	31%	13%	12%	14%	37%	40%	6%	8%	10%
Arbeitgeber (z.B. Chef/in, Personalverantwortliche/r, Case Manager/in)	26%	35%	11%	12%	17%	17%	28%	5%	22%	28%
IV-Berater/in	28%	37%	24%	3%	8%	28%	36%	16%	8%	13%
Case Manager/in der Taggeldversicherung	26%	22%	26%	12%	14%	11%	18%	5%	21%	45%
Institution: nur ambulant/intermediär										
Hausarzt/Hausärztin	65%	23%	10%	0%	2%	100%	0%	0%	0%	0%
Vorbehandelnde Fachperson / Institution	31%	56%	12%	0%	1%	96%	4%	0%	0%	0%
Nachbehandelnde Fachperson / Institution	65%	28%	1%	2%	3%	89%	11%	0%	0%	0%
Arbeitgeber (z.B. Chef/in, Personalverantwortliche/r, Case Manager/in)	8%	69%	0%	3%	19%	18%	29%	0%	2%	51%
IV-Berater/in	16%	60%	14%	0%	10%	27%	18%	13%	33%	9%
Case Manager/in der Taggeldversicherung	18%	59%	14%	1%	8%	13%	0%	0%	3%	85%
Institution: stationär/gemischt										
Hausarzt/Hausärztin	95%	5%	0%	0%	0%	45%	55%	0%	0%	0%
Vorbehandelnde Fachperson / Institution	73%	25%	1%	0%	1%	62%	38%	0%	0%	0%
Nachbehandelnde Fachperson / Institution	95%	5%	0%	0%	1%	51%	49%	0%	0%	0%
Arbeitgeber (z.B. Chef/in, Personalverantwortliche/r, Case Manager/in)	56%	26%	2%	8%	9%	32%	2%	0%	55%	11%
IV-Berater/in	59%	20%	4%	5%	12%	32%	2%	0%	66%	0%
Case Manager/in der Taggeldversicherung	56%	19%	5%	7%	13%	8%	25%	0%	40%	28%
Gesamt										
Hausarzt/Hausärztin	77%	16%	4%	1%	1%	77%	21%	1%	1%	0%
Vorbehandelnde Fachperson / Institution	43%	39%	12%	4%	3%	57%	35%	7%	2%	0%
Nachbehandelnde Fachperson / Institution	45%	26%	10%	9%	10%	47%	37%	4%	6%	7%
Arbeitgeber (z.B. Chef/in, Personalverantwortliche/r, Case Manager/in)	29%	37%	8%	10%	16%	20%	24%	3%	25%	29%
IV-Berater/in	32%	37%	20%	3%	9%	29%	28%	13%	21%	10%
Case Manager/in der Taggeldversicherung	30%	25%	21%	10%	13%	11%	17%	3%	22%	47%

Anmerkung: *Genauer Wortlaut der Antworten: Akteur kaum involviert = Habe kaum Patient/innen, bei denen dieser Akteur involviert ist; Kaum Austausch = Kann ich nicht beurteilen, da nie oder kaum Austausch besteht

Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

Gefolgt von der Zufriedenheit mit vor- oder nachbehandelnden Fachpersonen. Geringer ist die Zufriedenheit mit weiteren Akteuren wie Arbeitgeber – wobei mit diesem oft kein Austausch besteht – IV-Berater/in oder Case Manager/in. Generell zeigt sich, dass mit Hausarzt/Hausärztin sowie vorbehandelnder Fachperson eigentlich immer ein Austausch besteht (Werte in letzter Spalte Kategorie «kann ich nicht beurteilen, da nie oder kaum Austausch besteht» maximal 3%). Hingegen kommt es häufiger vor, dass mit Arbeitgeber, IV-Berater/in oder Case Manager/in kein oder kaum Austausch besteht (rund 10% oder mehr der Psychiater/innen geben dies an).

In Institutionen ist man im Vergleich zur Praxis eher zufrieden mit den nachbehandelnden Fachpersonen, wie die Signifikanztestung zeigt. Weiter sind Kinder- und Jugendpsychiater/innen im Vergleich zu den Erwachsenenpsychiater/innen signifikant zufriedener mit dem Informationsaustausch mit der vorbehandelnden Fachperson / Institution (weitere Ergebnisse **Tabelle 43** im Anhang).

In einem weiteren Frageblock ging es um eine Einschätzung der Versorgungssituation für psychisch erkrankte Personen. Die Psychiater/innen wurden gebeten zu beurteilen, wie sich das Gesamt der psychisch erkrankten Personen mit Behandlungsbedarf in ihrem Einzugsgebiet auf drei Kategorien der Versorgungssituation verteilt. Gemäss Einschätzung der Psychiater/innen (unabhängig vom Fachtitel) wird etwa die Hälfte der Betroffenen im eigenen Einzugsgebiet adäquat behandelt (**Tabelle 19**). Für geschätzt etwa einen Viertel der Betroffenen fehlen passende Behandlungsmöglichkeiten und rund ein weiterer Viertel der Betroffenen schliesslich nimmt gemäss Einschätzung die bestehenden und eigentlich passenden Behandlungsmöglichkeiten nicht in Anspruch. Die statistische Zusammenhangsanalyse ergab, dass in der Romandie der Anteil adäquat behandelter Personen knapp signifikant höher und der Anteil der Unterbeanspruchung signifikant tiefer beurteilt wird als in der Deutschschweiz (**Tabelle 43** im Anhang). Rund 35 Prozent der Antwortenden gaben allerdings an, dass sie die erfragten Aspekte der Versorgungssituation nicht beurteilen können.

Tabelle 19: Einschätzung Versorgungssituation I

Fachtitel	Anteil der Personen,...	Einzel- oder Gruppenpraxis	Ambulante/intermediäre Inst.	Stationäre/gemischte Inst.	Gesamt
Psychiatrie und Psychotherapie	...die adäquat behandelt werden	50%	52%	53%	51%
	... für die passende Behandlungsmöglichkeiten fehlen	22%	19%	28%	23%
	...welche die bestehenden und eigentlich passenden Behandlungsmöglichkeiten nicht in Anspruch nehmen	27%	29%	19%	27%
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	...die adäquat behandelt werden	46%	62%	56%	50%
	... für die passende Behandlungsmöglichkeiten fehlen	30%	18%	17%	26%
	...welche die bestehenden und eigentlich passenden Behandlungsmöglichkeiten nicht in Anspruch nehmen	25%	20%	27%	24%

Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

Weiter ging es um Einschätzung der Auslastung der Angebote im eigenen Einzugsgebiet. Der geschätzte Anteil der Angebote, die überlastet sind, liegt durchschnittlich bei rund der Hälfte der Angebote (**Tabelle 20**).

Tabelle 20: Einschätzung Versorgungssituation II

Fachtitel	Auslastung	Einzel- oder Gruppenpraxis	Ambulante/intermediäre Inst.	Stationäre/gemischte Inst.	Gesamt
Psychiatrie und Psychotherapie	Angebote, die gut ausgelastet sind	44%	48%	35%	44%
	Angebote, die überlastet sind	47%	45%	59%	48%
	Angebote, die zu wenig ausgelastet sind	9%	7%	7%	8%
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Angebote, die gut ausgelastet sind	39%	37%	39%	39%
	Angebote, die überlastet sind	53%	62%	60%	55%
	Angebote, die zu wenig ausgelastet sind	9%	1%	1%	6%

Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

Die Einschätzung des Anteils der Angebote, die zu wenig ausgelastet sind, betragen weniger als 10 Prozent. Auf dem Land wird im Vergleich zur Stadt der Anteil zu wenig ausgelasteter Angebote knapp signifikant tiefer eingeschätzt, wie die statistische Zusammenhangsanalyse zeigt. Weiter wird in der Romandie der Anteil gut ausgelasteter Angebote tiefer und der Anteil zu wenig ausgelasteter Angebote signifikant höher als in der Deutschschweiz eingeschätzt (**Tabelle 43** Anhang). Wiederum gaben jedoch rund 30 Prozent der Antwortenden an, dass sie die Frage nicht beurteilen könnten.

Bei der letzten Frage zur Beurteilung des Versorgungsangebots im eigenen Einzugsgebiet ging es um eine Einschätzung von Angeboten, die qualitativ nicht den aktuellen Anforderungen entsprechen oder quantitativ nicht notwendig wären (**Tabelle 21**). Der Anteil der Angebote, die fachlich nicht oder nicht mehr state of the art sind, wird im Durchschnitt auf 18 bzw. 15 Prozent geschätzt. Der geschätzte Anteil der Angebote, die von Personen in Anspruch genommen werden, bei denen kein Behandlungsbedarf vorhanden ist liegt durchschnittlich bei 10 bzw. 8 Prozent. Die Einschätzung des Anteils der Angebote zur Behandlung von Problemen, die besser anders beziehungsweise nicht-psychiatrisch bewältigt werden sollten, liegt im Schnitt bei 11 bzw. 10 Prozent.

Tabelle 21: Einschätzung Versorgungssituation III

Fachtitel	Auslastung	Einzel- oder Gruppenpraxis	Ambulante/intermediäre Inst.	Stationäre/gemischte Inst.	Gesamt
Psychiatrie und Psychotherapie	Angebote, die fachlich nicht oder nicht mehr state of the art sind	19%	12%	16%	18%
	Angebote, die von Personen in Anspruch genommen werden, bei denen kein Behandlungsbedarf vorhanden ist	9%	10%	15%	10%
	Angebote zur Behandlung von Problemen, die besser anders bzw. nicht-psychiatrisch bewältigt werden sollten	12%	8%	8%	11%
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Angebote, die fachlich nicht oder nicht mehr state of the art sind	15%	23%	9%	15%
	Angebote, die von Personen in Anspruch genommen werden, bei denen kein Behandlungsbedarf vorhanden ist	9%	6%	7%	8%
	Angebote zur Behandlung von Problemen, die besser anders bzw. nicht-psychiatrisch bewältigt werden sollten	13%	6%	8%	10%

Anmerkung: Im Gegensatz zu den vorherigen beiden Fragen ging es hier nicht um eine Aufteilung von 100% auf die Kategorien
 Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

Die statische Testung der Zusammenhänge zeigte, dass in der Romandie der Anteil Angebote, die fachlich nicht oder nicht mehr state of the art sind, signifikant höher eingeschätzt wurde (**Tabelle 44** im Anhang). Allerdings ist einschränkend festzuhalten, dass bei dieser Frage rund 50 Prozent der Antwortenden angaben, sie nicht beurteilen zu können.

6.6 Merkmale der behandelten Patient/innen

In der **Tabelle 22** finden sich die Anzahl der in der jeweiligen Praxis / Einheit in den zwei vergangenen Arbeitswochen insgesamt behandelten Patient/innen (bezogen auf die Anzahl Psychiater/innen pro Einheit). Bei Erwachsenenpsychiater/innen liegt der Schnitt je Psychiater/in bei 40 Patient/innen, bei Kinder- und Jugendpsychiater/innen bei 37 Patient/innen. In Praxen sowie in ambulanten Institutionen ist der Schnitt pro Psychiater/in höher als in stationären bzw. gemischten Institutionen. Die Median-Werte sind meist tiefer als die Mittelwerte, was darauf hindeutet, dass einzelne Praxen / Einheiten mit sehr hohen Patientenzahlen den Mittelwert beeinflussen. Die Zusammenhangsanalysen zeigen, dass der Anteil Patient/innen in ambulanten Institutionen im Vergleich zur Praxis sowie auf dem Land im Vergleich zur Stadt signifikant höher ist (Ergebnisse siehe **Tabelle 45** im Anhang).

Für die weiteren Analysen in diesem Kapitel wurde die Zahl der behandelten Patient/innen bei der Gewichtung der deskriptiven Ergebnisse mit berücksichtigt und in den inferenzstatistischen Analysen wurde die Anzahl Variablen als zusätzliche Kontrollvariable berücksichtigt.

Tabelle 22: Anzahl behandelte Patient/innen je Psychiater/in (vergangene zwei Wochen), Mittelwert (Median)

Fachtitel	Einzel- oder Gruppenpraxis	Ambulante/ intermediäre Inst.	Stationäre/ gemischte Inst.	Gesamt
Psychiatrie und Psychotherapie	44 (40)	59 (60)	15 (12)	40 (35)
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	37 (32)	51 (19)	19 (15)	37 (29)

Anmerkungen: Eine Standardisierung an Vollzeitäquivalenten ist nicht möglich, da der Beschäftigungsgrad im Zentrumsfragebogen in Kategorien erfasst wurde.

Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

Der Frauenanteil unter den Patient/innen ist bei den Erwachsenenpsychiater/innen in der Praxis mit über 60 Prozent deutlich am höchsten (**Tabelle 23**). Dies zeigt sich auch in der Zusammenhangsanalyse (bei Kinder- und Jugendpsychiater/innen im Vergleich zu den Erwachsenenpsychiater/innen Frauenanteil signifikant tiefer, ausserdem ist Frauenanteil in ambulanten Institutionen im Vergleich zur Praxis signifikant tiefer; siehe **Tabelle 45** im Anhang).

Tabelle 23: Anteil Frauen der in den vergangenen zwei Wochen behandelten Patient/innen

Fachtitel	Einzel- oder Gruppenpraxis	Ambulante/ intermediäre Inst.	Stationäre/ gemischte Inst.	Gesamt
Psychiatrie und Psychotherapie	63%	53%	46%	61%
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	50%	45%	47%	49%

Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

Weiter war die Altersverteilung der behandelten Patient/innen Gegenstand der Befragung. Die Ergebnisse sind in der **Tabelle 25** dargestellt. Die Patient/innen von Kinder- und Jugendpsychiater/innen sind erwartungsgemäss jünger als diejenige der Erwachsenenpsychiater/innen, was sich aus in der statistischen Zusammenhangsanalyse zeigt (**Tabelle 45** im Anhang).

Tabelle 24: Altersverteilung der in den vergangenen zwei Wochen behandelten Patient/innen

		Einzel- oder Gruppenpraxis	Ambulante/ intermediäre Inst.	Stationäre/ gemischte Inst.	Gesamt
Psychiatrie und Psycho- therapie	% 0-4 Jährige	0%	0%	0%	0%
	% 5-12 Jährige	0%	0%	0%	0%
	% 13-18 Jährige	2%	1%	4%	2%
	% 19-25 Jährige	12%	16%	19%	13%
	% 26-45 Jährige	35%	37%	36%	35%
	% 46-65 Jährige	36%	27%	26%	35%
	% 66-75 Jährige	10%	11%	11%	10%
	% über 75 Jährige	4%	8%	5%	4%
Kinder- und Jugendpsy- chiatry und - psychotherapie	% 0-4 Jährige	2%	16%	9%	5%
	% 5-12 Jährige	30%	50%	46%	35%
	% 13-18 Jährige	36%	33%	43%	36%
	% 19-25 Jährige	14%	0%	0%	11%
	% 26-45 Jährige	11%	0%	1%	8%
	% 46-65 Jährige	6%	0%	0%	4%
	% 66-75 Jährige	1%	0%	0%	1%
	% über 75 Jährige	0%	0%	0%	0%

Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

Von welchen Fachtiteln in welchem Setting durchschnittlich welcher Anteil Patient/innen nach ICD-Diagnosekategorien behandelt wird, ist in der **Tabelle 25** abgebildet (die häufigsten Diagnosen nach Setting und Fachtitel finden sich zusätzlich in **Abbildung 16** und **Abbildung 17** im Anhang). Es zeigen sich deutliche Unterschiede sowohl nach Fachtitel als auch nach Setting. Während bei den Erwachsenenpsychiater/innen im Gesamt etwa ein Drittel der Patient/innen eine Diagnose aus dem Bereich der affektiven Störungen (F30-F39) aufweisen, sind es bei den Kinder- und Jugendpsychiater/innen etwa ein Drittel mit Diagnose aus dem Bereich der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend (F90-F98). Im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie werden Störungen aus den Klassen F10-F19 (Substanzabhängigkeiten) sowie F20-F29 (Schizophrenie, schizotypische und wahnhaftige Störungen) v.a. im institutionellen Setting, Störungen der Klasse F30-39 (Affektive Störungen) v.a. in der Praxis behandelt, wie die Zahlen zeigen. Diese Ergebnisse werden von der statistischen Zusammenhangsanalyse bestätigt (**Tabelle 46** im Anhang).

Tabelle 25: Diagnosen der in den vergangenen zwei Wochen behandelten Patient/innen

Fachtitel	ICD-Diagnosekategorien	Einzel- oder Gruppenpraxis	Ambulante/intermediäre Inst.	Stationäre/gemischte Inst.	Gesamt
Psychiatrie und Psychotherapie	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)	3%	7%	5%	3%
	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)	5%	15%	31%	8%
	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftes Störungen (F20-F29)	9%	12%	15%	10%
	Affektive Störungen (F30-F39)	33%	25%	22%	32%
	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)	24%	19%	9%	22%
	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)	3%	3%	1%	2%
	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)	17%	15%	14%	17%
	Intelligenzstörung (F70-F79)	2%	2%	1%	2%
	Entwicklungsstörungen (F80-F89)	0%	0%	1%	0%
	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend (F90-F98)	4%	2%	1%	3%
	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen (F99)	1%	0%	1%	1%
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)	1%	2%	5%	2%
	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)	3%	2%	1%	2%
	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftes Störungen (F20-F29)	3%	5%	7%	3%
	Affektive Störungen (F30-F39)	15%	14%	16%	15%
	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)	17%	14%	22%	16%
	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)	3%	1%	6%	3%
	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)	11%	5%	3%	9%
	Intelligenzstörung (F70-F79)	3%	2%	0%	3%
	Entwicklungsstörungen (F80-F89)	10%	5%	2%	8%
	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend (F90-F98)	32%	52%	37%	36%
	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen (F99)	2%	0%	2%	2%

Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

Bei den Erwachsenenpsychiater/innen weist gemäss Einschätzung der Befragten im Durchschnitt jede/r Zweite der in den letzten zwei Wochen behandelten Patient/innen Komorbiditäten im Bereich psychischer Störungen auf. Bei den Kinder- und Jugendpsychiater/innen ist der Anteil mit 45 Prozent etwas tiefer (siehe **Tabelle 26**). Dieser Unterschied erweist sich in der Zusammenhangsanalyse auch als signifikant. Weiter ist der Anteil Patient/innen mit Komorbiditäten in Institutionen im Vergleich zur Praxis signifikant höher (**Tabelle 46** im Anhang).

Tabelle 26: Anteil Patient/innen mit Komorbiditäten im Bereich psychischer Störungen

Fachtitel	Einzel- oder Gruppenpraxis	Ambulante/intermediäre Inst.	Stationäre/gemischte Inst.	Gesamt
Psychiatrie und Psychotherapie	49%	64%	71%	52%
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	42%	53%	56%	45%

Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

Ähnlich sind die Werte auf die Frage, wie gross der Anteil der in den letzten zwei Wochen behandelten Patient/innen ist, bei denen Dauer und / oder Behandlung der psychischen Erkrankung mindestens zwei Jahre beträgt (siehe **Tabelle 27**). In der Erwachsenenpsychiatrie ist dabei der Anteil bereits

länger erkrankter Betroffener in stationären bzw. gemischten Institutionen mit 64 Prozent deutlich am höchsten. Auch in den statistischen Signifikanzanalysen zeigt sich, dass der Anteil länger erkrankter Betroffener in stationären bzw. gemischten Institutionen im Vergleich zur Praxis marginal signifikant höher ist. Wiederum ist der Anteil bei den Kinder- und Jugendpsychiater/innen im Vergleich zu den Erwachsenenpsychiater/innen tiefer (Ergebnisse siehe **Tabelle 46** im Anhang).

Tabelle 27: Patient/innen mit Dauer / Behandlung von psychischer Erkrankung mindestens zwei Jahre

Fachtitel	Einzel- oder Gruppenpraxis	Ambulante/intermediäre Inst.	Stationäre/gemischte Inst.	Gesamt
Psychiatrie und Psychotherapie	48%	49%	64%	49%
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	39%	15%	18%	33%

Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

Zusätzlich zu Diagnose, Komorbidität und Dauer wurde der Schweregrad der Erkrankung der in den letzten zwei Wochen behandelten Patient/innen gemäss der Clinical Global Impression (CGI) Skala erhoben. Generell werden kaum Patient/innen als nicht krank beurteilt, wie in der **Tabelle 28** zu sehen ist. Die statistischen Zusammenhangsanalysen zeigen vor allem einen Unterschied zwischen stationären bzw. gemischten Institutionen und der Praxis: während die Anteile der weniger schwer bis zu den mässig erkrankten Patient/innen in stationären bzw. gemischten Institutionen im Vergleich zur Praxis signifikant tiefer sind, ist der Anteil schwer oder sehr schwer kranker Patient/innen in stationären Institutionen im Vergleich zur Praxis deutlich höher. Weiter geben Kinder- und Jugendpsychiater/innen im Vergleich zu Erwachsenenpsychiater/innen signifikant seltener an, dass ihre Patient/innen schwer oder extrem schwer erkrankt sind (diese und weitere Ergebnisse siehe **Tabelle 47** im Anhang).

Tabelle 28: Schweregrad Erkrankung

Fachtitel	Schweregrad nach Clinical Global Impression Skala	Einzel- oder Gruppenpraxis	Ambulante/intermediäre Inst.	Stationäre/gemischte Inst.	Gesamt
Psychiatrie und Psychotherapie	Nicht krank	1%	1%	0%	1%
	Grenzfall psychiatrischer Erkrankung	5%	5%	2%	5%
	Leicht krank	12%	11%	2%	11%
	Mässig krank	22%	16%	6%	21%
	Deutlich krank	34%	31%	23%	33%
	Schwer krank	19%	23%	49%	21%
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Extrem schwer krank	7%	13%	18%	8%
	Nicht krank	2%	0%	0%	1%
	Grenzfall psychiatrischer Erkrankung	7%	9%	5%	8%
	Leicht krank	12%	24%	12%	14%
	Mässig krank	24%	21%	22%	23%
	Deutlich krank	35%	31%	27%	34%
	Schwer krank	15%	14%	27%	16%
	Extrem schwer krank	4%	2%	7%	4%

Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

Im Schnitt 9 Prozent der Patient/innen, die in den vergangenen zwei Wochen behandelt wurden, werden von den Erwachsenenpsychiater/innen als suizidal eingeschätzt (siehe **Tabelle 29**). Bei den Kinder- und Jugendpsychiater/innen sind es im Schnitt 6 Prozent. In der statistischen Zusammenhangsanalyse erweist sich dieser Unterschied auch als signifikant. Zudem wird der Anteil suizidaler Patient/innen in Institutionen im Vergleich zur Praxis und in der Romandie im Vergleich zur Deutschschweiz signifikant höher eingeschätzt (**Tabelle 47** im Anhang).

Tabelle 29: Anteil suizidaler Patient/innen

Fachtitel	Einzel- oder Gruppenpraxis	Ambulante/ intermediäre Inst.	Stationäre/ gemischte Inst.	Gesamt
Psychiatrie und Psychotherapie	8%	11%	11%	9%
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	5%	7%	8%	6%

Anmerkung: Werte für «Beide Fachtitel» nicht ausgewiesen, da ungewichtetes n in den meisten Zellen ≤ 5
 Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

Schliesslich ging es um Fragen der Behandlungsdauer. So wurden die Psychiater/innen gefragt, wie lange die in den letzten zwei Wochen behandelten Patient/innen bereits in (wiederholter) Behandlung bei ihnen sind. In der **Tabelle 30** ist zu sehen, dass etwa ein Drittel der Patient/innen im Schnitt zum zwei- bis 20igsten Mal und ein Viertel zum 21igsten bis 40igsten in einer Konsultation war – unabhängig vom Fachtitel. Die Zusammenhangsanalyse zeigte, dass in Institutionen der Anteil Patient/innen mit geringerer bisheriger (vom aktuellen Behandler erbrachten) Konsultationszahl höher ist als in der Praxis (diese und weitere Ergebnisse in **Tabelle 47** im Anhang).

Tabelle 30: Konsultationshäufigkeit

Fachtitel	Konsultationen	Einzel- oder Gruppenpraxis	Ambulante/ intermediäre Inst.	Stationäre/ gemischte Inst.	Gesamt
Psychiatrie und Psychotherapie	Erstgespräch oder nur eine Konsultation vorgesehen (z.B. Notfall / Krisenintervention)	8%	18%	14%	9%
	zum 2ten – 20igsten Mal in einer Konsultation	30%	33%	44%	31%
	zum 21ten – 40igsten Mal in einer Konsultation	27%	20%	22%	26%
	zum 41 – 60igsten Mal in einer Konsultation	19%	14%	12%	18%
	zum mehr als 61igsten Mal in einer Konsultation	16%	15%	7%	15%
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Erstgespräch oder nur eine Konsultation vorgesehen (z.B. Notfall / Krisenintervention)	11%	16%	14%	12%
	zum 2ten – 20igsten Mal in einer Konsultation	32%	42%	47%	35%
	zum 21ten – 40igsten Mal in einer Konsultation	25%	28%	28%	26%
	zum 41 – 60igsten Mal in einer Konsultation	17%	11%	10%	15%
	zum mehr als 61igsten Mal in einer Konsultation	15%	3%	1%	12%

Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

Weiter wurden die Psychiater/innen gefragt, wie lange die von ihnen in den letzten zwei Wochen behandelten Patient/innen bereits bei ihnen in (wiederholter) Behandlung sind. Insgesamt ist die Verteilung der Patient/innen ziemlich gleichmässig auf die sechs vorgegebenen Kategorien ziemlich einheitlich – zumindest bei den Erwachsenenpsychiater/innen (**Tabelle 31**). Betrachtet man die Angaben pro Setting, zeigen sich allerdings Unterschiede insofern, als in Institutionen der Anteil Patient/innen mit kürzerer Behandlungsdauer tendenziell höher ist. Dies bestätigt sich auch in den Zusammenhangsanalysen. Ebenfalls zeigt sich, dass auch bei den Kinder- und Jugendpsychiater/innen im Vergleich zu den Erwachsenenpsychiater/innen der Anteil Patient/innen mit kürzerer Behandlungsdauer grösser ist (Ergebnisse siehe **Tabelle 47**).

Tabelle 31: Behandlungsdauer

Fachtitel	Konsultationen	Einzel- oder Gruppenpraxis	Ambulante/ intermediäre Inst.	Stationäre/ gemischte Inst.	Gesamt
Psychiatrie und Psychotherapie	weniger als 1 Monat	10%	16%	35%	12%
	1-6 Monate	17%	18%	19%	17%
	7-12 Monate	18%	16%	10%	17%
	13-24 Monate	21%	19%	14%	20%
	25-48 Monate	18%	12%	15%	18%
	länger als 48 Monate	16%	20%	6%	16%
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	weniger als 1 Monat	13%	14%	20%	14%
	1-6 Monate	21%	37%	32%	24%
	7-12 Monate	24%	21%	31%	24%
	13-24 Monate	18%	13%	14%	17%
	25-48 Monate	11%	10%	3%	11%
	länger als 48 Monate	12%	6%	0%	10%

Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

Ergänzend wurde gefragt, wie gross der Anteil unter diesen Patient/innen mit mindestens einem längeren Behandlungsunterbruch von mindestens 6 Monaten ist. Besonders hoch ist dieser Anteil mit 22 Prozent bei Erwachsenenpsychiater/innen in ambulanten / intermediären Institutionen (siehe **Tabelle 32**). Generell ist in Institutionen gemäss Zusammenhangsanalyse der Anteil Patient/innen mit Behandlungsunterbrüchen höher als in der Praxis (**Tabelle 47** im Anhang)

Tabelle 32: Anteil Patient/innen mit mindestens einem Behandlungsunterbruch

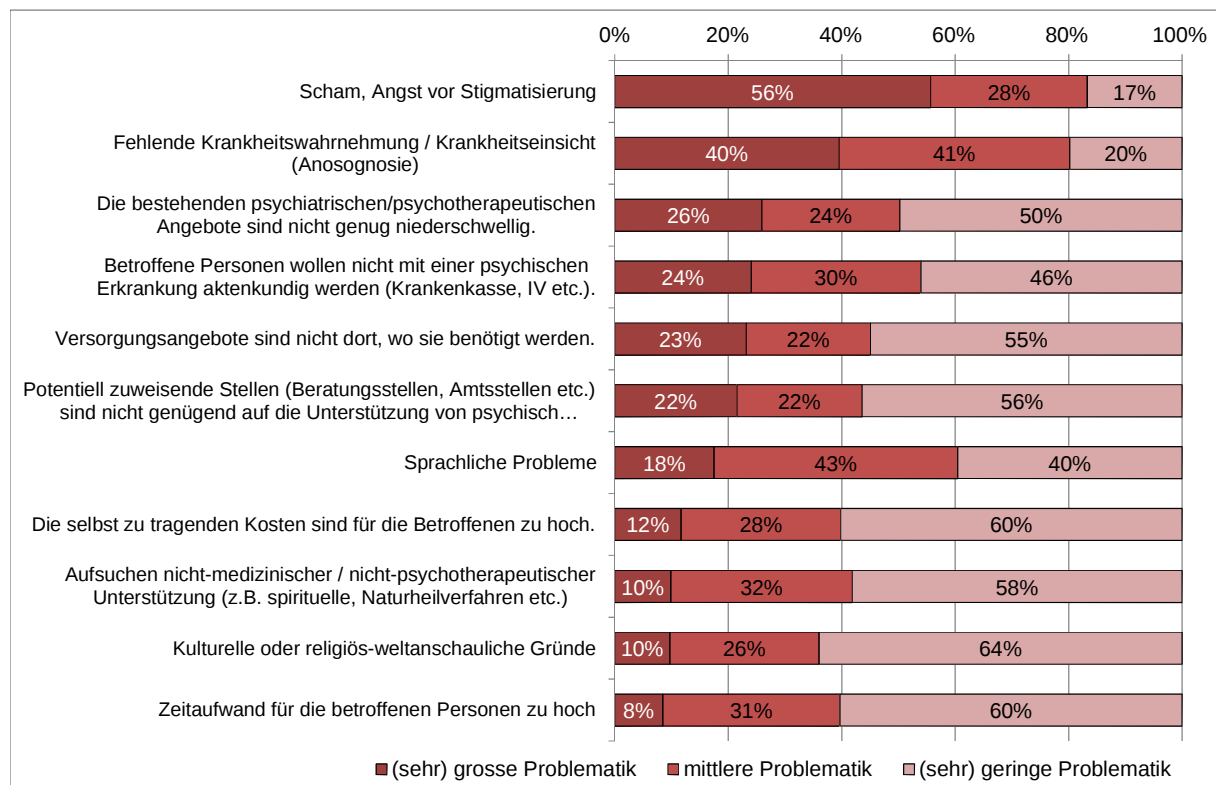
Fachtitel	Einzel- oder Gruppenpraxis	Ambulante/ intermediäre Inst.	Stationäre/ gemischte Inst.	Gesamt
Psychiatrie und Psychotherapie	11%	22%	24%	12%
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	12%	10%	8%	12%

Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

6.7 Zugangshürden und Unterbeanspruchung

Manche Personen, die aus fachlicher Sicht psychiatrisch und/oder psychotherapeutisch behandelt werden sollten, nehmen keine solche Behandlung in Anspruch oder brechen begonnene (und weiterhin angezeigte) Behandlungen vorzeitig ab. Dies kann zu einer problematischen Unterversorgung führen. In diesem Zusammenhang wurden die Psychiater/innen in einem dritten Teil der Befragung gebeten einzuschätzen, wie bedeutsam aus ihrer Sicht die genannten möglichen Ursachen für eine mangelnde Inanspruchnahme einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sind. In der **Abbildung 8** sind die Antworten der Erwachsenenpsychiater/innen, in der **Abbildung 9** diejenigen der Kinder- und Jugendpsychiater/innen dargestellt, jeweils gruppiert nach der Zugangshürde die als am bedeutsamsten erachtet wird.

Abbildung 8: Bedeutsamkeit von Zugangshürden aus Sicht der Erwachsenen-Psychiater/innen



Anmerkung: Von der ursprünglich 5stufigen Skala wurden die Randkategorien zur besseren Übersicht zusammengefasst
 Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

Scham sowie Angst vor Stigmatisierung werden von beiden Gruppen als bedeutsamster Faktor angesehen. Von Psychiater/innen in Institutionen wird diese Problematik signifikant höher eingeschätzt als von denjenigen in der Praxis. Als ebenfalls signifikant bedeutsamer wird sie zudem in der Deutschschweiz und auf dem Land im Vergleich zur Stadt erachtet (die Ergebnisse der Signifikanztestungen für diese und die weiteren Fragen dieses Kapitels sind in der **Tabelle 48** im Anhang zu finden). Ebenfalls als sehr bedeutsame Problematik wird eine fehlende Krankheitswahrnehmung oder Krankheitseinsicht erachtet. Dies kann mit dem Störungsbild selber zusammen hängen, aber auch darin gründen, dass psychische Erkrankungen und damit verbundene Symptome in der Gesellschaft allgemein noch nicht so bekannt sind und deshalb auch betroffene Personen sie bei sich nicht erkennen. In den ergänzenden Bemerkungen zu dieser Frage wird denn beispielsweise auch erwähnt, dass die gemeinsame Erarbeitung eines Krankheitsmodells und einer Krankheitseinsicht im Rahmen der Therapie bei vielen Patient/innen eine grosse Arbeit sei.

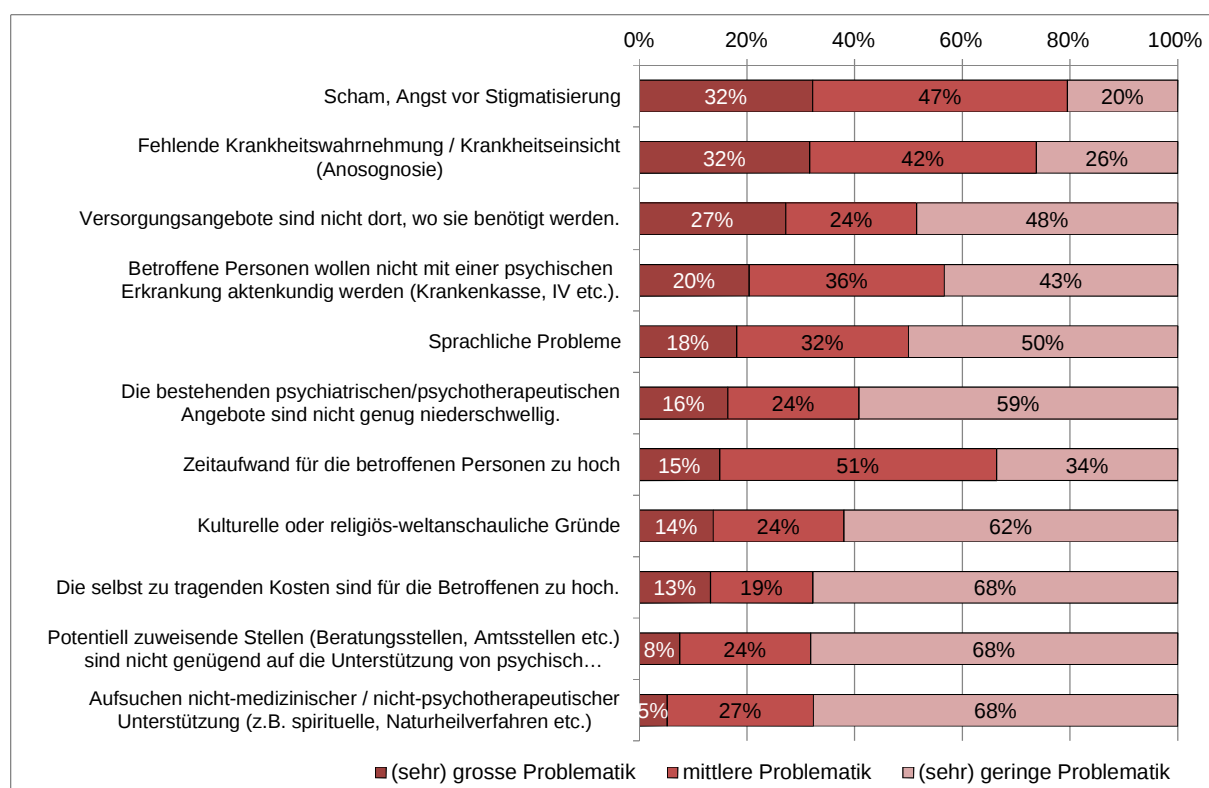
Drei weitere häufig genannte Problematiken sind die fehlende Niederschwelligkeit der Angebote, weiter dass Betroffene nicht mit einer psychischen Erkrankung aktenkundig werden möchten – beispielsweise, weil dies Nachteile beim Abschiessen einer Zusatzversicherung mit sich bringen kann (in ambulanten Institutionen wird dies als signifikant problematischer erachtet als in der Praxis und in der Deutschschweiz signifikant problematischer als in der Romandie). Und schliesslich, dass Versorgungsangebote nicht dort sind, wo sie benötigt werden – dies wird auf dem Land verglichen zur Stadt und auch von Kinder- und Jugendpsychiater/innen verglichen mit Erwachsenenpsychiater/innen als signifikant höheres Problem eingestuft.

Einige weitere Ergebnisse: Kinder- und Jugendpsychiater/innen haben signifikant weniger häufig als Erwachsenenpsychiater/innen den Eindruck, dass potentiell zuweisende Stellen nicht genügend auf

die Unterstützung von psychisch erkrankten Personen vorbereitet und sensibilisiert sind. Bezüglich der selbst zu tragenden Kosten als Problematik wird in den Bemerkungen erwähnt, dass oft gerade finanziell schlechter gestellte Menschen eine sehr hohe Franchise wählen und sich deswegen eine Behandlung nicht leisten können. In einer zusätzlich gestellten Frage wurde erhoben, wie gross der Anteil unter den in den letzten zwei Wochen behandelten Patient/innen sei, der die Behandlung vollständig aus eigenen Mitteln (Selbstzahlende, bzw. bei Kindern- und Jugendlichen: Selbstzahlung durch Eltern) sei. Die Ergebnisse zeigten, dass vor allem bei niedergelassenen Psychiater/innen gewisse Leistungen selber finanziert werden. Bei Erwachsenenpsychiater/innen in der Praxis von durchschnittlich 8 Prozent (Median 0%) der Patient/innen, bei Kinder- und Jugendpsychiater/innen in der Praxis von durchschnittlich 5 Prozent (Median 0%). In Institutionen im Vergleich zur Praxis und in der Deutschschweiz im Vergleich zur Romandie ist der Anteil jeweils signifikant tiefer (siehe **Tabelle 48** im Anhang).

Bei den Kinder- und Jugendpsychiater/innen fällt spezifisch der zumindest als mittlere Problematik eingeschätzte zu hohe Zeitaufwand auf (insgesamt 66%). Diese Zugangshürde wird im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie als signifikant grössere Problematik beurteilt wird als in der Erwachsenenpsychiatrie. In den offenen Bemerkungen wird diesbezüglich darauf hingewiesen, dass der zeitliche Aufwand, sein Kind in die Therapie zu bringen, für Eltern manchmal ein wesentlicher Punkt sei, eine Behandlung vorzeitig aufzuhören. Bezüglich kultureller Gründe wird in den offenen Bemerkungen erwähnt, dass die Vorstellung, man werde «versorgt» und erhalte komplette Heilung «von aussen», ohne dass eigenes Zutun nötig sei, v.a. bei Personen aus anderen Kulturkreisen vorhanden sei und oft zu Enttäuschung führe.

Abbildung 9: Bedeutsamkeit von Zugangshürden aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiater/innen



Anmerkung: Ursprüngliche Skala enthält fünf Stufen: sehr grosse / grosse / mittlere / geringe / sehr geringe Problematik. Zur besseren Übersicht wurden hier die jeweiligen beiden Randstufen zusammengefasst.

Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

Weitere Zugangshürden oder Gründe für Unterbeanspruchung, die nicht in der Befragung erhoben, jedoch in den offenen Bemerkungen genannt wurden, sind: lange Wartefristen und ein teilweise fehlender rascher Zugang in Krisenzeiten; Hausärzt/innen die zu lange ausschliesslich Psychopharmaka verschreiben oder jemanden krankschreiben, statt an psychiatrisch-psychotherapeutische Fachpersonen zu überweisen; fehlende «Sympathie» und die notwendigerweise «stimmige Chemie» zwischen Therapeut/in und Patient/in – was u.a. auch an einem Mangel an einfühlsamen Therapeut/innen oder an der Unerfahrenheit und dem häufigen Wechsel von Therapeut/innen in Institutionen liege – führe zu erfolglosen Behandlungen und Abbrüchen.

Abschliessend ist zu sagen, dass die teilnehmenden Psychiater/innen diese Frage natürlich nur für Patient/innen einschätzen konnten, die bei ihnen eine Behandlung begannen oder mit denen sie zumindest einen ersten Kontakt zur Abklärung der Behandlungsmöglichkeiten hatten. In diesem Zusammenhang wird in den ergänzenden Bemerkungen vermutet, dass gerade bei Migrant/innen sprachliche Hindernisse dafür sorgen, dass es wohl eine grosse Dunkelziffer an unbehandelten Therapiebedürftigen gibt, zumal auch für europäische Sprachen Aufwände für Übersetzer/innen nicht in Rechnung gestellt werden könnten.

6.8 Die wichtigsten Ergebnisse in Kürze

- Psychiater/innen in der Schweiz arbeiten häufig Teilzeit. Rund ein Drittel von ihnen mit einem Beschäftigungsgrad von weniger als 80% (Tabelle 7). Diese Gegebenheit wird beim Vergleich, der in der erwähnten OECD-Studie (2014) vorgenommen wird, nicht berücksichtigt. Für einen realistischen Vergleich müssen Vollzeitäquivalente statt Anzahl Personen beigezogen werden.
- Etwa zwei Drittel der Psychiater/innen gibt an (59 bzw. 68%), mehrheitlich überlastet zu sein. Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Institutionen liegt die mehrheitliche Überlastung sogar bei rund 90 Prozent der Antwortenden (Tabelle 13). Rund 80% der Patient/innen müssen auf eine Behandlung warten oder können beim/bei der angefragten Psychiater/in nicht behandelt werden (Tabelle 14). Die durchschnittliche Wartezeit für die Hilfesuchenden liegt zwischen 6 und 7 Wochen (Tabelle 15). Die Wartezeiten bei Kinder- & Jugendpsychiater/innen sind dabei signifikant länger als bei Erwachsenenpsychiater/innen.
- Insgesamt zeigt sich auch eine Knappheit bei der Rekrutierung von Fachpersonal für psychiatrische Institutionen. Für die Besetzung von Stellen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie geben 82 Prozent der Institutionen erhebliche Rekrutierungsprobleme an. Im Erwachsenenbereich ist der Mangel an Psychiater/innen weniger ausgeprägt aber dennoch relevant; 29 Prozent der Institutionen bekunden erhebliche Rekrutierungsprobleme (Tabelle 16).
- Gemäss Einschätzung der Psychiater/innen kann rund die Hälfte der Patient/innen adäquat behandelt werden. Für rund ein Viertel der Patient/innen konstatieren die Psychiater/innen, dass passende Behandlungsangebote fehlen. Auf ebenfalls rund ein Viertel der (potentiellen) Patient/innen schätzen die Psychiater/innen den Grad von Unterbeanspruchung ein (Tabelle 19).
- Die Angaben zur Auslastung der psychiatrischen Angebote weisen auf eine Überlastung des Versorgungssystems hin: Der Anteil überlasteter Institutionen wird auf rund die Hälfte geschätzt, mit einer leichten Akzentuierung dieser Einschätzung durch die Fachärzt/innen im Kinder- und Jugendbereich (55%). Die geschätzte Unterauslastung liegt unter 10 Prozent (Tabelle 20).
- Die Einschätzung der Versorgungssituation durch die Psychiater/innen gibt auch Hinweise auf teilweise nicht optimal eingesetzte Ressourcen: 15 – 18 Prozent der Angebote werden nach Einschätzung der Psychiater/innen als nicht dem aktuellen «state of the art» entsprechend beurteilt, rund 10 Prozent der Angebote würden von Personen ohne Behandlungsbedarf in Anspruch genommen und auf etwas mehr als 10 Prozent wird der Anteil Angebote geschätzt, die Probleme behandeln, die besser nicht-psychiatrisch behandelt werden sollten (Tabelle 21).
- Die Angaben, wie häufig die Psychiater/innen ihre Behandlung an bestehenden Leitlinien und Empfehlungen der nationalen und internationalen Fachverbände orientieren, zeigen, dass dies im Bereich der stationären und ambulanten Institutionen zu rund 80 – 100 Prozent häufig oder fast immer der Fall ist. Bei den niedergelassenen Psychiater/innen liegt dieser Anteil bei 60 Prozent (Tabelle 12).
- Als sehr bedeutsame Problematiken im Bereich Zugangshürden werden Scham / Angst vor Stigmatisierung sowie fehlende Krankheitswahrnehmung oder Krankheitseinsicht beurteilt. Ebenfalls relevante Problematiken sind, dass Angebote nicht genug niederschwellig oder nicht am Ort sind, wo sie benötigt werden (Abbildung 8 und Abbildung 9).
- *Weitere Ergebnisse, die im Hinblick auf die Schlussfolgerungen relevant sind, finden sich in den Integrationstabellen im Anhang I: Facts and Figures im Überblick.*

7 Online-Befragung von Haus- und Kinderärzt/innen

Hausärzt/innen nehmen eine wichtige Funktion als Gatekeeper wahr. Oft sind sie die Ersten, die mit betroffenen Personen Kontakt haben, weshalb sie eine zentrale Rolle in der (Früh-)Erkennung von psychischen Krankheiten einnehmen. Weiter sind sie auch für die Behandlung selber relevant – so liessen sich gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 Personen mit psychischen Beschwerden am dritthäufigsten von Allgemeinärzt/innen behandeln (Schuler & Burla, 2012). Behandeln Hausärzt/innen ihre Patient/innen nicht selber, sind sie wichtige Zuweiser, die das Feld aktueller Angebote kennen. Im Rahmen der vorliegenden Studie interessierte primär die Sicht von Haus- und Kinderärzt/innen in ihrer Rolle als Zuweiser/innen, die Befragung enthielt jedoch auch gewisse Fragen bezüglich eigener Behandlungstätigkeit.

