

# Psychiatrie, Psychotherapie, Psychologie

Peter C. Meyer, Daniel Hell\*

## 1 Psychische Störungen

Die Psychiatrie befasst sich als Bereich der Medizin mit der Diagnostik, Therapie und Prävention von seelischen Krankheiten einschliesslich ihrer Erforschung und Lehre (Hell et al. 2003).

In der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung werden Erlebens- und Verhaltensstörungen einschliesslich Störungen der psychischen Entwicklung behandelt. Bei stationären Behandlungen stehen psychotische und affektive Störungen (besonders Depressionen) sowie Suchtkrankheiten mit je 20 % bis 30 % aller Aufnahmen im Vordergrund, bei den ambulanten Behandlungen vor allem neurotische und Belastungsstörungen.

Mehrere Studien der vergangenen 25 Jahre in Deutschland, Grossbritannien und in den USA ergaben übereinstimmend, dass rund ein Viertel der erwachsenen Bevölkerung im Laufe eines Jahres unter behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen leidet, knapp ein Fünftel der Bevölkerung an «leichteren» Störungen, aber immerhin jede(r) 20ste an «schwereren» Störungen. Die meisten können ambulant behandelt werden; 0,4 % benötigen eine psychiatrische Hospitalisation (Ernst 1998, S.16). Die **Tabelle 1** fasst die Resultate der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 zusammen (Bundesamt für Statistik BFS, Neuenburg, 2003). Die meisten psychischen Störungen sind vorübergehend, treten aber nicht selten wiederholt auf. Nur ein kleinerer Teil verläuft chronisch.

Obschon die Inanspruchnahme von ärztlicher (insbesondere psychopharmakologischer) und psychotherapeutischer Hilfe bei psychischen Leiden in den letzten Jahrzehnten sehr stark zugenommen hat, ist umstritten, ob psychische Erkrankungen tatsächlich altersunabhängig zugenommen haben. Sicher ist, dass der Anteil diagnostizierter und behandelter psychischer Krankheiten gestiegen ist.

Psychisch Kranke suchen seltener von sich aus eine Behandlung auf als körperlich Kranke. Im Vergleich zu körperlichen Krankheiten entstehen psychische Krankheiten häufiger unter belastenden sozialen Bedingungen; sie sind öfters mit Selbstschädigungen verbunden. Schwere psychische Krankheiten führen häufiger zu sozialem Abstieg, Vereinsamung und Verelendung. Besonders wichtig für die Betreuung psychisch Schwerkranker sind deshalb neben dem Gesundheitswesen das Sozialwesen (Invalidenversicherung, kommunale Fürsorge usw.) und das Laiensystem, insbesondere die Angehörigen.

Gut ein Drittel der Menschen mit erheblichen psychischen Problemen fühlt sich in der eigenen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt, und rund ein Fünftel konnte in den letzten vier Wochen teilweise nicht arbeiten (Schweiz. Gesundheitsbefragung 1997, Rüesch/Manzoni 2003, S. 29). Nur 26% der in psychiatrischen Kliniken behandelten Personen waren vor Klinikeintritt erwerbstätig (Christen/Christen 2003, S. 66). Die Zahl der Invaliden-Renten-BezügerInnen aufgrund psychischer Störungen hat seit Mitte der achtziger Jahre massiv zugenommen, weitaus stärker als die Gesamtzahl der IV-RentnerInnen (s. auch Kapitel 10

dieses Buches). 1997 bezogen in der Schweiz rund 8 von 1000 Personen eine IV-Rente aufgrund psychischer Probleme (Rüesch/Manzoni 2003, S. 33).

**Tabelle 1:**  
**Behandlung wegen eines psychischen Problems, 2002**

<b>Waren Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung wegen eines psychischen Problems?</b>			
in %			
Total Ja	4,5 (1997: 4,1)	Alter:	
Frauen	6,0	15-24	2,9
Männer	2,9	25-34	5,0
Gemeindesprache deutsch	4,2	35-44	6,0
Gemeindesprache französisch	5,7	45-54	5,3
Gemeindesprache italienisch	3,1	55-64	4,8
Städtisch	4,8	65-74	2,7
Ländlich	3,7	75+	2,5

  

<b>Was war der Beruf der Person, die Sie behandelt hat?</b>	
In %	
Psychiater	31,3
Allgemeinarzt/Internist/anderer Arzt	30,6
Psychologe/Psychotherapeut	29,2
Alternativmedizinischer Therapeut/ anderer nichtmedizinischer Therapeut	7,7

Quelle: Schweiz. Gesundheitsbefragung 2002, Bundesamt für Statistik BFS, Neuenburg, 2003

## 2 Grundversorgung und Psychopharmaka

25 % bis 40 % der Hausarztpatientinnen und -patienten leiden auch oder ausschliesslich an psychischen Störungen, die zu einem erheblichen Teil weder diagnostiziert noch behandelt werden. Viele psychisch Kranke wollen lieber vom Hausarzt als vom Psychiater behandelt werden. Psychisch Schwerkranke bleiben für die ambulante Behandlung oft bei ihrem Hausarzt. Psychische Störungen werden auch in Zukunft zu einem grossen Teil in der Grundversorgung behandelt; insbesondere in Regionen und Bevölkerungsgruppen, die aus geografischen oder soziokulturellen Gründen einen schlechten Zugang zu psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachleuten haben.

Die mangelhafte psychiatrische Ausbildung der Grundversorger/-innen ist ein weltweites Problem. Die Weltgesundheitsorganisation WHO fordert deshalb in ihrem Bericht zur psychischen Gesundheit, dass die Berufsleute der Grundversorgung in der Erkennung und Behandlung psychischer Störungen besser aus- und weitergebildet werden (WHO 2001); ein Expertenteam des Bundesamtes für Sozialversicherung fordert dies ebenfalls (Mattanza et al. 2002, S. 80).

Bessere Ausbildung und Unterstützung bei der Betreuung psychisch Kranker wäre auch für das Personal der spitalexternen Krankenpflege wichtig. Die Untersuchung einer Zufallsstichprobe von 595 Spitex-KlientInnen in den Kantonen Zürich und St. Gallen zeigt, dass bei 45% der KlientInnen ein diagnostizierbares psychiatrisches Problem vorliegt

(Abderhalden et al. 2003). Die Gemeindekrankenpflege, Hauspflege und Haushilfe erbringen bisher wenig sichtbare Leistungen zur Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen. Die zitierte Studie zeigt den Mangel an fachlicher Unterstützung (z.B. Liaisonpsychiatrie), an geeigneten Abklärungsinstrumenten sowie an Strukturen der Zusammenarbeit. Deshalb sind die Pflegenden und Betreuenden der Spitex oft überfordert im Umgang mit psychisch Kranken.

