



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Wissenschaftliche Informationen zur psychischen Gesundheit in der Schweiz

Herausgegeben von Peter C. Meyer und Regula Ricka

Arbeitsdokument 7
des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums

mit Beiträgen von:

Niklas Baer

Kantonale Psychiatrische Klinik, Liestal

Ulrich Frick

Susanne Zähringer

Institut für Suchtforschung, Zürich

Neuchâtel, Oktober 2005

Bestellung :

Bundesamt für Statistik

CH-2010 Neuchâtel

Tel. 032 713 60 60 - Fax 032 713 60 61

E-Mail: order@bfs.admin.ch

Fr. 15.- (exkl. MWST)

Inhaltsverzeichnis

ZUSAMMENFASSUNG	3
RÉSUMÉ	7
VORWORT	10
FORSCHUNG ÜBER PSYCHISCHE GESUNDHEIT IN DER SCHWEIZ: RÜCKBLICK UND AUSBLICK.....	10
1 QUANTITATIVE ANALYSE DER WISSENSCHAFTLICHEN PUBLIKATIONEN ZUM THEMA „PUBLIC MENTAL HEALTH“	14
1.1 ZUSAMMENFASSUNG	14
1.2 PROBLEMSTELLUNG UND METHODIK	15
1.2.1 Reichweite der Recherche: Zeitraum, Datenbanken und Sonderliteratur, sowie Suchbegriffe.....	15
1.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien für die Literatursuche.....	17
1.2.3 Kodierung der relevanten Literatur nach Inhalt und Methodik	19
1.3 VERGLEICH DER SCHWEIZERISCHEN MIT DER INTERNATIONALEN LITERATUR.....	22
1.4 PUBLIC MENTAL HEALTH: SCHWEIZERISCHE LITERATUR.....	25
1.4.1 Übersicht.....	25
1.4.2 Perspektive der Versorgungsforschung.....	35
1.4.3 Perspektive der Gesundheitssystemforschung.....	38
1.4.4 Perspektive der Gesundheitsökonomie.....	39
1.4.5 Perspektive der Epidemiologie.....	40
1.4.6 Perspektive der Prävention und Gesundheitsförderung.....	43
1.5 ASPEKTE DER SCHWEIZERISCHEN WISSENSCHAFTS-SZENE IM BEREICH PUBLIC MENTAL HEALTH ...	45
1.6 LITERATUR	50
2 PSYCHIATRISCHE VERSORGUNGSFORSCHUNG IN DER SCHWEIZ: STAND, LÜCKEN, PERSPEKTIVEN	51
2.1 ZUSAMMENFASSUNG	51
2.2 ZIELE DES BERICHTES.....	52
2.3 GRUNDLAGEN DES BERICHTES	53
2.3.1 Ein- und Ausschlusskriterien für die Literatursuche.....	54
2.3.2 Ergänzung der elektronischen Literaturrecherche.....	55
2.3.3 Codierung der empirischen Publikationen.....	57
2.3.4 Konsultierte Publikationen für die Psychiatrieplanung Baselland (1999-2003)	57
2.3.5 Interviews mit Experten.....	58
2.4 BESCHREIBUNG DER VERSORGUNGSFORSCHUNG 1993-2003	59
2.4.1 Quantitative Kategorisierung der Publikationen	59
2.4.2 Exemplarische Beispiele für den Nutzen von Versorgungsforschung	68
2.4.3 Bewertung des Forschungsstandes durch Experten.....	79
2.5 LITERATUR	89
3 PUBLIKATIONSLISTE DER QUANTITATIVEN ANALYSE	95

Zusammenfassung

Die beiden vorliegenden Studien von Ulrich Frick und Niklas Baer schaffen eine Übersicht über den Stand der schweizerischen Forschung der letzten zehn Jahre im Bereich der psychischen Gesundheit und der psychischen Krankheiten aus der Public Health Perspektive. Zu diesem Zweck haben die Autoren systematisch die in den Jahren 1990 bis 2003 publizierten wissenschaftlichen Arbeiten zum Thema “Public Mental Health in der Schweiz” aufgearbeitet. Mit der vorliegenden Veröffentlichung soll der Politik, der Wissenschaft und weiteren interessierten Kreisen die Möglichkeit gegeben werden, gezielt Schwerpunkte für die Verbesserung der Informationsgrundlagen im Bereich “Public Mental Health” zu setzen und entsprechende Fördermassnahmen einzuleiten.

Quantitative Analyse der wissenschaftlichen Publikationen

Die erste Arbeit “Quantitative Analyse der wissenschaftlichen Publikationen zum Thema ‘Public Mental Health’” bietet eine modellhaft dokumentierte Suchstrategie zum Thema “Public Mental Health in der Schweiz”. Über 2800 Publikationen aus den Jahren 1993 bis 2003 wurden von Ulrich Frick und Susanne Zähringer daraufhin untersucht, ob sie einen Bezug zur Schweiz aufweisen oder aus schweizerischer Perspektive einen wissenschaftlichen Beitrag zum Themengebiet liefern können. Der Überblick macht deutlich, dass der Zugang zum Thema “Public Mental Health” aus zwei Forschungstraditionen erfolgt: Einerseits aus der psychiatrischen Forschung und andererseits aus der Forschung zu Public Health bzw. Epidemiologie. Im Vergleich zu anderen Ländern hat in der Schweiz die psychiatrische Forschungstradition dabei ein deutliches Übergewicht.

Die Literaturrecherche zeigt auch, dass sich die schweizerische Forschung – mit fast zwei Drittel aller erfassten Artikel – eher den konkreten Störungsbildern als den allgemeinen Fragen zu psychischer Gesundheit bzw. Krankheit widmet. Bei den untersuchten Störungsbildern dominieren im betrachteten Zeitraum die Artikel zu Suchtstörungen, insbesondere jene durch illegale Substanzen. Unter Public Health Gesichtspunkten sind die Themenfelder “Depression”, “Demenz” und “Folgen des Alkohol- und Tabakkonsums” untervertreten, das heisst sie sind deutlich weniger oft beforscht worden, als nach ihrer Krankheitslast in der Bevölkerung angemessen wäre.

Fast 60% der Artikel nehmen eine epidemiologische Perspektive ein, das heisst, es werden vor allem Entstehung und Verbreitung von Störungsbildern erforscht. Andere Zugänge zum Thema – wie beispielsweise über Versorgungsfragen, gesundheitsökonomische und präventive Gesichtspunkte oder ähnliches – sind sehr viel seltener anzutreffen.

Die Analyse der Beziehungen unter den 528 in Erscheinung getretenen Autoren/innen macht deutlich, dass die Forscherszene der Schweiz keine klar erkennbare Binnenstruktur aufweist, sondern die meisten Artikel ohne Querbezüge zu anderen Forschern bzw. Forschergruppen –

beispielsweise über gemeinsame Koautorenschaften – erarbeitet wurden. Thematische Dimensionen mit Schwerpunktbildung konnten im Bereich “Public Mental Health” in der schweizerischen Forschungslandschaft nicht erkannt werden.

Psychiatrische Versorgungsforschung

Niklas Baer vertieft in der zweiten Arbeit “Psychiatrische Versorgungsforschung in der Schweiz” die Literaturrecherche im Bereich der psychiatrischen Versorgungsforschung, indem er die zwischen 1993 und 2003 publizierten empirischen Informationen aus der psychiatrischen Versorgungsforschung der Schweiz sichtet, zusammenfasst und auf ihre planerische Relevanz hin bewertet. Neben dem aktuellen Stand werden dabei auch Probleme und Perspektiven der psychiatrischen Versorgungsforschung in der Schweiz dargestellt. Zusätzlich wurden Experteninterviews mit Fachvertretern der Erwachsenenpsychiatrie und mit dem Präsidenten der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärzte durchgeführt, einerseits mit dem Ziel die Ergebnisse des aufgearbeiteten Forschungsstandes zu überprüfen, andererseits um Probleme und Perspektiven der Versorgungsforschung in der Schweiz aus Expertensicht beleuchten zu können.