7.1 Datengrundlage

Zugang und Durchführung

Datenbasis für die Befragung der Haus- und Kinderärzt/innen waren die Mitglieder des Verbands «mfe Haus- und Kinderärzt/innen Schweiz». Der Verband, welchem rund 5'000 Mitglieder angehören, unterstützte das Forschungsprojekt. Wie gross der Anteil an Haus- und Kinderärzt/innen ist, die Verbandsmitglied sind (Organisationsgrad), ist unklar. Im Medizinalberuferegister des Bundes²⁴ gibt es ausschliesslich Angaben zur Anzahl Ärzt/innen pro Facharzttitel jedoch nicht die zusätzliche Angabe, wer als Hausarzt/ärztin tätig ist. Es ist davon auszugehen, dass von den dort eingetragenen 14'905 Ärzt/innen mit Facharzttitel «Allgemeine Innere Medizin» ein grosser Anteil in Institutionen und nicht in einer Hausarztpraxis tätig ist. Sucht man auf der Plattform «my doctor» der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH nach Hausärzt/innen mit Facharzttitel «Allgemeine Innere Medizin», ergibt die Suche 8572 Treffer.²⁵ Da die Ärzt/innen pro Praxis- oder Arbeitsstandort einen Eintrag haben, fallen darunter jedoch viele Mehrfachnennungen (wie viele ist unklar). Bei der Suche nach «Praktischer Arzt / Praktische Ärztin» ergeben sich 1654 Treffer, bei der Suche nach Ärzt/innen mit dem Facharzttitel «Kinder- und Jugendmedizin» 1264. Zusätzlich zu den jeweils vorhandenen Mehrfacheinträgen tauchen Ärzt/innen mit mehreren Fachtiteln unter beiden Kategorien auf, was wiederum eine Erhöhung des effektiven Totals bewirkt. Addiert man diese drei Trefferquoten und betrachtet sie als Maximalgrösse, betrüge der Organisationsgrad des Verbands 43 Prozent. Es ist jedoch davon auszugehen, dass dieser aufgrund der erwähnten Mehrfachnennungen effektiv bedeutend höher ist.

Zur Befragung wurde eine Stichprobe von 1800 Mitgliedern gezogen. Mittels geschichteter Zufallsstichprobe wurde die Auswahl derart vorgenommen, dass die einzelnen Schichten insgesamt repräsentativ für Alter, Geschlecht und Raumgliederung (Stadt, Agglomeration, Land) waren. Für die Raumgliederung wurde der Adressort verwendet, über den der Verband Korrespondenz mit seinen Mitgliedern führt – dies kann entweder Praxis- oder Wohnort sei. Einzig die beiden Schichten «Kinderärzt/innen» und «Sprache Französisch», deren Anteil vergleichsweise klein ist, wurde für die Stichprobe leicht überrepräsentiert. Dies mit dem Ziel, mit dem tatsächlichen Rücklauf pro Schicht dann die notwendige Repräsentativität zu erreichen.

Die Befragung erfolgte anonym mittels einer Online-Befragung auf die Sprachen Deutsch und Französisch und startete Mitte Mai 2016 mit einer Laufzeit von rund einem Monat.

²⁴ www.medregom.admin.ch; abgerufen am 15.07.2016

²⁵ www.doctorfmh.ch; abgerufen am 15.07.2016

Rücklauf und Gewichtung

Insgesamt haben 218 Haus- und Kinderärzt/innen an der Befragung teilgenommen. Dies entspricht einem Rücklauf von 12 Prozent. Wie Erfahrungen aus der Forschung zeigen, kommt es sehr oft vor, dass Rückläufe bei Befragungen von Ärzt/innen eher tief sind (Kellerman & Herold, 2012). Dies hängt einerseits mit dem bereits schon hohen Arbeitsaufkommen von Ärzt/innen zusammen und andererseits damit, dass Befragungen nicht selten sind, da das Gesundheitswesen von hohem öffentlichem Interesse ist. Damit die ausgewerteten Antworten repräsentativ für die Population der mfe Mitglieder sind, wurden die Auswertungen mit einem Gewichtungsfaktor vorgenommen. Dieser korrigierte für die Verzerrungen bezüglich Alter, Geschlecht und Raumgliederung²⁶ (Verteilung des Rücklaufs sowie Verteilung nach Gewichtung siehe **Tabelle 33**).

Tabelle 33: Datengrundlage

Soziodemographische Merkmale		Gewichtete Verteilung	Ungewichteter Rücklauf
n (100%)		218	218
Facharzt/ärztin	Hausarzt / Hausärztin (Allgemeine Innere Medizin oder Praktische Ärztin / Praktischer Arzt)	86%	83%
	Kinderarzt / Kinderärztin (Kinder- und Jugendmedizin)	14%	17%
Geschlecht	Frau	26%	44%
	Mann	59%	56%
Alter	21 bis 30 Jahre	0%	0%
	31 bis 40 Jahre	4%	12%
	41 bis 50 Jahre	19%	24%
	51 bis 60 Jahre	34%	46%
	61 bis 70 Jahre	30%	18%
Gemeindetyp	Stadt	41%	45%
	Agglomeration	39%	32%
	Land	20%	23%
Sprache	D	70%	69%
	F	30%	31%

Quelle: Online-Befragung Haus- und Kinderärzt/innen

Auswertung und Berichterstattung

Im nachfolgenden Kapitel finden sich die Ergebnisse der Deskriptivanalysen sowie die Ergebnisse der inferenzstatistischen Analyse bezüglich des Zusammenhangs zwischen soziodemographischen Merkmalen (wie z.B. Fachtitel, Geschlecht, Alter) und den untersuchten Fragen (durchgeführt mit der Statistiksoftware SPSS). Einzig die Antworten auf die offene Frage nach der Beschreibung allfälliger Problematiken im Versorgungssystem wurden zusammen mit den Ergebnissen der Gruppengespräche und Einzelinterviews qualitativ ausgewertet und im **Kapitel 8** dargestellt.

Die deskriptivstatistischen Analysen wurden mit den gewichteten Daten vorgenommen, für die inferenzstatistischen Analysen ist der Einsatz einer Gewichtung nicht notwendig, da die verwendeten Variablen für die Stichprobenziehung nicht endogen sind und Residuen bei Heteroskedastizitätsfällen

²⁶ Gewichtungsformel: Kreuzung nach Alter, Geschlecht und Gemeindetyp

$$w_i = \frac{N_{ip}}{N_p} \times \frac{N_s}{N_{is}}$$

w_i Gewichtung Zelle i
 N_{ip} Anzahl Personen in der Zelle i der Verbands-Kreuztabelle
 N_p Anzahl Personen im Verband
 N_s Anzahl Personen Rücklauf
 N_{is} Anzahl Personen in der Zelle i der Rücklauf-Kreuztabelle

Für 33 Personen, die Missings in entweder nur Alter oder Alter und Geschlecht hatten, wurden Proxywerte (durchschnittliche Werte für die verfügbare Kategorie) eingesetzt. Diese verursachen einen kleinen Bias in der gewichteten Verteilung, der aber keine Auswirkungen auf die Ergebnisse hat. Aufgrund des tiefen Rücklaufs war der Einbezug dieser Missings wichtiger.

robust geschätzt wurden.²⁷ Um den Fragebogen möglichst schlank zu halten, wurde die Sprachwahl (Deutsch oder Französisch) als Proxyvariable für Deutschschweiz bzw. Romandie eingesetzt.

Da nicht alle Haus- und Kinderärzt/innen die Befragung bis zum Schluss ausgefüllt hatten, variierte die Zahl der Missings je nach Frage. Entsprechende Angaben finden sich in den Tabellen im Anhang.

7.2 Anteil psychisch erkrankter Patient/innen und Vorgehensschritte

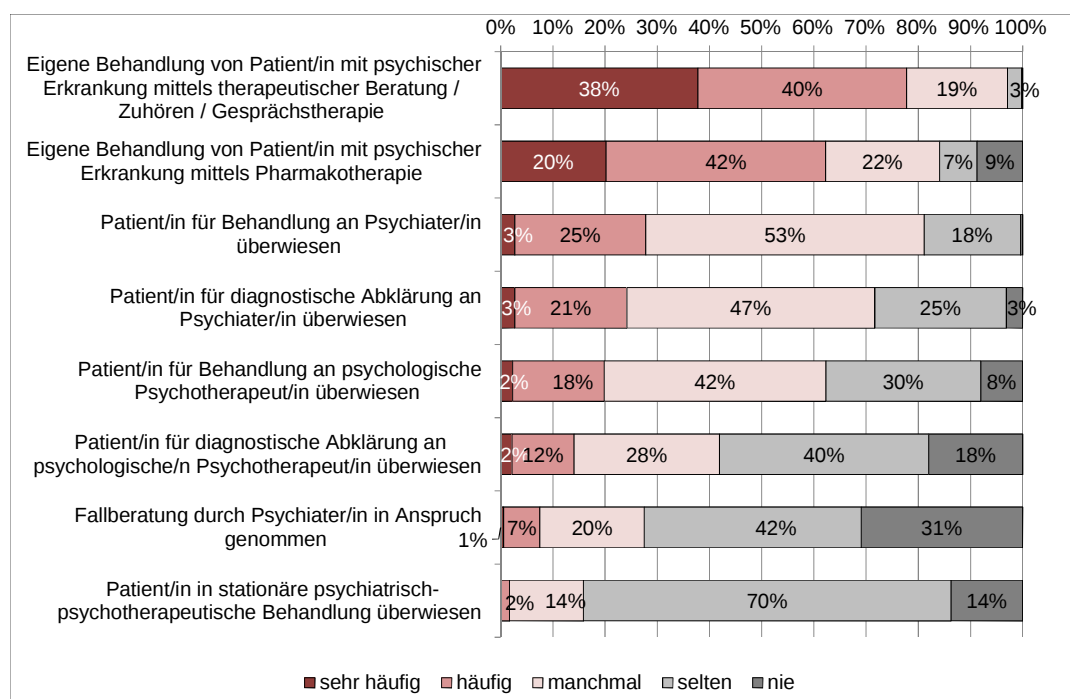
Zu Beginn wurden die Haus- und Kinderärzt/innen gefragt, wie gross bei den in den letzten 12 Monaten behandelten Patient/innen der Anteil Personen mit (vermuteter) psychischer Erkrankung war. Im Durchschnitt betrug dieser Anteil 23 Prozent, bei Hausärzt/innen 25 Prozent und bei Kinderärzt/innen 6 Prozent. Testungen der statistischen Zusammenhänge zwischen den untersuchten Antworten und soziodemographischen Faktoren (Fachtitel, Geschlecht, Alter, Sprache, Raum) ergaben, dass der Anteil bei Kinderärzt/innen erwartungsgemäss signifikant tiefer ist als bei Hausärzt/innen. Weiter liegt eine signifikant tiefere Angabe bei männlichen Haus- und Kinderärzten im Vergleich zu weiblichen Haus- und Kinderärztinnen vor (für Ergebnisse der statistischen Zusammenhangsanalyse siehe **Anhang Tabelle 49**).

In der **Abbildung 10** sind die Antworten der Haus- und Kinderärzt/innen auf die Frage zu sehen, wie häufig es in den letzten 12 Monaten vorkam, dass bei Patient/innen mit einer psychischen Erkrankung die folgenden einzelnen Schritte unternommen wurden. Am häufigsten behandeln Haus- und Kinderärzt/innen ihre Patient/innen mittels therapeutischer Beratung, Zuhören und Gesprächstherapie (nimmt man die beiden oberen Kategorien zusammen, betrug der Anteil 78%). Ebenfalls sehr häufig wird mittels Pharmakotherapie behandelt. Patient/innen werden zudem häufiger an Psychiater/innen überwiesen, als an psychologische Psychotherapeut/innen. Wesentlich seltener werden Patient/innen in stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung überwiesen. Noch seltener werden Fallberatungen durch die Psychiater/innen in Anspruch genommen. Vereinzelt wurde zusätzlich unter «Anderes» erwähnt, dass eine Zusammenarbeit mit der psychiatrischen Spitex besteht oder Patient/innen komplementärmedizinische Massnahmen wie z.B. Meditation oder achtsamkeitsbasierte Angebote empfohlen wurden.

Die statistische Zusammenhangsanalyse (siehe Anhang **Tabelle 49**) zeigte, dass Kinderärzt/innen im Vergleich zu den Hausärzt/innen signifikant seltener Pharmakotherapie einsetzen. Im Gegensatz zur Deutschschweiz wenden Haus- und Kinderärzt/innen der Romandie signifikant häufiger therapeutische Beratung, Zuhören und Gesprächstherapie als Behandlungsmethode an. Weibliche Haus- und Kinderärzt/innen überweisen Patient/innen signifikant häufiger für diagnostische Abklärungen oder Behandlungen an Psychiater/innen (und knapp signifikant häufiger auch für diagnostische Abklärungen an psychologische Psychotherapeut/innen) als ihre männlichen Kollegen. In der Romandie werden Patient/innen signifikant seltener in stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung überwiesen als in der Deutschschweiz. Zudem haben Haus- und Kinderärzt/innen in der Romandie knapp signifikant häufiger Fallberatungen durch Psychiater/innen in Anspruch genommen als ihre Kolleg/innen der Deutschschweiz.

²⁷ Solon 2015: <http://jhr.uwpress.org/content/50/2/301.refs>

Abbildung 10: Unternommen Schritte bei Patient/innen mit psychischen Erkrankungen



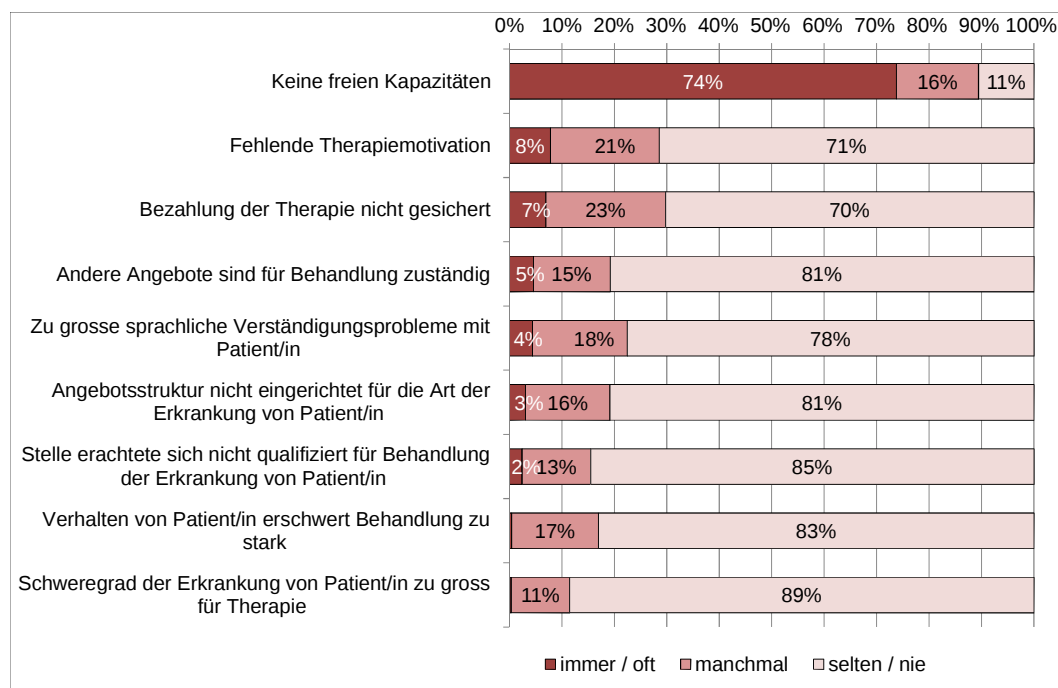
Quelle: Online-Befragung Haus- und Kinderärzt/innen

7.3 Zuweisungen und Zusammenarbeit

Haus- und Kinderärzt/innen gaben an, dass sich die durchschnittliche Wartezeit nach einer Überweisung für eine psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung auf 4.1 Wochen beläuft. Die statistischen Zusammenhangsanalysen zeigten, dass bei Kinderärzt/innen die Wartezeit (6.7 Wochen) signifikant höher ist als bei Hausärzt/innen (3.7 Wochen). Auch Geschlecht und Alter hingen – zumindest knapp – mit der angegebenen Wartezeit zusammen (Angabe Wartezeit von Männern höher als von Frauen, von älteren Haus- und Kinderärzt/innen länger als von jüngeren; siehe Tabelle 49 Anhang).

Weiter wurden die Haus- und Kinderärzt/innen gefragt, ob es bei den zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung überwiesenen Patient/innen vorkam, dass mehrere Stellen angefragt werden mussten, bis ein geeignetes Behandlungsangebot gefunden werden konnte. 80 Prozent der befragten Personen beantwortete dies mit ja (Hausärzt/innen 80%, Kinderärzt/innen 82%). Ebenfalls gefragt wurde, welche Gründe für die Ablehnung von Überweisungen relevant seien. In der **Abbildung 11** sind die entsprechenden Angaben der Haus- und Kinderärzt/innen zu sehen. Deutlich am häufigsten wurden über fehlende freie Kapazitäten berichtet (Gesamt «immer / oft» 74%; Hausärzt/innen 73%, Kinderärzt/innen 84%). Die zwei weiteren häufiger genannten Gründe waren fehlende Therapiemotivation und nicht-gesicherte Bezahlung der Therapie.

Abbildung 11: Relevante Gründe für die Ablehnung von Überweisungen

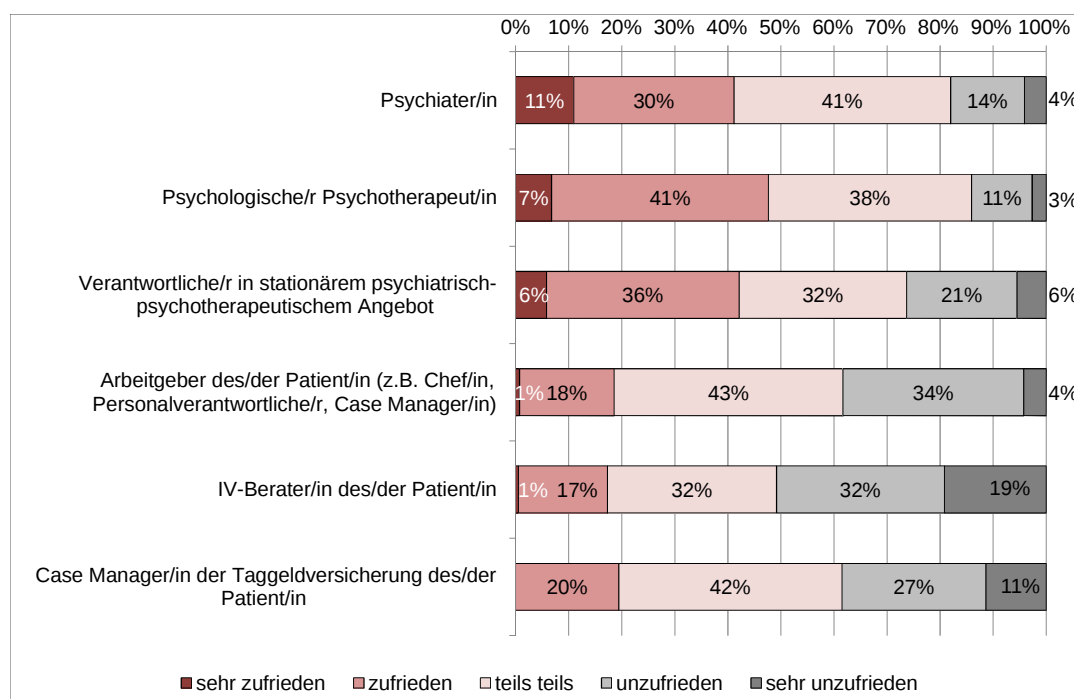


Quelle: Online-Befragung Haus- und Kinderärzt/innen

Die Ergebnisse der statistischen Zusammenhangsanalyse zeigen, dass sprachliche Verständigungsprobleme, das Verhalten von Patient/innen sowie fehlende Therapiemotivation bei Kinder- und Jugendärzt/innen signifikant weniger häufig als Gründe für Ablehnungen genannt werden als bei Hausärzt/innen. Weiter zeigen sich einige Unterschiede bezüglich Deutsch- und Romandie – beispielsweise wird in der Romandie eine fehlende Therapiemotivation weniger häufig als Grund zur Ablehnung angegeben als in der Deutschschweiz (alle Ergebnisse siehe **Tabelle 49** im Anhang).

Betreffend der Frage, wie zufrieden die Haus- und Kinderärzt/innen bei Patient/innen, die sie selber behandelt oder in psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung überwiesen haben, mit dem Informationsaustausch mit den involvierten Akteuren seien, ergaben sich Ergebnisse, die in **Abbildung 2** aufgezeigt werden. Am zufriedensten sind die Haus- und Kinderärzt/innen mit dem Informationsaustausch mit Psychiater/innen und psychologischen Psychotherapeut/innen. Tendenziell eher unzufrieden sind sie mit dem Informationsaustausch mit den IV- Berater/innen der Patient/innen und den Case Manager/innen der Taggeldversicherung der Patient/innen. Tendenziell waren die Ärzt/innen in der Romandie mit der Zusammenarbeit mit diesen letztgenannten Akteuren etwas zufriedener als Ärzt/innen in der Deutschschweiz, wie die entsprechenden Zusammenhangsanalysen zeigten (weitere Ergebnisse siehe **Tabelle 49** im Anhang).

Abbildung 12: Zufriedenheit mit dem Informationsaustausch folgender Akteure



Quelle: Online-Befragung Haus- und Kinderärzt/innen

7.4 Einschätzung der eigenen Vorbereitung und der Versorgungssituation

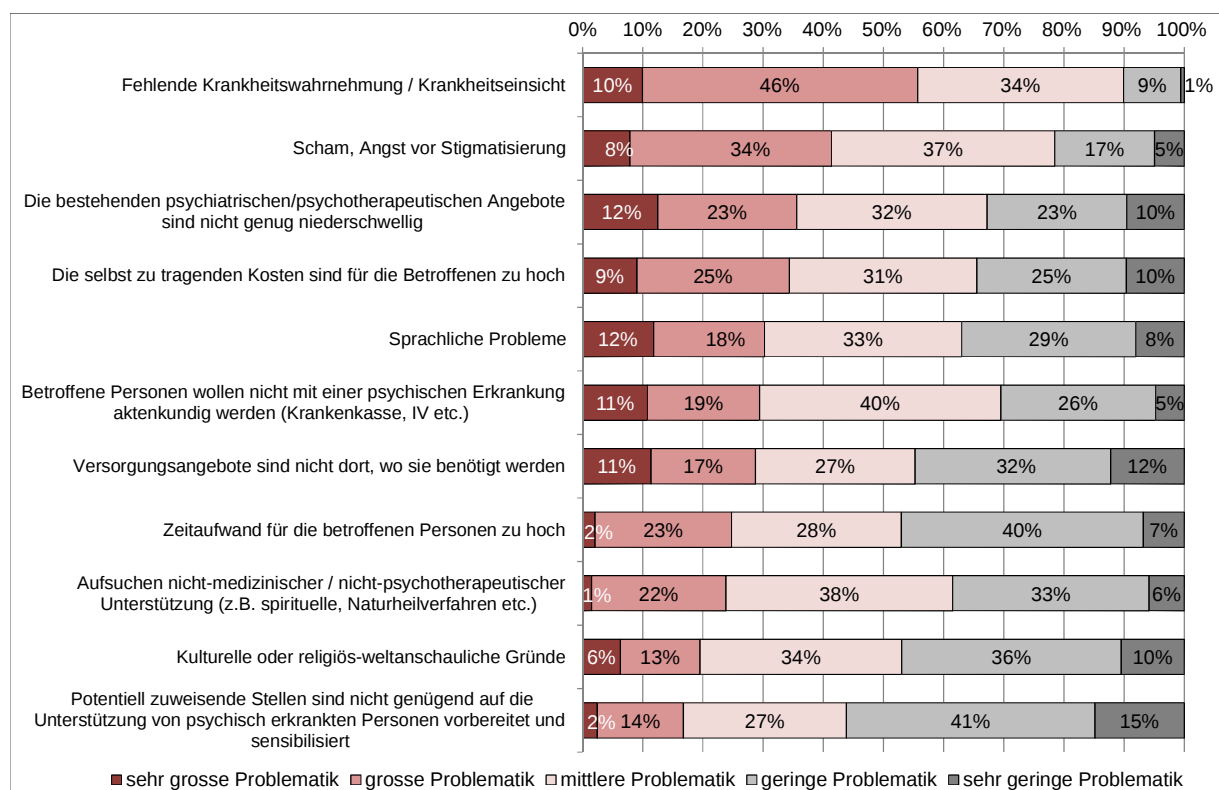
Auf die Frage, wie gut sich die Haus- und Kinderärzt/innen als Grundversorger/in auf die Unterstützung von psychisch erkrankten Personen vorbereitet (Aus- und Weiterbildung) fühlen, gaben 50 Prozent der Befragten an, sich gut oder sehr gut vorbereitet zu fühlen. Etwas mehr als ein Drittel (37%) fühlt sich mittelmässig vorbereitet und 13 Prozent sehr schlecht oder schlecht. Die Testung auf statistische Zusammenhänge zeigte, dass sich Kinderärzt/innen signifikant schlechter vorbereitet (22% gut bis sehr gut vorbereitet) fühlen als Hausärzt/innen (54% gut bis sehr gut vorbereitet) (**Tabelle 49** Anhang).

Zur Beurteilung der Versorgungssituation wurden die Befragten gebeten, sich die Versorgungssituation in ihrem Einzugsgebiet vor Augen zu halten und einzuschätzen, ob Patient/innen mit psychischen Erkrankungen gemäss ihren Erfahrungen bei Bedarf innert nützlicher Frist Zugang zu einem geeigneten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsangebot haben. Knapp 40 Prozent gaben an, die Versorgungssituation für psychisch erkrankte Personen sei in ihrem Einzugsgebiet gut bis sehr gut (38%), weitere gut 40 Prozent befanden diese für teilweise schlecht und teilweise gut (42%) und die restlichen 20 Prozent gaben an, die Versorgungssituation sei schlecht bis sehr schlecht. Die statistische Zusammenhangsanalyse zeigte, dass die Versorgungssituation in der Agglomeration und auf dem Land knapp signifikant schlechter eingeschätzt wurden als in der Stadt (Stadt: 50% (sehr) gut, 36% teils teils, 15% (sehr) schlecht; Agglomeration: 27% (sehr) gut, 50% teils teils, 24% (sehr) schlecht; Land: 34% (sehr) gut, 41% teils teils, 24% (sehr) schlecht) (Ergebnisse der Signifikanztestung in **Tabelle 49** im Anhang).

7.5 Zugangshürden und Unterbeanspruchung

Wie auch die Psychiater/innen wurden die Haus- und Kinderärzt/innen gebeten, die Bedeutsamkeit der Gründe einzuschätzen, aufgrund derer Betroffene vorhandene Angebote nicht oder zu wenig in Anspruch nehmen. Anders als die Psychiater/innen erachten die Haus- und Kinderärzt/innen nicht das Thema Scham und Stigmatisierung als bedeutsamste Problematik sondern die fehlende Krankheitswahrnehmung und Krankheitseinsicht (nimmt man die beiden ersten Kategorien zusammen, sehen dies 56 Prozent der Befragten so) (**Abbildung 13**). Scham und Stigma werden jedoch ebenfalls als grosse Problematik erachtet, gefolgt von der fehlenden Niederschwelligkeit von Angeboten und der zu hohen selbst zu tragenden Kosten. Im mittleren Häufigkeitsbereich liegen Sprachprobleme, dass Betroffene nicht aktenkundig sein wollen und schliesslich, dass Versorgungsangebote nicht dort sind, wo sie benötigt werden.

Abbildung 13: Ursachen für eine mangelnde Inanspruchnahme



Quelle: Online-Befragung Haus- und Kinderärzt/innen

Die Zusammenhangsanalyse zeigte, dass in der Romandie fehlende Krankheitswahrnehmung oder Krankheitseinsicht als signifikant bedeutsamere Problematik erachtet wird als in der Deutschschweiz. Das Thema Scham und Angst vor Stigmatisierung erachten Kinderärzt/innen im Vergleich zu Hausärzt/innen sowie Männer im Vergleich zu Frauen als signifikant weniger problematisch. Weiter fällt auf, dass Haus- und Kinderärzt/innen auf dem Land häufiger den Eindruck haben, dass Versorgungsangebote nicht dort sind, wo sie benötigt werden und der Zeitaufwand für die betroffenen Personen zu hoch ist (weitere Ergebnisse **Tabelle 50** im Anhang).

7.6 Die wichtigsten Ergebnisse in Kürze

- 80% der Haus- und Kinderärzt/innen gaben an, dass es bei Überweisung von Patient/innen in eine psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung vorkam, dass mehrere Stellen angefragt werden mussten, bis ein geeignetes Behandlungsangebot gefunden werden konnte (Kapitel 7.3).
- Haus- und Kinderärzt/innen geben an, dass sich die durchschnittliche Wartezeit nach einer Überweisung für eine psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung auf rund 4 Wochen beläuft. Kinderärzt/innen berichten bezüglich der Überweisung psychisch erkrankten Patient/innen in eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung von signifikant längerer Wartezeit (7 Wochen) als Hausärzt/innen (4 Wochen) (Kapitel 7.3).
- 82% der Kinderärzt/innen geben an, dass für die Überweisung von psychisch erkrankten Patient/innen mehrere Stellen angefragt werden müssen, bis ein geeignetes Behandlungsangebot gefunden werden kann. Bei einer Ablehnung von Überweisungen wird von Haus- und Kinderärzt/innen als häufigster Grund über fehlende freie Kapazitäten berichtet (Gesamt «immer / oft» 74%; Hausärzt/innen 73%, Kinderärzt/innen 84%). (Kapitel 7.3).
- 20 Prozent der Haus- und Kinderärzt/innen beurteilen die Versorgungssituation für psychisch erkrankte Personen in ihrem Einzugsgebiet (Frage: besteht bei Bedarf innert nützlicher Frist Zugang zu einem geeigneten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsangebot?) als schlecht bis sehr schlecht, 40 Prozent befanden diese für teilweise schlecht und teilweise gut. Von Haus- und Kinderärzt/innen in der Agglomeration und auf dem Land wird die Versorgungssituation dabei knapp signifikant schlechter eingeschätzt als in der Stadt (Stadt: 50% gut bis (sehr) gut, 36% teils teils, 15% (sehr) schlecht; Agglomeration: 27% (sehr) gut, 50% teils teils, 24% (sehr) schlecht; Land: 34% (sehr) gut, 41% teils teils, 24% (sehr) schlecht) (Kapitel 7.4).
- Rund 50 Prozent der Haus- und Kinderärzt/innen fühlt sich maximal mittelmässig auf die Unterstützung von psychisch erkrankten Personen vorbereitet (37% mittelmässig, 13% (sehr) schlecht). Kinderärzt/innen fühlen sich signifikant schlechter auf die Unterstützung von psychisch erkrankten Personen vorbereitet (nur 22% fühlt sich gut bis sehr gut vorbereitet) als Hausärzt/innen (Kapitel 7.4).
- Rund 55% der Haus- und Kinderärzt/innen erachten fehlende Krankheitswahrnehmung und Krankheitseinsicht als grosse oder mittlere Zugangshürde (Kapitel 7.5).
- Rund 40% der Haus- und Kinder-ärzt/innen erachten Scham und Angst vor Stigmatisierung als grosse oder mittlere Zugangshürde (Kapitel 7.5).²
- 35% der Haus- und Kinderärzt/innen erachten es als grosse oder mittlere Zugangshürde, dass die bestehenden psychiatrischen/psychotherapeutischen Angebote nicht genug niederschwellig sind (Kapitel 7.5).
- Rund 35% der Haus- und Kinderärzt/innen erachten die von den Betroffenen selbst zu tragenden Kosten als zu hoch (Zugangshürde von grosser oder mittlerer Problematik) (Kapitel 7.5)²
- *Weitere Ergebnisse, die im Hinblick auf die Schlussfolgerungen relevant sind, finden sich in den Integrationstabellen im Anhang I: Facts and Figures im Überblick.*

8 Gruppengespräche und Einzelinterviews

8.1 Datengrundlage

Die Analysen dieses Studienteils basieren auf leitfadengestützte Gruppen- und Einzelgesprächen mit Betroffenen, Angehörigen, Beratenden, Zuweisenden, Behandelnden sowie weiteren Expert/innen. Alle Gespräche wurden protokolliert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Insgesamt fanden fünf Gruppengespräche und 15 Einzelinterviews statt. Aus forschungsökonomischen Gründen wurden die Gruppengespräche in drei ausgewählten Kantonen (ZH, VD und LU) durchgeführt.²⁸ Bei der Auswahl der einzelnen Teilnehmenden wurde darauf geachtet, eine möglichst grosse Bandbreite von Konstellationen abzudecken. Primäres Ziel der Auswahl war nicht ein proportionales Abbild der Grundgesamtheit, sondern eine möglichst präzise Erfassung ihrer Vielfalt. In den Einzelgesprächen wurden fast ausschliesslich Personen befragt, die aufgrund ihrer Funktion die gesamtschweizerische Versorgungssituation kennen. Ebenso beigezogen wurden Antworten zu offenen Fragen und Bemerkungen aus den schriftlichen Befragungen der Psychiater/innen und der Grundversorger/innen.

Einen Überblick über die durchgeführten Gespräche gibt **Tabelle 34**. Insgesamt wurden 64 Personen mit verschiedensten Erfahrungs- und Fachhintergründen befragt. Die Gespräche mit den verschiedenen Akteursgruppen dienten insbesondere zur Erfassung von Informationen, welche die Sichtweisen der ärztlichen Fachpersonen kontrastieren und ergänzen konnten. Ziel war, eine möglichst grosse Vielfalt der Sichtweisen zum Versorgungssystem für psychisch erkrankte Personen zu erheben.

Tabelle 34: Durchgeführte Gespräche mit Betroffenen, Angehörigen, Beratenden, Behandelnden und anderen Expert/innen

Sichtweise	Gesprächsform	Gesprächspartner/innen	Anz. Pers.
Betroffene und Angehörige	Gruppengespräch I, Kanton Zürich	4 Betroffene und 3 Angehörige vermittelt durch Selbsthilfecenter.ch ²⁹ und die VASK Zürich ³⁰ Erfahrungsbereiche: Depression, posttraumatische Störung, bipolare Störung, Psychosen, Schizophrenie	7
	Gruppengespräch II, Kanton Waadt	7 Betroffene und 7 Angehörige vermittelt durch die Fondation Graap ³¹ Erfahrungsbereiche: Depression, bipolare Störung, Schizophrenie, Psychosen, Hypersensibilität, Suizid	14
	Telefoninterviews	Vertretungen folgender Betroffenenorganisationen: ▪ Pro Mente Sana (2 Gespräche) Andreas Daurü, Leiter Psychosoziales Jasmin Jossen, Fachmitarbeiterin/Peer ▪ Coordination romande des associations d'action en santé psychique CORASSP (1 Gespräch) Florence Nater, Directrice	3
		Dominik Rössli, Peer/Genesungsbegleiter, Klinik Königsfelden	1

²⁸ Ausschlaggebend für die Auswahl war, dass es sich bei allen um grössere Kantone mit einer grösseren Stadt sowie grossem ländlichen Anteil handelt und zudem sowohl Romandie als auch Deutschschweiz vertreten war. Kein Ziel war, Kantonsvergleiche vornehmen zu können.

²⁹ «Selbsthilfecenter.ch - Professionelle Hilfe zur Selbsthilfe». Das Selbsthilfecenter ist die Informations- und Beratungsstelle rund ums Thema Selbsthilfe und Selbsthilfegruppen in Zürich. Bei Selbsthilfecenter.ch sind über 400 Zürcher Gruppen registriert.

³⁰ Die VASK Zürich, Vereinigung der Angehörigen von psychisch Kranken, setzt sich für die Anliegen von Eltern, Töchtern, Söhnen, Geschwistern, Partnern und weiteren Verwandten von psychisch Kranken ein.

³¹ Vermittelt durch Madeleine Pont (Présidente) und Jean-Pierre Zbinden (Directeur)

Sichtweise	Gesprächsform	Gesprächspartner/innen	Anz. Pers.
Zuweisende und behandelnde Fachpersonen	Gruppengespräch III, Kanton Zürich	je eine Vertretung folgender Organisationen: - Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden (KESB) Zürich <i>Felix Schmid, Behördenmitglied</i> - Soziale Dienste Zürich <i>Manfred Dachs, Leiter Sozialzentrum Hönningerstrasse</i> - Sozialdienst der Psychiatrischen Universitätsklinik (PUK) Zürich <i>Nina Wiederkehr, Sozialarbeiterin</i> - Schulpsychologische Dienste (SDP) Glattal <i>Brigitte Kunkel, Psychologin</i> - Zentrum für Psychotherapie (ZEPT) <i>Reto Volkart, Geschäftsleiter und Psychotherapeut</i> - Verein IGSP (Interessensgemeinschaft Sozialtherapie) - Zürcher Fachstelle für Alkoholprobleme (ZFA) <i>Peter Eggli, Leiter Fachbereich Beratung und Therapie</i> - ambulante psychiatrische Pflege facultes GmbH <i>André Müller, Pflegefachmann Psychiatriespitex</i>	8
	Gruppengespräch IV, Kanton Luzern	je eine Vertretung folgender Organisationen: - Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden (KESB) Luzern <i>Bettina Bannwart, Vizepräsidentin</i> - Soziale Dienste Stadt Luzern: Existenzsicherung (WSH)+Erwachsenenschutz <i>Astrid Estermann, Bereichsleiterin Erwachsenenenschutz</i> - Opferberatungsstelle Kanton Luzern (DISG) <i>Michèle Wolf, Abteilungsleiterin</i> - Spitex Luzern <i>Stephan Gisler, Teamleiter Psychiatrie</i> - Schulpsychologischer Dienst Stadt Luzern <i>Ruth Enz, Leiterin SPD/Schulunterstützung</i> - Verein Traversa Luzern Netzwerk für Menschen mit einer psychischen Erkrankung <i>Anton Aschwanden, Bereichsleiter</i> - Sozial-BeratungsZentrum SoBZ Luzern <i>Beat Waldis, Geschäftsführer</i> - Sozialdienst Luzerner Psychiatrie <i>Benedikt Biotti, Berufsgruppensprecher Sozialdienst Klinik St. Urban</i> - Verband Psychotherapeut/innen Zentralschweiz (VPZ) <i>Barbara Massetti, Psychologische Psychotherapeutin in Praxis (selbständig tätig)</i> - Vereinigung der Psychiater/innen des Kantons Luzern (VPLU) <i>Dr. med. Harald Franz, Psychiater in Praxis</i>	10
	Gruppengespräch V, Kanton Waadt	je eine Vertretung folgender Organisationen: - Tribunal cantonal, Chambre des curatelles <i>Caroline Kuhnlein, Présidente</i> - Association pour la promotion de la santé et le maintien à domicile dans la couronne lausannoise (APROMAD) <i>Sophie Ley, Consultante en soins infirmiers, Vice-présidente</i> - Service de psychologie scolaire de Lausanne <i>Raphaël Gerber, Chef de service</i> - Service social Lausanne (SSL) <i>Valerie Biétry, Intervenante socio-éducative à l'Espace</i> - Fondation Groupe d'accueil et d'action psychiatrique (graap) <i>Daniilo Castro, Chef du service d'entraide sociale</i> - Fondation Vaudoise contre l'Alcoolisme (FVA) <i>Silvia Mongodi, Intervenante sociale spécialisée en alcoologie</i> - Association vaudoise des psychologues (AVP) <i>Carlos Iglesias, Président</i> - Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP) <i>Dr. med. Pierre Vallon, Président</i> - Centre social régional (CSR) du Jura-Nord vaudois <i>François Galeano, Responsable d'unité</i> - Département de psychiatrie du CHUV <i>Dominique Eperon, Psychologue responsable, Présidente du Collège des psychiatres du CHUV</i>	10

Sichtweise	Gesprächsform	Gesprächspartner/innen	Anz. Pers.
	Telefoninterviews	je eine Vertretung folgender Organisationen: - Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) <i>Yvik Adler, Co-Präsidentin</i> - Opferberatung Zürich <i>Elsbeth Aeschlimann, Stellenleitung</i> - Fachstelle Psychiatrische Rehabilitation (PBL), Basel <i>Dr. phil. Niklas Baer, Leiter</i> - Nestlé Suisse <i>Delphine Caprez, Health Promotion Manager</i> - Département de psychiatrie du CHUV <i>Prof. Philippe Conus, Chef du service de psychiatrie générale</i> - Haus- und Kinderärzte Schweiz (MFE) <i>Dr. med. Philippe Luchsinger, Vizepräsident</i> - Netzwerk Psychische Gesundheit (npg) <i>Dr. Alfred Künzler, Leiter Koordinationstelle</i> - Regionaler Ärztlicher Dienst SVA Zürich <i>Dr. med. Doris Kulbe, Teamleiterin</i> - Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) <i>Dr. med. Alexander Minzer, Präsident</i> - Personal- und Sozialberatung der Bundesverwaltung <i>Silvia Ursprung, Personal- und Sozialberaterin</i> - Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) <i>Helena Zaugg, Präsidentin</i>	11
Total befragte Personen			64

Quelle: Eigene Darstellung

8.2 Angebotssituation

8.2.1 Vorhandensein und Qualifikation von Fachpersonal

Zu Beginn wird anhand der Ergebnisse der Gruppengespräche, Einzelinterviews und den offenen Antworten aus den beiden Online-Befragungen der Frage nachgegangen, ob es Hinweise auf Mangel an Fachpersonal – generell, in bestimmten Fachgebieten oder bezüglich des Vorhandenseins bestimmter (Zusatz-) Qualifikationen und Kompetenzen gibt.

Psychiaterinnen und Psychiater

In den durchgeführten Gesprächen wie auch in den beiden Online-Befragungen wird vereinzelt ein genereller Mangel an Psychiater/innen konstatiert. Aus den detaillierten Rückmeldungen zu Versorgungsproblematiken geht jedoch hervor, dass der Fachärztemangel gegenwärtig vorwiegend bestimmte Fachgebiete, Patientengruppen, Regionen und Settings betrifft:

- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Spezialisierte Kompetenzen für die Diagnostik und Behandlung von Patient/innen mit Trauma, somatischen Komorbiditäten (z.B. Krebs, Diabetes, Rheuma), psychosomatischen Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Zwangsstörungen, bipolaren Störungen, ADHS, Autismus-Spektrum, Forensik, Abklärung neuropsychologischer Störungen
- Zu wenige oder stark überlastete Psychiater/innen v.a. in ländlichen, peripheren Gebieten
- Rekrutierungsprobleme und Unterkapazitäten insbesondere in stationären Einrichtungen

Die Folgen dieser Mangelsituation sind Unterversorgung (z.B. in gewissen Regionen kein adäquater psychiatrischer Notfalldienst³²; Patient/innen mit Bedarf an spezialisierter psychiatrischer Behandlung,

³² In anderen Regionen hingegen wird der Notfalldienst sehr positiv beurteilt, das Zusammenspiel der Akteure und Institutionen funktioniere gut, sodass für akute Probleme immer eine Lösung gefunden werden könne.

die mangels lokal vorhandenem Angebot bei den Hausärzt/innen «hängenbleiben») und Qualitätseinbussen (z.B. aufgrund eines unzureichenden Betreuungsschlüssels im stationären Bereich).

Aufgrund der demografischen Entwicklung – viele Psychiater/innen erreichen in den nächsten Jahren das Pensionsalter – und der Nachwuchsprobleme – wird erwartet, dass sich in Zukunft die Versorgungslücken eher noch verschärfen werden. Mit ausländischen Assistenzärzt/innen und Psychiater/innen können zwar gewisse Lücken geschlossen werden, in manchen Fällen entstehen dadurch auch neue Probleme. In allen Erhebungen im Rahmen der Studie wurde darauf hingewiesen, dass ausländische Psychiater/innen teilweise ungenügende Kenntnisse der lokalen Sprache (Französisch, Deutsch, Schweizerdeutsch) aufweisen, oder dass z.B. Psychiater/innen aus Frankreich mit den Akteuren und Versorgungsstrukturen in der Romandie zu wenig vertraut und vernetzt seien. Gleichzeitig gebe es punkto Sprachkompetenzen auch einen Mangel an Fachpersonen, welche die für die Versorgung von Migrant/innen und Zuwandernden wichtigen Fremdsprachen beherrschen.