Die Problematik der Behandlung von psychisch Kranken in der Grundversorgung zeigt sich auch in der Verschreibung von Medikamenten. Psychopharmaka bilden einen wesentlichen Teil der ärztlichen Behandlung. So hatten 2002 Medikamente zur Behandlung von Krankheiten des zentralen Nervensystems in der Schweiz einen Marktanteil (zu Herstellerabgabepreisen) von 16% (583 Mio Fr.). Übertroffen wurden sie nur von Herz-Kreislauf-Medikamenten mit 17% (IHA-IMS Health, 2003).

Zur grossen Verbreitung der Psychopharmaka hat im letzten Jahrzehnt die Entwicklung einer neuen Generation von Antidepressiva (mit weniger gefährlichen Nebenwirkungen als die klassischen antidepressiven Medikamente) beigetragen, neben dem anhaltend starken Gebrauch von Tranquilizern. Der unkritische Gebrauch von Antidepressiva und Tranquilizer ist jedoch nicht ungefährlich. So dürften inadäquat eingesetzte Antidepressiva das Risiko von Manien erhöhen. Der diagnostisch nicht vertretbare Konsum von Tranquilizern und Antidepressiva in Konfliktsituationen kann bei Menschen mit Persönlichkeitsproblemen eine emotionale Entdifferenzierung bewirken.

Der psychopharmakologische Fortschritt in der Entwicklung moderner, selektiv wirksamer Antidepressiva bedingt in Psychiatrie und Grundversorgung eine sorgfältige Diagnostik von Depressions- und Angstmustern. Sonst wird die Entwicklung von antidepressiv wirksamen Medikamenten, die kaum letale Komplikationsrisiken haben, epidemiologisch mit der Gefahr eines Anstiegs manischer und anderer Syndrome erkaufte.

### **3 Laiensystem**

Die Angehörigen der psychisch Kranken, insbesondere die Eltern, sind in den antipsychiatrischen Bewegungen der 60er- und 70er-Jahre oft als alleinige Verursacher psychischer Krankheiten angeklagt worden. Die empirische Forschung hat diese Behauptung nie belegen können. Sie konnte aber zeigen, dass die so genannten «Expressed Emotions», d. h. intensive emotionale Spannungen der Angehörigen, bei Schizophreniekranken einen früheren Rückfall der Erkrankung anzeigen können. In der heutigen sozialpsychiatrischen Behandlung werden die Angehörigen als wichtigste soziale Ressource psychisch Schwerkranker erkannt und in die Betreuung einbezogen. Angehörigenvereinigungen von psychisch Kranken unterstützen die Selbsthilfe der Angehörigen und beteiligen sich an der Qualitätsförderung und Reform der psychiatrischen Versorgung.

Die Selbst- und Freiwilligenhilfe von bzw. für psychisch Kranke entwickelt sich seit einigen Jahren auch in der Schweiz; in ihr steckt ein grosses Potenzial zur Verbesserung der Lebensqualität psychisch Kranker (s. dazu auch Kapitel 29 dieses Buches). Die Dachorganisation der Schweizer Selbsthilfegruppen KOSCH ([www.kosch.ch](http://www.kosch.ch)) informiert über die regionalen Kontaktstellen und über die Art der bestehenden Selbsthilfegruppen.

Erwähnt seien hier die folgenden gesamtschweizerisch tätigen Selbsthilfeorganisationen:

- Verein zur Bewältigung von Depressionen „equilibrium“ ([www.depressionen.ch](http://www.depressionen.ch)): Unterstützung von Selbsthilfegruppen und Öffentlichkeitsarbeit.
- Angst- und Panikhilfe Schweiz ([www.aphs.ch](http://www.aphs.ch)): Beratung und Öffentlichkeitsarbeit

- Vereinigung der Angehörigen von Schizophrenie/ Psychisch-Kranken VASK (www.vask.ch): Selbsthilfe, Unterstützung von Angehörigen, Öffentlichkeitsarbeit.
- Die weltweit tätigen Selbsthilfeorganisationen „Anonyme Alkoholiker“ (www.anonyme-alkoholiker.ch) von Menschen mit Alkoholproblemen und „Narcotics Anonymous“ (www.narcotics-anonymous.ch) für Menschen mit Drogenproblemen.
- Die Stiftung Pro Mente Sana (www.promentesana.ch, gute Linkliste) setzt sich rechtlich, politisch und Beraterisch für psychisch kranke Menschen ein und unterstützt auch die Selbsthilfe der Betroffenen.

#### 4 Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie

Die Zahl der niedergelassenen, praktizierenden Psychiaterinnen und Psychiater hat in den letzten Jahren ständig zugenommen; pro Einwohner ist sie in der Schweiz deutlich höher als in Deutschland, Österreich und Frankreich. 2002 praktizierten in der Schweiz 2,7-mal so viele PsychiaterInnen als 1984 (vgl. **Tabelle 2**).

**Tabelle 2:**  
**Anzahl ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen in der Schweiz, 1984-2002**

In Klammern: Index, Basis 1984 = 100

	Nicht ärztliche PsychotherapeutInnen SPV + FSP		FachärztInnen Psychiatrie/Psychotherapie FMH in Praxis		FachärztInnen Allgemeinmedizin FMH in Praxis		Alle ÄrztInnen in Praxis (FMH-Mitglieder)	
1984	155	(100)	568	(100)	1771	(100)	8822	(100)
1990	833	(537)	854	(150)	2225	(126)	10569	(120)
1995	1627	(1050)	1148	(202)	2394	(135)	12508	(142)
2000	2301	(1485)	1385	(244)	2573	(145)	13935	(158)
2002	2461	(1588)	1516	(267)	2973	(168)	14408	(163)

Quelle: Angaben der Berufsverbände

Wesentlich weniger nahmen in diesem Zeitraum die Zahl der AllgemeinpraktikerInnen (+ 68 %) und die Gesamtzahl der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte (+ 63 %) zu. Sehr viel stärker war hingegen die Zunahme der nicht ärztlichen PsychotherapeutInnen (2002 waren es 15,9-mal so viele als 1984). Die Angaben über die Anzahl nicht ärztlicher PsychotherapeutInnen in Tabelle 2 sind allerdings insofern etwas irreführend, als sie sich auf die einzigen verfügbaren Statistiken abstützen, nämlich auf die Mitgliederzahlen der im Vergleich zu den Ärzteverbänden sehr jungen Psychologen-Fachverbände. In diesen sind die PsychotherapeutInnen erst seit etwa Mitte der 90er-Jahre weitgehend vollständig organisiert.

