

Charakteristika und Herausforderungen

Aktuelle psychiatrische Versorgung in der Schweiz

Ein Blick über die Ländergrenze hinweg lohnt sich: Die Schweiz kann die höchste Rate an Psychiatern und Psychologen in Europa verzeichnen. Trotzdem bleibt auch hier ein erheblicher Teil der psychisch erkrankten Menschen unbehandelt.

HANS KURT, SOLOTHURN, UNDINE E. LANG, FRANZISKA RABENSCHLAG, BASEL



In der Schweiz nehmen neun von 1.000 Menschen eine stationäre psychiatrische Behandlung in Anspruch.

- 16 **Aktuelle psychiatrische Versorgung in der Schweiz**
- 21 **Katatonie**
Psychiatrische Kasuistik
- 26 **AGATE: Stellenwert eines diätetischen Lebensmittels bei ADHS**

- 29 **Schulung in IPT könnte ambulante Versorgung Depressiver verbessern**
Interpersonelle Psychotherapie – Teil 2

- 32 **CME Neurologie in der Gravidität**
Zerebrovaskuläre Erkrankungen in der Schwangerschaft
- 38 **CME Fragebogen**

Inanspruchnahme und Angebot in der Schweiz

In der Schweiz lassen sich Patienten bis zum Alter von 70 Jahren mit Abstand am häufigsten in freien Praxen psychiatrisch behandeln – mehr als in ambulanten und stationären Institutionen [1]. Bei den Erkrankungen handelt es sich in allen drei Versorgungsbereichen vor allem um affektive Störungen (F3: 29,4%), neurotische und Belastungsstörungen (F4: 26,9%), Persönlichkeitsstörungen (F6: 13,3%) sowie Schizophrenie (F2: 10%) [1].

Durchschnittlich nehmen knapp 45 Menschen pro 1.000 Einwohner eine ambulante psychiatrische Behandlung in Anspruch und fast 9 Menschen pro 1.000 Einwohner eine stationäre Behandlung. Diese Rate schwankt beträchtlich innerhalb der Kantone: Hier sind zwischen 24 und 98 pro 1.000 Einwohner ambulant beziehungsweise zwischen 2 und 15 pro 1.000 Einwohner in stationärer Behandlung. Das spiegelt sich in der europaweit höchsten Dichte an niedergelassenen Psychiatern (0,23 pro 1.000 Einwohner) und Psychologen (Psychotherapeuten 0,67 pro 1.000 Einwohner) wider. Die höchste Psychiaterdichte innerhalb der Schweiz hat Basel Stadt mit etwa 1,13 pro 1.000 Einwohnern. Zum Vergleich: Deutschland kann etwas mehr als 20 Psychiater pro 100.000 Einwohner – etwas mehr als den Durchschnitt der OECD-Länder [2] – verzeichnen.

Die Schweiz weist eine psychiatrische Bettenkapazität von 1 – 1,5 pro 1.000 Einwohner auf, Deutschland etwas mehr als 0,5 pro 1.000 [2]. Allerdings bleiben vor allem internationale Vergleiche ungenau, weil nicht überall die gleichen Daten erhoben werden. So sind nicht in allen Zahlen die Betten der Gerontopsychiatrie, der Forensik oder des Suchtbereichs enthalten. Ebenfalls wird nicht unterschieden zwischen Akut- und Rehabilitationsbetten.

Trotzdem bleibt, je nach Untersuchung, ein Drittel bis weit über die Hälfte der psychisch erkrankten Menschen unbehandelt, weil sie keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen oder weil die Krankheiten von den Fachleuten nicht erkannt werden [1, 3, 4]. Laut einer US-amerikanischen Studie erfolgt die erste Behandlung der Depression im Schnitt erst zehn Jahre nach der Erst-erkrankung [5]. In der Schweiz nehmen lediglich zwei von drei Personen mit einer ernsthaften Depression eine ärztliche Behandlung in Anspruch. Die Gesamtprävalenz für psychische Störungen liegt bei knapp 28% in der erwachsenen Bevölkerung [3].