Sowohl Patienten wie Zuweiser meiden [diese Klinik]; die Rückmeldungen über schlechte Behandlungen und/oder quasi phobische Angst dorthin zurück zu gehen häufen sich. Es scheinen nicht zumutbare Unterkapazitäten in der ärztlichen und pflegerischen Versorgung zu herrschen: schlechte bis kaum Gespräche mit zunehmend fremdsprachigen Ärzten, die zu wenig deutsch oder Mundart verstehen; Patienten fühlen sich unbeachtet oder nicht verstanden [...] Austritte sind zunehmend schlecht vorbereitet und ohne Rücksprache mit nachbehandelndem Arzt. [Online-Befragung Psychiater/innen]

Was die Verfügbarkeit von Psychiater/innen mit vertieften Kompetenzen für die Versorgung spezifischer Zielgruppen betrifft, gibt es einerseits klare Hinweise auf einen Mangel an spezialisierten Fachpersonen und Versorgungsangeboten (vgl. die oben genannten Bereiche). Dabei wird insbesondere seitens der Betroffenen, z.T. auch seitens Zuweisenden auch die Ansicht vertreten, bei gewissen Patientengruppen (z.B. Persönlichkeitsstörungen) seien weniger fehlende Kompetenzen als Zugangsbarrieren für die Mangelsituation verantwortlich. Andererseits wird von Zuweisenden und Betroffenen auch Kritik an vorherrschenden Behandlungskonzepten geäußert, welche über die Fachkompetenzen der Psychiater/innen hinaus mit Haltungsfragen zusammenhängen³³ und letztlich auch die Zusammenarbeit der Akteure im Versorgungssystem tangieren (vgl. Kap. 8.2.3). Vereinzelt ist seitens der Hausärzt/innen und Betroffenen ausserdem von zu wenig «guten» und «geeigneten» Psychiater/innen die Rede. Dies dürfte weniger mit objektiv vorhandenen Fachkompetenzen zusammenhängen, sondern verweist vielmehr auf die entscheidende Rolle, welche subjektive Wahrnehmungen und Erfahrungen in der psychischen Gesundheitsversorgung spielen können. «Kompetente» Psychiater/innen sind aus Sicht der Betroffenen eben solche, denen sie vertrauen, bei denen sie sich verstanden und ernstgenommen fühlen. Je nach Region ist jedoch angesichts des Personalmangels unter Umständen ein Arztwechsel gar nicht möglich, auch wenn es zwischenmenschlich nicht funktioniert.³⁴

Haus- und Kinderärzt/innen

Insbesondere auf dem Land spielen Haus- und Kinderärzt/innen eine wichtige Rolle in der psychischen Gesundheitsversorgung mit den folgenden Aufgaben: Erkennen und teilweise Behandeln psychischer Erkrankungen, Überweisen an Spezialist/innen, Langzeitbetreuung. Auch in urbanen Gebieten können Haus- und Kinderärzt/innen ein wichtiger niederschwelliger Zugangsweg zu spezialisierter Behandlung sein:

³³ Beispielsweise, inwiefern Angehörige oder Peers in die Behandlung einbezogen werden oder wie stark die Expertise und Bedürfnisse der Betroffenen in die Behandlungsplanung einfließen

³⁴ Dasselbe gilt auch für psychologische Psychotherapeut/innen.

Der Schritt, zum Psychiater zu gehen, ist häufig relativ gross – eher geht man dann zum Hausarzt oder zum Kinderarzt. Daher ist die Schnittstelle dort sehr wichtig; dass sich die Hausärzte und Pädiater bewusst sind, was sie selber können und wo sie an Spezialist/innen überweisen müssen.
[Einzelinterview]

Aus den im Rahmen der Studie gemachten Befragungen der verschiedenen Akteursgruppen geht hervor, dass es bezüglich der Sensibilisierung von Haus- und Kinderärzt/innen für psychische Erkrankungen wie auch bei den vorhandenen Kompetenzen in der Versorgung betroffener Patient/innen grosse Unterschiede gibt. Aus Sicht der Experten für Hausarztmedizin gehören zu einer ganzheitlichen Betreuung und medizinischen Versorgung die Behandlung von sowohl körperlichen als auch psychischen Beschwerden. Wie stark sich Haus- und Kinderärzt/innen in der psychischen Gesundheitsversorgung engagieren und wie gut dies aus Sicht der psychiatrischen Fachärzt/innen, der Betroffenen und weiterer Akteure gelingt, ist nicht nur von der Sensibilisierung, dem Engagement und entsprechender Weiterbildung der Grundversorger/innen abhängig, sondern auch von der Vernetzung mit bzw. der Verfügbarkeit von spezialisierten Angeboten im Umkreis ihrer Praxis. So wird verschiedentlich die Problematik angesprochen, in der Grundversorgung werde bisweilen viel zu lange (nur) mit Psychopharmaka behandelt, die rechtzeitige Überweisung in spezialisierte Behandlung erfolge verzögert oder gar nicht:

Was mir aber auffällt ist, dass v.a. in den ländlichen Regionen Hausärzte oft nicht an Psychotherapeuten überweisen. Sondern sie behandeln weiter somatisch. [...] Die Hausärzte geben zwar schon auch Psychopharmaka, aber es gibt während eines halben Jahres oder sogar länger keine Veränderung. Den Hausarzt zu fragen, weiter zu verweisen, geht dann für die betroffene Person oft nicht. [Einzelinterview]

Anmeldung von Patienten durch Hausärzte erst nach längerer Arbeitsunfähigkeit infolge psychischer Probleme, meist nach alleiniger medikamentöser Vorbehandlung. [Online-Befragung Psychiater/innen]

Nach Einschätzung von Betroffenen würden manche Haus- und Kinderärzt/innen zu wenig von vorhandenen Unterstützungsmöglichkeiten Gebrauch machen, z.B. Konsilien durch Psychiater/innen oder Betroffenenorganisationen. Umgekehrt erleben Grundversorger/innen, dass sie ihre Patient/innen zwar überweisen wollen, entsprechende Angebote in ihrer Umgebung jedoch nicht vorhanden, für ihre Patient/innen nicht finanzierbar oder aufgrund fehlender Kapazitäten nicht innert nützlicher Frist zugänglich sind. Auch fehlende Bereitschaft der Betroffenen selbst, sich in spezialisierte Behandlung zu begeben, kann ein Grund sein, weshalb es in der Behandlungskette nicht weitergeht. Daher wäre es wichtig, meint eine Expertin, dass Grundversorger/innen bei Widerständen nicht zu schnell «aufgeben».

Viele der Befragten meinen, dass eine stärkere Sensibilisierung von Haus- und Kinderärzt/innen positive Auswirkungen auf die Versorgung psychisch kranker und psychisch belasteter Personen hätte. Zusätzlich wären spezifische Weiterbildungen (z.B. Fachausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPPM) sinnvoll, um Patient/innen längerfristig besser begleiten, aber auch Klinikeinweisungen vermeiden oder Wartefristen überbrücken zu können.

Psychologische Psychotherapie

Aus den Interviews und Gruppengesprächen geht hervor, dass bei der psychologischen Psychotherapie weniger der Mangel an Fachpersonen oder das Vorhandensein spezialisierter Kompetenzen ein Problem darstellt, sondern in erster Linie die Finanzierung, d.h. der damit Mangel an über die Grund-

versicherung finanzierten Psychotherapieplätzen. Die Gesprächspartner konstatieren übereinstimmend einen Mangel an delegiert arbeitenden Psychotherapeut/innen sowie an Psychiater/innen und Hausärzt/innen, welche mit delegierten Psychotherapeut/innen zusammenarbeiten bzw. diese in ihrer Praxis anstellen.

Einen klaren Mangel an Psychotherapeut/innen (delegiert und selbständig Tätige) gibt es – wie bei den psychiatrischen Fachärzt/innen – für Kinder und Jugendliche. Vereinzelt wurde auf den spezifischen Mangel an männlichen Kinder- und Jugendpsychologen verwiesen, da z.B. verhaltensauffällige Jugendliche auf männliche Bezugspersonen angewiesen wären.

Was (Zusatz-) Qualifikationen und Kompetenzen betrifft, zeigen die Rahmen der Studie gemachten Befragungen einen ähnlichen Nachholbedarf wie bei Psychiater/innen, etwa im Bereich Trauma, Ethnopsychologie und Fremdsprachenkompetenz.³⁵ Im Gegensatz zu den Psychiater/innen wurden keine Probleme bezüglich Sprachkompetenzen in den Landessprachen genannt.

Zwei Kompetenzbereiche sollten gemäss mehrerer Rückmeldungen in der Ausbildung von Psychotherapeut/innen generell stärker verankert werden: Einerseits die Diagnostik und andererseits der Umgang mit primär somatischen Patient/innen, welche eine psychotherapeutische Begleitbehandlung benötigen.

Die deutliche Diagnostik wird zu wenig gewichtet (z.B. rein systemische Arbeit bei Patient/innen mit schweren Depressionen). [Online-Befragung Haus- und Kinderärzte]

Psychotherapeutisch Tätige haben i.d.R. wenig Wissen über Somatopsychologie oder den Umgang mit somatischen Problemen, Komorbiditäten, körperlich schwierigen Krankheiten oder mit der Begleitung von Sterbenden und deren Angehörigen. Diese Themen kommen in der Ausbildung sehr wenig vor. [Einzelinterview]

Pflegefachpersonen

Pflegefachpersonen (mit und ohne Spezialisierung auf Psychiatriepflege³⁶) sind im stationären wie auch im ambulanten Bereich – als freiberuflich Tätige oder Angestellte von Spitex-Organisationen eine wichtige Berufsgruppe in der psychischen Gesundheitsversorgung. Viele der Befragten plädieren dafür, die Rolle der Pflege weiter zu stärken, insbesondere im Bereich der ambulanten und aufsuchenden Angebote. Zu erwähnen ist ausserdem, dass Betroffene die erfahrene Betreuung durch Pflegefachpersonen sehr positiv beurteilen.

Besonders in Spitälern und psychiatrischen Kliniken, teilweise aber auch in sozialmedizinischen Institutionen, bestehen gemäss Rückmeldungen aus den durchgeführten Befragungen und Interviews Rekrutierungsprobleme und Fachkräftemangel – auch bei Pflegefachpersonen. Dies kann in Kliniken ohne Aufnahmepflicht etwa dazu führen, dass Patient/innen mit hohem Betreuungsbedarf nicht aufgenommen werden:

Wenn in einer geschlossenen Abteilung mit 35 Patienten nur einer manisch oder vollpsychotisch ist, dann geht's, aber wenn es drei sind ist der Teufel los. Sie haben kein Pflegepersonal und da trifft es irgendwann jemand, der dann weggesperrt wird. Das kann man wahrscheinlich nicht anders machen in diesem Konzept. [Gruppeninterview Betroffene und Angehörige]

³⁵ D.h. es fehlen Psychotherapeut/innen, welche die Sprachen wichtiger Zuwanderungsgruppen beherrschen, deren Behandlungsbedarf auch in Zukunft als hoch eingeschätzt wird (Arabisch, Somalisch, Tigrinya etc.).

³⁶ Die altrechtliche Pflegespezialisierung PsyKP wurde in unspezifische Titel überführt. Schwerpunktsetzungen (u.a. Psychiatriepflege) in Form von Weiterbildungen als eidgenössisch höhere Fachprüfungen HFP werden derzeit im Rahmen des Projekts «Kompetenzprofile Pflege» der OdASanté geprüft.

Was die Spitex-Organisationen betrifft, seien diese für das Thema psychische Gesundheit sensibilisiert, wie von verschiedenen Befragten konstatiert wird. Ein Grossteil der Organisationen habe inzwischen auf Psychiatrie spezialisierte Fachkräfte in ihre Teams integriert oder sei daran, entsprechende Kompetenzen aufzubauen. Während die befragten Vertreter/innen von Sozialdiensten psychiatrischer Kliniken mit den Dienstleistungen sowohl öffentlicher als auch privater Spitex-Organisationen positive Erfahrungen machen, wird vonseiten Psychiater/innen darauf hingewiesen, dass der Bedarf nach Beziehungskontinuität von Personen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen von den Spitex-Organisationen noch besser berücksichtigt werden sollte.

Zuweisende Stellen und weitere Akteure

In den Online-Befragungen und Interviews wurden auch die Kompetenzen von zuweisenden Stellen und weiteren Akteuren beim Erkennen psychischer Belastung und der Vermittlung geeigneter Unterstützungsangebote diskutiert.

Personen, die auf Sozialhilfe angewiesen sind und am Existenzminimum leben, erleben häufig psychische Belastungen. Gemäss der Erfahrung verschiedener Gesprächspartner sind die kommunalen Sozialdienste sehr unterschiedlich aufgestellt, was die Sensibilisierung für mögliche psychische Erkrankungen und Kenntnisse des Versorgungssystems betrifft. Tendenziell sei bei kleineren Gemeinden weniger Know-how vorhanden. Auch für sensibilisierte Fachpersonen in den Sozialdiensten ist es indes nicht immer einfach, psychische Erkrankungen zu erkennen, insbesondere auch bei Personen mit Migrationshintergrund:

Es ist in der Sozialberatung oft auch nicht einfach zu sehen, ob die Probleme kultureller Art sind oder psychisch – trotz Dolmetscher kann es manchmal länger dauern, psychische Störungen/Belastungen als solche zu erkennen. Auch Dolmetschende sind nicht unbedingt geschult in diesem Bereich. [Gruppeninterview Zuweisende und Behandelnde]

8.2.2 Vorhandensein und Ausgestaltung von Behandlungsangeboten

Im zweiten Aspekt dieser Untersuchungsdimension geht es darum, ob es Hinweise auf einen Mangel an Angeboten gibt, generell, in bestimmten Regionen, bezüglich bestimmter Settings.

In den Gesprächen mit zuweisenden Stellen, Behandelnden und Expert/innen werden die grosse Bandbreite und die Vielfalt der Angebote positiv erwähnt. Dies gilt jedoch hauptsächlich für die Erwachsenenpsychiatrie, während für die Kinder- und Jugendpsychiatrie ein problematischer Mangel an Behandlungsplätzen sowohl im stationären als auch im ambulanten und intermediären Bereich konstatiert wurde.

Für Erwachsene werden Schwierigkeiten und Verbesserungsbedarf vor allem beim Zugang zum Behandlungssystem und beim Zusammenspiel der verschiedenen Settings und Akteure gesehen. So ist es für Betroffene oft mühselig, sich im Versorgungssystem zurechtzufinden und sich eine für sie passende Unterstützung zu organisieren:

Es fehlt vielen die Kraft, sich damit auseinanderzusetzen: Wo will ich hin? Was ist das richtige für mich? Gehe ich in eine Kur, oder muss ich in eine Klinik? Wenn dann der Psychologe fragt: «Wo möchten Sie denn hin?» Dann habe ich doch keine Ahnung. Das ist anfangs die Herausforderung. [...] Am Anfang, wenn man mit diesen Therapeuten, Psychiatern und Psychologen spricht, wird man von manchen nicht ernst genommen, andere sind unsympathisch; man muss einfach so lange suchen, bis man die richtigen gefunden hat. Diese Energie und diesen Durchhaltewillen haben nicht alle. Das ist in die Schwierigkeit. [Gruppeninterview Betroffene und Angehörige]

Allerdings ist es auch für manche zuweisenden Fachpersonen und Fachstellen (z.B. Hausärzt/innen, Sozialdienste, Opferhilfestellen) nicht einfach, unter Berücksichtigung der oft vielfältigen Anforderungen – zeitliche Verfügbarkeit, fachliche Adäquatheit, gute Erreichbarkeit, Finanzen, individueller Bedarf etc. – für ihre Klient/innen ein geeignetes Betreuungssetting zu organisieren. Je spezialisierter und vielschichtiger der Bedarf, desto schwieriger sei es, auch aufgrund fehlender Übersicht und Transparenz dazu, welche (Spezial-) Kompetenzen wo vorhanden sind. Hinweise auf Angebotsmangel bzw. auf Optimierungsbedarf in der Ausgestaltung der Versorgungsangebote werden in den nachfolgenden Kapiteln diskutiert.

8.2.2.1 Settings

Der Leitsatz «ambulant vor stationär» hat auch in der Psychiatrie Veränderungen in der Ausgestaltung des Versorgungssystems bewirkt. Auch Personen mit schweren und chronischen psychiatrischen Erkrankungen werden heute vermehrt ambulant versorgt. Im Grundsatz wird die Verschiebung in den ambulanten Bereich und hin zu gemeindeintegrierter Versorgung begrüsst, jedoch zeigen die Ergebnisse der Befragungen und Interviews, dass mit dem Abbau der Bettenzahl in Kliniken und Spitälern nur ein unzureichender Aufbau an intermediären und ambulanten Strukturen einhergegangen ist. Ausserdem wird darauf verwiesen, dass für bestimmte Krankheitsbilder und Situationen die Betroffenen auf stationäre Strukturen unbedingt angewiesen sind und ambulante Unterstützung nicht adäquat ist. Im Folgenden wird aufgezeigt, wie die Befragten vor diesem Hintergrund die Verfügbarkeit und Ausgestaltung der Angebote in den jeweiligen Settings beurteilen.

Stationäre Angebote

In der Romandie sprechen viele Fachpersonen von problematischen Kapazitätsproblemen in der stationären psychiatrischen Versorgung. Man müsse beinahe beweisen, dass man suizidal sei, um einen Behandlungsplatz zu bekommen, heisst es etwa, und mit Verweis auf den hohen Anteil Fürsorgerischer Unterbringungen (FU) wird vermutet, Ärzt/innen würden teilweise gar FUs ausstellen, um die Abweisung von Patient/innen zu verhindern. Umgekehrt sind auch Fehlplatzierungen mit ein Grund für fehlende Kapazitäten: teilweise werden Betten besetzt von Personen, die eigentlich keiner (akut-) stationärer Behandlung mehr bedürfen, jedoch keine geeignete Anschlusslösung haben, oder von Betroffenen, welche zwar ambulant engmaschig behandelt werden könnten, aber keine Termine finden oder selber der Ansicht sind, eine stationäre Behandlung zu benötigen. Ein Ausbau der Bettenkapazitäten ist nach Ansicht gewisser Gesprächspartner demnach keine Lösung, vielmehr wird dafür plädiert, vermehrt auf mobile Equipen zu setzen und die Früherkennung zu stärken.

In der Deutschschweiz wird weniger die Verfügbarkeit stationärer Behandlungsplätze, sondern eher die Qualität und Dauer der stationären Behandlung als problematisch bezeichnet. So ist verschiedentlich von der aus Kostengründen begrenzten Aufenthaltsdauer und der Abschaffung von Langzeitplätzen die Rede, was insbesondere bei schwer kranken Patient/innen und Personen mit komplexen sozialen Problemen zu schnellen Wiederaufnahmen und Verwahrlosung führen könne. Teilweise würden Patient/innen mit Bedarf an langfristiger stationärer Behandlung nach Ausschöpfung der Maximaldauer für kurze Zeit entlassen und treten dann wieder ein. Dazu kommt, dass das Organisieren einer Nachbetreuung innert dieser kurzen Frist für die Sozialdienste psychiatrischer Kliniken herausfordernd ist und nicht immer gelingt.

Sowohl von Betroffenen als auch von Psychiater/innen wird die Qualität und Adäquatheit der Behandlung teilweise bemängelt: Aufgrund des Personalmangels seien Patient/innen unterbetreut, es gebe kaum Gespräche und qualifizierte Behandlung, die Pharmakotherapie dominiere:

«Es bestehen in diesem Kanton keinerlei qualifizierte Einrichtungen, die stationär schwer gestörte Patienten mit etwas anderem als Megadosen von Medikamenten behandeln» [Online-Befragung Psychiater/innen].

Verschiedentlich wurde auf einen Mangel an spezifischen Angeboten hingewiesen, allen voran stationäre Behandlungsplätze für Kinder und Jugendliche. Es komme vor, dass 15-Jährige in der Erwachsenenpsychiatrie untergebracht werden, was nichts bringe oder gar kontraproduktiv sei. Einen Anpassungs- und Ausbaubedarf wird ausserdem in folgenden Bereichen geortet:

- stationäre Psychotherapie
- auf spezifische Krankheitsbilder spezialisierte Stationen in Kliniken
- Spezialsprechstunden in Kliniken (Klinische Diagnostik)

In den Expertengesprächen wird jedoch auch auf die im internationalen Vergleich relativ hohe Bettenzahl sowie die vergleichsweise lange Hospitalisationsdauer mit eher geringen Quoten von raschen Wiedereintritten hingewiesen.

Intermediäre Angebote

Zusammenfassend geht aus den Befragungen und Interviews hervor, dass der bereits stattgefundene Aufbau intermediärer Strukturen (d.h. Angebote, die zwischen der 24-Stunden-Betreuung in der Klinik und der Sprechstunde bei niedergelassenen Ärzt/innen und Therapeut/innen anzusiedeln sind) positiv beurteilt wird. Es wird jedoch ein klarer Bedarf nach dem Ausbau dieser Angebote gesehen, insbesondere bei Tageskliniken und aufsuchenden Angeboten.

■ Tageskliniken

Tageskliniken mit sozialpsychiatrischem und psychotherapeutischem Angebot werden von Fachpersonen als wichtiges Setting für die Entlastung stationärer Kliniken (für Patient/innen mit subakuten Krankheitszuständen), sowie für die Nachsorge und die Gestaltung des Übergangs nach Klinikaufenthalt erachtet. Übereinstimmend werden die aktuellen Finanzierungsmechanismen als Hauptgrund für den Mangel an teilstationären Angeboten genannt.

■ Ambulatorien

Zuweisende Stellen berichten, dass Ambulatorien für manche Betroffene ein wichtiger Zugangsweg zu spezialisierter Versorgung darstellen – und zwar schlicht aufgrund der telefonischen Erreichbarkeit und der kurzfristigen Zugänglichkeit. Wer sich schon mit Mühe durchgerungen hat, eine Behandlung in Anspruch zu nehmen, sei schnell entmutigt, wenn bei Psychiater/innen nur der Telefonbeantworter rangeht oder wenn der Behandlungsbeginn sich um Wochen verzögert. Für kurzfristige Behandlungen erfüllen Ambulatorien demnach eine wertvolle Funktion. Bei Bedarf an längerfristigen Behandlungen werden Ambulatorien hingegen als weniger geeignet erachtet, da die personelle Kontinuität aufgrund häufigerer Fluktuationen häufig nicht gegeben sei.

■ Aufsuchende Angebote (Home Treatment, Mobile Equipen, Psychiatrie-Spitex, Familienarbeit)

Die Möglichkeiten und das bereits vorhandene Angebot aufsuchender Versorgungsmodelle – sei es nun die spezialisierte psychiatrische Krankenpflege zu Hause, seien es ärztlich geleitete interdisziplinäre Teams zur ambulanten Krisenintervention oder aufsuchende Familienbegleitung – werden als sehr positive und wichtige Möglichkeit gesehen, um die Behandlung vieler Zielgruppen zu verbessern. Dies gilt etwa für schwer erreichbare oder (aufgrund ihrer Erkrankung) «unzuverlässige» Patient/innen, welche Schwierigkeiten haben, Termine einzuhalten, aus dem Haus zu gehen, Medikamente regelmässig zu nehmen etc., und die aufgrund dessen häufiger in Kliniken ein- und ausgehen. Mit Home Treatment sollen Klinikaufenthalte möglichst ersetzt werden. Entsprechende gut funktionieren-

de Projekte wurden in verschiedenen Regionen und Kantonen etabliert, durchaus nicht nur in grösseren Städten, sondern auch in regionalen Zentren. Allerdings sind die entsprechenden Angebote noch nicht bei allen zuweisenden Stellen und (Fach-) Ärzt/innen bekannt.

Übereinstimmend wird der Ausbau aufsuchender Versorgungsangebote gefordert. Hindernis ist auch hier die Finanzierung, da von den Kantonen abhängig. Es wird auch darauf aufmerksam gemacht, dass die bestehenden und noch aufzubauenden Angebote gut koordiniert werden sollten, z.B. in Form eines regionalen oder kantonalen Gesamtkonzepts zur aufsuchenden und ambulanten Unterstützung. Die Vernetzung der verschiedenen Anbieter untereinander, aber auch zu den niedergelassenen Psychiater/innen, Grundversorger/innen und Therapeut/innen in der Region, sei für die Etablierung eines adäquaten Betreuungsnetzes für die Zielgruppen von zentraler Bedeutung. Erwähnt wurde auch, dass Spitex-Organisationen sowie die Familienbegleitung noch stärker auf die Bedürfnisse psychiatrischer Patient/innen bzw. psychisch belasteter Familiensysteme ausgerichtet werden sollten.³⁷

■ **Betreutes Wohnen und Tagesstrukturen**

Aus den Befragungen und Gesprächen geht klar hervor, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Mehrfachbelastungen (häufig im Zusammenhang mit Sucht) eine besonders vulnerable Gruppe darstellen, wenn es um den Zugang zu adäquater Versorgung geht. Verschiedentlich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass für Personen mit komplexen Erkrankungen, schweren Störungen des Sozialverhaltens, Suchtproblemen und dissozialem Verhalten auch die Wohnsituation schwierig ist und der Zugang zu Wohnheimen und betreutem Wohnen u.U. erschwert (z.B. bei Abstinenz als Aufnahmekriterium).

Erwähnt wurde auch das Fehlen von Tagesstrukturen mit niederschweligen Beschäftigungsangeboten und psychosozialen Aktivitäten für schwer erkrankte Personen sowie für Personen, die aufgrund Depression, Burnout etc. arbeitsunfähig sind.

Ambulante Angebote

Die Dichte an niedergelassenen Psychiater/innen ist regional sehr unterschiedlich. In der Agglomeration und auf dem Land wird nicht nur bezüglich Kinder- und Jugendpsychiater/innen, sondern auch in der Erwachsenenpsychiatrie ein Mangel konstatiert. Ausserdem wurden folgende Angebotsformen und Fachspezialisierungen im ambulanten Bereich genannt, bei denen das Angebot nicht dem Bedarf entspricht:

■ **Gruppenangebote** für Kinder und Jugendliche, wobei die bestehenden Gruppen bzw. vorhandenen Plätze zu wenig bekannt sind

■ **Paartherapien**

■ **Familientherapien**, insbesondere komplexe Therapien für Familien mit schwer erkrankten Kindern (u.a. dissoziative und Persönlichkeitsstörungen, ADHS, Asperger), mit schweren Verhaltens- und Entwicklungsstörungen oder mit Drogenproblemen

■ **Mangel an störungsspezifischen Behandlungsangeboten**, z.B. für ADHS, Borderline-Störung, Dissoziative Identitätsstörung (genannt wurden Therapie nach Linehan, Dialektisch-Behaviorale Therapie DBT und weitere). Dabei ist zu erwähnen, dass das Angebot an spezifischen Therapiekonzepten und –Methoden stark von der individuellen professionellen Haltung abhängen dürfte. Zur Wirksamkeit der genannten Ansätze sowie zur Frage, ob es tatsächlich zu viele oder zu wenige Fachpersonen gibt, die kognitive Verhaltenstherapie oder psychodynamisch-tiefenpsychologische Therapien anbieten

³⁷ Spitex: Teilweise können die Bedürfnisse psychiatrischer Patient/innen nach Beziehungskontinuität noch zu wenig berücksichtigt werden. Aufsuchende Familienarbeit: Meist sozialpädagogische Familienbegleitung und kaum therapeutisch ausgerichtet.

(wie vereinzelte Befragte rückmelden), kann im Kontext der vorliegenden Studie nicht beurteilt werden.

■ **Mangel an forensisch spezialisierten Fachärzt/innen** für die ambulante Behandlung gerichtlich zu einer Massnahme verurteilter Personen

Mehrere Interviewpartner haben die Vorteile von Gruppen- und Gemeinschaftspraxen hervorgehoben, welche ihrer Ansicht nach das Potenzial haben, verschiedenen Herausforderungen gleichzeitig begegnen zu können (u.a. interdisziplinäre Vernetzung und integrierte Versorgung, verbesserter Zugang zu fachärztlicher Behandlung und Konsilien, Schutz vor Überlastung):

Die Gruppenpraxis ist ein förderliches Modell, weil es verschiedene Vorteile hat, für die Gesundheit der Behandelten, aber auch für das Befinden des Behandlers: Wir haben auch bei den Psychiatern eine vergleichsweise hohe Suizid- und Burnout-Rate. Wenn Vertretungsregelungen innerhalb einer Praxis gemacht werden kann, ist das wahrscheinlich auch günstiger als wenn das in einem anderen Stadtteil ist. [Einzelinterview]

Gerade ältere Leute, die komorbid sind, würden in einer Gruppenpraxis vielleicht eher mal noch zum Psychiater gehen, wenn sie sowieso schon da sind. [...] Wenn der Hausarzt in einer Gruppenpraxis wäre mit einem Psychiater könnte er sagen, «schau doch diesen Patienten mal an» oder «mach mal eine Diagnostik oder gib mir einen Tipp, was für ein Medikament ich geben könnte». Zwar kann das auch sonst funktionieren, dass man mal einen Kollegen anruft, aber das ist halt seltener als in einer Gruppenpraxis, wo man eh schon beieinander ist. Eine Gruppenpraxis hätte vielleicht noch andere Vorteile. Vielleicht könnte man jemanden anstellen, der spezialisiert ist für die Arbeitssituation und dort hilft. Oder eine Pflgende für mehr soziale Sachen wie z.B. Psychiatriespitex. [Einzelinterview]

Psychiatrischer Notfalldienst und Krisenintervention

Zahlreiche der Befragten erachten das Versorgungsangebot für psychiatrische Notfälle und Personen in Krisensituationen mit dringendem Unterstützungsbedarf als unzureichend, insbesondere auf dem Land. Fehlende Plätze und Kapazitäten für dringliche Akutbehandlung werden in allen Versorgungsbereichen festgestellt (niedergelassene Praxen, Ambulatorien, Kriseninterventionszentren, (Akut-) Tageskliniken sowie Spitäler und Kliniken). Um ihren Zweck zu erfüllen, müssten diese Angebote rasch und kurzfristig verfügbar sowie unkompliziert zugänglich sein. Betroffene Zielgruppen sind einerseits Personen mit schweren Erkrankungen und akuten Krisen (z.B. Depression, Psychose, Suizidalität). Andererseits gebe es auch einen Bedarf an niederschwelliger Krisenintervention in Form von

■ **Anlaufstellen** für Betroffene und Angehörige zur Unterstützung und Begleitung in akuten Krisen³⁸

■ **mobilen Teams**, die Hausbesuche zur Abklärung und ambulante Krisenintervention durchführen³⁹

■ **kurzzeitigen stationären Behandlungsplätzen und Krisenbetten ohne Intensivbehandlung** für Personen, für die ein Aufenthalt in der Akutklinik u.U. kontraproduktiv wäre (subakut suizidale Personen, Traumafolgestörungen, Erschöpfungszustände, psychosoziale Krisen)

■ **Akut-Tageskliniken** für Patient/innen, die nicht unbedingt hospitalisiert werden müssen, jedoch unbedingt eine Tagesstruktur mit therapeutischem Hintergrund brauchen.

³⁸ Fehlende bzw. nicht rund um die Uhr zugängliche Anlaufstellen dieser Art führten zu einer übermässigen Beanspruchung des regulären ärztlichen Notfalldiensts, was nicht in Ordnung sei.

³⁹ Dass Betroffenen so der Gang in die Klinik erspart wird, wirke auch entstigmatisierend; Betroffene seien so eher bereit, Hilfe in Anspruch zu nehmen, zumal auch die Angst, aus der Klinik nicht mehr herauszukommen, entfällt.

Indes wurden in den Gruppeninterviews und Expertengesprächen auch positive Aspekte der Versorgung in Notfallsituationen genannt, die aufgrund der Aufnahmepflicht der Kliniken sowie dank der Vernetzung und Zusammenarbeit der Institutionen und Behandelnden mancherorts gut funktionieren:

Selbst wenn jemand in einer Krisensituation ist, findet er/sie im Kanton eigentlich immer einen Behandlungsplatz. Kliniken sprechen sich untereinander ab, wo es noch freie Betten gibt. Obwohl alle wirtschaftliche Eigeninteressen haben, ist der Schutz der Patient/innen gewährleistet. [Gruppeninterview Zuweisende und Behandelnde]

Von Betroffenen-Vertreter/innen werden die oben genannten niederschwelligen Angebote für Krisensituationen – wo es sie bereits gibt – sehr positiv eingestuft.

In gewissen Kantonen gibt es Triage-Stationen oder auch Intermediate Care. Das sind Einrichtungen, in die man einfach gehen kann und sich über sinnvolle Behandlungsschritte beraten lassen kann. Die Teams sind meistens geleitet von einem Psychiater, in dem sich aber auch Sozialarbeiter und Pflegefachpersonen befinden. Dabei versucht man auch immer die Angehörigen miteinzu beziehen. Egal ob psychosoziale Beeinträchtigungen oder Krisen, man hat eine Anlaufstation und kann die weitere individuelle Behandlung planen. [Einzelinterview]

Für Patienten, die Hilfe benötigen, aber zu wenig krank sind, um sich stationär einweisen zu lassen [...] nutzt man an mehreren Orten eine mobile Krisenintervention, die auch daheim Unterstützung bietet. [...] Seit es die mobilen Kriseninterventionen gibt, haben sich FU und Krisen durch die bessere Unterstützung vermindert, und Leute trauen sich auch eher Hilfe in Anspruch zu nehmen. [Einzelinterview]

Forensik

Verschiedentlich wird der Mangel an stationären und ambulanten Versorgungsstrukturen im Bereich des Massnahmenvollzugs angesprochen. Dies gilt sowohl für die forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie (erwähnt wurden etwa minderjährige Sexualstraftäter) als auch für erwachsene Straftäter/innen mit schweren schizophrenen oder affektiven Erkrankungen, schweren Persönlichkeitsstörungen, Minderintelligenz/geistigen Behinderungen, organischen Hirnschädigungen. Auch die Langzeitunterbringung von schwer psychisch kranken und verwahrten Straftäter/innen sei ungelöst.

Strafrechtliche Massnahmen Art. 59: Es fehlen stationäre forensisch-psychiatrische Angebote mit höherer Sicherheit sowie offene Stationen, geeignete Wohnheimplätze und tagesklinische Angebote [Online-Befragung Psychiater/innen]

8.2.2.2 Regionale Unterschiede

Übereinstimmend berichten die Befragten von grossen Unterschieden zwischen Stadt und Land bzw. zwischen Zentrum und Peripherie, was die Versorgungssituation betrifft. Je ländlicher und abgelegener, desto schwieriger sei es, spezialisierte und bedarfsgerechte Angebote zu finden. Mit der abnehmenden Angebotsdichte vermindert sich auch die Behandlungsdiversität. Patient/innen in ländlichen Gebieten und teilweise auch in Agglomerationen können angesichts langer Wartezeiten bei den vorhandenen Angeboten viel weniger auf Alternativen ausweichen. Gewisse Angebote sind aufgrund grosser Distanzen – welche gerade bei psychischen Erkrankungen oft eine besondere Schwierigkeit darstellen – nicht zugänglich. Dies gilt insbesondere für spezialisierte Angebote, bei denen auch in den Städten eher eine Unterversorgung bzw. ein erhöhter Bedarf konstatiert wird (z.B. Trauma; aufsuchende Angebote, Übergangsangebote für Remittierte, Behandlungsplätze für Kinder und Jugendli-

che). Grundsätzlich seien ländliche Gebiete jedoch bezüglich aller Berufsgruppen und Angebote unterversorgt, so der Grundtenor.

Geographisch ist es aber auch schwierig, gerade wenn ich in einer Krise stecke. Da kann es schon einen Unterschied machen, dass ich nur mit dem Zug in eine andere Gemeinde fahren muss, weil es nur dort die passende Behandlung hat. Gerade für Patienten mit Angst- & Panikstörungen ist das nicht möglich, oder auch für Depressive. Die Distanz kann eben auch eine Zugangshürde sein, die man durch mobile Hilfe beheben könnte. [Einzelinterview]

Die Verfügbarkeit niederschwelliger Angebote wie z.B. Fachstellen für Suchtberatung oder Anlaufstellen für psychosoziale Unterstützung ist in den einzelnen Kantonen und Städten unterschiedlich und abhängig von deren Finanzlage. Angesichts des Spardrucks befürchten Gesprächspartner in gewissen Kantonen einen Abbau der Leistungen.

Vereinzelt ist davon die Rede, dass die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen in ländlichen Gebieten stärker ist als in den Städten. Mit einem Ausbau aufsuchender Angebote und mobilen Equipen insbesondere auf dem Land könne der Zugang zu adäquater Behandlung auch in dieser Hinsicht verbessert werden.

Erwähnt werden jedoch auch positive Beispiele von lokal oder regional gut funktionierenden Netzwerken, wo die involvierten Akteure und Institutionen eng zusammenarbeiten und gegenseitig gut informiert sind über die vorhandenen Kompetenzen, Angebote und Spezialisierungen. Dabei können kleinteiligere Strukturen durchaus ein Vorteil sein, indem dank kurzer Dienstwege im Einzelfall auch kreative Lösungen gefunden werden können. Was Unterschiede zwischen den Sprachregionen betrifft, deuten die Rückmeldungen sowohl aus den Gesprächen wie aus den beiden Online-Befragungen darauf hin, dass der Mangel an Psychiater/innen und der zunehmende Anteil ausländischer Fachärzt/innen mit teilweise ungenügenden Kenntnissen der lokalen Sprache in der Romandie verschärft wahrgenommen wird. Auch wurde im Kanton Waadt auf permanent überlastete stationäre Kliniken selbst in der Erwachsenenpsychiatrie aufmerksam gemacht, es gebe auch zahlreiche Wiedereintritte. Beides wird auf fehlende Plätze für die post-akute Betreuung und Rehabilitation sowie fehlende intermediäre Angebote zurückgeführt.

In der Deutschschweiz wurde mehrfach angesprochen, dass die Versorgung in psychiatrischen Kliniken v.a. durch unerfahrene Assistenzärzt/innen erfolge (was z.T. für schwere und chronisch Erkrankungen problematisch sei) während Psychiater/innen mit vertieften Kompetenzen zu bestimmten Krankheitsbildern in eigener Praxis tätig sind. In der Romandie hingegen wurde verschiedentlich über einen Mangel an niedergelassenen Psychiater/innen mit spezifischen Spezialkompetenzen und über entsprechende Weiterbildungen sowie den Aufbau eines Netzwerks berichtet.

8.2.3 Beurteilung des Versorgungsangebots

Das Ineinandergreifen und Zusammenspiel der verschiedenen Elemente und Akteure, aus denen sich das Versorgungssystem für psychische Gesundheit konstituiert, funktioniert gemäss den durchgeführten Befragungen und Interviews in vielfacher Hinsicht noch nicht optimal. Die Herausforderung besteht darin, dass Koordination und Vernetzung auf zahlreichen Ebenen gefragt ist, etwa zwischen

- stationären, intermediären und ambulanten Settings
- somatischer und psychischer Gesundheitsversorgung
- Grundversorgung und spezialisierten Angeboten
- akuter Versorgung, Rehabilitation und Langzeitstrukturen
- Gesundheits- und Sozialdiensten

■ Fachpersonen und Institutionen (zuweisende Stellen, Behandelnde, Arbeitgeber und Versicherungen)

In den folgenden Abschnitten wird näher darauf eingegangen, wie gut die Koordination und Zusammenarbeit nach Ansicht der Befragten funktioniert und wo Verbesserungsbedarf besteht, inwiefern mit der bestehenden Aufgabenteilung die Ressourcen gut eingesetzt sind, und in welchen Bereichen das heutige Versorgungsangebot bezüglich seiner inhaltlichen und konzeptuellen Ausrichtung weiterentwickelt werden sollte.

8.2.3.1 Koordination an Schnittstellen und Übergängen

Die wohl grössten Schwierigkeiten im bestehenden Versorgungssystem betrifft die Durchlässigkeit und Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsbereich. Bereits erwähnt wurde die Problematik, geeignete Nachbehandlungs-Netze im Anschluss an eine akute Phase oder Klinikaufenthalte zu organisieren. So berichten Betroffene und Angehörige von nicht zielführenden Klinikaufhalten und Patient/innen, die gegen ihren Willen, ohne wesentliche Verbesserung und ohne organisierte Nachbetreuung aus der Klinik entlassen werden. Dies hat nicht nur mit fehlenden Kapazitäten oder einem Mangel an teilstationären und intermediären Behandlungsangeboten zu tun, sondern zumindest teilweise auch mit dem aus Sicht vieler niedergelassener Psychiater/innen und Hausarzt/innen mangelhaften Informationsaustausch zwischen ihnen und den Kliniken. Die fehlende Behandlungskontinuität führe zu unwirksamen Klinikaufhalten und inadäquater Versorgung; die ungenügende Zusammenarbeit und Durchlässigkeit könne ausserdem dazu führen, dass sich die Versorgungsbereiche gegenseitig die Verantwortung zuschieben («der andere macht's dann schon»).

Hausarzt/innen bemängeln, dass sie nicht über die Hospitalisierung ihrer Patient/innen informiert werden und dass mit Psychiater/in und ggf. Klinik keine gemeinsamen Absprachen getroffen werden, welche Massnahmen bei Anzeichen einer Dekompensation vorgegangen werden soll. Psychiater/innen verweisen auf den «Drehtüreffekt» bei Personen mit schweren psychischen Störungen, wenn die Behandlung im Rahmen von Klinikaufhalten nicht mit den niedergelassenen Kolleg/innen abgesprochen ist. *«Patient/innen werden in «verladenem» Zustand entlassen und setzen die Medikamente sofort wieder ab, wenn sie draussen sind.»* Die Gewährleistung von Behandlungskontinuität sei auch angesichts des häufig wechselnden Assistenzpersonals in Ambulatorien erschwert.

Demgegenüber wurden auch positive Beispiele genannt, wo die Zusammenarbeit und die Koordination an den Übergängen gut funktionieren. Betroffene aus der Romandie beobachten diesbezüglich eine starke Verbesserung in den letzten Jahren, etwa durch Pflegefachpersonen (*infirmière de liaison*), welche gemeinsam mit Patient/innen die Rückkehr nach Hause vorbereiten. Positiv erleben Betroffene auch die Unterstützung durch die Sozialberatungen in Kliniken zur Vorbereitung bevorstehender Klinikaustritte.

Eine weitere Schnittstelle, die nach Ansicht mehrerer Gesprächspartner und Befragten besser koordiniert werden sollte, sind die Übergänge zwischen Kinder- und Erwachsenenbereich. Damit gemeint sind einerseits der Informationsaustausch und die Vernetzung zwischen den involvierten Facharzt/innen und Fachstellen, in der Behandlung und Unterstützung von Familien. Auch wenn z.B. der Schulpsychologische Dienst erfahre, dass ein Elternteil in psychiatrischer Behandlung ist, so sei es oft schwierig zu erfahren, worum es genau geht (keine Schweigepflichtsentbindung); umgekehrt würden Psychiater/innen Probleme mit Kindern nur dann erfahren, wenn Eltern dies von sich aus thematisieren. Die zweite Bedeutung dieser Schnittstelle bezieht sich auf die Übergabe der Behandlung und

Begleitung chronischer Störungen (z.B. ADHS, Autismus-Spektrums-Störungen) vom Jugend- in den Erwachsenenbereich, die sich oftmals mangels Anschlussangeboten schwierig gestalten. Vulnerabel seien auch Jugendliche nach dem Schulaustritt, die nach Wegfall der während der Schulpflicht zuständigen sozial unterstützenden Institutionen noch keinen Zugang zu den Hilfestrukturen für Erwachsene gefunden haben. Der Fachbereich der Adoleszenten-Psychiatrie fehle in der Schweiz denn auch vollständig, obwohl die Adoleszenz als Entwicklungsphase immer länger dauere (frühe Pubertät, längere Ausbildungen, spätere Ablösung):

Entsprechende Einrichtungen und Fachleute fehlen weitgehend [...]. Jugendliche werden bis zum vollendeten 17. Altersjahr in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, [...] ab dem 17. Geburtstag in der Erwachsenenpsychiatrie behandelt. Nur eine minimale Zahl der niedergelassenen Psychiater beider Fachrichtungen fühlt sich für die Behandlung Adoleszenter zuständig. [Online-Befragung Psychiater/innen]

8.2.3.2 Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen und Institutionen

Zusammenarbeit mit Psychiater/innen aus Sicht von zuweisenden Stellen

Den Mangel an Psychiater/innen bzw. die Wartezeiten auf psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung erleben zuweisende Stellen und Hausärzt/innen als belastend. Sie müssen bei Wartezeiten «überbrücken», Zwischenlösungen suchen, ihre Patient/innen (erneut) von der Notwendigkeit einer Abklärung oder Behandlung überzeugen, können in akuten Situationen Patient/innen nicht immer die erforderliche Hilfe bieten:

Ich als Hausarzt habe weder Zeit noch Know-how für mehr als ein Notfall-Gespräch und Erstmedikation. Der eh bereits gepeinigte Patient muss sich auf die Suche machen nach einem Psychiater/Psychologen. [Online-Befragung Haus- und Kinderärzte]

Niedergelassene Psychiaterinnen sind oft schwer erreichbar/zugänglich, insbes. in Notfallsituationen gelingt eine Zusammenarbeit resp. Übernahme der fachspezifischen Aufgaben kaum je. [Online-Befragung Haus- und Kinderärzte]

Mehrere Gesprächspartner haben betont, dass es nicht nur für Betroffene, sondern auch für Fachpersonen und zuweisende Stellen schwierig ist, einen Überblick über die zeitliche Verfügbarkeit von Psychiater/innen und über die jeweils angebotenen Therapieformen und Behandlungskonzepte zu gewinnen. Vor diesem Hintergrund werden Informationsdienstleistungen wie das Beratungstelefon der FSP (für psychologische Psychotherapie) positiv erwähnt.

Hausärzt/innen kritisieren ausserdem die ungenügende Kommunikation und Zusammenarbeit mit (niedergelassenen wie stationär tätigen) Psychiater/innen in Bezug auf gemeinsame Patient/innen: «keine Berichterstattung, häufig keine Rückmeldung über Medikationsänderungen etc.»; «wenig Interesse und Hilfestellung bezüglich Fragen der Arbeit/Arbeitsunfähigkeit und IV-Fragen».

Psychotherapeut/innen erleben die Arbeitsbedingungen und die Zusammenarbeit mit Ärzt/innen im Rahmen der delegierten Psychotherapie teilweise als schwierig. Dies sei mit ein Grund, warum zahlreiche Psychotherapeut/innen selbstständig arbeiten, was wiederum zu einer Verknappung des von der Grundversicherung finanzierten psychotherapeutischen Angebots führt, mit geringeren Auswahlmöglichkeiten und erschwertem Zugang für Personen mit geringen finanziellen Mitteln.

Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und weiteren Unterstützungssystemen

Was sogenannte «heavy users» betrifft, d.h. Personen mit schweren psychischen Erkrankungen und wiederholten Klinikaufenthalten, wurde in den Gruppengesprächen die gute Zusammenarbeit zwischen Sozialdiensten, KESB und Kliniken betont.

