



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz

Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)

Fassung vom 11. März 2016

Inhalt

Zusammenfassung	5
1 Ausgangslage	7
1.1 Das Postulat und die Zielsetzung des Berichts	7
1.2 Leitfragen und Aufbau des Berichts.....	7
1.3 Abgrenzung des Berichts zu anderen Aktivitäten des Bundes im Bereich psychische Gesundheit.....	8
2 Psychische Krankheiten und Behandlungsmöglichkeiten	12
2.1 Psychische Krankheiten.....	12
2.2 Ausmass und Folgen psychischer Krankheiten.....	15
2.3 Behandlungsmöglichkeiten	18
2.4 Koordinierte und integrierte Behandlungsformen	20
2.5 Inanspruchnahme von medizinischen Behandlungen bei psychischen Erkrankungen.....	21
3 Rahmenbedingungen der psychiatrischen Versorgung in der Schweiz	23
3.1 Geschichtlicher Hintergrund.....	23
3.2 Gesetzliche Grundlagen	24
3.3 In der psychiatrischen Versorgung tätige Fachpersonen	25
4 Analyse der Entwicklung der Angebotsstrukturen	28
4.1 Methodisches Vorgehen	28
4.2 Entwicklung ambulanter Angebotsstrukturen	28
4.3 Entwicklung der intermediären Angebotsstrukturen	33
4.4 Entwicklung der stationären Angebotsstrukturen	37
4.5 Entwicklung der Kostenverteilung zwischen den Angebotsstrukturen	41
4.6 Kantonale Psychiatrieplanung	42
5 Schnittstellen der Psychiatrie mit anderen Gesellschaftsbereichen	44
5.1 Berufliche Integration	44
5.2 Kindes- und Erwachsenenschutzrecht	46
5.3 Straf- und Massnahmenvollzug	48
6 Fazit und Empfehlungen	51
6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	51
6.2 Kernprobleme von gesamtschweizerischer Bedeutung	52
6.3 Massnahmen.....	53
7 Anhang	56

Abkürzungen

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BBG	Berufsbildungsgesetz
BFS	Bundesamt für Statistik
BJ	Bundesamt für Justiz
BM	Berufliche Massnahmen
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
BV	Bundesverfassung
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren
FHSG	Fachhochschulgesetz
FMH	Berufsverband der Schweizer Ärzteschaft
FOP-IV	Forschungsprogramme der Invalidenversicherung
FU	Fürsorgerische Unterbringung
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
IM	Integrationsmassnahmen
IPS	Individual Support and Placement
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
KESB	Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde
KESR	Kindes- und Erwachsenenschutzrecht
KKJPD	Konferenz der kantonalen Justiz- und Polizeidirektorinnen und -direktoren
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
MedBG	Medizinalberufegesetz
MV	Militärversicherung
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OdASanté	Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
OV	Organisationsverordnung
PsyG	Psychologieberufegesetz
santésuisse	Branchenverband der Schweizer Krankenversicherer
SGK	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
SBFI	Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation
SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung (Bundesamt für Statistik BFS)
SGPP	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
SVBG	Schweizerischer Dachverband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen
SVPC	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte
Tarmed	Tarifstruktur der ambulanten medizinischen Leistungen
TARPSY	Tarifstruktur der stationären psychiatrischen Leistungen
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Abbildungen und Tabellen

Abbildung 1: Entwicklung der Nachbehandlungen nach stationären Aufenthalten von 2009–2013 in Prozenten	39
Abbildung 2: Akteure der beruflichen Integration	45
Tabelle 1: Geschätzte Häufigkeit (12-Monats-Prävalenz) psychischer Krankheiten nach Diagnosegruppe für die Schweiz, 2010	15
Tabelle 2: Übersicht über die gesetzlichen Regelungen auf Ebene des Bundes	25
Tabelle 3: Grundversorgerinnen und Grundversorger mit erteilter Praxisbewilligung	31
Tabelle 4: Ärztinnen und Ärzte mit Facharztstitel «Psychiatrie und Psychotherapie» mit erteilter Praxisbewilligung	31
Tabelle 5: Ärztinnen und Ärzte mit Facharztstitel "Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie" mit erteilter Praxisbewilligung	31
Tabelle 6: Grundversorgerinnen und Grundversorger nach Bildungsabschluss	32
Tabelle 7: Ärztinnen und Ärzte mit Facharztstitel «Psychiatrie und Psychotherapie» nach Bildungsabschluss	32
Tabelle 8: Ärztinnen und Ärzte mit Facharztstitel "Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie" nach Bildungsabschluss	32
Tabelle 9: Die zehn häufigsten Diagnosen für Hospitalisationen in der Schweiz und durchschnittliche Aufenthaltsdauer (2013)	39
Tabelle 10: OKP-Kosten Psychiatriebereich, in Millionen Franken	41
Tabelle 11: OKP-Kosten Total Spital, Spital ambulant und ambulante Praxen, in Millionen Franken ..	41

Zusammenfassung

Das am 20. September 2010 überwiesene Postulat Stähelin «Zukunft der Psychiatrie» (10.3255) beauftragte den Bundesrat, einen Bericht über die aktuelle psychiatrische Versorgung in der Schweiz zu erstellen und Vorschläge betreffend der Zukunft der Psychiatrie zu unterbreiten. Im Bericht sollen die ambulanten, intermediären und stationären Angebotsstrukturen sowie deren Finanzierung dargestellt und allfällige Hindernisse im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen aufgezeigt werden. Auch die Schnittstellen der Psychiatrie mit anderen Gesellschaftsbereichen sind zu beschreiben.

Die Analysen zur Beantwortung der im Postulat gestellten Fragen basieren auf Daten des Bundesamtes für Statistik, auf spezifischen Auswertungen des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums und des Bundesamtes für Gesundheit, auf Studien von Forschungseinrichtungen sowie einer Bestandsaufnahme der kantonalen Psychiatriekonzepte und deren Umsetzung. Während der Erarbeitung des Berichts konnten Expertinnen und Experten aus Wissenschaft, Verwaltung und Praxis mehrmals dazu Stellung nehmen. Es hat sich gezeigt, dass die Datenlage zur psychiatrischen Versorgung in der Schweiz zurzeit unvollständig ist und nur sehr beschränkt kantonsübergreifende oder gar internationale Vergleiche zulässt.

Psychische Krankheiten und ihre Behandlungsmöglichkeiten

Psychische Erkrankungen treten häufig auf. Einige schwerwiegende Krankheitsbilder können bereits in der Jugend entstehen; im Alter steigt die Häufigkeit der psychischen Krankheiten insgesamt nochmals an. Man schätzt, dass bis zu einem Drittel der Bevölkerung in der Schweiz innerhalb eines Jahres an einer psychischen Krankheit leidet, die in den meisten Fällen behandelt werden sollte. Knapp die Hälfte der erkrankten Personen lassen sich behandeln. Dabei sind die Auswirkungen im Alltag unterschiedlich, die Spannweite reicht von leichteren Beeinträchtigungen wie bei Schlafstörungen bis zu schwerwiegenden Folgen wie bei einer Depression. Die Bevölkerung ist nach wie vor über Symptome, Krankheitsverläufe und Behandlungsmöglichkeiten von psychischen Krankheiten nicht gut informiert.

Rahmenbedingungen der psychiatrischen Angebotsstrukturen

Für alle Aspekte der Behandlung von psychischen Krankheiten wie auch für die Leistungsvergütungen gelten die gleichen gesetzlichen Grundlagen wie für somatische Krankheiten. In der Humanmedizin und der Psychologie werden geregelte Spezialisierungen in Psychiatrie angeboten. Bei Pflegefachpersonen ist eine psychiatrische Spezialisierung in Vorbereitung. Insbesondere bei Ärztinnen und Ärzten mit einem Facharztstitel in Psychiatrie und Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Erwachsene wird in den kommenden Jahren ein Mangel prognostiziert.

Analysen der Angebotsstrukturen

In den ambulanten Angebotsstrukturen werden in der Regel Patientinnen und Patienten mit einem weitgehend stabilen psychischen Gesundheitszustand behandelt. Die Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung diagnostizieren und behandeln in erster Linie Abhängigkeitskrankheiten und Depressionen, oft in Kombination mit somatischen Krankheiten. Für spezialisierte Behandlungen überweisen sie die Patientinnen und Patienten an Ärztinnen und Ärzte mit einem Facharztstitel in Psychiatrie und Psychotherapie. In den letzten Jahren hat die Anzahl der Konsultationen bei Psychiaterinnen und Psychiatern leicht zugenommen.

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 Behandlungsteams wöchentlich bis täglich behandelt/betreut werden. Die Finanzierung der intermediären Angebote in den Kantonen wird unterschiedlich gelöst und ist von den jährlichen Budgetentscheiden der kantonalen Parlamente abhängig. Es zeigt sich, dass sich die Anzahl Konsultationen – und dementsprechend die Kosten –

zwischen 2004 und 2014 fast verdoppelt haben.

Die stationären Angebote zeichnen sich durch ein breites therapeutisches Angebot aus. Die stationären Behandlungen werden entweder in psychiatrischen Kliniken oder in psychiatrischen Abteilungen von allgemeinen Spitälern durchgeführt. Psychiatrische Kliniken haben in der Regel eine Aufnahme- und Behandlungspflicht und übernehmen auch die Notfallversorgung. Stationäre Angebote richten sich an Patientinnen und Patienten mit einem instabilen psychischen Gesundheitszustand. Die Anzahl der stationären Behandlungen hat in den vergangenen Jahren zugenommen, während die Dauer der stationären Aufenthalte stetig zurückgegangen ist. Nachbehandlungen werden am häufigsten durch niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater durchgeführt. Nach einem stationären Aufenthalt werden die Patientinnen und Patienten am zweithäufigsten an einen ambulanten Dienst eines Spitals überwiesen.

Es zeigt sich, dass die Kostenzunahme der durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung finanzierten Leistungen in der Psychiatrie zwischen 2004 und 2014 bei den intermediären und den ambulanten psychiatrischen Behandlungen deutlich höher ausgefallen ist als bei den stationären psychiatrischen Behandlungen. Im Vergleich zur gesamten Kostenentwicklung der obligatorischen Krankenversicherung sind die Kosten der Psychiatrie insgesamt aber nicht überproportional angestiegen. Die Analyse der Konzepte der kantonalen Psychiatrieplanungen zeigte zudem, dass die ambulanten und intermediären Angebotsstrukturen von vielen Kantonen bei ihrer Planung der stationären psychiatrischen Versorgung nicht mitberücksichtigt werden.

Schnittstellen der Psychiatrie mit anderen Gesellschaftsbereichen

Zurzeit sind rund drei Viertel der Personen mit einer psychischen Erkrankung erwerbstätig. In den kommenden Jahren soll die berufliche Integration von psychisch erkrankten Personen weiter verbessert werden. Zu den Lösungsansätzen gehört eine Stärkung der Fallführung (*Case Management*). Teilweise erfolgt eine strukturierte Fallführung im Rahmen der interinstitutionellen Zusammenarbeit. Dabei arbeiten die Akteure aus den Bereichen Arbeitslosen- und Invalidenversicherung, Sozialdienste, Berufsberatung, Berufsbildung und Wirtschaft zusammen. Das Ziel dieser Zusammenarbeit besteht unter anderem darin, die wirtschaftliche und soziale Anschlussfähigkeit von Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen im ersten Arbeitsmarkt zu fördern. Im Rahmen der Weiterentwicklung der Invalidenversicherung sind zudem weitere Verbesserungen für junge psychisch kranke Erwachsene vorgesehen.

Das am 1. Januar 2013 in Kraft getretene Kindes- und Erwachsenenschutzrecht hat auf mehreren Ebenen den Schutz der Rechte von psychisch erkrankten Personen verbessert.

Voraussichtlich im Frühjahr 2016 wird die Konferenz der kantonalen Justiz- und Polizeidirektorinnen und -direktoren einen Bericht mit Empfehlungen zur Qualität der Behandlung und der Betreuung von Straftäterinnen und -tätern mit psychischen Erkrankungen veröffentlichen.

Fazit und Empfehlungen

In der Schweiz besteht eine gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die vielen psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung gewährleistet. Die Analysen zeigen aber auch, dass ein Weiterentwicklungsbedarf besteht. Folgende Massnahmen können zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen der Psychiatrie beitragen:

- Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen
- Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität
- Nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen
- Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie

Die Umsetzung der Massnahmen liegt in der Zuständigkeit verschiedener Bundesstellen, der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren sowie der Kantone und der Leistungserbringer. Neben der Weiterentwicklung der psychiatrischen Angebotsstrukturen soll künftig auch die Prävention psychischer Erkrankungen weiter gefördert werden. Dazu wird der Bundesrat im Herbst 2016 weitere Massnahmen verabschieden.

1 Ausgangslage

1.1 Das Postulat und die Zielsetzung des Berichts

Am 20. September 2010 nahm der Ständerat das Postulat 10.3255 «Zukunft der Psychiatrie» von Ständerat Philipp Stähelin an. In der Folge erteilte das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) den Auftrag, diesen Bericht in Erfüllung des Postulats zu erstellen.

10.3255 – Postulat Stähelin vom 19. März 2010 «Zukunft der Psychiatrie»

Der Bundesrat wird beauftragt, Bericht zu erstatten und Vorschläge zu unterbreiten betreffend:

- das heute existierende und das künftig anzustrebende Angebot an stationärer und an ambulanter Psychiatrie in der Schweiz;
- den Ausbau ambulanter Angebote insbesondere im Rahmen eines integrierten Case Managements, poststationärer Übergangsbearbeitung sowie verbesserter Triage;
- die entsprechende Reduktion von Häufigkeit und Dauer stationärer Behandlungen;
- Fehlanreize und Hemmnisse durch die bisherige dualistische Finanzierung der stationären Behandlung;
- die Schnittstellen, insbesondere bei der Finanzierung, zur IV und zu Straf- und Massnahmenvollzug/Forensik.

Begründung

Das psychiatrische Angebot befindet sich in unserem Land seit einiger Zeit in starkem Wandel. Im Rahmen auch von Richtlinien der GDK aus dem Jahre 2008 werden ein Ausbau ambulanter, aufsuchender Angebote und eine verbesserte Triage angestrebt. Gleichzeitig sollen die überlasteten und kostenträchtigen stationären Kapazitäten tendenziell reduziert werden. Wege hierzu bieten ein intensives Case Management und poststationäre Übergangsbearbeitungen. Dies bedarf vermehrter Ambulatorien und Tageskliniken sowie sozialpsychiatrischer Angebote.

Die unterschiedliche Finanzierung von stationärer und ambulanter Behandlung erschwert diesen Prozess erheblich und setzt Fehlanreize. Abhilfe ist dringend notwendig.

Auf der Finanzierungsseite wirken sich zudem die unterschiedlichen Kostenträger bei IV-Patientinnen und IV-Patienten sowie forensisch Eingewiesenen hemmend aus.

Bericht und Vorschläge sollen klärend wirken und im Zuständigkeits- bzw. Regelungsbereich des Bundes Hemmnisse der Entwicklung beseitigen.

1.2 Leitfragen und Aufbau des Berichts

Bei der Erarbeitung des Berichts standen folgende Leitfragen im Zentrum:

- Was charakterisiert psychische Krankheiten, wie häufig sind sie und welche Folgen haben sie?
- Welche Möglichkeiten und Formen der Behandlung von psychischen Krankheiten gibt es und wie häufig werden Behandlungen in Anspruch genommen?
- Welche rechtlichen Rahmenbedingungen gelten für die Psychiatrie? Welche Angebotsstrukturen gibt es in der Schweiz und wie erfolgt die Abgeltung der erbrachten Leistungen?
- Wie entwickelt sich die Verschiebung von stationären zu ambulanten Angebotsstrukturen in der Schweiz?
- Wie sind die Schnittstellen zwischen der Psychiatrie und anderen Gesellschaftsbereichen ausgestaltet?

Zur Beantwortung dieser Fragestellungen wird im Kapitel 2 das breite Spektrum der psychischen Krankheiten anhand der Diagnosen, der Krankheitslast und den Folgen von psychischen Krankheiten dargestellt. Dieses Kapitel enthält zudem einen Überblick über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten sowie deren Inanspruchnahme.

Im Kapitel 3 werden sowohl die Entwicklung der Psychiatrie in der Schweiz beschrieben als auch die geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen aufgeführt. Zudem werden die Regelungen für psychiatrische Spezialisierungen in der Medizin, der Psychologie und der Pflege vertieft.

Im Kapitel 4 werden die Entwicklungen der verschiedenen Angebotsstrukturen (ambulant, intermediär, stationär) unter organisatorischen, finanziellen und personellen Aspekten analysiert sowie deren Inanspruchnahme dargestellt.

Das Kapitel 5 hat die Schnittstellen zwischen der Psychiatrie und anderen Gesellschaftsbereichen zum Gegenstand. Dazu zählen nebst der beruflichen Integration das neue Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (KESR) sowie der Straf- und Massnahmenvollzug bei psychisch kranken Straftäterinnen und Straftätern.

1.3 Abgrenzung des Berichts zu anderen Aktivitäten des Bundes im Bereich psychische Gesundheit

Der im internationalen Sprachgebrauch verwendete Oberbegriff «Mental Health» («Psychische Gesundheit») umfasst nicht nur die Früherkennung und Behandlung psychischer Krankheiten, sondern auch die Förderung der psychischen Gesundheit und die Verhütung psychischer Krankheiten sowie die Unterstützung der gesellschaftlichen Teilhabe bzw. der beruflichen Integration von psychisch kranken Personen.¹ Die Förderung, der Erhalt und die Wiederherstellung der psychischen Gesundheit ist somit nicht nur eine Aufgabe der Gesundheitsversorgung, sondern verlangt Aktivitäten in verschiedenen Bereichen der Gesellschaft. Dies spiegelt sich auch in der Vielzahl der laufenden Aktivitäten auf Bundes-, Kantons- und Gemeindeebene wieder. Die Aktivitäten des Bundes sind nachfolgend aufgeführt. Da sie verschiedene Politik- und Gesellschaftsbereiche betreffen und alle drei Staatsebenen involviert sind, besteht Bedarf nach regelmässigem Informationsaustausch und kontinuierlicher Koordination.

Allgemeine Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit sowie Prävention und Früherkennung psychischer Krankheiten

- Am 29. Mai 2015 verabschiedete der Dialog Nationale Gesundheitspolitik den Bericht «Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Handlungsfelder». Auf dieser Basis erarbeiten Bund, Kantone und die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz – gemeinsam mit weiteren privaten Organisationen – bis im Frühling 2016 verschiedene Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit sowie zur Prävention und Früherkennung psychischer Krankheiten. Damit soll auch das Postulat 13.3370 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats (SGK-SR) «Beabsichtigte Massnahmen zur psychischen Gesundheit in der Schweiz» erfüllt werden.²
- In Ergänzung zum zuvor erwähnten Bericht erarbeitet der Bund gemeinsam mit den Kantonen, der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz und Fachvertreterinnen und -vertretern aus dem Bereich der Suizidprävention bis im Frühling 2016 einen «Aktionsplan Suizidprävention». Damit soll die Motion 11.3973 von Nationalrätin Maja Ingold, «Suizidprävention. Handlungsspielraum wirkungsvoller nutzen», erfüllt werden.³

¹ <<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/publications/2013/the-european-mental-health-action-plan>> Stand: 15. Juli 2015.

² <<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/14714/index.html?lang=de>> Stand: 26. Juni 2015.

³ <<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/14173/14972/index.html?lang=de>> Stand: 23. Juli 2015.

- Das ebenfalls von Bund, Kantonen und der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz getragene «Netzwerk Psychische Gesundheit» fördert den Wissensaustausch zwischen den Akteuren, die im Bereich «Psychische Gesundheit» tätig sind.⁴ Es werden dabei Synergien unter den Akteuren und ihren jeweiligen Massnahmen sicht- und nutzbar gemacht. Dabei werden die Akteure gestärkt, um die Wirksamkeit und Effizienz ihrer Massnahmen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung zu erhöhen.

Strategien, Programme und Massnahmen für spezifische Personengruppen

- Seit 2011 werden die nationalen Präventionsprogramme «Jugend und Gewalt»⁵ und «Jugendmedienschutz und Medienkompetenzen»⁶ umgesetzt. Die Medienkompetenz, im Sinne eines bewussten und verantwortungsvollen Umgangs mit Medien, ist ein wichtiger Aspekt der psychischen Gesundheit.
- Mit der Erarbeitung und Umsetzung der Nationalen Demenzstrategie 2014–2017 (in Erfüllung der Motion Steiert «Demenzpolitik I: Grundlagen» [09.3510] und der Motion Wehrli «Demenzpolitik II: Gemeinsame Strategie von Bund und Kantonen» [09.3511]) trägt der Bund in Zusammenarbeit mit den Kantonen zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenzerkrankungen bei. Diese Strategie betrifft wesentliche Teile der Alterspsychiatrie.⁷
- Zurzeit wird für die zukünftige Ausrichtung der Massnahmen von Bund, Kantonen und weiteren Akteuren im Bereich der Prävention, Diagnostik und Behandlung von Suchterkrankungen die «Nationale Strategie Sucht 2017–2024» erarbeitet, die der Bundesrat im November 2015 verabschiedet hatte.⁸ Zurzeit wird die Umsetzung der Massnahmen vorbereitet.
- Seit 2014 ist im Rahmen des Projekts «Kinder- und Jugendgesundheit» ein Monitoring der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Abklärung, das auch psychische Belastungen und psychische Krankheiten abdecken soll.

Massnahmen zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung

Wie bei den somatischen Krankheiten liegt auch die Zuständigkeit für die Gesundheitsversorgung von psychisch kranken Menschen bei den Kantonen (vgl. auch Ziffer 3.1). Der Bund unterstützt die Kantone dabei mit den folgenden Massnahmen:

- Im Rahmen des «Nationalen Programms Migration und Gesundheit 2014–2017» wird das interkulturelle Dolmetschen gefördert und die Qualitätsentwicklung unterstützt. Diese Dienste unterstützen psychisch kranke Personen mit Migrationshintergrund, die keine der Landessprachen beherrschen.⁹
- Am 5. Dezember 2014 hat der Bundesrat in Erfüllung des Postulats 13.3366 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-N) «Betreuungszulagen und Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige» einen Aktionsplan zur Unterstützung von betreuenden und pflegenden Angehörigen verabschiedet.¹⁰ Bei dessen Umsetzung in den Jahren 2016 bis 2019 werden auch die spezifischen Anliegen und Bedürfnisse von Angehörigen berücksichtigt, die Familienmitglieder mit psychischen Krankheiten betreuen oder pflegen. Das gilt insbesondere auch für Kinder von psychisch kranken Eltern.
- Im Rahmen der Umsetzung der «Nationale Strategie Sucht 2017–2024» soll die Zusammenarbeit zwischen medizinisch-psychiatrischen und psychosozialen Behandlungs- und Beratungsangeboten gefördert werden.

⁴ <<http://www.npg-rsp.ch/de/home.html>> Stand: 6. August 2015.

⁵ Bundesamt für Sozialversicherungen. Gesamtschweizerisches Präventionsprogramm Jugend und Gewalt. Bern. 2010.

⁶ <<http://www.bsv.admin.ch/aktuell/medien/00120/index.html?lang=de&msg-id=46744>> Stand: 17. Juli 2015.

⁷ <<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13916/index.html?lang=de>> Stand: 9. Januar 2015.

⁸ <<http://www.bag.admin.ch/sucht/index.html?lang=de>> Stand: 9. Januar 2015.

⁹ <<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12532/13703/14637/index.html?lang=de>> Stand 6. August 2015.

¹⁰ <<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14437/index.html?lang=de>> Stand: 9. März 2015.