Finanzierung

Die Finanzierung der psychiatrischen Versorgung in der Schweiz ist im ambulanten und stationären Bereich unterschiedlich. Stationäre Angebote werden im Rahmen von Tagespauschalen entgolten, wobei die öffentliche Hand 55%

und die Krankenversicherer 45% der Kosten übernehmen. Die Tagespauschalen der Psychiatrie entsprechen ungefähr der Hälfte derjenigen der somatischen Medizin. Im ambulanten Bereich werden die verursachten Kosten vollumfänglich von den Krankenversicherern übernommen, vorausgesetzt sie werden entsprechend einem definierten Tarifsystem (Tarmed) erbracht. Viele Leistungen – gerade der integrierten Versorgung – wie Tageskliniken, aufsuchende Behandlungen, niederschwellige Angebote, Mitarbeit von Peers und/oder Pflegepersonen werden durch dieses Tarifsystem nicht adäquat abgedeckt. Diese werden durch die öffentliche Hand im Rahmen von sogenannten gemeinwirtschaftlichen Leistungen erbracht, die jedoch dem politischen Willen der Entscheidungsträger des jeweiligen Kantons unterliegen und mit einer erheblichen Planungsunsicherheit verbunden sind.

Die Ausgaben der obligatorischen Krankenversicherung für die psychiatrische Versorgung betragen 2010 im ambulanten Bereich 7,8% der ambulanten Gesamtkosten und bei den psychiatrischen Spitälern 11,4% aller stationären Kosten. Insgesamt gesehen betragen die Kosten für die psychiatrische Versorgung 9% der gesamten Gesundheitsversorgung [6].

Versorgungsmodelle

In der Schweiz besteht – mit wenigen Ausnahmen – keine Integration von psy-

chiatischen stationären Angeboten in Allgemeinkrankenhäuser; hingegen gibt es verschiedenste Kooperationsmodelle von ausgebauten Konsiliar- und Liaisondiensten über dezentrale Ambulatorien oder organisatorische Zusammenschlüsse. Entsprechend ist auch der Anteil an offen geführten psychiatrischen Kliniken eher gering. Uns ist eine „offene Psychiatrie“ in den Kantonen Genf, Tessin und Wallis bekannt. Vielversprechende mobile Kriseninterventionsangebote wurden andernorts entwickelt, fehlen jedoch auch in vielen Regionen. Außerdem bestehen wenige ambulante gerontopsychiatrische Angebote. Dabei haben Überweisungen von akutsomatischen Spitälern an die Spitem (nationaler Non-Profit-Dachverband mit 25 Kantonalverbänden und über 33.000 spitalexternen Mitarbeitenden) im Vergleich zu Überweisungen in rehabilitative somatische Einrichtungen zugenommen [7].

Für eine integrierte koordinierte Versorgung sind die Übergänge sehr bedeutsam. Aufsuchende oder übergangsbegleitende psychiatrische Projekte innerhalb der psychiatrischen Versorgung wurden in der Schweiz vereinzelt und erfolgreich umgesetzt (z. B. in den Kantonen Thurgau und Bern). Ein weiteres Beispiel ist ein im stationären Rahmen entwickeltes integriertes und personenzentriertes Modell der Behandlung. Es fokussiert auf die Kontinuität der Fachleute über verschiedene Behandlungssettings hinweg und zeigte Erfolge bezüglich Psychopathologie und psychosozialen Funktionieren [8].