Da die Zahl der PsychologInnen mit Weiterbildung Psychotherapie weiterhin stärker zunehmen dürfte als diejenige der ÄrztInnen, dürfte es in wenigen Jahren doppelt so viele nicht-ärztliche PsychotherapeutInnen wie FachärztInnen für Psychiatrie und Psychotherapie geben und gleich viele wie fachärztliche AllgemeinpraktikerInnen.

Die Psychotherapiepraxen sind in der Schweiz ausserordentlich ungleich verteilt: 2002 praktizierten allein im Kanton Zürich, in dem 17% der Schweizer Bevölkerung wohnen, 41 % der nicht ärztlichen PsychotherapeutInnen und 25% der PsychiaterInnen. Hingegen praktizierten in den Kantonen Uri, Unterwalden, Glarus und Appenzell Innerrhoden nur vereinzelte ärztliche und nicht-ärztliche Psychotherapeuten.

Das Nettoeinkommen der Psychiater ist wesentlich tiefer als dasjenige aller anderen freipraktizierenden Ärzte. 1997/98 betrug das AHV-pflichtige Jahreseinkommen der in

ambulanter Praxis tätigen Psychiater (unter 66 Jahre alt) 124'600 Fr. und dasjenige der Kinderpsychiater 110'700 Fr.; dies waren 58% bzw. 52% des Durchschnittseinkommens aller praktizierenden Ärzte von 213'500 Fr. Die Allgemeinpraktiker verdienen immerhin 192'000 Fr. (90%), während die operativ tätigen Ärzte im Schnitt 297'300 Fr. (139%) einnahmen (Hasler 2002). Die Arbeitsdauer ist allerdings in der zugrundeliegenden direkten Bundessteuer nicht erfasst.

Wegen der langen Therapiedauer sind die Kosten pro psychiatrischen Behandlungsfall viermal höher als bei Behandlungen in der Allgemeinpraxis. Die Krankenkassen üben deshalb zunehmend Druck auf die Psychiater aus, lange Psychotherapien zu verkürzen. In der therapeutischen Ausrichtung der Psychiater haben seit dem Zweiten Weltkrieg die oft langdauernden tiefenpsychologisch-psychoanalytischen Methoden dominiert. Erst seit den Neunzigerjahren werden vermehrt kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren angewendet. Häufiger als in der Hausarztpraxis und als in staatlichen psychiatrischen Institutionen – aber keineswegs als Regelfall – werden in der psychiatrischen Praxis so genannte «YAVIS»-Patienten behandelt: relativ junge (young), attraktive, verbal begabte, intellektuelle und sozial erfolgreiche (successful) Personen, die sich freiwillig, motiviert und kooperativ über längere Zeit psychotherapeutisch behandeln lassen.

Aufgrund der heute noch geltenden Bestimmungen können nicht nur Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, sondern auch alle anderen praktizierenden Ärztinnen und Ärzte, auch ohne entsprechende Ausbildung, Psychotherapien durchführen und den Krankenkassen verrechnen. Im neuen Ärztetarif Tarmed soll nun die Verrechnung von Psychotherapie auf diesbezüglich qualifizierte Ärztinnen und Ärzte beschränkt werden.

Auch wenn Tarmed in Kraft tritt, dürfte sich kurzfristig nur wenig ändern, wenn das Prinzip der Besitzstandswahrung gelten soll, d. h. wenn praktizierende Ärzte, die bisher Psychotherapien verrechnet haben, dies auch in Zukunft tun dürfen, und wenn der Nachweis einer qualifizierten Psychotherapie-Ausbildung nur bei neu praktizierenden Ärzten verlangt wird.

Die staatlichen oder staatlich subventionierten, ambulanten und teilstationären psychiatrischen Dienste behandeln insgesamt weniger, aber durchschnittlich schwerer und sozial desintegriertere Kranke als die praktizierenden Psychiater und Psychotherapeuten. Diese Dienste werden zunehmend in sektorierte Behandlungsnetze eingebunden und können dazu beitragen, die stationäre Behandlungsdauer zu verkürzen und die soziale Integration und Rehabilitation zu verbessern.

## **5 Nicht ärztliche Psychotherapie**

Die psychotherapeutische Tätigkeit der Psychologinnen und Psychologen ist zur Zeit in der Schweiz in verschiedener Hinsicht noch nicht geregelt und staatlich anerkannt. Die Titel «Psychologe» und «Psychotherapeut» sind noch nicht geschützt, nur ein Teil der Kantone erteilt eine Praxisbewilligung, und eine Verrechnung zulasten der obligatorischen Grundversicherung ist nur bei der so genannten «delegierten Psychotherapie» möglich.

Praktizierende Ärztinnen und Ärzte können Patientinnen und Patienten zur Behandlung psychischer Störungen an bei ihnen angestellte PsychologInnen und andere nicht ärztliche PsychotherapeutInnen delegieren. Diese delegierte Psychotherapie muss in den Räumen des delegierenden Arztes, der gegenüber den Kassen abrechnet, stattfinden. Im Kanton Zürich erhalten nicht ärztliche Psychotherapeuten von den Krankenkassen bis Ende 2003 lediglich 80 Fr. pro Behandlungsstunde (brutto); Psychiater können den doppelten Tarif verrechnen. Mit der Einführung des Tarmed wird das Honorar für die delegierte

Psychotherapie deutlich erhöht. Im Kanton Zürich hat sich die Ärztegesellschaft mit der santésuisse auf einen Taxpunktwert von 97 Rappen geeignet. Damit können ab anfangs 2004 die delegierten Psychotherapeuten 145 Fr. und die Psychiater 208 Fr. pro Therapiestunde verrechnen, sofern der Tarmed wie vorgesehen in Kraft tritt.

Weder die delegierenden Ärztinnen und Ärzte noch die in Delegation Psychotherapie durchführenden Personen müssen zurzeit (bis 2003) irgendeine Psychotherapie-Ausbildung nachweisen. Im neuen Arzttarif Tarmed war ursprünglich vorgesehen, dass nur FachärztInnen für Psychiatrie und Psychotherapie delegieren dürfen. Dies hätte das Ende der Delegation durch Allgemeinmediziner bedeutet. Die betroffenen Fachgesellschaften wollen nun aber, dass alle ÄrztInnen die Berechtigung zur Delegation erwerben können, wenn sie einen Kurs von 60 Stunden absolvieren. Im Sommer 2003 war noch offen, welche Regelung in Zukunft gelten wird.