Die quantitative Auswertung der rund 70 datenbasierten Publikationen zur psychiatrischen Versorgungsforschung zeigt, dass dieser Forschungsbereich in der Schweiz zahlenmässig mit sieben Publikationen pro Jahr zwar institutionalisiert, aber noch wenig ausgebaut ist. Die meist deskriptiven Querschnitterhebungen bearbeiten eine Vielzahl von Fragestellungen, wobei Kooperationen zwischen Forschergruppen praktisch nie vorkommen.

Mit ausgewählten Beispielen werden Studien der stationären Psychiatrie, der Rehabilitation sowie der ambulanten Praxis einschliesslich der Psychotherapie vorgestellt. Zielgruppenspezifische Studien liegen sowohl in der Alterspsychiatrie, der Migration als auch im Bereich der Patienten und deren Angehörigen vor. Zudem werden Fragen der öffentlichen Einstellung zu psychisch Kranken und zu Zwangsmassnahmen behandelt.

Die exemplarische Durchsicht einzelner Veröffentlichungen im Hinblick auf ihre Planungsrelevanz zeigt, wie nützlich Versorgungsforschung für die konkrete Planung der psychiatrischen Versorgung sein könnte, und dass das wissenschaftliche Potential hierfür in der Schweiz vorhanden ist. Die Beispiele machen zudem deutlich, wie wichtig derartige praxisbezogene wissenschaftliche Informationen für die Weiterentwicklung einer wirksamen und patientengerechten Versorgung sind.

Experten-Interviews

Die Interviews mit den Psychiatrie-Experten haben ergeben, dass nach ihrer Ansicht in der Schweiz viel zu wenig Versorgungsforschung betrieben wird. Mit den bisher vorhandenen wissenschaftlichen Informationen sind bedarfszentrierte Versorgungsplanungen nicht machbar. Ein Hauptproblem dieses, für die Versorgung gravierenden Mangels, wird in der

fehlenden Finanzierung der psychiatrischen Versorgungsforschung gesehen. Weiter fehlt in der Schweiz eine evaluative Kultur, durch die neue Versorgungsmodelle und -einrichtungen systematisch beforscht und mit vorhandenen Modellen verglichen werden könnten.

Versorgungsforschung ist bisher noch zu weit weg von der psychiatrischen Praxis, vom Erleben der Patienten und von den Handlungskonzepten in den Institutionen. In der verstärkten Verknüpfung von institutionellen, konzeptionell-methodischen und patientenzentrierten Fragestellung könnten sich der – bisher eher institutionsbezogenen – Versorgungsforschung aber neue Erkenntnismöglichkeiten eröffnen.

Versorgungsforschung ist gemäss den Experten zudem für den wissenschaftlichen Nachwuchs in der Schweiz ein wenig karriereförderndes Gebiet. Mehrere der Befragten schlagen deshalb die Einrichtung eines Nationalfonds-Schwerpunktprogramms Psychiatrie mit besonderer Betonung der Versorgungsforschung vor.

Fazit

Zur Erfüllung der hohen Ansprüche moderner Steuerungsmechanismen in Public Mental Health braucht es vertiefte Erkenntnisse über das Gesundheitssystem, über die Früherkennung und Prävention psychischer Störungen und über adäquate Zugänge zur Versorgung. Analysen über die direkten und indirekten Kosten psychischer Störungen wären für eine nachhaltige Förderung der psychischen Gesundheit in der Schweiz bedeutsam. Englische Studien haben gezeigt, dass nur ca. 16% der Kosten direkt in der Gesundheitsversorgung anfallen, während die meisten Kosten bei anderen Sozialversicherungen (wie Taggeldversicherungen, IV, Arbeitslosenversicherung, Sozialhilfe, etc.) entstehen.

In der Schweiz ist die Gesundheitssystemforschung aber noch wenig entwickelt. Dies trifft für alle Bereiche zu, also sowohl für die Interventionsforschungen – die Erforschung von Therapieerfolgen sowie Zugangsmöglichkeiten und Beanspruchung der Angebote – als auch für die Erforschung von Organisationsstrukturen, optimalen Zuständigkeiten und Kompetenzen sowie von Prozessen der gesamten Behandlungskette in verschiedenen Settings und für verschiedene Zielgruppen. Durch eine Intensivierung der angewandten Gesundheitssystemforschung könnten Instrumente für eine bedarfsgerechte Angebotsplanung und für eine gezielte Qualitätsentwicklung geschaffen werden.

Für bevölkerungsbezogene Fragestellungen müssen auch geeignete Forschungsmethoden angewendet werden. Bei Public Mental Health handelt sich meist um komplexe Fragestellungen und Interventionen im psychosozialen Bereich mit wenig standardisierbaren Bedingungen und schwierig zu definierende Untersuchungsgruppen. Dies verlangt nach wissenschaftlichen Methoden, welche die psychosoziale Komplexität berücksichtigen: Neben kontrollierten Studien sollten z.B. auch naturalistische Praxisforschung, systematisch aufgearbeitete Einzelfallstudien, gesundheitsökonomische Methoden für Kosten-Nutzenanalysen sowie angewandte Forschung über die Umsetzung innovativer Modelle vermehrt angewendet werden.

Um dem skizzierten Forschungsbedarf in diesem Bereich nachzukommen braucht es eine gute Zusammenarbeit zwischen Biologie, Medizin, Geistes- und Sozialwissenschaften sowie Ökonomie. Eine entscheidende Rolle kommt den Forschungsförderern zu, vermehrt Forschungsgelder für Projekte im Bereich der psychischen Gesundheit gutzuheissen.

Résumé

Les deux présentes études réalisées respectivement par Ulrich Frick et Niklas Baer donnent une vue d'ensemble de l'état de la recherche en Suisse ces dix dernières années dans le domaine de la santé psychique et des maladies psychiques dans une perspective de santé publique. A cette fin, les auteurs ont dépouillé systématiquement les travaux scientifiques publiés entre 1990 et 2003 sur le thème de la santé mentale publique en Suisse. La présente publication vise à aider les milieux politiques et scientifiques ainsi que d'autres milieux intéressés à fixer des priorités et à prendre des mesures pour améliorer les bases d'information dans le domaine de la santé mentale publique.

Analyse quantitative des publications scientifiques

La première étude, intitulée "Analyse quantitative des publications scientifiques sur le thème de la santé mentale publique", propose une stratégie de recherche fort bien documentée sur le thème de la santé mentale publique en Suisse. Plus de 2800 publications des années 1993 à 2003 ont été examinées par Ulrich Frick et Susanne Zähringer pour savoir si elles faisaient référence à la Suisse ou si elles pouvaient représenter une contribution scientifique sur la santé mentale publique dans une perspective suisse. Il ressort clairement que la recherche dans ce domaine est marquée par deux courants: la recherche psychiatrique et la recherche épidémiologique ou de santé publique. La recherche psychiatrique a nettement plus d'importance en Suisse par rapport à d'autres pays.