Wie beschrieben findet die psychiatrische Versorgung vor allem in niedergelassenen Praxen von Psychiatern, Psychotherapeuten und Hausärzten statt. Alternative Versorgungsmodelle sind in der Schweiz erst in Ansätzen bekannt [9]. In Deutschland ist beispielsweise geplant, Primärversorgungspraxen einzuführen [10], in denen Ärzte, medizinische Fachangestellte und Pflegefachpersonen koordiniert, patientenorientiert und leitlinienbasiert eine bestimmte Population betreuen. Allerdings ist in diesem Modell vor allem von Allgemeinärzten die Rede. Ein weiteres Beispiel aus den USA sind die ärztlich geleiteten „patient-centered medical homes“, die mit persönlicher, umfassender und inte-

grierter Behandlung die Qualität erhöhen und Klinikeinweisungen reduzieren konnten [11]. Insgesamt fehlen jedoch nicht nur in der Schweiz Modelle, die sowohl integriert und koordiniert, leitlinienbasiert als auch pluridisziplinär die Versorgung ermöglichen [9]. Aufgrund der hohen Dichte von Ärzten aus allen Fachrichtungen besteht in der Schweiz wenig Druck, solche Modelle zu entwickeln. Die Bevölkerung hat bis jetzt in allen politischen Vorstößen an der freien Arztwahl festgehalten und die verbindliche Einführung von Systemen der integrierten Versorgung abgelehnt.

Die Qualität der psychiatrischen Versorgung

Leitlinien

Von sämtlichen psychiatrischen Gesellschaften wurden in den letzten Jahren Leitlinien herausgegeben, die den State of the Art der psychiatrischen Therapie definieren. In der Schweiz lehnen sich diese – wenn sie bereits erstellt sind – sehr stark an die deutschen Leitlinien an. Wie auch international kann davon ausgegangen werden, dass in der Schweiz maximal ein Viertel der Patienten eine leitlinienbasierte Therapie erhalten [12].

In diesem Zusammenhang ist in der Schweiz Polypharmazie ein qualitatives Problem der Versorgung. Bekannterweise besteht ein Risiko für Wechselwirkungen bei 38 % der Patienten, die vier Medikamente gleichzeitig einnehmen, und bei 82 %, die sieben Medikamente verabreicht bekommen [13]. Etwa 17 % der Erwachsenen erhalten in der Schweiz mehr als fünf Medikamente, bei den über 65-Jährigen sind es fast die Hälfte [14]. Für ältere Menschen wurden außerdem in diesem Zusammenhang Listen erstellt, von ungeeigneten, das heißt gefährlichen Medikamenten [15]. Diese werden von Trimipramin sowie Zolpidem angeführt und in der Schweiz bei etwa einem Viertel der über 65-Jährigen verabreicht [13].

„Empowerment“ und „recovery“

Die Pro Mente Sana Schweiz, die größte Organisation für die Belange von Betroffenen, führt unter anderem auch in den UPK (Universitäre Psychiatrische Kliniken) Basel eine Ausbildung für Peers

(Betroffene/Experten durch Erfahrung) durch. Die UPK bieten für Absolvierende Praktikumsplätze an sowie seit 2015 drei Festanstellungen für ausgebildete Peers. „Empowerment“, „recovery“-orientierte Praxis und „peer involvement“ sind in der Schweiz bekannt gewordene und vielerorts umgesetzte Ansätze, auch in der akut-stationären Praxis [16]. Diese Ansätze haben das Potenzial, Haltungen und Strukturen in der psychiatrischen Versorgung positiv zu verändern, auch wenn ihre Wirkung keine eindeutige Resultate zeigte.

Das vermehrte Bemühen um die subjektive Sicht derjenigen, die psychische oder psychiatrische Unterstützung brauchen, und der vermehrte Einbezug von Betroffenen in alle Belange der psychiatrischen Versorgung zeichnen eine zeitgemäße Psychiatrie aus. Zwangsmaßnahmen und unfreiwillige Eintritte bleiben jedoch eine Herausforderung für eine „recovery“-orientierte Praxis.