Die selbstständige nicht ärztliche Psychotherapie wird heute von Zusatzversicherungen und von selbst zahlenden Personen finanziert. Santésuisse, der Verband Schweizer Krankenversicherer, hat aufgrund von Angaben der Fachverbände eine Liste von 2721 nicht ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erstellt, die Leistungen aus den Zusatzversicherungen erhalten können.

Die Liste setzt sich aus TherapeutInnen zusammen, welche die Aus- und Weiterbildungskriterien folgender drei anerkannter Verbände erfüllen (Stand: März 2003): 1234 TherapeutInnen der Föderation der Schweizer PsychologInnen FSP, 922 TherapeutInnen des Schweizerischen Psychotherapeuten-Verbandes SPV, 56 Personen des Schweizerischen Berufsverbandes für angewandte Psychologie SBAP, sowie 208 TherapeutInnen, welche die Kriterien von zwei oder allen drei Verbänden erfüllen. Des weiteren stehen 301 TherapeutInnen auf der Liste, welche ausserordentliche Mitglieder in diesen Verbänden sind oder keinem Verband angehören.

Eine selbstständige nicht ärztliche Psychotherapie zulasten der Grundversicherung wäre aufgrund des Krankenversicherungsgesetzes KVG grundsätzlich möglich. Die Erarbeitung einer entsprechenden Verordnung ist aber in den 90er-Jahren am Dissens der Beteiligten gescheitert (konkurrierende Psychologen- und Psychotherapeutenverbände, Hochschulprofessoren, Ärztevereinigung FMH und Krankenversicherer). Unterdessen hat sich ein Konsens entwickelt, wonach qualifizierte nicht ärztliche PsychotherapeutInnen auf ärztliche Anordnung zulasten der Grundversicherung arbeiten könnten, ähnlich wie z. B. selbstständige PhysiotherapeutInnen. Praktizierende Ärztinnen und Ärzte ohne entsprechende Fachausbildung dürften dagegen keine Psychotherapien mehr verrechnen. Vermutlich werden entsprechende Bestimmungen aber frühestens in einem bis fünf Jahren in Kraft treten.

Vorerst wird das Bundesgesetz über die psychologischen Berufe (Psy-Gesetz) behandelt. Der im Dezember 2002 von der Expertenkommission erarbeitete Entwurf ging 2003 in die Vernehmlassung. Voraussichtlich kommt er 2004 ins Parlament. Frühestens 2005 kann er in Kraft treten. Das Psy-Gesetz regelt die universitäre Psychologieausbildung sowie die obligatorische Weiter- und Fortbildung für die verschiedenen psychologischen Berufe wie Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychologie, klinische Psychologie, Neuropsychologie etc. und schützt die entsprechenden Titel und Berufsbezeichnungen. In Zukunft wird ein Hochschul-Masterabschluss in Psychologie Voraussetzung für die Psychotherapie-Weiterbildung sein. Das Gesetz sieht grosszügige Übergangsbestimmungen vor: Wer schon länger als fünf Jahre als Psychologe berufstätig war, kann den Beruf weiter ausüben, auch wenn er die neuen Voraussetzungen nicht erfüllt.

Wenn das Psy-Gesetz und alle kantonalen Praxisbewilligungsverfahren in Kraft sind, wird die Bedeutung der Psy-Berufe im Gesundheitswesen weiter zunehmen. Eine angemessene

Finanzierung der nicht ärztlichen, selbstständigen Psychotherapie durch die obligatorische Grundversicherung wird auf die Dauer wohl nicht verhindert werden können.

## 6 Kosten und Nutzen der Psychotherapie

Über Kosten und Nutzen der Psychotherapie in der Schweiz liegen höchst unterschiedliche Angaben und Schätzungen vor, weil es über die verschiedenen beteiligten Berufsgruppen und die verschiedenen Direktzahler keine vollständige Statistik gibt. Die zuverlässigsten und fachkundigsten Schätzungen entstammen der Studie von Beeler et al. (2003). In ihr wurden die Ergebnisse von Telefoninterviews in einer nach Berufsgruppen geschichteten Zufallsstichprobe von 670 Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen mit Hilfe vorliegender Registerdaten auf die Schweiz hochgerechnet.

Im Jahr 2000 betragen die Gesamtkosten der ambulanten Psychotherapie in der Schweiz 579 Mio Fr., davon bezahlte die obligatorische Grundversicherung der Krankenkassen 396 Mio Fr. (68% der Gesamtkosten, Beeler et al. 2003). 40% der Patienten/-innen erhielten die Psychotherapie von einem Psychiater, 24% von einem Hausarzt (ärztliche Grundversorger), 25% von einem nicht-ärztlichen Psychotherapeuten mit universitärem Psychologieabschluss und 11% von einem anderen nicht-ärztlichen Psychotherapeuten. Wenn die selbstständige Psychotherapie von nicht-ärztlichen Therapeuten mit universitärem Psychologieabschluss von der Grundversicherung bezahlt würde, müsste diese 162 Mio Fr. mehr für Psychotherapie bezahlen als heute (Beeler et al. 2003).

In einer Publikation des Bundesamtes für Statistik (BFS) werden die Kosten für Psychotherapie in der Schweiz im Jahre 2000 mit 149 Mio Fr. angegeben; das ist nur ein Viertel des von Beeler et al. (2003) geschätzten Betrages. Das BFS zählte dabei nur die selbstständige Psychotherapie der nicht-ärztlichen Psychotherapeuten (Rossel 2002, S. 46).

Nach Angaben des Datenpools der santésuisse bezahlte im Jahre 2000 die Grundversicherung 333 Mio Fr. für die ambulante Psychiatrie (Sturny et al. 2004). In dieser Angabe sind alle Zahlungen an praktizierende Psychiater enthalten; nicht nur für Psychotherapie, sondern insbesondere auch für Medikamente, während die Zahlungen für die Psychotherapie der Hausärzte und für die von Hausärzten delegierte Psychotherapie in der allgemeinen ambulanten ärztlichen Grundversorgung enthalten sind.