Massnahmen zur Weiterentwicklung der Invalidenversicherung

- Die im Jahr 2008 eingeführte 5. Revision der Invalidenversicherung (IV-Revision) war ein wichtiger Meilenstein beim Paradigmenwechsel in der IV in Richtung einer verstärkten Eingliederung vor Berentung. Seither setzt die Eingliederung bei einer früheren Erfassung an und ist auf niederschwellige Interventionen ausgerichtet. Die Einführung von Integrationsmassnahmen zur beruflichen und sozialen Integration kommt insbesondere auch Personen mit psychischen Beeinträchtigungen zugute.
- Mit dem ersten Massnahmenpaket der 6. IVG-Revision, das seit 1. Januar 2012 in Kraft ist, wurden weitere Massnahmen der Wiedereingliederung eingeführt bzw. bereits vorhandene Massnahmen ausgebaut. Bei diesen Massnahmen steht insbesondere die Wiedereingliederung und Begleitung von IV-Rentnern und IV-Rentnerinnen im Vordergrund. Personen mit schwankenden Krankheitsverläufen, zu denen auch psychisch Erkrankte häufig gehören, sollen bei vorhandenem Potential auf ihrem Weg zurück in die Arbeitswelt begleitet werden. Weiter werden mit den Assistenzbeiträgen (IVV, Art. 39b) Personen mit erheblichem Unterstützungsbedarf – unter bestimmten Voraussetzungen – dabei unterstützt, ein selbstständiges Leben ausserhalb von Heimstrukturen zu führen.¹¹
- Am 20. Juni 2014 hat der Nationalrat das Postulat 14.3191 von Nationalrätin Maja Ingold «Erwerbsintegration von Psychischkranken» angenommen und den Bundesrat beauftragt, in einem Bericht wirkungsvollere Massnahmen zur Erwerbsintegration von Personen mit psychischen Erkrankungen darzulegen. Die Anliegen des Postulats werden im Rahmen der unten aufgeführten Weiterentwicklung der IV aufgenommen werden.
- Am 25. Februar 2015 hat der Bundesrat entschieden, im Rahmen der Weiterentwicklung der IV insbesondere junge Erwachsene und psychisch erkrankte Versicherte frühzeitiger, effizienter und koordinierter zu unterstützen.¹²
- Der Bundesrat hat am 24. Juni 2015 einen Bericht in Erfüllung des Postulates 13.3672 von Ständerat Claude Hêche verabschiedet, der die Situation von Kindern und Jugendlichen mit Autismus oder einer anderen Entwicklungsstörung in der Schweiz untersucht. Der Bericht liefert eine Bestandsaufnahme in Bezug auf Erkennung, Betreuung und Elternunterstützung und formuliert Empfehlungen zur Verbesserung der Situation. Zur Umsetzung der Empfehlungen, die nicht in den Zuständigkeitsbereich des Bundes fallen, wurde eine Arbeitsgruppe aus Vertreterinnen und Vertretern von Kantonen, Bund und anderen Akteuren (Elternvereinigungen), Fachgesellschaften) beauftragt, die im Bericht formulierten Empfehlungen zu überprüfen und eine gemeinsame Vision zu entwickeln, Handlungsfelder festzulegen und die Ergebnisse dem Bundesrat bis Ende 2016 vorzulegen.¹³

UNO-Konvention für Menschen mit Behinderung

Am 15. April 2014 hat die Schweiz die UNO-Behindertenrechtskonvention als 144. Staat ratifiziert. Am 15. Mai 2014 trat sie für die Schweiz in Kraft. In Ergänzung zum bestehenden Schweizer Behindertenrecht trägt die Konvention vermehrt dazu bei, dass Menschen mit Behinderungen ihre Rechte in gleichem Masse ausüben können wie Menschen ohne Behinderungen. Die Konvention enthält daher Bürgerrechte sowie politische, wirtschaftliche, gesellschaftliche und kulturelle Rechte. Für Personen mit psychischen Behinderungen sind verschiedene Artikel wie beispielsweise die allgemeine Sicherheit und der Schutz der Unversehrtheit der Person wichtig.¹⁴ Die Förderung der Rechte von Menschen mit psychischen Behinderungen wird vom Eidgenössischen Büro für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen wahrgenommen. Dafür arbeitet das Büro mit privaten Organisationen zusammen, die auf die Rechte von Menschen mit psychischen

¹¹ <<http://www.bsv.admin.ch/themen/iv/00025/index.html?lang=de>> Stand: 26. Juni 2015.

¹² <<http://www.bsv.admin.ch/aktuell/medien/00120/index.html?lang=de&msg-id=56331>> Stand: 14. Oktober 2015.

¹³ <<https://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msg-id=57778>> Stand: 14. Oktober 2015.

¹⁴ <<http://www.edi.admin.ch/ebgb/00613/01648/index.html?lang=de>> Stand: 22. September 2015.

Beeinträchtigungen spezialisiert sind. Gemeinsam tragen diese Akteure wesentlich zur Förderung der sozialen Teilhabe und der Inklusion von Menschen mit psychischen Behinderungen in die Gesellschaft bei.¹⁵

Sozialhilfe

Für die Unterstützung von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen, die keinen Anspruch auf IV-Leistungen haben, sind die Kantone und Gemeinden zuständig. Die Sozialhilfe ist eine unterstützende finanzielle Sicherheit und hat zum Ziel, eine wirtschaftliche und persönliche Selbstständigkeit zu gewährleisten.¹⁶ Vielerorts tragen private Organisationen wesentlich dazu bei, dass Personen mit psychischen Beeinträchtigungen vor Armut und sozialer Isolation bewahrt werden.¹⁷ Auch der Bund unterstützt die Armutsbekämpfung. Er engagiert sich mit dem «Nationalen Programm zur Bekämpfung und Prävention von Armut». Dieses will die Wirkung der bestehenden Präventions- und Bekämpfungsmassnahmen verstärken und dazu beitragen, dass die Massnahmen besser koordiniert sind.^{18,19}

¹⁵ <<https://www.promentesana.ch/de/wissen/rechtliche-themen.html>> Stand: 22. September 2015.

¹⁶ Geissbühler Jörg, Michaelis Bettina. Soziales Schweiz. Zürich, 2012.

¹⁷ Engler Pascal. Staatliche und private Träger im schweizerischen Sozialwesen. In: Riedi Anna Maria, Zwilling Michael, Meier Kressig Marcel et al. Handbuch Sozialwesen Schweiz. Bern, 2015, S. 217-228.

¹⁸ <<http://www.bsv.admin.ch/themen/gesellschaft/03331/index.html?lang=de>> Stand: 14. Oktober 2015.

¹⁹ <<http://www.gegenarmut.ch/home/>> Stand: 14. Oktober 2015.

2 Psychische Krankheiten und Behandlungsmöglichkeiten

2.1 Psychische Krankheiten

Psychische Erkrankungen äussern sich einerseits durch krankhafte Veränderungen oder Beeinträchtigungen des Denkens, Fühlens und Verhaltens sowie bei der Erlebnisverarbeitung. Andererseits können hirnorganisch bedingte Bewusstseinsveränderungen vorliegen. Psychische Erkrankungen beeinträchtigen die Beziehungsfähigkeit, die Alltagsbewältigung, die Leistungsfähigkeit und sie wirken sich negativ auf die Lebensqualität aus. Für die Entstehung von psychischen Erkrankungen können sowohl biologische Faktoren (z.B. genetische Vorbelastung, Stoffwechselveränderungen) als auch belastende Lebenserfahrungen (z.B. Tod einer nahestehenden Person) von Bedeutung sein. Von den behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen abzugrenzen sind Stimmungsschwankungen ohne Krankheitswert. Sie sind alltagsbedingt, treten vorübergehend auf und klingen wieder ab. Stimmungsschwankungen sind nicht Gegenstand dieses Berichts.

Bei der Erkennung und der Diagnostik von psychischen Erkrankungen mit Behandlungsbedarf stellen sich folgende Herausforderungen:

- Die Kenntnisse und die Erfahrung der Ärztin bzw. des Arztes spielen für eine korrekte Diagnose eine entscheidende Rolle;
- Patientinnen und Patienten können einen Leidensdruck verspüren, obwohl die Symptome die diagnostische Schwelle nach «ICD-10» (noch) nicht erreicht haben;
- Patientinnen und Patienten können keinen Leidensdruck verspüren, obwohl die Symptome die diagnostische Schwelle nach «ICD-10» bereits erreicht hat;
- die psychische, biologische und soziale Dimension der Erkrankung muss richtig erkannt und gewichtet werden.

Weiter ist zu beachten, dass die psychische Erkrankung bzw. der daraus resultierende Leidensdruck meist auch das Umfeld der erkrankten Person betrifft. So können die Angehörigen, insbesondere Kinder und Partnerinnen und Partner, aber auch Berufskolleginnen und -kollegen, von einer psychischen Erkrankung mitbetroffen sein. Hinzu kommt, dass psychische Erkrankungen und der Normalitätsbegriff immer in Bezug zu den aktuellen gesellschaftlichen, kulturellen und/oder wirtschaftlichen Rahmenbedingungen stehen. Dies hat zur Folge, dass das Ziehen der diagnostischen Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit dem subjektiven Gesundheitszustand der Betroffenen, ihren Problemen in Alltag und Beruf sowie den daraus resultierenden Belastungen für ihr Umfeld nicht immer gerecht wird.

Überblick über die Diagnosegruppen nach «ICD-10»

Die Klassifikation von psychischen Krankheiten erfolgt in der Schweiz analog zu den somatischen Krankheiten auf der Basis der deutschsprachigen Fassung der «International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10)» der Weltgesundheitsorganisation (WHO).²⁰ In der USA wird auch das «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)» zur Diagnostik psychischer Erkrankungen verwendet. Sowohl das ICD- als auch das DSM-Klassifikationssystem werden laufend weiterentwickelt. Dabei wird der Heterogenität der psychischen Störungsbilder Rechnung getragen und es werden behandlungsbedürftige psychische Krankheiten von vorübergehenden psychischen Befindlichkeitsstörungen abgegrenzt.²¹ Im Zusammenhang mit der Beurteilung von Einschränkungen

²⁰ <<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2014/index.htm>> Stand: 6. August 2015.

²¹ Jacobi Franz, Maier Wolfgang, Heinz Andreas. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Deutsches Ärzteblatt,

der Erwerbsfähigkeit ist auch die «International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)» der WHO 2001 bedeutend.²²

Zu den wichtigsten *organischen psychischen Störungen (F0)* gehören die Demenzerkrankungen sowie verschiedene Formen des Delirs, die nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt sind. Auch zählen weitere hirnorganische Veränderungen (z.B. nach Vergiftungen oder infolge Stoffwechselerkrankungen) und Hirnverletzungen dazu, die zu einer Hirnfunktionsstörung führen.

Unter dem Begriff *psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1)* werden alle Abhängigkeitserkrankungen, die durch die übermässige Einnahme von psychoaktiven Substanzen wie Alkohol, Drogen oder Medikamente bedingt sind, zusammengefasst. Suchterkrankungen treten häufig zusammen mit anderen psychiatrischen Erkrankungen auf (vgl. Ziffer 2.2).

Unter den *schizophrenen Erkrankungen (F2)* werden Krankheitsbilder zusammengefasst, die unter anderem mit Realitätsverlust, Wahnvorstellungen (Halluzinationen), Wahrnehmungsstörungen sowie Störungen des Denkens, der Sprache und der Gefühlswelt (z.B. überwältigende Ängste) einhergehen. Bei gewissen Erkrankungsformen stellen sich sozialer Rückzug, Antriebslosigkeit und Aufmerksamkeitsstörungen ein.

Zu den *affektiven Störungen (F3)* zählen diejenigen Erkrankungen, bei denen vor allem die Gefühlswelt und die Antriebskraft betroffen sind. Dazu zählen Depressionen, Manien oder das alternierende Auftreten dieser Krankheitsbilder (bipolare Störung). Die Leitsymptome einer Depression sind Freudlosigkeit, Antriebslosigkeit und Interesselosigkeit. Eine Manie führt hingegen zu Erregtheit, einer Ideenflut und zu einem übermässigen Tatendrang. Hemmende und enthemmte Gemütszustände können auch im Wechsel miteinander auftreten.

Unter dem Überbegriff «*neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen*» (F4) werden Krankheiten wie Angst- und Zwangsstörungen zusammengefasst, bei denen die Stimmung und die Verhaltensmuster von Symptomen wie Angst, Zwang und organisch unerklärbaren Körpersymptomen dominiert werden. Dazu zählen auch die spezifischen Phobien wie zum Beispiel Tierphobien, situationale Phobien (z.B. Höhe) oder Blut-/Spritzenphobien. Zu dieser Krankheitsgruppe zählen des Weiteren die posttraumatischen Belastungsstörungen, die durch Gewalt (z.B. Missbrauch), Kriegserfahrungen oder Unfälle ausgelöst werden können.

Zu den *Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5)* zählen unter anderem Essstörungen, Schlafstörungen und sexuelle Funktionsstörungen, die nicht durch eine organische Krankheit verursacht sind.

Zu den *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)* gehören Erkrankungen wie z. B. die Borderline-Störung, die sich durch jahrelange schwere Verhaltensauffälligkeiten äussert und mit persönlichen und sozialen Beeinträchtigungen einhergeht. Borderline-Persönlichkeiten zeigen ein instabiles Verhalten in den Gefühlen und haben eine Tendenz, übermässig impulsiv zu handeln, ohne die Konsequenzen abschätzen zu können. Die mangelnde Impulskontrolle kann zu fremd- oder selbstverletzendem Verhalten führen.

In die Kategorie *Intelligenzminderung (F7)* fallen Zustände von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten; besonders beeinträchtigt sind dabei Fertigkeiten, die sich in der Entwicklungsperiode manifestieren und die zum Intelligenzniveau beitragen.

Unter den *Entwicklungsstörungen (F8)* werden Störungen zusammengefasst, die ausschliesslich im Kleinkindalter oder in der Kindheit beginnen. Dazu zählen beispielsweise tiefgreifende Entwicklungsstörungen wie zum Beispiel Autismus oder das Asperger-Syndrom.

Zu den *Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend (F9)* zählen unter anderem die hyperkinetische Störungen (ADHS), emotionale Störungen im Kindesalter wie

Heft 49, 2013, S. 2364–68.

²² <http://www.who.int/topics/mental_health/en> Stand: 9. Januar 2015.

beispielsweise eine Aufmerksamkeitsstörung und sogenannte Tic-Störungen.

Krankheitsverläufe und Schweregrade psychischer Krankheiten

Wie die oben aufgeführte Zusammenstellung der Diagnosegruppen nach «ICD-10» zeigt, sind psychische Krankheiten sehr heterogen. Sie können unterschiedliche Symptome aufweisen und unterscheiden sich zudem in ihren Verlaufsformen. Psychische Krankheiten können einmalig oder wiederholt auftreten. Sie können plötzlich ausbrechen oder die Krankheit kann sich schleichend entwickeln. Der Krankheitsverlauf wird stark durch den Zeitpunkt der Diagnosestellung und die gewählte Behandlung sowie durch soziale Einflussfaktoren (z.B. soziales Netz, Unterstützung im Alltag, Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit) bestimmt.²³ Suizidales Verhalten oder eine Fremdgefährdung können zu lebensbedrohlichen Situationen führen. Unter guten Bedingungen (z.B. gut eingestellte Medikation, soziale und berufliche Integration) können Personen mit einer chronischen psychischen Krankheit ein selbstständiges Leben führen.²⁴

Die Grenzen zwischen einer leichten, mittleren und schweren psychischen Erkrankung sind fließend. Die folgenden Kriterien spielen bei der Beurteilung des Schweregrads einer psychischen Erkrankung eine wichtige Rolle²⁵:

- der subjektive Leidensdruck (z.B. Beeinträchtigungen in der Alltagsbewältigung sowie der Beziehungs- und Leistungsfähigkeit);
- die Selbststigmatisierung;
- das Vorhandensein von Doppel- und Mehrfachdiagnosen (vgl. auch Ziffer 2.2);
- das Auftreten von selbst- und fremdgefährdendem Verhalten;
- die bestehenden Unterstützungsmöglichkeiten aus dem sozialen und beruflichen Umfeld;
- das Ansprechen der Erkrankung auf die Therapie (Therapieresistenz) und die Bereitschaft zur Behandlung (Adhärenz).

Soziale Einflussfaktoren

Personen in schwierigen Lebenssituationen leiden überdurchschnittlich häufig an einer psychischen Erkrankung, deren Verlauf zudem oft ungünstig ist. Insbesondere betroffen sind Personen, die armutsgefährdet sind, bzw. in Armut leben, Personen mit tiefer Schulbildung und kleinem Gestaltungsspielraum sowie Personen mit traumatisierender Migrationserfahrung wie Krieg oder Folter. In Ergänzung dazu haben erwerbslose Personen und sozial schlecht integrierte Personen ein erhöhtes Suizidrisiko.²⁶

Eine Tätigkeit, die zur Lebensqualität und Integration beiträgt, wirkt sich auf die Genesung förderlich aus. Studien zeigen, dass erwerbstätige Patientinnen und Patienten – unabhängig vom Schweregrad ihrer Erkrankung – kürzere Behandlungsdauern bei gleichzeitig besserer Genesung haben.²⁷ Allerdings lässt sich bei psychisch kranken Personen nach dem ersten Krankheitsjahr vermehrt ein sozialer Rückzug beobachten und das soziale Netz nimmt in den folgenden fünf Jahren ab.²⁸

²³ Ajdacic-Gross Vladeta, Graf Martin. Bestandsaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie. Obsan, Arbeitsdokument 2, 2003, S. 17, 103.

²⁴ Hell Daniel, Endrass Jérôme, Vontobel Jürg, Schnyder Ulrich. Kurzes Lehrbuch der Psychiatrie. Bern, 2011, 3. Auflage. S. 99–114.

²⁵ Ajdacic-Gross V, Graf M. Bestandsaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie. Obsan, Arbeitsdokument 2, 2003, S. 17, 38.

²⁶ Nordt Carlos, Warnke Ingeborg, Seifritz Erich, Kawohl Wolfram. Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000–2011. The Lancet Psychiatry, Vol 2, No. 3, p.239–245.

²⁷ Baer Niklas, Schuler Daniela, Füglistler-Dousse Silvie et al. Depressionen in der Schweiz. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration. Neuchâtel, Obsan Bericht 56, 2013.

²⁸ Bachmann Nicole. Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz. Obsan Bulletin 1/2014. Neuchâtel.

2.2 Ausmass und Folgen psychischer Krankheiten

Häufigkeit

Psychische Krankheiten sind weit verbreitet und können in jeder Lebensphase auftreten. Nachfolgend werden verschiedene Studienergebnisse aufgeführt die eine Übersicht zu den Häufigkeiten aller klassifizierten psychischen Krankheiten in allen Altersgruppen geben.

Laut der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 (SGB) fühlten sich rund 4,6 Prozent der Schweizer Bevölkerung (ab 15 Jahren) stark psychisch belastet. Knapp 13,4 Prozent fühlten sich mittel psychisch belastet.²⁹ Das bedeutet, dass bei ca. 18 Prozent der befragten Personen aus klinischer Sicht eine psychische Erkrankung vorliegen könnte. Aufgrund der häufigen Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen muss allerdings davon ausgegangen werden, dass selbstberichtete Angaben eher zu einer Unterschätzung führen. Zudem sind psychisch kranke Personen aufgrund ihrer besonderen Lebenslage häufig weniger in der Lage, an solchen Befragungen teilzunehmen. Des Weiteren werden bei der SGB nur zu Hause wohnende Personen ab 15 Jahren befragt. Personen, die in Heimen wohnen oder hospitalisiert sind, werden nicht befragt. Man muss daher davon ausgehen, dass bei den Ergebnissen der SGB die Häufigkeit psychischer Erkrankungen unterschätzt wird.

Eine Übersichtsarbeit mit Einbezug der 27 EU-Länder sowie der Schweiz, Island und Norwegen zeigt, dass im Laufe des Jahres 2010 schätzungsweise 38 Prozent der Bevölkerung in diesen Ländern an einer psychischen Krankheit litten (12-Monats-Prävalenz).³⁰ Die 38 Prozent sind eine Zusammenfassung von verschiedenen psychischen Krankheiten der Diagnosegruppen F0 bis F9 nach «ICD-10» über alle Altersgruppen. In Tabelle 1 werden die Studienergebnisse nach diesen Diagnosegruppen aufgeschlüsselt. Da bei psychischen Krankheiten Doppeldiagnosen häufig sind, ist eine Berechnung der Gesamtzahl der betroffenen Personen durch eine Addition der geschätzten Anzahl Personen pro Diagnosegruppen nicht zulässig. Die Studie zeigte weiter, dass Frauen und Männer etwa gleichermassen betroffen waren. Diese Übersichtsarbeit wurde 2005 erstmals durchgeführt und 2010 wiederholt. Ziel dieser breit abgestützten Studie war, ein klareres Bild über die Häufigkeit von psychischen Krankheiten, ihre Krankheitslast und die Inanspruchnahme einer Behandlung zu erhalten (vgl. Ziffer 2.5). An der Studie beteiligten sich auch die medizinischen Fakultäten der Universitäten Basel, Lausanne und Zürich. Die Untersuchung erfolgte mehrstufig: Nach einem systematischen Review reanalysierte die Forschungsgruppe die ermittelten Primärstudien und liess die Ergebnisse von Experten der beteiligten Ländern validieren.

Tabelle 1: Geschätzte Häufigkeit (12-Monats-Prävalenz) psychischer Krankheiten nach Diagnosegruppe für die Schweiz, 2010

Diagnosegruppe Quelle: Wittchen et al. 2011; eigene Darstellung BAG.	Geschätzte Häufigkeiten in Europa in Prozenten	Geschätzte Anzahl Personen für die Schweiz
F0: Organische Störungen	7,7	61 900
F1: Psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ohne Tabakkonsum)	3,8	302 500
F2: Schizophrene Erkrankungen	1,2	95 500
F3: Affektive Störungen (u.a. Depressionen)	17,0	1 353 200
F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	4,2	334 300
F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	0,3	23 900
F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1,3	103 500
F7: Intelligenzverminderung	1,0	79 600
F8: Entwicklungsstörungen	0,5	39 800
F9: Verhaltens- und emotionale Störungen bei Beginn der Kindheit und Jugend	1,0	79 600

²⁹ <<http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2012/>> Stand: 20. August 2015.

³⁰ Wittchen Hans Ulrich, Jacobi Frank, Rehm Jürgen et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 2011, 21, S. 655–679.

Die WHO Europa bezieht sich in ihren Empfehlungen an die Mitgliedstaaten zur Thematik der psychischen Gesundheit ebenfalls auf die oben dargestellte europäische Übersichtsstudie.³¹ Die in der europäischen Studie geschätzte Häufigkeit von psychisch kranken Personen entspricht auch US-amerikanischen Schätzungen.³² Die OECD schätzte 2014 in ihrer Studie zu den sozialen und ökonomischen Kosten von psychischen Krankheiten die Häufigkeiten über alle Diagnose- und Altersgruppen ebenfalls vergleichbar hoch ein.³³

Studien zu einzelnen Altersgruppen zeigen, dass Kinder und Jugendliche zu 15-22 Prozent an psychischen Krankheiten leiden. Diese Schätzungen unterscheiden sich zwischen schweizerischen und internationalen Studien nicht.³⁴ Für die Bevölkerung im Erwerbsalter (16 – 65 Jahre) berechnete die OECD 2012, dass in verschiedenen europäischen Ländern durchschnittlich 15 Prozent an leichten und mittelschweren psychischen Krankheiten und fünf Prozent an schweren psychischen Krankheiten litten.³⁵ Ab dem 65. Lebensjahr sind Depressionen und demenzielle Erkrankungen am häufigsten. In den Jahren 2008/2009 liessen sich pro Jahr durchschnittlich 26,5 Prozent der Personen ab dem 65. Altersjahr in der Grundversorgung wegen einer Depression behandeln.³⁶ Anhand der Daten der schweizerischen, die auch die Daten der europäischen Alzheimervereinigung berücksichtigte, sowie der Todesursachenstatistik des BFS werden im Jahr 2014 die Demenzerkrankungen für Personen ab dem 65. Altersjahr auf 8,1 Prozent geschätzt.³⁷

Zu beachten ist, dass nicht alle psychischen Krankheiten eine spezialisierte psychiatrische Behandlung benötigen. Beispielsweise erfordern bestimmte Phobien nur eine spezielle Behandlung, wenn sie die Alltagsbewältigung einschränken (z. B. Flugangst bei einer international tätigen Berufsperson). Zudem fällt die Behandlung je nach Diagnose und Krankheitsverlauf unterschiedlich intensiv aus. Bezüglich Häufigkeit, Behandlungsbedarf und Behandlungsintensität sind psychische Krankheiten mit bestimmten somatischen Krankheitskategorien vergleichbar. Beispielsweise sind auch Herzkreislauferkrankungen sehr heterogen in Bezug auf die Symptome und auf die Einschränkungen im Alltag, sie können ebenfalls in allen Lebensphasen auftreten und haben eine breite Palette von Behandlungsmöglichkeiten, die je nach Diagnose und Krankheitsverlauf eingesetzt werden.

Anhand der verschiedenen Studien und aufgrund des breiten Spektrums von leichten bis schwerwiegenden psychischen Krankheiten kann für die Schweiz davon ausgegangen werden, dass bis zu einem Drittel der gesamten Bevölkerung im Verlauf eines Jahres an einer diagnostizierbaren psychischen Krankheit leidet, die eine Behandlung zur Folge haben kann.

Komorbiditäten

Bei psychischen Krankheiten sind Doppel- und Mehrfachdiagnosen sehr häufig. So leiden 30 bis 40 Prozent der psychisch kranken Personen an mehr als einer psychischen Krankheit (z.B. Schizophrenie und Abhängigkeitserkrankungen). Insgesamt sind die Abhängigkeitserkrankungen zusammen mit einer anderen psychischen Krankheit die häufigsten Doppeldiagnosen.³⁸

Psychische Erkrankungen gehen auch sehr häufig mit (chronischen) körperlichen Erkrankungen

³¹ <<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>> Stand: 13. Januar 2016.

³² Kessler Roland C, Aguilar-Gaxiola Sergio, Jordi Alonso et al. The global burden of mental disorders: An update from the WHO World mental health Surveys. *Epidemiol. Psychiatry Soc.* 2009, 18 (1): 23-33.

³³ <<http://www.oecd.org/health/mental-health-systems.htm>> Stand: 13. Januar 2016.

³⁴ Di Gallo Alain, Beutler Hélène. Gegenwart und Zukunft der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Bern, 2014.

³⁵ OECD. Sick on the job? Myths and realities about mental health and Work. Paris, 2012, S.17-38.

³⁶ Schuler Daniela, Vilpert Sarah. Diagnose von Depressionen in Hausarztpraxen. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Neuch atel, 2011, S. 13-15.

³⁷ <<http://www.alz.ch/index.php/forschung.html>> /

<<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/alter/gesamt.html>> Stand: 3. Februar 2016.