L'examen bibliographique montre aussi que la recherche suisse se consacre plutôt à l'étude de troubles psychiques concrets – presque deux tiers des articles considérés – qu'à celle de questions générales de santé psychique. Dans la période sous revue, les articles concernant des questions concrètes s'intéressent principalement aux troubles liés à la dépendance, notamment celle provoquée par la consommation de substances illégales. Si l'on considère l'autre courant de recherche, à savoir celui touchant la santé publique, on remarque que les champs thématiques "dépression", "démence" et "conséquences de la consommation d'alcool" sont sous-représentés, autrement dit la recherche dans ces derniers est nettement insuffisante par rapport au poids des maladies qui en résultent pour la collectivité.

Près de 60% des articles s'intéressent à l'origine et à la fréquence de troubles psychiques concrets et présentent donc une optique épidémiologique. Les articles sont bien moins nombreux à traiter de questions liées entre autres au système de soins, à l'économie de la santé et à la prévention.

L'analyse des relations parmi les 528 auteurs des articles considérés montre clairement que le milieu de la recherche en Suisse n'a pas de structure interne claire; la plupart des articles ont été rédigés sans collaboration – par exemple sous forme de co-rédaction – avec d'autres chercheurs ou groupes de chercheurs. Les chercheurs dans le domaine de la santé mentale publique en Suisse ne semblent pas avoir de priorités définies dans les thématiques étudiées.

Recherche portant sur les soins psychiatriques

Dans l'étude intitulée "recherche sur les soins psychiatriques en Suisse", Niklas Baer approfondit la recherche bibliographique dans ce dernier domaine. L'étude fait le point de la situation et présente les problèmes et les perspectives de la recherche en soins psychiatriques dans notre pays. L'auteur a en outre réalisé des interviews avec des spécialistes de la psychiatrie adulte et avec le président de l'Association suisse des médecins-chefs en psychiatrie, d'une part, pour vérifier ses résultats concernant l'état des lieux et, d'autre part, pour recueillir des avis d'experts concernant les problèmes et les perspectives de cette recherche dans notre pays.

L'évaluation quantitative des quelque 70 publications basées sur des données de recherche en soins psychiatriques montre que ce secteur de recherche est certes reconnu en Suisse, avec sept publications par année, mais qu'il est encore trop peu développé. La plupart des analyses longitudinales descriptives traitent diverses problématiques et à cet égard il n'y a pratiquement jamais de coopération entre groupes de chercheurs.

Une série d'exemples permet de présenter des études consacrées aux soins psychiatriques intra-muros, à la réhabilitation ainsi qu'à la pratique ambulatoire, psychothérapie comprise. Des études spécifiques à des groupes cibles ont été réalisées dans les domaines de la psychiatrie des personnes âgées, de la migration ainsi que des patients et leurs proches. En outre, les chercheurs se sont aussi intéressés à l'attitude de la collectivité face à des malades psychiques et à des mesures de contrainte.

L'examen d'exemples de diverses publications quant à leur importance au niveau de la planification montre à quel point la recherche peut être utile pour la planification concrète des soins psychiatriques et qu'il y a un véritable potentiel scientifique sur ce plan en Suisse. Les exemples révèlent clairement l'importance de ces informations scientifiques tirées de la pratique pour le développement de soins efficaces et convenables pour les patients.

Interviews avec des experts

De l'avis des experts interviewés, la recherche sur les soins psychiatriques n'est pas assez développée dans notre pays. Les informations scientifiques disponibles ne permettent pas d'établir des planifications centrées sur les besoins. Le financement de la recherche en soins psychiatriques représente la principale cause de cette insuffisance. Autre défaut dans cette recherche: l'absence en Suisse d'une culture de l'évaluation. Il importerait dans ce contexte d'examiner systématiquement les nouveaux modèles de soins et de les comparer avec les modèles existants. La recherche en soins psychiatriques est aujourd'hui encore trop éloignée de la pratique psychiatrique, du vécu des patients et des concepts d'action dans les institutions. Plutôt axée jusqu'à présent sur les institutions, elle pourrait trouver de nouveaux aboutissements en couplant davantage des questions institutionnelles, conceptuelles et méthodologiques et des problématiques centrées sur les patients.

Selon les experts interrogés, la recherche en soins psychiatriques est de plus un secteur peu propice à une carrière pour la relève scientifique en Suisse. Plusieurs experts proposent donc de mettre sur pied un programme du Fonds national consacré à la psychiatrie et axé en particulier sur la recherche dans le domaine des soins psychiatriques.

Conclusion

Pour répondre aux exigences élevées des mécanismes modernes de pilotage dans la santé mentale publique, il est nécessaire de disposer de connaissances approfondies sur le système de santé, sur le dépistage et la prévention de troubles psychiques ainsi que sur les accès adéquats aux soins dans ce domaine. Pour promouvoir durablement la santé psychique en Suisse, il serait important de réaliser des analyses sur les coûts directs et indirects des troubles psychiques. Des études anglaises ont montré que seuls 16% des coûts dans ce domaine sont occasionnés directement par le système de santé, la plupart des coûts relevant d'autres assurances sociales (comme les indemnités journalières, AI, assurance-chômage, aide sociale, etc.).

La recherche en soins psychiatriques est trop peu développée dans notre pays. Cette constatation vaut pour tous les secteurs de cette recherche, donc à la fois pour la recherche axée sur les interventions – effets de la thérapie, possibilités d'accès et utilisation des offres – que pour celle consacrée aux structures d'organisation, aux compétences optimales et aux processus de l'ensemble de la chaîne de traitement pour divers groupes cibles et modalités. En intensifiant la recherche appliquée portant sur le système de santé, il serait possible de créer des instruments pour une planification de l'offre conforme aux besoins et pour un développement ciblé de la qualité.

Pour les problématiques liées à la population, il faut aussi utiliser des méthodes de recherche appropriées. Dans la santé mentale publique, il s'agit le plus souvent de problématiques et d'interventions complexes dans le domaine psychosocial avec des conditions peu standardisables et des groupes d'étude difficiles à définir. Il faut donc recourir à des méthodes scientifiques qui tiennent compte de la complexité psychosociale. En sus d'études contrôlées, il conviendrait aussi d'utiliser de manière accrue par exemple la recherche naturaliste axée sur la pratique, des études de cas exploitées systématiquement, des méthodes d'économie de la santé pour la réalisation d'analyses coûts–utilité ainsi que la recherche appliquée portant sur la mise en œuvre de modèles innovateurs.

Pour répondre au besoin esquissé ci-dessus dans le domaine de la recherche en soins psychiatriques, il faut une bonne collaboration entre la biologie, la médecine, les sciences humaines et sociales et l'économie. Les milieux encourageant la recherche ont un rôle important à jouer en acceptant d'investir davantage de moyens financiers pour des projets dans le domaine de la santé psychique.

Vorwort

Forschung über psychische Gesundheit in der Schweiz: Rückblick und Ausblick

Regula Ricka, Peter C. Meyer

Die vorliegende Übersicht zeigt den Stand der schweizerischen Forschung über psychische Gesundheit und psychische Krankheiten aus der Public Health Perspektive der letzten zehn Jahre auf. Sie gibt der Politik, der Wissenschaft und anderen interessierten Kreisen die Möglichkeit, gezielte Schwerpunkte für die Verbesserung der Informationsgrundlagen im Bereich von Public Mental Health zu setzen und entsprechende Fördermassnahmen einzuleiten.

Dafür haben Ulrich Frick, Institut für Suchtforschung, Zürich und Niklas Baer, Kantonale Psychiatrische Dienste, Liestal im Auftrag des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Neuenburg zusammen mit der ehemaligen Sektion Nationale Gesundheitspolitik des Bundesamtes für Gesundheit systematisch die publizierten wissenschaftlichen Arbeiten der Schweiz zum Thema „Public Mental Health“ während den Jahren 1990 – 2003 aufgearbeitet.