Für zahlreiche Patient/innen geht eine psychische Erkrankung mit psychosozialen Belastungen einher, sie benötigen sowohl medizinische oder therapeutische Behandlung als auch Unterstützung im sozialen Bereich (etwa bezüglich Geld- oder Beziehungsfragen und Wohnsituation). Diesbezüglich wird die sozialpsychiatrische Tradition in der Schweiz positiv hervorgehoben; die Befragten sind sich jedoch einig, dass es für eine erweiterte Zielgruppe eine engere Vernetzung zwischen dem Gesundheits- und Sozialsystem braucht. Die Arbeit mit psychosozial schwer und mehrfach belasteten Problemen ist jedoch nicht nur anspruchsvoll und zeitintensiv, die erforderliche intensive Zusammenarbeit und Koordination ist nicht ausreichend finanziert:

Wenn das soziale Umfeld zu wenig stabil ist, um eine kontinuierliche Psychotherapie zu unterstützen, kommt es oft zu Abbrüchen, ausser man ist als Behandler sehr hartnäckig und nimmt immer wieder Kontakt auf. Bedingt viel «verbindende Arbeit» zwischen den Helfersystemen Schule, Sozialarbeit etc. Viel belastende und mit den üblichen Abrechnungsmöglichkeiten massiv unterbezahlte Arbeit. [Online-Befragung Psychiater/innen]

Hausärzt/innen beobachten, dass bei vielen Patient/innen nicht medizinische, sondern psychosoziale Probleme im Vordergrund stehen, es aber für finanziell schlechter gestellte Personen mit geringen Kenntnissen der Lokalsprache schwierig ist, soziale Unterstützung zu finden. Denkbar wäre aus ihrer Sicht, dass sich die Sozialdienste nebst der materiellen Sozialhilfe stärker in dieser Hinsicht engagieren würden.

Das ist etwas, das ich ganz schlecht machen kann. Zum einen weil mir die Zeit fehlt und zum anderen weil mir die Kompetenz fehlt. Man hat so seine Erfahrungen, aber es wäre gut, wenn wir für so etwas eine Anlaufstelle hätten. [Einzelinterview]

Ein weiterer verschiedentlich genannter Vorschlag ist der Einsatz eines systematischen psychiatrischen Case-Managements oder Coaches für Patient/innen, die auf multiprofessionelle und multiinstitutionelle Unterstützung angewiesen sind. Diese könnten die verschiedenen Fachpersonen und Organisationen, die u.a. aufgrund des Finanzierungssystems eher isoliert für sich arbeiten, zusammenbringen und gegenseitige Absprachen vermitteln. Entsprechende Angebote seien jedoch nicht flächendeckend vorhanden und v.a. im ambulanten Bereich erst wenig ausgebaut. Dort würden Case-Managements eher noch via Taggeldversicherung beim Arbeitgeber eingesetzt.

8.2.3.3 Aufteilung der Tätigkeiten

Als möglichen Hinweis auf den nicht optimalen Einsatz von Ressourcen werden mehrfach lange Therapiedauern genannt. Aus Sicht externer Stellen könnten insbesondere die Betroffenen selber davon profitieren, wenn generell jeweils nach einer gewissen Zeitspanne überprüft würde, ob Fortschritte gemacht und ob der Therapieplan allenfalls angepasst werden müsste. Weiter wird von Behandelnden erwähnt, es sei nicht sinnvoll, wenn Psychotherapie-Plätze längerfristig durch Patient/innen besetzt werden, die in erster Linie Bedarf an Stabilisierung und einer kontinuierlichen Ansprechperson haben, jedoch kaum in der Lage sind, Entwicklungsziele anzuvisieren. Zwar könnten so durchaus stationäre Aufenthalte vermieden werden, aber die Erfahrung zeige, dass bei diesen Zielgruppen die Betreuung durch psychiatrische Spitex-Dienste ebenso gut funktioniere und viele Betroffene mit diesem Setting

sehr zufrieden seien. Mit der vermehrten Zuweisung an aufsuchende Dienste würden dringend benötigte von der Grundversicherung finanzierte Therapieplätze frei für neue Fälle.

Der vermehrte Einsatz von (spezialisierten) Pflegefachpersonen wird von verschiedenen Gesprächspartnern als möglicher Weg genannt, um einige der Herausforderungen und Lücken in der psychischen Gesundheitsversorgung anzugehen. Entsprechende Modelle werden in einzelnen Regionen bereits umgesetzt, mit positiven Erfahrungen etwa bei der Sicherstellung der kontinuierlichen Betreuung und Begleitung nach einem stationären Aufenthalt («Scharnier-Funktion» über Versorgungssettings hinweg). In der Romandie übernehmen Pflegefachpersonen teilweise auch in der Prävention und Triage eine wichtige Rolle, beispielsweise in Unternehmen oder in Schulen.

Der Mangel an (kurzfristig erreichbaren) Psychiater/innen führt dazu, dass Grundversorger/innen auch Tätigkeiten übernehmen müssen, für die sie sich nicht unbedingt zuständig fühlen:

Da es zu wenig Psychiater gibt, sollen Hausärzte nun neu auch von der Polizei für die Anordnung von FU aus psychiatrischen Gründen beigezogen werden – nachdem man vorher jahrelang erklärt hatte, Hausärzte seien dafür nicht qualifiziert. [Online-Befragung Haus- und Kinderärzte]

Aus standespolitischer Perspektive wird jedoch betont, dass Hausärzt/innen auch bei der psychischen Gesundheitsversorgung gewisse Leistungen gut abdecken können. Man wolle nicht zur Triagestelle verkommen und nur weiterweisen. Vor diesem Hintergrund wird auch die Forderung nach einem Direktzugang zu OKP-finanzierter psychologischer Psychotherapie als Lösung für die bestehenden Zugangsschwierigkeiten eher skeptisch beurteilt.

Psychiater/innen haben sich in der Befragung kaum zur Aufgabenteilung geäußert. Erwähnt wurde jedoch, dass mehr Ressourcen für patientennahe Tätigkeiten frei würden durch die versicherungsrechtliche Anerkennung von Berichten fallführender nichtärztlicher Therapeut/innen.

8.2.3.4 Optimierungspotenzial

In den Interviews wurden mehrfach auch positive Entwicklungen hervorgehoben, die in den letzten Jahren zu Verbesserungen in der psychischen Gesundheitsversorgung geführt haben, etwa indem neue Angebote wie die gemeindeintegrierte Akutbehandlung und mobile Teams geschaffen und ausgebaut wurden. Was die inhaltliche Ausrichtung bzw. Therapie- und Behandlungsgrundsätze betrifft, wird Optimierungspotenzial in folgenden Bereichen gesehen: Prävention und Früherkennung, Einbezug von Betroffenen und Angehörigen, Vernetzung mit der Arbeitswelt.

Prävention und Früherkennung

Nach Ansicht mehrerer Gesprächspartner müssten mehr Anstrengungen im Bereich Prävention und Früherkennung unternommen werden, um Betroffene bei Bedarf möglichst rasch ans Versorgungssystem heranführen zu können. Experte/innen aus der Romandie nennen hierzu beispielhaft die schulpsychologischen/schulärztlichen Angebote als wichtigen und gut funktionierenden Zugangsweg zu psychischer Gesundheitsversorgung. Allerdings sei das Know-how vielfach auf Lernschwierigkeiten ausgerichtet, klinische Kompetenzen hingegen zu wenig vorhanden. Auch die Sensibilisierung von Lehrkräften für das Thema psychische Gesundheit wird als wichtiges Handlungsfeld genannt, sowohl für die Früherkennung von Problemen bei Schüler/innen als auch für den eigenen Umgang mit Belastungen und Burnout-Gefahren im Kontext des Schulalltags.

Auch Arbeitgeber spielen bei der Früherkennung psychischer Belastungen eine wichtige Rolle. Die Schulung und Sensibilisierung von Führungskräften sind dabei wichtige Elemente.

Es wurden Schulungen durchgeführt, dass hinter sozial auffälligem Verhalten oder hinter Leistungsabfall eine psychische Erkrankung stecken kann. Dass Führungskräfte auf Früherkennungssignale achten. Auch Alkohol kann ein Thema sein. Ziel ist, dass sie diese Themen ansprechen. Auch wenn dies schwierige Themen sind, der Arbeitgeber hat eine Fürsorgepflicht. [Einzelinterview]

Alle Krankschreibungen kann man sicher nicht verhindern, aber in denjenigen Fällen, wo es einen gewissen Vorlauf gegeben hat, [...] hat man sicherlich etwas verpasst. [...] Bei den Burnout-Geschichten geht es ja häufig nicht nur um die Arbeitsmenge, sondern es stehen auch Konfliktsituationen dahinter. Auf betrieblicher Seite könnte man sicher noch mehr machen, Schulungen von Vorgesetzten und des HR, die leider oft im Bereich psychischer Belastungen/Störungen überhaupt nicht kompetent sind. Andererseits müssten auch die Ärzte (inkl. Hausärzte) ggf. auf Arbeitgeber zugehen. Denn es ist nicht selten, dass jemand aus einer Konfliktsituation heraus krankgeschrieben wird. Dies ist häufig kontraproduktiv: jemand für Wochen oder Monate aus dem Arbeitsprozess rauszunehmen, ist oft der Anfang vom Ende. [Einzelinterview]

Wenn Mitarbeitende psychisch erkranken sei es einerseits wichtig, Führungskräften klarzumachen, dass auch diese Erkrankungen durchaus behandelbar sind, auch wenn das teilweise länger dauert. Die im Rahmen der Studie befragten Akteure sind sich einig, dass es in diesem Zusammenhang eine stärkere Kooperation zwischen behandelnden Ärzt/innen, Vorgesetzten, Versicherungen und allfälligen weiteren Akteuren im Betreuungsnetz der Betroffenen braucht.

Psychische Gesundheit und Arbeit

In den Experteninterviews wird festgestellt, dass Therapien heute teilweise zu wenig alltagsnah ausgerichtet, d.h. stark auf die Behandlung der Erkrankung fokussiert sind, während die soziale Integration und die Stabilisierung oder Wiedereingliederung im Arbeitsprozess zu kurz komme. Aus der Psychiaterbefragung geht hervor, dass auch aus ärztlicher Sicht eine bessere Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern gewünscht und als notwendig erachtet wird. Dass dies noch zu wenig passiert, mag an Hemmungen und Unsicherheiten seitens der Arbeitgeber liegen, oder an der Ungewissheit, wer zuständig ist, den ersten Schritt zu machen:

Man muss Chefs und HR schulen, damit sie schneller mit dem behandelnden Arzt Kontakt aufnehmen – das passiert nämlich nicht. Sie machen zwar vieles, haben aber Hemmungen, sich an die Ärzte zu wenden. [Einzelinterview]

Die Initiative kommt vom Arbeitgeber aus. [...] Es gibt ganz wenige, die nicht an ein Gespräch kommen oder der Arbeitgeber nicht gehen kann. Es ist oft auch eine Frage der Abrechenbarkeit. Es gibt Ärzte, die kommen, die das Wichtig finden. [...] Psychiater sind – ja wahrscheinlich auch zu Recht – Anwalt der Patienten. Oft nach einem Gespräch [...] sagen sie aber dann, sie hätten ein ganz anderes Bild des Arbeitgebers gehabt. Dass dieser jemanden nur Rausmobben wolle. [...] Mir scheint deshalb, ein Austausch mit dem Arbeitgeber ist eine Aufbauchance auch in der Therapie. [Einzelinterview]

Neben Ärzt/innen und Vorgesetzten sind bei betroffenen Mitarbeitenden häufig auch noch Versicherungen (Taggeldversicherung, Invalidenversicherung) involviert; je nach Arbeitssituation auch das RAV und ggf. Sozialdienste. Viele Psychiater/innen, aber auch Hausärzt/innen bezeichnen die Zusammenarbeit mit diesen weiteren Akteuren als ungenügend, was auch mit den «fragmentierten Zuständigkeiten» der verschiedenen Sozialversicherungssysteme zusammenhängen mag. Die im obigen Zitat angesprochene Finanzierung der Vernetzungs- und Koordinationsarbeiten spielt ebenfalls eine

Rolle. Gewisse Leistungen seien zwar finanziert (z.B. Berichterstattung zuhanden der IV; von Krankentaggeld-Versicherung finanzierte Round Tables). Man müsse sich die Vergütungsmöglichkeiten als Behandler/in jedoch «zusammensuchen», weshalb für ein vereinfachtes Finanzierungssystem plädiert wird, das Anreize zur Vernetzung und Zusammenarbeit schafft und diese angemessen entschädigt. Dies wäre auch im Sinne der Betroffenen:

Ich denke, es wäre gut, wenn es engmaschigere Betreuung geben würde und Arbeitgeber, Arztpersonal, Familienmitglieder miteinander kommunizieren. Ich finde es wichtig, wenn diese drei Stämme engmaschig zusammen arbeiten und sich gegenseitig informieren. [...] Es bräuchte ein grösseres funktionales Betreuungsnetz, dann könnte niemand abstürzen oder durch die Maschen fallen. [Gruppeninterview Betroffene und Angehörige]

Allerdings weisen Psychiater/innen auch darauf hin, dass für ihre Patient/innen häufig geeignete Arbeitsplätze und Angebote fehlen (angepasste Arbeitsplätze mit Teilzeitpensum, Nischenarbeitsplätze, Langzeitangebote mit flexiblen Entwicklungsmöglichkeiten). Einerseits wird generell von einer unzureichenden Sensibilisierung und Bereitschaft von Wirtschaft und Politik gesprochen, soziale Verantwortung zu übernehmen. Andererseits erfordere die Erwerbsintegration von Person mit bestimmten Erkrankungen (z.B. Autismus-Spektrum, Persönlichkeitsstörung) über ein entsprechendes Engagement hinaus auch spezifisches Know-how, das häufig fehle.

Betroffene möchten gerne arbeiten, geeignete Arbeitsstellen und geeignete Vorgesetzte fehlen aber sehr oft. Es kommt zu Konflikten am Arbeitsort, weil nicht auf die Patienten eingegangen werden kann, diese Konflikte führen dann wieder zu psychischen und psychiatrischen Auffälligkeiten: es etabliert sich ein Teufelskreis. Es fehlt an sinnvollen Arbeitsmöglichkeiten für diesen Teil der psychiatrischen Klientel mit schlechter Schulbildung, keiner Berufsausbildung etc., «einfache Gemüter», die einfach nur in Ruhe gelassen werden möchten und eine passende Beschäftigung suchen, von der sie auch leben können. [Online-Befragung Psychiater/innen]

Patientenorientierung und Recovery-Ansätze

Betroffene und Vertreter von Patientenorganisationen plädieren für mehr Partizipation und Ressourcenorientierung in der psychiatrischen Versorgung. Was in anderen Bereichen der Medizin schon eher umgesetzt ist – dass Patient/innen über Behandlungsmöglichkeiten informiert werden und gemeinsam mit ihren Ärzt/innen den Therapieplan bestimmen, sei in der Psychiatrie noch kaum verankert. Wichtig ist den befragten Betroffenen, dass ihre Bedürfnisse wahrgenommen und dass sie als Expert/innen ihrer eigenen Erkrankung und in ihrem subjektiven Gesundheitsempfinden ernst genommen werden. Dieser sogenannte «Recovery-Ansatz», zu dem auch der Einbezug von Peers gehört, d.h. speziell ausgebildeten Betroffenen in die Beratung und Begleitung von Patient/innen und Angehörigen, ist in der Schweiz erst in Ansätzen vorhanden.⁴⁰ Die Interviewpartner anerkennen jedoch die Bemühungen, die bereits unternommen worden sind – es habe sich in den letzten Jahren doch einiges verändert. Dabei wird gemäss ihrer Einschätzung v.a. im stationären Bereich da und dort auf Peer-Begleitung gesetzt, während es im ambulanten Bereich noch grossen Nachholbedarf gebe. Im intermediären Bereich hingegen sind die spezialisierten psychiatrischen Spitex-Dienste bereits sehr an den Bedürfnissen der von ihnen betreuten Personen orientiert und machen sich ebenfalls für ein partizipativ ausgerichtetes Versorgungssystem stark.

Angehörige verweisen jedoch auf die schwierige Gratwanderung zwischen Patientenautonomie und der fachlichen Verantwortung von Psychiater/innen und Therapeut/innen, wenn es um urteils- oder

⁴⁰ Vgl. dazu auch Kammer Spohn (2014).

handlungsunfähige Patient/innen (z.B. psychotisch, manisch, suizidal) geht. In ihrer Erfahrung wird diese Verantwortung oft zu wenig wahrgenommen.⁴¹

Einbezug des Netzwerks von Betroffenen

Wie Betroffene wünschen sich auch Angehörige von Personen mit psychischen Erkrankungen, dass ihre Expertise bezüglich der Erkrankung ihrer Partner, ihrer Kinder oder weiterer Familienmitglieder anerkannt wird und dass sie ins Behandlungsnetz eingebunden werden. Die Erfahrungsberichte in den durchgeführten Gruppengesprächen zeigen jedoch, dass dies trotz grosser Anstrengungen seitens der Angehörigen oftmals nicht gelingt. Handelt es sich bei den Betroffenen um volljährige Kinder oder um Erwachsene, kann es aufgrund der Datenschutzbestimmungen bereits schwierig sein, bezüglich des Gesundheitszustands an Informationen zu gelangen, wenn die Betroffenen dies nicht zulassen.

Il n'y a pas de prise en charge pour les proches, pas de contact entre proches et médecin. Pendant très longtemps je n'ai pas su la maladie de mon fils et par la suite on a aucune information on en sait pas s'il est malade ou pas, s'il est stabilisé etc. [Gruppeninterview Betroffene und Angehörige]

Als besonders belastend erleben die Angehörigen Situationen, in denen sie Behandlungsbedarf erkennen (z.B. wenn sie merken, dass jemand entgegen ärztlicher Anordnung die Medikamente abgesetzt hat), die Betroffenen jedoch keine Krankheitseinsicht zeigen und die Behandlung verweigern. Sie fühlen sich machtlos und allein gelassen – ganz besonders gilt dies für Angehörige von Patient/innen, bei denen aufgrund der Erkrankung auch rechtliche Fragen zur Patientenautonomie und zum Selbstbestimmungsrecht tangiert sind.

Wenn meine Frau manisch ist, bin ich ihr Feind und die Klinik stellt sich auf ihre Seite, was keine Besserung bringt. [Gruppeninterview Betroffene und Angehörige]

Auch Health Professionals und Expert/innen sehen Handlungsbedarf, was den Einbezug von Familienangehörigen (z.B. mitbetroffene Kinder und Jugendliche) in die psychische Gesundheitsversorgung betrifft. Aufgrund der teilweise enormen Belastung der Partner und insbesondere der Kinder von Betroffenen sei es ausserdem entscheidend, das Bezugssystem zu stabilisieren, um einerseits auch auf dieser Ebene positiv auf den Behandlungserfolg einzuwirken. Andererseits gelte es zu verhindern, dass die Bezugspersonen so stark leiden, dass sie selber erkranken, zumal Kinder psychisch erkrankter Eltern diesbezüglich ein erhöhtes Risiko aufweisen. Gerade die Kinder kranker Elternteile würden therapeutisch jedoch oft ausgeblendet. Eine spezifische Forderung in diesem Zusammenhang betrifft den Ausbau bzw. die Förderung von Mutter-Kind-Stationen (die vorhandenen Plätze seien voll ausgelastet).

Auch bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen oder Verhaltensauffälligkeiten ist es wichtig, Bezugspersonen (Eltern und Familie, Lehrpersonen, Schulleitung etc.) in die Beratung und Behandlung einzubinden. Dieser Grundsatz scheint in der spezialisierten Versorgung im ambulanten Bereich (bei den schulpsychologischen Diensten, bei Kinder- und Jugendpsycholog/innen) gut verankert, wobei jedoch die fehlende Finanzierung der aufwändigen Vernetzungsarbeit als wichtiger Grund für den Mangel an Therapieplätzen für diese Zielgruppe angesehen wird (vgl. Kap. 8.4.1). Im stationären Bereich gab es diesbezüglich nur einzelne Rückmeldungen zu spezifischen Angeboten, wo die fehlende systemeinbeziehende (familienthapeutische) Behandlung bemängelt wird.

⁴¹ Auch Kammer Spohn (2014) betont, notwendige Behandlung dürften nicht unter dem Vorwand einer falsch verstandenen Patientenautonomie unterlassen werden. Es bestehe die Gefahr, den Recovery-Ansatz «als Feigenblatt für eine therapeutische Untätigkeit zu benutzen».

8.3 Zielgruppenspezifika

Ob für bestimmte Patientengruppen Zugangs- und Versorgungsschwierigkeiten bestehen, hängt im Bereich der psychischen Gesundheit entscheidend von der Diagnose und vom Schweregrad der Erkrankung sowie vom psychosozialen Funktionsniveau ab (zum Thema Behandlungsbedarf vgl. Kap. 2.4). Letzteres erachten manche Gesprächspartner als fast entscheidender als die Diagnose, wenn es darum geht, ein bedarfsgerechtes Versorgungsnetz zu installieren, da bei psychosozialen Belastungen und Mehrfachproblematiken die Zusammenarbeit oft mehrerer Akteure und Stellen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich erforderlich ist. Je nach psychosozialer Situation sind die Betroffenen auch unterschiedlich gut versichert, was wiederum Einfluss auf die Inanspruchnahme der Angebote hat.

Keine Versorgungsprobleme sehen die Befragten bei Personen, die sozial und beruflich gut eingebettet sind, Krankheitseinsicht haben und motiviert sind.⁴² Trotz bisweilen hohem Leidensdruck und schweren psychischen Erkrankungen finden sie Zugang zu benötigten Behandlungen und sind weniger angewiesen auf professionelle psychosoziale Unterstützungssysteme. Auch bei chronischen Erkrankungen sind diese Personen durch ihre persönlichen Netzwerke in geringerem Masse gefährdet, in Verwahrlosung hineinzuschlittern, als dies bei Menschen mit geringem psychosozialen Funktionsniveau und ohne privates Beziehungsnetz der Fall ist.

Herausfordernd ist hingegen die Versorgung von Personen mit bestimmten Diagnosen, die aufgrund von Schwankungen bezüglich Krankheitseinsicht (häufig krankheitsbedingt), Motivation und psychosozialen Funktionsniveau als «schwierig» gelten. Störungsbilder, die in diesem Zusammenhang häufig genannt wurden, sind Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, bipolare affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen (z.B. Borderline) sowie Suchterkrankungen, wobei Personen mit Doppeldiagnosen und/oder komplexen sozialen Problemen als besonders vulnerable Gruppe gelten, bei denen die Zugangs- und Versorgungsprobleme in erhöhtem Masse auftreten.

Über die Diagnose und das psychosoziale Funktionsniveau hinaus wurden in den Befragungen und Interviews Zugangs- und Versorgungsprobleme für bestimmte soziale Gruppen genannt, insbesondere Personen mit Migrationshintergrund sowie zwei Altersgruppen – einerseits Kinder und Jugendliche (und deren Familien), andererseits ältere Menschen. In den folgenden Abschnitten werden spezifische Herausforderungen für die genannten Zielgruppen näher beschrieben.

8.3.1 Herausforderungen im Zusammenhang mit bestimmten Diagnosen und psychosozialen Belastungen

Personen mit schweren chronischen Krankheiten werden heute meist ambulant behandelt, allenfalls mit sporadischen Klinikaufenthalten. Sie haben einen Bedarf an kontinuierlicher medizinisch-therapeutischer Behandlung und sind oft auf Unterstützung in der Alltagsbewältigung angewiesen, d.h. die Vernetzung zwischen Gesundheits- und Sozialsystem wäre für die adäquate Versorgung dieser Zielgruppe von zentraler Bedeutung (siehe oben Kap. 8.2.3.1). Betroffene haben diesbezüglich jedoch oft Mühe:

Mangel an Unterstützung in der Besorgung der Administration. Viele psychiatrische Patienten stecken in finanziellen und administrativen Problemen und finden kaum Hilfe. [Online-Befragung Psychiater/innen]

⁴² In diesem Zusammenhang ist auch die Rede von sogenannten YAVIS-Patient/innen, «young, attractive, verbal, intelligent, successful».

Personen mit Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis, bipolaren affektiven Störungen, Persönlichkeitsstörungen (z.B. Borderline) oder Suchterkrankungen haben krankheitsbedingt und aufgrund psychosozialer Belastungen oft Mühe mit der Therapietreue und halten Termine nicht zuverlässig ein. Der Aufwand, Betroffene zur Kooperation zu bewegen und sie im Versorgungssystem zu halten, ist gross und übersteigt aufgrund der Finanzierungsmodalitäten (unzureichend abgegoltene Koordinationsleistungen, Verdienst-Ausfälle bei nicht eingehaltenen Terminen) rasch die Möglichkeiten ambulanter Einzelpraxen. Dies kann dazu führen, dass sich Betroffene zunehmend zu Hause «verkriechen», verwahrlosen und vom Versorgungssystem nicht mehr erreicht werden.

Dazu kommt, dass die Versorgung dieser Patientengruppen auch in fachlicher Hinsicht komplex ist und es teilweise erforderlich sein kann, dass Psychiater/innen ihre therapeutische Verantwortung auch gegen den Willen der Betroffenen wahrnehmen und eine fürsorgliche Unterbringung (FU) veranlassen müssen.

Während unter den Befragten Einigkeit darüber besteht, dass diese Patientengruppen aufgrund der genannten Herausforderungen häufig Mühe haben, Therapieplätze zu finden (insbesondere im ambulanten Bereich), werden bei der Begründung hierfür je unterschiedliche Akzente gesetzt. Psychiater/innen betonen eher den Mangel an spezialisierten Angeboten und Fachkräften; zuweisende Stellen, Betroffene und Angehörige sowie einzelne Expert/innen haben hingegen den Eindruck, dass zusätzlich auch Fachstigma, Überforderung oder fehlende Bereitschaft eine Rolle spielt.

Innerhalb der psychischen Störungsbilder ist es für einen Depressiven wahrscheinlich einfacher einen Therapieplatz zu bekommen als für jemand mit einer schwierigen Persönlichkeitsstörung, der vielleicht noch eine Komorbidität im Suchtbereich hat. Dort gibt es sicherlich spezifische Anlaufstellen. Aber in einer Privatpraxis haben sie es eher schwieriger, da sie unbeliebtere Patienten sind. [Einzelinterview]

Persönlichkeitsstörungen sind sehr schwer, sowohl in der Nachbetreuung als auch in der ambulanten Versorgung. Zum Beispiel Borderline-Störungen, da diese eben auch ein Fachstigma haben. Die sind schwieriger und haben einen bestimmten Ruf, der ihnen negativ vorseilt. [...]. Es ist sehr anstrengend mit solchen Patienten zu arbeiten, zum Beispiel kommen sie nicht regelmässig oder zeigen selbstverletzende Komponenten, Essstörungen und eben eine sehr akzentuierte Persönlichkeit, was das ganze komplex erscheinen lässt. Sie sind zwar behandelbar, aber es braucht viel Zeit, eine enge Begleitung, Vertrauen und auch den Einbezug des Umfelds, was sich auch nicht immer ganz einfach gestaltet. Es gibt wenige Psychiater die sich darauf spezialisieren oder auch dazu bereit erklären, diese zu betreuen, weil sich viele davor fürchten. [Einzelinterview]

Weitgehend unbestritten ist, dass die Versorgung dieser Zielgruppen zu wenig auf deren Bedarf ausgerichtet ist. Vonnöten wären mehr gemeindenahе, niederschwellige Angebote, Wohngruppen und andere Formen begleiteten Wohnens⁴³, insbesondere aber der Ausbau von aufsuchenden sozialpsychiatrischen Angeboten. Dabei sind die fachliche Qualifikation der aufsuchenden Dienste und deren enge Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzt/innen entscheidend.

Bei Personen mit chronifizierten Suchtproblemen ist bekannt, dass Betroffene zwischendurch zu Hause tagelang «absacken». Wir versuchen manchmal, aufsuchende Angebote zu installieren,

⁴³ Vonseiten der Betroffenen wird jedoch darauf aufmerksam gemacht, dass Patient/innen teilweise auch in Wohnangebote platziert werden, weil es einfacher sei. Damit entziehe man ihnen jedoch womöglich auch Ressourcen bzw. verpasse die Chance, dass Betroffene mithilfe von aufsuchender Betreuung ein Stückweit Selbständigkeit, Autonomie und Lebensqualität (wieder)erlangen.

machen aber die Erfahrung, dass die öffentliche Spitex solche Klient/innen nach einer gewissen Zeit als «zu schwierig» abweisen. [Gruppeninterview Zuweisende und Behandelnde]

Was die stationäre Versorgung betrifft, verweisen mehrere Psychiater/innen auf fachlich nicht adäquate Behandlungen und berichten von verfrühten Entlassungen, bisweilen ohne verbindliche Abmachungen für die Nachsorge.

Vereinzelt wird für diese Patientengruppen auf Zugangsschwierigkeiten aus finanziellen Gruppen hingewiesen, etwa dass Langzeit-Psychotherapien bei Persönlichkeitsstörungen durch Krankenkassen infrage gestellt würden oder dass bestimmte Therapien⁴⁴ nur in einzelnen Kantonen verfügbar seien und nicht von der Grundversicherung bezahlt werden. Ausserdem seien spezifische, gemeindefinanzierte Angebote wie dezentrale Suchthilfeeinrichtungen oder Modelle zur psychiatrischen Betreuung von Obdachlosen (die häufig zu den chronisch kranken Patient/innen zählen) oft nur in Städten vorhanden und Betroffenen mit Wohnsitz auf dem Land nicht zugänglich.

Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen

Zahlreiche Rückmeldungen aus den Befragungen und Interviews machen auf spezifische Zugangs- und Versorgungsschwierigkeiten für Personen mit Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen aufmerksam. Ein Grund dafür sind die bereits genannten Vorbehalte gegenüber «schwierigen» Patient/innen:

Suchtpatient/innen (Alkohol, Drogen) werden in der Praxis ungerne genommen, da zu viele Terminausfälle, die man sich als Niedergelassene/r (wirtschaftlich) nicht leisten kann. [Online-Befragung Psychiater/innen]

Bei Suchterkrankungen sind einerseits die Erfolgsaussichten geringer als bei anderen. Andererseits ist die Verlässlichkeit häufig sehr eingeschränkt. Betroffene tauchen nicht auf und verursachen hohen administrativen Aufwand, welcher sich auch in Franken niederschlägt. Es ist lästig, ärgerlich und man fühlt sich versetzt. Auf der menschlichen Ebene spielen verschiedene Ebenen mit. [Einzelinterview]

Zugangsprobleme haben Suchtbetroffene mit psychosozialen (Mehrfach-)Belastungen (Obdachlosigkeit, Häusliche Gewalt, Schulden, Vereinsamung etc.) auch bei intermediären Unterstützungsstrukturen. So würden z.B. gewaltbetroffene Frauen mit Alkoholproblemen nicht in Frauenhäuser aufgenommen, und es gebe kaum betreute Wohnangebote, wo auch nicht-abstinente Suchtbetroffene Zugang haben. Ausserdem sind niederschwellige öffentliche Suchtberatungsstellen, die aufgrund der Finanzierungsmodalitäten auch unzuverlässige Klient/innen betreuen können, wegen prekären Kantons- und Gemeindefinanzen mancherorts gefährdet.

In Bezug auf Versorgungsschwierigkeiten wurde mehrfach auf das Fehlen geeigneter spezialisierter Angebote hingewiesen, darunter auch spezifische Versorgungsstrukturen für Menschen mit einer Doppeldiagnose, d.h. Sucht in Kombination mit Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, Depressionen und anderen psychiatrischen Erkrankungen:

Therapeutische Wohngemeinschaften und stationäre Strukturen mit Arbeitserziehungsmöglichkeiten für «Doppeldiagnose» Suchtprobleme und Persönlichkeitsstörungen. Betroffene sind meistens relativ junge Männer. [Online-Befragung Psychiater/innen]

Psychotherapeutische Tagesklinik, ambulante Psychotherapie inkl. Pharmakotherapie für Personen mit Persönlichkeitsstörungen inkl. Sucht, finanziellen Problemen und sozialem Betreuungsbe-

⁴⁴ Genannt werden z.B. Dialektisch-Behaviorale Therapie DBT für Borderline-Störungen.

darf. Betroffene sind häufig Frauen zwischen 20 und 40, Personen mit geringem Einkommen oder schlechter sozialer Vernetzung [Online-Befragung Psychiater/innen]

Ferner gab es Hinweise auf Verbesserungsbedarf bezüglich der Nutzung bestehender Versorgungsstrukturen. Beispielsweise wird beobachtet, dass die Zuweisung von Suchtbetroffenen in stationäre Behandlung oftmals zu spät erfolge, wodurch der Erkrankungsgrad und die psychosozialen Auswirkungen zunehmen. Mehrfach wurde auf besondere Schwierigkeiten für ältere Leute mit Suchtproblemen hingewiesen – Alters- und Pflegeheime seien für diese Thematik zu wenig vorbereitet und spezialisiert.

Schmerzstörungen und psychisch-somatische Komorbidität

Personen mit chronischen psychosomatischen Beschwerden, somatoformen Schmerzstörungen und Fibromyalgie oder chronischer nichtorganischer Insomnie haben nach Einschätzung der befragten Fachpersonen teilweise ähnliche Schwierigkeiten, ambulante Therapieplätze zu finden wie die bereits benannten Patientengruppen:

Schmerzpatient/in ist bei gewissen psychologisch-psychiatrischen Behandler-Kreisen fast schon ein Reizwort, weil die Behandlung extrem schwierig und anspruchsvoll ist, dabei auch die Erfolgsaussicht weit unter 100 Prozent liegt. [Einzelinterview]

Die spezifische Herausforderung für die adäquate Behandlung liegt jedoch darin, dass Betroffene selber teilweise die psychische Komponente ihres Leidens nicht als solche erkennen oder artikulieren können. Beispielsweise sei dies bei Schmerzpatient/innen mit Migrationshintergrund schwierig, da die sprachlichen Probleme und der andere kulturelle Hintergrund es erschweren, mit den Betroffenen eine Verständigung über die vorliegende Störung zu erarbeiten (vgl. nachfolgenden Abschnitt). Dass es häufig lange dauert, bis Personen mit chronischen Schmerzstörungen den Weg in eine psychotherapeutische Behandlung finden, hat freilich auch mit fehlendem Fachwissen bzw. unzureichender Vernetzung zwischen den somatischen und psychischen Versorgungsbereichen zu tun.

Viele Patient/innen werden dauernd weitergeschickt, besonders im psychosomatischen Bereich, wo eine erfolglose Behandlung nach der anderen folgt. Das ist schrecklich nicht nur für Betroffene, sondern auch für Ärzt/innen und birgt Gefahr von Fehlbehandlung. [Gruppeninterview Zuweisende und Behandelnde]

Eine bessere Zusammenarbeit wird auch für die Versorgung von Patient/innen mit chronischen körperlichen Primärerkrankungen (z.B. Krebs, Rheuma, Diabetes) und psychischer Komorbidität gefordert. Schwierigkeiten, damit umzugehen, hätten nicht nur Patient/innen und Angehörige, sondern teilweise auch somatische Fachärzt/innen, und im psychotherapeutischen Bereich seien entsprechende Fachkompetenzen noch zu wenig vorhanden (vgl. Kap. 8.2.1). Allerdings gebe es auch positive Entwicklungen, z.B. in der Psychoonkologie.

8.3.2 Zugangs- und Versorgungsschwierigkeiten für spezifische soziale Gruppen

Personen mit Migrationshintergrund

Flüchtlinge und Zugewanderte mit anderem sprachlichen und kulturellen Hintergrund sind in mehrfacher Hinsicht von Zugangs- und Versorgungsschwierigkeiten betroffen. Zum einen sind sie von Barrieren betroffen, die für sozial benachteiligte Personen im Allgemeinen gelten und das für sie verfügbare Angebot einschränkt (Mangel an von der Grundversicherung finanzierten Therapieplätzen, vgl. Kap. 8.4.1). Hinzu kommen die ausländerrechtlich bedingten Barrieren. Beispielsweise hätten nicht wenige

Asylsuchende, aber auch Nothilfebeziehende Bedarf an medizinisch-therapeutischer Behandlung, haben jedoch kaum Zugang zu entsprechenden Versorgungsangeboten.

Geduldete Asylsuchende, die schwer traumatisiert sind oder andere schwere, chronische Erkrankungen haben, können nicht in einem betreuten Wohnheim leben, weil sie keine IV bekommen und die Gemeinden sich weigern, die Kosten zu übernehmen. [Online-Befragung Psychiater/innen]

In vorangehenden Kapiteln wurde bereits auf den Mangel an (ethnopsychiatrisch) spezialisierten Fachpersonen und Therapieplätzen für die Behandlung von Traumata und posttraumatischen Belastungsstörungen hingewiesen. Aufgrund langer Wartefristen und nur regional verfügbaren Angeboten muss diesbezüglich von einer Unterversorgung ausgegangen werden.

Ein weiteres Problem sind Verständigungsprobleme. Es fehlen Fachärzt/innen aus den Kulturkreisen grösserer Einwanderergruppen,⁴⁵ sodass muttersprachliche Behandlungen oft nicht möglich sind. Was die Verfügbarkeit (bzw. Finanzierung) von interkulturellen Dolmetscher/innen auch für länger dauernde Behandlungen betrifft, gibt es wichtige sprachregionale Unterschiede. Während in der Deutschschweiz allenfalls Sonderbudgets bestehen, um Therapien mit Dolmetschen zu finanzieren, und dafür plädiert wurde, diese Leistungen als kassenpflichtig zu erklären, scheint die Finanzierung interkultureller Übersetzung in der Romandie weniger ein Problem. Im Vordergrund stehen dort eher Bemühungen, Migrant/innen mit Behandlungsbedarf niederschwellig ans Versorgungssystem heranzuführen, durch Früherkennung und Triage in Schulen und Empfangszentren:

De manière générale, beaucoup d'enfants migrants arrivent avec un traumatisme à l'école. A la psychologie scolaire, on s'est rendu compte qu'avec quelques outils on arrivait à les remettre en phase avec eux-mêmes. En revanche, pour l'interprétariat, on a un budget illimité ; il n'y a aucun souci de ce côté-là. [Gruppeninterview Zuweisende und Behandelnde]

Il existe un réseau de premières lignes (infirmiers présents notamment dans les centres d'accueil des migrants) [...] pour faire le tri et orienter vers les services. Il faudrait doter cette structure de plus de personnels. Les migrants sont par ailleurs une population avec beaucoup de troubles psychiatriques par leurs trajectoires. Lorsque les migrants ont pu être orientés, là je pense que la prise en charge est bonne, on a facilement accès à de l'interprétariat. Pour les migrants, le problème se situe donc au niveau de la porte d'entrée : il y a beaucoup de besoins et qui ne sont pas pris en charge. [Einzelinterview]

Das (An-)Erkennen einer psychischen Erkrankung ist sowohl für zuweisende Stellen als auch für die Betroffenen selber unter Umständen schwierig. Beispielsweise sei es im Rahmen einer Sozialberatung bisweilen nicht einfach zu erkennen, ob bestehende Probleme kultureller Art sind oder mit psychischen Belastungen zusammenhängen. Auch kulturspezifische Tabus, Scham und Stigmatisierung sowie Konzepte von Gesundheit und Krankheit wirken sich auf das Erkennen und Behandeln psychischer Erkrankungen von Personen mit Migrationshintergrund aus. Verbreitet sind wie erwähnt körperliche Symptome mit unklaren Ursachen, die von den Betroffenen selber nicht als psychische Probleme formuliert und verstanden werden:

Unklare Schmerzzustände, Schlafstörungen, allgemeines Unwohlsein mit Kopfschmerzen, Magen-Darmbeschwerden etc.: Geläufige psychiatrische Interventionen erreichen diese Menschen nicht, man spricht buchstäblich aneinander vorbei [...]. In Institutionen können diese Menschen nicht be-

⁴⁵ Genannt wurden etwa die Türkei oder Somalia und Eritrea, wo in den nächsten Jahren ein erhöhter Bedarf erwartet wird. Selbst Italienisch sprechende Patient/innen hätten jedoch Mühe, Behandler/innen in ihrer Muttersprache zu finden.

*handelt werden, sie fallen aus allen Therapiekonzepten und werden oft von Mitpatienten gemieden.
[Online-Befragung Psychiater/innen]*

Kinder und Jugendliche

Aus den durchgeführten Befragungen und Interviews geht hervor, dass für Kinder und Jugendliche im Bereich der psychischen Gesundheit eine Unterversorgung besteht. Der Zugang zum Versorgungssystem ist mit langen Wartezeiten verbunden (je nach Störungsbild besonders ausgeprägt) und funktioniert auch in Notfällen nicht immer. Die in den vorangegangenen Abschnitten bereits aufgezeigten Versorgungslücken seien hier noch einmal kurz zusammengefasst: Mangel an stationären Behandlungsplätzen; Mangel an niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater/innen sowie an Kinder- und Jugendpsycholog/innen (insbesondere männliche Fachkräfte); Mangel an spezialisierten Fachkräften und Fachkompetenzen für bestimmte Störungsbilder (z.B. Autismus-Spektrum); fehlende Kontinuität an den Übergängen ins Erwachsenenleben, die mit Wechsel der zuständigen Unterstützungssysteme einhergehen; Adoleszenten-Psychiatrie kaum etabliert; unzureichende Finanzierung systemischer Arbeit und Vernetzung; Gruppentherapien zu wenig vorhanden/genutzt; ungenügende Unterstützung von Angehörigen, insbesondere Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil; Mangel an komplexen familientherapeutischen Angeboten.

Was Angebote für Familien betrifft, werden aufsuchende Angebote wie die sozialpädagogische Familienbegleitung sowie Anlaufstellen für Erziehungsberatung zwar positiv erwähnt. Allerdings brauche es neben sozialpädagogischen Hilfestellungen in manchen Fällen auch medizinisch-therapeutische Unterstützung.⁴⁶

Es fehlen auch im Kinderbereich aufsuchende therapeutische Angebote. [...] Für Eltern mit psychischen Auffälligkeiten, Suchtproblemen, unverarbeiteter Migrationsthematik, mit Bindungsstörungen zwischen Eltern und Kindern fehlen qualifizierte Angebote. [Gruppeninterview Zuweisende und Behandelnde]

Gewisse Gesprächspartner stellen einen starken Anstieg am Bedarf nach multidisziplinären und systemeinbeziehenden Behandlungsangeboten für Familien mit komplexen psychischen und sozialen Mehrfachproblematiken fest (Verwahrlosung, Vernachlässigung, Beziehungsprobleme zwischen Kindern und Eltern, schwer erziehbare Kinder und Jugendliche, psychisch erkrankte Familienmitglieder etc.). In diesem Zusammenhang wird auf die Notwendigkeit einer interdisziplinären perinatalen Versorgung verwiesen (Fokus auf Früherkennung durch Zusammenarbeit von Gynäkologie, Pädiatrie, Hebammen, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Erwachsenenpsychiatrie), inkl. Ausbau von Mutter-Kind-Stationen.

Ältere Menschen

Zugangs- und Versorgungsprobleme scheinen im Altersbereich weniger akut als bei Kindern, Jugendlichen und deren Familien. Dennoch wurde auf Versorgungslücken im Bereich der Früherkennung/Zuweisung in psychiatrische Behandlung, beim Angebot an aufsuchenden Strukturen sowie in der Langzeitpflege hingewiesen.

■ **Erkennen und Zuweisen:** Bei Demenzerkrankungen komme es v.a. in frühen Stadien zu psychischen Komorbiditäten, etwa Depressionen, was aber oft erst sehr spät realisiert werde (erst wenn Angehörige bereits schwer überlastet sind). Die fachpsychiatrische Anschlussberatung nach Diagnostikstellungen in einer Memory-Klinik wird z.T. als unzureichend erachtet. Beobachtet wird auch, dass

⁴⁶ Die Abgrenzung zwischen pädagogischen Problemen und psychiatrischen Problemen sei jedoch nicht immer einfach [Online-Befragung Psychiater/innen].

Menschen vom mittleren Alter aufwärts tendenziell zu wenig über psychische Erkrankungen und Behandlungsmöglichkeiten informiert sind. Dabei gebe es in dieser Altersgruppe einen hohen Anteil an Depressionen, Angststörungen, Suchtproblematik und Suizidrisiko.

■ In der Alterspsychiatrie und Geriatrie gebe es zu wenig aufsuchende Strukturen bzw. eine unzureichende Koordination zwischen Spitex, Psychiatrie und Alters-/Pflegeheimen.

■ Die Langzeitversorgung in Alters- und Pflegeheimen ist oft inadäquat aufgrund von Personalknappheit, mangelnden Fachkenntnissen des Personals zum Umgang mit psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen sowie fehlenden spezialisierten Abteilungen. Eine adäquate gerontopsychiatrische Versorgung scheitere bisweilen auch an der fehlenden Inanspruchnahme von fachärztlichen Konsilien durch Heimärzt/innen und Heimleitung.

8.4 Zugangsschwierigkeiten

In der letzten Untersuchungsdimension geht es um die Frage, ob es Hinweise auf Zugangsschwierigkeiten im Versorgungssystem gibt, welche dazu führen, dass Betroffene die vorhandenen Angebote nicht oder zu wenig in Anspruch nehmen. Die Resultate der Befragungen und Interviews bestätigen die aus der Literatur bekannten Zugangshürden (vgl. Kap. 4). Auf Ebene des Versorgungssystems haben die bestehenden Finanzierungsmodalitäten einerseits Auswirkungen auf die Angebotssituation (Mangel in all denjenigen Bereichen mit Zusatzaufwand bezüglich Vernetzung und Koordination) und führen andererseits bei Personen mit geringem sozioökonomischen Status zu eingeschränkten Zugangs- und Wahlmöglichkeiten (Kap. 8.4.1). Diese Personen haben auch bei Wartezeiten weniger Möglichkeiten, auf alternative Angebote auszuweichen. Probleme mit der Erreichbarkeit von psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachpersonen und der Zeitspanne bis zum Behandlungsantritt gibt es gemäss den Befragten indes im gesamten Versorgungssystem (Kap. 8.4.2). Dass Betroffene die vorhandenen Angebote zu wenig in Anspruch nehmen, kann mit einem Mangel an Wissen über psychische Krankheiten, deren Behandlungsmöglichkeiten und dem Versorgungssystem zu tun haben. Dies gilt sowohl für Betroffene wie auch für Fachpersonen, welche für die Früherkennung und das Heranführen an eine Behandlung eine besondere Rolle spielen (Kap. 8.4.3). Übereinstimmend mit der Literatur werden jedoch auch in den durchgeführten Erhebungen Scham, Stigmatisierung und Einstellungen gegenüber der Psychiatrie als Hauptgrund für die Unterbeanspruchung seitens der Betroffenen angeführt (Kap. 8.4.4).