³⁸ Ajdacic-Gross Vladeta, Graf Martin. Bestandsaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie. Arbeitsdokument 2. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Neuch atel. 2003. S. 36–40.

einher: Der Anteil der psychisch erkrankten Bevölkerung mit einer zusätzlichen somatischen Krankheit liegt bei rund 45 Prozent.³⁹ Gut belegt ist, dass Patientinnen und Patienten mit Krebs, HIV/Aids, Diabetes oder nach einem Herzinfarkt sowie nach einem Schlaganfall ein erhöhtes Risiko haben, an einer Depression zu erkranken.⁴⁰ Auch ist bekannt, dass Patientinnen und Patienten, die an einer Depression leiden, infolge davon herzkrank werden oder einen Schlaganfall erleiden.^{41,42}

Invalidität

Psychische Erkrankungen können, vor allem wenn sie zu spät erkannt und nicht adäquat behandelt werden, zu Invalidität führen. Laut der Statistik der Invalidenversicherung (IV) bezogen 2014 aufgrund von psychischen Erkrankungen insgesamt 102 000 Personen eine Rente. Diese Zahl ist seit 2011 in etwa stabil geblieben. Gemessen an der Gesamtzahl der Invalidenrenten im Jahr 2014 machten die Renten aufgrund einer psychischen Erkrankung 45 Prozent aus. Seit der Einführung der fünften und sechsten IV-Revision (2007 resp. 2011) konnte die Anzahl der psychisch, bedingten Neuberentungen leicht gebremst werden. Seither nehmen sie jährlich um weniger als ein Prozent des gesamten Rentenbestands zu.⁴³ Bei Neuberentungen in der ersten Hälfte des Erwerbsalters dominieren die psychischen Erkrankungen.⁴⁴ In der Statistik der Invalidenversicherung nicht ausgewiesen sind die Anzahl und die Gründe aufgehobener Renten.

Lebenserwartung

Da viele Patientinnen und Patienten mit einer chronischen psychischen Erkrankung gleichzeitig auch an schweren körperlichen Krankheiten leiden, ist die Lebenserwartung von psychisch kranken Personen mit einer Differenz von 10 bis 16 Jahren deutlich geringer als die von psychisch gesunden Personen. Suizide erklären dabei nur einen kleinen Teil der verlorenen Lebensjahre, weitere Ursachen sind Begleiterkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die unter anderem auf Nebenwirkungen der Psychopharmaka zurückzuführen sind, ein selbstvernachlässigender Lebensstil und eine mangelnde allgemeinmedizinische Versorgung. Studien weisen zudem darauf hin, dass die Differenz bei der Lebenserwartung weiter zunehmen dürfte.⁴⁵

Suizide

Mehrere Studien belegen, dass einige psychiatrische Erkrankungen mit einem hohen Suizidrisiko einhergehen: in 50 bis 70 Prozent der Suizide lagen vorbestehende Depressionserkrankungen vor.⁴⁶ In den letzten fünf Jahren lag die durchschnittliche Suizidrate bei 6 Frauen pro 100 000 Einwohnerinnen und bei 17 Männer pro 100 000 Einwohnern. 2012 haben insgesamt 1037 Personen in der Schweiz Suizid begangen.⁴⁷ Seit den 1990er Jahren nehmen die Suizidraten bei beiden Geschlechtern leicht ab.

Gesellschaftliche Wahrnehmung psychischer Krankheiten (Stigmatisierung)

Viele schwere oder unheilbare Krankheiten können Ängste oder Vorurteile auslösen. Bei psychischen Erkrankungen kommt die Furcht vor extern auferlegten Einschränkungen der Selbstbestimmungsrechte hinzu. Pauschalisierte Zuschreibungen in diesem Zusammenhang werden als Stigmatisierung bezeichnet. Folgen von Stigmatisierung können Diskreditierung und

³⁹ Schuler Daniela, Burla Laila. Psychische Gesundheit in der Schweiz, Monitoring 2012. Obsan Bericht 52. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Neuchâtel. 2012. S. 28.

⁴⁰ Ebenda.

⁴¹ Höger Stefan. Die Post-Stroke-Depression bei geriatrischen Patienten. Universimed. 2014, S. 1–2.

⁴² Thoms Brett, Bass Eric, Ford Daniel, Stewart Kerry et.al. Prevalence of Depression in Survivors of acute myocardial infarction. JGIM, 2005, 30-38.

⁴³ <<http://www.bsv.admin.ch/themen/iv/00022/index.html?lang=de>> Stand: 11. August 2015.

⁴⁴ Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV). IV-Statistik 2013. Bern. 2014.

⁴⁵ Lawrence David, Hancock Kirsten J, Kisely Stephen. The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. BMJ, 2013; 346:f2539.

⁴⁶ Gysin-Maillart Anja, Michel Konrad. Kurztherapie nach Suizidversuch. Bern, 2013. S. 29–30.

⁴⁷ <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/04/01/blank/blank/blank/01/11.html> Stand: 19. Juli 2015.

Diskriminierung sein. Schreiben sich Personen mit psychischen Problemen die negativen Stereotype auch selbst zu, kann es unter anderem zu Schamgefühlen und zu einer zusätzlichen Verminderung des Selbstwertgefühls führen. Dies führt unter anderem zum sukzessiven Verlust von sozialen Netzwerken. Die Angst vor Stigmatisierung kann auch der Inanspruchnahme von Hilfs- und Unterstützungsangeboten im Wege stehen.^{48,49}

Volkswirtschaftliche Kosten

Psychische Erkrankungen stellen nicht nur einschneidende Belastungen für die Betroffenen und ihre Angehörigen dar, sie verursachen auch hohe volkswirtschaftliche Kosten. Dazu zählen insbesondere die indirekten Kosten, welche die Produktionsverluste (krankheitsbedingte Abwesenheiten, Berentung oder vorzeitiger Tod sowie Angehörigenpflege) umfassen. Erstmalige Berechnungen für die Schweiz beziffern die indirekten Kosten für psychische Erkrankungen inkl. Demenz im Jahr 2011 auf 13 Milliarden Franken.⁵⁰

2.3 Behandlungsmöglichkeiten

Als Behandlungsziele werden bei psychischen Krankheiten die Heilung, oder wenn diese nicht möglich ist, die Linderung der Symptome und die Entwicklung von neuen Erlebens- und Verhaltensweisen in Hinblick auf ein Leben mit guter Lebensqualität trotz psychischer Erkrankung angestrebt. Einige psychische Erkrankungen bedürfen einer jahrelangen oder manchmal gar einer lebenslangen Behandlung.

Meist kommen kombinierte Therapieverfahren zum Einsatz. Sie bestehen aus psychiatrischen, medikamentösen, psychotherapeutischen sowie sozialtherapeutisch orientierten Therapieverfahren, an denen nebst medizinischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachpersonen auch weitere Berufsgruppen aus dem therapeutischen und sozialen Bereich beteiligt sein können.⁵¹ Bei solch integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen (IPPB) erstellen die Psychiaterinnen und Psychiater die Behandlungspläne für die Patientinnen und Patienten und berücksichtigen dabei die verschiedenen therapeutischen Möglichkeiten. Weitere wesentliche Aspekte der IPPB sind die Zusammenarbeit mit den Angehörigen und die Zusammenarbeit mit weiteren Personen aus dem Umfeld der Patientinnen und Patienten (z.B. Arbeitgeber).⁵²

Medikamentöse Therapie

Zur Behandlung von psychischen Erkrankungen werden häufig Medikamente eingesetzt, die in der Gruppe der Psychopharmaka zusammengefasst werden. Dazu zählen insbesondere Antidepressiva, Neuroleptika sowie Beruhigungs- und Schlafmittel. Diese Medikamente beeinflussen die Symptome auf ganz unterschiedliche Weise, indem sie entweder beruhigend oder stimulierend wirken. Sie werden vor allem zur Behandlung von Depressionen, Angststörungen, Psychosen/Schizophrenien, bipolaren Störungen und Demenzerkrankungen verschrieben.⁵³

Da psychisch kranke Personen häufig noch an anderen Krankheiten leiden, ist eine individuell angepasste Pharmakotherapie notwendig. Diese kombinierten Verfahren erfolgen auf der Basis von

⁴⁸ <http://www.public-health.ch/logicio/client/publichealth/file/mental/Positionspapier_Enstigmatisierung_120815.pdf> Stand: 18. Februar 2015.

⁴⁹ Rüesch Nicolas. Konzepte und Stand der Stigma-Forschung. In Rössler Wulf, Kawohl Wolfram (Hrsg.). Soziale Psychiatrie, Band 1: Grundlagen, Stuttgart 2013. S. 233–242.

⁵⁰ Bundesamt für Gesundheit. Erstmalige Berechnungen der direkten und indirekten Kosten der wichtigsten nichtübertragbaren Krankheiten. Bulletin 36/14. S. 583–586.

⁵¹ Freyberger Harald, Schneider Wolfgang, Stieglitz Rolf-Dieter. Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin. Bern, 2012.

⁵² <<http://www.vertrauensaeerzte.ch/expertcom/psyamb.html>> Stand: 18. Juli 2015.

⁵³ Biötry Fabienne, Pitzurra Raffaella, Schwenkglens Matthias, Meier Christoph R Helsana-Arzneimittelreport für die Schweiz 2014. Basel, 2014, S. 47–50.

Behandlungsplänen und bedingen ein regelmässiges therapeutisches Monitoring, um die Neben- bzw. Wechselwirkungen der Medikamente rechtzeitig erkennen zu können.^{54,55}

Psychotherapie

Die Psychotherapie ist eine gesprächszentrierte Behandlungsform. Bei krankheitsbedingter Indikation bezweckt die Psychotherapie, die Beziehungsfähigkeit, die Selbstständigkeit und die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Person zu verbessern.⁵⁶ Mittels Psychotherapie können quälende und funktionseinschränkende Symptome gelindert oder vermieden werden. Bei komplexen und langdauernden Erkrankungen kann die Psychotherapie auch eine begleitende Unterstützung bieten. Nach mehreren Jahrzehnten intensiver Forschung liegt heute eine umfangreiche Literatur zur Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Psychotherapien vor.⁵⁷ Die wissenschaftliche Evidenz zeigt, dass bei verschiedenen psychischen Krankheiten in der Regel die Kombination von medikamentöser Therapie und Psychotherapie wirksamer ist als die jeweilige Therapie allein.⁵⁸

Sozialtherapeutische und pflegerische Massnahmen

Sozialtherapeutische Massnahmen gehören zu den ältesten psychiatrischen Behandlungsverfahren und haben sich fortlaufend weiterentwickelt. Sie unterstützen die Patientinnen und Patienten in der praktischen Alltags- und Lebensbewältigung sowie beim Kontakt mit Mitmenschen. So werden die Patientinnen und Patienten dabei unterstützt, wie sie zwischenmenschliche Beziehungen gestalten oder in der Familie wieder Verantwortung übernehmen können (z.B. als Mutter bzw. Vater). Auch verschiedene andere Aktivitäten können erlernt werden, die mit der Haushaltsführung oder der Erwerbstätigkeit zu tun haben.

Zu den sozialtherapeutischen Massnahmen zählt auch die aufsuchende Pflege, bei der Patientinnen und Patienten zu Hause besucht werden, die sich oft krankheitsbedingt der Hilfe und Unterstützung entziehen und dadurch einem besonders hohen Leidensdruck ausgesetzt sein können. Die psychiatrische Pflege umfasst begleitende Behandlungen, wofür je nach Situation verschiedene Zugänge gewählt werden müssen: zum Beispiel unterstützende Gespräche, Ermutigung zur Medikamenteneinnahme, Alltagsberatung, Kriseninterventionen oder die Vernetzung von verschiedenen Helfern oder Hilfsinstitutionen.

Mit den zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten kann nicht für jede Patientin oder jeden Patienten eine gute Lebensqualität erreicht werden. Bei schweren Krankheitsverläufen zeigen jedoch neuere Ansätze der Betreuung und Behandlung von psychisch kranken Personen wie z.B. der Recovery-Ansatz, dass die Hoffnung auf «Gesundung» trotzdem nicht eingeschränkt werden sollte, weil stabile Phasen bei guter Lebensqualität immer wieder möglich sein können. «Gesundung» ist eine Haltung, eine Einstellung und ein Weg, die täglichen Herausforderungen anzugehen. Fachpersonen unterstützen die Patientinnen und Patienten dabei, realistische Ziele zu setzen, um ein beschwerdearmes Leben zurückzugewinnen zu können. Dabei ist es wichtig, Grenzen zu akzeptieren und neue Möglichkeiten zu entdecken.⁵⁹ Studien zeigen, dass dieser Recovery-Ansatz insbesondere chronisch psychisch kranke Personen dabei unterstützt, wieder vermehrt aktiv am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen.⁶⁰

⁵⁴ Holsboer-Trachsler Edith, Hättenschwiler Josef, Beck Johannes, Brand Serge, et al. Die somatische Behandlung der unipolaren depressiven Störungen, 1. und 2. Teil. Schweiz Med Forum. 2010.

⁵⁵ Keck Martin E, Ropohl Axel, Rufer Michael, Hemmeter Ulrich Martinet al. Die Behandlung der Angsterkrankungen – Teil 1: Panikstörung, Agoraphobie, generalisierte Angststörung, soziale Phobie, spezifische Phobien. Swiss Medical Forum. 2011.

⁵⁶ <http://www.psychologie.ch/de/aus_weiter_fortbildung/weiterbildung_br_fachtitel/fsp_fachtitel.html> Stand: 10. März 2015.

⁵⁷ Baltensperger, C., Grawe, K. (2001). Psychotherapie unter gesundheitsökonomischem Aspekt. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 30, 10–21.

⁵⁸ Ishak WW, Ha K, Kapitanski Nina, Bagot Kara, Fathy Hassanet al. The impact of psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination on quality of life in depression. Harv Rev Psychiatry. 2011. 19:277–89.

⁵⁹ Kammer-Spohn Michael. Recovery – ein neuer Behandlungsansatz in der Psychiatrie. Schweiz. Ärztezeitung. 2013; 94:38, S. 1450–1452.

⁶⁰ Rabenschlag Franziska, Albrecht Konrad, Ruegg Sebastian, Jaeger Matthias. A recovery-oriented approach for an acute

2.4 Koordinierte und integrierte Behandlungsformen

Bei chronischen Verläufen und komplexen Behandlungssituationen muss die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen an einer Behandlung beteiligten Gesundheitsfachpersonen und Behandlungseinrichtungen koordiniert werden. So unterstützten die Psychiaterinnen und Psychiater von konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Diensten die Behandlung bei somatisch erkrankten Patientinnen und Patienten, die an psychiatrischen Komplikationen leiden (z.B. Psychoonkologie), bzw. helfen diesen vorzubeugen. Auch verschreiben sie Psychopharmaka und veranlassen Interventionen bei psychischen Krisen von körperlich erkrankten Personen. Konsiliar- und liaisontätige Psychiaterinnen und Psychiater arbeiten ambulant oder stationär in allgemeinen Krankenhäusern oder Pflegeheimen (vgl. Anhang 1: Beispiele guter Praxis, Beispiel 1).⁶¹

Um die Behandlung psychisch kranker Personen bedarfs- und personenorientierter ausrichten zu können, wurden in den letzten Jahren an einzelnen psychiatrischen Kliniken in der Deutsch- und der Westschweiz neue Formen von vor- und nachstationären Angeboten entwickelt.

- In spezialisierten Aufnahmestellen (z.B. Triagestellen) werden Patientinnen und Patienten, die für eine stationäre Behandlung zugewiesen werden, zuerst abgeklärt. Das heisst, die Patientinnen und Patienten müssen nicht zwingend zuerst stationär aufgenommen werden, sondern erhalten, je nach Bedürfnis, eine ambulante Behandlung oder werden in Notfallsituationen dem Kriseninterventionszentrum zugewiesen.⁶² Diese neue Aufnahmeform fokussiert darauf, dass die Patientinnen und Patienten an den bestmöglichen Behandlungsplatz überwiesen werden. Erste Evaluationen zeigen, dass in 17 Prozent der Fälle keine stationäre Aufnahme notwendig und eine ambulante oder intermediäre Behandlung zielführender war (vgl. Anhang: Beispiele guter Praxis, Nummer 2 und 4).
- Bei der poststationären Übergangsbehandlung handelt sich um eine zeitlich befristete ambulante-aufsuchende Behandlung. Ziel ist es, die im stationären Setting erarbeiteten Hilfestellungen auch im häuslichen Umfeld umzusetzen und in den Alltag zu integrieren. Die Evaluation dieser poststationären Behandlungen zeigt, dass – obwohl die bedarfs- und personenorientierte Nachbehandlung noch optimiert werden kann – die stationären Aufenthalte um 10 Prozent verkürzt werden konnten.⁶³ (vgl. Anhang: Beispiele guter Praxis, Nummer 4).

Bislang führten diese lokalen Modellprojekte trotz positiver Evaluationsergebnisse zu keinen überregionalen Weiterentwicklungen der psychiatrischen Angebotsstrukturen. Es bleibt unklar, weshalb sich in der Schweiz «Beispiele guter Praxis» für besser koordinierte Behandlungsabläufe (kostengünstigere Angebote mit besserer Behandlungsqualität) nicht wie in anderen Ländern national etablieren. Finanzierungshemmnisse, fehlende berufliche Qualifikationen oder lokale Bedingungen sind die meist genannten Gründe.⁶⁴

psychiatric ward: Is it feasible and how does it affect staff satisfaction? *Psychiatric Q* (2014) 85:225239.

⁶¹ Büchi Stefan, Berney Alexandre, Kurt Hans. Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie in der Schweiz – Gegenwart und Zukunft. *Schweizerische Ärztezeitschrift*, 2010; 91:4.S. 120–121.

⁶² <<https://www.pdag.ch/diagnose-behandlung/psychiatrie-und-psychotherapie/kriseninterventions-und-triagezentrum/>> Stand: 4. September 2015.

⁶³ Gebhart Ralf-Peter, Lüthi Regula, Dammann Gerhard. Poststationäre Übergangsbehandlung in der Psychiatrie. *Krankenpflege*. 6/2013. S. 20-23.

⁶⁴ OECD. Making mental health count. The social and economic costs of neglecting mental health care. Paris, 2014.

2.5 Inanspruchnahme von medizinischen Behandlungen bei psychischen Erkrankungen

Wie unter Ziffer 2.2 ausgeführt berichteten 18 Prozent der Bevölkerung ab 16 Jahren im Rahmen der SGB 2012, dass sie sich mittel bis stark psychisch belastet fühlen. Das heisst, dass sie aus klinischer Sicht mehrheitlich an einer behandlungsbedürftigen psychischen Krankheit leiden dürften. In der gleichen Befragung (Selbstbefragung) gaben jedoch nur 5,4 Prozent der Bevölkerung ab 16 Jahren an, dass sie sich in den letzten 12 Monaten wegen psychischer Probleme behandeln liessen. Gegenüber den Ergebnissen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung aus dem Jahre 1997 ist eine leichte Zunahme bei den Behandlungen aufgrund von psychischen Problemen zu verzeichnen. Das trifft insbesondere bei den 25- bis 64-jährigen Personen zu (Zunahme von 4,1 auf 5,4 Prozent).⁶⁵

Aufgrund der häufigen Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen muss allerdings davon ausgegangen werden, dass selbstberichtete Angaben auch zu einer Unterschätzung der Inanspruchnahme von medizinischen Behandlungen führen. Wiederum ist darauf hinzuweisen, dass psychisch kranke Personen aufgrund ihrer besonderen Lebenslage weniger in der Lage sind, an solchen Befragungen teilzunehmen und somit untervertreten sind. Es wird geschätzt, dass 3,3 Prozent aller Kinder und Jugendlichen in der Schweiz ambulant oder stationär wegen einer psychischen Erkrankung behandelt werden.⁶⁶

Eine europäische Studie bestätigt, dass nur rund ein Drittel bis die Hälfte der psychischen Krankheiten behandelt wird.⁶⁷

Die Differenz zwischen der Häufigkeit von psychischen Krankheiten und der Inanspruchnahme von medizinischer Behandlung ist einerseits darauf zurückzuführen, dass die gesellschaftliche Stigmatisierung von psychisch Erkrankten keine oder erst eine verzögerte Inanspruchnahme einer medizinischen Behandlung durch die Betroffenen mit sich bringt. Andererseits werden psychische Erkrankungen oft erst spät oder gar nicht erkannt, und die damit einhergehenden Symptome und Beschwerden werden in der Folge nicht adäquat behandelt. Inkorrekte Diagnosestellungen und daraus resultierende Fehlbehandlungen von psychischen Erkrankungen müssten nicht nur aus ethischen, sondern auch als wirtschaftlichen Gründen möglichst vermieden werden.^{68,69}

Gleichzeitig gehen psychische Erkrankungen meist mit einer generell höheren Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen einher. Eine Analyse der Daten einer grossen Krankenversicherung aus dem Jahr 2014 zeigt, dass bei psychisch erkrankten Personen sowohl die Anzahl Konsultationen bei Spezialisten als auch die Anzahl unterschiedlich konsultierter Spezialisten höher ausfällt als beim Durchschnitt aller versicherten Personen.⁷⁰

Fazit

Für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Angebotsstrukturen sind folgende Erkenntnisse von besonderer Bedeutung:

- Psychische Erkrankungen treten häufig auf. Sie können bereits in der Jugend entstehen, im Alter steigt die Häufigkeit der psychischen Krankheiten nochmals an. Bis zu einem Drittel der Schweizer

⁶⁵ <<http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2012/files/de/02f7.xml>> Stand: 29. Juni 2015.

⁶⁶ Haemmerle Patrick. Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in der Schweiz. – Ist-Zustand und Perspektiven. Basel, 2007.

⁶⁷ Wittchen, Jacobi, Rehm, Gustavson, Svensson, Jönsson et al.: the size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010.

⁶⁸ Baltensperger C.GraweK. (2001). Psychotherapie unter gesundheitsökonomischem Aspekt. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 30, 10–21.

⁶⁹ Stoschek Jürgen. Wir sind auf den steigenden Bedarf nicht vorbereitet. Deutsche Ärztezeitung. 14. April 2015.

⁷⁰ Brüngger Beat, Fischer Barbara, Früh Matthias, Rapold Roland. Koordinationsbedarf leistungsintensiver Patienten. Olten, 2014. S. 34–43.

Bevölkerung leiden innerhalb eines Jahres an einer psychischen Krankheit, die mehrheitlich behandlungsbedürftig ist.

- Die Diagnostik von psychischen Krankheiten ist vielschichtig und anspruchsvoll.
- Psychische Krankheiten haben verschiedene Schweregrade, meist treten sie in Kombination mit weiteren psychischen Krankheiten oder mit somatischen Krankheiten auf.
- Ein Drittel bis die Hälfte der erkrankten Personen nimmt professionelle Behandlung in Anspruch.
- Obwohl psychische Krankheiten in der Regel behandelbar sind, ist über ihre Symptome, die Krankheitsverläufe und die Behandlungsmöglichkeiten in der Bevölkerung wenig bekannt.
- Eine späte oder ungenügende Behandlung kann gravierende Folgen haben. So steigt unter anderem die Wahrscheinlichkeit für schwere und chronische Krankheitsverläufe sowie für das Risiko für sozialen und beruflichen Rückzug. Weitere mögliche Folgen sind Verarmung oder Suizid.

3 Rahmenbedingungen der psychiatrischen Versorgung in der Schweiz

3.1 Geschichtlicher Hintergrund

Die psychiatrischen Angebotsstrukturen in der Schweiz sind historisch gewachsen. Mit Blick auf die Zukunft der Psychiatrie ist es deshalb hilfreich, wichtige Fortschritte bei der Behandlung von psychisch kranken Personen aus der Vergangenheit kurz zusammenzufassen.

Die Betreuung kranker Personen ist viel älter als der Beginn der modernen Psychiatrie. Vom Mittelalter an bestanden Irrenhäuser und Isolationsräume in Spitälern, aber auch private Anstalten. Sie alle verfügten über rudimentäre Einrichtungen, die sowohl der Versorgung der Insassen als auch dem Schutz der Gesellschaft vor diesen dienten. Berühmte Schweizer Ärzte von Paracelsus und Felix Platter im 16. Jahrhundert bis zu Auguste Tissot und Johann Georg Zimmermann im 18. Jahrhundert leisteten wichtige Beiträge zum Verständnis von «Gemütsleiden» oder «Nervenerkrankungen».⁷¹

Im frühen 19. Jahrhundert wurden psychische Erkrankungen erstmals als soziales, politisches und medizinisches Problem wahrgenommen. In der Folge gründete fast jeder Kanton eine Heil- und Pflegeanstalt für psychisch kranke Personen, die von einem Psychiater geleitet wurde. Die meisten dieser Anstalten wurden in eigens dafür errichteten Gebäuden untergebracht, teilweise wurden ehemalige Klöster umgenutzt, wie etwa in St. Urban (LU), Bellelay (BE) oder Rheinau (ZH). Manche Einrichtungen wie die «Waldau» in Bern, die «Friedmatt» in der Basel, das «Burghölzli» in Zürich, die «Cery» in Lausanne oder die «Bel-Air» in Genf dienten gleichzeitig als Universitätskliniken. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts und zu Beginn des 20. Jahrhunderts entstanden auch psychiatrische Privatkliniken wie zum Beispiel die Klinik Wyss (BE), das Sanatorium Kilchberg (ZH) oder die Klinik Littenheid (TG). Sie richteten sich primär an vermögende Patientinnen und Patienten.⁷²

Auf wissenschaftlicher Ebene genossen Schweizer Psychiater ab Ende des 19. Jahrhunderts international hohes Ansehen und trugen mit ihren Arbeiten zur Theoriebildung und zu Fortschritten in der therapeutischen Behandlung bei: Auguste Forel (1848–1931), ärztlicher Leiter der psychiatrischen Klinik Burghölzli in Zürich führte die Arbeits- und Milieuthérapie ein. Damit reduzierte er den Einsatz von physischen Massnahmen (z.B. Wasserkur). Sein Nachfolger, Paul Eugen Bleuler (1857–1939), förderte die klinische Diagnostik und bewies den Nutzen von Psychiatrie in Kombination von Psychoanalyse.⁷³ Einer seiner Oberärzte, Carl Gustav Jung (1875–1961), trug wesentlich zur weiteren psychiatrischen Theoriebildung und zu Fortschritten in der Behandlung von psychischen Erkrankungen bei.