Die Arbeit von Frick bietet einerseits eine modellhaft dokumentierte Suchstrategie. Die gewählten Schlüsselbegriffe der durchgeführten systematischen Literaturrecherche entsprechen dem aktuellen internationalen Kenntnisstand auf dem Gebiet von Public Mental Health oder kurz Psychische Gesundheit. Andererseits erstellt Frick auf der Grundlage von 303 ausgewählten Titeln eine Art Landkarte über die Forschungsaktivitäten und die Akteure der Schweiz im Bereich von psychischer Gesundheit über eine Zeitspanne von 13 Jahren.

Die Ergebnisse zeigen, dass die wissenschaftlichen Aktivitäten im Bereich der Public Health Perspektive für die psychische Gesundheit in der Schweiz beschränkt, aber ausbaufähig sind. Bisher wurde sehr viel mehr über psychische Krankheiten geforscht. Das Hauptgewicht liegt auf der Erforschung von psychischen Störungen, hauptsächlich auf Suchterkrankungen im Zusammenhang mit illegalen Substanzen. Der überproportionale Anteil der erforschten Abhängigkeitserkrankungen ist auf den gesundheitspolitischen Schwerpunkt in der Suchtforschung der neunziger Jahre zurückzuführen. Hätte man die Ressortforschung des Bundes mitberücksichtigt, wäre dieser Anteil noch höher.

Baer vertieft die Frick'sche Literaturrecherche im Bereich der psychiatrischen Versorgungsforschung. Er sichtete 70 Artikel im Volltext, klassifizierte die Artikel nach Schlüsselbegriffen, Forschungsansatz und Stichprobengrösse. Einzelne Publikationen werden im Bericht exemplarisch auf ihre versorgungsplanerische Relevanz hin zusammengefasst und kommentiert. Zusätzlich wurden Interviews mit Fachvertretern der Erwachsenenpsychiatrie aller universitärer Zentren sowie mit dem Präsidenten der Schweizerischen Vereinigung

Psychiatrischer Chefärzte geführt, mit dem Ziel die Ergebnisse zum aufgearbeiteten Forschungsstand zu überprüfen, sowie Probleme und Perspektiven der Versorgungsforschung in der Schweiz aus der Expertensicht einzuholen.

Die vorgestellten Publikationen bearbeiten eine Vielzahl von Fragestellungen. Mit ausgewählten Beispielen werden Studien der stationären Psychiatrie, der Rehabilitation sowie der Freipraktizierenden einschliesslich der Psychotherapie vorgestellt. Zielgruppenspezifische Studien liegen sowohl in der Alterspsychiatrie, der Migration als auch von Patienten und Angehörigen vor. Auch Fragen der öffentlichen Einstellung zu psychisch Kranken und zu Zwangsmassnahmen werden behandelt.

Ein kleines Land, wie es die Schweiz ist, muss sich auf die internationalen Erkenntnisse abstützen und kann nicht in allen Forschungsbereichen selber aktiv sein. Es gibt wenige Publikationen über Modellversuche, Ländervergleiche, Kosten-Nutzenanalysen verschiedener Behandlungsmethoden und bedarfsorientierte Versorgungsplanung.

An den Schweizer Universitäten gibt es einige Kompetenzzentren der psychiatrischen Versorgungsforschung, in denen auch die gemeindepsychiatrische und die integrierte Versorgung untersucht werden. Die praxisnahe Forschungstätigkeit dieser Zentren sollte gestärkt werden.

Ausblick auf zukünftige Forschung über psychische Gesundheit in der Schweiz

Auf Grund von Gesetzgebung, kulturellen Unterschieden und der Organisation des Gesundheitswesens sollte auch ein kleines Land wie die Schweiz künftig vermehrt eine wissenschaftliche Perspektive von Public Mental Health einnehmen.

Zur Erfüllung der hohen Ansprüche moderner Steuerungsmechanismen in Public Mental Health braucht es vertiefte Erkenntnisse über das Gesundheitssystem, die Früherkennung und Prävention psychischer Störungen und über adäquate Zugänge zur Versorgung. Analysen über die direkten und indirekten Kosten psychischer Störungen wären für eine nachhaltige Förderung der psychischen Gesundheit in der Schweiz bedeutsam. Englische Studien haben gezeigt, dass nur ca. 16% der Kosten in der Gesundheitsversorgung anfallen. Die meisten Kosten entstehen bei anderen Sozialversicherungen (wie Taggeldversicherungen, IV, Arbeitslosenversicherung, Sozialhilfe, etc.).

Würde die vorliegende systematische Übersicht in zehn Jahren wiederholt, könnten in Anbetracht der skizzierten Krankheitsbelastungen der Bevölkerung und des Handlungsbedarfs in der Schweiz neue Forschungsergebnisse in folgenden Gebieten vorliegen:

Epidemiologische Forschung von psychischer Gesundheit und Krankheit sowie positive und negative Einflussfaktoren: Mittels interdisziplinärer epidemiologischer Forschung werden die theoretischen und empirischen Erkenntnisse als Grundlage von evidenz-basierten Dienstleistungen erweitert. Es werden theoretische und methodische Perspektiven aus der Psychiatrie und den Sozialwissenschaften getestet, welche neben biochemischen auch

psychosoziale und soziokulturelle Aspekte psychischer Gesundheit und Krankheit erklären. Dazu gehören sowohl Ressourcen als auch Risiken, die sich auf das Verhalten und auf Bedingungsfaktoren beziehen. Positive Aspekte der psychischen Gesundheit werden ebenfalls untersucht, z.B. wie sich psychische Widerstandsfähigkeit auf die Produktivität und Leistungsfähigkeit bei unterschiedlichen Arbeitsbedingungen auswirkt; oder welche Wirkungen Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit an Schulen und in der Arbeitswelt haben.

In der Schweiz ist die Gesundheitssystemforschung noch wenig entwickelt. Darunter fallen einerseits Interventionsforschungen, die Erforschung von Therapieerfolgen sowie Zugangsmöglichkeiten und Beanspruchung der Angebote. Andererseits zählt dazu die Erforschung von Organisationsstrukturen, optimalen Zuständigkeiten und Kompetenzen sowie von Prozessen der gesamten Behandlungskette (Laienhilfe, Allgemeinmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Pflege sowie Soziale Arbeit) in verschiedenen Settings (Kliniken, Gemeinden, Betrieben, Schulen) und für verschiedene Zielgruppen (unterschiedlichen Alters). Durch angewandte Gesundheitssystemforschung können Instrumente für eine bedarfsgerechte Angebotsplanung und gezielte Qualitätsentwicklung geschaffen werden.

Für bevölkerungsbezogene Fragestellungen müssen auch geeignete Forschungsmethoden angewendet werden. Bei Public Mental Health handelt es sich meist um komplexe Fragestellungen und Interventionen im psychosozialen Bereich mit wenig standardisierbaren Bedingungen und schwierig zu definierenden Untersuchungsgruppen. Dies verlangt nach wissenschaftlichen Methoden, welche die psychosoziale Komplexität berücksichtigen: Neben kontrollierten Studien sollten z.B. auch naturalistische Praxisforschung, systematisch aufgearbeitete Einzelfallstudien, gesundheitsökonomische Methoden für Kosten-Nutzenanalysen sowie angewandte Forschung über die Umsetzung innovativer Modelle vermehrt angewendet werden.