Den Nutzen einer Therapie in Geldbeträgen zu messen ist bei der Psychotherapie noch schwieriger als bei anderen Behandlungen des Gesundheitswesens. Frei/Greiner (2001) versuchten den „volkswirtschaftlichen Nutzen“ der Psychotherapie zu schätzen, indem sie das Sparpotenzial in der somatischen Medizin durch eine optimal eingesetzte Psychotherapie berechneten. Mit einer Psychotherapie zu versorgen wären etwa 830'000 PatientInnen, davon 280'000 bei einer Operationsvorbereitung und 550'000 bei psychogenen Erkrankungen, die ambulant ärztlich behandelt werden. Sie nahmen an, dass durch Psychotherapie der Spitalaufenthalt im Schnitt um 3,5 Tage und die ambulante Arztbehandlung um 11 Konsultationen pro Patient reduziert werden könnten. Dazu müssten gesamtschweizerisch 8500 Psychotherapeuten Kurztherapien von durchschnittlich 15 Stunden leisten.

Daraus würden jährlich Einsparungen von 2'050 Mio Fr. in der somatischen Medizin und zusätzliche Kosten von 960 Mio Fr. für Psychotherapie entstehen. Dies ergäbe Nettoeinsparungen von 1'090 Mio Fr. Die dabei angenommene maximale Kooperationsbereitschaft der Patienten und Ärzte in der somatischen Medizin, die Vorstellung von kurzen, wirksamen Psychotherapien sowie die riesige Anzahl beteiligter Psychotherapeuten sind allerdings völlig unrealistisch.

## 7 Stationäre Psychiatrie

Den meisten Menschen fällt es schwerer, in eine psychiatrische Klinik als in ein somatisches Spital einzutreten. Die psychiatrischen Kliniken der allgemeinen Grundversorgung sind verpflichtet, auch schwierige, uneinsichtige oder aggressive Patientinnen und Patienten aufzunehmen, sofern ein erhebliches Risiko der Selbst- oder Fremdschädigung besteht und die Patienten von ihrem sozialen Umfeld und in der ambulanten Behandlung nicht mehr getragen werden können.

Im Jahre 2000 wurden in der Schweiz 15'534 Patientinnen und Patienten unfreiwillig in psychiatrischen Kliniken aufgenommen, das sind 29,1% aller 53'390 Eintritte. Davon waren 9'948 Zwangseinweisungen (18,6% aller Eintritte) mit einer sog. „Fürsorgerischen Freiheitsentziehung“ (FFE) gemäss Art. 397a des schweizerischen Zivilgesetzbuches und weitere 5'586 (10,5%) nicht völlig freiwillig Eintretende ohne FFE. Letztere sind zum „freiwilligen“ Eintritt gedrängt worden von anderen Personen, z.B. von Angehörigen, Arzt oder Arbeitgeber. Selber glauben sie aber nicht, dass sie eine stationäre psychiatrische Behandlung brauchen. Die Statistiken über unfreiwillige Eintritte sind Hochrechnungen der erstmals veröffentlichten Psychiatrie-Zusatzdaten der Medizinischen Statistik des Bundesamtes für Statistik aus 17 Kantonen der Schweiz (Sturny et al. 2004).

Der Anteil unfreiwilliger Eintritte variiert sehr stark zwischen den Kantonen, da sowohl die Handhabung der fürsorgerischen Freiheitsentziehung sowie allgemein der Umgang mit schwierigen psychisch Kranken kantonal höchst unterschiedlich ist: Unter 15% unfreiwillig Eintretende wurden im Tessin, Wallis und in Obwalden angegeben; zwischen einem Drittel und 51% in Zürich, Bern und Genf.

Unfreiwillige Behandlungen in der Psychiatrie sind in der schweizerischen Tradition der paternalistischen Fürsorge moralisch gerechtfertigt. Sie werden aber im Rahmen der allgemeinen Individualisierung der Gesellschaft zunehmend mit dem Argument des individuellen Selbstbestimmungsrechtes in Frage gestellt. Dabei geht oft vergessen, dass die Alternative zur stationären psychiatrischen Zwangsbehandlung häufig die wenig humane und psychotherapeutisch sicher nicht indizierte Unterbringung psychisch Kranker im Gefängnis ist. Die Situation der USA, wo weitaus mehr psychisch Kranke in Gefängnissen als in Kliniken sind (Horwitz 2002), will in der Schweiz wohl niemand.

Das grundlegende Dilemma der stationären Psychiatrie besteht darin, dass einerseits die psychiatrische Therapie bei motivierten und kooperativen Patientinnen und Patienten am wirksamsten ist und das psychiatrische Personal nur ungern Zwang anwendet. Andererseits müssen aber auch unkooperative Patienten aufgenommen und notfalls mit Zwang behandelt werden. Versuche zur Öffnung der Abteilungen, zur Verbesserung des therapeutischen Klimas, zur Entstigmatisierung der Psychiatriepatienten und zur Imageverbesserung der psychiatrischen Kliniken werden immer wieder behindert durch die Pflicht, aggressive oder gewalttätige Patienten aufzunehmen.

In der Schweiz gibt es 60 psychiatrische Kliniken und ärztlich geleitete Suchtkliniken. 2001 wurden in der Schweiz 6,5 Personen pro tausend Einwohner psychiatrisch hospitalisiert (Bundesamt für Statistik, 2003, Krankenhausstatistik). Diese so genannte psychiatrische Hospitalisationsrate ist im internationalen Vergleich relativ hoch und variiert sehr stark zwischen den Kantonen: Sehr hoch ist sie in Basel-Stadt (13,3), Genf (10,2), Neuenburg (9,9) und Waadt (8,9), sehr tief in den Innerschweizer Kantonen Nidwalden (2,0) und Obwalden (1,9), in denen es nur eine psychiatrische Abteilung in einem somatischen Spital gibt.

Die häufigsten Diagnosengruppen in den psychiatrischen Kliniken sind mit je rund einem Viertel der Eintritte die Störungen durch Drogen und Alkohol (F1-Diagnosen nach der

Klassifikation ICD-10; 26% der Eintritte), die schizophrenen und schizotypen Störungen (F2, 24%) sowie die affektiven Störungen (F3, 24%). 11% der Eintritte erfolgen wegen neurotischen Störungen und Belastungsreaktionen (F4); die anderen Diagnosegruppen sind seltener (Christen/Christen, 2003, S. 45). Eine ganz andere Diagnosenverteilung besteht bei den KlientInnen der ambulanten Psychotherapie: Gemäss einer Basisdatenerhebung des Jahres 2001 bei 1292 ärztlichen und nicht-ärztlichen Psychotherapeuten sind bei ihnen die neurotischen Störungen und Belastungsreaktionen (F4) weitaus am häufigsten (32% der Klienten; Schweizer et al. 2002, S. 135). Am zweithäufigsten sind die affektiven Störungen (F3, 19%), während die beiden anderen in den psychiatrischen Kliniken häufigen, meist schweren Störungen in der ambulanten Psychotherapie selten sind: Störungen durch Drogen und Alkohol (F1) sind nur bei 5% die Hauptdiagnosen, und schizophrene und schizotype Störungen (F2) werden nur bei 3% der ambulanten Psychotherapie-Klienten diagnostiziert.