Dank der gut ausgebauten psychiatrischen Infrastruktur und der langen Forschungstradition konnten auch im 20. Jahrhundert Schweizer Psychiater einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen leisten. Im ständigen Austausch zwischen Praxis und Forschung untersuchten sie langfristige Verläufe von psychischen Krankheiten und der beeinflussenden Umweltfaktoren ausserhalb der stationären Psychiatrie.^{74,75} Diese Entwicklungen ermöglichten in den 1970er Jahren, dass mehr Patientinnen und Patienten statt dauerhaft hospitalisiert, gemeindenah, bedarfsgerecht und patientenzentriert behandelt werden konnten.

Dazu wurden ambulante Hilfsangebote im Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten und ihrer

⁷¹ Rätus Luck <http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D12425.php> Stand: 13. August 2015.

⁷² Barras Vincent <<http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D8285.php>> Stand: 16. Juli 2015.

⁷³ Bleuler Eugen. Die Allgemeine Behandlung der Geisteskrankheit.

⁷⁴ Ciompi Luc, Müller Christian. Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katamnestiche Langzeitstudie. Berlin, Heidelberg, 1976.

⁷⁵ Positionspapier der Fachvertreter universitärer Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, die Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Psychosozialen Medizin. Aktuelle Lage und zukünftige Entwicklung der Psychiatrie und Psychotherapie in der Schweiz (undatiert).

Familien aufgebaut (Gemeindenähe und Ambulantisierung), stationäre Hilfen dezentralisiert und regionalisiert sowie besser koordiniert. Einzelne Spitäler der allgemeinen Grundversorgung richteten psychiatrische Abteilungen ein, um der Stigmatisierung entgegen zu wirken. Zudem wurde die Gleichstellung psychisch kranker Personen gegenüber somatisch erkrankten Patientinnen und Patienten vorangetrieben und die stationären Aufenthalte verkürzt oder durch ambulante Behandlungsformen in intermediären Angebotsstrukturen ersetzt (Bedarfsorientierung).⁷⁶ Diese Entwicklungen verbesserten die Behandlungsqualität von psychisch schwer kranken Personen deutlich, fokussierten jedoch weniger auf Massnahmen zur Unterstützung einer besseren gesellschaftlichen Teilhabe.⁷⁷

Seit der Jahrtausendwende stagniert die psychiatrische Versorgungsforschung an den schweizerischen Universitäten.⁷⁸ Stattdessen werden innovative Versorgungsmodelle in den einzelnen psychiatrischen Kliniken entwickelt, die meist keine universitäre Anbindung haben.

Gesundheitspolitische Einflüsse

Zu Beginn der 2000er-Jahre setzte die WHO «Mental Health» auf die gesundheitspolitische Agenda und unterstützte fortan die Mitgliedstaaten dabei, ihre Angebote zum Schutz und zur Förderung der psychischen Gesundheit sowie zur Behandlung psychischer Krankheiten und zur sozialen und beruflichen Integration von psychisch kranken Personen zu modernisieren.⁷⁹ Das Regionalbüro Europa der WHO in Kopenhagen entwickelte gemeinsam mit der Europäischen Union und teilweise auch mit der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) massgeschneiderte Grundlagen für die europäischen Länder.⁸⁰

In der Schweiz griffen Bund und Kantone das Thema «Psychische Gesundheit» im Jahre 2000 erstmals im Rahmen des Projekts «Nationale Gesundheitspolitik Schweiz» auf und verabschiedeten den ersten Strategieentwurf zum Schutz, zur Förderung, zum Erhalt und zur Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz.⁸¹ Das damals neu gegründete Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) baute einen Kompetenzbereich Psychische Gesundheit auf und stellt kontinuierlich für den Bund, die Kantone und weiter interessierte Kreise wissenschaftliche Grundlagen bereit (vgl. Ziffer 6.2).⁸²

3.2 Gesetzliche Grundlagen

Für die Sicherstellung der Diagnostik, Früherkennung, Behandlung sowie der sozialen und beruflichen Integration von psychisch kranken Personen gelten die gleichen gesetzlichen Grundlagen wie für die somatischen Erkrankungen.

⁷⁶ Kuhl Christian. Stationäre Psychiatrie in der Schweiz. 2000–2006. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Arbeitsdokument 31. Neuchâtel, 2008. S. 13–20.

⁷⁷ Kurt Hans, Lang Undine E. Rabenschlag Franziska. Charakteristika und Herausforderungen der aktuellen psychiatrischen Versorgung in der Schweiz. Work in progress. Transmitter, 2015.

⁷⁸ Meyer Peter C. Rička Regula. Wissenschaftliche Informationen zur psychischen Gesundheit in der Schweiz. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel, 2005.

⁷⁹ WHO. Mental Health: New Understanding, New Hope, Geneva, 2001.

⁸⁰ OECD. Making Mental Health Count. Health Policy Studies. Paris, 2014.

⁸¹ Nationale Gesundheitspolitik Schweiz. Psychische Gesundheit, 2004.

⁸² <<http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/04.html>> Stand: 18. Juli 2015.

Tabelle 2: Übersicht über die gesetzlichen Regelungen auf Ebene des Bundes

Regelungsgegenstand	Gesetzliche Grundlagen*	Zuständigkeit
Leistungen bei Krankheit	Im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) sind die Voraussetzungen für die Leistungsvergütung und die Anerkennung von Leistungserbringern, die Vorgaben für die Spitalplanung und die Tarifstrukturen sowie Massnahmen zur Qualitätssicherung geregelt.	Bund (BAG)
Berufliche Integration	Das Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) regelt Eingliederungsmassnahmen und legt die Bedingungen für die Ausrichtung der Renten fest. Zu den Anspruchsvoraussetzungen für eine Rente gehört unter anderem, dass sämtliche Möglichkeiten einer Eingliederung ausgeschöpft wurden.	Bund (BSV), Kantone
Personenrechte und Kinderrechte	Am 1. Januar 2013 wurde im Rahmen einer Revision der entsprechenden Bestimmungen des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB, SR 210) das seit 1912 beinahe unverändert gebliebene Vormundschaftsrecht durch das neue KESR abgelöst.	Bund (BJ), Kantone
Straf- und Massnahmenvollzug bei psychisch kranken Straftäter/innen	Die Anordnung therapeutischer Massnahmen bei psychisch kranken Straftäterinnen und Straftäter ist im Strafgesetzbuch (StGB, SR 311.0) geregelt.	Bund (BJ), Kantone
Aus- und Weiterbildung für die Medizinal-, Gesundheits- und Sozialberufe	Siehe Ziffer 3.3	Bund (BAG resp. SBF), Kantone

* In Ergänzung zu den Bundesgesetzen gibt es verschiedene kantonale Gesetze (z.B. Gesundheitsgesetze, Spezialgesetzgebungen zu schulärztlichen und schulpyschologischen Diensten, zur Spitalfinanzierung, zu organisatorisch-administrativen Aufgaben der IV-Stellen usw.).

3.3 In der psychiatrischen Versorgung tätige Fachpersonen

Allgemeine Innere Medizin

Die ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorger spielen bei der psychiatrischen Versorgung eine wichtige Rolle. In der aktuellen Weiterbildung zum Facharztstitel «Allgemeine Innere Medizin» werden die zukünftigen Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung allerdings nicht verpflichtet, ihre Kenntnisse und Erfahrungen in der Diagnostik und der Behandlung von psychisch kranken Personen weiter zu vertiefen bzw. einen Teil der Weiterbildung in der Psychiatrie zu absolvieren, obwohl gut 30 Prozent der Patientinnen und Patienten in Allgemeinpraxen an einer psychischen Erkrankung oder an psychischen Folgen einer körperlichen Erkrankung leiden.⁸³ Mit dem zunehmenden Anteil an Versicherten, die in einem Hausarztmodell versichert sind, nimmt allerdings die Bedeutung der Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung für die frühzeitige Diagnose und Behandlung von psychischen Erkrankungen zu.

Ärztinnen und Ärzte können eine privatrechtliche Weiterbildung zur Diagnostik und Behandlung von psychischen Krankheiten erwerben. Zurzeit gibt es dazu folgende Fähigkeitsausweise:⁸⁴

- Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (inkl. Dignität für delegierte Psychotherapie)

⁸³ Bundesamt für Gesundheit (BAG). Zur aktuellen Situation der ärztlichen Grundversorgung. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit der beiden Räte (SGK-S/N). Bern. (Undatiert). S. 6.

⁸⁴ <<http://www.fmh.ch/bildung-siwf/fachgebiete/faehigkeitsprogramme.html> Stand> 11. August 2015.

- Delegierte Psychotherapie

Facharzttitle «Psychiatrie und Psychotherapie» und «Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie»

Die Facharzttitle «Psychiatrie und Psychotherapie» und «Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie» befähigen Ärztinnen und Ärzte zum selbstständigen sowie eigenverantwortlichen Erkennen, Verstehen, Behandeln und Vorbeugen psychischer Störungen und Erkrankungen bei Erwachsenen bzw. Kindern und Jugendlichen. Beide fachärztlichen Weiterbildungen dauern sechs Jahre. Ergänzend sind Spezialisierungen in folgenden Schwerpunkten möglich:⁸⁵

- Alterspsychiatrie und -psychotherapie
- Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie
- Forensische Psychiatrie und Psychotherapie (Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche)

An den Schnittstellen zu anderen Gesellschaftsbereichen (vgl. Ziffer 5) übernehmen die Psychiaterinnen und Psychiater hauptsächlich gutachterliche Tätigkeiten. Die Gutachtertätigkeit ist Teil des akkreditierten Weiterbildungsprogramms. Bevor die Gutachtertätigkeit aufgenommen werden darf, müssen mindestens 10 Gutachten unter Supervision nachgewiesen werden können. Damit gilt, dass grundsätzlich jeder Inhaber und jede Inhaberin eines eidgenössischen oder anerkannten Facharzttitle in Psychiatrie und Psychotherapie Gutachten erstellen kann. Seit 2008 können sich diese Fachärztinnen und -ärzte von der Interessensgemeinschaft für Versicherungsmedizin Schweiz nach erfolgreichem Besuch eines Gutachterkurses in der Schweiz als Gutachterin resp. Gutachter für Versicherungsmedizin zertifizieren lassen.⁸⁶

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Mit der Inkraftsetzung des Bundesgesetzes über die Psychologieberufe (PsyG, SR 935.81) am 1. April 2013 ist die Aus- und Weiterbildung der Psychotherapeutinnen und -therapeuten schweizweit harmonisiert worden. Somit sind die Psychologieberufe den bundesrechtlichen Regelungen betreffend Aus- und Weiterbildung sowie der Berufsausübung unterstellt. Für die Verwendung der Berufsbezeichnung «Psychologe» ist neu ein Masterabschluss in Psychologie Voraussetzung. Im Bereich der Psychotherapie wurde zum Schutz der Klientinnen und Klienten vor unqualifizierten Anbietern ein einheitliches und gesamtschweizerisch geltendes Bewilligungssystem mit Berufspflichten und Aufsicht eingeführt. Die Aufsicht wird von den Kantonen wahrgenommen. Psychotherapie in eigener fachlicher Verantwortung darf neu nur noch privatwirtschaftlich ausüben, wer ein Psychologiestudium auf Masterstufe abgeschlossen und eine akkreditierte psychotherapeutische Weiterbildung absolviert hat.⁸⁷

Psychiatrische Pflege

Die Bestimmungen für die Diplomausbildungen in Gesundheits- und Krankenpflege der vom Schweizerischen Roten Kreuz anerkannten Schulen aus dem Jahr 1992 führten zu einer «Generalistenausbildung». Dies hatte zur Folge, dass pflegerische Spezialisierungen auf der Diplomstufe abgeschafft wurden. Damals war man der Ansicht, dass Spezialisierungen in der Pflege als Weiterbildungen geregelt werden sollten.⁸⁸ In keiner der darauffolgenden Bildungsreformen für die Pflegeberufe konnte jedoch eine spezialisierte Weiterbildung in Psychiatriepflege eingeführt werden, welche die Pflegefachpersonen auf die ambulante oder die stationäre Pflege und Betreuung von psychisch kranken Personen vorbereitet.⁸⁹ Gegenwärtig werden Pflegeausbildungen sowohl an

⁸⁵ Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung. Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie. Bern, 2013.

⁸⁶ <<http://www.swiss-insurance-medicine.ch/de/medizinische-fachpersonen.html>> Stand: 11. August 2015.

⁸⁷ <<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20091366/>> Stand: 11. August 2015.

⁸⁸ Schweizerisches Rotes Kreuz. Diplomausbildungen in Gesundheits- und Krankenpflege. Bern, 1992.

⁸⁹ Bundesamt für Berufsbildung und Technologie. Politischer Steuerungs- und Koordinationsbedarf zur Umsetzung der Bildungssystematik und zur Sicherstellung eines bedarfsorientierten Bildungsangebotes bei den Pflegeberufen auf Ebene

Höheren Fachschulen wie Fachhochschulen angeboten, wobei je nach Kanton und Landesteil nur die eine oder die andere, oder beide Ausbildungen parallel angeboten werden. Zudem wird auf Stufe der Sekundarstufe II die Berufslehre Fachfrau/-mann Gesundheit EFZ (FaGe) angeboten.⁹⁰ Für diese berufliche Grundbildung bieten psychiatrische Kliniken die betrieblichen Ausbildungsanteile an. Im Rahmen des Projekts «Eidgenössische Prüfungen im Pflegebereich» soll nun auf Stufe höhere Fachprüfung und Berufsprüfung eine Spezialisierung in «Psychiatriepflege für Menschen mit einer Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit» eingeführt werden.⁹¹ Zurzeit gibt es eine Lücke von gut 20 Jahren ohne in Psychiatrie spezialisierte Pflegefachpersonen mit einem anerkannten Weiterbildungsabschluss. Da die Pflegenden in den interprofessionellen Teams der intermediären Angebotsstrukturen (vgl. Ziffer 4.2) allein im Einsatz sind und im häuslichen Umfeld selbstständig handeln müssen, fällt der Mangel an spezialisierter Psychiatriepflege in diesen Angeboten besonders ins Gewicht.

Genesungsbegleiterinnen und -begleiter

Seit 2007 unterstützt die Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana in der Deutschschweiz die Durchführung von Kursen für die Genesungsbegleitung. Diese Kurse wenden sich an erfahrene Personen mit psychischen Erkrankungen. Aktuell sind die Kurse zweistufig aufgebaut: Die erste Stufe vermittelt die Fundamente des Genesungsprozesses. Wer als geschulte Genesungsbegleiterin bzw. geschulter Genesungsbegleiter bei der Begleitung von psychisch kranken Patientinnen und Patienten mitarbeiten will, besucht einen Anschlusskurs. Die Ausbildungskosten teilen sich die Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer, die interessierten Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, die eine Genesungsbegleiterin bzw. einen -begleiter einstellen, und die Pro Mente Sana.⁹² Evaluationen dieser Kurse zeigen, dass die Genesungsbegleitung sowohl für die ehemals psychisch kranke Person als auch für die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber einen Gewinn bringt.⁹³ Beispielsweise können Genesungsbegleiterinnen und -begleiter aufgrund ihrer reflektierten Erfahrung Patientinnen und Patienten während einer schweren Krankheitsepisode eine positive Perspektive aufzeigen. So können die Patientinnen und Patienten psychische Erschütterungen möglichst heilsam durchstehen. Die Entwicklungen bei der Genesungsbegleitung sind noch nicht abgeschlossen: Es werden verschiedene Einsatzmöglichkeiten erprobt und Fragen der Entlohnung werden geprüft. Zudem gibt es heute mehrere Anbieter von Ausbildungskursen.

Fazit

Für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Angebotsstrukturen sind folgende Erkenntnisse von besonderer Bedeutung:

- Die Angebotsstrukturen in der Psychiatrie sind historisch gewachsen.
- Für Aspekte der Finanzierung von Behandlungskosten der psychischen Krankheiten gelten die gleichen gesetzlichen Grundlagen wie für somatische Erkrankungen.
- In der Psychiatrie sind verschiedene Berufsgruppen tätig. Für die Ärztinnen und Ärzte, die Psychologinnen und Psychologen gibt es klar geregelte Spezialisierungen. Bei den Pflegefachpersonen ist eine psychiatrische Spezialisierung in Planung.

Bund und Kantone. Bern. 2010.

⁹⁰ Ebenda.

⁹¹ <http://www.odasante.ch/Eidgenoessische_Pruefungen_im_Pflegebereich.html> Stand: 11. August 2015.

⁹² <<https://www.promentesana.ch/de/angebote/recovery-und-peer/peer-weiterbildung.html>> Stand: 22. September 2015.

⁹³ Rabenschlag Franziska, Hoffmann Holger, Conca Antoinetta, Schusterschitz Claudia. Who benefits from peer support in psychiatric institutions. *Psychiatric Quarterly*, 83 (2), 209-220.

4 Analyse der Entwicklung der Angebotsstrukturen

4.1 Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel wird dargestellt, wie sich die Angebotsstrukturen in den vergangenen 11 Jahren verändert haben. Die Entwicklung der drei Angebotsstrukturen «ambulant», «intermediär» und «stationär» wird jeweils anhand der folgenden Kriterien untersucht.⁹⁴

- Inanspruchnahme
- Organisatorische Aspekte
- Finanzielle Aspekte
- Personelle Ressourcen

Die Analysen basieren auf den Statistiken des Bundesamtes für Statistik (BFS), auf spezifischen Auswertungen des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) und des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) sowie auf Studien von Forschungseinrichtungen (Universitäten, Fachhochschulen) oder privaten Unternehmen und Gesprächen mit ausgewählten Expertinnen und Experten. Alle statistischen Angaben beziehen sich jeweils auf das zuletzt verfügbare Jahr. Zudem liess das BAG zur Abklärung des Entwicklungsstandes der kantonalen Psychiatrieplanungen 2012, in Zusammenarbeit mit der GDK, eine Bestandsaufnahme der kantonalen Psychiatriekonzepte und deren Umsetzung erstellen. Diese Studie – nachfolgend als «*Bestandsaufnahme 2012*» zitiert⁹⁵ – orientierte sich am Leitfaden für die Psychiatrieplanung der GDK. Von 26 Kantonen beteiligten sich 24 Kantone sowohl an der Dokumentenanalyse als auch an der schriftlichen Befragung. Die Ergebnisse der «*Bestandsaufnahme 2012*» beschreiben die psychiatrischen Angebote in der Schweiz vor allem qualitativ. Für einen quantitativen Vergleich zwischen den Kantonen eignen sich die Studienergebnisse allerdings nicht. Dazu werden in der Praxis die Begrifflichkeiten zu unterschiedlich verwendet und die Ausgangsbedingungen in den Kantonen waren damals zu unterschiedlich.

Allerdings können mit den vorhandenen Daten und Studien verschiedene wichtige Fragen nicht abschliessend beantwortet werden; dies betrifft insbesondere:

- die Analyse der Zuweisungsmuster im ambulanten Bereich (z.B. wer Patientinnen und Patienten an andere Leistungserbringer überweist oder zu welchem Zeitpunkt des Krankheitsverlaufs die Überweisung erfolgt);
- Informationen zu den Wartezeiten für eine Behandlung bei einer Psychiaterin bzw. bei einem Psychiater bzw. einer psychiatrischen Klinik;
- Informationen zur Anzahl der Pflegefachpersonen, die in den intermediären Angeboten arbeiten.

Zudem sind zur Ermittlung des Versorgungsbedarfs zuverlässige epidemiologische Studien über psychische Krankheiten notwendig. Wenn nur Behandlungsstatistiken herangezogen werden, bleiben Personen mit potenziellem Behandlungsbedarf unberücksichtigt, die keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen.

4.2 Entwicklung ambulanter Angebotsstrukturen

Die ambulanten Angebote stellen die medizinisch-pflegerische Grundversorgung von psychisch

⁹⁴ Donabian Avedis, Arbor Ann. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Vol 1. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Health Administration Press; 1980.

⁹⁵ <<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/14150/14168/?lang=de>> Stand. 7. Januar 2015.

kranken Personen sicher. Sie sind insbesondere für folgende Gruppen von Patientinnen und Patienten geeignet:

- neu erkrankte Personen;
- Personen mit einem weitgehend stabilen Gesundheitszustand, die Behandlungsvereinbarungen in der Regel wahrnehmen können und keine allzu grosse zusätzliche Unterstützung bei der Alltagsbewältigung benötigen.

Diese Gruppe von Patientinnen und Patienten, die häufig an einer psychischen und einer somatischen Erkrankungen leiden, werden von Hausärztinnen und -ärzten sowie von Ärztinnen und Ärzte mit Facharzttitel «Psychiatrie und Psychotherapie» diagnostiziert und behandelt. Psychotherapeutische Behandlungen können – einen entsprechenden Fähigkeitsausweis vorausgesetzt – auch an qualifizierte Psychotherapeutinnen und -therapeuten delegiert werden (delegierte Psychotherapie). Zur Unterstützung bei der Alltagsbewältigung kann auch Hilfe und Pflege zu Hause (Spitexdienste) verschrieben werden.

Inanspruchnahme

Laut dem «Monitoring Psychische Gesundheit 2012» wurden 2010 insgesamt 61,5 Prozent der psychiatrische Diagnosen in ambulanten Arztpraxen von Psychiaterinnen und Psychiater, 36,0 Prozent von Allgemeinpraktizierende und 2,5 Prozent von anderen Ärztinnen und Ärzten gestellt (Total 10 649 000 Konsultationen, pro Patientin oder Patient sind mehrere Diagnosen durch verschiedene Ärztinnen und Ärzte möglich). Depressionen gehen meist mit anderen Krankheiten einher. Je stärker die psychische Belastung, umso häufiger suchen die Patientinnen und Patienten eine Ärztin oder einen Arzt auf.⁹⁶ Die Allgemeinpraktizierenden diagnostizieren in erster Line Abhängigkeitskrankheiten und Depressionen, oft in Kombination mit somatischen Krankheiten. Ihre therapeutischen Möglichkeiten beschränken sich auf die Verschreibung von Medikamenten und eine längere Gesprächsdauer. Für psychotherapeutische Behandlungen müssen sie die Patientinnen und Patienten an einen Psychiater oder eine Psychiaterin überweisen oder in ihrer Praxis über eine delegiert arbeitende psychologische Psychotherapeutin oder einen psychologischen Psychotherapeuten verfügen.

Schätzungen gehen davon aus, dass sich jährlich ca. 340 000 Personen wegen einer psychischen Erkrankung in einer psychiatrischen Praxis ambulant behandeln lassen. Zwischen 2006 und 2010 hat die Zahl der in psychiatrischen Praxen behandelten Patientinnen und Patienten um 18,4 Prozent zugenommen (in der Allgemeinmedizin betrug die Zunahme in derselben Zeitspanne 3,3 Prozent, in allen ambulanten Praxen 8,5 Prozent). In der gleichen Beobachtungsperiode haben die Psychiaterinnen und Psychiater um 9,0 Prozent mehr Patientinnen und Patienten behandelt. Bei den Allgemeinmedizinern lag die Zunahme bei 1,4 Prozent.⁹⁷

Eine Studie zur Erhebung der Leistungen der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten aus dem Jahr 2012 zeigt, dass bei rund 85 000 Patientinnen und Patienten eine delegierte Psychotherapie angeordnet wurde. Im gleichen Jahr wandten sich 78 000 Patientinnen und Patienten aus eigener Initiative an eine freipraktizierende psychologische Psychotherapeutin bzw. einen Psychotherapeuten.⁹⁸

Organisatorische Aspekte

Während in einer allgemeinmedizinischen Praxis 2010 durchschnittlich ca. 830 Patientinnen und Patienten pro Jahr behandelt werden, sind es in einer psychiatrischen Praxis durchschnittlich (nur)

⁹⁶ Schuler Daniela, Burla Laila. Psychische Gesundheit in der Schweiz, Monitoring 2012. Obsan Bericht 52. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Neuchâtel. 2012. S. 4649.

⁹⁷ Schuler Daniela, Burla Laila. Psychische Gesundheit in der Schweiz, Monitoring 2012. Obsan Bericht 52. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Neuchâtel. 2012. S. 46–49.

⁹⁸ Stettler Peter, Stocker Désirée, Gardiol Lucien, Bischof Severin, Künzi Kilian. Strukturhebung zur psychologischen Psychotherapie in der Schweiz 2012. Bern, 2013. S. 48.