Um dem skizzierten Forschungsbedarf in diesem Bereich nachzukommen braucht es eine gute Zusammenarbeit zwischen Biologie, Medizin, Geistes- und Sozialwissenschaften sowie Ökonomie. Eine entscheidende Rolle kommt auch den Forschungsförderern zu, vermehrt Forschungsgelder für Projekte im Bereich der psychischen Gesundheit gutzuheissen.

Dank

Die vorliegende Arbeit wäre ohne das unbezahlte Engagement zahlreicher Fachpersonen nicht zustande gekommen. Wir danken den Experten/innen, die von Niklas Baer interviewt wurden, für ihr Interesse und für die Zeit, die sie für unser Projekt investiert haben. Die interviewten Personen sind im Bericht von Baer namentlich aufgeführt.

Ausserdem danken wir den Fachleuten, die uns im Rahmen des Reviewverfahrens ihre Stellungnahmen und ihre Änderungsvorschläge zukommen liessen. Wir haben die Inputs

soweit möglich in der Überarbeitung der Berichte berücksichtigt. Folgende Fachpersonen haben uns ein Review der ersten Manuskriptfassungen geschickt:

Dr. Françoise Dubois-Arber, Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive
Lausanne

Dr. Gerhard Ebner, Psychiatrische Dienste Schaffhausen

Heinz Gilomen und Dr. Maja Huber, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel

Dr. Chung-Yol Lee, Bundesamt für Gesundheit, Bern

Philippe Lehmann, Bundesamt für Gesundheit, Bern

Prof. Dr. Wulf Rössler, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, im Namen der
Fachvertreter/innen Psychiatrie der Schweiz

1 Quantitative Analyse der wissenschaftlichen Publikationen zum Thema „Public Mental Health“

Ulrich Frick, Susanne Zähringer

1.1 Zusammenfassung

Ausgehend von einer umfangreichen Literatur-Recherche in allen relevanten elektronischen Datenbanken und zusätzlich bei ausgewählten, nicht in Datenbanken erfassten Zeitschriften wurden über 2800 Publikationen aus den Jahren 1993 bis 2003 daraufhin untersucht, ob sie zum Themengebiet Public Mental Health speziell aus schweizerischer Perspektive einen Beitrag zur wissenschaftlichen Information zu diesem Thema liefern können. Der Zugang zum Thema Public Mental Health erfolgt thematisch aus zwei Forschungstraditionen: Psychiatrische Forschung und Public Health / Epidemiologie. Während die Schweiz bei Artikeln zum Schlagwort „Epidemiologie“ weltweit nur 0,8 % der gespeicherten Zeitschriftenartikel, und bei „public health“ sogar nur 0,3% der weltweiten Publikationen beiträgt, ist über 1% der weltweiten Publikationen zum Schlagwort „psychiatry“ mit dem Schlagwort „switzerland“ kombinierbar. Relativ zu anderen Ländern hat also in der Schweiz die psychiatrische Forschungstradition für das Themenfeld Public Mental Health ein stärkeres Gewicht als Epidemiologie und Public Health Forschung andernorts.

Nach einer Selektion dieser Artikel nach allgemeinen formalen Prinzipien (1. Schritt: gleichzeitiges Zutreffen von Public Health, Mental Health und Schweiz?) und inhaltlichen Kriterien (2. Schritt: ausreichende empirische Datenbasis?) erfüllten 303 Artikel die Einschlussbedingungen dieser Studie. Jährlich werden somit um die 30 international wahrnehmbare Artikel zum Thema Public Mental Health in der bzw. über die Schweiz geschrieben.

Die schweizerische Forschung widmet sich eher konkreten Störungsbildern (fast zwei Drittel der Artikel) als allgemeinen Fragen von psychischer Gesundheit bzw. Krankheit. Unter den Störungsbildern haben in den untersuchten Jahren die Artikel um Suchtstörungen insbesondere bei illegalen Substanzen ein deutliches Übergewicht erzielt. Unter Public Health Gesichtspunkten sind die Themenfelder Depression, Demenz und Folgen des Alkohol- wie Tabakkonsums deutlich geringer beforscht worden, als nach ihrer Krankheitslast in der Bevölkerung angemessen gewesen wäre.

Fast 60% der Artikel haben eine epidemiologische Perspektive: Es werden Entstehung und Verbreitung von Störungsbildern erforscht. Andere Zugänge zum Thema sind sehr viel seltener: Versorgungsfragen, Fragen des Zuschnitts des Gesundheitssystems auf psychische Störungen, gesundheitsökonomische und besonders präventive Gesichtspunkte sind in weitaus weniger Artikeln behandelt worden.

Eine Analyse der Beziehungen unter den 528 in Erscheinung getretenen Autoren/innen zeigt, dass die Forscherszene keine klar erkennbare Binnenstruktur aufweist, sondern die meisten Artikel ohne Querbezüge (über gemeinsame Koautorenschaften) zu anderen Forschern bzw. Forschergruppen geschrieben wurden. Thematische Dimensionen mit Schwerpunktbildung konnten in der schweizerischen Forschungslandschaft zu Public Mental Health nicht aufgezeigt werden.

1.2 Problemstellung und Methodik

Dieser Bericht soll dem Leser eine Übersicht verschaffen über wissenschaftliche Informationen – d.h. über die veröffentlichte, allgemein zugängliche Fachliteratur – zu den Themenfeldern psychische Gesundheit, psychische Störungen und psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz. Der Begriff „Versorgung“ schliesst dabei sowohl akute wie rehabilitative Massnahmen mit ein. Weil die untersuchten Arbeiten jeweils eine Public Health Perspektive einnehmen, wird das Themenfeld mit dem Begriff Public Mental Health (PMH) belegt (zur Definition dieses Begriffes vgl. auch Holzinger, Matschinger et al., 2004).

Diese Arbeit soll zu einer verbesserten Wissensbasis beitragen, die verstärkte Relevanz für Gesundheitspolitik, Gesundheitsplanung und öffentliche Rezeption, insbesondere bei Bund und Kantonen der Schweiz beanspruchen kann. Durch eine quantitative Analyse der recherchierten Artikel sollen Stärken und Schwächen des Wissensstandes zum Themenfeld PMH herausgearbeitet und Hinweise für Verbesserungen ableitbar werden.

Eine Analyse der gemeinsamen Publikationstätigkeit der beim Thema PMH zu berücksichtigenden Autoren soll zum besseren Verständnis dieser Wissenschaftsszene in der Schweiz beitragen (Kapitel 4).

1.2.1 Reichweite der Recherche: Zeitraum, Datenbanken und Sonderliteratur, sowie Suchbegriffe

Gemeinsam mit dem Auftraggeber (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium) und einer Vertretung des Projekts Nationale Gesundheit wurde die Zeitstrecke für die durchzuführende Literaturrecherche auf den Zeitraum 1993 bis 2003 zum Stichtag¹ festgelegt. Die Recherche fand statt in den online verfügbaren Datenbanken

- Medline,
- PsycInfo,
- PSYINDEX,
- Social Services Abstract und

¹ 1. August 2003

- Sociological Abstracts.