8.4.1 Finanzierungsmodalitäten

Die grösste Zugangshürde im Zusammenhang mit Finanzierungsmodalitäten sind die Regelungen zur Kostenübernahme durch die Grundversicherung. Da die obligatorische Krankenversicherung nur delegierte Psychotherapie vergüten, haben finanziell schlechter situierte Personen, die weder über eine Zusatzversicherung noch über genügend eigene Mittel verfügen, keinen Zugang zu freischaffenden psychologischen Psychotherapeut/innen. Dies führt nicht nur zu langen Wartezeiten auf delegierte Psychotherapie-Plätze, sondern auch zu Einschränkungen in der Behandlungsdiversität und der freien Wahlmöglichkeit. Ein Problem ist ausserdem, dass gewisse spezialisierte Angebote (fast) nur von freischaffenden Psychotherapeut/innen angeboten werden.

Finanziell besser gestellte Personen haben es einfacher, einen Therapieplatz zu finden oder es mit Alternativbehandlungen (die auch kosten und offenbar einem Bedürfnis entsprechen) zu versuchen. [Gruppeninterview Zuweisende und Behandelnde]

Für gewisse Personen sind selbst die von der Grundversicherung finanzierten Leistungen kaum zugänglich, etwa aufgrund von Franchise/Selbstbehalt oder weil selbst die Fahrkosten nicht bezahlt

werden können. Mehrfach wurde auch die unzureichende medizinische Versorgung von säumigen Prämienzahlenden erwähnt («schwarze Liste»). Vereinzelt war auch im Zusammenhang mit stationären Behandlungen vom ungleichen Zugang zu Behandlungen je nach Versicherungsstatus die Rede, da Krankenkassen und andere Kostenträger Gutsprachen für bestimmte Angebote bzw. Therapieformen verweigern würden. Im stationären Bereich dürften Kostenbegrenzungen jedoch insbesondere in Bezug auf die Versorgungsqualität eine Rolle spielen («Drehtüreffekt» und Entlassung ohne adäquate Nachbehandlung).

Der Zugang zu psychiatrischer Behandlung ist zwar ungeachtet der Versicherungssituation der Betroffenen im Prinzip gewährleistet, jedoch insbesondere bei niedergelassenen Psychiater/innen aufgrund langer Wartezeiten stark erschwert. In den Gruppen- und Einzelinterviews wurde darauf aufmerksam gemacht, dass dies auch einen finanziellen Hintergrund habe:

Um als Psychiater jederzeit Patient/innen aufnehmen zu können, müsste man freie Plätze halten – und diese Vorhalteleistung ist in der Finanzierung nicht abgedeckt. Die Situation wäre ganz anders, wenn es z.B. für jede Tarmed-Stunde einen Zuschlag von einem gewissen Prozentsatz gäbe für Vorhalteleistungen, d.h. man könnte dann erwarten, dass [...] jederzeit innert nützlicher Frist ein Termin verfügbar wäre. Es ist aber so, dass das Führen einer eigenen Praxis nur dann wirtschaftlich ist, wenn sie einigermaßen ausgelastet ist. [Gruppeninterview Zuweisende und Behandelnde]

Hausärzt/innen, bei denen keine vergleichbaren Zugangsprobleme bestehen, sind aufgrund der kleineren Konsultationsdauern (10-20 Minuten) flexibler, Zeitfenster für kurzfristige Konsultationen offenzuhalten; nicht ausgefüllte oder nicht wahrgenommene Termine fallen weniger ins Gewicht. Es sei durchaus möglich, auch in diesem Zeitraum bei Krisensituationen oder Notfällen eine erste Intervention zu machen. Vor diesem Hintergrund wäre es zumindest prüfenswert, ob niedergelassene Psychiater/innen nicht vermehrt kürzere Notfall-Zeitfenster offenzuhalten könnten, die für sie finanziell nicht so ins Gewicht fielen, jedoch die Zugangsprobleme klar erleichtern würden.

Daneben führen Finanzierungslücken bzw. unzureichende Vergütungen für bestimmte Angebote und Leistungen (z.B. interkulturelle Übersetzung, interdisziplinäre und systemübergreifende Zusammenarbeit, Tageskliniken, Tageszentren) indirekt zu Zugangsproblemen. Trotz eines erhöhten Bedarfs werden keine zusätzlichen Plätze geschaffen oder können nicht in ausreichendem Masse in Anspruch genommen werden. Davon sind bestimmte Zielgruppen in besonderem Masse betroffen: Migrant/innen, Kinder und Jugendliche (und deren Familien) und Personen mit niedrigem psychosozialen Funktionsniveau.

Bei schwer kranken, v.a. traumatisierten Patienten reichen Konsultationen von 60 Min. Dauer einfach nicht aus. Das KVG ist zu wenig flexibel. [Online-Befragung Psychiater/innen]

Dies ist auch der Grund, warum ich trotz Interesse und Wunsch nicht als Kinder- und Jugendpsychotherapeutin arbeite. Man müsste viel unbezahlte Arbeit leisten, bzw. wenn alles verrechnet würde (Telefonate, Mails, Vernetzung mit anderen Fachpersonen etc.), würde das niemand mehr bezahlen. [Gruppeninterview Zuweisende und Behandelnde]

Die kantonalen Entscheide über die (Mit-)Finanzierung von Angeboten und Behandlungen können ebenfalls zu Zugangsbarrieren führen, etwa indem ausserkantonale Platzierungen nicht bewilligt werden oder indem aufgrund des Spardrucks die schulpyschologischen Dienste, Suchtberatungsstellen oder niederschwellige Angebote unterdotiert bzw. gefährdet sind.

Derzeit können dank Leistungsauftrag «unzuverlässige» Klient/innen besser langfristig unterstützt werden: Wenn sie nach 3 Monaten wieder anklopfen, kann man einen neuen Anlauf machen, während Therapeut/innen in freier Praxis in solchen Fällen eher abwinken. In Zukunft wird man aber zumindest einen Teil der Leistungen über die Krankenkassen finanzieren müssen, und dann ist absehbar, dass Klient/innen auch hier mit Zugangsschwierigkeiten konfrontiert sein werden. [Gruppeninterview Zuweisende und Behandelnde]

Zusammenfassend erweisen sich die bestehenden Finanzierungsmodalitäten als ein Grund für den teilweise empfundenen Mangel an Therapieplätzen, trotz der vergleichsweise hohen Dichte an Psychiater/innen und Psycholog/innen in der Schweiz. Der Anreiz, delegiert zu arbeiten, scheint vielerorts nicht gegeben, weshalb bei vielen Menschen mit geringen finanziellen Mitteln zu lange Zeit vergeht, bis sie einen Therapieplatz finden, oder eine Behandlung gewählt wird, welche nicht bestmöglich auf ihre Krankheit und ihren Bedarf ausgerichtet ist.

8.4.2 Wartefristen

Probleme mit Wartefristen für psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungen gibt es gemäss den durchgeführten Befragungen und Interviews in der gesamten Versorgungskette, von der ersten Suche nach Hilfe über psychiatrische Notfälle hin zur Nachbehandlung nach Klinikaufenthalten, und betrifft grundsätzlich alle Settings (ambulant, teilstationär, stationär). Besonders häufig werden jedoch die schlechte Erreichbarkeit von niedergelassenen Psychiater/innen und die teils monatelangen Wartefristen auf einen Termin genannt. Ähnliche Wartefristen gelten auch für Grundversicherungs-finanzierte Therapieplätze. Spitex-Dienstleistungen (wenn auch nicht immer spezialisierte psychiatrische Pflege) könnten hingegen in der Regel zeitnah organisiert werden. Nur vereinzelt werden auch Wartezeiten für paramedizinische Angebote (Kunsttherapie u.ä.) oder Rehabilitations- und Eingliederungsmassnahmen (RAV, IV) erwähnt.

Auf der Akutstation sagt man den Patient/innen oft: Suchen Sie eine Nachbehandlung, dann können Sie gehen. Auch wenn ein Psychiater gefunden ist, sind die langen Wartelisten ein Problem. Patient/innen, die nicht 4-6 Wochen auf den Termin warten können/wollen, weichen auf Ambulatorien aus, aber wenn sie dort mit dem Behandler nicht zufrieden sind oder das Angebot nicht adäquat auf ihren Bedarf zugeschnitten ist (z.B. Trauma), wird die Behandlung vorzeitig wieder abgebrochen. [Gruppeninterview Zuweisende und Behandelnde]

Das Fazit ist sicher, dass in der Phase zwischen Krisenausbruch und Start Psychotherapie, also zwischen 0 und 3 Monaten, eine Lücke besteht, über das sich auch alle meine Kollegen beklagen. Langzeit-Psychotherapieplätze sind eigentlich vorhanden, das ist weniger das Problem. [Online-Befragung Haus- und Kinderärzt/innen]

Je nach Angebotsdichte in einer Region und je nach Fallkonstellation treten Zugangsprobleme aufgrund von Wartefristen verschärft auf. Auch hier gilt: je ländlicher und je spezialisierter, desto eher kommt es zu Verzögerungen und Brüchen in der Behandlungskette. So komme es zwar auch in den Städten zu Wartezeiten, angesichts der breiteren Angebotspalette, die alternativ oder als Überbrückung bis zum Behandlungsbeginn genutzt werden kann, sei die Versorgungslage jedoch weitaus

weniger angespannt; die Zusammenarbeit der Institutionen bei der Triage dringlicher Fälle funktioniert im städtischen Kontext recht gut.

Ausser gerade während den Sommerferien klappt die Zuweisung in der Stadt sehr gut. Es gibt ein differenziertes Angebot und wir haben einen guten Kontakt. [Gruppeninterview Zuweisende und Behandelnde]

On a un seul numéro de téléphone et un accès rapide ; c'est un infirmier orienteur qui prend la demande: on trie à l'entrée, avec 3 niveaux d'urgence. Niveau d'urgence 1 : on les prend directement. Niveau d'urgence 2 : on donne un premier rendez-vous dans les 48 heures. C'est un premier rendez-vous d'évaluation, ensuite le prochain rendez-vous sera 1 semaine plus tard. Niveau d'urgence 3 : le rendez-vous est donné au maximum les 4 semaines, mais c'est souvent moins long. [Einzelinterview]

Bei gewissen Krankheitsbildern ist bereits der Zugang zu Abklärung und Diagnostik erschwert, etwa bei frühkindlichem Autismus (Wartefristen von 6 Monaten bis zu einem Jahr). Auch spezialisierte stationäre Angebote, z.B. für Burnout-Patient/innen, können teilweise erst mit einer zeitlichen Verzögerung von 4 bis 6 Wochen begonnen werden.

Gesprächspartner/innen aus der Romandie nennen positive Beispiele der zeitnahen Erstversorgung, welche den frühzeitigen, niederschweligen Zugang fördern. Bei Bedarf an weiterführender spezialisierter Behandlung kommt es auch dort zu Wartefristen und Brüchen in der Behandlungskette:

Le programme met à disposition un numéro de téléphone que chacun des employés peut appeler gratuitement et anonymement. C'est pour répondre à tous types de difficultés (par exemple financières, juridiques, etc.). Les statistiques montrent que 6 pourcent des collaborateurs utilisent ce service et que la raison première d'appel, c'est le stress au travail. Suivant le besoin, les consultants peuvent orienter les employés vers un suivi psychologique et 6 séances sont prises en charge par [l'entreprise]. Ce que je sais c'est qu'après ces 6 séances, il est souvent difficile pour les personnes de trouver un suivi : d'une part, il faut changer de professionnel, et d'autre part, il faut souvent attendre longtemps pour avoir un rendez-vous en cabinet. [Einzelinterview]

Wartefristen können sich negativ auf den Krankheitsverlauf (gesundheitliche Verschlechterung, Chronifizierung), die Behandlungsqualität (Klinikaustritt ohne geeignete Nachbehandlung, fehlende Kontinuität), den Ressourceneinsatz im Versorgungssystem (vermeidbare Klinikaufenthalte, Beanspruchung allgemeiner Notfallstationen, Zusatzaufwand für Zuweisende) und die Behandlungsmotivation der Betroffenen auswirken.

Auch das Heranführen an eine Behandlung ist manchmal sehr aufwändig, und es braucht viel, bis Betroffene auch nur ein bisschen Vertrauen gewinnen. Wenn es dann an den Wartefristen scheitert, ist das Vertrauen weg und man muss vielfach wieder von vorne beginnen. Ähnlich ist es bezüglich Therapiebereitschaft/Motivation bei Personen mit fehlender Krankheitseinsicht; wenn dort nach einer Stabilisierung im stationären Bereich kein geeignetes (und oft sehr spezifisches Setting eingerichtet werden kann, besteht die Gefahr des Drehtüreneffekts. [Gruppeninterview Zuweisende und Behandelnde]

Das Kriseninterventionszentrum nimmt von mir kaum direkt Patienten an. Es braucht den unnötigen und zeitraubenden Umweg über den Notfall des [Universitätsspitals]. [Online-Befragung Haus- und Kinderärzt/innen]

Verschiedene Gesprächspartner machen darauf aufmerksam, dass Zwischenlösungen zur kurzfristigen Stabilisierung von Patient/innen, bis ein spezifischer Therapieplatz frei wird, nicht für alle Be-

troffenen sinnvoll sind. Unter Umständen ist die Belastung durch den Wechsel der therapeutischen Bezugsperson eher kontraproduktiv.

Während zahlreiche Voten aus den Online-Befragungen und Interviews die Zugangsproblematik aufgrund von Wartefristen auf einen Mangel an (niedergelassenen) Psychiater/innen zurückführen, gibt es vereinzelte Stimmen, welche sich gegenüber diesem Erklärungsansatz kritisch zeigen.

Obwohl es meiner Meinung nach ein Überangebot gibt (nominell), scheint es für Patienten schwierig einen Psychiater zu finden, bei welchem sie einen Termin innerhalb vernünftiger Zeit erhalten können; ganz generell und spezifisch gilt dies für Personen mit Migrationshintergrund [Online-Befragung Psychiater/innen]

In den Einzelinterviews wird vermutet, dass der unter Psychiater/innen weit verbreitete psychodynamische Ansatz häufig mit eher langen Therapiedauern einhergehe, wodurch die Anzahl frei werdender Behandlungsplätze klein bleibe. Auch die Frage der Aufgabenteilung müsse man sich stellen, wird vorgeschlagen. Die Ressourcen und Kompetenzen von Psychiater/innen könnten eventuell stärker auf die Bereiche Diagnostik, Medikation und Konsilien konzentriert und Psychotherapien vermehrt (jedoch nicht vollständig) psychologischen Psychotherapeut/innen übertragen werden.

Weil wir in der Schweiz so viele Psychiater/innen haben, ist es überhaupt möglich, dass sie u.a. auch (lange) Psychotherapien machen, die auch von Psycholog/innen durchgeführt werden können – was wiederum das System verstopft und zu Wartelisten führt. [...] Meines Erachtens würde durch das Abgeben gewisser Aufgaben vermehrt Ressourcen frei für die so wichtigen Schnittstellenfunktionen. [Einzelinterview]

8.4.3 Wissen und Sensibilisierung von Fachpersonen und Betroffenen

Damit Betroffene den Zugang zu passenden Versorgungsangeboten finden, die für sie gut erreichbar und erschwinglich sind, braucht es ein gewisses Mass an Wissen über das Erkennen von (möglichen) psychischen Krankheiten, Behandlungsmöglichkeiten und das Versorgungssystem. In den Befragungen und Interviews gab es Hinweise darauf, dass eine bessere Sensibilisierung von Betroffenen, somatisch Behandelnden und weiteren (potenziell) zuweisenden Stellen sowie mehr Transparenz über die lokal und regional verfügbaren Angebote gewisse Zugangshürden abbauen könnten.

Aus den Online-Befragungen und Interviews geht hervor, dass es nicht nur für Betroffene, sondern auch für Fachpersonen (inkl. Psychiater/innen) bisweilen schwierig ist, einen Überblick über die Versorgungslandschaft zu gewinnen, inkl. aufsuchende Angebote, psychosoziale Unterstützungsmöglichkeiten und begleitende Therapieverfahren (z.B. Skillsgruppen). Vereinzelt gibt es Bemühungen, solche Informationen im Internet zentral zu bündeln, entsprechende Websites scheinen jedoch noch zu wenig breit bekannt.

Bei Betroffenen werden ausserdem generelle Wissenslücken in Bezug auf die «Behandelbarkeit» psychischer Krankheiten konstatiert: was mit einer Psychotherapie erreicht werden kann, wie Psychopharmaka funktionieren etc. Hier spielen Vorurteile und das (u.a. in Filmen und in den Medien transportierte) Image der Psychiatrie eine grosse Rolle (vgl. nachfolgenden Abschnitt).

Von der Sensibilisierung somatischer Fachärzt/innen und Grundversorger/innen erhoffen sich mehrere Interviewpartner, Verzögerungen im Behandlungsbeginn zu verringern und den Zugang für Patient/innen mit somatischen Primärerkrankungen zu verbessern. In gewissen Fachgebieten wurde diesbezüglich bereits einiges erreicht. So sei es für junge Onkolog/innen (im Gegensatz zu älteren) heute selbstverständlich, dass ihre Patient/innen grundsätzlich Anspruch auf eine psychologische

Unterstützung haben. Dank dieser Haltung sei es für Patient/innen auch leichter, eine psychologische Begleitbehandlung in Anspruch zu nehmen. Ein wichtiger Faktor für den niederschweligen Zugang sei auch, dass die psychologische Begleitbehandlung in räumlicher Nähe zur somatischen Behandlung angeboten wird, also dort, wo die Patient/innen sich ohnehin regelmässig aufhalten.

Auch was die Sensibilisierung in der Arbeitswelt für die Prävention und Behandlung psychischer Erkrankungen betrifft, berichten Interviewpartner von gewissen Fortschritten. Beispielsweise werde in Unternehmen vermehrt über psychische Belastungen gesprochen. Allerdings hänge dies stark von der jeweiligen Unternehmenskultur ab:

«En Suisse, on estime que ce n'est pas l'affaire des entreprises de s'occuper de cela, c'est dommage.» [Einzelinterview]

8.4.4 Geringe Inanspruchnahme durch Betroffene

Übereinstimmend mit wissenschaftlichen Befunden (vgl. Kap. 4.1) erachten Interviewpartner **Stigma und Vorurteile** gegenüber psychischen Krankheiten, Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie gegenüber psychiatrischer Behandlung als wichtigste «innere» Zugangshürde und damit als Hauptgrund dafür, warum sich Personen mit Behandlungsbedarf nicht, zu spät oder zu wenig lange in Behandlung begeben. Die zweite wichtige Barriere, die seitens Betroffener besteht, ist die **Krankheitswahrnehmung**, d.h. der aus fachlicher Sicht angezeigte Behandlungsbedarf wird krankheitsbedingt abgelehnt (fehlende Krankheitseinsicht), für aussichtslos befunden («ich habe kein Recht, dass es mir besser geht»), oder die wahrgenommenen Beschwerden werden gar nicht erst mit der psychischen Gesundheit in Verbindung gebracht. Letzteres kann wie erwähnt mit fehlendem Wissen, aber auch mit gesellschaftlich-kulturell geprägten Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit zusammenhängen, die ihrerseits mit Stigmata und Tabus einhergehen können.

Stigmatisierung

Mit psychischen Krankheiten sind vielfältige Formen von Stigmatisierung verbunden, welche Betroffene mit Behandlungsbedarf davon abhalten, fachliche Unterstützung in Anspruch zu nehmen: soziale Vorurteile und Tabus; Selbststigmatisierung; Fachstigmata. Auf gesellschaftlicher Ebene spielen die vorherrschenden Konzepte von Gesundheit und Krankheit eine grosse Rolle: Verschiedentlich weisen Gesprächspartner darauf hin, dass im Gegensatz zu somatischen Erkrankungen bei psychischen Krankheiten öfter sowohl der Krankheitswert als auch die Behandelbarkeit infrage gestellt werden. Die Angst, als Person versagt zu haben oder aber als psychisch krank «abgestempelt» und abgeschrieben zu werden, manifestiert sich bei vielen Betroffenen in Form von Selbststigmatisierung:

«Ich bin doch nicht psychisch krank», «ich muss mich noch etwas zusammenreissen» – das sind so diese Vorurteile, v.a. von den Betroffenen selber. Die sind ja teilweise noch viel schlimmer mit den Vorurteilen als die Umgebung. [Einzelinterview]

Man versucht es selber hinzubekommen, da man auch Angst hat von dieser ganzen Maschinerie und der ganzen Psychiatrie. Kaum jemand möchte dort hin. Und das sicherlich weil die Betroffenen in der Gesellschaft einen sehr tiefen Stellenwert haben und ausgegrenzt werden. [Einzelinterview]

Auch Fachpersonen scheinen nicht vor Vorurteilen gegenüber (bestimmten Gruppen von) psychisch erkrankter Menschen gefeit. Wie oben erwähnt erachten diverse Gesprächspartner entsprechende Vorbehalte von Psychiater/innen bzw. Psycholog/innen gegenüber «schwierigen» Patient/innen (vgl. Kap. 8.3) oder Grundversorger/innen, welche dem Thema psychische Gesundheit soweit wie möglich auszuweichen scheinen, als wesentliche Zugangshürde. Umgekehrt führen Vorurteile und Bilder über

die Psychiatrie und psychiatrische Behandlung zu einer Stigmatisierung der Berufsgruppe der Psychiater/innen und Psychotherapeut/innen. Die Inanspruchnahme spezialisierter Behandlung wird demnach vermieden, weil man deren Domäne als die Behandlung von «Verrückten» versteht:

Les gens ne vont chez un psychiatre, car la profession et la maladie sont stigmatisées. On a l'image d'être fou si on consulte. En plus, les autres médecins pensent encore que les psy sont eux-mêmes fous : la profession a une mauvaise image, y compris chez les médecins. [Gruppeninterview Zuweisende und Behandelnde]

Zwischen Psychiatern und Psychologen wird meist nicht unterschieden und das Bild ist, dass man auf der Couch liegen muss und wie ein offenes Buch gelesen wird. Dazu kommen die ganzen «Gschpürschmi»-Geschichten oder die Angst, mit Medikamenten lahmgelegt zu werden und dass die eigene Persönlichkeit verändert wird. [Einzelinterview]

Nicht alle psychischen Erkrankungen, Behandlungsformen und Berufsgruppen sind jedoch gleichermaßen von Stigmatisierung betroffen. In gewissen Bereichen gebe es durchaus Anzeichen von Enttabuisierung und Fortschritten bezüglich Sensibilisierung. Hinweise dafür sind die gestiegene Inanspruchnahme sowie die von zahlreichen behandelnden Fachpersonen festgestellte wachsende Nachfrage nach psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung.

Stigma bringt man nicht so schnell weg. Aber immerhin nehmen Betroffene viel mehr als früher auch psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen in Anspruch, das zeigen auch die entsprechenden Daten. [...] Bezüglich Stigma muss man jedoch differenzieren: Bei der Schizophrenie sind die Ängste eher stärker geworden, bei der Depression vielleicht etwas weniger. Und diese Ängste sind durchaus nachvollziehbar, man fürchtet sich vor Verlust der Selbststeuerung bei schweren Erkrankungen. [Einzelinterview]

Diese Unterschiede nach Diagnose und Schweregrad der Erkrankung widerspiegelt sich auch in den Vorurteilen und Ängsten, welche für die Betroffenen eine Zugangshürde darstellen. So stehen bei Personen, die schon mit dem Versorgungssystem in Kontakt waren bzw. sind (z.B. Schizophrenie, Borderline), Faktoren wie negative Erfahrungen, die Angst vor Zwangsbehandlung und Autonomieverlust oder Nebenwirkungen von Medikamenten als Zugangshürden im Vordergrund. Personen mit weniger schwerwiegenden Diagnosen hingegen scheinen bemüht, sich abzugrenzen vom Stigma der psychischen Erkrankung. Aus den Interviews geht hervor, dass für diese Gruppe die Behandlung in Settings, die als wenig stigmatisierend empfunden werden, von besonderer Bedeutung ist: Für jemanden mit einer Essstörung sei es wichtig, nicht am selben Ort behandelt zu werden wie jemand mit einer Schizophrenie, hiess es beispielsweise. Oder dass die Wartezeit für (allgemeine) Betten in Privatkliniken teilweise Wochen betrage, weil die aufnahmepflichtigen Kliniken für viele Patient/innen ein negatives Image habe.⁴⁷

Es besteht gerade im Bereich Burnout, Stressfolge-Erkrankungen etc., also bei Patienten mit recht hohem Funktionsniveau (im Arbeitsleben stehend, auch Kaderleute etc.) zwar ambulant ein relativ gutes Angebot (bei riesengrosser Nachfrage!) in verschiedenen psychiatrischen/ psychotherapeutischen Praxen. Es fehlt aber an auf diese Klienten spezialisierten stationären und teilstationären schnell verfügbaren Angeboten. Man kann nicht einen Manager, der an Burnout leidet, in eine psychiatrische Klinik schicken. [Online-Befragung Psychiater/innen]

⁴⁷ In diesem Zusammenhang spielen neben dem Image und dem Patientenmix jedoch auch Fragen der Behandlungsqualität eine Rolle-

Vor diesem Hintergrund wird verschiedentlich ein Bedarf nach niederschweligen Zugängen zu psychischer Gesundheitsversorgung konstatiert, wobei Psychiater/innen und psychiatrische Kliniken als stigmatisierende Settings gelten, während die Hürde, bei psychologischen Psychotherapeut/innen eine Behandlung aufzunehmen, bereits etwas tiefer scheint. Nach Einschätzung mancher Expert/innen könnte die Inanspruchnahme von Personen mit Behandlungsbedarf jedoch insbesondere von einer stärkeren Anbindung an die allgemeine Gesundheitsversorgung profitieren. So relativiere sich etwa die Angst vor Arbeitsplatzverlust oder sozialer Stigmatisierung erheblich, wenn eine Krankenschreibung durch den Hausarzt erfolge statt durch die Psychiaterin. Und auch im stationären Bereich könnte die psychiatrische Behandlung durch die Integration psychiatrischer Abteilungen in Allgemeinspitälern entstigmatisiert werden. In ähnlicher Weise könnten bestimmte Zielgruppen (v.a. sozial benachteiligte Personen) einer psychiatrischen oder therapeutischen Behandlung eher zustimmen, wenn diese durch eine Fachperson (z.B. Sozialarbeiter/in) aufgegleist wird – der Zugang via nicht-medizinische Fachkraft dürfte nicht zuletzt bei tabuisierten Krankheiten eine wichtige Möglichkeit darstellen, Stigmatisierung als Zugangshürde zu umgehen.

In den Interviews wurde ausserdem darauf aufmerksam gemacht, dass die Stigmatisierung und Tabuisierung psychischer Krankheiten je nach kulturellem Hintergrund, bei älteren Menschen und auf dem Land besonders ausgeprägt sind.

Krankheitswahrnehmung

Wie erwähnt hat die Lücke zwischen Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme sowohl krankheitsimmanente Gründe (etwa bei psychotischen Störungen), kann jedoch auch mit mangelnder Information über Behandlungsmöglichkeiten und oder fehlendem Wissen und Reflexionsvermögen, welches empfundene Beschwerden überhaupt mit einer möglicherweise angeschlagenen psychischen Gesundheit in Zusammenhang bringt. Gemäss Interviewpartnern sind Männer sozialisationsbedingt eher weniger geneigt als Frauen, psychische Beschwerden als solche zu erkennen und/oder sich den eigenen Hilfebedarf einzugestehen. Beispielsweise berichtet eine der befragten Expert/innen, dass Arbeitnehmende eines grösseren Unternehmens ihren Behandlungsbedarf aufgrund von Burnout häufig erst dann anerkannten, wenn physiologische Tests diesen Bedarf nachwiesen – zu stark war die Haltung «bei uns gibt's das nicht» bei den Angestellten verinnerlicht. Auch in bildungsfernen Schichten (oder wie erwähnt je nach kultureller Prägung) wird die Verbindung zur psychischen Gesundheit seltener gemacht, v.a. aufgrund fehlender Information. In diesem Zusammenhang beobachten interviewte Behandelnde, dass unzureichendes Verständnis davon, was psychische Krankheiten sind (im Gegensatz zu somatischen), auch zu falschen Erwartungen bezüglich der Behandlung führen können, wenn sie denn mal aufgenommen wird. So werde mitunter davon ausgegangen, die Fachperson könne – analog zu gewissen Behandlungen im somatischen Bereich – die Beschwerden «einfach weg-machen». Weit verbreitet und nicht nur einzelne Patientengruppen betreffend ist die Scham, sich eine Erkrankung einzugestehen und den Behandlungsbedarf anzuerkennen.

8.5 Die wichtigsten Ergebnisse in Kürze

Die Gruppengespräche mit zuweisenden Stellen, Behandelnden, Betroffenen und Angehörigen, die freien Bemerkungen aus den beiden Online-Befragungen von Psychiater/innen bzw. Haus- und Kinderärzt/innen sowie die Interviews mit Expert/innen ermöglichen einen konkreten Einblick in das Versorgungssystem, wie es in der Praxis erlebt wird. Das Sample deckt ein breites Spektrum von Perspektiven ab; die hier skizzierten Problemfelder sind jedoch notwendigerweise subjektiv. Dies gilt es bei der abschliessenden Gesamteinschätzung zu beachten.

Gruppengespräche, Interviews und freie Kommentare: Fazit zu Angebotssituation und zielgruppenspezifischen Zugangs- und Versorgungsproblemen

■ Der Grundsatz «ambulant vor stationär» wird in der psychischen Gesundheitsversorgung begrüsst, das Zusammenspiel zwischen den Versorgungssektoren funktioniert jedoch nur unzureichend. Grund dafür ist, dass mit dem Abbau stationärer Plätze kein genügender Ausbau von ambulanten und intermediären Strukturen einherging, was u.a. mit den bestehenden finanziellen Anreizen zusammenhängt. Es besteht ein breiter Konsens, dass mit aufsuchenden Angeboten (mobile Teams, Psychiatrie-Spitex) und Tageskliniken einerseits Zielgruppen besser versorgt und andererseits mit der Verminderung von «Drehtüreffekten» die stationären Strukturen entlastet werden könnten.

■ Nicht nur zwischen den Versorgungssektoren, sondern auch an den Schnittstellen zwischen Gesundheits- und Sozialsystem, zwischen Grundversorger/innen und Psychiater/innen sowie zwischen der psychischen Gesundheitsversorgung und dem sozialen Umfeld der Betroffenen (Familie, Arbeit) besteht ein Bedarf an Koordination und Zusammenarbeit. Davon würden Verbesserungen erhofft in Bezug auf Früherkennung und Prävention, Behandlungsqualität und Rehabilitation. Zum jetzigen Zeitpunkt sind die einzelnen Akteure untereinander teilweise zu wenig bekannt, vor allem aber sind Vernetzungs- und Koordinationsleistungen unterfinanziert.

■ Besonders vulnerable Gruppen mit unzureichender Versorgung sind Kinder und Jugendliche (Mangel an stationären und ambulanten Behandlungsplätzen, Mangel an Kinder- und Jugendpsychiater/innen, Mangel an von der Grundversicherung finanzierten Therapieplätzen), Migrant/innen (Fehlende Angebote im Bereich Trauma, Fehlende ethnopsychiatrische Spezialist/innen; Finanzierung Dolmetscher; Zugang für Flüchtlinge und Sans-Papiers); «schwierige» Patient/innen mit schweren Erkrankungen und psychosozialen Belastungen, häufig in Kombination mit Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen (Tendenz zu «Drehtüreffekten»)

■ Zugangsbarrieren sind aufseiten des Versorgungssystems auf Finanzierungsmechanismen und Wartezeiten zurückzuführen, wovon insbesondere Personen mit geringen finanziellen Mitteln betroffen sind, die auf die limitierten von der Grundversicherung finanzierten Therapieplätze angewiesen sind (delegierte Psychotherapie).

■ Zugangsbarrieren aufseiten der Betroffenen: Fremd- und Selbststigmatisierung ist der Hauptgrund, warum trotz Behandlungsbedarf keine professionelle Unterstützung in Anspruch genommen wird. Ein weiterer Grund ist die fehlende Wahrnehmung der Krankheit als behandlungsbedürftige psychische Beeinträchtigung.

■ In städtischen Gebieten besteht ein breites und in der Regel gut vernetztes Versorgungsangebot; ländliche Gebiete sind jedoch klar unterversorgt. Hier übernehmen Hausärzt/innen einen grossen Anteil der Versorgungsleistungen, sind dazu aber in sehr unterschiedlichem Masse qualifiziert. Insofern besteht die Ansicht, dass über eine Sensibilisierung und Fortbildung von Hausärzt/innen die Versorgungssituation (Zugang, Langzeitbetreuung, bei Bedarf Überweisung) verbessert werden könnte.

■ Bezüglich Therapie- und Behandlungskonzepte werden ein vermehrter Einbezug des Netzwerkes von Patient/innen (Angehörige, mitbetroffene Kinder, Arbeitgeber), mehr Patienten- und Ressourcenorientierung und ein stärkerer Fokus auf Früherkennung und Prävention gefordert.

Teil III: Schlussfolgerungen

9 Diskussion der Fragestellungen

Im letzten Teil der Studie werden die Fragestellungen des Forschungsmandats vor dem Hintergrund der Ergebnisse aus Literatur- und Dokumentenanalyse (Teil I) sowie den durchgeführten Befragungen (Teil II) erörtert und diskutiert.

Anlass des Forschungsmandats war einerseits die Differenz zwischen hoher Prävalenz psychischer Krankheiten und tiefer Inanspruchnahme professioneller Hilfe. Eine solche Differenz zeigt sich in internationalen Studien. Es stellt sich die Frage, ob es auch in der Schweiz Unter- oder Fehlversorgung gibt und wenn ja, wo und weshalb. Verknüpft mit dieser ersten ist die zweite Differenz, bei der die vermutete tiefe Inanspruchnahme der im Vergleich zu anderen OECD-Ländern sehr hohen Dichte an Psychiater/innen in der Schweiz gegenübersteht. Es stellt sich die Frage, wie die tiefe Inanspruchnahme vor dem Hintergrund der hohen Psychiaterdichte zu verstehen ist und ob es in diesem Zusammenhang Hinweise auf Ineffizienzen und Fehlversorgung gibt.

9.1 Literaturanalyse: Grundlagen für die Annahme einer Behandlungslücke

Der angenommene ungedeckte Bedarf aufgrund einer Differenz von hoher Prävalenz und tiefer Inanspruchnahme («Behandlungslücke») wurde in einem ersten Schritt anhand der Forschungsliteratur beleuchtet und Überlegungen bezüglich der Übertragbarkeit auf die Schweiz formuliert. Weiter wurden in der Literatur vorhandene Informationen bezüglich Zielgruppen, bei denen Behandlungslücken besonders ausgeprägt sind, und zu Zugangshürden, welche zu tiefer Inanspruchnahme und ungedecktem Bedarf beitragen, dargestellt. Nachfolgend die wichtigsten Ergebnisse:

■ **Internationale Daten lassen einen ungedeckten Behandlungsbedarf vermuten:** Aufgrund internationaler – und zu sehr geringem Teil auch nationaler – empirischer Studien bezüglich des Versorgungssystems erscheint die Annahme plausibel, dass Prävalenz und Behandlungsbedarf tendenziell höher ist als die Inanspruchnahme von Angeboten. Wie gross das Ausmass der Behandlungslücke ist, darüber existieren jedoch sehr voneinander abweichende Einschätzungen.

■ **Einschätzungen zur Prävalenz psychischer Erkrankungen:** Die Bandbreite der 12-Monats-Prävalenz von mindestens einer psychischen Erkrankung bewegt sich in der hier untersuchten Literatur zwischen rund 10 und 30 Prozent. Die Prävalenzraten variieren sowohl zwischen Studien, als auch innerhalb von Studien und zwischen Ländern. Gründe für die Varianz zwischen Ländern können einerseits tatsächliche Unterschiede im Vorkommen von Erkrankungen und andererseits unterschiedliche kulturelle Prägungen sein. Gründe für die Varianz zwischen den Studien scheinen Unterschiede in den eingesetzten Messinstrumenten und den für die Berechnung der Prävalenz mitberücksichtigten weiteren Faktoren wie z.B. Schweregrad einer Erkrankung zu sein. Aus diesen Gründen sind vorhandene epidemiologische Daten nicht ohne Weiteres auf die Schweiz übertragbar.

■ Zur Ermittlung des Behandlungsbedarfs werden zusätzliche Kriterien wie z.B. Schweregrad, funktionelle Beeinträchtigung, Komorbiditäten oder Dauer einer Erkrankung berücksichtigt. Es existieren jedoch anders als für Prävalenzen keine einheitlich akzeptierten Klassifikationssysteme. In den untersuchten Studien wird von Anteilen zwischen rund 25 und 60 Prozent erkrankter Personen mit Behandlungsbedarf ausgegangen.

■ **Einschätzungen zu Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme:** Die Ergebnisse bezüglich Behandlungslücke (Personen mit Behandlungsbedarf ohne zumindest minimal adäquate Behandlung) variieren zwischen rund 40 Prozent und 65 Prozent. Je schwerer jemand beeinträchtigt ist, desto eher wird er/sie behandelt. Auch die verfügbaren Ressourcen in einem Land wie z.B. Fachpersonen haben

einen gewissen Einfluss auf die Behandlungsquote, obschon weitere Faktoren wie Aufgabenteilung, Finanzierungsmodalitäten und soziokulturelle Faktoren mitspielen. Es zeigt sich aber, dass auch in Ländern mit sehr hoher Versorgungsdichte ein gewisses Ausmass an ungedecktem Behandlungsbedarf festgestellt wurde. Daneben gibt es Hinweise darauf, dass die bestehenden Angebote zu einem gewissen Anteil von Personen ohne Behandlungsbedarf in Anspruch genommen werden. Diese Ineffizienz zu eliminieren und die Ressourcen für Patient/innen mit Behandlungsbedarf einzusetzen, würde allerdings nicht ausreichen, um die gefundene Behandlungslücke zu schliessen.

■ **Zielgruppenspezifika:** Im Zusammenhang mit Prävalenzen, Behandlungsbedarf, Inanspruchnahme und ungedecktem Bedarf fallen einerseits die geschlechtsspezifischen Unterschiede auf: Bei Frauen ist sowohl die Prävalenz psychischer Erkrankungen als auch die Behandlungsquote höher als bei Männern. Zielgruppen, die im Zusammenhang mit Zugangshürden bzw. einer eher geringen Behandlungshäufigkeit immer wieder diskutiert werden, sind Personen mit niedrigem Ausbildungsniveau, Arbeitslose, junge Erwachsene (18-24-Jährige), Rentner/innen, im Haushalt Tätige sowie Personen, die in Agglomerationen oder ländlichen Gebieten wohnen.

■ **Gründe für ungedeckten Behandlungsbedarf:** Die Differenz zwischen Behandlungsbedarf und Behandlungsquote ergibt sich aus einem Zusammenspiel zwischen Angebotssituation (Dichte des Versorgungsangebots, Aufgabenteilung zwischen Berufsgruppen und Fachpersonen), Zugangshürden, die bewirken, dass vorhandene Angebote nicht in Anspruch genommen werden (sprachliche und kulturelle Hürden, hohe Kostenbeteiligung, schlechte Erreichbarkeit, Wartezeiten) und Unterbeanspruchung durch Betroffene (soziokulturelle Faktoren, Stigmatisierung).

■ **Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Schweiz:** Bezüglich der Situation in der Schweiz ist festzuhalten, dass die Datenlage zur Epidemiologie psychischer Erkrankungen hierzulande ungenügend ist (Rüesch et al., 2013). Die Übertragung der Ergebnisse internationaler Studien ist zwar begrenzt, da bezüglich Prävalenzraten einheitliche Erhebungskriterien und eine gut abgestützte Datenbasis existieren, kann man jedoch davon ausgehen, dass die Prävalenz von Personen mit (mindestens einer) psychischer Erkrankung auch in der Schweiz in der erwähnten Bandbreite von 10 bis 30 Prozent liegen dürfte (Jahresprävalenz). Der Anteil erkrankter Personen mit effektivem Behandlungsbedarf ist jedoch stets tiefer als die Prävalenzrate. Hier spielen Faktoren wie Schweregrad, funktionelle Beeinträchtigung, Komorbiditäten oder Dauer einer Erkrankung eine Rolle. Da dazu kaum empirische Untersuchungen existieren und auch keine einheitlichen Kriterien zur Definition von Behandlungsbedarf bestehen, kann die in den vorhandenen Studien gefundene Bandbreite von 25 bis 60 Prozent Erkrankter mit Behandlungsbedarf nicht als gesicherte Datenbasis gelten, sondern höchstens als ungefährer Richtwert auf die Schweiz übertragen werden. Noch stärker gilt dies für die Angaben bezüglich Behandlungslücke: der Anteil erkrankter Personen mit Behandlungsbedarf, welche keine minimal adäquate Behandlung behalten, beläuft sich in den erwähnten Studien auf 40 bis 65 Prozent. Hierbei spielen Faktoren der länderspezifischen Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung eine relevante Rolle. Rein Anzahlmässig ist die Schweiz bezüglich Fachpersonen aktuell vergleichsweise gut aufgestellt. Zur Beurteilung des Versorgungsangebots sind diese Zahlen jedoch nicht hinreichend: entscheidend ist auch, ob die vorhandenen Ressourcen effizient eingesetzt und regional gut verteilt sind, wie die Zusammenarbeit und Aufgabenteilung zwischen involvierten Berufsgruppen funktioniert und wie die Leistungen finanziert werden. Da auch in Ländern mit vergleichsweise hohen Ressourcen an Fachpersonal ein Anteil ungedeckten Bedarfs festgestellt wurde, ist auch in der Schweiz eine Behandlungslücke zu vermuten.

■ **Weiteres Vorgehen:** Die Bandbreite der vorgefundenen Daten zu Prävalenz, Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme ist zwar sehr gross, ein gewisser Anteil an ungedecktem Behandlungsbedarf –

insbesondere auch für Betroffene mit Erkrankung höheren Schweregrads – zeigte sich allerdings in allen Studien. Diese Ergebnisse legen die Vermutung nahe, dass auch in der Schweiz mit fundierten Gründen von einer Behandlungslücke ausgegangen werden kann. Das Ausmass dieser Behandlungslücke einzuschätzen ist aufgrund fehlender epidemiologischer Daten allerdings nicht möglich. Hingegen war es Ziel des zweiten Teils der Studie zu untersuchen, inwiefern Knappheit, Unterbeanspruchung oder Zugangshürden im schweizerischen Versorgungssystem für psychisch erkrankte Personen vorhanden sind, welche zur vermuteten Behandlungslücke beitragen. Die wichtigsten Ergebnisse dazu werden im folgenden Abschnitt zusammengefasst.

9.2 Datenerhebungen: Unter- und Fehlversorgungsaspekte in der Schweiz

Zur Erhebung von Hinweisen auf Unter- und Fehlversorgungsaspekte im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem in der Schweiz wurden, wie eingangs beschrieben, empirische Befragungen verschiedener Fachpersonen und weiterer Akteure durchgeführt. Die Integration der Ergebnisse aller drei Befragungsmodule wurde anhand der drei Untersuchungsdimensionen «Angebotssituation», «Zielgruppenspezifika» und «Zugangsschwierigkeiten» vorgenommen. Ziel war, durch **Zusammenzug, Verdichtung und Kontrastierung der verschiedenen Optiken und Blickwinkel** eine Gesamtsicht zu erhalten und auf diese Weise aus der Fülle an Hinweisen diejenigen herauszukristallisieren, welche sich aus der Perspektive verschiedener Akteure als akzentuierte Hinweise auf Unter- oder Fehlversorgung erwiesen. In die nachfolgende Übersicht über die wichtigsten Unter- und Fehlversorgungsbereiche flossen dementsprechend nur diejenigen Punkte ein, die sich sowohl in den **verschiedenen Erhebungsmodulen** zeigten als auch von **mehreren Fachpersonen unterschiedlicher Fachrichtungen** genannt wurden. Die Einzelhinweise, welche so in ihrer Summe auf akzentuierte Mangel- und Mängelbereiche verweisen, finden sich in detaillierten **Integrationstabellen im Anhang I: Facts and Figures im Überblick**, in welchen die jeweiligen Befunde aus allen durchgeführten Erhebungen entlang der Untersuchungsdimensionen aufgeführt sind.

Anzumerken ist, dass die im Rahmen der Studie durchgeführten Erhebungen primär darauf angelegt waren, Lücken, Probleme und Optimierungspotenzial im Versorgungssystem zu identifizieren. Auch in sehr guten Versorgungssystemen gibt es indes stets Optimierungspotenzial. Die Fülle an genannten Mängeln sollte nicht mit einer generell negativen Einschätzung der Versorgungssituation gleichgesetzt werden. Vielmehr zeichnet sich in den durchgeführten Befragungen das Bild eines in weiten Teilen gut funktionierenden, vielfältigen Versorgungsangebotes. Der Fokus auf Aspekte der Unter- und Fehlversorgung ist der Fragestellung der Studie geschuldet. Nachfolgend wird dargestellt, in welchen Bereichen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in der Schweiz gemäss der Ergebnisse der beiden repräsentativen Online-Befragungen und den mündlichen Befragungen und Interviews Unter- und Fehlversorgungsaspekte auftreten.

9.2.1 Psychiatrisch-psychotherapeutische Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche

Die Ergebnisse der Studie verweisen auf eine **deutliche Unter- und Fehlversorgung in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesundheitsversorgung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen**. Betroffen sind alle Regionen und Angebotsformen. In der **Abbildung 14** findet sich eine Übersicht über die wichtigsten Ergebnisse entlang der drei Untersuchungsdimensionen. Nachfolgend werden die einzelnen Aspekte genauer beschrieben und im Anhang findet sich zur Übersicht eine detaillierte **Integrationstabelle (Tabelle 35)**.