115 Patientinnen und Patienten pro Jahr – wobei eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung nicht mit einer Behandlung bei einer Hausärztin oder einem Hausarzt zu vergleichen ist.

Wie bei frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzten generell lassen sich auch die frei praktizierenden Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie die frei praktizierenden psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten hauptsächlich in Städten und den Agglomerationen nieder.^{99,100} Dadurch haben psychisch kranke Personen aus ländlichen Gegenden für spezialisierte Behandlungen längere Anfahrtszeiten. Je nach Krankheit und Begleitumständen kann dies eine zu grosse Hürde für eine entsprechende Behandlung darstellen.

Niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater sind verpflichtet, in der einen oder anderen Form Notfalldienst zu leisten. In der organisatorischen Umsetzung bestehen grosse regionale Unterschiede: In grösseren Städten (z.B. Zürich) besteht meist ein eigenständiger psychiatrischer 24-Stunden-Notfalldienst (inkl. Hausbesuche). Oder es bestehen subsidiäre psychiatrische Notfalldienste über Nacht und an Wochenenden. In anderen Gebieten kann der diensthabende Notfallarzt eine Psychiaterin oder einen Psychiater lediglich telefonisch erreichen.

Finanzielle Aspekte

Für die Vergütung der Leistungen der Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich kommt seit 2004 für die Einzelleistungsabrechnung die Tarmed-Tarifstruktur zur Anwendung. Die psychiatrischen Leistungen sind in dieser Tarifstruktur in einem eigenen Kapitel aufgeführt. Darin enthalten ist auch die delegierte psychologische Psychotherapie. Sofern die psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten von einem Arzt oder einer Ärztin mit einem Facharztstitel «Psychiatrie und Psychotherapie» oder einem Arzt oder einer Ärztin mit Fähigkeitsausweis «Delegierte Psychotherapie» angestellt sind und die Behandlungen unter deren Aufsicht und Verantwortlichkeit in der Arztpraxis vornehmen (sogenannte delegierte Psychotherapie), werden die Leistungen von der OKP vergütet. In diesem Fall gelten diese Leistungen als ärztliche Leistungen und sind unter den Voraussetzungen der Artikel 2 bis 3b in der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV; SR 832.112.31) von der Krankenversicherung zu vergüten. Die Abgeltung der Hilfe und Pflege zu Hause erfolgt nach Massgabe von Artikel 7 KLV.

Personelle Ressourcen

Da Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung (Allgemeine Innere Medizin, Pädiatrie, praktische Ärztin/Arzt) in der Regel die Krankengeschichte der Patientinnen und Patienten und ihr Umfeld gut kennen, spielen sie sowohl bei der Behandlung als auch bei der Koordination mit den intermediären und stationären Angeboten eine wichtige Rolle. Fachärztinnen und -ärzte mit dem Facharztstitel «Psychiatrie und Psychotherapie» oder «Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie» übernehmen darüber hinaus oftmals zeitaufwändige Behandlungen wahr, die Spezialwissen der Diagnostik, der Pharmakologie und Psychotherapie erfordern. Auch sie übernehmen beratende und koordinierende Aufgaben, die über die direkte Behandlung hinausgehen.

In Hinblick auf die Schätzung des zukünftigen Angebots im Bereich der ambulanten der psychiatrischen Versorgung werden nachfolgend wichtige soziodemografische Merkmale der Ärztinnen und Ärzte aus der Grundversorgung und der Fachärztinnen und -ärzte mit dem Facharztstitel «Psychiatrie und Psychotherapie» mit erteilter Praxisbewilligung dargestellt. Die Informationen für die Jahre 2011–2014 stammen aus dem Medizinalberuferegister des BAG.

⁹⁹ <<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/03/key/01.html>> Stand: 25. Oktober 2013.

¹⁰⁰ Stettler Peter, Stocker Désirée, Gardiol Lucien, et al.: Strukturhebung zur psychologischen Psychotherapie in der Schweiz 2012. Bern, 2013. S. 50.

Tabelle 3: Grundversorgerinnen und Grundversorger mit erteilter Praxisbewilligung

Merkmale	2011	2012	2013	2014
Personen mit erteilter Praxisbewilligung	11 175	11 860	12 723	13 175
Anteil Männer	71,0 %	69,8 %	68,1 %	67,0 %
Anteil Frauen	29,0 %	30,2 %	31,9 %	33,0 %
Anteil der über 55-Jährigen	45,5 %	46,1 %	45,8 %	46,7 %

Quelle: MedReg, BAG 2015.

Tabelle 4: Ärztinnen und Ärzte mit Facharztstitel «Psychiatrie und Psychotherapie» mit erteilter Praxisbewilligung

Merkmale	2011	2012	2013	2014
Personen mit erteilter Praxisbewilligung	2660	2932	3263	3379
Anteil Männer	59,6 %	59,3 %	58,5 %	58,3 %
Anteil Frauen	40,1 %	40,7 %	41,5 %	41,7 %
Anteil der über 55-Jährigen	51,0 %	51,0 %	50,0 %	51,0 %

Quelle: MedReg, BAG 2015.

Tabelle 5: Ärztinnen und Ärzte mit Facharztstitel "Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie" mit erteilter Praxisbewilligung

Merkmale	2011	2012	2013	2014
Personen mit erteilter Praxisbewilligung	555	596	645	663
Anteil Männer	40,9 %	39,6 %	38,3 %	38,6 %
Anteil Frauen	59,1 %	60,4 %	61,7 %	61,4 %
Anteil der über 55-Jährigen	49,0 %	49,8 %	51,6 %	53,3 %

Quelle: MedReg, BAG 2015.

Bei Fachärztinnen und -ärzten mit dem Facharztstitel «Psychiatrie und Psychotherapie» und erteilter Praxisbewilligung zeichnen sich im Vergleich zu den Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung mit erteilter Praxisbewilligung folgende Tendenzen ab:

- Das Durchschnittsalter der Psychiaterinnen und Psychiater ist mit 55 Jahren um 1,5 Jahre höher als das der Allgemeinpraktizierenden (53,5 Jahre).
- Der Anteil der über 55-Jährigen liegt bei den Psychiaterinnen und Psychiatern bei 51 Prozent (stabil). Bei den Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung liegt der Anteil der 55-Jährigen zwischen 45,5 und 46,7 Prozent. Zudem ist bei den Ärztinnen und Ärzten mit Facharztstitel «Psychiatrie und Psychotherapie» der Anteil der unter 44-Jährigen mit 12,7 Prozent gering.¹⁰¹ Dies liegt daran, dass Psychiaterinnen und Psychiater bei der Erlangung des Facharztstitels um 4,3 Jahre älter sind (42,2 Jahre) als andere Ärztinnen und Ärzte. Gründe dafür könnten darin liegen, dass die Berufsfindung länger dauert oder dass sich die Weiterbildungszeit aufgrund von Familienpausen verlängert.
- Der Anteil der Frauen lag 2014 bei den Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern bei 61,4 Prozent, bei den Psychiaterinnen und Psychiatern bei 41,7 Prozent und bei den Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung bei 33,0 Prozent.

Da bei der Diagnostik und die Behandlung von psychischen Krankheiten Arzt-Patienten-Gespräche eine zentrale Rolle spielen, können kulturelle und sprachliche Unterschiede zwischen den

¹⁰¹ Burla Laila, Widmer Marc. Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz – Bestand und Entwicklungen bis 2011. Obsan Bulletin 3/2012.

Behandelnden und Patientinnen und Patienten grosse Auswirkungen auf die Behandlung haben. Die Auswertung der im Medizinalberuferegister erfassten Bildungsabschlüsse der drei Ärzteguppen aus den der Jahre 2011–2014 zeigen eine Zunahme von Personen mit ausländischen Aus- und/oder Weiterbildungsabschlüssen (vgl. Tab. 6,7 und 8).

Tabelle 6: Grundversorgerinnen und Grundversorger nach Bildungsabschluss

Art des Bildungsabschlusses	2011	2012	2013	2014
Eidg. Ausbildungsabschluss (AB) und Eidg. Weiterbildungsabschluss (WB)	9650	9946	10 322	10 483*
Anteil	87,6 %	85,2 %	82,3 %	80,7 %
Anerkannter ausländischer AB und Eidg. WB	537	674	890	984
Anteil	4,9 %	5,8 %	7,1 %	7,6 %
Anerkannter ausländischer AB und anerkannter ausländischer WB	823	1050	1325	1522
Anteil	7,5 %	9,0 %	10,6 %	11,7 %

* Nicht erfasst werden Ärztinnen und Ärzte, die einen Eidg. Ausbildungsabschluss und einen anerkannten ausländischen Weiterbildungsabschluss haben.

Quelle: MedReg, BAG 2015.

Tabelle 7: Ärztinnen und Ärzte mit Facharztstitel «Psychiatrie und Psychotherapie» nach Bildungsabschluss

Art der Bildungsabschlüsse	2011	2012	2013	2014
Eidg. Ausbildungsabschluss (AB) und Eidg. Weiterbildungsabschluss (WB)	2055	2157	2260	2283*
Anteil	77,3 %	73,6 %	69,3 %	67,6 %
Anerkannter ausländischer AB und Eidg. WB	327	414	518	559
Anteil	12,3 %	14,1 %	15,9 %	15,7 %
Anerkannter ausländischer AB und anerkannter ausländischer WB	276	359	483	530
Anteil	10,4 %	12,2 %	14,8 %	16,5 %

* Nicht erfasst werden Ärztinnen und Ärzte, die einen Eidg. Ausbildungsabschluss und einen anerkannten ausländischen Weiterbildungsabschluss haben.

Quelle: MedReg, BAG 2015.

Tabelle 8: Ärztinnen und Ärzte mit Facharztstitel "Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie" nach Bildungsabschluss

Art der Bildungsabschlüsse	2011	2012	2013	2014
Eidg. Ausbildungsabschluss (AB) und Eidg. Weiterbildungsabschluss (WB)	467	487	514	518
Anteil	84,1 %	81,7 %	79,7 %	78,1 %
Anerkannter ausländischer AB und Eidg. WB	43	51	60	65
Anteil	7,7 %	8,6 %	9,3 %	9,8 %
Anerkannter ausländischer AB und anerkannter ausländischer WB	45	58	71	80
Anteil	8,1 %	9,7 %	11,0 %	12,1 %

* Nicht erfasst werden Ärztinnen und Ärzte, die einen Eidg. Ausbildungsabschluss und einen anerkannten ausländischen Weiterbildungsabschluss haben.

Quelle: MedReg, BAG 2015.

Bei den Ärztinnen und Ärzten mit Facharztstitel «Psychiatrie und Psychotherapie» beträgt der Anteil mit Eidg. Aus- und Weiterbildungsabschlüssen 67,6 Prozent (tendenziell abnehmend), bei den Ärztinnen und Ärzten mit Facharztstitel «Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie» 78,1 Prozent (tendenziell abnehmend). Bei den Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung liegt der Anteil bei 80,7 Prozent (ebenfalls tendenziell abnehmend). Unter allen Weiterbildungstiteln, die im Jahr 2012 an Ärztinnen und Ärzte vergeben wurden, wies der Bereich der Psychiatrie mit 55,6 Prozent den höchsten Anteil im Ausland ausgebildeter Ärztinnen und Ärzte aus.¹⁰² Aufgrund der zugewanderten Assistenzärztinnen und -ärzte aus dem Ausland (Lücke bei Schweizer Assistenzärztinnen und -ärzte), wird der Anteil der Ärztinnen und Ärzte mit ausländischen Diplomen und einem eidgenössischen Facharztstitel in «Psychiatrie und Psychotherapie» in den nächsten Jahren weiter zunehmen. In einem Fachbereich, der wesentlich von der sprachlichen Kommunikation und dem Verständnis für das soziokulturelle Umfeld abhängt, kann dies zu einem Problem bei der Diagnostik und Behandlung psychischer Krankheiten werden.

Ende 2014 verfügten laut dem FMH-Ärzteindex zusätzlich 403 Ärztinnen und Ärzte über einen Fähigkeitsausweis in «Delegierter Psychotherapie».¹⁰³

Modellrechnungen zeigen, dass in 10 Jahren mit einem Mangel von rund 1000 Psychiaterinnen und Psychiatern für Kinder, Jugendliche und Erwachsene zu rechnen ist, die kulturell und sprachlich den gleichen Hintergrund wie ihre Patientinnen und Patienten haben.¹⁰⁴ Gemäss Angaben der Chefärztinnen und Chefarzte der psychiatrischen Kliniken besteht seit ein paar Jahren ein zunehmender Mangel an Assistenzärztinnen und -ärzten inländischer Herkunft, die eine Spezialisierung in «Psychiatrie und Psychotherapie» anstreben.

Aktuell weist die Schweiz im internationalen Vergleich noch die höchste Dichte an Psychiaterinnen und Psychiatern mit erteilter Praxisbewilligung (0,41/1000 Einwohnerinnen und Einwohner [2014]) auf.¹⁰⁵ Bei den Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung liegt die Dichte der erteilten Praxisbewilligungen bei 1,6/1000 Einwohnerinnen und Einwohner (2014). Bei beiden Arzttypen nimmt die Dichte seit 2011 tendenziell zu.¹⁰⁶

Bei den ambulanten Angeboten stellt die Dichte der Psychiaterinnen und Psychiater die einzige zuverlässig messbare Kennzahl dar, die für internationale Vergleiche herangezogen wird. Im OECD-Vergleich ist diese Ärztedichte überdurchschnittlich hoch, wenn das Total der einmal erworbenen Facharztstitel in «Psychiatrie und Psychotherapie» verglichen wird. Da die Mehrheit der europäischen Länder eine Differenz zwischen der Häufigkeit von psychischen Krankheiten und der Inanspruchnahme von Behandlung aufweist, bleibt offen, welches Land die dem Versorgungsbedarf angemessenste Dichte der Psychiaterinnen und Psychiater besitzt. Zudem ist bei diesen Vergleichen auch die Aufgaben- und Kompetenzverteilung innerhalb der in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen im ambulanten Versorgungsbereich mit zu berücksichtigen.

4.3 Entwicklung der intermediären Angebotsstrukturen

Unter dem Begriff «Intermediäre Angebotsstrukturen» werden nachfolgend verschiedene Behandlungsangebote zusammengefasst, die eine Lücke zwischen der 24-Stunden-Betreuung im stationären Rahmen und der Sprechstunde bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten schliessen.¹⁰⁷

¹⁰² Burla Leila, Rüfenacht Jasmine. Ausbildungen in der Humanmedizin und in Pflege- und Betreuungsberufen. Neuchâtel, Obsan Bulletin 2/2013, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

¹⁰³ <<http://aerztestatistik.myfmh2.fmh.ch>> Stand: 10. Februar 2015.

¹⁰⁴ Giacometti-Bickel Graziella, Landolt Karin, Bernath Christian, Seifritz Erich, et al. In 10 Jahren werden 1000 Psychiaterinnen und Psychiater fehlen. Schweizerische Ärztezeitung, 2013; 94: 8,

¹⁰⁵ OECD. Making mental health count. Paris, 2014, S. 179.

¹⁰⁶ Bundesamt für Gesundheit. Medizinalberuferegister, Eigene Auswertung, 2015.

¹⁰⁷ Weber Roland. Zur Finanzierung ambulanter psychiatrischer Dienste. 2010, S. 3. (unveröffentlicht).

Sie richten sich an folgende Gruppen von Patientinnen und Patienten:

- Personen, die an sozialen und beruflichen Integrationsprogrammen teilnehmen;
- Personen bzw. Familien mit Mehrfachbelastungen, die direkte Unterstützung bei der Alltagsbewältigung benötigen;
- Personen, die aufgrund des Gesundheitszustandes auf Unterstützung angewiesen sind, sei es bei der Gestaltung von zwischenmenschlichen Beziehungen oder bei der Alltagsbewältigung (z.B. Ernährung, Körperpflege).

In der Schweiz weit verbreitet sind Ambulatorien und Tageskliniken, in denen Patientinnen und Patienten je nach Behandlungsbedarf durch interprofessionell zusammengesetzte Behandlungsteams wöchentlich bis täglich behandelt/betreut werden. Zudem haben sich verschiedene weitere psychiatrische Dienstleistungen im prä- und poststationären Bereich entwickelt (vgl. Anhang 1: Beispiele guter Praxis 2 bis 4). 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.¹⁰⁸ Intermediäre Angebotsstrukturen stellen eine wichtige Angebotsform für die psychiatrischen Versorgung dar, da sie anstelle von stationären Behandlungen oder im Nachgang zu einem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik koordinierte und integrierte Behandlungen (meist) in Wohnortnähe der Patientinnen und Patienten anbieten.

Zu den bestehenden Angebotsstrukturen sind keine aktuellen Übersichten verfügbar. In einem 2006 erstellten Inventar wurden 58 Institutionen, 93 Dienste und 497 Abteilungen mit ambulanten und teilstationären psychiatrischen Angeboten beschrieben, die unterschiedlichste Behandlungsformen und Dienstleistungen anboten.¹⁰⁹

Tageskliniken

Hier handelt es sich um Einrichtungen mit therapeutischen Schwerpunkten, in denen sich akut oder subakut psychisch kranke Personen mit ausreichend stabilem sozialem Hintergrund tagsüber und über eine beschränkte Zeitdauer aufhalten. Nächte und Wochenenden verbringen die Patientinnen und Patienten im gewohnten häuslichen Umfeld.

Meist besteht ein fester Wochenplan mit verschiedenen spezifischen Therapieangeboten (Einzel- und Gruppensetting), diese reichen von der Soziotherapie (Kochen, Einkaufen) über Ergo-, Arbeits- oder Kreativtherapie sowie Sporttherapie hin zu psychotherapeutischen Gruppen- und Einzelgesprächen. Zudem werden die Aktivitäten des täglichen Lebens vom Behandlungsteam mit den Patientinnen und Patienten geteilt und therapeutisch genutzt. Einen wichtigen Stellenwert nimmt auch der Einbezug des sozialen Umfelds wie zum Beispiel Angehörige, amtliche Bezugspersonen, Arbeitgeber und des allenfalls bereits bestehenden Therapeutinnen- und Therapeutennetzes ein. Die Behandlungsteams sind multiprofessionell zusammengesetzt und bestehen meist aus Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachpersonen, Psychologinnen und Psychologen, Ergo- und Kunsttherapeutinnen und -therapeuten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern sowie Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen.

Ambulatorien

Ambulatorien sind institutionsbasierte ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen, deren Teams analog zu denjenigen der Tageskliniken multiprofessionell zusammengesetzt sind. Neben niederschwellig zugänglichen Notfall- und Kriseninterventionsangeboten und Beratungsleistungen bieten Ambulatorien in der Regel Konsiliar- und Liaisondienste für somatische Spitäler, rehabilitative Angebotsstrukturen sowie Wohn- und Pflegeheime an. In Ambulatorien werden Abklärungen gemacht, Betroffene und Angehörige beraten und es finden bei Bedarf Fallkoordinationssitzungen mit

¹⁰⁸ Ebenda.

¹⁰⁹ Lavignasse Carlos, Moreau.Gruet Florence. Inventar der ambulanten und teilstationären psychiatrischen Einrichtungen in der Schweiz, 2006. Obsan, gehe zu Webpublikation, Diverse.

Hausärztinnen und Hausärzten und weiteren involvierten Stellen statt (z.B. Sozialbehörde der Gemeinde). Wenn ein Behandlungsbedarf vorliegt, wird entweder eine Therapie bei einem niedergelassenen Facharzt oder einer Fachärztin in die Wege geleitet oder auch eine Überweisung an eine Tagesklinik oder eine stationäre Einrichtung vorgenommen. In wenigen Fällen findet eine längere psychotherapeutische Behandlung im Ambulatorium selber statt. Zusätzlich verfügen viele Ambulatorien über präventive und anti-stigmatisierende Angebote für Risikogruppen, Arbeitgeber und weitere Zielgruppen.

«Mobile Equipen»

«Mobile Equipen» führen als aufsuchende nicht-ärztliche Hilfen Akutbehandlungen in Form von Hausbesuchen durch oder intervenieren in Krisensituationen und können so eine Alternative zur Behandlung in der Klinik darstellen. Die psychiatrischen Fachleute suchen die akut erkrankten Personen, die selber nicht mehr in der Lage sind, Hilfe aufzusuchen, zu Hause auf und erbringen ihre Dienstleistungen dort.

Aufsuchende Hilfen bei akuten Krisen und Erkrankungen müssen von längerfristigen Hilfestellungen im Bereich «Pflege zu Hause» abgegrenzt werden: Im Falle der Langzeitbehandlung besucht die aufsuchende Fachperson die Patientin oder den Patienten regelmässig in deren oder dessen Lebensumfeld. Gemeinsam werden die beeinträchtigenden Folgen der psychischen Krankheit auf das Alltagsleben ermittelt und entsprechende Massnahmen eingeleitet. Dazu zählen insbesondere die Unterstützung in der Alltagsbewältigung (Haushalt, Administration), das Planen einer Tages- und Wochenstruktur, die Überwachung der täglichen Medikamenteneinnahme, aber auch das Begleiten in Krisen durch Anleiten von Bewältigungsstrategien, das Organisieren von unterstützenden Massnahmen und das Aktivieren des Helfernetzes.

Inanspruchnahme

Schätzungen gehen davon aus, dass jährlich ca. 120 000 Personen wegen einer psychischen Erkrankung in einer intermediären Angebotsstruktur (Tagesklinik oder Ambulatorium) behandelt werden.¹¹⁰ Insgesamt wurden gemäss einer Auswertung des Datenpools SASIS AG 2014 rund 1,322 Millionen Konsultationen durchgeführt. Im Vergleich zu 2004 (774 385 Konsultationen) entspricht dies einer Zunahme um 70,7 Prozent.¹¹¹

Organisatorische Aspekte

Laut der «Bestandsaufnahme 2012» sind insbesondere Ambulatorien und Tageskliniken in allen Kantonen Bestandteil der Spitalplanung im Bereich der Psychiatrie. Die Leistungserbringer arbeiten in der Regel mit einem Leistungsauftrag, der teilweise in den kantonalen Planungskonzepten explizit oder implizit definiert ist.

In den vergangenen rund acht Jahren sind in vielen Kantonen «Modellprojekte» entwickelt und umgesetzt worden, mit dem Ziel, die Durchlässigkeit zwischen der ambulanten und der stationären psychiatrischen Versorgung zu verbessern (vgl. 2.4). Im Anhang zu diesem Bericht werden innovative Beispiele von kantonalen Modellprojekten kurz dargestellt.

Finanzielle Aspekte

Seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung am 1. Januar 2012 und dem Wegfall der Behandlungsart «teilstationär» gelten für Tageskliniken im Sinne von Artikel 5 der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL; SR 832.104) die für den ambulanten Bereich geltenden Tarife. Die

¹¹⁰ Rüesch Peter, Bänziger Andreas, Juvalta Sibylle. Regionale psychiatrische Inanspruchnahme und Versorgungsbedarf in der Schweiz. Datengrundlagen, statistische Modelle, ausgewählte Ergebnisse – eine explorative Studie. Obsan Dossier 23. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Neuchatel, 2013, S. 12.

¹¹¹ Datenpool SASIS AG/Auswertung Obsan. Neuchatel, (unveröffentlicht) 2014.

Tarifpartner haben die Möglichkeit, für diese Behandlungen Pauschalen zu vereinbaren. Wenn keine Pauschalen vereinbart werden, werden die Tarife für ambulante Einzelleistungen vergütet. Für die ärztlichen Leistungen sowie die ärztlich delegierte Psychotherapie kommt im Rahmen der OKP in diesem Fall die Tarmed-Tarifstruktur zur Anwendung.

An die psychiatrische Grundpflege entrichtet die OKP, wie für alle Pflegeleistungen, die ambulant oder im Pflegeheim erbracht werden, einen Beitrag (Art. 25a KVG). Dieser wird vom Bundesrat festgesetzt. Die Regelung der Restfinanzierung obliegt den Kantonen. Sie dürfen von den nicht durch Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Beitrags auf die Patientin oder den Patienten überwälzen.

Nach Ansicht der Kantone und der Leistungserbringer sind unter anderen folgende Leistungen in den Tarifen für Tageskliniken und Ambulatorien nicht ausreichend bzw. für andere intermediäre Angebote gar nicht abgebildet:

- Vorhalteleistungen (z. B. Präsenz, Wegzeiten), damit Kriseninterventionen ermöglicht werden können;
- Behandlungsleistungen nach der vierten Stunde (Beschränkung in der Tarmed-Tarifstruktur auf vier Stunden ärztliche oder pflegerische Behandlung pro Woche);
- Sozio- oder Milieuthherapie, d.h. Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, und andere in der Sozialpsychiatrie verbreitete Therapieformen;
- Koordinationsaufwand der Ärzte und Ärztinnen sowie der Pflegenden untereinander;
- Leistungen der nicht-ärztlichen und nicht-pflegerischen Berufsgruppen wie zum Beispiel die Vernetzungsleistungen und ambulant erbrachten Leistungen des Sozialdienstes oder die Vernetzungsleistungen von Job-Coaches und Case-Managern (Fallführung);
- Beratung von Angehörigen.

Zudem werden die geltenden Tarife von den Kantonen und Leistungserbringern als nicht kostendeckend eingestuft. Dies rührt unter anderem daher, dass die der Tarmed-Tarifstruktur zugrunde liegenden betriebswirtschaftlichen Berechnungen von der Privatpraxisinfrastruktur eines niedergelassenen Psychiaters ausgehen (z.B. nur ein Therapieraum, Konsultationen nur nach Voranmeldung, d.h. keine «Walk-in-Notfalldienste», viel administrative Eigenleistung).