Autonomie und Freiwilligkeit

Die Anzahl unfreiwilliger Aufenthalte ist kantonal deutlich unterschiedlich. Durchschnittlich erfolgten 2013 15,7 % der psychiatrischen Einweisungen per FU (Fürsorgerische Unterbringung, entsprechend dem deutschen Psychisch-Kranken-Gesetz), aber die Zahlen bewegen sich zwischen 4 – 10 % in Genf und Basel Stadt bis 28 – 35 % in Zug, Waadt und Aargau [17]. Die zur Verfügung stehenden Daten sind schwierig zu interpretieren, da die einzelnen Kantone die unfreiwilligen Hospitalisationen verschieden definieren und erfassen. Ob Zwang bei der Aufnahme und in der Behandlung ausgeübt wird, hängt wie überall einerseits von der Klinik ab [18, 19], von Patientenvariablen [20] sowie von Teamvariablen [21], zeigen aber auch eine gewisse spezielle „Schweizer Tradition“. So werden im Vergleich zu süddeutschen Kliniken Isolationen in der Schweiz häufiger durchgeführt, Fixierungen jedoch seltener [22]. Außerdem sind in der Schweiz weniger Fälle von Zwangsmaßnahmen betroffen, allerdings dauern die Maßnahmen im Schnitt fünfmal länger als in Süddeutschland.

Die hohe Anzahl unfreiwilliger Aufenthalte in psychiatrischen Institutionen

verlangt nach neuen Lösungsansätzen. Zum einen gilt es, strukturelle Probleme wie etwa regionale 24-Stunden-Dienste für psychiatrische Notfälle anzugehen oder auch mobile Kriseninterventions-equipen zu prüfen. Es braucht vorgelagerte niederschwellige Angebote, die psychisch erkrankte Menschen und ihre Angehörigen rechtzeitig unterstützen können, wie beispielsweise Telefonberatungen. Zum anderen muss die Schnittstelle zwischen einweisender Instanz und Klinik fachlich korrekt definiert und betrieben werden. Es braucht – wie überall – die Förderung der Versorgungsforschung und die Entwicklung neuer Behandlungsmodelle sowie die entsprechende Schulung der Fachleute, um die hohe Zahl unfreiwilliger Behandlungen zu reduzieren.

Interpersonelle Zusammenarbeit

Ärzte und Pflegende sind die größte Berufsgruppe der Schweizer Gesundheitsversorgung mit ungefähr 36.000 Ärzten [23] und über 193.000 Pflegenden [24]. Der Ärzteindex der Schweizerischen Ärztegesellschaft FMH weist für das Jahr 2014 2.722 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie aus sowie 545 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Über 20.000 Ärzte waren 2010 in Spitälern tätig, davon knapp die Hälfte in Assistenzarztstellen. 1.704 Ärzte arbeiten in psychiatrischen Kliniken.

Wie im ambulanten Bereich beträgt der Frauenanteil in der stationären Psychiatrie fast die Hälfte, wobei die Frauen tendenziell jünger sind als die männlichen Kollegen.

Die ambulant tätigen Psychiater sind etwas älter (55 Jahre im Durchschnitt) als die Ärzte in ambulanten Praxen, weshalb große Sorgen um einen Nachwuchsmangel in der Versorgung bestehen [25]. Das durchschnittliche Alter der Ärzte in den Spitälern beträgt 39 Jahre, was sich durch den hohen Anteil an Assistenzärzten im stationären Bereich erklären lässt. Seit 2008 ist der Anteil der Ärzte mit einem ausländischen Diplom gestiegen und beträgt in Praxen und Grundversorgung ungefähr 20 % [23].

Schweizer Pflegende betreuen in 24 Stunden durchschnittlich acht Patienten, in Deutschland sind es 13, in Nor-

wegen fünf. Im europäischen Vergleich finden sie somit in der Schweiz gute Arbeitsbedingungen. Allerdings schwankt diese Stellenbesetzung auch innerhalb der Schweiz zwischen fast 14 bis fünf. Die Mehrheit der Schweizer Pflegenden (63 %) bezeichnet ihre Arbeitsbedingungen als „gut“ oder „ausgezeichnet“, in Deutschland sind es nur 48 %.