Die Aufenthaltsdauer in psychiatrischen Kliniken ist sehr schief verteilt und weitaus länger als in somatischen Spitälern. Die Hälfte aller Patientinnen und Patienten bleiben 1 bis 23 Tage in den psychiatrischen Kliniken der Schweiz, die anderen bleiben teilweise sehr viel länger: 20,9 % länger als 60 Tage, arithmetisches Mittel 82 Tage, 4,4 % über ein halbes Jahr und 1,6 % über 1 Jahr (Austritte 2000 mit bekanntem Eintrittsdatum, Medizinische Statistik des BFS, Sturny et al. 2004). Die Kantone bzw. Kliniken unterscheiden sich am stärksten hinsichtlich längerer Behandlungen. Mit weniger als 1% aller Behandlungen länger als ein halbes Jahr führen die Kliniken der Kantone Basel-Stadt, Jura und Tessin besonders kurze Behandlungen durch. Mit einem Anteil von mehr als 2,5% aller Behandlungen über einem Jahr haben die Kliniken der Kantone Neuenburg, Thurgau und Zürich besonders viele Langzeitpatienten (Sturny et al. 2004).

Die Kostenträger (Staat und Krankenversicherer) drängen darauf, dass die chronischen Langzeitpatienten (Aufenthaltsdauer über 1 Jahr) entlassen werden. Mit guter sozialpsychiatrischer Betreuung kann ein Teil dieser Patienten selbstständig oder in betreuten Wohnungen leben. Die anderen werden in geografisch oft abgelegenen vollstationären Heimen für Langzeitpatienten untergebracht. In solchen Institutionen werden die chronisch Schwerkranken mitunter schlechter betreut als in den Kliniken.

Psychisch akut Kranke mit einer längeren stationären Behandlung werden durch die Kostenträger zunehmend benachteiligt und je nach Kanton und Krankenversicherer finanziell sehr unterschiedlich entschädigt. Im Kanton Zürich gelten Psychiatriepatienten bereits ab dem 61. Aufenthaltstag in der Regel nicht mehr als Akutfall und müssen dann zum Teil die Behandlungskosten mittragen. Im Kanton Bern übernehmen die Kostenträger während 180 Tagen die vollen Kosten. Die Krankenversicherer benachteiligen die psychisch Kranken auch bei den Zusatzversicherungen.

Ein Pflage tag kostete 2001 in den psychiatrischen Kliniken der Schweiz durchschnittlich 524 Fr., weitaus weniger als in den somatischen Zentrumsspitalern (1357 Fr. pro Pflage tag) und in den kleineren Spitalern (895 Fr. pro Tag). Wegen der im Vergleich zur Somatik hohen Aufenthaltsdauer kostet aber eine stationäre Behandlung in der Psychiatrie durchschnittlich 28'700 Fr. gegenüber 10'000 Fr. pro Behandlungsfall in den Zentrumsspitalern und 6'700 Fr. in den kleineren Spitalern (Bundesamt für Statistik 2003: Krankenhausstatistik).

Insgesamt kostete im Jahr 2001 der Betrieb der psychiatrischen Kliniken der Schweiz 1'529 Mio Fr. (ohne Investitionskosten). Das sind 10,5% der Betriebskosten von 14'556 Mio Fr. aller Krankenhäuser. Beschäftigt waren in den psychiatrischen Kliniken 14'099 Personen (12,1% der Beschäftigten aller Krankenhäuser; Vollzeitäquivalente). Sie leisteten 2,761 Mio Pflage tage (20,0% aller Krankenhäuser; BFS 2003: Krankenhausstatistik 2001). In der Schweiz ist also jeder fünfte Spitalpflage tag in der Psychiatrie, aber nur jede zehnte Franken wird dafür verwendet.

## 8 Gemeindepsychiatrie und integrierte Versorgung

Im Rahmen der westeuropäischen Psychiatriereform wurden seit den 60er-Jahren die stationäre Versorgung reduziert, die ambulanten und teilstationären Institutionen ausgebaut und die psychiatrische Grundversorgung dezentralisiert. In der Schweiz waren die Veränderungen geringer und fanden später statt als in den Nachbarländern Italien, Frankreich und Deutschland. Die Sektorisierung, d. h. die Schaffung kleiner Versorgungsgebiete mit vernetzter ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung, wurde zuerst in den Kantonen Waadt und Genf und dann im Tessin realisiert. In den meisten Deutschschweizer Kantonen sind entsprechende Reformen begonnen, aber nicht überall abgeschlossen worden.

Gut ausgebaute ambulante und teilstationäre Dienste, die optimal mit der stationären Versorgung kooperieren, würden es ermöglichen, psychisch kranke PatientInnen dort zu behandeln, wo es für eine erfolgreiche Behandlung am besten wäre. Dass dies oft nicht der Fall ist, zeigte eine Stichtagerhebung über die Behandlungssituation von 1343 PatientInnen in sieben psychiatrischen Kliniken des Kantons Zürich: Nach selbstkritischer Einschätzung der Klinikmitarbeiter erhielten 28% der Patienten in den Kliniken nicht die optimale Behandlung (Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich 2002). Bei 43% dieser ungeeignet platzierten Patienten wurde ein ambulantes oder teilstationäres Behandlungssetting als besser geeignet bezeichnet; bei den restlichen 57% wäre eine andere stationäre Behandlung besser gewesen. Bei insgesamt 34% aller Patienten wurde eine ambulante oder teilstationäre Behandlung ausserhalb einer psychiatrischen Klinik als gleich gut oder besser geeignet beurteilt. Einige der dabei als Alternativen vorgeschlagenen Angebote fehlten allerdings (z.B. psychiatrische Spitex, mobile psychiatrische Equipen), andere standen nur beschränkt zur Verfügung (z.B. Wohnheime mit intensiver Betreuung, Akut-Tageskliniken).