In der Folge beträgt der Deckungsgrad der Vergütung durch die OKP gemäss Schätzungen der Kantone Bern und St. Gallen ca. 60 Prozent der effektiv anfallenden Kosten. Auf der Grundlage einer Erhebung des Kantons Zürich im Rahmen der Festlegung der Tarife für die Tageskliniken kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei den heute nicht gedeckten 40 Prozent bei der einen Hälfte (20 Prozent) um KVG-pflichtige Leistungen und bei der anderen Hälfte (20 Prozent) um nicht-KVG-pflichtige Leistungen handelt. Nach Ansicht der Kantone und der Leistungserbringer werden dadurch tagesklinische Behandlungen und Behandlungen durch «Mobile Equipen» trotz vergleichbarem Leistungsangebot gegenüber stationären Behandlungen benachteiligt: Die für den stationären Bereich geltenden Pauschalen decken das gesamte Leistungspaket ab.

Allerdings erfolgt heute die Abrechnung in den meisten Kantonen nicht über die Verrechnung von Einzelleistungen, sondern über die von Kanton und Krankenversicherern im Rahmen von besonderen Tarifverträgen ausgehandelten Tagespauschalen. Die Abgeltung beträgt pro Tag zwischen 165 Franken (Graubünden) und 210 Franken (Zürich). Die Restfinanzierung für gemeinwirtschaftliche Leistungen erfolgt durch Beiträge der Kantone. Diese Mitfinanzierung ist von den jährlichen Budgetentscheiden der Kantonsparlamente abhängig, was zu einer erheblichen Planungsunsicherheit auf Seiten der Leistungserbringer führt. Die intermediären Angebotsstrukturen sind somit dem aktuellen Spardruck in den Kantonen direkt ausgesetzt. Als Folge schreitet derzeit der Ausbau der intermediären Angebotsstrukturen langsamer voran, als es für eine adäquate und zeitgemässe psychiatrische Versorgung notwendig wäre.

Auch die Abrechnung der in den Ambulatorien erbrachten Leistungen erfolgt nach den für den ambulanten Bereich geltenden Tarifen. Nach Ansicht der Kantone und der Leistungserbringer besteht auch bei den Ambulatorien sowohl eine Abbildungs- wie auch eine Bewertungsproblematik, daraus ergeben sich in der Konsequenz ähnliche Finanzierungsherausforderungen wie bei den Tageskliniken. Ambulatorien weisen zudem oft eine hohe Ausfallquote auf, weil Patientinnen und Patienten krankheitsbedingt nicht in der Lage sind, die vereinbarten Termine einzuhalten bzw. sich rechtzeitig abzumelden. Auch müssen häufig Notfalleinsätze geleistet werden. Dies ist unter anderem durch die subsidiäre Funktion der Ambulatorien bedingt, welche die psychiatrische Grundversorgung abdecken, die in vielen Regionen wegen fehlender niedergelassener Fachärzte nicht vorhanden ist. Zurzeit werden die Deckungslücken von den Kantonen im Rahmen ihrer finanziellen Möglichkeiten aufgefangen. Wie bereits oben erwähnt sind auch diese Subventionen von den jährlichen Budgetentscheiden der kantonalen Parlamente abhängig.

Personelle Ressourcen

Die Behandlungsteams der Ambulatorien und der Tageskliniken sind multiprofessionell zusammengesetzt und umfassen – nebst Ärztinnen und Ärzten und Fachpersonen der Pflege und der Psychologie – auch Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie Sozialpädagoginnen und -pädagogen. Dabei kommt den Pflegenden, den Sozialpädagoginnen und -pädagogen sowie den Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern eine Schlüsselrolle zu, da sie in der Regel die Koordinations- und Vernetzungsaufgaben übernehmen.

4.4 Entwicklung der stationären Angebotsstrukturen

Die stationären Angebote zeichnen sich durch ein breites therapeutisches Angebot an sieben Tagen rund um die Uhr aus. Die stationären Behandlungen werden entweder in psychiatrischen Kliniken oder in psychiatrischen Abteilungen von allgemeinen Krankenhäusern durchgeführt. Psychiatrische Kliniken haben in der Regel eine Aufnahme- und Behandlungspflicht und übernehmen (meist) auch die Notfallversorgung. Stationäre Behandlungen sind primär bei folgenden Gruppen von Patientinnen und Patienten indiziert:

- Personen mit einem instabilen Gesundheitszustand;
- Personen, die an einer besonders schwerwiegenden Erkrankung leiden;
- Personen, die spezialisierte Therapieangebote benötigen (z. B. Borderline-Persönlichkeiten);
- Personen mit einer Selbst- oder Fremdgefährdung;
- Personen, die eine intensive psychiatrische und oder psychotherapeutische Behandlung benötigen bzw. bei denen ambulante Therapien nicht ausreichen oder zu keiner Verbesserung führten;
- Personen, die nicht mehr in der Lage sind, für sich selbst zu sorgen.

Nebst den aufgezählten Merkmalen, hängt die Indikation für eine stationäre Behandlung auch davon ab, welche anderen Angebote zur Verfügung stehen.

Inanspruchnahme

Gemäss der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser ist die Anzahl Personen, die wegen einer psychischen Krankheit in einer psychiatrischen Spezialklinik oder in eine psychiatrischen Abteilung eines allgemeinen Krankenhauses stationär behandelt und gepflegt werden, in den letzten Jahren stetig angestiegen. Im Jahr 2003 lag die Hospitalisationsrate von Patientinnen und Patienten mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose bei 7,1 pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner und stieg bis ins Jahr 2013 auf 8,0 Patientinnen und Patienten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner an. Bezogen auf die Anzahl Fälle (mehrmalige Eintritte einer psychisch kranken Person in einem Kalenderjahr möglich) nahm die Hospitalisationsrate von 9,9 Fällen (2003) auf 11,4 Fälle (2013) pro 1000

Einwohnerinnen und Einwohner zu.¹¹² 2003 wurden insgesamt rund 52 300 Patientinnen und Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung bzw. 73 000 Fälle stationär behandelt. Im Jahr 2013 waren es rund 65 400 Patientinnen und Patienten, bzw. 92 700 Fälle, dies entspricht einer Zunahme um 25,1 resp. 27,0 Prozent. Somit waren die Patientinnen und Patienten im Durchschnitt 1,39 (2003) bzw. 1,41 (2013) Mal im gleichen Jahr hospitalisiert.

In der gleichen Beobachtungszeit sind die Pflēgetage um 310'000 Tage (2 190 000 Pflēgetage im Jahr 2003 und 2 500 000 Pflēgetage im Jahr 2013) angestiegen. Dies entspricht einer Zunahme von 14,1 Prozent. Gleichzeitig nahm die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 2003 bis 2013 von 39,8 auf 35,2 Tage ab.¹¹³

In dieser durchschnittlichen Aufenthaltsdauer sind auch Patientinnen und Patienten enthalten, die länger als ein Jahr stationär behandelt werden. Wie in der akutsomatischen Versorgung nehmen auch in der Psychiatrie die Zahl und die Dauer der Langzeitaufenthalte ab. Zwischen 2003 und 2013 reduzierte sich die Fallzahl der Patientinnen und Patienten, die länger als ein Jahr hospitalisiert waren, um mehr als das Vierfache, und zwar von 1777 auf 399 Patientinnen und Patienten. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer dieser Patientinnen und Patienten ging von 3011 Tagen auf 1926 Tage zurück (das entspricht einer Abnahme um 64,0 Prozent). Die für diese Patientinnen und Patienten 2013 erbrachten 768 000 Pflēgetage entsprechen noch 14,3 Prozent der im Jahr 2003 für Langzeitaufenthalte erbrachten Pflēgetage oder 22,9 Prozent aller Pflēgetage im Jahr 2013. Werden Patientinnen und Patienten mit Langzeitaufenthalten bei der Berechnung der Aufenthaltsdauer nicht berücksichtigt, so liegt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer für Kriseninterventionen und Akutbehandlungen bei den psychiatrisch bedingten stationären Aufenthalten bei 28 Tagen.¹¹⁴ Der Median der Aufenthaltsdauer schwankt in den Jahren 2003 bis 2013 zwischen 15 und 16 Tagen.¹¹⁵

2013 erfolgten 73 Prozent aller Einweisungen in eine psychiatrische Spezialklinik durch eine Psychiaterin bzw. einen Psychiater oder durch eine Ärztin bzw. einen Arzt mit einem anderen Weiterbildungstitel. Knapp 20 Prozent der Eintritte initiierten die Patienten oder die Patientinnen selbst. Weitere einweisende Instanzen waren Rettungsdienste (1,7 Prozent) und Behörden des Zivil- oder Strafrechts (1,4 Prozent). Bei den restlichen 3,8 Prozent der Einweisungen initiierten andere Personen eine stationäre Einweisung.¹¹⁶ Zum Anteil der fürsorglichen Unterbringungen siehe Ziffer 5.2.

Aus der statistischen Erhebung der «Zusatzdaten Psychiatrie» der medizinischen Statistik der Krankenhäuser geht hervor, dass nur ein kleiner Teil der Patientinnen und Patienten als geheilt bzw. ohne weiteren Behandlungsbedarf entlassen werden kann. Ambulante Nachbehandlungen werden am häufigsten durch niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater (2013: 20 340 Fälle) durchgeführt, dies entspricht 29,4 Prozent aller Nachbehandlungen. Hausärztinnen oder Hausärzte waren bei 16,1 Prozent aller Fälle (9730 Fälle) für die Nachbehandlung zuständig. 12 862 Fälle oder 22,9 Prozent wurden zur Nachbehandlung an einen ambulanten Dienst einer Klinik überwiesen. Nachbehandlungen in Tageskliniken wurden in 2,8 Prozent aller Fälle (1930 Fälle) angeordnet. Diese Verteilung ist seit 2009 in etwa konstant geblieben (vgl. Abb. 1).

¹¹² Bundesamt für Statistik. Medizinische Statistik der Krankenhäuser. Neuchâtel, 2015.

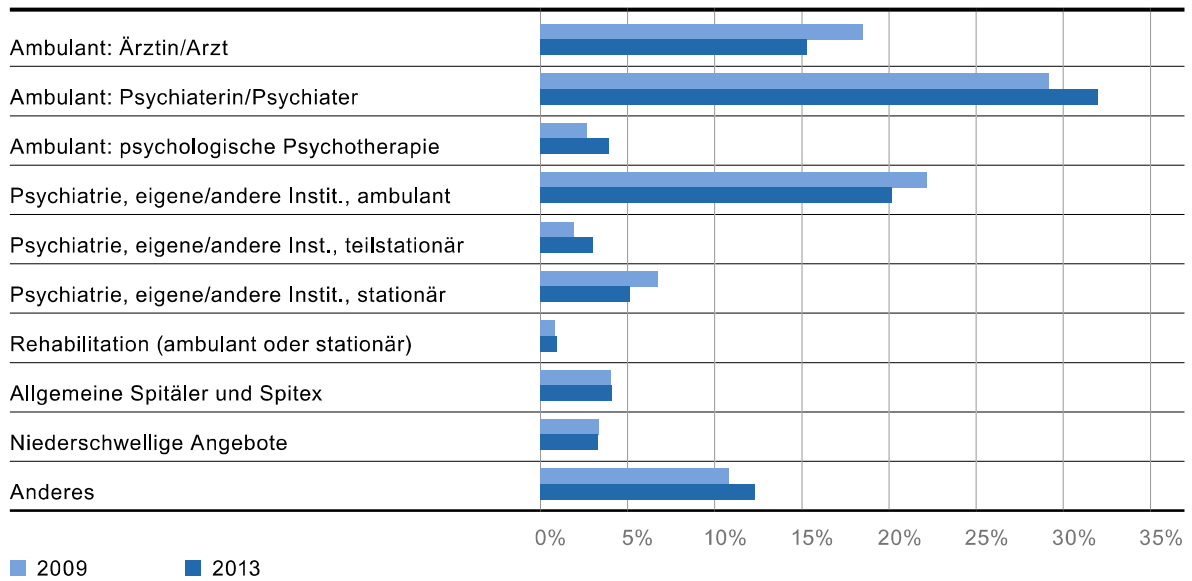
¹¹³ Ebenda.

¹¹⁴ Ebenda.

¹¹⁵ Ebenda.

¹¹⁶ <<http://www.anq.ch/psychiatrie/akutsomatik-anq-hplus0/>> Stand: 11. August 2015.

Abbildung 1: Entwicklung der Nachbehandlungen nach stationären Aufenthalten von 2009–2013 in Prozenten



Quelle: BFS 2015, Medizinische Krankenhausstatistik, Zusatzdaten Psychiatrie

Mit in- und ausländischen Studien ist gut belegt, dass rund 30-40 Prozent der Ressourcen der stationären Angebote von Patientinnen und Patienten mit mittelschweren und schweren psychischen Krankheiten in Anspruch genommen werden.^{117,118} In der nachfolgenden Tabelle 9 werden die zehn häufigsten Diagnosen und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei diesen Erkrankungen auf der Basis der Daten der Medizinischen Krankenhausstatistik dargestellt. Im Jahr 2013 waren die zehn häufigsten Diagnosen der Auslöser für insgesamt rund 50 Prozent aller Hospitalisationen. Es handelt sich um insgesamt 383 einzelne Diagnosen aus den folgenden Diagnosekategorien: organische Störungen (F0), psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1), schizophrene Erkrankungen (F2), affektive Störungen (F3) und neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen (F4).

Tabelle 9: Die zehn häufigsten Diagnosen für Hospitalisationen in der Schweiz und durchschnittliche Aufenthaltsdauer (2013)

Anzahl Fälle	Diagnose	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Tag)
9872	Abhängigkeitssyndrom (F102)	27,74
6175	Paranoide Schizophrenien (F200)	95,80
5970	Rezidivierende mittelgradige Depression (F331)	33,93
5847	Mittelgradige Depression (F321)	33,96
5183	Anpassungsstörungen (F432)	19,84
3690	Akute Intoxikation (Rausch) (F100)	5,33
3017	Rezidivierende schwere Depression (F332)	42,12
2797	Schwere Depression (F322)	34,49
2300	Borderline-Störung (F6031)	29,63
1861	Demenz ohne weitere Bezeichnung (F03)	26,26

¹¹⁷ Junghan Ulrich M. Brenner Hans-Dietrich. Heavy user of acute inpatient psychiatric services: the challenge to translate a utilization pattern into service provision. Acta Psychiatrica Scand. Suppl. 2006, (429), 24-32.

¹¹⁸ Morlino Massimo. Calento Antonio. Schiavone Vittorio et al. Use of inpatients services by heavy users: findings from a national survey in Italy. Eur. Psychiatry 2011; 26: 252-259.

Organisatorische Aspekte

Um die Kantone bei der Planung einer den Vorgaben des KVG entsprechenden psychiatrischen Versorgung zu unterstützen, erstellte die GDK 2008 den «Leitfaden zur Psychiatrieplanung».¹¹⁹ Mit diesem Leitfaden sollten die Kantone auch beim Einbezug ambulanter Angebote in die Psychiatrieplanung unterstützt werden. Der Leitfaden hatte weiter zum Ziel, zu kantonalen oder regionalen Modellprojekten im Sinne von «Beispielen guter Praxis» anzuregen.

Innerhalb der letzten zehn Jahre haben sich die Kantone vielerorts als direkte Träger der psychiatrischen Kliniken zurückgezogen. In den meisten Fällen sind diese entweder in eigene privatrechtliche Aktiengesellschaften überführt oder in Spitalgruppen integriert geworden. Dabei haben insbesondere Fusionen oder Integrationen der psychiatrischen Kliniken in Spitalgruppen zur Reduktion von Kliniken bzw. Bettenabbau geführt. Zudem werden seit 2010 Mehrstandort-Spitalzentren in den Spitalstatistiken des BFS nur noch als Gesamteinheit erfasst und die darin integrierten psychiatrischen Kliniken somit nicht mehr als separate Betriebe gezählt.

Laut der Schweizerischen Krankenhausstatistik des BFS hat die Anzahl psychiatrischer Kliniken zwischen 2003 und 2013 von 94 auf 77 Betriebe abgenommen. Die Bettenzahl in den psychiatrischen Spezialkliniken hat zwischen 2003 und 2013 um 19,9 Prozent von insgesamt 7881 auf 6308 Betten abgenommen und betrug 2013 durchschnittlich 0,8 Betten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner (im Vergleich zu durchschnittlich 3,1 allgemeinmedizinische Betten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohnern). Werden die psychiatrischen Abteilungen in allgemeinen Krankenhäusern mitgezählt, so gab es 2013 in der Schweiz 0,9 stationäre psychiatrische Betten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner.¹²⁰

Laut der «Bestandsaufnahme 2012» bestehen trotz hoher Bettenzahl vereinzelt Engpässe in der stationären Psychiatrie für Erwachsene, da keine alternativen Akutbehandlungsmöglichkeiten wie beispielsweise mobile Equipen oder Tageskliniken verfügbar sind.

Finanzielle Aspekte

Seit dem 1. Januar 2012 gilt für die Vergütung stationär erbrachter akutsomatischer Leistungen der Spitäler, dass diese durch leistungsbezogene Pauschalen (in der Regel Fallpauschalen) zu erfolgen hat. Eine gesamtschweizerische Tarifstruktur in der stationären Psychiatrie (TARPSY) wird zurzeit von SwissDRG erarbeitet und voraussichtlich 2018 eingeführt werden.¹²¹ Die Struktur soll mit einer Kombination von Tages- und Fallpauschalen der Komplexität und den Besonderheiten der stationären psychiatrischen Versorgung gerecht werden. Aktuell erfolgt die Abgeltung der stationären Behandlungen in der Psychiatrie in den meisten Kantonen noch in Form von Tagespauschalen.

Personelle Ressourcen

2013 arbeiteten laut der Schweizerischen Krankenhausstatistik 1704 Ärztinnen und Ärzte (inkl. Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung) in psychiatrischen Kliniken. Das sind 226 Ärztinnen und Ärzte weniger als im Jahr 2003.¹²² Weiter arbeiten knapp 8000 Pflegefachpersonen und über 2700 medizinisch-therapeutische Fachpersonen (Psychotherapie, Musik-, Mal-, Sporttherapie, Ergotherapie, Sozialpädagogik) in stationären psychiatrischen Einrichtungen.¹²³ Dabei stammten 2010 schätzungsweise 22 Prozent der Pflegefachpersonen aus dem Ausland.¹²⁴

¹¹⁹ <<http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=615>> Stand; 3. Juli 2015.

¹²⁰ Bundesamt für Statistik. Medizinische Statistik der Krankenhäuser. 2015.

¹²¹ <http://www.swissdr.org/de/08_psychiatrie/psychiatrie.asp?navid=43> Stand: 7. August 2015.

¹²² <<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/01/key/01.html>> Stand: 10. Februar 2015.

¹²³ Die Schweizer Spitäler. H+ Spital- und Klinik-Monitor. Psychiatrie. Bern, 2015.

¹²⁴ Jaccard Ruedin Hélène, Widmer Marcel. Ausländisches Gesundheitspersonal in der Schweiz. Obsan Bulletin 4, 2010. Neuchâtel.

4.5 Entwicklung der Kostenverteilung zwischen den Angebotsstrukturen

Die Entwicklung der Verteilung der von der OKP vergüteten Kosten der verschiedenen Angebotsstrukturen gibt einen Hinweis darauf, ob Verschiebungen zwischen den ambulanten, den intermediären und den stationären Angebotsstrukturen stattfinden. Die in der Tabelle 10 dargestellte Kostenentwicklung auf Basis der Daten des Datenpools SASIS AG zeigt, dass die Kostenzunahme der durch die OKP finanzierten Leistungen in der Psychiatrie zwischen 2004 und 2014 bei den intermediären und den ambulanten psychiatrischen Behandlungen deutlich höher ausgefallen ist als bei den stationären psychiatrischen Behandlungen:

- Die Kosten für ambulante psychiatrische Behandlungen haben zwischen 2004 und 2014 von 467 auf 781 Mio. Franken zugenommen. Dies entspricht einer Zunahme um 67,7 Prozent. Dabei verteilt sich die Zunahme in ähnlichem Umfang auf die Anzahl Konsultationen (Zunahme um 29,3 Prozent) wie auch die Durchschnittskosten pro Konsultation (Zunahme um 29,7 Prozent von 170 auf 220 Franken).
- Die Kosten für Behandlungen in psychiatrischen Ambulatorien und Tageskliniken (im Datenpool SASIS AG unter dem Begriff «Spitalpsychiatrie ambulant» zusammengefasst) haben zwischen 2004 und 2014 von 175 auf 347 Mio. Franken zugenommen. Dies entspricht einer Zunahme um 98,0 Prozent. Diese Zunahme ist primär auf die stark gestiegene Anzahl Konsultationen (Zunahme um 70,7 Prozent) zurückzuführen. Die Durchschnittskosten pro Konsultation haben in derselben Zeitspanne lediglich um 16,0 Prozent von 226 auf 262 Franken zugenommen.
- Die Kosten für die stationären psychiatrischen Behandlungen haben in derselben Zeitspanne von 595 auf 780 Mio. Franken zugenommen. Dies entspricht einer Zunahme um 31,1 Prozent. Während die Anzahl Spitaltage zwischen 2004 und 2014 um 12,8 Prozent abgenommen hat (von 3,124 Mio. Spitaltage auf 2,725 Mio. Spitaltage) haben die Durchschnittskosten pro Spitaltag um 50,2 Prozent von 190 auf 286 Franken zugenommen.
- Insgesamt haben die Kosten für die OKP-Leistungen im Bereich der psychiatrischen Versorgung zwischen 2004 und 2014 um 54,4 Prozent zugenommen (vgl. Tab. 11).¹²⁵

Tabelle 10: OKP-Kosten Psychiatriebereich, in Millionen Franken

Quelle: Obsan 2015.	2004	2009	2014	Zunahme 2004 bis 2014
Total	1236,09	1471,31	1908,07	54,37 %
Spitalpsychiatrie stationär	595,26	649,57	780,35	31,09 %
Spitalpsychiatrie ambulant	175,07	245,57	347,63	97,99 %
Ambulante Praxen	466,75	578,16	781,09	67,60 %

Im Vergleich dazu sind die Gesamtkosten der OKP-Leistungen von 2004 bis 2014 stärker angestiegen.

Tabelle 11: OKP-Kosten Total Spital, Spital ambulant und ambulante Praxen, in Millionen Franken

Quelle: Obsan 2015.	2004	2009	2014	Zunahme 2004 bis 2014
Total	13 058,80	16 337,97	20 399,28	56,22 %
Spital stationär	4699,60	5553,51	6719,80	42,99 %
Spital ambulant	2468,77	3829,54	5191,88	110,30 %
Ambulante Praxen	5889,43	6953,92	8487,60	44,12 %

¹²⁵ Datenpool SASIS AG / Auswertung Obsan. Neuchâtel, (unveröffentlicht) 2015.

4.6 Kantonale Psychiatrieplanung

Aus der «Bestandsaufnahme 2012» geht hervor, dass die Hälfte der Kantone die stationäre Psychiatrie als Teilbereich in die jeweilige kantonale Spitalplanung aufgenommen hat. Die andere Hälfte der Kantone führt eigenständige Planungsprozesse für die Psychiatrie durch. In den meisten Kantonen gibt es zwischen einer bis drei psychiatrische Kliniken, in vier Kantonen sind keine psychiatrischen Kliniken vorhanden. Die Anzahl psychiatrischer Abteilungen in Akutspitälern variiert über die Kantone hinweg ebenfalls: 12 Kantone verfügen über gar keine psychiatrischen Abteilungen in Akutspitälern, acht Kantone verfügen über ein bis vier solcher Abteilungen und zwei Kantone verfügen über mehr als vier solcher Abteilungen. Diese unterschiedlichen stationären Angebotsstrukturen können nur teilweise mit der Kantonsgrösse erklärt werden.

In 13 Kantone enthält das kantonale Psychiatriekonzept ein Leitbild zur Psychiatrie, Behandlungsziele und ein differenziertes psychiatrisches Angebot.

Weiter finden sich Planungsdokumente, die unterschiedliche Themen aus der Gesamtsicht der psychischen Gesundheit behandeln und eine vernetzte Planung und Umsetzung begünstigen. In der «Bestandsaufnahme 2012» werden denn auch kantonale Planungskonzepte als eine Stärke der heutigen psychiatrischen Versorgung gewertet. Hingegen sind die befragten Personen der Ansicht, dass die Datengrundlagen verbessert werden müssen, damit die Psychiatrieplanung auf verlässlichere statistische Grundlagen abgestützt werden kann.

Eine Mehrheit der Kantone, die sich an der «Bestandsaufnahme 2012» beteiligt hat, ist der Ansicht, dass die ambulanten und intermediären Angebote ausgebaut werden sollten.

Fazit

Für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Angebotsstrukturen sind folgende Erkenntnisse von besonderer Bedeutung:

- Die Datenlage zu den ambulanten und insbesondere zu den intermediären Angebotsstrukturen ist unvollständig und fragmentiert.
- Die Anzahl Konsultation bzw. die Anzahl Pfl egetage und die Kosten sind in allen drei Angebotsstrukturen – stationär, ambulant, intermediär – in den letzten 11 Jahren angestiegen.
- Die Analyse der Konzepte der kantonalen Psychiatrieplanungen zeigt, dass die ambulanten und intermediären Angebotsstrukturen bei weitem nicht von allen Kantonen bei der Planung der stationären psychiatrischen Versorgung mitberücksichtigt werden.