Die Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen stimmt europaweit mit der Zufriedenheit der Patienten mit der Spitalqualität überein [24]. Die Resultate der internationalen Studie von Schwendimann et al. (2014) zur Arbeitsqualität Pflegender konnte zeigen, dass sich eine angemessene Stellenbesetzung und der Einbezug von Pflegenden mit Bachelorabschlüssen sowie eine gute Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärzteschaft nachweislich positiv auf die Behandlungsqualität auswirken.

Aktuell gelingt die Einbindung von Pflegenden mit Masterabschlüssen (Science Nursing) in der Schweizer Gesundheitsversorgung, nachdem dies in angelsächsischen Ländern schon länger bekannt ist [26]. Sie positionieren sich als „Advanced Practice Nurse“ (APN) im stationären und ambulanten Bereich, vorerst vor allem in der Somatik, aber auch mehr und mehr in der Psychiatrie. APN verfügen über eine pflegerische

Grundausbildung und einen Studienabschluss (Master oder Doktorat). Sie zeichnen sich durch eine spezifische und erweiterte klinische Expertise in der Pflegepraxis aus, sind zum Beispiel befähigt, Erstuntersuchungen und Abklärungen vorzunehmen. Die Kompetenzen dafür sind länderspezifisch unterschiedlich geregelt. In der Schweiz ist deswegen aktuell ein Gesundheitsberufegesetz in Vernehmlassung, das die Tätigkeiten von APN in der Schweiz regeln soll [27] sowie eine gesetzliche Initiative, die einen Teilbereich der pflegerischen Tätigkeit unter ihre Verantwortung stellen will. Obwohl in einigen anderen Ländern bereits Usus, stand die Schweizerische Ärztegesellschaft FMH der gesetzlichen Anerkennung Anfang 2014 ablehnend gegenüber und bevorzugte das bewährte Delegationssystem [27].

In verschiedenen psychiatrischen Kliniken ersetzen Psychologen Ärzte, auch auf Akutstationen oder in beschränktem Maße im Notfalldienst. Im Jahr 2012 waren 5.733 psychologische Psychotherapeuten berufstätig. Von diesen arbeiten zirka 25 % in psychiatrischen Institutionen, die anderen 75 % waren vorwiegend in freier Praxis oder angestellt bei einem Arzt (sogenannte delegierte Psychotherapie) tätig.

Die Kosten für die psychiatrische Versorgung betragen in der Schweiz 9 % der gesamten Gesundheitsversorgung.



© Ben Burger / Fotolia.com

Hier steht eine Anzeige.



Mit der Einführung eines Psychologie-Berufe-Gesetzes 2013 sind die Aus- und Weiterbildung von Psychologen nun landesweit harmonisiert. Seit Inkrafttreten des Gesetzes und der damit verbundenen Regelung der Psychotherapieweiterbildung wird die direkte Zulassung der psychologischen Psychotherapeuten zur Abrechnung mit den Krankenkassensicherern diskutiert. Trotz der qualitativ hochstehenden psychologischen Ausbildung und psychotherapeutischen Weiterbildung fehlt es vielen Psychologen an genügend postgradualen Erfahrungen im klinischen Alltag [28].

Sowohl in der Pflege als auch bei den Ärzten zeichnet sich ein Nachwuchsmangel ab. Bei der Pflege fehlt es an speziell für die psychiatrische Pflege ausgebildeten Fachleuten, unter anderem weil das Ausbildungssystem grundsätzlich von einer allgemeinen Ausbildung in der Pflege ausgeht. Beim Mangel an zukünftigen Fachärzten spielen verschiedene Faktoren eine Rolle: ungeeignete Zugangshürden zum Medizinstudium, lange und kostspielige Weiterbildung zum Facharzt, niedriges Erwerbseinkommen und Stigmatisierung des Berufes [29].