Kinder und Jugendliche müssen im Vergleich zu Erwachsenen nicht nur häufiger, sondern durchschnittlich auch länger auf einen Therapieplatz, eine Abklärung oder eine Behandlung warten. Dies gilt für alle Sprachregionen und ungeachtet davon, ob sich der Wohnort in einem urbanen Zentrum, in der Agglomeration oder auf dem Land befindet; ebenso sind alle Settings betroffen: niedergelassene Fachärzt/innen, Ambulatorien, Tageskliniken, stationäre Behandlungsplätze. Die Folge der Unterkapazität im stationären Bereich manifestiert sich mitunter in der nicht adäquaten Platzierung von Jugendlichen in Einrichtungen für Erwachsene. Die Einschätzung zahlreicher Fachpersonen, es gebe einen Mangel Fachärzt/innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, widerspiegelt sich in den Daten abgesehen von den Wartefristen auch in den Rekrutierungsschwierigkeiten in Institutionen sowie dem im Vergleich zu Erwachsenenpsychiater/innen höheren Anteil an Teilzeittätigkeit.⁴⁸

Was psychologische Psychotherapeut/innen mit Spezialisierung auf Kinder- und Jugendpsychologie betrifft, lässt sich aufgrund der durchgeführten Erhebungen nicht einschätzen, ob der von den Befragten wahrgenommene Mangel an Therapieplätzen in erster Linie Zugangshürden geschuldet ist (d.h. Mangel an delegiert arbeitenden Psychotherapeut/innen und von der Grundversicherung finanzierten Therapieplätze), oder ob ebenfalls von einem Fachkräftemangel ausgegangen werden muss. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass die Unterfinanzierung von systemeinbeziehenden Vernetzungsleistungen, die für eine adäquate, effektive Versorgung dieser Zielgruppe so wichtig ist, dazu beiträgt, dass auch die selbständige Tätigkeit als Kinder- und Jugendpsychotherapeut/in für etliche Fachkräfte aus wirtschaftlichen Gründen keine Option ist.⁴⁹

Abbildung 14: Fazit für den Versorgungsbereich psychisch erkrankter Kinder- und Jugendlicher

Untersuchungsdimension	Mangelnde Versorgung und Optimierungspotential
Angebotssituation	
Fachpersonal	Mangel an Kinder- und Jugendpsychiater/innen und delegiert tätigen Kinder- und Jugendpsycholog/innen
Behandlungsangebote	Mangel an Behandlungsplätzen unabhängig von Region, Gemeindetyp und Setting
Ressourceneinsatz	Unterfinanzierung von systemeinbeziehenden Vernetzungsleistungen
Zielgruppenspezifika	
	Mangel und Mängel bei der Versorgung von Kindern- und Jugendlichen, insbesondere aus Familien mit tiefem sozioökonomischem Status
Zugang und Beanspruchung	
Zugangshürden	Scham / Stigmatisierung Behandlungsangebote nicht vor Ort
Unterbeanspruchung	Fehlende Krankheitseinsicht / Therapiemotivation Zeitaufwand für Familie zur Durchführung einer Behandlung

Quelle: Ergebnisse der Befragungen und Interviews

⁴⁸ Der vergleichsweise hohe Anteil von Teilzeit-Tätigen geht typischerweise mit einem hohen Frauenanteil einher. Dieser Befund entspricht auch den Ergebnissen aus den qualitativen Erhebungen, wo auf den Mangel an männlichen Kinder- und Jugendpsychiatern und –psychologen hingewiesen wurde.

⁴⁹ Auch Kinder –und Jugendpsychiater/innen arbeiten nicht nur signifikant häufiger nach systemischem Ansatz als Erwachsenenpsychiater/innen, sondern zählen zu ihrem Aufgabenbereich häufiger Tätigkeiten ausserhalb des engeren psychiatrisch-psychotherapeutischen Aufgabenbereichs.

In besonderem Masse von Zugangsschwierigkeiten betroffen sind Kinder und Jugendliche aus Familien mit tiefem sozioökonomischen Status, die sich angesichts langer Wartefristen keine alternative, nicht von der Grundversicherung gedeckte Behandlung leisten können. Hinzu kommt, dass der Zeitaufwand seitens der Kinder, Jugendlichen und ihrer Familien zur Durchführung einer Behandlung eine Zugangshürde sein kann; diese Zugangshürde wird von den Kinder- und Jugendpsychiater/innen als bedeutsamer eingeschätzt als von den Erwachsenenpsychiater/innen. Zugangsschwierigkeiten sind gemäss den befragten Kinder- und Jugendpsychiater/innen auch auf die schwere Erreichbarkeit der Angebote zurückzuführen: signifikant häufiger als Erwachsenenpsychiater/innen berichten sie, die Versorgungsangebote in ihrem Einzugsgebiet seien nicht dort, wo sie benötigt würden.

Nicht nur als direkt Betroffene, sondern auch als Mitbetroffene sind Kinder und Jugendliche eine unterversorgte, vulnerable Zielgruppe, da im jetzigen Versorgungssystem die Kinder und Angehörigen von Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen gemäss den Befragten zu wenig systematisch einbezogen und in ihrer psychischen Gesundheit gestärkt werden. Psychiatrisch-psychotherapeutische Gesundheitsversorgung für Erwachsene.

9.2.2 Psychiatrisch-psychotherapeutische Gesundheitsversorgung für Erwachsene

In Bezug auf die Versorgung der erwachsenen Bevölkerung verweisen die Ergebnisse der Studie auf eine **teilweise vorhandene Unter- und Fehlversorgung**. Diese betreffen jeweils spezifische Regionen, Angebotsformen und Zielgruppen. Eine Übersicht über die wichtigsten Ergebnisse entlang der drei Untersuchungsdimensionen ist in der **Abbildung 15** dargestellt. Im Anhang findet sich eine detaillierte Übersicht über die einzelnen Befunde und Quellen (**Anhang I: Facts and Figures im Überblick, Tabelle 36**).

Abbildung 15: Fazit für den Versorgungsbereich psychisch erkrankter Erwachsener

Untersuchungsdimension	Mangelnde Versorgung und Optimierungspotential
Angebotssituation	
Fachpersonal	• Je ländlicher, umso grösser der Mangel an psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachpersonen • Mangel an psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen Fachpersonen in Institutionen
Behandlungsangebote	• Mangel an rasch zugänglichen Angeboten (z.B. in Krisen- & Notfallsituationen) v.a. auf dem Land • Mangel an Plätzen / Angeboten im ambulanten und intermediären Setting (niederschwellig)
Ressourceneinsatz	• Mangel an via Grundversicherung finanzierten Behandlungsplätzen sowie unterfinanzierter Koordinationsaufwand an der Schnittstelle zw. Gesundheits- und Sozialsystem • Optimierungsbedarf bezüglich der Aufgabenteilung und der Vernetzung zwischen Fachdisziplinen sowie der Sensibilisierung von Betroffenen und beteiligten Fachpersonen
Zielgruppenspezifika	
	Zugangs- und Versorgungsschwierigkeiten für spezifische Zielgruppen: • Für Personen, deren Art der psychischen Erkrankung eine Therapie erschwert • Für Personen mit zusätzlichen psychosozialen Belastungen, die neben therapeutischer weitere Unterstützung benötigen
Zugang und Beanspruchung	
Zugangshürden	Zugangshürden und Unterbeanspruchung auf Personenebene (Scham/Stigma, Krankheitseinsicht, Therapiemotivation) und auf Ebene Versorgungssystem (Finanzierungsmodalitäten, Wartefristen)
Unterbeanspruchung	Fehlende Krankheitseinsicht / Therapiemotivation

Quelle: Ergebnisse der Befragungen und Interviews

■ **Je ländlicher, desto geringer die Menge und Auswahl an Angeboten.** Die Ergebnisse verweisen auf einen Mangel an Psychiater/innen und psychologischen Psychotherapeut/innen auf dem Land und teilweise bereits in der Agglomeration, insbesondere im ambulanten Bereich (Praxis, ambulante und intermediäre Institutionen). So erweist sich etwa die Suche nach einer Praxisnachfolge auf dem Land schwieriger als in der Stadt. Die Wartezeiten auf einen Termin bzw. Therapieplatz sind zwar nicht länger als in städtischen Gebieten, fallen aber tendenziell mehr ins Gewicht, weil aufgrund der geringen Angebotsdichte weniger Alternativen und Überbrückungsmöglichkeiten bestehen. Die geringe Behandlungsdiversität bedeutet auch, dass Patient/innen weniger Möglichkeiten haben, den Therapieplatz zu wechseln, wenn die für den Behandlungserfolg so wichtige Chemie mit der Psychiaterin oder dem Psychologen nicht stimmt. Zudem fehlt es ausserhalb der Stadt an Behandelnden mit spezifischen Therapieausbildungen (z.B. im Bereich Trauma).

Als deutliche Lücke wird der Mangel an Fachpersonen und Angeboten bezeichnet, die in Krisen- und Notfallsituationen schnell erreichbar sind und die Betroffenen während einer bestimmten Phase stabilisieren. In ländlichen Gebieten sind es oft Hausärzt/innen, die entsprechende Versorgungsleistungen übernehmen, sie sind jedoch in sehr unterschiedlichem Mass dafür qualifiziert. Dies widerspiegelt sich in der geringeren Zufriedenheit der auf dem Land tätigen Psychiater/innen mit den vorbehandelnden Fachpersonen bzw. Institutionen. Psychiater/innen in ländlichen Gebieten wenden einen signifikant höheren Anteil ihrer Arbeitszeit für organisatorische Tätigkeiten auf als ihre städtischen Kolleg/innen, was mit aufwändigerer Vernetzungsarbeit zusammenhängen könnte, aber auch mit fehlenden niederschwelligen Angeboten zur Unterstützung bei psychosozialen Problemen.

Personen mit Behandlungsbedarf sind auf dem Land in mehrfacher Hinsicht von erschwerten Zugangsbedingungen betroffen. Nicht niederschwellig sind die Angebote oft aufgrund längerer Distanzen (Psychiater/innen beurteilen die Versorgungssituation hier signifikant häufiger als «nicht dort, wo sie benötigt werden»), aber auch wegen der auf Land noch stärkeren Stigmatisierung psychischer Krankheiten.

■ **Zugangs- und Versorgungsschwierigkeiten für spezifische Zielgruppen.** Die Studienergebnisse verweisen auf zwei Gruppen mit erhöhtem Risiko für Unter- oder Fehlversorgung. Einerseits geht es um Personen, deren psychische Erkrankung die Durchführung einer Therapie erschwert (z.B. Sucht, Persönlichkeitsstörung wie z.B. Borderline) und andererseits um Personen, die neben einer psychischen Erkrankung mit zusätzlichen psychosozialen Belastungen konfrontiert sind (tiefer sozioökonomischer Status, prekäre Arbeitssituation, Schulden, Migration etc.) und neben der Behandlung einer psychischen Erkrankung auch alltagsorientierte Unterstützung und Beratung benötigen. Diese beiden Zielgruppen haben besonders Mühe, einen Behandlungsplatz bei niedergelassenen Psychiater/innen oder Psychotherapeut/innen zu finden, sei es beim Behandlungsbeginn oder bei Nachbehandlungen nach Klinikaufenthalt. Die Zugangsschwierigkeiten haben mit besonderen Herausforderungen in der therapeutischen Behandlung zu tun, welche die niedergelassenen Psychiater/innen und Psychotherapeut/innen aus finanziellen Gründen, aufgrund der dafür erforderlichen spezifischen Kompetenzen, wegen fehlender Kapazitäten oder aus anderen Gründen nicht übernehmen können oder wollen.

Bei der ersten Zielgruppe handelt es sich um Betroffene mit psychischen Erkrankungsbildern, deren Behandlung als anspruchsvoll, aufwändig und mit geringen Chancen auf Therapieerfolg erachtet wird. Dies unter anderem auch, weil mit dem Krankheitsbild starke Schwankungen bezüglich Krankheitseinsicht und Therapiemotivation einhergehen. Lassen unzuverlässige Patient/innen Termine ausfallen, stellt dies jedoch ein finanzielles Risiko dar, das für niedergelassene Psychiater/innen und Psychotherapeut/innen nur bis zu einem bestimmten Mass tragbar ist. Im stationären Bereich kommen

Ablehnungen wegen unentschuldigter Absenzen zwar signifikant weniger häufig vor als in psychiatrischen Praxen, der Anteil an Patient/innen, die nach Therapieunterbrüchen erneut einen Klinikaufenthalt benötigen, ist jedoch höher als in der Praxis. Man ist sich weitgehend einig, dass die Besonderheiten und Bedürfnisse dieser Zielgruppen in den bestehenden ambulanten Versorgungsstrukturen – mit Psychiater/innen und Psychotherapeut/innen primär in Einzelpraxen – nicht adäquat adressiert werden können, und dass intermediäre Angebote (ambulante Institutionen mit interdisziplinären Teams oder aufsuchende Angebote wie Home Treatment, psychiatrische Spitex) diesbezüglich eine wichtige Lücke schliessen könnten. Erwartet wird, dass so die krankheitsbedingten Schwankungen aufgefangen, stationäre Aufenthalte und «Drehtüreffekte» möglichst verringert und die involvierten Akteure (neben Behandelnden häufig auch KESB, Sozialdienste) insgesamt entlastet werden könnten.

Bei der zweiten Zielgruppe geht es um Personen, die neben der Behandlung ihrer psychischen Erkrankung aufgrund psychosozialer Belastungen Unterstützung und Beratung benötigen, die nicht mehr zum medizinisch-therapeutischen Kerngebiet gehört. Niedergelassene Psychiater/innen leisten zwar einen signifikant höheren Anteil sozialarbeiterischer Tätigkeiten als Kolleg/innen in den Institutionen (wo häufig ein Sozialdienst diese Aufgaben übernimmt), der unterfinanzierte Koordinationsaufwand an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsversorgung und Sozialarbeit ist jedoch mit ein Grund dafür, warum die Bedürfnisse dieser Zielgruppe häufig nicht adäquat adressiert werden können. Bei Flüchtlingen und Personen mit Migrationshintergrund (wo der Bedarf an Traumabehandlungen gross ist) kommen weitere Zugangsbarrieren hinzu, z.B. kulturell bedingt starke Stigmatisierung psychischer Krankheiten oder eine andere Krankheitswahrnehmung (häufig Somatisierung) oder fehlendes Wissen über das Versorgungssystem, insbesondere aber sprachliche Barrieren aufgrund fehlender Therapeut/innen in ihrer Muttersprache oder nicht vergüteten interkulturellen Dolmetscher/innen.

■ **Fachkräftemangel in Institutionen.** Es zeigt sich, dass gegenwärtig im institutionellen Bereich ein deutlicher Mangel an Psychiater/innen spürbar ist. Weiter wird teilweise auch von Unterkapazitäten in der Pflege gesprochen. Vonseiten der Berufsgruppe wird verschiedentlich das geringe Interesse Schweizer Medizinstudierenden für eine Weiterbildung in Psychiatrie bedauert. Dieser «fehlende Nachwuchs» wird derzeit von ausländischen Assistenz- und Facharzt/innen kompensiert, wobei diese Lösung aufgrund unzureichender Deutsch- bzw. Französischkenntnisse oder einer ungenügenden Vernetzung im hiesigen Versorgungssystem nicht immer befriedigend ist. Der wachsende Anteil der Psychiater/innen aus dem Ausland wird denn auch nicht nur innerhalb der Berufsgruppe, sondern auch von Betroffenen thematisiert, die sich bisweilen nicht verstanden fühlen. Während derzeit Nachwuchsprobleme bzw. Schwierigkeiten bei der Suche nach Praxisnachfolger/innen hauptsächlich in den Kliniken und auf dem Land spürbar sind, wird aufgrund des hohen Durchschnittsalters niedergelassener Psychiater/innen in den nächsten Jahren ein grösserer Engpass befürchtet.

■ **Optimierungsbedarf in Bezug auf Ressourceneinsatz und Vernetzung.** Die durchgeführten Erhebungen zeigen, dass die Verteilung der Angebote auf die drei Versorgungsbereiche dem Bedarf nicht optimal entspricht. Um den Grundsatz «ambulant vor stationär» konsequenter umzusetzen, bräuchte es einen Ausbau insbesondere der intermediären Strukturen. Angebote mit interdisziplinären Teams wie z.B. Tageskliniken sowie aufsuchende Angebote gelten als vielversprechende Ansätze, um Zugangsprobleme zu entschärfen, die Versorgung «schwieriger» Patient/innen und Personen mit psychosozialen Problemen zu verbessern sowie andere Angebote zu entlasten (etwa durch das Vermeiden von Verwahrlosung und Notfalleinweisungen), werden jedoch nicht zuletzt aufgrund bestehender Finanzierungsmodalitäten nur zögerlich ausgebaut.

Bezüglich der Zusammenarbeit zwischen Psychiater/innen und anderen Berufsgruppen sind die Sensibilisierung und der Aufbau von Fachkompetenzen bei zuweisenden Stellen, Pflegenden und Grundversorger/innen zentral. Verbesserungsbedarf gibt es etwa bei der frühzeitigen Überweisung in spezialisierte Behandlung (heute gibt es Hinweise auf zu lange erfolglose Behandlungsdauern durch Hausärzte/innen, teilweise auch Psychotherapeut/innen). Was Therapiekonzepte betrifft, gibt es auch bei Psychiater/innen Hinweise auf Verbesserungspotenzial, beispielsweise in der Orientierung an bestehenden Leitlinien und Behandlungsempfehlungen. Wie in anderen Fachgebieten zeigt der Trend auch in der Psychiatrie in Richtung Patientenorientierung (hier: Peer-Arbeit, Recovery-Ansätze), Prävention und Früherkennung. Spezifisch für die psychische Gesundheitsversorgung lässt sich aus den Befragungen und Interviews ausserdem der Bedarf nach einer besseren Einbettung in die sozialen und gesundheitlichen Realitäten der Betroffenen erkennen, indem der Bezug zwischen Behandelnden und Arbeitgebenden, der Austausch zwischen Somatik und Psychiatrie, der Einbezug von Angehörigen und mitbetroffenen Kindern sowie die Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden bei Patient/innen, deren Unterstützungsbedarf über den medizinisch-therapeutischen Bereich hinausgeht, intensiviert wird.

9.3 Fazit

Basierend auf den Erkenntnissen aus der Forschungsliteratur und der Ergebnisse der durchgeführten Erhebungen wird abschliessend zu den Kernfragestellungen des Mandats Stellung genommen.

Weshalb gibt es eine Differenz zwischen der Prävalenz psychischer Krankheiten und der Inanspruchnahme professioneller Hilfe?

Internationale Studien zeigen, dass Prävalenz und Behandlungsbedarf psychischer Krankheiten tendenziell höher sind als die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten. Wie in anderen Ländern kann auch in der Schweiz von einer gewissen Behandlungslücke ausgegangen werden, deren Ausmass aufgrund fehlender epidemiologischer Daten jedoch nicht präzise beziffert werden kann. Hingegen verweisen die repräsentativen Befragungen bei Psychiater/innen sowie Haus- und Kinderärzte/innen sowie die breit abgestützten Gruppen- und Einzelinterviews auf verschiedene Aspekte von Unter- und Fehlversorgung sowie auf Zugangshürden zum Versorgungssystem, welche zur Erklärung der Differenz zwischen Prävalenz, Behandlungsbedarf und Behandlungsquote beitragen.

Bezüglich der psychiatrischen und psychotherapeutischen Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen zeigen die Ergebnisse eine deutliche Unter- und Fehlversorgung in allen Belangen. Es fehlen Fachkräfte sowie Angebote in allen Regionen und Settings, sowohl in ländlichen Gebieten als auch in den Städten (wo die Versorgungsdichte im Allgemeinen höher ist). Besonders betroffen sind Kinder und Jugendliche aus Familien mit tiefem sozioökonomischem Status, da sie auf Angebote angewiesen sind, die von der Grundversicherung finanziert werden. Die Finanzierungsmodalitäten sind jedoch für diese Altersgruppe (bzw. für die Akteure in diesem Versorgungssegment) insgesamt ein Problem, da der Einbezug der Familie, die Zusammenarbeit mit Lehrkräften, Schule und weiteren Bezugssystemen der Betroffenen häufig unabdingbar, die Koordinations- und Vernetzungsarbeiten jedoch unterfinanziert sind.

Bei der Versorgung von Erwachsenen verweisen die Ergebnisse auf Unter- und Fehlversorgung in einzelnen Regionen, bezüglich gewisser Angebotsformen und für spezifische Zielgruppen. Dabei geht es insbesondere um die tiefe Versorgungsdichte und die geringe Behandlungsdiversität auf dem Land, um den Fachkräftemangel in Institutionen, um das erhöhte Risiko für Unter- und Fehlversorgung

von Personen, die krankheitsbedingt und/oder aufgrund psychosozialer Belastungen das Versorgungssystem vor besondere Herausforderungen stellen und daher von Zugangsschwierigkeiten betroffen sind.

Wie ist die tiefe Inanspruchnahme vor dem Hintergrund der hohen Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern zu verstehen?

Dass die «Anzahl Köpfe» kein guter Indikator für den Umfang des Behandlungsangebots ist, zeigt sich wie bereits in älteren Publikationen (z.B. Frei, 2002) auch in den Ergebnissen der vorliegenden Studie. So arbeiten lediglich rund 30 Prozent der niedergelassenen Psychiater/innen mit einem Vollzeitpensum, in stationären Einrichtungen liegt dieser Anteil etwas höher, bei bis zu 50 Prozent. In welchem Masse die hohe Dichte an Psychiater/innen also das Behandlungsangebot im Vergleich zum Ausland erweitert, lässt sich demnach nicht beziffern – ebenso wenig kann basierend auf den vorhandenen Daten beurteilt werden, inwiefern die Behandlungslücke hierzulande dadurch geringer ist als in anderen Ländern. Diese Hypothese lässt sich allerdings auch nicht ausschliessen.

Dass trotz der hohen Dichte an Psychiater/innen nicht alle Personen mit Behandlungsbedarf professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, dürfte gemäss Studienergebnissen vor allem mit der Verteilung der vorhandenen Ressourcen und mit Zugangsproblemen zusammenhängen. So gibt es ein Ungleichgewicht zwischen Praxis und Institutionen, zwischen Stadt und Land sowie zwischen Erwachsenenpsychiatrie und Kinder-/Jugendpsychiatrie, mit einer Konzentration der Fachkräfte auf die jeweils erstgenannten Bereiche. Die Zugangsprobleme haben jedoch nicht nur mit dem punktuell eher dünn gesäten Angebot zu tun: Lange Wartezeiten für Termine und Therapieplätze in psychiatrischen Praxen werden auch in Regionen mit hoher Psychiaterdichte konstatiert. Dies hat zum einen damit zu tun, dass Vorhalteleistungen nicht finanziert werden, das Offenhalten von 60-minütigen Behandlungsterminen nicht mit den wirtschaftlichen Interessen der Praxistätigkeit vereinbar ist und kurze Zeitfenster für Notfälle und Kriseninterventionen in psychiatrischen Praxen (anders als bei Haus- und Kinderärzt/innen) nicht üblich sind. Zum anderen ist die Entlastung psychiatrischer Praxen durch Psychotherapeut/innen aufgrund des Delegationsmodells erschwert: von der Grundversicherung werden nur Therapien bei delegiert tätigen Psychotherapeut/innen bezahlt; die Anzahl solcher Therapieplätze entsprechen jedoch mangels der Attraktivität dieses Arrangements für Psychotherapeut/innen und des Zusatzaufwandes seitens der delegierenden Psychiater/innen bzw. Hausärzt/innen nicht dem Bedarf.

Die Studienresultate verweisen schliesslich darauf, dass die vorhandenen Strukturen teilweise mit der Versorgung bestimmter Zielgruppen überlastet sind, die in anderen Versorgungsmodellen besser aufgehoben wären. So können etwa Personen, die schwer erreichbar sind, krankheitsbedingt mit Therapieerfolge Mühe haben und/oder psychosoziale Probleme haben, im aktuell meist verbreiteten Arbeitssetting (Psychiatrische Praxis mit durchschnittlich einem/einer delegierten Psychotherapeut/in) und mit den vorhandenen Finanzierungsmodalitäten (bezahlt werden medizinisch-therapeutische Leistungen, während für Koordinationsarbeiten oder psychosoziale Unterstützung die Möglichkeiten und Zuständigkeiten in Bezug auf die Finanzierung häufig unklar sind) nicht genügend unterstützt werden. Es besteht unter den Befragten ein breiter Konsens, dass niederschwellige, von interdisziplinären Teams getragene sowie aufsuchende Angebote die Versorgungs- und Lebensqualität von Patient/innen, die heute teilweise ein erhöhtes Risiko für Drehtüreffekte haben, verbessern würde, und überdies auch die bestehenden stationären und ambulanten Versorgungsangebote entlasten.

Aus gesundheitspolitischer Sicht gilt es, die Versorgungslücken in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –Psychotherapie zu schliessen, sowie angesichts fehlenden Nachwuchses im institutionellen Setting auch in der Erwachsenenpsychiatrie einen Facharztmangel zu vermeiden. Ebenfalls wichtige

Ansätze, um Personen mit Behandlungsbedarf besser an das bestehende und in vielen Punkten auch sehr gut aufgestellte Versorgungsangebot heranzuführen, sind zudem Massnahmen, um Wartezeiten zu verkleinern. Was in der Praxis als «Mangel» an Therapieplätzen wahrgenommen wird, dürfte in vielen Fällen ein Mangel an zugänglichen, innert nützlicher Frist verfügbaren Plätzen sein. Schliesslich wären Massnahmen gefragt, um die Verteilung der Ressourcen und Aufgaben zwischen den Versorgungsbereichen, zwischen Fachpersonen sowie zwischen Gesundheits- und Sozialwesen zu optimieren.

Wichtigste Ergebnisse

- Internationale Studien zeigen, dass Prävalenz und Behandlungsbedarf psychischer Krankheiten tendenziell höher sind als die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten. Das Ausmass von Prävalenzen, Behandlungsbedarf und Behandlungslücke variiert zwischen Studien.
 - Die Bandbreite der in den Studien resultierenden 12-Monats-Prävalenz von mindestens einer psychischen Erkrankung liegt zwischen rund 10 und 30 Prozent.
 - Zur Ermittlung des Behandlungsbedarfs werden zusätzliche Kriterien wie z.B. Schweregrad, funktionelle Beeinträchtigung, Komorbiditäten oder Dauer einer Erkrankung berücksichtigt. Es existieren jedoch anders als für Prävalenzen keine einheitlich akzeptierten Klassifikationssysteme. In den untersuchten Studien wird von Anteilen zwischen rund 25 und 60 Prozent erkrankter Personen mit Behandlungsbedarf ausgegangen.
 - Die Ergebnisse bezüglich Behandlungslücke (erkrankte Personen mit Behandlungsbedarf ohne minimal adäquate Behandlung) variieren zwischen rund 40 Prozent und 65 Prozent.
 - In der Schweiz liegen kaum valide epidemiologische Daten zum Thema vor. Wo vorhanden, decken sich die Ergebnisse jedoch mit denjenigen aus der internationalen Forschung. Da zudem auch in Ländern mit vergleichsweise hohen Ressourcen an Fachpersonal ein Anteil ungedeckten Bedarfs festgestellt wurde, ist auch in der Schweiz eine Behandlungslücke zu vermuten.
- Das Ausmass der Behandlungslücke in der Schweiz kann aufgrund mangelnder Daten nicht beziffert werden. Die im Rahmen der Studie durchgeführten repräsentativen Befragungen von Psychiater/innen und Haus- und Kinderärzt/innen sowie die zahlreichen Gruppen- und Einzelinterviews mit Betroffenen, Zuweisenden, Behandelnden und weiteren Expert/innen zeigen jedoch auf, in welchen Bereichen und für welche Zielgruppen Versorgungslücken und ungedeckter Behandlungsbedarf besteht.
- In der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen muss von einer deutlichen Unterversorgung ausgegangen werden:
 - Lange Wartefristen, Mangel an psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachkräften sowie Angeboten in allen Regionen (Stadt, Agglomeration, Land) sowie in den verschiedenen Settings (ambulant, intermediär, stationär).
 - Spezifischer Mangel an Angeboten, die von der Grundversicherung finanziert werden.
 - Finanzierungsmodalitäten problematisch, da unabdingbare Koordinations- und Vernetzungsarbeiten unterfinanziert (Einbezug Familie, Schule und weitere Bezugssysteme) sind.
 - Scham und Stigmatisierung, fehlende Behandlungsangebote vor Ort, fehlende Krankheitseinsicht und Therapiemotivation sowie der Zeitaufwand zur Durchführung einer Behandlung sind relevante Faktoren, die eine Inanspruchnahme verhindern.

■ In der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grundversorgung von Erwachsenen wurden Versorgungslücken bezüglich spezifischer Regionen, Angebotsformen und Zielgruppen sowie Optimierungsbedarf in Bezug auf Ressourceneinsatz und Vernetzung von Fachpersonen festgestellt.

- Mangel an psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachpersonen in Institutionen und ländlichen Gebieten.
- Mangel an rasch zugänglichen Angeboten (in Krisen- & Notfallsituationen) v.a. auf dem Land, genereller Mangel an Angeboten im ambulant-institutionellen und intermediären Setting.
- Zugangs- und Versorgungsschwierigkeiten für Personen, deren Art der psychischen Erkrankung eine Therapie erschwert sowie für Betroffene mit zusätzlichen psychosozialen Belastungen und erweitertem Unterstützungsbedarf.
- Mangel an via Grundversicherung finanzierten Behandlungsplätzen sowie unterfinanzierter Koordinationsaufwand an der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Sozialsystem.
- Optimierungsbedarf bezüglich der Aufgabenteilung und der Vernetzung zwischen Fachdisziplinen sowie der Sensibilisierung von Betroffenen und beteiligten Fachpersonen.
- Scham und Stigmatisierung, fehlende Krankheitseinsicht, Wartefristen und Zugangshürden aufgrund der Finanzierungsmodalitäten sind relevante Faktoren, die eine Inanspruchnahme verhindern.

■ Aufgrund der hohen Teilzeittätigkeit der Psychiater/innen in der Schweiz ist die Psychiaterdichte in Form von «Anzahl Köpfen» kein guter Indikator für den Umfang des Behandlungsangebots. In welchem Masse die hohe Dichte das Behandlungsangebot im Vergleich zum Ausland dennoch erweitert und damit die Behandlungslücke verringert, lässt sich nicht beziffern. Dass trotz der hohen Dichte an Psychiater/innen nicht alle Personen mit Behandlungsbedarf professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, dürfte gemäss Studienergebnissen vor allem mit der Verteilung der vorhandenen Ressourcen, mit Zugangsproblemen sowie mit dem Optimierungsbedarf von Versorgungsstrukturen zusammenhängen.

- In Bezug auf die Ressourcenverteilung gibt es ein Ungleichgewicht zwischen Praxis und Institutionen, zwischen Stadt und Land sowie zwischen Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie, mit einer Konzentration der Fachkräfte auf die erstgenannten Bereiche.
- Zugangsprobleme äussern sich in langen Wartefristen (auch in Regionen mit hoher Psychiaterdichte), welche begründet werden mit nicht finanzierten Vorhalteleistungen (Offenhalten von Behandlungsterminen) sowie mit einer – aufgrund des Delegationsmodells – ungenügenden Entlastung psychiatrischer Praxen durch psychologische Psychotherapeut/innen.
- Gewisse Zielgruppen – die schwer erreichbar sind, krankheitsbedingt mit Therapietreue Mühe und/oder psychosoziale Probleme haben – können im aktuell meist verbreiteten Arbeitssetting der psychiatrischen Einzel- oder Kleinpraxis mit den vorhandenen Finanzierungsmodalitäten nicht genügend unterstützt werden. Dies weil die Finanzierung von Koordinationsarbeiten oder psychosozialer Unterstützung, welche neben den medizinisch-therapeutischen Leistungen oftmals notwendig sind, nicht gesichert ist. Gemäss den Studienergebnissen fehlt es an niederschwelligen, von interdisziplinären Teams getragenen sowie aufsuchenden Angeboten.

10 Literaturverzeichnis

- Alonso, J., Codony, M., Kovess, V., et al. (2007). Population level of unmet need for mental health in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 190, 299-306.
- Amelung, E., Mühlbacher, A., & Krauth, C. (2016). *Stichwort: Über-, Unter- und Fehlversorgung*. In Springer Gabler Verlag (Hrsg.), *Gabler Wirtschaftslexikon*, abgerufen am 9.07.2016 unter: [35/Archiv/17916/ueber-unter-und-fehlversorgung-v7.html](https://www.gabler.de/Archiv/17916/ueber-unter-und-fehlversorgung-v7.html)
- Amsler, F., Jäckel, D., & Wyler, R. (2010). *Schlussbericht zur Evaluation der institutionellen ambulanten und teilstationären Psychiatrieversorgung des Kantons Bern unter besonderer Berücksichtigung der Pilotprojekte - Angebot, Lücken und Mängel. Bericht im Rahmen des Projektes «Weiterentwicklung Psychiatrieversorgung Kanton Bern» (WePBE)*. Gesundheits- und Fürsorgedirektion Kanton Bern GEF: Bern.
- BAG (2011). *Sprachliche Brücken zur Genesung. Interkulturelles Übersetzen im Gesundheitswesen der Schweiz*. Bundesamt für Gesundheit BAG: Bern.
- BAG, GDK, und Gesundheitsförderung Schweiz (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz – Bestandsaufnahme und Handlungsfelder*. Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik. Bundesamt für Gesundheit BAG: Bern.
- BAG (2016). *Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz*. Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255). Bundesamt für Gesundheit BAG: Bern.
- BFS (2014). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012. Erläuterungen zu den Standardtabellen*. Bundesamt für Statistik BFS: Neuchâtel.
- Bischoff, A., Tonnerre, C., Eytan, A., Bernstein, M., Loutan, L. (1999). Addressing language barriers to health care, a survey of medical services in Switzerland. *Sozial- und Präventivmedizin* 44, 248-256.
- Boggio, Y., Mabillard, J., Zellweger, E., Furrer, C., Fässler, S., & Merlo, M. (2008). *Evaluation de la mise en œuvre et des effets immédiats de la nouvelle ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire concernant la psychothérapie*. Bundesamt für Gesundheit BAG: Bern.
- Bridler, R., Orosz, A., Cattapan, K., & Stassen, H. H. (2013). In need of Psychiatric Help – Leave a Message after the Beep. *Psychopathology*, 46, 201-205.
- Brisset, C., Leanza, Y., Rosenberg, E., Vissandjée, B., Kirmayer, L. J., Muckle, G., ... Laforce, H. (2014). Language Barriers in Mental Health Care: A Survey of Primary Care Practitioners. *Journal of Immigrant and Minority Health* 16(6), 1238-1246.
- Bruce, M. L., Wells, K. B., Miranda, J. et al. (2002). Barriers to Reducing Burden of Affective Disorders. *Mental Health Services Research*, 4(4), 187-197.
- Bhugra, D., Sartorius, N., Fiorillo, A., Evans-Lacko, S., Ventriglio, A., Hermans, M. H. M., ... Gaebel, W. (2015). EPA guidance on how to improve the image of psychiatry and of the psychiatrist. *European Psychiatry*, 30, 423-430.
- Dezetter, A., Briffault, X., Bruffaerts, R., De Graaf, R., Alonso, J., König, H. H., ... Kovess-Masféty, V. (2013). Use of general practitioners versus mental health professionals in six European countries: the decisive role of organization of mental health-care systems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 137-149.
- ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators (2002). The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) Project: rationale and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 11(2), 55-67.

- ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators (2004a). 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum* (420), 28–37.
- ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2004b). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum* (420), 21–27.
- ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators (2004c). Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum* (420), 47–54.
- Frei, A. (2002). *Infrastruktur- und Arbeitszeiterhebung der Schweizer Psychiater*. HealthEcon: Basel.
- Gelberg L., Andersen, R. M., Leake, B. D. (2000). The Behavioral Model for Vulnerable Populations: Application to Medical Care Use and Outcomes for Homeless People. *Health Services Research* 34(6), 1273-1302.
- Goldberg, R. J. (2001). Depression in the Workplace: Costs and Barriers to treatment. *Psychiatric Services*, 52(12), 1639-1643.
- Jacobi, F. (2009). Nehmen psychische Störungen zu? *Report Psychologie*, 34(1), 16-28.
- Jacobi, F. & Barnikol, U.B. (2015). Abschätzung von Prävalenz und Behandlungsbedarf psychischer Störungen. Das Problem diagnostischer Schwellen. *Der Nervenarzt*, 86, 42-50.
- Kammer-Spohn, M. (2014). Recovery – ein neuer Behandlungsansatz in der Psychiatrie, *Schweizerische Ärztezeitung* 94(38), 1450-1452
- Kellerman, S. E., & Herold, J. (2012). Physician response to surveys. A review of the literature. *American Journal of Preventive Medicine*, 20(1), 61-67.
- Kessler, R.C., Andrews, G., Mroczek, D., Ustun, T.B., Wittchen, H.-U. (1998). The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Short Form (CIDI-SF). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 7(4), 171-185.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K., & Walters, E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kessler, R.C., Brown, R.L., & Broman, C.L. (1981). Sex differences in psychiatric help-seeking evidence from four large-scale surveys. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 49-64.
- Knieps, F., & Pfaff, H. (Hrsg.) (2015). *BKK Gesundheitsreport 2015*. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Berlin.
- Kovess-Masfety, V., Alonso, J., Brugha, T. S., et al. (2007). ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatric Services*, 58(2), 213–220.
- Lachenmeier, H. (2002). Infrastruktur- und Arbeitszeiterhebung Psychiatrie. *Schweizerische Ärztezeitung*, 83(25);1305-1309.
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., Phelan, J. C. (2001). The Consequences of Stigma for the Self-Esteem of People With Mental Illnesses. *Psychiatric Services* 52(12), 1639-1643.
- Mechanic, D. (2003). Is The Prevalence Of Mental Disorders A Good Measure Of The Need For Services? *Health Affairs*, 22(5), 8-20.

- OBSAN (2015). *Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN Bern: Verlag Hogrefe.
- OECD (2013). *Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz (Forschungsbericht 12/13)*. Bundesamt für Sozialversicherungen BSV: Bern.
- OECD (2014). Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care, *OECD Health Policy Studies*. Paris: OECD Publishing.
- Reynolds, E. H. (2003). Brain and mind: a challenge for WHO. *The Lancet*, 361, 1924-1925.
- Richter, D., Berger, K., & Reker, T. (2008). Nehmen psychische Störungen zu? *Psychiatrische Praxis*, 35, 321-330.
- Rudolph, A. (2014). Stigmatisierung und Selbststigmatisierung. Psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit Adipositas. *Psychotherapeut*, 59, 306-309.
- Rüesch, P., Baenziger, A., & Juvalta, S. (2013). *Regionale psychiatrische Inanspruchnahme und Versorgungsbedarf in der Schweiz (Obsan Dossier 23)*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan: Neuchâtel.
- Stettler, P., Stocker, D., Künzi, K., & Gardiol, L. (2013). *Strukturerhebung zur psychologischen Psychotherapie in der Schweiz*. Föderation Schweizer Psychologinnen und Psychologen FSP: Bern.
- Schomerus, G., Angermeyer, M. C., Baumeister, S. E., Stolzenburg, S., Link, B. G., & Phelan, J. C. (2016). An online intervention using information on the mental health-mental illness continuum to reduce stigma. *European Psychiatry*, 32, 21-27.
- Schuler, D., & Burla, L. (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz (OBSAN Bericht 52)*. OBSAN (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium), Neuchâtel.
- Sirey, J. A., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D., A., Friedman, S. J., Meyers, B. S. (2001). Perceived Stigma and Patient-Rated Severity of Illness as Predictors of Antidepressant Drug Adherence. *Psychiatric Services*, 52(12), 1615-1620.
- Sottas, B., Brügger, S., & Jaquier, A. (2014). *Zugangsprobleme zur Gesundheitsversorgung? Eine explorative Studie auf Grund von Expertengesprächen*. Sottas Formative Works: Bourguillon.
- Steinhausen, H.-C., Metzke, C. W., Meier, M., & Kannenberg, R. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zurich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 262-271.
- Szegedi, A., Jansen, W. T., Van Willigenburg, A. P., Van der Meulen, E., Stassen, H. H., Thase, M. E. (2009). Early improvement as a predictor of treatment outcome in patients with major depressive disorder: why the first 2 weeks really matter – evidence from 6,562 patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 344-353.
- Thornicroft, G., Szmukler, G., Mueser, K. T., Drake, R. E. (2011). Organizing the range of community mental health services. In: Thornicroft, G., Szmukler, G., Mueser, K., & Drake, B. (editors) *Oxford Textbook of Community Mental Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., AlHamzawi, A. O., Alonso, J., Andrade, L.H., et al. (2011). Treated and untreated prevalence of mental disorder worldwide. In: Thornicroft, G., Szmukler, G., Mueser, K., & Drake, B. (editors) *Oxford Textbook of Community Mental Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Wells, K. B. (2001). Affective Disorders in Children and Adolescents: Addressing Unmet Need in Primary Care Settings. *Biological Psychiatry*, 49, 1111-1120.

- Wittchen, H.-U. (2000). Die Studie «Depression 2000». Eine bundesweite Depressions-Screening-Studie in Allgemeinpraxen. *Fortschritte der Medizin*, 118, 4–10.
- Wittchen, H.-U. (2002). «Bedarfsgerechte Versorgung psychischer Störungen» Abschätzungen aufgrund epidemiologischer, bevölkerungsbezogener Daten. *Stellungnahme im Zusammenhang mit der Befragung von Fachgesellschaften durch den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe — a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357–376.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B. et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655–679.
- Wittchen, H.-U., & Perkonig, A. (1997). *DIA-X-Screening Verfahren; Fragebogen DIA -DSQ: Screening für Depressionen*. Frankfurt: Swets & Zeitlinger.

11 Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
ESEMeD	European Study of the Epidemiology of Mental Disorders
FMPP	Foederatio Medicorum Psychiatricorum et Psychotherapeuticorum
FSP	Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen
mfe	Verband der Haus- und Kinderärzt/innen Schweiz
OBSAN	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
SAPPM	Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin
SGAP	Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
SGFP	Schweizerische Gesellschaft für Forensische Psychiatrie
SGKJPP	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –Psychotherapie
SGPP	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
SMHC	Vereinigung der Psychiatrischen Kliniken und Dienste Swiss Mental Health Care
SSCLP	Schweizerische Gesellschaft für Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie
SVPC	Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte
VKJC	Verein der kinder- und jugendpsychiatrischen Chefärzte der Schweiz

Anhang

Anhang I: Facts and Figures im Überblick

Tabelle 35: Bereich Kinder- und Jugendliche – Untersuchungsdimensionen, Fazit und Quellen

I) Angebotssituation
Fazit zur Dimension «Fachpersonal»: Genereller Mangel an Fachpersonen im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie
▪ Fachärztemangel spezifisch im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie (Kapitel 8.2.1).¹ ▪ Mangel an psychologischen Psychotherapeut/innen für Kinder- und Jugendliche generell und spezifisch an delegiert tätigen Psychotherapeut/innen (Kapitel 8.4.1).¹ ▪ Mangel an Fachpersonen im Bereich Adoleszenten-Psychiatrie (fehlende Kontinuität an den Übergängen ins Erwachsenenleben) hin (Kapitel 8.2.3.1).¹ ▪ Ein Drittel der Ärzt/innen mit Fachtitel «Psychiatrie und Psychotherapie» arbeitet zu einem Beschäftigungsgrad von weniger als 80 Prozent. Bei den Ärzt/innen mit Fachtitel «Kinder- und Jugendpsychiatrie» sind es knapp 40 Prozent (Kapitel 6.2).¹ ▪ 82% der Kinder- & Jugendpsychiater/innen in Institutionen geben an, dass Stellen von kinder- & Jugendpsychiatrischen Fachärzt/innen teilweise über 3 Monate vakant bleiben oder mit ungenügend qualifizierten Bewerber/innen besetzt werden müssen (Tabelle 16).² ▪ Aus der Sicht von 43% der befragten Kinder- & Jugendpsychiater/innen ist die Praxisnachfolge im eigenen Einzugsgebiet nicht gesichert (Tabelle 17).² ▪ Kinderärzt/innen fühlen sich signifikant schlechter auf die Unterstützung von psychisch erkrankten Personen vorbereitet (nur 22% fühlt sich gut bis sehr gut vorbereitet) als Hausärzt/innen (Kapitel 7.4).²
Fazit zur Dimension «Behandlungsangebote»: Mangel an Behandlungsangeboten unabhängig von Region und Setting
▪ Mangel an Behandlungsplätzen im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie sowohl im stationären als auch im ambulanten und intermediären Bereich (Kapitel 8.2.2).¹ ▪ Angebotsmangel in ländlichen Gebieten noch stärker als in Städten (Kapitel 8.2.2.2).¹ ▪ Mangel an spezifischen Angeboten für die Behandlung von Kinder- und Jugendlichen im Bereich stationärer Behandlungsplätze, von Gruppenangeboten und Familientherapien sowie stationärer und ambulanter Versorgungsstrukturen im Massnahmenvollzug (Kapitel 8.2.2.1).¹ ▪ Rund 70% der befragten Kinder- & Jugendpsychiater/innen geben an, in den 3 Monaten vor der Befragung überlastet gewesen zu sein. In Institutionen beträgt der Anteil 90% (Tabelle 13).² ▪ Rund 80% der Kinder- & Jugendpsychiater/innen geben an, dass Wartezeiten oder Ablehnungen bei ihnen vorkommen (Tabelle 14).² ▪ Die Wartezeiten bei Kinder- und Jugendpsychiater/innen betrugen in den 3 Monaten vor der Befragung durchschnittlich 7 Wochen, in Einzel- oder Gruppenpraxen 8 Wochen. Die Wartezeiten bei Kinder- & Jugendpsychiater/innen sind dabei signifikant länger als bei Erwachsenenpsychiater/innen (Tabelle 15).² ▪ Gemäss Einschätzung der Kinder- & Jugendpsychiater/innen sind 55% der Angebote im eigenen Einzugsgebiet überlastet (Tabelle 20).² ▪ Kinderärzt/innen berichten bezüglich der Überweisung psychisch erkrankten Patient/innen in eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung von signifikant längerer Wartezeit (7 Wochen) als Hausärzt/innen (4 Wochen) (Kapitel 7.3).² ▪ 82% der Kinderärzt/innen geben an, dass für die Überweisung von psychisch erkrankten Patient/innen mehrere Stellen angefragt werden müssen, bis ein geeignetes Behandlungsangebot gefunden werden kann (Kapitel 7.3).² ▪ 84% der Kinderärzt/innen geben an, dass bei Ablehnung von Überweisungsgesuchen der Grund oft oder immer in den fehlenden zeitlichen Kapazitäten von Kinder- und Jugendpsychiater/innen sowie Kinder- und Jugendpsycholog/innen liegt (Kapitel 7.3).²

(Fortsetzung auf nächster Seite)

¹ Quelle = Interviews, Gruppengespräche, offene Antworten der Befragungen der Psychiater/innen und der Haus- und Kinderärzt/innen² Quelle = Befragungen der Psychiater/innen und der Haus- und Kinderärzt/innen

Tabelle 35: Bereich Kinder- und Jugendliche – Untersuchungsdimensionen, Fazit und Quellen (Forts.)