Weiterhin wurden das schweizerische Forschungsdokumentationssystem SIDOS, die Bibliotheksverbände der Deutschschweiz (IDS unter <http://biblio.unizh.ch> und NEBIS unter <http://opac.nebis.ch>) und der Romandie (RERO unter <http://www.rero.ch/reroweb/chameleon.html>) befragt, und die Web-zugängliche Bibliothek des Weiterbildungszentrums für Gesundheitsberufe (WEG, Aarau) benutzt². Weil sie in keiner der obigen Datenbanken exzerpiert werden, fand zusätzlich in zwei Präsenzbibliotheken eine manuelle Durchsicht der einzuschliessenden Jahrgänge von zwei relevanten Zeitschriften statt: Schweizerisches Archiv für Neurologie und Psychiatrie, sowie managed care. Nicht in die Recherche aufgenommen wurde das Forschungsdokumentationssystem ARAMIS, da es ausschliesslich zur Finanzkontrolle der Forschungsprojekte dient und keine inhaltliche Verschlagwortung bietet. Aus der Kenntnis der verschiedenen Mitglieder des Projektteams wurden schliesslich zusätzliche, ausgewählte und anderweitig nicht erfasste Publikationen manuell in die Rechercheergebnisse aufgenommen, darunter auch sogenannte „graue“ Literatur, wie z.B. erschienene Berichte des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums oder ähnliches. Nicht in die Übersicht mit eingeschlossen wurden Buch- oder Broschüren-Veröffentlichungen des Bundesamts für Gesundheit über von ihm geförderte Forschungsprojekte, soweit diese nicht in den genannten Datenbanken respektive Zeitschriften aufgenommen bzw. publiziert worden waren. Die Einschlusskriterien der hier vorgestellten Arbeit sind damit deutlich weniger rigoros als diejenigen einer analogen Untersuchung zu PMH-bezogenen Publikationen im Deutschsprachigen Raum (Holzinger, Matschinger et al., 2004). Dort wurden hauptsächlich im Science Citation Index oder Social Science Citation Index registrierte Zeitschriften ausgewertet.

Der Zeitraum der Rechercharbeiten war der Juni und Juli 2003. In den elektronischen Datenbanken wurde nach einer sehr breit gefassten Liste von Schlagwörtern wie auch nach einer umfangreichen Liste von Freitext-Begriffen gesucht (vgl. nachfolgenden Abschnitt als Beispiel für die Recherchestrategie in medline), wobei auch Wortteile über Trunkierungszeichen als potenzielle Treffer zugelassen wurden.

Durch UND-Verknüpfung mit den Begriffen „Schweiz“, „Switzerland“, „Suisse“, oder „swiss“ sollten die Trefferzahlen auf solche Publikationen eingeschränkt werden, die für die Schweiz Relevanz besitzen. „Relevanz für die Schweiz“ wurde hierbei im doppelten Sinne definiert als entweder sich auf die gesundheitliche Situation oder Versorgungsstrukturen in der Schweiz beziehend, oder als von schweizerischen AutorInnen verfasster Artikel. Um hierbei nicht Artikel auszugrenzen, die einerseits zwar von Schweizer AutorInnen verfasst wurden, aber andererseits keine explizite Nennung der Schweiz im Freitext oder bei den institutionellen Zugehörigkeiten vorsahen, wurden zusätzlich alle Kombinationen der relevanten Schlüsselwörter (wie z.B. „public health“, „mental health“, „psychiatry“, etc.) mit

² Zugang zuletzt 29. Juli 2003 für SIDOS, IDS, NEBIS und RERO. Recherche im WEG am 31.7.2003

den Namen schweizerischer Universitätsstädte³ ebenfalls in die Recherche-Ergebnisse aufgenommen.

Nach Abgleich doppelt erfasster Datensätze über verschiedene Datenbanken hinweg ergab sich eine Obermenge von 2875 Publikationen, die weiter auf ihre thematische Relevanz zu beurteilen war.

1.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien für die Literatursuche

Das erste Einschlusskriterium für die Suche nach relevanter Literatur ist eine Beschäftigung mit „Mental Health“ im jeweiligen Artikel. Der Begriff wurde sehr breit, und nicht ausschliesslich defizitorientiert oder störungsbezogen aufgefasst. D.h., psychische Gesundheit, self esteem und ähnliche Konzepte wurden mit eingeschlossen. Jedoch wurden Artikel mit ausschliesslichem Fokus auf Lebensqualität oder auf psychisches Wohlbefinden („well-being“) aus Gründen der begrifflichen Schärfe wie aus pragmatischen Gründen nicht in die weitere Bearbeitung übernommen. Die Zahl der aus der Forschung zur Lebensqualität hervorgegangenen Artikel ist nämlich sehr hoch bei gleichzeitig oft schwieriger Zuordnung dieser Themenstellungen zu Public Health Gesichtspunkten⁴. Die Konsequenz dieser Einschränkung ist ein stärker psychiatrisch-psychotherapeutisch ausgerichteter Blick auf das Thema „Mental Health“. Ausgeschlossen wurden auch Artikel, die sich im Kern verschiedenen somatischen Erkrankungen widmeten und psychische Gesundheit allenfalls als Komorbiditätsaspekt innerhalb eines somatisch orientierten Gesundheitsbegriffes behandelten. Dies war vor allem bei Artikeln zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen, onkologischen Krankheiten, Asthma, Diabetes, Epilepsie und HIV/AIDS-Themen relevant. Artikel über den Zusammenhang von Unfällen mit Alkoholkonsum wurden jedoch beibehalten, weil die Unterscheidung nach „süchtigem“ versus „nicht-süchtigem“ Konsum von Substanzen aus einer Public Health Perspektive heraus nicht nur unerheblich, sondern dysfunktional erscheint (Rehm, 2003).

Das Einschlusskriterium „Public Health Themenstellung“ wurde ebenfalls möglichst breit gefasst und über die Herkunft der Arbeiten aus den Arbeitsfeldern Epidemiologie, Prävention, Versorgungsforschung, Gesundheitssystemforschung, sowie Umwelt- und Sozialhygiene basiert (vgl. Definition von Public Health bei Schwartz, 2003). Ausgeschlossen wurden rein klinische Fragestellungen⁵. Ebenso wenig berücksichtigt wurden Beschreibungen

³ Basel, Bern, Genf, Lausanne und Zürich wurden wegen der Existenz einer medizinischen Fakultät aufgenommen, Fribourg wegen der starken Stellung der Pädagogik und Psychologie an dieser Universität. St.Gallen wurde nach kurzen, erfolglosen Tests nicht in die Suchbegriffsliste mit aufgenommen.

⁴ So dominierten in der QoL-Forschung lange Zeit Artikel zur Entwicklung von Messmethoden, die aber unter Populationsgesichtspunkten irrelevant sind.

⁵ Die genaue Definition in der Kodierungsanleitung lautete: „Ausgeschlossen sind klinische Themen (= Behandlung und Erkenntnisse für die Behandlung, Diagnostik, Ätiologie, Prognose), Psychotherapeutische Konzepte, Diagnoseinstrumente. Therapeutische Modelle, welche die Versorgung beziehungsweise die Versorgungsstrukturen betreffen, werden eingeschlossen. Qualitätssicherung wird eingeschlossen, wenn sie sich

psychotherapeutischer Konzepte ohne Populationsbezug, sowie Artikel über diagnostische Instrumente (ohne weitere Anwendung in einer oder mehreren Populationen). Wurden allerdings therapeutische Modelle in dem betreffenden Artikel in einen Diskussionszusammenhang gestellt, der sich einer Optimierung der Versorgung der Bevölkerung und/oder Versorgungsstruktur widmete, dann wurde das Einschlusskriterium „Public Health Themenstellung“ als erfüllt betrachtet.