Mit einer „Fehlbelegung“ von 44% aller psychiatrisch hospitalisierter Patienten ist die Situation im Kanton Zürich nicht aussergewöhnlich. Vergleichende Studien in Westeuropa und den USA zeigen Fehlbelegungsraten von 30 bis 50%, und auch in anderen Schweizer Kantonen werden ähnliche Probleme gemeldet. Wenn wir davon ausgehen, dass 30 bis 40% aller Patienten, die in psychiatrischen Kliniken eingewiesen sind, ambulant behandelt werden könnten (Hans Brenner, Neue Zürcher Zeitung, 8.11.2002), so gilt es zu berücksichtigen, dass für Schwerkranke die ambulante Behandlung nicht wesentlich billiger ist als die stationäre, für Schwerstkranke sogar teurer.

Neue Konzepte der Gemeindepsychiatrie heissen „Home Treatment“ und „aufsuchende Behandlung“: Schwer psychisch kranke Menschen werden von mobilen, multiprofessionellen Equipen zuhause besucht und behandelt. Im Kanton Zürich könnten etwa 6% der heute vollhospitalisierten Psychiatriepatienten so betreut werden (Gull 2003). Ein ausgereiftes Konzept der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich wurde bisher von der Gesundheitsdirektion aus Kostengründen zurückgestellt.

Eine nachhaltige und effiziente Verbesserung der psychiatrischen Versorgung ist allerdings nur dann zu erreichen, wenn die verschiedenen beteiligten Stellen des Gesundheits- und Sozialwesens optimal koordinieren, was heute noch selten der Fall ist. Die sogenannte „Integrierte Psychiatrie Winterthur“, versucht dies mit verschiedenen Massnahmen zu erreichen, unter anderem mit der Schaffung von sog. „Case Managern“, die die Behandlung von chronisch psychisch Kranken begleiten und koordinieren. Sie eliminieren damit die häufigen Doppelspurigkeiten und Widersprüchlichkeiten der verschiedenen Behandlungen. Neben allen psychiatrischen Diensten sind in der Integrierten Psychiatrie Winterthur auch andere wichtige Versorger wie die Hausärzte und die Sozialdienste einbezogen. In den meisten städtischen Agglomerationen der Schweiz könnte mit den Konzepten der integrierten gemeindepsychiatrischen Versorgung die Behandlung psychisch Kranker

wesentlich verbessert werden, da dort die notwendigen Ressourcen, insbesondere die qualifizierten Fachpersonen, vorhanden sind.

Ganz anders sieht die Situation in abseits gelegenen ländlichen Gebieten aus, wo aus städtischer Sicht eine grosse Unterversorgung besteht. Allerdings gibt es keinen empirischen Hinweis darauf, dass dort wegen fehlenden spezialisierten Behandlungsmöglichkeiten die psychischen Krankheiten einen schwereren Verlauf nehmen oder schlimmere Folgen haben. Offenbar funktioniert dort die soziale Unterstützung durch Angehörige sowie allgemein das Laiensystem noch besser als in städtischen Agglomerationen, wo die Bewältigung von menschlichem Leiden immer mehr medikalisiert wird.

**Table 3** zeigt die Kosten, welche die ambulanten und stationären Leistungserbringer im Psychiatriebereich sowie in der Allgemeinmedizin im Jahr 2002 bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG abgerechnet haben. Entgegen den Vorstellungen, dass eine Verlagerung von der stationären zur ambulanten Psychiatrie eine Kostenreduktion im stationären Bereich zur Folge hat, weist die Kostenentwicklung zwischen 1998 und 2002 darauf hin, dass beide Bereiche zugenommen haben. In der stationären Psychiatrie ist sogar ein etwas höheres Wachstum zu verzeichnen als in der ambulanten Psychiatrie. Die Kosten der allgemeinmedizinischen Versorgung haben allerdings stärker zugenommen als die Kosten der psychiatrischen Versorgung. Daraus ist zu schliessen, dass die psychiatrische Versorgung ihr Defizit gegenüber der somatischen Versorgung nicht nur nicht wettmachen kann, sondern dass die Schere eher noch weiter auseinander geht.

**Table 3:**  
**Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach psychiatrischen und allgemeinmedizinischen Leistungserbringern, Zunahme von 1998 bis 2002**

Leistungserbringer	Kosten 2002 in Mio. Fr.	Veränderung 1998 - 2002 in %
Psychiatrie ambulant <sup>1</sup>	354.4	14.97
Grundversorger ambulant <sup>2</sup>	3'083.5	18.48
Psychiatrie stationär	567.9	18.03
Allgemeinspitäler	3'520.9	20.21

<sup>1</sup> FachärztInnen für Kinder- und Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie

<sup>2</sup> Allgemeine innere Medizin, AllgemeinpraktikerInnen sowie Pädiatrie

Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

Datenstand: Jahresaufbereitung 24.4.2003

Hochrechnung aufgrund der Risikoausgleich-Daten der Gemeinsamen Einrichtung KVG

## 9 Spezialisierte Bereiche

Die meisten spezialisierten Bereiche der Psychiatrie, namentlich die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Gerontopsychiatrie, die Psychosomatik, die Konsiliarpsychiatrie und die forensische Psychiatrie, sind in der Schweiz weniger ausgebaut als in anderen hochentwickelten Ländern. In diesen Bereichen besteht teilweise ein Nachhol- und Ausbaubedarf.

Einzig im Suchtbereich entwickelten sich in der Schweiz frühzeitig unterschiedliche und diversifizierte Angebote. Bei den Methadonbehandlungen (ab Ende der 70er-Jahre) und bei den Heroinabgabeprogrammen (ab Mitte der 90er-Jahre) ist die Schweiz bezüglich Zeitpunkt der Einführung, Umfang und wissenschaftlicher Begleitevaluation ein europäisches Pionierland. Durch die Methadon- und Heroinabgabeprogramme sind die abstinenzorientierten Langzeitprogramme in den Hintergrund geraten. Obwohl sie weiterhin sehr wichtig sind, haben sie teilweise Finanzierungs- und Auslastungsprobleme, insbesondere dann, wenn sie nicht unter ärztlicher Leitung stehen und deshalb ihre Behandlungen nicht über die Krankenkassen verrechnen können.