Fazit zur Dimension «Ressourceneinsatz»: Mängel und Optimierungspotential, insbesondere bezüglich der Finanzierung von systemeinbeziehenden Vernetzungsleistungen

- Fehlende Finanzierung der aufwändigen Vernetzungsarbeit (Einbezug Familie, Lehrpersonen, schulpyschologischer Dienst etc.) ist ein Grund für den Mangel an Fachpersonen im Kinder- und Jugendbereich ist (Kapitel 8.2.3.4 und 8.4.1).¹
- Im Hinblick auf längerfristige Unterstützung von Kinder- und Jugendlichen wäre eine bessere und systemübergreifende Vernetzung und Koordination notwendig: Bessere Koordination zwischen Kinder- und Erwachsenenbereich notwendig (Kapitel 8.2.3.1); bessere Berücksichtigung von mitbetroffenen Kindern bei der Behandlung von Erwachsenen (Ziel der Stabilisierung und Vorbeugung; konkret wird z.B. Mangel an Mutter-Kind-Stationen genannt (Kapitel 8.2.3.4); Mangel an multidisziplinären und systemeinbeziehenden therapeutischen Behandlungsangeboten für Familien mit Mehrfachproblematiken (Kapitel 8.3.2).¹
- Ergebnisse, die aufzeigen, dass systemeinbeziehende Behandlungen im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie notwendig sind / durchgeführt werden:
 - Signifikant höherer Anteil an systemisch Tätigen als bei Erwachsenenpsychiater/innen (Tabelle 10).²
 - Signifikant häufiger Therapie in Familien- und Gruppensetting und signifikant stärkerer Einbezug von Angehörigen als Erwachsenenpsychiater/innen (Tabelle 11).²
 - Signifikant höherer Anteil Tätigkeiten der Kategorie «Andere» als Erwachsenenpsychiater/innen (Tabelle 8).²
- Ergebnisse, die auf generelles Optimierungspotential hinweisen: Jeweils rund 10 Prozent der Angebote im jeweiligen Einzugsgebiet werden von Kinder- und Jugendpsychiater/innen als entweder fachlich optimierbar, unnötig beansprucht oder zur Behandlung von besser nicht psychiatrisch zu bewältigenden Problemen eingesetzt erachtet (Tabelle 21).²

II) Zielgruppenspezifika**Fazit: Mangel und Mängel in der Versorgung der Zielgruppe von Kindern- und Jugendlichen**

- Verschiedene Fachpersonen sehen Handlungsbedarf, was den Einbezug von Familienangehörigen (z.B. mitbetroffene Kinder und Jugendliche) in die psychische Gesundheitsversorgung betrifft (Kapitel 8.2.3.4).²
- Genereller Mangel an Fachpersonen trifft insbesondere Familien mit tiefem sozioökonomischem Status (ohne Zusatzversicherung oder genügend eigene Mittel), da diese auf die via obligatorische Krankenversicherung vergüteten Angebote angewiesen sind und keinen Zugang zu freischaffenden psychologischen Psychotherapeut/innen haben (Kapitel 8.4.1).¹⁺²
- Weitere Ergebnisse sind unter den anderen Untersuchungsdimensionen aufgeführt (Zusammenfassung Kapitel 8.3.2).¹⁺²

III) Zugangshürden und Unterbeanspruchung

Fazit: Neben Scham und Stigmatisierung sowie fehlender Krankheitswahrnehmung und Krankheitseinsicht sind spezifische Zugangshürden für Kinder- und Jugendliche bzw. für ihre Familien der zeitliche Aufwand für eine Behandlung sowie die weite Entfernung zu den Behandlungsangeboten. Weiter Unterbeanspruchung bestehender Angebote, insbesondere aufgrund vorhandener Zugangshürden wie fehlender Therapiemotivation.

Zugangshürden

- Etwa 80% der Kinder- & Jugendpsychiater/innen erachten Scham und Angst vor Stigmatisierung als grosse oder mittlere Zugangshürde (Abbildung 9).²
- Etwa 75% der Kinder- & Jugendpsychiater/innen erachten fehlende Krankheitswahrnehmung bzw. Krankheitseinsicht als grosse oder mittlere Zugangshürde (Abbildung 9).²
- 66% der Kinder- und Jugendpsychiater/innen geben einen zu hohen Zeitaufwand für die Behandlung (zeitlicher Aufwand für Eltern, Kind in Therapie zu bringen), als grosse oder mittlere Zugangshürde an. Im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie wird diese Hürde als signifikant grössere Problematik beurteilt als in der Erwachsenenpsychiatrie (Abbildung 9).²
- Etwa die Hälfte der Kinder- & Jugendpsychiater/innen erachten es als grosse oder mittlere Zugangshürde, dass Angebote nicht dort sind, wo sie benötigt werden (signifikant höhere Schätzung als bei Erwachsenenpsychiater/innen) (Abbildung 9).²

Unterbeanspruchung

- Gewisse befragte Personen weisen darauf, dass vorhandene Angebote im Bereich Gruppentherapie zu wenig genutzt werden bzw. bekannt sind (Kapitel 8.2.2.1).¹
- Kinder- & Jugendpsychiater/innen schätzen, dass etwa ein Viertel der Betroffenen die im eigenen Einzugsgebiet bestehenden und eigentlich passenden Behandlungsmöglichkeiten nicht in Anspruch nimmt (Tabelle 21).²
- Fehlende Therapiemotivation wird von Kinder- & Jugendpsychiater/innen als häufigster Grund (45% immer/manchmal) und häufiger als von Erwachsenenpsychiater/innen für die Ablehnung von Behandlungsgesuchen angegeben (Abbildung 7).²

¹ Quelle = Interviews, Gruppengespräche, offene Antworten der Befragungen der Psychiater/innen und der Haus- und Kinderärzt/innen

² Quelle = Befragungen der Psychiater/innen und der Haus- und Kinderärzt/innen

Tabelle 36: Erwachsenenbereich: Untersuchungsdimensionen, Fazit und Quellen

I) Angebotssituation
Fazit zur Dimension «Fachpersonal»: Teilweiser Mangel an Fachpersonen im Bereich Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie, insbesondere je ländlicher ein Gebiet ist sowie in Institutionen.
<i>Ambulant tätige Psychiater/innen und Psychotherapeut/innen in ländlicheren Gebieten</i>
▪ Mangel an niedergelassenen Erwachsenenpsychiater/innen, v.a. in ländlichen, peripheren Gebieten. Es gibt zu wenige Fachärzt/innen und diese sind zudem überlastet Aufgrund der demografischen Entwicklung – viele Psychiater/innen erreichen in den nächsten Jahren das Pensionsalter – und der Nachwuchsprobleme – wird erwartet, dass sich in Zukunft die Versorgungslücken eher noch verschärfen werden (Kapitel 8.2.1 und 8.2.2.1).¹ ▪ Der Grad an Spezialisierung der Psychiater/innen ist auf dem Land knapp signifikant tiefer als in der Stadt (Abbildung 4).² ▪ Mit dem Mangel an Psychiater/innen verbunden ist ein Mangel an delegiert arbeitenden Psychotherapeut/innen bzw. an Psychiater/innen und Hausärzt/innen (mit entsprechendem Fähigkeitsausweis), welche mit delegierten Psychotherapeut/innen zusammenarbeiten bzw. diese in ihrer Praxis anstellen (Kapitel 8.2.1).¹ ▪ Psychologische Psychotherapeut/innen arbeiten teilweise selbständig, weil sie die Arbeitsbedingungen und die Zusammenarbeit mit Ärzt/innen im Rahmen der delegierten Psychotherapie als schwierig erleben (Kapitel 8.2.3.2).¹ ▪ Die notwendigerweise «stimmige Chemie» zwischen Therapeut/in und Patient/in spielen in der psychischen Gesundheitsversorgung eine wichtige Rolle. Je nach Region ist angesichts des Personalmangels unter Umständen ein Therapeutenwechsel jedoch nicht möglich, auch wenn es zwischenmenschlich nicht funktioniert (Kapitel 8.2.1).¹ ▪ Psychiater/innen in ländlichen Gebieten wenden einen signifikant höheren Anteil ihrer Arbeitszeit für organisatorische Tätigkeiten auf als ihre städtischen Kolleg/innen, was mit aufwändigerer Vernetzungsarbeit zusammenhängen könnte, aber auch mit fehlenden niederschweligen Angeboten zur Unterstützung bei psychosozialen Problemen (Tabelle 8).²
<i>Fachpersonal in Institutionen</i>
▪ 29% der Erwachsenenpsychiater/innen in Institutionen geben an, dass Stellen von erwachsenenpsychiatrischen Fachärzt/innen teilweise über 3 Monate vakant bleiben oder mit ungenügend qualifizierten Bewerber/innen besetzt werden müssen (Tabelle 16).² ▪ Rekrutierungsprobleme und Unterkapazitäten insbesondere in stationären Einrichtungen vorhanden. Besonders in Spitälern und psychiatrischen Kliniken, teilweise aber auch in sozialmedizinischen Institutionen, bestehen gemäss Rückmeldungen aus den durchgeführten Befragungen und Interviews Rekrutierungsprobleme und Fachkräftemangel – insbesondere bei Psychiater/innen, aber auch bei Pflegefachpersonen (Kapitel 8.2.1).¹ ▪ Ausländische Psychiater/innen weisen teilweise ungenügende Kenntnisse der lokalen Sprache auf oder sind mit den schweizerischen Akteuren und Versorgungsstrukturen zu wenig vertraut und vernetzt. Der wachsende Anteil der Psychiater/innen aus dem Ausland wird nicht nur innerhalb der Berufsgruppe, sondern auch von Betroffenen thematisiert, die sich bisweilen nicht verstanden fühlen (Kapitel 8.2.1).¹ ▪ Problematisch hohe Fluktuation in Ambulatorien: Bei Bedarf an längerfristigen Behandlungen werden Ambulatorien als weniger geeignet erachtet, da die personelle Kontinuität aufgrund häufigerer Fluktuationen oft nicht gegeben ist (Kapitel 8.2.2.1).¹

(Fortsetzung auf nächster Seite)

¹ Quelle = Interviews, Gruppengespräche, offene Antworten der Befragungen der Psychiater/innen und der Haus- und Kinderärzt/innen² Quelle = Befragungen der Psychiater/innen und der Haus- und Kinderärzt/innen

Tabelle 36: Erwachsenenbereich: Untersuchungsdimensionen, Fazit und Quellen (Forts. I)

Fazit zur Dimension «Behandlungsangebote»: Teilweiser Mangel an Behandlungsangeboten, insbesondere auf dem Land. Die generell hohen Wartezeiten sind insbesondere problematisch für Betroffene in Krisen- und Notfallsituationen. Weiter mangelt es an niederschweligen Angeboten insbesondere für spezifische Zielgruppen, für die ein Ausbau intermediärer Angebote sowie ambulante Angebote mit interdisziplinären Fachteams als geeignet erachtet werden.

Wartezeiten und Angebote generell sowie auf dem Land und in Krisen- und Notfallsituationen

- Bei Erwachsenenpsychiater/innen liegt die Wartezeit im Schnitt bei 6 Wochen (Tabelle 15). Gemäss Einschätzung der Erwachsenenpsychiater/innen sind 50% der Angebote im eigenen Einzugsgebiet überlastet (Tabelle 20).²
- Haus- und Kinderärzt/innen geben an, dass sich die durchschnittliche Wartezeit nach einer Überweisung für eine psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung auf rund 4 Wochen beläuft (Kapitel 7.3).²
- Bei einer Ablehnung von Überweisungen wird von Haus- und Kinderärzt/innen als häufigster Grund über fehlende freie Kapazitäten berichtet (74% «immer / oft», 16% «manchmal») (Kapitel 7.3).²
- 80% der Haus- und Kinderärzt/innen gaben an, dass es bei Überweisung von Patient/innen in eine psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung vorkam, dass mehrere Stellen angefragt werden mussten, bis ein geeignetes Behandlungsangebot gefunden werden konnte (Kapitel 7.3).²
- Grosse Unterschiede zwischen Stadt und Land bzw. zwischen Zentrum und Peripherie, was die Versorgungssituation betrifft. Je ländlicher und abgelegener, desto schwieriger, spezialisierte und bedarfsgerechte Angebote zu finden, womit sich auch die Behandlungsdiversität vermindert. Patient/innen in ländlichen Gebieten und teilweise auch in Agglomerationen können angesichts langer Wartezeiten bei den vorhandenen Angeboten viel weniger auf Alternativen ausweichen. Gewisse (spezialisierte) Angebote sind aufgrund grosser Distanzen – welche gerade bei psychischen Erkrankungen oft eine besondere Schwierigkeit darstellen – nicht zugänglich (Kapitel 8.2.2.2).¹
- Beurteilung, ob bei Bedarf Zugang zu einem geeigneten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsangebot innert nützlicher Frist besteht: 20 Prozent der Haus- und Kinderärzt/innen beurteilen die Versorgungssituation für psychisch erkrankte Personen in ihrem Einzugsgebiet als schlecht bis sehr schlecht, 40 Prozent befanden diese für teilweise schlecht und teilweise gut (Kapitel 7.4).²
- Versorgungssituation wird von Haus- und Kinderärzt/innen in der Agglomeration und auf dem Land knapp signifikant schlechter eingeschätzt als in der Stadt (Stadt: 50% gut bis (sehr) gut, 36% teils teils, 15% (sehr) schlecht; Agglomeration: 27% (sehr) gut, 50% teils teils, 24% (sehr) schlecht; Land: 34% (sehr) gut, 41% teils teils, 24% (sehr) schlecht) (Kapitel 7.4).²
- Versorgungsangebot für psychiatrische Notfälle und Personen in Krisensituationen mit dringendem Unterstützungsbedarf ist unzureichend, insbesondere auf dem Land. Fehlende Plätze und Kapazitäten für dringliche Akutbehandlung werden in allen Versorgungsbereichen festgestellt (niedergelassene Praxen, Ambulatorien, Kriseninterventionszentren, (Akut-) Tageskliniken sowie Spitäler und Kliniken). Um ihren Zweck zu erfüllen, müssten diese Angebote rasch und kurzfristig verfügbar sowie unkompliziert zugänglich sein (Kapitel 8.2.2.1).¹
- Die Versorgung in Krisen- und Notfallsituationen bei niedergelassenen Psychiater/innen ist nicht nur aufgrund der langen Wartezeiten (Kapitel 8.4.2) sondern auch wegen der oft schlechten telefonischen Erreichbarkeit (Kapitel 8.2.3.2) sowie den fehlenden Notfall-Zeitfenstern von Psychiater/innen schwierig (Kapitel 8.4.1).¹
- Notfallpsychiatrische Behandlung und Kriseninterventionen werden signifikant häufiger in Institutionen als in der Praxis durchgeführt (stationär/gemischt: bei 47%, ambulante/intermediäre Institutionen bei 15% und in Praxis/Gruppenpraxis bei 7% der behandelten Patient/innen) (Tabelle 11).²

Intermediäre Angebote und ambulante Angebote mit interdisziplinären Teams (z.B. Gruppenpraxen)

Die Beschreibung, für welche spezifischen Zielgruppen ein Mangel an Angeboten besteht, findet sich in der Untersuchungsdimension «Zielgruppen».

- 50% der Erwachsenenpsychiater/innen erachten es als grosse oder mittlere Zugangshürde, dass die bestehenden psychiatrischen/psychotherapeutischen Angebote nicht genug niederschwellig sind (Abbildung 8).²
- 35% der Haus- und Kinderärzt/innen erachten es als grosse oder mittlere Zugangshürde, dass die bestehenden psychiatrischen/psychotherapeutischen Angebote nicht genug niederschwellig sind (Kapitel 7.5).²
- Bedarf nach dem Ausbau von Angeboten mit intermediären Strukturen (Angebote, die zwischen der 24-Stunden-Betreuung in der Klinik und der Sprechstunde bei niedergelassenen Ärzt/innen und Therapeut/innen anzusiedeln sind), konkret im Ausbau von Tageskliniken, Ambulatorien und aufsuchenden Angeboten (Home Treatment, Mobile Equipen, Psychiatrie-Spitex, Familienarbeit) (Kapitel 8.2.2.1).¹
- Genannte Aspekte, welche durch den Ausbau intermediärer oder interdisziplinärer ambulanter Angebote besser abgedeckt werden sollten: Sozialpsychiatrisches Behandlungsangebot, interdisziplinäre Teams mit versch. Therapie- und Beratungsangeboten, Tagesstrukturen und Unterstützung in der Alltagsbewältigung. Ziele sind u.a. einen besseren Zugang zu Personen, die sich zu Hause zurückziehen oder aufgrund krankheitsbedingter Schwankungen schwer zugänglich sind sowie die Entlastung stationärer Angebote (Kapitel 8.2.2.1).¹

(Fortsetzung auf nächster Seite)

¹ Quelle = Interviews, Gruppengespräche, offene Antworten der Befragungen der Psychiater/innen und der Haus- und Kinderärzt/innen

² Quelle = Befragungen der Psychiater/innen und der Haus- und Kinderärzt/innen

Tabelle 36: Erwachsenenbereich: Untersuchungsdimensionen, Fazit und Quellen (Forts. II)

Fazit zur Dimension «Ressourceneinsatz»: Mängel und Optimierungspotential einerseits bezüglich via Grundversicherung finanzierter Behandlungsplätze sowie der Finanzierung von systemübergreifenden Koordinationsleistungen und intermediären Angeboten. Andererseits bezüglich der Aufgabenteilung und der Vernetzung zwischen den Fachdisziplinen, sowie der Sensibilisierung und der Kompetenzen von Betroffenen und beteiligten Fachpersonen.

Finanzierung von via Grundversicherung finanzierten Behandlungsplätzen, von systemübergreifender Koordinationsleistungen und intermediärer Angebote

- Bei der psychologischen Psychotherapie stellt weniger der Mangel an Fachpersonen oder das Vorhandensein spezialisierter Kompetenzen ein Problem dar, sondern in erster Linie die Finanzierung, d.h. der damit Mangel an über die Grundversicherung finanzierten Psychotherapieplätzen. Es wird ein Mangel an delegiert arbeitenden Psychotherapeut/innen konstatiert (Kapitel 8.2.1).¹
- Die Verfügbarkeit niederschwelliger Angebote wie z.B. Fachstellen für Suchtberatung oder Anlaufstellen für psychosoziale Unterstützung ist in den einzelnen Kantonen u. Städten unterschiedlich und abhängig von deren Finanzlage (Kapitel 8.2.2.2).¹
- Hinweise bezüglich Optimierungspotentials beim Ausbau intermediärer Angebote finden sich unter der Untersuchungsdimension Behandlungsangebote.

Aufgabenteilung und Vernetzung zwischen Fachdisziplinen sowie Sensibilisierung und Kompetenzen von Betroffenen und beteiligten Fachpersonen

- Rund 10 bis 20 Prozent der Angebote im jeweiligen Einzugsgebiet werden von Erwachsenenpsychiater/innen als entweder fachlich optimierbar (18%), unnötig beansprucht (10%) oder zur Behandlung von besser nicht psychiatrisch zu bewältigenden Problemen (11%) eingesetzt erachtet (Tabelle 21).²
- Psychiater/innen in Institutionen orientieren sich signifikant häufiger an Leitlinien und Empfehlungen (Praxis: 62% oft/fast immer; amb. Institution: 82% oft/fast immer; stationäre/gemischte Institution: 99% oft/fast immer) (Tabelle 12).²
- Psychiater/innen übernehmen Zusatzaufgaben ausserhalb ihrer Kernaufgaben (z.B. sozialarbeiterische Aufgaben, allgemeine Lebensberatung), die in Angeboten mit interdisziplinären Teams allenfalls von anderen Fachpersonen übernommen werden könnten (Tabelle 9).²
- Es kommt häufig vor, dass mit Arbeitgeber, IV-Berater/in oder Case Manager/in kein oder kaum Austausch besteht (rund 10% oder mehr der Psychiater/innen geben dies an) (Tabelle 18).²
- Rund 50 Prozent der Haus- und Kinderärzt/innen fühlt sich maximal mittelmässig auf die Unterstützung von psychisch erkrankten Personen vorbereitet (37% mittelmässig, 13% (sehr) schlecht) (Kapitel 7.4).²
- Bisweilen wird in der Grundversorgung zu lange (nur) mit Psychopharmaka behandelt, die rechtzeitige Überweisung in spezialisierte Behandlung erfolge verzögert oder gar nicht (Kapitel 8.2.1).¹
- 28% der Haus- und Kinderärzt/innen geben an, häufig oder manchmal Fallberatungen durch Psychiater/innen in Anspruch zu nehmen. Haus- und Kinderärzt/innen in der Romandie nehmen knapp signifikant häufiger Fallberatungen durch Psychiater/innen in Anspruch als ihre Kolleg/innen der Deutschschweiz (Abbildung 10).²
- Tendenziell eher unzufrieden sind Haus- und Kinderärzt/innen mit dem Informationsaustausch mit den IV- Berater/innen der Patient/innen und den Case Manager/innen der Taggeldversicherung der Patient/innen (jeweils rund 40 – 50% (sehr) unzufrieden) (Kapitel 7.3).²
- Weibliche Haus- und Kinderärzt/innen überweisen Patient/innen signifikant häufiger für diagnostische Abklärungen oder Behandlungen an Psychiater/innen (und knapp signifikant häufiger auch für diagnostische Abklärungen an psychologische Psychotherapeut/innen) als ihre männlichen Kollegen (Abbildung 10).²
- Grosse Unterschiede bezüglich der Sensibilisierung von Haus- und Kinderärzt/innen für psychische Erkrankungen wie auch bei den vorhandenen Kompetenzen in der Versorgung betroffener Patient/innen vorhanden (Kapitel 8.2.1).¹
- Bessere Sensibilisierung von Betroffenen, somatisch Behandelnden und weiteren (potenziell) zuweisenden Stellen sowie mehr Transparenz über die lokal u. regional verfügbaren Angebote könnten gewisse Zugangshürden abbauen (Kapitel 8.4.3).¹
- Viele der Befragten plädieren dafür, die Rolle der Pflege weiter zu stärken, insbesondere im Bereich der ambulanten und aufsuchenden Angebote. (Kapitel 8.2.1).¹

(Fortsetzung auf nächster Seite)

¹ Quelle = Interviews, Gruppengespräche, offene Antworten der Befragungen der Psychiater/innen und der Haus- und Kinderärzt/innen

² Quelle = Befragungen der Psychiater/innen und der Haus- und Kinderärzt/innen

Tabelle 36: Erwachsenenbereich: Untersuchungsdimensionen, Fazit und Quellen (Forts. III)

II) Zielgruppenspezifika
Fazit: Mangel und Mängel in der Versorgung zweier spezifischer Zielgruppen: Einerseits für Betroffene, deren Art der psychischen Erkrankung die Durchführung einer Therapie erschwert und andererseits für Betroffene, die neben einer psychischen Erkrankung mit zusätzlichen psychosozialen Belastungen konfrontiert sind.
<i>Ergebnisse, welche auf die Problematiken bezüglich spezifischer Zielgruppen weisen</i>
• Ob für Patientengruppen Zugangs- und Versorgungsschwierigkeiten bestehen ist im Bereich der psychischen Gesundheit entscheidend von der Diagnose und vom Schweregrad der Erkrankung sowie vom psychosozialen Funktionsniveau abhängig (Kapitel 8.3). ¹
• Personen mit Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis, bipolaren affektiven Störungen, Persönlichkeitsstörungen oder Suchterkrankungen haben krankheitsbedingt und aufgrund psychosozialer Belastungen oft Mühe mit der Therapietreue und halten Termine nicht zuverlässig ein. Der Aufwand, Betroffene zur Kooperation zu bewegen und sie im Versorgungssystem zu halten, ist gross und übersteigt aufgrund der Finanzierungsmodalitäten (unzureichend abgegoltene Koordinationsleistungen, Verdienst-Ausfälle bei nicht eingehaltenen Terminen) rasch die Möglichkeiten ambulanter Einzelpraxen. Dies kann dazu führen, dass sich Betroffene zunehmend zu Hause «verkriechen», verwahrlosen und vom Versorgungssystem nicht mehr erreicht werden (Kapitel 8.3.1). ¹
• Während unter den Befragten Einigkeit darüber besteht, dass diese Patientengruppen aufgrund der genannten Herausforderungen häufig Mühe haben, Therapieplätze zu finden (insbesondere im ambulanten Bereich), werden bei der Begründung hierfür je unterschiedliche Akzente gesetzt. Psychiater/innen betonen eher den Mangel an spezialisierten Angeboten und Fachkräften; zuweisende Stellen, Betroffene und Angehörige sowie einzelne Expert/innen haben hingegen den Eindruck, dass zusätzlich auch Fachstigma, Überforderung oder fehlende Bereitschaft eine Rolle spielt (Kapitel 8.3.1). ¹
• Weitgehend unbestritten ist, dass die Versorgung dieser Zielgruppen zu wenig auf deren Bedarf ausgerichtet ist. Vonnöten wären mehr gemeindenähe, niederschwellige Angebote, Wohngruppen und andere Formen begleiteten Wohnens, insbesondere aber der Ausbau von aufsuchenden sozialpsychiatrischen Angeboten. Dabei sind die fachliche Qualifikation der aufsuchenden Dienste und deren enge Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzt/innen entscheidend (Kapitel 8.3.1). ¹
<i>Ergebnisse die zeigen, dass gewisse Zielgruppen häufiger im institutionellen Setting und nicht durch niedergelassene Psychiater/innen oder Psychotherapeut/innen behandelt werden</i>
• Im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie werden Störungen aus den Klassen F10-F19 (Substanzabhängigkeiten) sowie F20-F29 (Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen) v.a. im institutionellen Setting, Störungen der Klasse F30-39 (Affektive Störungen) v.a. in der Praxis behandelt (Tabelle 25). ²
• Anteil Patient/innen mit Komorbiditäten in Institutionen im Vergleich zur Praxis signifikant höher (Tabelle 26). ²
• Während die Anteile der weniger schwer bis zu den deutlich erkrankten Patient/innen in stationären Institutionen im Vergleich zur Praxis signifikant tiefer sind, ist der Anteil schwer kranker oder sehr schwer kranker Patient/innen in stationären Institutionen im Vergleich zur Praxis deutlich höher (Tabelle 28). ²
• Generell ist in Institutionen gemäss Zusammenhangsanalyse der Anteil Patient/innen mit Behandlungsunterbrüchen höher als in der Praxis (Tabelle 32). ²
• Häufigste Gründe für die Ablehnung von Behandlungsgesuchen bei Erwachsenenpsychiater/innen: «Andere Angebote für Behandlung zuständig» (47% immer/manchmal), «Fehlende Therapiemotivation» (42% immer/manchmal), «Verhalten von Patient/in erschwert Behandlung zu stark» (37% immer/manchmal), «Angebotsstruktur nicht eingerichtet für die Art der Erkrankung von Patient/in» (33% immer/manchmal), «Nicht qualifiziert für Behandlung der Erkrankung von Patient/in» (30% immer/manchmal). In ambulanten bzw. intermediären Institutionen wird signifikant seltener als in der Praxis ein Behandlungsgesuch abgewiesen, weil man für die Behandlung der Erkrankung von Patient/in nicht qualifiziert ist. Sowohl ambulant als auch stationär sind die folgenden Gründe im Vergleich zur Praxis signifikant seltener relevant: Schweregrad der Erkrankung von Patient/in zu gross für Therapie, zu grosse sprachliche Verständigungsprobleme mit Patient/in, Verhalten von Patient/in erschwert Behandlung zu stark. Das Thema der zu häufigen unentschuldigten Absenzen ist nur im stationären Setting signifikant seltener ein Grund im Vergleich zur Praxis (Abbildung 6). ²

(Fortsetzung auf nächster Seite)

¹ Quelle = Interviews, Gruppengespräche, offene Antworten der Befragungen der Psychiater/innen und der Haus- und Kinderärzt/innen

² Quelle = Befragungen der Psychiater/innen und der Haus- und Kinderärzt/innen

Tabelle 36: Erwachsenenbereich: Untersuchungsdimensionen, Fazit und Quellen (Forts. IV)

III) Zugangshürden und Unterbeanspruchung	
Fazit: Zugangshürden und Unterbeanspruchung vorhanden, sowohl auf Personenebene (Scham/ Stigma, Krankheitseinsicht/Therapiemotivation) als auch auf Ebene Versorgungssystem (Finanzierungsmodalitäten, Wartefristen).	
<i>Scham / Stigma</i>	
85% der Erwachsenenpsychiater/innen erachten Scham und Angst vor Stigmatisierung als grosse oder mittlere Zugangshürde (Abbildung 8).² - Rund 40% der Haus- und Kinder-ärzt/innen erachten Scham und Angst vor Stigmatisierung als grosse oder mittlere Zugangshürde (Kapitel 7.5).² - Rund 55% der Erwachsenenpsychiater/innen erachten es als grosse oder mittlere Zugangshürde, dass betroffene Personen nicht mit einer psychischen Erkrankung aktenkundig werden wollen (Abbildung 8).² - Mit psychischen Krankheiten sind vielfältige Formen von Stigmatisierung verbunden, welche Betroffene mit Behandlungsbedarf davon abhalten, fachliche Unterstützung in Anspruch zu nehmen: soziale Vorurteile und Tabus; Selbststigmatisierung; Fachstigmata. Auf gesellschaftlicher Ebene spielen die vorherrschenden Konzepte von Gesundheit und Krankheit eine grosse Rolle (Kapitel 8.4.4).¹	
<i>Krankheitseinsicht / Therapiemotivation</i>	
- Etwa 80% der Erwachsenenpsychiater/innen erachten fehlende Krankheitswahrnehmung bzw. Krankheitseinsicht als grosse oder mittlere Zugangshürde (Abbildung 8).² - Fehlende Therapiemotivation wird von Erwachsenenpsychiater/innen als zweithäufigster Grund (42% immer/manchmal) für die Ablehnung von Behandlungsgesuchen angegeben (Abbildung 6).² - Rund 55% der Haus- und Kinderärzt/innen erachten fehlende Krankheitswahrnehmung und Krankheitseinsicht als grosse oder mittlere Zugangshürde (Kapitel 7.5).² - Fehlende Therapiemotivation wird von den Haus- und Kinderärzt/innen unter den drei häufigsten Gründen für die Ablehnung von Überweisungen angegeben (8%«immer / oft», 21% «manchmal») (Kapitel 7.3).² - Die Lücke zwischen Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme hat sowohl krankheitsimmanente Gründe (etwa bei psychotischen Störungen), hängt jedoch auch zusammen mit mangelnder Information über Behandlungsmöglichkeiten und oder fehlendem Wissen und Reflexionsvermögen, welches empfundene Beschwerden überhaupt mit einer möglicherweise angeschlagenen psychischen Gesundheit in Zusammenhang bringt. Gemäss gewisser Aussagen sind Männer sozialisationsbedingt eher weniger geneigt als Frauen, psychische Beschwerden als solche zu erkennen und/oder sich den eigenen Hilfebedarf einzugestehen (Kapitel 8.4.4).¹	
<i>Finanzierungsmodalitäten</i>	
- Rund 35% der Haus- und Kinderärzt/innen erachten die von den Betroffenen selbst zu tragenden Kosten als zu hoch (Zugangshürde von grosser oder mittlerer Problematik) (Kapitel 7.5).² - Mangel an delegiert arbeitenden Psychotherapeut/innen und von der Grundversicherung finanzierten Therapieplätze: Zugangshürde im Zusammenhang mit Finanzierungsmodalitäten sind die Regelungen zur Kostenübernahme durch die Grundversicherung. Da die obligatorische Krankenversicherung nur delegierte Psychotherapie vergüten, haben finanziell schlechter situierte Personen, die weder über eine Zusatzversicherung noch über genügend eigene Mittel verfügen, keinen Zugang zu freischaffenden psychologischen Psychotherapeut/innen. Dies führt nicht nur zu langen Wartefristen auf delegierte Psychotherapie-Plätze, sondern auch zu Einschränkungen in der Behandlungsdiversität und der freien Wahlmöglichkeit. Gewisse spezialisierte Angebote werden zudem oft von freischaffenden Psychotherapeut/innen angeboten (Kapitel 8.4.1).¹ <i>Hinweise bezüglich Wartefristen sind unter der Untersuchungsdimension «Behandlungsangebote» aufgeführt.</i>	

¹ Quelle = Interviews, Gruppengespräche, offene Antworten der Befragungen der Psychiater/innen und der Haus- und Kinder-ärzt/innen

² Quelle = Befragungen der Psychiater/innen und der Haus- und Kinderärzt/innen

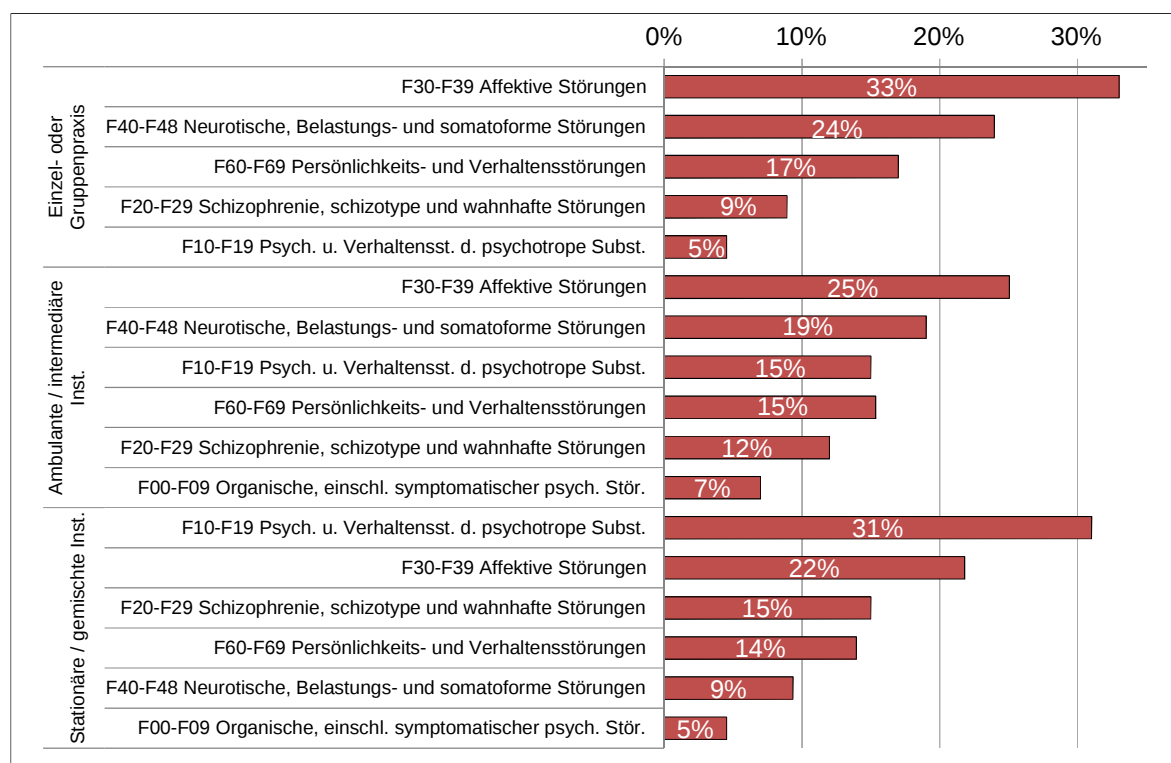
Anhang II: Online-Befragung von Psychiater/innen

Tabelle 37: Gründe für Ablehnung von Behandlungsgesuchen

Fachtitel /	Einzel- oder Gruppen- praxis			Ambulante/ intermediäre Inst.			Stationäre/ gemischte Inst.			Gesamt		
	Immer / oft	Manch mal	Selten / nie	Immer / oft	Manch mal	Selten / nie	Immer / oft	Manch mal	Selten / nie	Immer / oft	Manch mal	Selten / nie
Psychiatrie und Psychotherapie												
Nicht qualifiziert für Behandlung der Er- krankung von Patient/in	3%	26%	71%	0%	3%	97%	0%	52%	48%	2%	28%	70%
Andere Angebote sind für Behandlung zu- ständig	20%	38%	35%	7%	44%	49%	3%	70%	27%	6%	41%	52%
Bezahlung der Thera- pie nicht gesichert	64%	26%	9%	0%	7%	93%	1%	48%	51%	1%	15%	84%
Schweregrad der Erkrankung von Pati- ent/in zu gross für Therapie	26%	40%	30%	2%	14%	84%	0%	7%	93%	3%	25%	72%
Zu grosse sprachliche Verständigungsprob- leme mit Patient/in	26%	47%	24%	1%	16%	83%	0%	1%	99%	3%	19%	78%
Verhalten von Pati- ent/in erschwert Be- handlung zu stark	22%	43%	31%	1%	27%	72%	48%	4%	48%	10%	27%	63%
Angebotsstruktur nicht eingesetzt für die Art der Erkrankung von Patient/in	25%	39%	29%	3%	20%	77%	0%	29%	71%	5%	28%	66%
Zu häufige unentschul- digte Absenzen	24%	43%	30%	2%	11%	86%	0%	2%	98%	2%	24%	73%
Fehlende Therapiemo- tivation	22%	39%	36%	14%	32%	54%	0%	59%	41%	3%	39%	58%
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie												
Nicht qualifiziert für Behandlung der Er- krankung von Patient/in	31%	53%	16%	0%	9%	91%	0%	2%	98%	0%	13%	87%
Andere Angebote sind für Behandlung zu- ständig	20%	42%	37%	15%	41%	43%	0%	50%	50%	2%	40%	58%
Bezahlung der Thera- pie nicht gesichert	61%	31%	6%	0%	9%	91%	0%	2%	98%	1%	6%	93%
Schweregrad der Erkrankung von Pati- ent/in zu gross für Therapie	32%	52%	16%	0%	0%	100%	0%	0%	100%	0%	11%	89%
Zu grosse sprachliche Verständigungsprob- leme mit Patient/in	35%	43%	20%	0%	4%	96%	0%	13%	87%	1%	16%	82%
Verhalten von Pati- ent/in erschwert Be- handlung zu stark	20%	57%	23%	0%	9%	91%	0%	0%	100%	0%	17%	83%
Angebotsstruktur nicht eingesetzt für die Art der Erkrankung von Patient/in	31%	42%	27%	0%	41%	59%	19%	49%	32%	3%	33%	64%
Zu häufige unentschul- digte Absenzen	23%	52%	22%	0%	35%	65%	0%	0%	100%	2%	20%	77%
Fehlende Therapiemo- tivation	15%	34%	41%	0%	37%	63%	6%	19%	74%	8%	37%	55%

Anmerkung: Von der ursprünglich 5stufigen Skala ((fast) immer, oft, manchmal, selten, (fast) nie) wurden die Randkategorien zur besseren Übersicht zusammengefasst
 Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

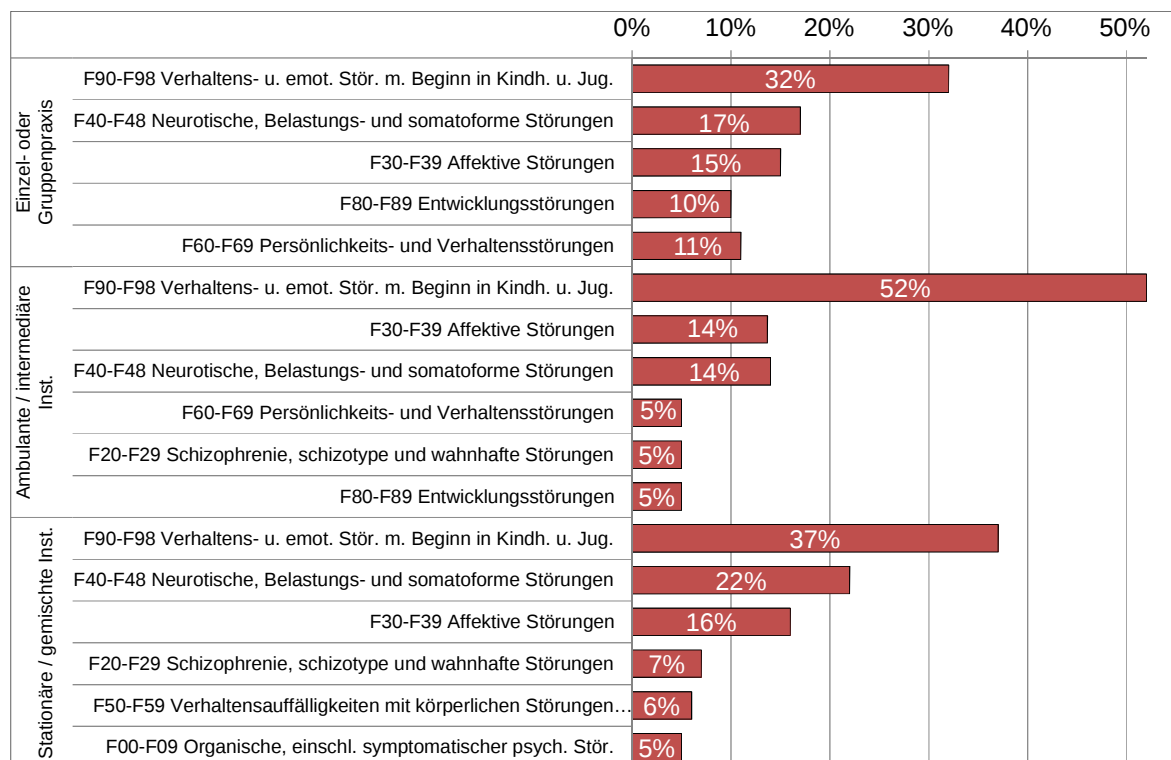
Abbildung 16: Diagnosen Patient/innen Erwachsenenpsychiater/innen



Anmerkung: abgebildet sind Kategorien mit mindestens 5 Prozent

Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

Abbildung 17: Diagnosen Patient/innen Kinder- und Jugendpsychiater/innen



Anmerkung: abgebildet sind Kategorien mit mindestens 5 Prozent

Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

Tabelle 38: Statistische Zusammenhangsanalyse Befragung Psychiater/innen zu Kapitel 6.2 «Arbeitssituation und Tätigkeitsbereiche»

Kapitel	Frage	Prädiktoren								Analyse	n ¹	
		Setting		Fachtitel		Gemeindetyp			Sprache			Anzahl Personen in Praxis / Inst.
		Referenz: Praxis		Referenz: Erw.		Referenz: Stadt						
		Inst. amb.	Inst. stat.	Kinder & Jugend	Beide	Agglo- meration	Land	Gemischt	0=Deutsch; 1=Französisch			
6.2	Wie viele delegiert arbeitende Psycholog/innen sind in Ihrer (Gruppen)Praxis angestellt? <i>(Frage ging nur an Psych. in Praxis)</i>			.054	.014	-.029	-.003	.116*	-.096†	Lineare Regression	320	
6.2	In welchem Umfang sind Sie in welchem Setting als Psychiater/in in einer normalen Arbeitswoche tätig? (Angabe in Halbtagen (à 4-6 Stunden) oder Stellenprozent)											
	100% (10 Halbtage à 4-6 Stunden)	.054	.227***	-.045	-.032	.054	.051	.019	.178***	-.055	Lineare Regression	448
	80-99% (> 4 Halbtage à 4-6 Stunden)	.073	-.058	.015	-.022	-.055	-.008	.022	-.116*	.026	Lineare Regression	448
	60-79% (> 3 Halbtage à 4-6 Stunden)	-.103*	-.112*	.002	.077	-.015	-.032	-.011	-.045	.010	Lineare Regression	448
	< 60% (< 3 Halbtage à 4-6 Stunden)	-.043	-.093†	.034	-.016	.014	-.019	-.036	-.036	.027	Lineare Regression	448
6.2	Wie verteilt sich die Arbeitszeit Ihrer Tätigkeit prozentual auf folgende Tätigkeitsbereiche? (Schätzung der Anteile in %)											
	Medizinische patientennahe Tätigkeiten	-.467***	-.377***	-.004	.028	.037	-.022	-.026	.070	.064	Lineare Regression	353
	Bereitschafts- und Notfalldienst	.328***	.336***	-.012	-.074	.039	-.049	.024	-.127**	.079	Lineare Regression	353
	Gutachterliche Tätigkeit	.071	.061	-.002	-.016	.015	-.027	.053	.007	-.056	Lineare Regression	353
	Administrative Tätigkeiten	.026	-.095	-.022	-.047	.052	.021	.034	-.143**	.090	Lineare Regression	353
	Führung von Mitarbeitenden	.578***	.426***	.036	.067	-.039	.030	-.029	-.047	-.098*	Lineare Regression	353
	Organisatorische Tätigkeiten ohne Bezug zu Patient/innen	.388***	.409***	-.016	-.001	-.036	.143**	-.009	-.024	-.152**	Lineare Regression	353
	Tätigkeit in Ausbildung und Lehre	.185***	.140*	-.040	.016	-.070	-.023	-.039	.133*	-.022	Lineare Regression	353
	Forschungstätigkeit	.174**	.244***	-.057	-.041	-.100†	-.062	-.046	.194***	-.076	Lineare Regression	353
	eigene Fort- und Weiterbildung	-.244***	-.144*	-.028	.000	-.041	-.062	-.062	-.054	.023	Lineare Regression	353
	Andere	-.070	-.041	.129*	-.025	-.025	.044	.101†	-.007	-.022	Lineare Regression	353
6.2	Übernehmen Sie im Rahmen der Behandlung von Patient/innen Aufgaben, bei denen Sie den Eindruck haben, dass diese eigentlich über Ihre psychiatrisch-psychotherapeutischen Kernaufgaben hinausgehen (einige mögliche Beispiele sind aufgeführt)? Wenn ja, welche und wie häufig? (Skala 1 (nie) bis 5 (sehr häufig))											
	Hausärztliche Aufgaben	.043	.167**	-.184***	-.150**	.127*	.014	.028	.011	.039	Lineare Regression	352
	Begleitung im Alltag/Alltagsgestaltung	.064	-.041	-.069	-.089	.115*	.054	.026	.167**	.021	Lineare Regression	348
	Sozialarbeiterische Aufgaben	.033	-.108†	-.022	-.084	.062	-.015	.086	-.045	.027	Lineare Regression	351
	Allgemeine Lebensberatung	-.009	-.041	-.034	-.002	.132*	.024	.027	.147**	.013	Lineare Regression	335

Anmerkungen: Signifikanzangaben: † = $p \leq .10$; * = $p \leq .05$; ** = $p \leq .01$; *** = $p \leq .001$; n¹ = ungewichtete Anzahl Fragebögen, welche in die Auswertung einfließen

Bei linearen Regressionsanalysen ist der standardisierte Regressionskoeffizient angegeben; Abkürzungen: Erw. = Erwachsenenpsychiater/innen Psych. = Psychiater/innen

Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

Lesebeispiel zu Tabelle 38: Es gibt einen positiven (da 0.227 eine positive Zahl ist) Zusammenhang zwischen der Tatsache, in einer stationären Institution zu arbeiten und der Tatsache, zu 100% angestellt zu sein. Anders gesagt: Psychiater/innen in stationären Institutionen arbeiten im Vergleich zu denjenigen in

einer **Praxis** (Referenzkategorie = Vergleichsgrösse) eher zu 100%. Steht hinter der Zahl ein Zeichen (*, **, ***), bedeutet dies, dass dies ein überzufälliger Zusammenhang, also ein statistisch signifikanter Zusammenhang ist. Steht das Zeichen «†» bedeutet dies, dass der Zusammenhang nicht ganz, sondern nur knapp signifikant ist. Die Zeichen geben das Signifikanzniveau bzw. die Irrtumswahrscheinlichkeit (p-Wert) an. In unserem Beispiel mit *** = $p \leq .001$ ist die Wahrscheinlichkeit, dass der hier gefundene Zusammenhang doch nicht statistisch signifikant ist, kleiner gleich 0.1% (Dezimalzahl .001 in % umgewandelt).