Zukünftige Perspektiven

Zwar besteht in der Schweiz eine hohe Versorgungsdichte im ambulanten und stationären Bereich, gleichzeitig fehlen jedoch Präventionsmaßnahmen und Frühinterventionen, ebenso wie aufsuchende Behandlungen und ambulante Behandlungsmöglichkeiten von Patienten mit Doppeldiagnosen, Sucht, Psychose, schweren Borderline-Störungen etc.

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ wurde bis jetzt nicht umgesetzt. Es fehlen – nicht nur in der Schweiz [9] – Modelle, die die Versorgung sowohl integriert und koordiniert als auch leitlinienbasiert und pluridisziplinär ermöglichen. Das hat aktuell spürbare Personalprobleme bei Pflegenden sowie im ärztlichen und psychologischen Bereich zur Folge. Eine integrierte Versorgung bedeutet verstärkte Interprofessionalität und vor allem Schnittstellenpflege. Es stellt sich die Frage, wer das umsetzt beziehungsweise umsetzen kann.

Für die Gruppe der Menschen mit länger andauernden und schweren psychi-

schen Erkrankungen braucht es psychiatrisch ausgebildete Fachleute, die betroffenennahe Unterstützung beziehungsweise Pflege bieten.

Insgesamt offen bleibt jedoch die Frage, was und wen psychisch kranke Menschen aus ihrer Sicht brauchen. Die verstärkte Berücksichtigung ihrer Perspektive könnte zeigen, dass neben einer wirksamen und integrierten Behandlung Werte wie Lebenssinn oder Lebensqualität eine stärkere Rolle spielen. □

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOREN

Dr. med. Hans Kurt

Past President
Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie
und Psychotherapie SGPP
Gruppenpraxis Weststadt Solothurn
Bielstr. 109,
4500 Solothurn, Schweiz

Prof. Dr. med. Undine E. Lang

Klinikdirektorin
Erwachsenenpsychiatrische Klinik
Universitäre Psychiatrische Kliniken
(UPK) Basel
Wilhelm Klein-Str. 27,
4012 Basel, Schweiz

Dr. phil. Franziska Rabenschlag

Pflegewissenschaftlerin,
Entwicklung und Forschung Pflege
Universitäre Psychiatrische Kliniken
(UPK) Basel