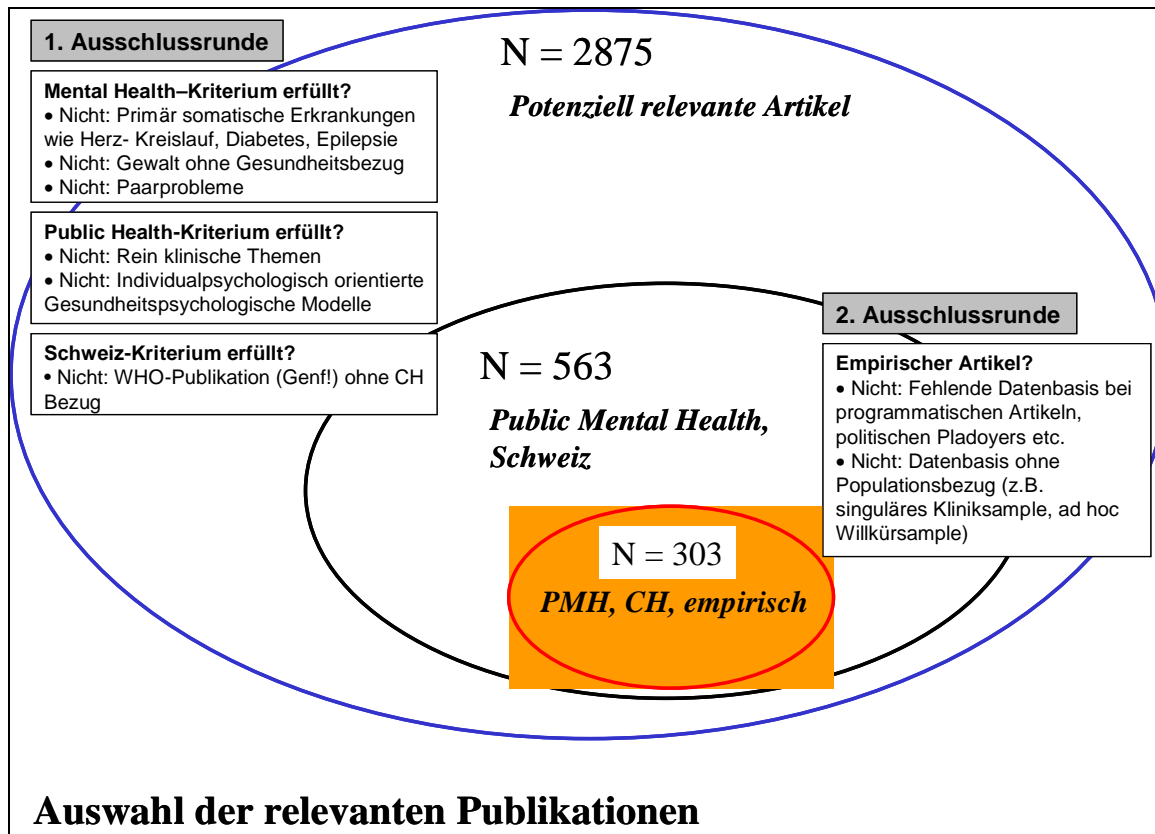


Abbildung 1: Ein- und Ausschlusskriterien der Literatursuche

Das letzte der drei Einschlusskriterien, der Bezug zur Schweiz, wurde prinzipiell schon bei der Benutzung des Suchbegriffs „Switzerland“ in den elektronischen Datenbanken mit berücksichtigt. Jedoch fanden sich wegen des Sitzes der Weltgesundheitsorganisation in Genf in den Datenbanken zahlreiche Artikel, die zwar von Autoren mit institutioneller Zugehörigkeit in der Schweiz (WHO Zentrale), aber ohne weiteren Bezug zur Schweizer Situation verfasst worden waren. Diese wurden im Weiteren ausgeschlossen (vgl. Abb. 1).

Die Anwendung aller drei Einschlusskriterien verringerte die zunächst identifizierte Menge von 2875 Artikeln auf dann 563 Artikel, für die eine Themenstellung „Public Mental Health

auf das Gesundheitssystem und nicht auf eine einzelne Massnahme bezieht. Gesundheitspsychologische Modelle sind ausgeschlossen. Reine Kulturvergleiche, welche nicht die Versorgung einbeziehen, sind ausgeschlossen.“

mit Bezug zur Schweiz“ als gegeben erachtet werden konnte. In einer zweiten Runde der Reduktion relevanter Artikel wurden dann allerdings diejenigen Publikationen zusätzlich noch ausgeschlossen, bei denen kein empirischer Bezug feststellbar war. Reine „Ankündigungs-Papiere“, die von geplanten Massnahmen und ihrem theoretischen Hintergrund berichteten, sowie programmatische Artikel oder politische Plädoyers ohne Fundierung auf einer im Artikel beschriebenen⁶ Datenbasis wurden ausgeschlossen. Studien dagegen, die sich ohne konkrete empirische Daten z.B. in Simulationsstudien dem Verhalten bestimmter formaler Modelle widmeten, galten als empirisch fundiert.

Publikationen, bei denen die beschriebene Datenbasis als willkürlich in ihrer Entstehung und nicht verallgemeinerbar auf irgendeine Population eingeschätzt wurde, wurden als Verletzungen des Prinzips „empirisch basiert mit Populationsbezug“ aufgefasst. Beispiele für solche ad-hoc Stichproben bildeten die Beschreibungen von Daten einzelner Kliniken, bei denen ihre Verallgemeinerbarkeit völlig unklar bleiben musste. Als nicht verallgemeinerbar wurden auch Stichproben eingeschätzt, die sehr klein ($n < 40$) waren und von daher keinen nennenswerten Populationsbezug aufwiesen. Insgesamt ergab sich in der zweiten Bearbeitungsrunde eine Reduktion der Veröffentlichungen von 563 Artikeln auf dann 303 empirisch fundierte Artikel.

Die Entscheidung in beiden Bearbeitungsunden erfolgte stufenweise in der Würdigung von Titel und Inhalt des Abstracts. Kontext-Informationen wie Ausrichtung der jeweiligen Zeitschrift oder andere Arbeiten desselben Autors oder Autorenteam wurden jeweils berücksichtigt. Unklare Fälle wurden von der Erstbearbeiterin (Susanne Zähringer) zunächst zurückgestellt, und dann gegen Ende mit dem Zweitbearbeiter (Ulrich Frick) diskutiert, und es wurde gegebenenfalls der gesamte Artikel zur Klärung beschafft. Die einheitliche Anwendung der Kriterienliste wurde stichprobenartig durch Doppelratings überprüft.

1.2.3 Kodierung der relevanten Literatur nach Inhalt und Methodik

Die in Abbildung 1 im inneren Kreis verbliebenen 303 Artikel wurden nach Inhalt und Methodik kodiert, um eine quantitative Auswertung der schweizerischen Public Mental Health Forschung zu ermöglichen (vgl. Abschnitt 1.4). Für die inhaltlichen Aspekte wurde beurteilt, ob spezifische Störungsbilder (z.B. ICD-10 Diagnosen) im Artikel behandelt wurden, und ob eine bestimmte Teilpopulation oder die Bevölkerung der Gesamtschweiz im Fokus des Interesses stand. Hinsichtlich der methodischen Aspekte wurde eingeschätzt, welche Perspektive der Artikel hinsichtlich der wissenschaftlichen Zugangsweise einnahm, und welche methodischen Werkzeuge der Artikel benutzte. Die in Tabelle 1 aufgezählten Kategorien sind zu verstehen als jeweils pro individuellem Artikel zu beurteilende 0/1-Variablen,

⁶ Diese Festlegung besagt nicht, dass die Auswertung dieser Daten durch quantitative Verfahren im Vordergrund stand, sondern dass genauso gut auch qualitative Verfahren zur Auswertung eingesetzt werden konnten.

deren Wert beschreibt, ob die jeweilige Kategorie für diesen Artikel zutrifft (Wert = 1) oder nicht (Wert = 0). Bei 303 Artikeln und 30 Beurteilungskategorien waren dementsprechend 9090 Einzelentscheide zur Erschliessung des Datensatzes notwendig. Mehrfachnennungen pro Artikel sind auch innerhalb eines Oberbegriffes (z.B. „welche spezifische Population adressiert der Artikel?“) theoretisch jeweils möglich.