Tabelle 39: Statistische Zusammenhangsanalyse Befragung Psychiater/innen zu Kapitel 6.3 «Behandlungsweisen und Spezialisierungen»

Kapitel	Frage	Prädiktoren								Analyse	n ¹
		Setting Referenz: Praxis		Fachtitel Referenz: Erw.		Gemeindetyp Referenz: Stadt			Sprache		
		Inst. amb.	Inst. stat.	Kinder & Jugend	Beide	Agglo- meration	Land	Gemischt	0=Deutsch; 1=Französisch	Anzahl Personen in Praxis / Inst.	
6.3	Nach welcher(n) Richtung(en)/Methode(n) arbeiten Sie mehrheitlich? (Skala: 0 = nein; ja = 1)										
	Psychodynamische/psychoanalytisch	-.545	-.526	.058	.854	-.255	.653	.226	1.136***	.014	Logistische Regression 364
	Kognitiv-verhaltenstherapeutisch	1.135**	.960*	-.627	-1.219*	.195	-.181	.687	-1.541***	.026	Logistische Regression 364
	Systemisch	.966**	.514	1.110***	.270	.718*	.874*	1.225**	-.939***	-.029	Logistische Regression 364
	Andere Richtung	-.289	-1.023†	-.191	-1.364†	-.125	.037	-.130	-.769	-.011	Logistische Regression 364
6.3	Welche Behandlungsweisen wendeten Sie bei den von Ihnen in Ihrer Tätigkeit in den letzten zwei Wochen behandelten Patient/innen an? (Skala: 0 = keine Patient/innen bis 100 = alle Patient/innen in 10er Schritten; Schätzung in Prozent)										
	Integrierte Psychiatrisch-Psychotherapeutische Behandlung	.102†	.195***	-.146**	-.036	.067	.098†	.092	.009	.010	Lineare Regression 349
	Psychotherapie im engeren Sinne	-.052	-.011	.060	-.037	-.114*	-.068	-.153**	-.146**	.052	Lineare Regression 349
	Pharmakotherapie (oder andere biologische Behandlungsmethoden)	-.022	.183***	-.232***	-.091†	.020	.036	.012	-.238***	.050	Lineare Regression 349
	Notfallpsychiatrische Behandlung und Krisenintervention	.184***	.258***	-.042	-.025	.073	-.046	-.078	-.071	.225***	Lineare Regression 349
	Sozialpsychiatrische Behandlung	.080	.169**	-.024	-.076	-.006	.055	-.017	-.214***	.122**	Lineare Regression 349
	Einzeltherapie	-.155**	-.185***	-.295***	-.068	-.021	.035	-.042	-.253***	.046	Lineare Regression 349
	Paartherapie	-.072	-.039	-.158**	-.083	.009	.044	.010	-.028	.028	Lineare Regression 349
	Familientherapie	.079	.129*	.419***	.124*	-.014	.090†	.038	-.089†	-.028	Lineare Regression 349
	Gruppentherapie	.232***	.459***	-.067	.043	.056	-.004	-.129**	-.037	.145**	Lineare Regression 349
	Einbezug von Angehörigen / Freunden von Patient/in	.161***	.231***	.237***	.213***	.077	.039	-.040	-.330***	.073	Lineare Regression 349
6.3	Haben Sie sich spezialisiert auf die Behandlung bestimmter, ausgewählter psychischer Erkrankungen? (Skala: 0 = nein; ja = 1)										
		.501	.606	-.523*	-.564	.230	-.676†	-.485	-.313	.096†	Logistische Regression 377
6.3	Orientieren Sie sich in Ihrer psychiatrischen Tätigkeit an offiziellen Leitlinien und Empfehlungen zur Behandlung spezifischer psychischer Erkrankungen? (Skala: 1 = (fast) nie bis 5 = (fast) immer)										
		.162**	.189**	-.014	-.100†	-.011	-.033	-.039	.021	.076	Lineare Regression 353

Anmerkungen: Signifikanzangaben: † = $p \leq .10$; * = $p \leq .05$; ** = $p \leq .01$; *** = $p \leq .001$; n¹ = ungewichtete Anzahl Fragebögen, welche in die Auswertung einfließen

Bei linearen Regressionsanalysen ist der standardisierte Regressionskoeffizient angegeben; Abkürzungen: Erw. = Erwachsenenpsychiater/innen Psych. = Psychiater/innen

Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

Tabelle 40: Statistische Zusammenhangsanalyse Befragung Psychiater/innen zu Kapitel 6.4 «Auslastung und Rekrutierung Fachpersonal»

Kapitel	Frage	Prädiktoren								Analyse	n ¹	
		Setting		Fachtitel		Gemeindetyp		Sprache	Anzahl Personen in Praxis / Inst.			
		Referenz: Praxis	Referenz: Erw.	Referenz: Stadt	Referenz: Stadt							
		Inst. amb.	Inst. stat.	Kinder & Jugend	Beide	Agglomeration	Land	Gemischt	0=Deutsch; 1=Französisch			
6.4	Wie stark waren Sie in den letzten 3 Monaten in Ihrer psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeit in Ihrer Tätigkeit ausgelastet? (Skala: 0 = nein; ja = 1)											
	Ziemlich passende Auslastung, d.h. ich hätte höchstens noch 1-2 Patient/innen zusätzlich behandeln können	-.138	-.264	-.027	-.164	-.424	.114	-.297	.639*	.042	Logistische Regression	354
	Behandlung zusätzlicher Patient/innen wäre möglich gewesen.	-.765	1.925*	.580	1.246†	-.586	-.731	.304	-.290	-1.326	Logistische Regression	354
	Mehrheitliche Überlastung, d.h. ich arbeitete zu höherem Pensum als angestrebt oder Patient/innen mussten warten	.308	-.029	-.125	-.205	.519	.074	.305	-.526*	-.020	Logistische Regression	354
6.4	Kommt es bei Ihnen im Bereich Ihrer Tätigkeit vor, dass Patient/innen warten müssen, bevor sie mit einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bei Ihnen beginnen können oder dass Sie neue Patient/innen infolge mangelnder Kapazitäten abweisen müssen? (Skala: 0 = Nein, dies kommt nicht vor; 1 = Ja, dies kommt vor)											
		-.495	-.406	-.616†	-.338	.002	-.253	-.010	-.705**	-.068†	Logistische Regression	359
6.4	Wie viel betrug die durchschnittliche Wartezeit im Verlauf der letzten drei Monate? (Skala: Anzahl Wochen)											
		-.085	-.128†	.123*	.020	.023	-.021	.002	.080	.058	Lineare Regression	277
6.4	Wie oft sind im Bereich Ihrer Tätigkeit nachfolgende Gründe für die Ablehnung von Behandlungsgesuchen relevant?(Skala: 1 (nie) bis 5 (immer))											
	Nicht qualifiziert für Behandlung der Erkrankung von Patient/in	-.269***	-.069	-.131*	-.065	-.053	-.084	.037	.077	.011	Lineare Regression	347
	Andere Angebote sind für Behandlung zuständig	.097	.066	-.025	.081	-.069	-.176**	-.082	.047	-.007	Lineare Regression	335
	Bezahlung der Therapie nicht gesichert	-.076	.023	.006	.041	.037	-.111†	-.001	.049	.065	Lineare Regression	343
	Schweregrad der Erkrankung von Patient/in zu gross für Therapie	-.173**	-.160**	-.135*	-.006	-.090†	-.084	.046	.002	-.072	Lineare Regression	345
	Zu grosse sprachliche Verständigungsprobleme mit Patient/in	-.114*	-.152*	-.066	.037	.004	-.008	.073	-.035	-.077	Lineare Regression	346
	Verhalten von Patient/in erschwert Behandlung zu stark	-.161**	-.160**	-.098†	-.012	-.007	-.092	.026	.043	.135*	Lineare Regression	341
	Angebotsstruktur nicht eingerichtet für die Art der Erkrankung von Patient/in	<.001	.070	-.044	.018	-.033	-.102†	.049	.034	-.093	Lineare Regression	344
	Zu häufige unentschuldigte Absenzen	-.059	-.285***	-.022	.062	.015	.003	.073	-.026	.039	Lineare Regression	341
	Fehlende Therapiemotivation	.012	-.074	.123*	.102†	.021	-.007	.027	-.113*	.056	Lineare Regression	334

Anmerkungen: Signifikanzangaben: † = $p \leq .10$; * = $p \leq .05$; ** = $p \leq .01$; *** = $p \leq .001$; n¹ = ungewichtete Anzahl Fragebögen, welche in die Auswertung einfließen

Bei linearen Regressionsanalysen ist der standardisierte Regressionskoeffizient angegeben; Abkürzungen: Erw. = Erwachsenenpsychiater/innen Psych. = Psychiater/innen

Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

Tabelle 41: Statistische Zusammenhangsanalyse Befragung Psychiater/innen zu Kapitel 6.4 «Auslastung und Rekrutierung Fachpersonal» (Fortsetzung)

Kapitel	Frage	Prädiktoren								Analyse	n ¹
		Setting	Fachtitel			Gemeindetyp		Sprache	Anzahl Personen in Praxis / Inst.		
		Referenz: Inst. stat.	Referenz: Erw.		Referenz: Stadt						
		Inst. amb.	Kinder & Jugend	Beide	Agglomeration	Land	Gemischt	0=Deutsch; 1=Französisch			
6.4	Wie gestaltet sich Sie die Situation bei Ihnen bezüglich der Rekrutierung folgender Fachpersonen? (Skala: 0 = Stellen können mit guten oder meist mit guten Bewerber/innen besetzt werden; 1= Stellen bleiben teilweise über 3 Monate vakant oder müssen mir ungenügend qualifizierten Bewerber/innen besetzt werden)										
	Assistenzärzt/innen	.791	.736	2.939†	1.033	1.736†	.929	-2.913**	-.135	Logistische Regression	71
	Ärzt/innen mit Facharzttitle Psychiatrie und Psychotherapie (oder ausländischem Äquivalent)	.775	2.579†	21.285	-.438	1.165	-.632	-2.325†	-0.031	Logistische Regression	55
	Ärzt/innen mit Facharzttitle Kinder- und Jugendpsychiatrie (oder ausländischem Äquivalent)	-.312	18.058	-2.087	-20.083	17.784	38.265	-20.947	.125	Logistische Regression	28

Anmerkungen: Signifikanzangaben: † = $p \leq .10$; * = $p \leq .05$; ** = $p \leq .01$; *** = $p \leq .001$; n¹ = ungewichtete Anzahl Fragebögen, welche in die Auswertung einfließen

Bei linearen Regressionsanalysen ist der standardisierte Regressionskoeffizient angegeben; Abkürzungen: Erw. = Erwachsenenpsychiater/innen Psych. = Psychiater/innen

Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

Tabelle 42: Statistische Zusammenhangsanalyse Befragung Psychiater/innen zu Kapitel 6.4 «Auslastung und Rekrutierung Fachpersonal» (Fortsetzung 2)

Kapitel	Frage	Prädiktoren								Analyse	n ¹	
		Setting		Fachtitel		Gemeindetyp			Sprache			Anzahl Personen in Praxis / Inst.
		Referenz: Praxis	Referenz: Erw.	Referenz: Stadt								
		Inst. amb.	Inst. stat.	Kinder & Jugend	Beide	Agglomeration	Land	Gemischt	0=Deutsch; 1=Französisch			
6.4	Wie schätzen Sie im Einzugsgebiet Ihrer Praxis/Institution die Situation bezüglich Anzahl psychiatrischer Praxen ein? (Skala: 0 = nein; ja = 1)											
	Die Zahl der neuen Psychiater/innen, die sich niederlassen, ist tendenziell grösser als die Zahl der Psychiater/innen, die ihre Praxistätigkeit aufgeben	-.597	.169	-.534	-.284	-.555	.123	-.546	1.847***	-.053	Logistische Regression	283
	Die Zahl der neuen Psychiater/innen, die sich niederlassen, ist etwa gleich gross wie die Zahl der Psychiater/innen, die ihre Praxistätigkeit aufgeben	.210	-.611	.350	-.470	.491	-2.044†	-.023	-.444	.110	Logistische Regression	283
	Die Zahl der neuen Psychiater/innen, die sich niederlassen, ist tendenziell kleiner als die Zahl der Psychiater/innen, die ihre Praxistätigkeit aufgeben	.278	.282	.115	.602	-.002	.754 ⁵⁰	.359	-1.633***	-.046	Logistische Regression	283

Anmerkungen: Signifikanzangaben: † = $p \leq .10$; * = $p \leq .05$; ** = $p \leq .01$; *** = $p \leq .001$; n¹ = ungewichtete Anzahl Fragebögen, welche in die Auswertung einfließen

Bei linearen Regressionsanalysen ist der standardisierte Regressionskoeffizient angegeben; Abkürzungen: Erw. = Erwachsenenpsychiater/innen Psych. = Psychiater/innen

Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

⁵⁰ $p=0.111$, d.h. der Zusammenhang ist nur knapp nicht marginal signifikant

Tabelle 43: Statistische Zusammenhangsanalyse Befragung Psychiater/innen zu Kapitel 6.5 «Informationsaustausch und Einschätzung der Versorgungssituation»

Kapitel	Frage	Prädiktoren								Analyse	n ¹	
		Setting Referenz: Praxis		Fachtitel Referenz: Erw.		Gemeindetyp Referenz: Stadt			Sprache			Anzahl Personen in Praxis / Inst.
		Inst. amb.	Inst. stat.	Kinder & Jugend	Beide	Agglo- meration	Land	Gemischt	0=Deutsch; 1=Französisch			
6.5	Wie zufrieden sind Sie in der Regel mit dem Informationsaustausch mit folgenden Akteuren? (Skala: 1 (sehr zufrieden) bis 5 (sehr unzufrieden))											
	Hausarzt/Hausärztin des/der Patient/in	.063	-.039	-.017	-.009	.017	-.011	.009	-.180***	-.049	Lineare Regression	338
	Vorbehandelnde Fachperson / Institution des/der Patient/in	-.084	-.169**	-.110*	-.075	.123*	-.100†	.026	-.019	-.031	Lineare Regression	323
	Nachbehandelnde Fachperson / Institution des/der Patient/in	-.140*	-.224***	-.073	-.033	.121†	-.055	.033	-.018	-.071	Lineare Regression	269
	Arbeitgeber des/der Patient/in (falls Patient/in erwerbstätig und angestellt) (z.B. Chef/in, Personalverantwortliche/r, Case Manager/in)	-.085	-.136†	-.068	-.081	.174*	.053	.066	.060	.000	Lineare Regression	221
	IV-Berater/in des/der Patient/in	-.070	-.101	-.097	-.089	.088	.015	.025	-.159**	.002	Lineare Regression	285
	Case Manager/in der Taggeldversicherung des/der Patient/in	-.098	-.075	-.118†	.013	.040	-.013	.130†	.191**	-.042	Lineare Regression	208
6.5	Wie verteilt sich das Gesamt der psychisch erkrankten Personen mit Behandlungsbedarf in Ihrem Einzugsgebiet schätzungsweise auf folgende Kategorien? (Skala: Ungefähre Schätzung der Anteile in %)											
	Anteil der Personen, die adäquat behandelt werden	.002	-.037	-.028	.048	.061	.009	.044	.123†	.101	Lineare Regression	226
	Anteil der Personen, für die passende Behandlungsmöglichkeiten fehlen	-.014	.049	.099	.008	-.021	-.056	-.015	.038	-.089	Lineare Regression	226
	Anteil der Personen, welche die bestehenden und eigentlich passenden Behandlungsmöglichkeiten nicht in Anspruch nehmen	.013	-.004	-.069	-.073	-.059	.049	-.043	-.204**	-.038	Lineare Regression	226
6.5	Wenn Sie sich die verschiedenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsangebote für psychisch erkrankte Personen in Ihrem Einzugsgebiet vor Augen führen: Wie verteilt sich das Gesamt der Angebote (Ungefähre Schätzung der Anteile in %)											
	Angebote, die gut ausgelastet sind	-.006	.097	-.052	-.055	-.065	-.013	-.107	-.162*	-.021	Lineare Regression	250
	Angebote, die überlastet sind	.010	-.113	.055	.097	.102	.060	.138†	.081	.028	Lineare Regression	250
	Angebote, die zu wenig ausgelastet sind	-.010	.053	-.015	-.101†	-.099	-.113†	-.091	.164*	-.019	Lineare Regression	250

Anmerkungen: Signifikanzangaben: † = $p \leq .10$; * = $p \leq .05$; ** = $p \leq .01$; *** = $p \leq .001$; n¹ = ungewichtete Anzahl Fragebögen, welche in die Auswertung einfließen
Bei linearen Regressionsanalysen ist der standardisierte Regressionskoeffizient angegeben; Abkürzungen: Erw. = Erwachsenenpsychiater/innen Psych. = Psychiater/innen
Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

Tabelle 44: Statistische Zusammenhangsanalyse Befragung Psychiater/innen zu Kapitel 6.5 «Informationsaustausch und Einschätzung der Versorgungssituation» (Fortsetzung)

Kapitel	Frage	Prädiktoren								Analyse	n ¹	
		Setting		Fachtitel		Gemeindetyp			Sprache			Anzahl Personen in Praxis / Inst.
		Referenz: Praxis		Referenz: Erw.		Referenz: Stadt						
		Inst. amb.	Inst. stat.	Kinder & Jugend	Beide	Agglomeration	Land	Gemischt	0=Deutsch; 1=Französisch			
6.5	Wie verteilt sich die Arbeitszeit Ihrer Tätigkeit prozentual auf folgende Tätigkeitsbereiche (Skala: Schätzung der Anteile in %)											
	Angebote, die fachlich nicht oder nicht mehr „state of the art“ sind	-.050	-.044	-.082	-.006	.121	-.084	.056	.166*	.040	Lineare Regression	167
	Angebote, die von Personen in Anspruch genommen werden, bei denen kein Behandlungsbedarf vorhanden ist	.046	.086	-.015	-.044	.048	.007	.040	.030	-.002	Lineare Regression	166
	Angebote zur Behandlung von Problemen, die besser anders bzw. nicht-psychiatrisch-therapeutisch bewältigt werden sollten	-.102	-.069	.032	.085	.055	-.056	.085	-.082	-.038	Lineare Regression	163

Anmerkungen: Signifikanzangaben: † = $p \leq .10$; * = $p \leq .05$; ** = $p \leq .01$; *** = $p \leq .001$; n¹ = ungewichtete Anzahl Fragebögen, welche in die Auswertung einfließen

Bei linearen Regressionsanalysen ist der standardisierte Regressionskoeffizient angegeben; Abkürzungen: Erw. = Erwachsenenpsychiater/innen Psych. = Psychiater/innen

Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

Tabelle 45: Statistische Zusammenhangsanalyse Befragung Psychiater/innen zu Kapitel 6.6 «Merkmale der behandelten Patient/innen»

Kapitel	Frage	Prädiktoren									Analyse	n ¹	
		Setting		Fachtitel		Gemeindetyp			Sprache	Anzahl Personen in Praxis / Inst.			Anzahl behandelte Patient/innen
		Referenz: Praxis		Referenz: Erw.		Referenz: Stadt							
		Inst. amb.	Inst. stat.	Kinder & Jugend	Beide	Agglomeration	Land	Gemischt	0=Deutsch; 1=Französisch				
6.6	Wie viele verschiedene Patient/innen behandelten Sie in den vergangenen 2 (normalen) Arbeitswochen in Ihrer Tätigkeit? (Skala: Anzahl)												
		.298***	.060	.023	.073†	.053	.146**	.003	.030	.342***	-	Lineare Regression	428
6.6	Bitte geben Sie das Geschlechterverhältnis der von Ihnen in den letzten zwei Wochen in Ihrer Tätigkeit behandelten Patient/innen an. Frauenanteil in % (Skala: %Schätzung)												
		-.198***	-.078	-.243***	-.079†	.016	-.002	-.064	.051	-.019	.019	Lineare Regression	418
6.6	Wie verteilen sich die von Ihnen in den letzten zwei Wochen in Ihrer Tätigkeit behandelten Patient/innen auf folgende Alterskategorien?(Skala: 0 (keine Patient/innen) bis 100 (alle Patient/innen) in 10er Schritten)												
	0-4 Jährige	.377	1.273	4.285***	3.130***	-1.598*	-1.299	.801	1.046*	.012	.003	Logistische Regression	404
	5-12 Jährige	-.964	-1.591†	6.779***	6.059***	-.370	1.975*	2.278*	-.105	.032	.003	Logistische Regression	404
	13-18 Jährige	-.958†	.610	4.781***	3.928***	.250	.369	.838	.138	-.161	.006*	Logistische Regression	404
	19-25 Jährige	-.392	-.546	-.129	.040	.116	.030	.030	-.062	.042	.001	Logistische Regression	404
	26-45 Jährige	.249	.353	-2.837***	-1.569**	.088	-1.521**	-.560	-.004	-.079	-.001	Logistische Regression	404
	46-65 Jährige	-.962	-1.966***	-3.982***	-2.765***	.348	2.011**	-.275	-.081	.039	.000	Logistische Regression	404
	66-75 Jährige	.454	.729	-1.949**	-1.859†	.184	.401	-.356	-.001	-.043	-.001	Logistische Regression	404
	über 75 Jährige	.198	-.019	-3.883***	-1.369*	-.141	.204	.232	.333	.047	.001	Logistische Regression	404

Anmerkungen: Signifikanzangaben: † = $p \leq .10$; * = $p \leq .05$; ** = $p \leq .01$; *** = $p \leq .001$; n¹ = ungewichtete Anzahl Fragebögen, welche in die Auswertung einfließen

Bei linearen Regressionsanalysen ist der standardisierte Regressionskoeffizient angegeben; Abkürzungen: Erw. = Erwachsenenpsychiater/innen Psych. = Psychiater/innen

Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

Tabelle 46: Statistische Zusammenhangsanalyse Befragung Psychiater/innen zu Kapitel 6.6 «Merkmale der behandelten Patient/innen» (Fortsetzung)

Kapitel	Frage	Prädiktoren										Analyse	n ¹
		Setting		Fachtitel		Gemeindetyp			Sprache	Anzahl Personen in Praxis / Inst.	Anzahl behandelte Patient/innen		
		Referenz: Praxis		Referenz: Erw.		Referenz: Stadt							
		Inst. amb.	Inst. stat.	Kinder & Jugend	Beide	Agglomeration	Land	Gemischt	0=Deutsch; 1=Französisch				
6.6	Welchen ICD-Diagnosekategorien würden Sie die von Ihnen in den letzten zwei Wochen in Ihrer Tätigkeit behandelten Patient/innen zuordnen (in Bezug auf Hauptdiagnose)?(Skala: 0 (keine Patient/innen) bis 100 (alle Patient/innen) in 10er Schritten)												
	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)	.746*	.534	-.765*	-1.376*	-.194	.100	.108	-.152	-.022	.002	Logistische Regression	405
	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)	.866*	.753†	-1.559***	-1.349*	.534†	.534	.477	.214	.055	.001	Logistische Regression	405
	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20-F29)	.545	1.010*	-1.976***	-1.887*	.253	-.214	-.181	.254	.129	-.002	Logistische Regression	405
	Affektive Störungen (F30-F39)	-.951	-.258	-1.983***	-1.178**	-.226	.578	-.108	.509†	-.047	-.002	Logistische Regression	405
	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)	-1.666***	-1.152	-.424†	-.344	-.089	.005	-.339	-.115	-.023	.005**	Logistische Regression	405
	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)	-.233	-.094	.524†	-.180	-.040	.165	.311	-.553†	-.042	.001	Logistische Regression	405
	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)	-.137	-.827†	-1.152***	-1.082*	.072	.465	.059	.499*	-.003	-.001	Logistische Regression	405
	Intelligenzstörung (F70-F79)	.595	-.699	.455	-19.577	.484	.874†	.775	.328	-.031	.000	Logistische Regression	405
	Entwicklungsstörungen (F80-F89)	-.374	-.093	3.327***	3.350***	.027	.282	.546	-.067	-.029	-.001	Logistische Regression	405
	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)	-.404	-1.574*	4.374***	4.659***	.658	.179	1.359*	-.453	-.034	.003	Logistische Regression	405
	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen (F99)	-1.468	.220	.360	-.896	-.657	-.099	.639	.023	.000	-.004	Logistische Regression	405
6.6	Wie hoch war der Anteil der Patient/innen mit Komorbiditäten im Bereich psychischer Störungen? (Skala: Schätzung der Anteile in %)												
		.154**	.236***	-.127*	-.158**	.099†	-.024	-.042	-.021	-.093	.075	Lineare Regression	356
6.6	Wie gross ist der Anteil der von Ihnen in den letzten zwei Wochen in Ihrer Tätigkeit behandelten Patient/innen, bei denen Dauer und / oder Behandlung der psychischen Erkrankung mindestens zwei Jahre beträgt? (Schätzung der Anteile in %)												
		.075	.113†	-.214***	-.003	.003	-.003	-.107†	-.134*	.027	-.158**	Lineare Regression	366

Anmerkungen: Signifikanzangaben: † = $p \leq .10$; * = $p \leq .05$; ** = $p \leq .01$; *** = $p \leq .001$; n¹ = ungewichtete Anzahl Fragebögen, welche in die Auswertung einfließen

Bei linearen Regressionsanalysen ist der standardisierte Regressionskoeffizient angegeben; Abkürzungen: Erw. = Erwachsenenpsychiater/innen Psych. = Psychiater/innen

Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

Tabelle 47: Statistische Zusammenhangsanalyse Befragung Psychiater/innen zu Kapitel 6.6 «Merkmale der behandelten Patient/innen» (Fortsetzung2)

Kapitel	Frage	Prädiktoren									Analyse	n ¹	
		Setting		Fachtitel		Gemeindetyp			Sprache	Anzahl Personen in Praxis / Inst.			Anzahl behandelte Patient/innen
		Referenz: Praxis	Referenz: Erw.	Referenz: Stadt	Referenz: Stadt	Referenz: Stadt	Referenz: Stadt						
		Inst. amb.	Inst. stat.	Kinder & Jugend	Beide	Agglomeration	Land	Gemischt	0=Deutsch; 1=Französisch				
6.6	Einschätzung des Schweregrads der psychischen Probleme/Erkrankungen der in den letzten zwei Wochen behandelten Patient/innen gemäss Clinical Global Impression Scale (Skala: von 0 (keine PatientInnen) bis 100 (alle PatientInnen))												
	Schweregrad 1: nicht krank	-.562	-1.099	.510	.131	-1.543*	-19.254	-1.367	-.608	.011	.002	Logistische Regression	392
	Schw.grad 2: Grenzfall psychiatr. Erkr.	-.135	-1.575**	.618*	-.231	.093	-.352	.426	-.022	-.010	.002	Logistische Regression	392
	Schweregrad 3 = Leicht krank	-.404	-2.161**	.595*	.157	-.803**	-.857	.624	-.077	-.007	.003†	Logistische Regression	392
	Schweregrad 4 = mässig krank	-.117	-1.490**	.500†	.457	.190	.728†	.194	-.064	.022	-.002	Logistische Regression	392
	Schweregrad 5 = deutlich krank	-.443	-.726	.010	.444	.312	.546	-.060	.078	-.114	.002	Logistische Regression	392
	Schweregrad 6 = schwer krank	.092	1.638**	-.558*	-.164	-.128	.081	.106	-.061	-.017	.000	Logistische Regression	392
	Schweregrad 7 = extrem schwer krank	.029	1.073*	-.964**	-.502	.449	.720†	-.234	1.041***	.068	.001	Logistische Regression	392
6.6	Wie hoch war der Anteil suizidaler Patient/innen? (Skala:Schätzung der Anteile in %)												
		.144**	.270***	-.160**	.028	.033	-.043	-.057	.112*	-.042	-.016	Lineare Regression	409
6.6	In Bezug auf die Häufigkeit von Konsultationen, wie verteilen sich die von Ihnen in den letzten zwei Wochen in Ihrer Tätigkeit behandelten Patient/innen?(Skala: Ungefähre Schätzung der Anteile in %)												
	Erstgespräch oder nur eine Konsultation vorgesehen (z.B. Notfall / Kriseninterv.)	.241***	.230***	.022	-.107†	.050	-.010	.083	.001	-.055	-.019	Lineare Regression	325
	2–20 Konsultationen	.112†	.226***	.047	-.029	.067	.042	.130*	.051	-.086	.101	Lineare Regression	325
	21–40 Konsultationen	-.123*	-.146*	.040	-.038	-.029	.012	.031	.031	.027	.034	Lineare Regression	325
	41-60 Konsultationen	-.044	-.185**	-.055	.000	-.071	.034	-.150**	.015	.085	-.117†	Lineare Regression	325
	mehr als 61 Konsultationen	-.181**	-.189**	-.063	.142**	-.042	-.078	-.130*	-.100†	.059	-.049	Lineare Regression	325
6.6	Wie lange sind die von Ihnen in den letzten zwei Wochen behandelten Patient/innen bereits bei Ihnen in (wiederholter) Behandlung? (Skala: 0 (keine) bis 100 (alle Patienten))												
	weniger als 1 Monat	.112*	.332***	.039	-.035	.032	-.023	-.002	.151**	-.043	.086	Lineare Regression	320
	1-6 Monate	.158**	.187**	.109†	-.023	-.031	.008	.109†	.022	-.075	-.037	Lineare Regression	320
	7-12 Monate	-.077	-.104†	.183**	.123*	.058	.082	.123*	.032	-.020	-.031	Lineare Regression	320
	13-24 Monate	-.161**	-.186**	-.051	-.034	-.014	.027	.046	-.019	-.018	.034	Lineare Regression	320
	25-48 Monate	-.179**	-.141*	-.154**	-.054	-.103†	-.076	-.113†	-.127*	.071	.035	Lineare Regression	320
	länger als 48 Monate	.048	-.171**	-.133*	.018	.037	-.013	-.142*	-.080	.084	-.070	Lineare Regression	320
6.6	Wie gross ist der Anteil unter diesen Patient/innen mit mindestens einem längeren Behandlungsunterbruch von mindestens 6 Monaten? (Skala: Schätzung der Anteile in %)												
	Anteil Patient/innen mit Unterbruch in %	.172*	.181**	-.010	-.036	.082	.101†	-.014	-.133*	-.043	-.026	Lineare Regression	276

Anmerkungen: Signifikanzangaben: † = p ≤ .10; * = p ≤ .05; ** = p ≤ .01; *** = p ≤ .001; n¹ = ungewichtete Anzahl Fragebögen, welche in die Auswertung einfließen

Bei linearen Regressionsanalysen ist der standardisierte Regressionskoeffizient angegeben; Abkürzungen: Erw. = Erwachsenenpsychiater/innen Psych. = Psychiater/innen

Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

Tabelle 48: Statistische Zusammenhangsanalyse Befragung Psychiater/innen zu Kapitel 6.7 «Zugangshürden und Unterbeanspruchung»

Kapitel	Frage	Prädiktoren									Analyse	n ¹	
		Setting		Fachtitel		Gemeindetyp			Sprache	Anzahl Personen in Praxis / Inst.			Anzahl behandelte Patient/innen
		Referenz: Praxis		Referenz: Erw.		Referenz: Stadt							
		Inst. amb.	Inst. stat.	Kinder & Jugend	Beide	Agglomeration	Land	Gemischt	0=Deutsch; 1=Französisch				
6.7	Bedeutsamkeit der folgenden (möglichen) Ursachen für eine mangelnden Inanspruchnahme einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung (Skala: 1=sehr geringe Problematik bis 5 sehr grosse Problematik).												
	Scham, Angst vor Stigmatisierung	.193***	.099†	-.081	-.133*	-.003	.122*	-.041	-.181***	.005	-	Lineare Regression	355
	Fehlende Krankheitswahrnehmung / Krankheitseinsicht (Anosognosie)	.128*	.136*	-.031	-.012	-.128*	-.085	-.044	.022	.045	-	Lineare Regression	361
	Betroffene Personen wollen nicht mit einer psychischen Erkrankung aktenkundig werden (Krankenkasse, IV etc.).	.150**	-.006	-.005	-.045	.041	.083	-.006	-.107*	.093	-	Lineare Regression	350
	Aufsuchen nicht-medizinischer / nicht-psychotherapeutischer Unterstützung (z.B. spirituelle, Naturheilverfahren etc.)	-.079	-.013	-.064	.030	.079	.025	.049	.157**	-.022	-	Lineare Regression	345
	Zeitaufwand für die betroffenen Personen zu hoch	.067	-.015	.151**	-.013	.036	-.073	.006	-.025	-.007	-	Lineare Regression	345
	Sprachliche Probleme	.092†	.013	-.095†	-.068	-.045	-.108*	.029	-.358***	.036	-	Lineare Regression	341
	Kulturelle oder religiös-weltanschauliche Gründe	-.021	.022	-.015	.011	-.046	-.053	.005	-.261***	-.004	-	Lineare Regression	329
	Versorgungsangebote sind nicht dort, wo sie benötigt werden.	.043	.027	.143*	.047	.093	.122*	-.003	-.064	.028	-	Lineare Regression	332
	Die bestehenden psychiatrischen/psychotherapeutischen Angebote sind nicht genug niederschwellig.	.035	.069	-.018	-.064	-.014	.003	.017	-.039	.025	-	Lineare Regression	342
	Potentiell zuweisende Stellen (Beratungsstellen, Arbeitsstellen etc.) sind nicht genügend auf die Unterstützung von psychisch erkrankten Personen vorbereitet und sensibilisiert.	.004	.060	-.127*	-.078	.026	.039	.081	-.014	-.031	-	Lineare Regression	334
	Die selbst zu tragenden Kosten sind für die Betroffenen zu hoch.	.097†	-.042	-.027	-.053	.012	-.092	.017	-.047	-.038	-	Lineare Regression	348
6.7	Wie viele der letzten zwei Wochen behandelten Patient/innen bezahlten die Behandlung/Therapie vollständig aus eigenen Mitteln (=Selbstzahlende; bzw. bei Kinder- und Jugendlichen Selbstzahlung durch Eltern)? (Skala: Anteil in %)												
		-.107†	-.110†	-.010	.092†	.080	.081	.014	.201***	.012	-.061	Lineare Regression	342

Anmerkungen: Signifikanzangaben: † = $p \leq .10$; * = $p \leq .05$; ** = $p \leq .01$; *** = $p \leq .001$; n¹ = ungewichtete Anzahl Fragebögen, welche in die Auswertung einfließen

Bei linearen Regressionsanalysen ist der standardisierte Regressionskoeffizient angegeben; Abkürzungen: Erw. = Erwachsenenpsychiater/innen Psych. = Psychiater/innen

Quelle: Online-Befragung Psychiater/innen

Anhang III: Online-Befragung von Haus- und Kinderärzt/innen

Tabelle 49: Ergebnisse statistische Zusammenhangsanalyse; Befragung Haus- und Kinderärzt/innen

Frage	Fachtitel	Geschlecht	Alter	Sprache	GmdTyp	n ¹
1. Anteil Patient/innen mit (vermuteter) psychischer Erkrankung in letzten 12 Monaten? (Prozent)						
	-.419***	-.185**	-.030	.107	-.032	185
2. Unternommene Schritte bei Patient/innen mit psychischen Erkrankungen? (1=nie bis 5=sehr häufig)						
Eigene Behandlung von Patient/in mit psychischer Erkrankung mittels Pharmakotherapie	-.674***	.031	.082	.046	-.018	184
Eigene Behandlung von Patient/in mit psychischer Erkrankung mittels therapeutischer Beratung / Zuhören / Gesprächstherapie	-.250***	.003	.091	.405***	.009	183
Patient/in für diagnostische Abklärung an Psychiater/in überwiesen	.182*	-.204**	-.047	.038	.114	181
Patient/in für diagnostische Abklärung an psychologische/n Psychotherapeut/in überwiesen	.243***	-.084	-.061	.088	.115	183
Patient/in für Behandlung an Psychiater/in überwiesen	.036	-.194*	-.116	-.067	-.051	183
Patient/in für Behandlung an psychologische Psychotherapeut/in überwiesen	.052	-.132†	-.063	-.031	.085	184
Patient/in in stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung überwiesen	-.357***	-.034	-.051	-.148*	.006	183
Fallberatung durch Psychiater/in in Anspruch genommen	-.090	-.106	.086	.142†	-.036	183
3. Durchschnittliche Wartezeit der Patient/innen, die zu psychiatrisch-psychotherap. Behandlung überwiesen wurden (Schätzung in Wochen)						
	.276***	.161*	.121†	.097	.069	182
4. Kam es vor, dass mehrere Stellen angefragt werden mussten, bis ein geeignetes Behandlungsangebot gefunden wurde? (0 = nein, 1 = ja)						
	.561	.200	.005	-1.198**	-.087	185
5. Wie oft waren nachfolgende Gründe für die Ablehnung von Überweisungen relevant? (1=nie bis 5=immer)						
Keine freien Kapazitäten	.107	-.010	.123	-.152*	-.034	176
Stelle erachtete sich nicht qualifiziert für Behandlung der Erkrankung von Patient/in	-.077	.071	-.052	.068	-.083	175
Andere Angebote sind für Behandlung zuständig	-.042	.032	-.051	.241**	.027	168
Bezahlung der Therapie nicht gesichert	.049	-.119	.112	.134†	-.073	171
Schweregrad der Erkrankung von Patient/in zu gross für Therapie	-.125	.105	.022	.117	-.068	171
Zu grosse sprachliche Verständigungsprobleme mit Patient/in	-.235***	-.045	.253***	-.153*	-.124†	175
Verhalten von Patient/in erschwert Behandlung zu stark	-.195**	-.004	.187*	-.106	.006	173
Angebotsstruktur nicht eingerichtet für die Art der Erkrankung von Patient/in	-.124	-.024	.142†	.187*	-.086	172
Fehlende Therapiemotivation	-.166*	-.027	.073	-.449***	-.002	166
6. Bei Patient/innen mit (vermuteter) psychischer Erkrankung, die Sie selber behandelt oder in psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung überwiesen haben: Wie zufrieden sind Sie in der Regel mit dem Informationsaustausch mit folgenden Akteuren? (1 = sehr zufrieden bis 5 = sehr unzufrieden)						
Psychiater/in	-.018	.010	-.118	.082	.005	175
Psychologische/r Psychotherapeut/in	-.101	.052	-.022	.009	-.105	163
Verantwortliche/r in stationärem psychiatrisch-psychotherapeutischem Angebot	.029	-.176*	.031	.206**	-.046	164
Arbeitgeber des/der Patient/in (z.B. Chef/in, Personalverantwortliche/r, Case Manager/in)	-.121	.007	.051	.238*	-.071	105
IV-Berater/in des/der Patient/in	-.228*	.184†	-.048	.168†	-.133	116
Case Manager/in der Taggeldversicherung des/der Patient/in	(-)	.106	-.001	.418***	-.005	109
7. Wie gut fühlen Sie sich als Grundversorger/in auf die Unterstützung von psychisch erkrankten Personen vorbereitet (Aus- und Weiterbildung)? (1 = sehr schlecht bis 5= sehr gut)						
	-.238***	.098	.082	.065	.049	185
8. Beurteilung der Versorgungssituation für psychisch erkrankte Personen im eigenen Einzugsgebiet (1 = sehr schlecht bis 5= sehr gut)						
	-.115	.093	.026	.063	-.136†	185

Anmerkungen: n¹ = ungewichtete Anzahl Fragebögen, welche in die Auswertung einfließen; Signifikanzangaben: † = p ≤ .10; * = p ≤ .05; ** = p ≤ .01; *** = p ≤ .001; Frage 5 = Logistische Regression, ansonsten lineare Regressionsanalysen mit Angabe des standardisierten Regressionskoeffizienten

Codierung der Variablen: Fachtitel: 0=Hausarzt/Hausärztin; 1=Kinderarzt/Kinderärztin; Geschlecht: 0=Frau; 1=Mann

Alter: 1=21-30; 2=31-40; 3=41-50; 4=51-60; 5=61plus; Sprache: 0=Deutsch; 1=Französisch

GmdTyp = Gemeindetyp: 1=Stadt; 2=Agglomeration; 3=Land

Quelle: Online-Befragung Haus- und Kinderärzt/innen

Tabelle 50: Ergebnisse stat. Zusammenhangsanalyse; Befragung Haus- und Kinderärzt/innen; Forts.

Frage	Fachtitel	Geschlecht	Alter	Sprache	GmdTyp	n ¹
9. Wie bedeutsam sind folgende Ursachen für eine mangelnde Inanspruchnahme? (1 = sehr geringe Problematik bis 5 = sehr grosse Problematik)						
Fehlende Krankheitswahrnehmung / Krankheitseinsicht	-.114	.035	-.043	.230**	.115	180
Scham, Angst vor Stigmatisierung	-.160*	-.244**	-.050	-.084	.024	179
Die bestehenden psychiatrischen/psychotherapeutischen Angebote sind nicht genug niederschwellig	-.082	-.001	.061	.106	-.056	172
Die selbst zu tragenden Kosten sind für die Betroffenen zu hoch	-.056	-.106	.111	-.020	.015	176
Sprachliche Probleme	-.147*	-.116	.125	-.145†	-.088	178
Betroffene Personen wollen nicht mit einer psychischen Erkrankung aktenkundig werden (Krankenkasse, IV etc.)	-.115	-.141†	.145†	.174*	.094	170
Versorgungsangebote sind nicht dort, wo sie benötigt werden	.069	-.028	.044	.097	.164*	175
Zeitaufwand für die betroffenen Personen zu hoch	-.049	-.033	.136†	.129†	.157*	175
Aufsuchen nicht-medizinischer / nicht-psychotherapeutischer Unterstützung (z.B. spirituelle, Naturheilverfahren etc.)	-.046	.064	-.022	.021	.035	173
Kulturelle oder religiös-weltanschauliche Gründe	-.168*	-.171*	.067	-.052	-.043	170
Potentiell zuweisende Stellen (Beratungsstellen, Amtsstellen etc.) sind nicht genügend auf die Unterstützung von psychisch erkrankten Personen vorbereitet und sensibilisiert	-.111	-.034	.147†	.029	-.122	155

Anmerkungen: n¹ = ungewichtete Anzahl Fragebögen, welche in die Auswertung einfließen

Lineare Regressionsanalysen mit Angabe des standardisierten Regressionskoeffizienten

Signifikanzangaben: † = p < .10; * = p < .05; ** = p < .01; *** = p < .001

Codierung der Variablen: Fachtitel: 0=Hausarzt/Hausärztin; 1=Kinderarzt/Kinderärztin; Geschlecht: 0=Frau; 1=Mann

Alter: 1=21-30; 2=31-40; 3=41-50; 4=51-60; 5=61plus; Sprache: 0=Deutsch; 1=Französisch

GmdTyp = Gemeindetyp: 1=Stadt; 2=Agglomeration; 3=Land

Quelle: Online-Befragung Haus- und Kinderärzt/innen