Literatur

1. Rüesch P, Bänziger A & Juvalta S. Regionale psychiatrische Inanspruchnahme und Versorgungsbedarf in der Schweiz. Datengrundlagen, statistische Modelle, ausgewählte Ergebnisse – eine explorative Studie (Obsan Dossier 23). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2013
2. OECD. Mental Health and Work: Switzerland. Paris: OECD Publishing 2014
3. Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Maske U, Hapke U, Gaebel W, Maier W, Wagner M, Zielasek J, Wittchen H-U. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Der Nervenarzt 2014;85, (1), pp 77-87
4. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C, Fratiglioni L, Jennum P, Lieb R, Maercker A, van Os J, Preisig M, Salvador-Carulla L, Simon R, Steinhausen HC. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol 2011 Sep;21(9):655-79
5. Kessler R, Wang P. The Descriptive Epidemiology of Commonly Occurring Mental Disorders in the United States. Annual Review of Public Health 2008;29:115–129
6. Schuler D, Burla L. Psychische Gesundheit in der Schweiz, Monitoring 2012, Neuenburg: OBSAN 2012
7. Widmer M, Kohler D. Behandlungsketten und ihre Schnittstellen (Obsan Bulletin 1/2015). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2015
8. Theodoridou A, Hengartner MP, Gairing SK, Jäger M, Ketteler D, Kawohl W, Lauber C, Rössler W. Evaluation of a new person-centered integrated care model in psychiatry. Psychiatr Q 2015;86(2):153-68
9. Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz und Bundesamt für Gesundheit. Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung. GDK und BAG: Bern 2012
10. Deutscher Sachverständigenrat für die Entwicklung des Gesundheitswesens. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. (Zugriff: April 2015 unter: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=26>)
11. Grumbach K, Grundy P. Outcomes of Implementing Patient Centered Medical Home Interventions: A Review of the Evidence from Prospective Evaluation Studies in the United States. Washington D.C.: Patient-Centered Primary Care Collaborative 2010
12. Wang PS, Berglund P, Kessler RC. Recent care of common mental disorders in the United States : prevalence and conformance with evidence-based recommendations. J Gen Intern Med 2000;15(5):284-92
13. Goldberg RM, Mabee J, Chan L, Wong S. Drug–drug and drug–disease interactions in the emergency department: analysis of a high-risk population. Am J Emerg Med. 1996;14(5):447–50
14. Blozik E, van den Bussche H, Gurtner F, Schäfer I, Scherer M. Epidemiological strategies for adapting clinical practice guidelines to the needs of multimorbid patients. BMC HEALTH SERV RES 2013;13:352
15. Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. Arch Intern Med 1997;157(14):1531–6
16. Jaeger M, Konrad A, Rueegg S, Rabenschlag F. Patients' subjective perspective on recovery orientation on an acute psychiatric unit. Nord J Psychiatry 2015 Apr;69(3):188-95
17. Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ). Messergebnisse: Ergebnisse Psychiatrie. anq<<http://www.anq.ch/psychiatrie/akutsomatik-anq-plus0>. (Stand: 17. März 2015)
18. Steinert T, Martin V, Baur M, Bohnet U, Goebel R, Hermelink G, Kronstorfer R, Kuster W, Martinez-Funk B, Roser M, Schwink A, Voigtländer W. Diagnosis-related frequencies of compulsory measures in 10 German psychiatric hospitals and correlates with hospital characteristics. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2007;42:140–145
19. Husum TL, Bjørngaard JH, Finset A, Ruud T. A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. BMC Health Serv Res 2010 Apr 6;10:89
20. Lay B, Nordt C, Rössler W. Variation in use of coercive measures in psychiatric hospitals. European Psychiatry 2011;26, 244-51
21. Husum TL, Bjørngaard JH, Finset A, Ruud T. Staff attitudes and thoughts about the use of coercion in acute psychiatric wards. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2011;46(9): 893-901
22. Martin V, Bernhardsgrütter R, Göbel R, Steinert T. The use of mechanical restraint and seclusion: comparing the clinical practice in Germany and Switzerland. Psychiatr Prax 2007;34: S212-7
23. Burla L. & Widmer M. (2012). Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz – Bestand und Entwicklungen bis 2011 (Obsan Bulletin 3/2012). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2011
24. Schwendimann R, Widmer M, De Geest S & Ausserhofer D. Das Pflegefachpersonal in Schweizer Spitälern im europäischen Vergleich (Obsan Bulletin 3/2014). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2014
25. Giacometti-Bickel G, Landolt K, Berneth Ch et al. In 10 Jahren werden 1000 Psychiatrinnen und Psychiater fehlen. Schweizerische Ärztezeitung 2013;94:8, S. 302-305
26. International Council of Nurses. (2002). Advanced Practice Nursing Network. Practice: Definition. <http://icn-apnetwork.org/> (Zugriff: April 2015)
27. Swiss ANP, SBK Interessengruppe für Advanced Nursing Practice.(2015). Aktuell. (<http://swiss-anp.ch/w/pages/de/advanced-nursing-practice.php>. Zugriff: April 2015)
28. Stettler P, Stocker D, Gardiol, et al. Strukturhebung zur psychologischen Psychotherapie in der Schweiz 2012. Bern 2012
29. Bielinski D. Weiterbildung als Attraktivitätsfaktor zur Wahl eines medizinischen Fach-

gebiets – Anspruch und Realität. Schweizerische Ärztezeitung;92(3):1–2