Ambulante Angebotsstrukturen

- Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Erkrankung werden häufiger von Ärztinnen und Ärzten mit einem Facharzttitel «Psychiatrie und Psychotherapie» als von Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung behandelt.
- Ärztinnen und Ärzte mit einem Facharzttitel «Psychiatrie und Psychotherapie» für Kinder und Jugendliche sowie für Erwachsene sind im Durchschnitt älter als Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung. Zudem ist auch der Frauenanteil höher.
- In der Psychiatrie arbeiten deutlich mehr Ärztinnen und Ärzte mit Aus- und/oder Weiterbildungsabschlüssen, die sie im Ausland erworben haben, als beispielsweise bei den Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung.

Intermediäre Angebotsstrukturen

- Trotz unterschiedlich gelöster Finanzierung der intermediären Angebote in den Kantonen zeigt sich, dass sich die Anzahl Konsultationen – und dementsprechend die Kosten hierfür – zwischen 2004 und 2014 fast verdoppelt haben.
- In Modellprojekten haben sich neue innovative intermediäre Angebote (z.B. mobile Equipen, Triagestellen, Intensiv-Case-Management) bewährt. Sie ermöglichen koordinierte sowie bedarfs- und personenorientierte Behandlungsprozesse.

Stationäre Angebotsstrukturen

- Bei den stationären Angebotsstrukturen zeigt sich, dass die Hospitalisationsrate weiter steigt, dass aber die Aufenthaltsdauer rückläufig ist. Zudem hat die Anzahl Langzeitpatientinnen und -patienten in den letzten Jahren deutlich abgenommen.

5 Schnittstellen der Psychiatrie mit anderen Gesellschaftsbereichen

5.1 Berufliche Integration

Erwerbstätigkeit ist für die Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit eine wichtige Ressource. Die soziale und berufliche Integration von Personen mit psychischen Erkrankungen ist eine Querschnittsaufgabe, die sowohl das Gesundheits- und das Bildungssystem als auch das Sozialversicherungssystem und die Arbeitswelt betrifft. Sie umfasst Massnahmen zum Erhalt der Erwerbstätigkeit oder Massnahmen der Wiedereingliederung im Anschluss an einer Erwerbslosigkeit.

Zurzeit sind insgesamt drei Viertel der Personen mit einer psychischen Krankheit erwerbstätig. Damit liegt die Schweiz im Vergleich zu anderen OECD Ländern an der Spitze. Allerdings hat die Schweiz im Ländervergleich auch insgesamt eine sehr hohe Erwerbsquote und eine tiefe Arbeitslosenquote.¹²⁶ In den nächsten Jahren soll die berufliche Integration von psychisch erkrankten Personen weiter verbessert werden. Dabei stellen sich gemäss Ergebnissen aus dem Forschungsprogramm zur Invalidenversicherung des BSV folgende Herausforderungen:

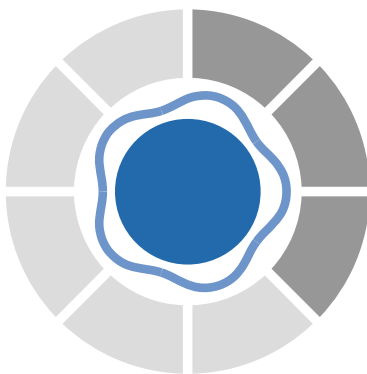
- Die Chancen für eine erfolgreiche berufliche Integration sinken, je länger eine psychisch kranke Person dem Arbeitsmarkt fernbleibt.
- Der Erstkontakt mit der Invalidenversicherung aufgrund einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit sowie generell die Erfassung und Betreuung von Personen mit psychischen Problemen erfolgen oft zu spät, was die Chancen der beruflichen Integration stark schmälert. Das gilt insbesondere für Jugendliche mit psychischen Krankheiten.
- Das verspätete Eingreifen ist vielfach auch Folge eines Schnittstellenproblems, das sich durch mangelnde Koordination der Informationen und Absprachen unter anderem zwischen Krankenversicherer, Krankentaggeldversicherer, IV, Arbeitslosenversicherung oder Sozialhilfe, behandelnden Ärztinnen und Ärzten, Spitalern und Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern bzw. Berufsberatung und Bildungsinstitutionen auszeichnet.

Oft sind – nebst Angehörigen der Medizinal- und Gesundheitsberufe – Lehrerinnen und Lehrer oder Arbeitgebende diejenigen Akteure, die als erste psychische Probleme erkennen und intervenieren könnten (z.B. Gefährdungsmeldung). Grössere Unternehmen verfügen in vielen Fällen über ein betriebliches Gesundheitsmanagement, das eine systematische Früherkennung von gesundheitlichen Ereignissen und individuelle Interventionen anbietet und vermehrt auch Aspekte der psychischen Gesundheit berücksichtigt (z.B. Mehrfachbelastungen). Mit dieser Früherkennung kann einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustands oder gar einer Chronifizierung vorgebeugt werden. Ausschlaggebend ist, wie gut die medizinischen Fachpersonen mit jeweiligen Ansprechpersonen aus dem Umfeld der erkrankten Person zusammenarbeiten (z.B. die Erwerbsfähigkeit zu erhalten, um die gemeinsam vereinbarten Ziele erreichen können). Die interprofessionelle und überinstitutionelle Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure ist deshalb ein wichtiger Erfolgsfaktor. Dabei gilt es die aufgrund der beruflichen Herkunft unterschiedliche Werthaltungen zu überwinden und die unterschiedlichen Zielsetzungen einander anzupassen.

In der Abbildung 2 werden die verschiedenen Akteure dargestellt, die an der beruflichen Wiedereingliederung beteiligt sind.

¹²⁶ OECD. Sick on the job? Myths and Realities about Mental Health and Work. Paris, 2012, S. 40-54.

Abbildung 2: Akteure der beruflichen Integration



- **Person mit psychischer Erkrankung** (im erwerbsfähigen Alter)
- **Persönliches Umfeld** (Familie, Freunde)
- **Dienstleistungserbringer aus:**
 - Gesundheitssystem
 - Bildungssystem
 - Arbeitswelt
- **Finanzierer**
 - Sozialversicherungen (Arbeitslosen- und Invalidenversicherung)
 - Krankenversicherungen
 - Private Versicherungen
 - Unfallversicherungen
 - Sozialhilfe

Datenquelle: BAG

Sektorenübergreifende Kooperation und Vernetzung

Eine Fallführung (Case Management) kann die Abstimmung der Behandlung und der Integrationsprozesse für psychisch kranke Personen zwischen der Ärzteschaft und anderen beteiligten Fachpersonen, den Ausbildnern, den Arbeitgebern und den Versicherungssystemen sicherstellen.¹²⁷ Das Case Management kann von verschiedenen Akteuren initiiert (Psychiatrische Kliniken, Unternehmen, Kranken- und Taggeldversicherungen) und mitfinanziert (Taggeldversicherung, IV) werden. Grössere Unternehmen setzen oft ein firmeneigenes Case Management ein.

Gemäss der «Bestandsaufnahme 2012» fördern sechs Kantone das Case Management explizit, in dem die erbrachten Leistungen zu gleichen Teilen über die Sozialversicherungen und kantonale Mittel finanziert werden. Teilweise erfolgt das Case Management auch im Rahmen der sogenannten interinstitutionellen Zusammenarbeit (IIZ). Dabei arbeiten die verschiedenen Akteure aus den Bereichen Arbeitslosen- und Invalidenversicherung, Sozialdienste, Berufsberatung, Berufsbildung und Wirtschaft zusammen. Das Ziel dieser Zusammenarbeit besteht unter anderem darin, die wirtschaftliche und soziale Anschlussfähigkeit von Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen im ersten Arbeitsmarkt zu fördern. Bislang beteiligten sich die Akteure aus dem Gesundheitswesen noch kaum.¹²⁸

Die Weiterentwicklung der IV greift die folgenden Aspekte auf:

- Da psychische Erkrankungen ihren Ausgangspunkt häufig bereits im Jugendalter haben und in dieser Lebensphase zudem die entscheidenden Weichen hinsichtlich Ausbildung und Beruf gelegt werden, wird dieser Personengruppe im Rahmen der Weiterentwicklung der IV zukünftig besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Der Fokus liegt auf früher Erkennung, Sensibilisierung von Lehrpersonen und verstärkter Unterstützung und Begleitung psychisch erkrankter Jugendlichen, um Ausbildungs- und Berufsziele zu erreichen.
- Generell soll für alle Versicherten die Möglichkeit der individuellen Begleitung verstärkt werden, um gesundheitlichen Problemen, die Auswirkungen auf den Arbeitsplatz haben können, möglichst rasch zu begegnen und damit eine nachhaltige Eingliederung gelingen zu lassen. Zukünftig sollen versicherte Personen und deren Arbeitgeber bereits vor sowie nach Abschluss eines IV-Verfahrens

¹²⁷ Weber-Halter Edith. Praxishandbuch Case Management. Professionelles Fallmanagement ohne Triage. Huber. Bern. 2011. S. 34–37.

¹²⁸ <http://www.iiz.ch/dynasite.cfm?dsmid=103248> Stand: 20. Juli 2015.

die Möglichkeit haben, Beratung und Begleitung seitens der IV zu erhalten. Dieser Ansatz wird insbesondere Personen mit psychischen Einschränkungen zugutekommen.

- Um Eingliederung und Behandlung sinnvoll aufeinander abzustimmen, bedarf es aber auch eines konstruktiven Einbezuges der behandelnden Ärzte. Entsprechend werden im Rahmen der Weiterentwicklung der IV die Empfehlungen des OECD Berichtes «Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz» sowie der Studie im Rahmen des Forschungsprogramms IV «Die Zusammenarbeit der IV mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten» aufgenommen. Dabei soll der Informationsaustausch zwischen der IV und den Ärztinnen und Ärzten verbessert und die ressourcenorientierte Beurteilung sowie das gegenseitige Wissen gefördert werden.

5.2 Kindes- und Erwachsenenschutzrecht

Der Psychiatrie kommt nebst der Diagnose und Behandlung von psychischen kranken Menschen auch die Aufgabe zu, eine Person bei akuter Selbstgefährdung zu schützen (Art. 426 ZGB) und bei Fremdgefährdung die Sicherheit anderer Menschen zu gewährleisten. Das heisst konkret, dass psychisch kranke Personen unter Umständen zu einer Behandlung gezwungen werden können. Im Spannungsfeld zwischen Individuum und Staat bezeichnet die WHO psychisch kranke Personen als eine besonders vulnerable Bevölkerungsgruppe, weil sie gefährdet sind, in Phasen verminderter Urteilsfähigkeit in ihren Rechten eingeschränkt zu werden.¹²⁹

Das am 1. Januar 2013 in Kraft getretene Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (KESR) hat auf verschiedenen Ebenen den Schutz der Rechte von psychisch erkrankten Personen verbessert.

Patientenverfügung

In der Patientenverfügung kann eine urteilsfähige Person festlegen, welchen medizinischen Massnahmen sie im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit zustimmt oder nicht zustimmt. Sie kann ausserdem auch eine andere Person bezeichnen, die im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit in ihrem Namen entscheiden soll. Eine solche Patientenverfügung setzt keine Handlungsfähigkeit voraus, d.h. auch eine psychisch kranke Person, die unter einer erwachsenenschutzrechtlichen Massnahme steht, kann grundsätzlich eine gültige Patientenverfügung verfassen, solange sie urteilsfähig ist. Die verfügende Person muss lediglich in der Lage sein, die Tragweite ihrer Anordnungen zu verstehen und abschätzen können, welche Folgen diese in einem bestimmten Krankheitszustand hätten.¹³⁰ Tritt bei der betreffenden Person anschliessend die Urteilsunfähigkeit ein, muss die Ärztin oder der Arzt den Anweisungen in der Patientenverfügung folgen, ausser wenn diese gegen gesetzliche Vorschriften verstösst oder wenn begründete Zweifel bestehen, dass sie auf freiem Willen beruht oder noch dem mutmasslichen Willen der betroffenen Person entspricht (Art. 372 Abs. 2 ZGB).

Während in der somatischen Medizin die Anordnungen einer Patientenverfügung verbindlich sind (Art. 370–373 ZGB), wird bei der Behandlung von psychischen Störungen im Rahmen von fürsorglichen Unterbringungen die Verbindlichkeit der Patientenverfügung dahingehend relativiert, als dass der geäusserte Wille bei der Behandlungsplanung «nur» zu berücksichtigen ist (Art. 433 Abs. 3 ZGB). Eine Abweichung vom Patientenwillen ist allerdings nur dann zu rechtfertigen, wenn dadurch der Zweck der fürsorglichen Unterbringung vereitelt würde bzw. mit zumutbarem Aufwand nicht mehr erreicht werden könnte.

Behördliche angeordnete (therapeutische) Massnahmen

Das neue Erwachsenenschutzrecht sieht ausserdem vor, dass entsprechend dem Verhältnis-

¹²⁹ WHO. Mental Health and Development: Targeting People with Mental Health Conditions as a Vulnerable Group. Genf, 2010.

¹³⁰ Vgl. auch Schweizerische Akademie für Medizinische Wissenschaften (SAMW), Patientenverfügung, Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen, 6.

mässigkeitsprinzip im Einzelfall anstelle standardisierter Massnahmen nur so viel staatliche Betreuung angeordnet wird, wie wirklich nötig ist (Art. 389 ZGB). Das Selbstbestimmungsrecht und die Selbstständigkeit der betroffenen Person sollen im Rahmen der behördlichen Massnahmen soweit wie möglich gewahrt werden. Ausserdem werden seit dem Inkrafttreten des neuen Rechts die angeordneten Massnahmen nicht mehr im Amtsblatt veröffentlicht; damit soll einer Stigmatisierung der betroffenen Personen entgegengewirkt werden.

Zuständig für die Anordnung einer Massnahme ist die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB). Aufgehoben wird die Massnahme auf Antrag der betroffenen oder einer nahestehenden Person oder von Amtes wegen, sobald für die Fortdauer kein Grund mehr besteht (Art. 399 ZGB).

Fürsorgerische Unterbringung

Unter allen Massnahmen des Erwachsenenschutzrechts stellt die fürsorgerische Unterbringung in einer Institution wohl den schwersten Eingriff in die persönliche Freiheit eines Menschen dar. In gewissen Fällen kann dieser Eingriff zum Schutz einer Person jedoch angebracht sein, um ihr die nötige medizinische Behandlung zukommen zu lassen und im Hinblick auf eine spätere Entlassung die erforderliche Betreuung sicherzustellen. Ziel einer fürsorgerischen Unterbringung muss aber möglichst immer auch die baldige Wiedererlangung der Selbstständigkeit und Selbstverantwortung sein. Die Anordnung einer fürsorgerischen Unterbringung setzt voraus, dass «die nötige Behandlung oder Betreuung nicht anders erfolgen kann» (Art. 426 ZGB). Mildere Massnahmen wie eine ambulante oder tagesklinische Behandlung des Patienten oder der Patientin haben Vorrang vor der stationären Unterbringung. Da die Kantone gesetzlich nicht dazu verpflichtet sind, ein Mindestmass an ambulanten psychosozialen und psychiatrischen Angeboten zu schaffen, bestehen weiterhin Lücken in diesem Angebot. Vor allem der Ausbau von intermediären Angebotsstrukturen mit mobiler Krisenintervention ist dazu geeignet, die Zahl der Zwangseinweisungen zu reduzieren.

Eine fürsorgerische Unterbringung wird im Normalfall von einer KESB angeordnet (Art. 428 ZGB). Die Kantone können Ärzte und Ärztinnen bezeichnen, die eine fürsorgerische Unterbringung während einer vom kantonalen Recht festgelegten Dauer (max. 6 Wochen) anordnen dürfen (Art. 429 ZGB). Eine fürsorgerische Unterbringung darf in jedem Fall nur angeordnet werden, wenn zum Zeitpunkt der Einweisung davon auszugehen ist, dass die Behandlungsziele vorübergehend nicht anders erreicht werden können.

Die Kantone haben auch nach der Einführung des neuen Erwachsenenschutzrechts die Möglichkeit, behördlich angeordnete ambulante Behandlungen wider den Willen der betroffenen Person vorzusehen (Art. 437 ZGB). Als mögliche Massnahmen stehen insbesondere die Verpflichtung zur regelmässigen fachlichen Beratung, die Verpflichtung zu einer medizinisch indizierten Behandlung oder die Weisung zur Einnahme medizinisch indizierter Medikamente zur Verfügung. Die Anordnungen und Weisungen sind im Einzelfall von den Erwachsenenschutzbehörden zu erlassen.

Das Erwachsenenschutzrecht sieht zudem ein Austrittsgespräch vor. Besteht eine Rückfallgefahr, so versucht die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt mit der betroffenen Person vor deren Entlassung Behandlungsgrundsätze für den Fall einer erneuten Unterbringung in der Einrichtung zu vereinbaren (Art. 436 Abs. 1 ZGB). Das Austrittsgespräch ist zu dokumentieren (Art. 436 Abs. 2 ZGB). Das Austrittsgespräch hat einen hohen Stellenwert bei der Vermeidung von künftigen Zwangsmassnahmen. Werden Grundsätze für die künftige Behandlung vereinbart, so kommt eine Behandlungsvereinbarung zustande, der im Verhältnis zwischen Patientin bzw. Patient und Klinik die gleiche rechtliche Verbindlichkeit zukommt wie einer Patientenverfügung. Es ist sinnvoll, während der Behandlung so früh wie möglich auf den Abschluss einer solchen Vereinbarung hinzuarbeiten. Diese sollte regelmässig überprüft und angepasst werden.

Von allen Zwangsmassnahmen innerhalb der Medizin, zu denen auch Zwangsmedikationen, bewegungseinschränkende Massnahmen wie Isolation oder Fixation und Sicherheitsmassnahmen im Stuhl und im Bett (z.B. Bettgitter) zählen, wird einzig die fürsorgerische Unterbringung statistisch erfasst. Laut den ersten beiden nationalen Vergleichsberichten zur stationären Erwachsenen-

psychiatrie des ANQ erfolgten im Jahr 2012 17,0 Prozent aller Einweisungen in eine psychiatrische Klinik gestützt auf die damals geltenden Bestimmungen zur fürsorgerischen Freiheitsentziehung und im Jahr 2013 15,7 Prozent der Einweisungen gestützt auf die am 1. Januar 2013 neu eingeführten Bestimmungen über die fürsorgerische Unterbringung.¹³¹ Auswertungen vor und nach der Einführung des Kindes- und Erwachsenenschutzrecht zeigen, dass der Anteil der Zwangseinweisungen in die Psychiatrie je nach Kanton variiert.¹³² Diese Unterschiede sind einerseits durch unterschiedliche Definitionen eines unfreiwilligen Eintrittes bedingt und hängen andererseits von der Ausgestaltung der psychiatrischen Angebotsstruktur in den Kantonen ab. Je differenzierter die Angebotsstrukturen, desto seltener sind Zwangseinweisungen notwendig.

Die Schweizerische Akademie für Medizinische Wissenschaften (SAMW) hat die Richtlinien «Zwangsmassnahmen in der Medizin» im Jahr 2015 aktualisiert.¹³³

Rechtsschutz

Ein wichtiges Anliegen der Revision bildete auch die Verbesserung des Rechtsschutzes für Personen in der fürsorgerischen Unterbringung. Unter anderem wurden die ärztliche Einweisungskompetenz beschränkt (vgl. oben) und wichtige Verfahrensvorschriften gesetzlich verankert. Bei fürsorgerischen Unterbringungen gilt neu das Selbstbestimmungsrecht von urteilsfähigen Patientinnen und Patienten hinsichtlich ihrer medizinischen Behandlung. Grundlage der Behandlung bildet ein Behandlungsplan, der der betroffenen Person zur Zustimmung zu unterbreiten ist (Art. 433 ZGB).

Auch die Voraussetzungen für Zwangsbehandlungen (Art. 434 ZGB) und Massnahmen zur Einschränkungen der Bewegungsfreiheit (Art. 438 ZGB) sind nun für die gesamte Schweiz einheitlich geregelt. Dabei wurde versucht, das Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Person so weit wie möglich zu wahren. Ins Gesetz aufgenommen wurden ferner das Recht auf den Beizug einer Vertrauensperson und die Pflicht der Behörde zur periodischen Überprüfung der Unterbringung (Art. 432 resp. Art. 431 ZGB).

5.3 Straf- und Massnahmenvollzug

Behandlung von psychischen Krankheiten in Gefängnissen und Haftanstalten

Zahlreiche Studien belegen, dass die körperliche und psychische Gesundheit von Personen im Straf- und Massnahmenvollzug schlechter ist als bei Personen, die in Freiheit leben.¹³⁴ Dafür gibt es mehrere Gründe: Erstens konzentrieren sich in Gefängnissen Personen, die vor der Inhaftierung aussergewöhnliche Lebenssituationen durchlebten und deren Lebensweise oft mit verschiedenen gesundheitlichen Risiken verbunden ist. Zweitens führt ein gesundheitsgefährdender Konsum von psychoaktiven Substanzen sehr oft zu gesetzeswidrigen Tätigkeiten, die einen Freiheitsentzug zur Folge haben können. Drittens löst die Gefangenschaft an sich Stress aus und kann insbesondere bei einer Person mit einem prekären Allgemeinzustand eine psychische Erkrankung auslösen bzw. eine vorbestehende Erkrankung verstärken.¹³⁵

Verschiedene Untersuchungen zur Gesundheitssituation in schweizerischen Hafteinrichtungen weisen auf Handlungsbedarf auf verschiedenen Ebenen hin.¹³⁶ Als eine der Massnahmen betreiben die Konferenz der kantonalen Justiz- und Polizeidirektorinnen und -direktoren (KKJPD) und die GDK die Fachstelle «Santé Prison Suisse».¹³⁷ Sie strebt eine einheitliche Gesundheitsversorgung im

¹³¹ <<http://www.anq.ch/psychiatrie/akutsomatik-anq-hplus0/>> Stand: 17. März 2015.

¹³² Gassmann J. Wirksamkeit des Rechtsschutzes bei psychischen Zwangseinweisungen in der Schweiz. Zürich, 2011.

¹³³ <<http://www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html>> Stand: 4. Januar 2016.

¹³⁴ <<http://sante.prison.ch/de/fakten/uebersicht.html>> Stand: 19. Juli 2015.

¹³⁵ Bundesamt für Gesundheit. Übertragbare Krankheiten und Abhängigkeiten im Gefängnis. Bern, 2012.

¹³⁶ Bundesamt für Gesundheit. Gesundheit im Gefängnis. Newsletter spectra. März 2012.

¹³⁷ <<http://sante.prison.ch/de>> Stand: 16. Februar 2015.

schweizerischen Justizvollzug an und fördert den Dialog zwischen den Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen und dem Justizvollzug. Die Fachstelle wird in ihren Aktivitäten auch Aspekte der psychischen Erkrankungen mitberücksichtigen. In dem 2012 veröffentlichten Handbuch für übertragbare Krankheiten und Abhängigkeiten im Gefängnis und Vollzugsanstalten wird mehrfach auf die Bedeutung psychischer Krankheiten – insbesondere auch auf Zusammenhänge zwischen körperlichen und psychischen Erkrankungen – eingegangen.¹³⁸

Forensische Psychiatrie

Schwer psychisch kranke Straftäterinnen und -täter stellen im Freiheitsentzug eine besondere Herausforderung dar, da durch ihre Behandlung einerseits die Verhinderung neuer Delikte erreicht werden soll und andererseits die zugrunde liegenden Krankheiten als solche behandelt werden sollen (z.B. Förderung von Fähigkeiten und Ressourcen, Vorbereitung der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung).

Die Anordnung therapeutischer Massnahmen zur Behandlung schwer psychisch kranker Straftäter und Straftäterinnen ist in Artikel 59 des Schweizerischen Strafgesetzbuches (StGB, SR 311.0) geregelt. Der Vollzug der Massnahmen erfolgt entweder in einer geeigneten psychiatrischen Einrichtung (z.B. Psychiatrische Dienste Aargau, Königsfelden) oder in einem spezialisierten Massnahmenzentrum (z.B. St. Johannsen, Kanton Bern). In den forensischen Abteilungen psychiatrischer Kliniken (z.B. Station Etoine UPD Bern) werden hauptsächlich Personen nach Artikel 59 StGB behandelt. Gemäss der Statistik des Strafregisters des BFS haben sich die Verurteilungen nach Artikel 59 StGB in den letzten 10 Jahren mehr als verdoppelt (2003: 50 Personen und 2013: 120 Personen).¹³⁹ Psychiatrische Kliniken sind aus verschiedenen Gründen (z.B. fehlende Fachpersonen mit Spezialisierung in Forensik, Ansprüche an Sicherheitsaufsicht, konzeptuelle Ausrichtung auf «offene Türen») zunehmend weniger in der Lage, ganz schwer kranke Personen aufzunehmen.