## 10 Nationale Strategien zur Verbesserung der psychischen Gesundheit

Bund und Kantone haben den Nachholbedarf zur Verbesserung der psychischen Gesundheit erkannt. Im Jahr 2000 beauftragten sie das Projekt Nationale Gesundheitspolitik ([www.nationalegesundheit.ch](http://www.nationalegesundheit.ch)), Strategien zu entwickeln, welche die psychische Gesundheit fördern, erhalten und wenn nötig wieder herstellen. Seither wurden Grundlagen ausgearbeitet und eine Gesamtstrategie der psychischen Gesundheit mit VertreterInnen der Fach- und Betroffenenorganisationen, Verwaltung und Politik entwickelt. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium ([www.obsan.ch](http://www.obsan.ch)) erarbeitet wissenschaftliche Grundlagen dazu. Im Bericht über eine qualitative Expertenbefragung wird aus multidisziplinärer Sicht eine Vielfalt von Determinanten psychischer Gesundheit beschrieben (Illés/Abel, 2002). Gemäss einem wichtigen, für die Schweiz vorgeschlagenen Gesundheitsziel (SGPG 2002) werden Vorschläge zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung von psychischer Gesundheit formuliert.

Erste Empfehlungen der nationalen Strategie lauten:

- Die Bevölkerung und die politischen Entscheidungsträger aus Gesundheit, sozialer Sicherheit, Bildung und Wirtschaft müssen auf die Wichtigkeit der psychischen Gesundheit sensibilisiert werden.
- Das Krankheitsgeschehen, die Erhaltung der Autonomie und die soziale Integration sowie der gesellschaftliche Umgang mit psychisch kranken Menschen verlangen ein hohes Mass an Interprofessionalität.
- Zur Bewältigung von chronischen Leiden müssen die Leistungen der Kranken- und Invalidenversicherung des Bundes besser aufeinander abgestimmt werden, und die verschiedenen Versorgungsbereiche müssen enger zusammenarbeiten.

Die weiter entwickelte nationale Strategie soll Rahmenbedingungen für eine interprofessionelle und intersektorielle Zusammenarbeit schaffen.

## \* Autoren

Peter C. Meyer, Dr. phil., Leiter des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums in Neuenburg und Titularprofessor für Soziologie, bes. Gesundheitssoziologie, an der Universität Zürich

Daniel Hell, Dr. med., Professor für klinische Psychiatrie an der Universität Zürich und Klinischer Direktor an der Psychiatrischen Universitätsklinik, Zürich

Unter Mitarbeit von Regula Ricka, PhD, MPH, Nationale Gesundheitspolitik, Bern, und Isabelle Sturny, lic. phil., Schweiz. Gesundheitsobservatorium, Neuenburg

## Bibliografie

Abderhalden, Christoph; Lüthi, Regula; Mazzola, Rosa; Wolff, Stefan (2003): Häufigkeit, Art und Schweregrad psychiatrischer Probleme bei Spitex-KlientInnen in den Kantonen Zürich und St. Gallen. Schlussbericht. WE'G Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe, Aarau, 2003

Beeler, Iris; Lorenz, Sebastian; Szucs, Thomas D. (2003): Provision and remuneration of psychotherapeutic services in Switzerland. Sozial- und Präventivmedizin, 48, 88-96

Bundesamt für Statistik (2003): Krankenhausstatistik und Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2001. Standardtabellen. BFS aktuell, Neuenburg

Bundesamt für Statistik (2003): Medizinische Statistik. Resultate 1999 (Standardtabellen). BFS aktuell, Neuenburg

Christen, Lianne; Christen, Stephan (2003): Beschreibung der Basisdaten stationärer psychiatrischer Behandlungen in der Schweiz. Arbeitsdokument Nr. 1/03 des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Neuenburg

Ernst, Klaus (1998): Psychiatrische Versorgung heute. Konzepte, Konflikte, Konsequenzen. Kohlhammer, Stuttgart (neue Ausgabe 2001)

Frei, Andreas; Greiner, Roger-Axel (2001): Sparpotenzial: eine Milliarde. Der volkswirtschaftliche Nutzen der Psychotherapie. Psychoscope. Zeitschrift der Föderation der Schweizer PsychologInnen FSP, Nr. 5/2001, 14-16

Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (2002): Eignung des aktuellen Behandlungssettings für die Patientinnen und Patienten in den psychiatrischen Kliniken des Kantons Zürich: Ergebnisse einer Stichtagserhebung. Zürich

Gull, Thomas (2003): Es genügt nicht, das Hirn zu reparieren. Interview mit Daniel Hell. Unimagazin, Nr.2/03, [www.unicom.unizh.ch](http://www.unicom.unizh.ch), 48-51

Hasler, Niklaus (2002): Einkommensverhältnisse der freien Aerzteschaft in der Schweiz. 30. Wehrsteuerperiode 1997/98. Verbindung der Schweizer Aerztinnen und Aerzte FMH, Bern

Hell, Daniel et al. (1999): Zürcher Psychiatriekonzept. Kantonale Gesundheitsdirektion, Zürich

Hell, Daniel; Endras, Jérôme; Vontobel, Jürg (2003): Kurzes Lehrbuch der Psychiatrie, Hans Huber, Bern

Horwitz, Allan V. (2002): The Social Control of Mental Illness, Percheron Press, New York (1<sup>st</sup> edition 1982)

Illés, Claudia; Abel, Thomas (2002): Psychische Gesundheit. Eine qualitative Studie im Rahmen des Projekts Nationale Gesundheitspolitik Schweiz. Schriftenreihe der SGGP Nr. 68, Bern

Mattanza, Guido; Schweizer, Markus; Ess, Sivia; Frei, Andreas; Roth, Heinz; Koch, Pedro (2002): Stationen im Prozess der Anerkennung der psychologischen Psychotherapie. Bundesamt für Sozialversicherung, Bern

Meier, Isabelle (1998): Psychotherapie. Beobachter-Ratgeber, Zürich

- Rossel, Raymond (2002): Kosten des Gesundheitswesens. Detaillierte Ergebnisse 2000 und Entwicklung seit 1995. Bundesamt für Statistik, Neuenburg
- Rüesch, Peter; Manzoni, Patrik (2003): Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring. edition obsan, Schweizerische Gesundheitsobservatorium, Neuenburg
- Schweiz. Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen SGPG (Hrsg. 2002): Gesundheitsziele für die Schweiz. SGPG, Bern
- Schweizer, Markus; Buchmann, Rudolf; Schlegel, Mario; Schulthess, Peter (2002): Struktur und Leistung der Psychotherapieversorgung in der Schweiz. Psychotherapie Forum, 10, 127-146
- Sturny, Isabelle; Cerboni, Sacha; Christen, Stephan; Meyer, Peter C. (2004): Daten zur Versorgung psychisch Kranker in der Schweiz. Arbeitsdokument Nr. 4 des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Neuenburg
- World Health Organization (2001): The world health report 2001. Mental Health. WHO, Geneva; [www.who.int/whr/2001](http://www.who.int/whr/2001)