«Sofern die erforderliche therapeutische Behandlung gewährleistet ist» (Art. 59 Abs. 3 StGB) können die therapeutischen Massnahmen auch in einer geschlossenen Strafanstalt durchgeführt werden. Diese Institutionen vollziehen alle Arten von Freiheitsstrafen. Bei Straftäterinnen und Straftätern mit einer Abhängigkeitserkrankung kann das Gericht auch stationäre therapeutische Massnahmen zur Suchtbehandlung anordnen (Art. 60 StGB). Diese Massnahmen zur Suchtbehandlung erfolgen in jedem Fall in spezialisierten Einrichtungen wie zum Beispiel in psychiatrischen Kliniken oder in spezialisierten Massnahmenzentren. Bei einer Abhängigkeitserkrankung können vom Gericht unter bestimmten Voraussetzungen auch ambulante Massnahmen angeordnet werden (Art. 63 StGB).

Für den Vollzug aller therapeutischen Massnahmen sind die Kantone zuständig. Gemäss dem Bundesgesetz über die Leistungen des Bundes für den Straf- und Massnahmenvollzug (SR 341) gewährt der Bund Baubeiträge an Neu-, Um- und Ausbauten von Anstalten für den Vollzug von Strafen und Massnahmen an Erwachsenen sowie Erziehungseinrichtungen für Minderjährige. An Letzteren beteiligt sich der Bund zusätzlich an den Betriebskosten, indem er das erzieherisch tätige Personal in den vom Bund anerkannten Einrichtungen subventioniert.

Gestützt auf das «Europäische Übereinkommen zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe in eigener Kompetenz»¹⁴⁰ führt der Ausschuss zur Verhütung von Folter regelmässig Besuche bei den Mitgliedstaaten durch. Dabei werden unter anderem auch die Qualität der Behandlung und die Betreuung von Straftäterinnen und -täter mit psychischen Erkrankungen dokumentiert. Im Jahr 2011 und 2015 besuchte dieser Ausschuss die Schweiz zum sechsten bzw. zum siebten Mal.¹⁴¹ Zur Umsetzung einer nach dem Besuch im Jahre 2011 formulierten Empfehlung bezüglich der Behandlung und Betreuung von psychisch kranken Straftäterinnen und Straftäter setzte die zuständige Kommission der KKJPD eine Arbeitsgruppe mit Vertretern der GDK,

¹³⁸ Bundesamt für Gesundheit. Übertragbare Krankheiten und Abhängigkeiten im Gefängnis. Bern, 2012.

¹³⁹ <<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/19/03/02/key/01.html>> Stand: 19. Juli 2015.

¹⁴⁰ Europäische Antifolterkonvention (SR 0.106), Inkrafttreten: 1. Februar 1989.

¹⁴¹ <http://www.bj.admin.ch/content/bj/de/home/dokumentation/medieninformationen/2011/ref_2011-10-20.html> Stand 9. 8. 15.

der KKJPD und des BJ ein. Diese wird ihre Empfehlungen im Frühling 2016 in einem Bericht veröffentlichen. Bereits heute zeichnet sich ein Bedarf an zusätzlichen forensischen Betten für die Durchführung stationärer Massnahmen nach Art. 59 und die Behandlung psychisch kranker Gefangener ab, die sich in anderen Haftregimes des Justizvollzugs befinden.

Fazit

- Bei psychisch kranken Personen im Erwerbsalter ist die Erwerbstätigkeit ein wichtiger Gesundheitsfaktor, deshalb sollte die berufliche Integration rechtzeitig in den Behandlungsprozess integriert werden.
- Bevor die Fallführung (Case Management) weiter gefördert werden kann, müssen Indikationskriterien, klare Kompetenzbezeichnungen sowie Regeln zur Abgeltung dieser Leistungen erarbeitet werden.
- Das neue Kindes- und Erwachsenenschutzrecht stärkt den Rechtsschutz von psychisch kranken Personen.
- Im Frühjahr 2016 erscheint ein Bericht der KKJPD mit Empfehlungen zum Straf- und Massnahmenvollzug von psychisch kranken Personen.

6 Fazit und Empfehlungen

6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Schweiz verfügt über eine gute qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung, die für viele der psychisch kranken Patientinnen und Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung sicherstellt. Die nachfolgende Zusammenstellung der Erkenntnisse und Ergebnisse aus den vorangehenden Ausführungen zeigt auf, wo Weiterentwicklungsbedarf besteht.

Kapitel 2: Psychische Krankheiten und Behandlungsmöglichkeiten

- Psychische Erkrankungen treten häufig auf. Einige schwerwiegende Krankheitsbilder können bereits in der Jugend entstehen, im Alter steigt die Häufigkeit der psychischen Krankheiten insgesamt nochmals an. Bis zu einem Drittel der Bevölkerung leidet in der Schweiz innerhalb eines Jahres an einer psychischen Krankheit, die mehrheitlich behandlungsbedürftig ist.
- Die Diagnostik von psychischen Krankheiten ist vielschichtig und anspruchsvoll.
- Psychische Krankheiten haben verschiedene Schweregrade, meist treten sie in Kombination mit weiteren psychischen Krankheiten oder mit somatischen Krankheiten auf.
- Ein Drittel bis die Hälfte der erkrankten Personen nimmt in der Schweiz professionelle Behandlung in Anspruch.
- Obwohl psychische Krankheiten in der Regel behandelbar sind, ist über ihre Symptome, die Krankheitsverläufe und die Behandlungsmöglichkeiten in der Bevölkerung wenig bekannt.
- Eine späte oder ungenügende Behandlung kann gravierende Folgen haben. So steigt unter anderem die Wahrscheinlichkeit für schwere und chronische Krankheitsverläufe sowie für das Risiko für sozialen und beruflichen Rückzug. Weitere mögliche Folgen sind Verarmung oder Suizid.

Kapitel 3: Rahmenbedingungen der psychiatrischen Versorgung in der Schweiz

- Die Angebotsstrukturen in der Psychiatrie sind historisch gewachsen.
- Für Aspekte der Finanzierung von Behandlungskosten von psychischen Krankheiten gelten die gleichen gesetzlichen Grundlagen wie für somatische Erkrankungen.
- In der Psychiatrie sind verschiedene Berufsgruppen tätig. Für die Ärztinnen und Ärzte sowie die Psychologinnen und Psychologen gibt es klar geregelte Spezialisierungen. Bei den Pflegefachpersonen ist eine psychiatrische Spezialisierung in Planung.

Kapitel 4: Entwicklung der Angebotsstrukturen

- Die Datenlage zu den ambulanten und insbesondere zu den intermediären Angebotsstrukturen ist unvollständig und fragmentiert.
- Die Anzahl Konsultation bzw. die Anzahl Pfl egetage und die Kosten sind in allen drei Angebotsstrukturen – stationär, ambulant, intermediär – in den letzten 11 Jahren angestiegen.
- Die Analyse der Konzepte der kantonalen Psychiatrieplanungen zeigt, dass die ambulanten und intermediären Angebotsstrukturen bei weitem nicht von allen Kantonen bei der Planung der stationären psychiatrischen Versorgung mitberücksichtigt werden.

Ambulante Angebotsstrukturen

- Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Erkrankung werden häufiger von Ärztinnen und Ärzten mit einem Facharztstitel «Psychiatrie und Psychotherapie» als von Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung behandelt.

- Ärztinnen und Ärzte mit einem Facharzttitel «Psychiatrie und Psychotherapie» für Kinder und Jugendliche sowie für Erwachsene sind im Durchschnitt älter als Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung. Zudem ist auch der Frauenanteil höher.
- In der Psychiatrie arbeiten deutlich mehr Ärztinnen und Ärzte mit Aus- und/oder Weiterbildungsabschlüssen, die sie im Ausland erworben haben, als beispielsweise bei den Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung.

Intermediäre Angebotsstrukturen

- Trotz unterschiedlich gelöster Finanzierung der intermediären Angeboten in den Kantonen zeigt sich, dass sich die Anzahl Konsultationen – und dementsprechend die Kosten hierfür – zwischen 2004 und 2014 fast verdoppelt haben.
- In Modellprojekten haben sich neue innovative intermediäre Angebote (z. B. mobile Equipen, Triagestellen, Intensiv-Case-Management) bewährt. Sie ermöglichen koordinierte sowie bedarfs- und personenorientierte Behandlungsprozesse.

Stationäre Angebotsstrukturen

- Bei den stationären Angebotsstrukturen zeigt sich, dass die Hospitalisationsrate weiter steigt, dass aber die Aufenthaltsdauer rückläufig ist. Zudem hat die Anzahl Langzeitpatientinnen und -patienten in den letzten Jahren deutlich abgenommen.

Kapitel 5: Schnittstellen der Psychiatrie zu anderen Gesellschaftsbereichen

- Bei psychisch kranken Personen im Erwerbsalter ist die Erwerbstätigkeit ein wichtiger Gesundheitsfaktor, deshalb sollte die berufliche Integration rechtzeitig in den Behandlungsprozess integriert werden.
- Bevor die Fallführung (Case Management) weiter gefördert werden kann, müssen Indikationskriterien, klare Kompetenzbezeichnungen sowie Regeln zur Abgeltung dieser Leistungen erarbeitet werden.
- Das neue Kindes- und Erwachsenenschutzrecht stärkt den Rechtsschutz von psychisch kranken Personen.
- Im Frühjahr 2016 erscheint ein Bericht der KKJPD mit Empfehlungen zum Straf- und Massnahmenvollzug von psychisch kranken Personen.

6.2 Kernprobleme von gesamtschweizerischer Bedeutung

Planungsgrundlagen

Detaillierte statistische Angaben zur Verfügbarkeit sowie zur Inanspruchnahme der Angebotsstrukturen zur Behandlung und Betreuung von psychisch kranken Patientinnen und Patienten liegen zurzeit nur für die stationären Angebotsstrukturen vor. Es fehlen wesentliche Informationen zu den ambulanten und intermediären Angeboten. Ohne diese Informationen ist es schwierig, Entwicklungen in der Psychiatrie verfolgen zu können. Zudem sind die Informationen international und kantonsübergreifend aufgrund von unterschiedlichen Begrifflichkeiten sehr beschränkt vergleichbar.

Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen

Die Angebotsstrukturen für psychisch kranke Patientinnen und Patienten orientieren sich immer noch stark an den beiden klassischen Polen von ambulanten (Sprechstunden) und stationären Angeboten. Allerdings hat der Bericht gezeigt, dass sich die intermediären Angebotsstrukturen innerhalb von zehn Jahren verdoppelt haben und in lokalen Modellprojekten konnten neue Ansätze zur bedarfsorientierten Behandlung und Betreuung für psychisch kranken Patientinnen und Patienten aufgezeigt werden. Jedoch konnten die lokalen Modellprojekte oft nicht nachhaltig in neue Angebotsstrukturen

überführt oder in anderen Kantonen umgesetzt werden.

Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen

Für die Behandlung und Betreuung sowie für die Förderung der sozialen Teilhabe und der beruflichen Integration von psychisch kranken Personen sind die intermediären Angebotsstrukturen von grosser Bedeutung. Im Vergleich zu den klassischen ambulanten Angebotsstrukturen haben die intermediären Angebotsstrukturen einen grossen organisatorischen und betriebswirtschaftlichen Aufwand. Diesbezügliche bestehen zurzeit Abbildungsprobleme in den Abgeltungssystemen.

Qualifizierte Fachpersonen im Bereich der Psychiatrie

Die Schweiz hat im Vergleich zum Ausland zurzeit genügend ausgebildete Ärztinnen bzw. Ärzte der Grundversorgung, sowie Psychiaterinnen bzw. Psychiater und psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Für die nächsten fünf bis zehn Jahre wird jedoch ein Mangel an Ärztinnen und Ärzten mit dem Facharztstitel «Psychiatrie und Psychotherapie» resp. «Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie», die über denselben soziokulturellen Hintergrund verfügen wie ihr Patientinnen und Patienten, prognostiziert. Im Bereich der Pflege besteht bereits heute einen Mangel an Pflegenden mit einer Spezialisierung in Psychiatriepflege. Insbesondere bei den intermediären Angebotsstrukturen übernehmen in Psychiatrie spezialisierte Pflegende wichtige Aufgaben.

Sachgerechte Informationen über psychische Krankheiten

Die gesellschaftliche Stigmatisierung psychischer Erkrankungen kann für die Betroffenen ein Hindernis für die Inanspruchnahme professioneller Behandlung und Betreuung darstellen. Werden psychische Krankheiten zu spät erkannt, kann dies zu ungünstigen Krankheitsverläufen mit den aufgezeigten sozialen und finanziellen Konsequenzen führen.

6.3 Massnahmen

Folgende Massnahmen leisten einen Beitrag zur Überwindung der in Ziffer 6.2 aufgeführten Kernprobleme der psychiatrischen Versorgung in der Schweiz und unterstützen eine nachhaltige Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen. Der Bund (EDI/BAG) nimmt, im Rahmen seiner bestehenden Ressourcen, bei der Umsetzung derjenigen Aufgaben, die nicht in seinen Zuständigkeitsbereich fallen, lediglich eine Koordinationsfunktion wahr.

1. Verbesserung der Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen

Dazu werden insbesondere folgende Massnahmen umgesetzt:

- Die statistischen Datenquellen werden auf gemeinsame Begrifflichkeiten hin harmonisiert. Dadurch sollen kantonale und internationale Vergleiche erleichtert werden.
- Das Obsan führt das Kompetenzzentrum «Psychische Gesundheit» während der Leistungsperiode 2016 bis 2020 weiter und erstellt in Hinblick auf die Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen die relevante Informationsgrundlagen zur Verfügung (z. B. regelmässige Publikation zu den Kernindikatoren der Angebotsstrukturen, Entwicklung der unfreiwilligen Eintritte in die Psychiatrie).
- Neben einer 2016 durchgeführten Studie zur Detailanalyse der Versorgungslücken bei spezifischen Patientengruppen (z.B. Kinder und Jugendliche) werden mittel- bis langfristig Lösungen für bessere epidemiologische Grundlagen erarbeitet.
- In regelmässigen Abständen wird ein Synthesebericht zu den laufenden Aktivitäten in allen Bereichen zur Verbesserung, Wiederherstellung und Erhaltung der psychischen Gesundheit erstellt (Policy brief).

Zuständigkeit BFS, Obsan, BAG

Erwartete ▪ Bessere Planungsgrundlagen für eine bedarfsgerechte Angebotsplanung;

- Wirkungen*
- Basis für interkantonale und internationale Vergleichsmöglichkeiten über die Verfügbarkeit, den Zugang und über die personellen und finanziellen Ressourcen sowie über die Zwangseinweisungen in die Psychiatrie.
 - Regelmässig aktualisierte Übersichten über die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung und der Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit in der Schweiz.

2. Weiterentwicklung der Angebotsqualität und bessere Koordination der Angebote

Dazu werden insbesondere folgende Massnahmen umgesetzt:

- Im Rahmen des Projektes «Koordinierte Versorgung» wird geprüft, wie die Behandlungsprozesse für Patientinnen und Patienten verbessert werden können, die sowohl an einer psychischen als auch an einer körperlichen Krankheit leiden.
- Zur Förderung der intermediären Angebote werden die Erkenntnisse aus den Modellprojekten praxisnah aufgearbeitet und das Wissen leicht zugänglich gemacht. Zudem wird im Rahmen der bestehenden Forschungsförderungsmassnahmen des Bundes die Versorgungsforschung gefördert (z.B. Forschende haben bis anfangs 2016 die Möglichkeit, im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms NFP «Gesundheitsversorgung») Projekte einzureichen).
- Für eine bessere Fallführung an der Schnittstelle von Behandlung und beruflicher Integration beteiligt sich der Gesundheitssektor sowohl auf Ebene des Bundes wie der Kantone stärker an der interinstitutionellen Zusammenarbeit zwischen der Arbeitswelt, der Invalidenversicherung sowie der Arbeitslosenversicherung.
- Es wird geprüft, wie die Zusammenarbeit zwischen der Ärzteschaft und den IV-Stellen in Hinblick auf die berufliche Integration verbessert werden kann.

Zuständigkeit Bund (BAG, BSV, Seco), Dialog Nationale Gesundheitspolitik und Kantone

- Erwartete Wirkungen*
- Verbesserung der Behandlungsqualität bei Patientinnen und Patienten mit psychischen und körperlichen Krankheiten;
 - Förderung des Wissenstransfers zu den erfolgreichen Modellprojekten und der Versorgungsforschung;
 - Förderung einer bedarfsgerechten sozialen und beruflichen Integration.

3. Nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen

Der Bundesrat anerkennt, dass das bestehende Abgeltungssystem der intermediären Angebotsstrukturen zu Behandlung von psychisch kranken Personen zu Finanzierungsherausforderungen führt. Die Tarifpartner sollen deshalb gemeinsam mit der GDK prüfen, wie eine nachhaltige Finanzierung der interprofessionellen und vielfältigen Behandlungs- und Unterstützungsangebote der intermediären Angebotsstrukturen auszugestaltet ist. Dabei sind auch die finanziellen Auswirkungen auf die OKP und die Kantone aufzuzeigen.

Zuständigkeit GDK, Tarifpartner

- Erwartete Wirkungen*
- Weiterentwicklung der intermediären Angebotsstrukturen und Reduktion der stationären Aufenthalte.

4. Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie

Dazu werden insbesondere folgende Massnahmen umgesetzt:

- Die Einführung von eidgenössisch anerkannten Bildungsabschlüssen für die spezialisierte Psychiatriepflege wird vorangetrieben (*läuft teilweise bereits*).
- Im Rahmen der Plattform «Zukunft ärztliche Bildung» werden nach Abschluss einer

ländervergleichenden Studie zu den Aufgaben und Tätigkeiten der Psychiaterinnen und Psychiatern bei Bedarf Massnahmen zur Nachwuchsförderung für die Facharzttitle «Psychiatrie und Psychotherapie» und «Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie» erarbeitet.

- Es wird geprüft, ob und wenn ja inwieweit das Weiterbildungsprogramm für «Allgemeine Innere Medizin» um die Diagnostik und Behandlung von psychisch kranken Personen erweitert werden soll.
- Das Förderprogramm «Interprofessionalität 2017-2020» der Fachkräfteinitiative soll auch die Berufsgruppen erreichen, die in der Psychiatrie tätig sind.

Zuständigkeit: Bund, GDK, Kantone, Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdA Santé), Fachgesellschaften und -organisationen

Erwartete Ausreichend qualifizierte Pflegefachpersonen mit Spezialisierung in Psychiatrie;

Wirkungen: Förderung des Anteils schweizerischer Weiterbildungsabschlüsse beim Facharzt «Psychiatrie und Psychotherapie».

Zudem werden zur Verbesserung des Wissensstands der Bevölkerung aber auch der betroffenen Personen und deren Angehörigen über psychische Krankheiten und deren Behandlungsmöglichkeiten auf der Basis des Berichts «Psychische Gesundheit in der Schweiz» bzw. im Rahmen der «Nationalen Suchtstrategie» und «Nationalen Demenzstrategie 2014–2017» Sensibilisierungs-, Entstigmatisierungs- und Informationsmassnahmen umgesetzt. Neben der Weiterentwicklung der psychiatrischen Angebotsstrukturen soll künftig auch die Prävention psychischer Erkrankungen weiter gefördert werden. Dazu wird der Bundesrat im Herbst 2016 weitere Massnahmen verabschieden.

7 Anhang

Beispiele guter Praxis: Publierte Modellprojekte zur Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen (nicht vollständig)

1. Im *Kanton Graubünden* konnte ein barrierefreier fachlicher Austausch zwischen den Hausarzt- und psychiatrischen Facharztpraxen aufgebaut werden. Dafür wurde ein institutionalisierter Wissenstransfer entwickelt, der dem beachtlichen Zuwachs therapeutischer Möglichkeiten in der Allgemeinmedizin und in der Psychiatrie Rechnung trägt. In der ambulanten Versorgung konnten damit bessere Behandlungsergebnisse erzielt werden.¹⁴² Diese Form der institutionalisierten Liaison- und Konsiliartätigkeit ist für ländliche Gegenden besonders geeignet.
2. Einer der Schlüssel für die Psychiatrie der Zukunft liegt in der allgemeinen Einführung von mobilen Equipen vor Ort. Studienergebnisse aus dem *Kanton Waadt* zeigen, dass sich mit den mobilen Equipen der Zugang zu angemessener und qualitativ hochstehender Behandlung erwiesenermassen verbesserte und ganz unterschiedliche Zielgruppen, die zuvor unterversorgt waren, besser erreicht werden konnten. Ebenso war die Patientenzufriedenheit besser, und die Konflikte zwischen der erkrankten Person und den Angehörigen verringerten sich.¹⁴³ Mobile Equipen im Kanton leisten auch wichtige Interventionsarbeit bei Personen, die sich in kritischen Lebenssituationen befinden, etwa nach einem langen Spitalaufenthalt oder einer Gefängnisentlassung. In den ersten Wochen kann aufgrund der hohen Anpassungsleistungen bei der selbstständigen Lebensgestaltung die Suizidgefahr ansteigen.¹⁴⁴ Die multidisziplinären Equipen bestehen aus Psychiatriefachpersonen und Sozialarbeitenden. Die Mitglieder mobiler Equipen arbeiten eng mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern sowie Angehörigen zusammen. Wichtig für die positive Entwicklung im Kanton Waadt war, dass die Förderung der mobilen Equipen ein explizites Ziel im Aktionsplan zur psychischen Gesundheit 2007–2012 des Kantons war und so die Regelfinanzierung gesichert werden konnte.
3. Der *Kanton Aargau* hat im Jahr 2010 ein sogenanntes «Triage-Team» als Assessmentstelle eingeführt. Diese Stelle hat die Aufgabe, die stationär angemeldeten Patientinnen und Patienten abzuklären und eine bedarfsgerechte Behandlung einzuleiten. Im Ablauf erfolgt zuerst eine differenzierte Diagnosestellung. Danach werden die Patientinnen und Patienten an das am besten geeignete Behandlungsangebot überwiesen. Dabei wird auch die persönliche und familiäre Situation berücksichtigt. Die Inanspruchnahme dieser Assessmentstelle und die Auswirkungen auf die stationären Eintritte wurden während einem Jahr evaluiert. Bereits im ersten Betriebsjahr liess sich bei 17 Prozent der stationär zugewiesenen Patientinnen und Patienten eine stationäre Aufnahme erfolgreich durch eine ambulante oder tagesklinische Behandlung ersetzen. Daraus lässt sich schliessen, dass ein zentrales Assessment die personenorientierte Behandlungsqualität fördern und die stationäre Psychiatrie entlasten kann. Die insgesamt eingesparten Kosten betragen CHF 4 Mio. Mittlerweile ist die Triage rund um die Uhr an sieben Tagen betrieben werden. Das Triage-Team ist auch in der Lage bei Krisensituationen ambulant zu intervenieren.¹⁴⁵
4. Der *Kanton Thurgau* verwirklichte gleichzeitig mehrere Modellprojekte an den Nahtstellen der ambulanten und stationären Erwachsenenpsychiatrie: Analog zum Aargauer Modell wurde ein Abklärungs- und Aufnahmezentrum (AAZ) eingeführt. Diese niederschwellige Triagestelle hat die

¹⁴² Leupold Joachim. Vernetzte Kompetenz: psychiatrisch-psychotherapeutische Integration in einem MC-Netzwerk. *Care Management. Die Schweizer Zeitschrift für Managed Care*. 2011. 4(5): 17–18.

¹⁴³ Bonsack Charles, Laurence Adam, Haefliger Thomas, Besson Jacques. Difficult-to-engage patients: A specific target for limited assertive outreach in Swiss Setting. *Can J Psychiatry*. 2008. 50(13): 41–48.

¹⁴⁴ Bonsack C, Holzer L, Stancu I, Baier V. Equipes de psychiatrie mobiles pour les trois âges de la vie : l'expérience lausannoise. *Revue medicale Suisse*, 2008. 4(171):1960–1962, 1964–1966, 1968–1969.

¹⁴⁵ Stulz N, Nevely A, Hilpert M, Bielinski D, Spisla C, Maeck L, Hepp U. Referral to Inpatient Treatment Does not Necessarily Imply a Need for Inpatient Treatment. *Adm Policy Ment Health*. 2014

Aufgabe, eine bedarfsgerechte ambulante oder stationäre Behandlung einzuleiten und Fehlallokationen möglichst zu vermeiden. Mit dem «Intensive Case Management» (ICM) und der «Poststationären Übergangsbehandlung» (PSÜB) werden Behandlung und Betreuung nach einem stationären Aufenthalt optimiert. Je nach Indikation und Bedarf werden die Patientinnen und Patienten in ihrem häuslichen Umfeld durch eine ambulant-aufsuchende Behandlung stabilisiert. Nach rund einem Betriebsjahr zeigt sich, dass dank der Niederschwelligkeit des AAZ (inklusive Sorgentelefon und kostenloser Angehörigenberatung) 15 Prozent mehr Patientinnen und Patienten erreicht werden konnten, die im Kanton Thurgau leben. Bei den entlassenen Patientinnen und Patienten der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen wurden 10 Prozent entweder mit einem PSÜB oder einem ICM aufsuchend nachbehandelt. Dadurch waren frühere Entlassungen aus dem stationären Bereich möglich und die Verweildauer reduzierte sich. Bereits nach dem ersten Jahr seit Inbetriebnahme der Modellprojekte erfolgte eine Bettenreduktion.¹⁴⁶

¹⁴⁶ Gebhardt Ralf P, Lüthi Regula, Hurst Marco, et al. Evaluation des ersten Jahres der Modellprojekte AAZ, ICM und PSÜB. Münsterlingen. 2012.