Psychische Störung / Gesundheit	spezifische Population	Perspektive	Methodik
F0	Kinder	Gesundheitsökonomie	Quantitativ
F1 Alkohol	Jugendliche	Versorgung (Qualität & Quantität)	Qualitativ
F1 Andere	Erwachsene		Ohne Datenbasis
F2	Alte	Gesundheitsförderung / Prävention	
F3	Gender-Fragen		
F4	Migranten	Gesundheitssystem	
F5	Straftäter	Epidemiologie	
F6	Allgemeinbevölkerung		
F7			
F8			
F9			
Suizid			
Psychische Krankheit			
Psychische Gesundheit			

Tabelle 1: Kodierungs-Schema zur inhaltlich/methodischen Beschreibung der PMH-Literatur

Bei den psychischen Störungen wurden neben den klassischen ICD-10 Diagnosengruppen drei weitere Kategorien eingeführt: Suizid als Themenschwerpunkt, psychische Krankheit als allgemeine Themenstellung und nicht näher spezifizierter Oberbegriff⁷, sowie psychische Gesundheit als explizite Themenstellung. Publikationen, die sich den gesundheitlichen Folgen des Rauchens allgemein, bzw. den Folgen des Alkoholkonsums allgemein (ohne exklusiven Bezug auf eine mögliche Abhängigkeitsdiagnose) widmeten, wurden aus Gründen der Einfachheit des Kategorisierungsschemas den beiden Kategorien F1 andere Substanzen, bzw. F1 Alkohol zugeordnet.

Lediglich das Zustandekommen der Daten sollte eine Verallgemeinerung auf eine (unterschiedlich definierbare) Population ermöglichen.

⁷ Wurden dahingegen mehrere ICD-Diagnosengruppen im Artikel diskutiert, dann wurde nicht „psychische Krankheit allgemein“, sondern alle angesprochenen Diagnosegruppen als Mehrfachnennungen mit 1 kodiert.

Bei den adressierten Populationen wurden neben den Abgrenzungen über das Lebensalter (Kinder, Jugendliche, Erwachsene, Alte) auch Geschlechterfragen, Migrationsstatus, sowie Artikel mit forensischem Schwerpunkt, die sich psychisch auffälligen Straftätern widmeten, als eigene Kategorien eingeführt.

Die Kategorien zur eingenommenen Wissenschaftsperspektive wurden aus der Klassifikation der vorgefundenen Artikel entwickelt und stellen keinen Versuch dar, hiermit die möglichen Perspektiven von Public Mental Health schon zu begrenzen. Es sind selbstverständlich weitere Perspektiven denkbar und wichtig. Aber beispielsweise konnte in den 303 Artikeln keine explizit pflegerische Zugangsweise identifiziert werden. Wenngleich pflegerische Aspekte natürlich in zahlreichen Veröffentlichungen erschienen, so standen doch eher Fragen der Versorgungsqualität und/oder -struktur, oder auch der Epidemiologie stärker im Vordergrund. Die hier benutzten „Forschungsperspektiven“ entsprechen weitgehend den von Holzinger, Matschinger et al. (2004) unabhängig von dieser Arbeit entwickelten und zur Klassifikation von PMH-Publikationen in der Literaturanalyse der Leipziger Arbeitsgruppe benutzten „Themenfeldern“.

Die methodische Zugangsweise der untersuchten Artikel wurde nach quantitativ-empirisch, qualitativ-empirisch und formalwissenschaftlich (d.h. „ohne Datenbasis“) unterschieden. In die letzte Kategorie fiel nur ein einziger Artikel, der sich der Diskussion eines gesundheitsökonomischen Modells widmete.

Im Abschnitt 1.4 dieses Berichtes wird eine quantitative Auswertung über diese 30 Kategorien beschrieben. Dies wird über die Stärken und Schwächen der in der Schweiz auffindbaren wissenschaftlichen Informationen Aufschluss geben. Zuvor soll allerdings hinführend im Kapitel 1.3 der Versuch unternommen werden, die schweizerische Public Mental Health Szene als nationale Szenerie aus dem Vergleich mit der internationalen Wissenschaftsszene näher zu charakterisieren. Der Abschnitt 1.5 beschreibt als Abschluss, ob sich über die gesamte Forschergemeinde hinweg, welche sich in der Schweiz mit dem Thema Public Mental Health befasst hat, anhand der Veröffentlichungen bestimmte Strukturen der Zusammenarbeit als (thematische, zeitliche oder andere) Dimensionen des Autorenfeldes analysieren lassen.

1.3 Public (Mental) Health: Vergleich der schweizerischen mit der internationalen Literatur

Die Literaturdatenbank medline ist für den Bereich Public Health im internationalen Vergleich die mit Abstand grösste Quelle zur Informationsbeschaffung wissenschaftlicher Literatur. Daher wurde für diese Datenbank überprüft, ob sich das Profil der schweizerischen Publikationen im Themenbereich Public Health von der Stellung der Schweiz in anderen Themenfeldern unterscheidet. Insofern weicht die Grundgesamtheit von Abschnitt 1.3 von der im Abschnitt 1.2 beschriebenen Methodik nach Einschlusskriterien und Beobachtungszeitraum leicht ab. Im Abschnitt 1.4 werden dann diejenigen Publikationen dargestellt, die den kompletten Prozess der Beurteilung aller Ein- und Ausschlusskriterien durchlaufen haben, und die anschliessend nach Inhalt, Zielgruppen und Methodik kodiert worden waren.

Von den über 2,5 Millionen Publikationen⁸, die in medline zum Recherchestichtag unter dem Suchbegriff „public health“ auffindbar waren⁹, enthielten 7936 auch einen Bezug auf die Schweiz (d.h. sie waren in einer UND-Verknüpfung mit dem Begriff „switzerland“¹⁰ auffindbar). Das entspricht einem Anteil von 3,055 Promille der weltweiten Literatur zum Schlagwort „public health“. Dies ist die Vergleichsquote, für die überprüft wurde, ob sich schweizerische Literatur um besondere Themenfelder herum konzentriert, oder ob bestimmte Themenfelder in der Schweiz-relevanten Literatur „gemieden“ werden.

Überraschenderweise zeigte sich, dass für die Suchbegriffe (bzw. Suchbegriffskombinationen)

- „mental health“,
- „psychiatry“,
- „epidemiology“,
- „health care“,
- „health“ AND „psychological“,
- „addiction“,
- „mentally handicapped“,

die Quoten für das Zusammentreffen mit dem Suchbegriff „switzerland“ jeweils höher lagen als diejenige des Vergleichsbegriffes „public health“. Einzig der Begriff

- „psychotherapy“

lag in seiner Kopplung mit „switzerland“ noch knapp tiefer als „public health“. Der Spitzenreiter dieser untersuchten Begriffe ist „psychiatry“ mit einer Schweiz-Quote von

⁸ Exakt waren am 13. Juni 2003, dem Zugriffstag dieses Vergleiches 2.597.859 Publikationen zum Suchbegriff Public Health registriert.

⁹ Keine Einschränkung hinsichtlich des Publikationsdatums bei diesem Recherche-Schritt.

¹⁰ „Switzerland“ ist mit 19'729 Einträgen deutlich häufiger als „suisse“ oder „swiss“ und wurde daher gewählt.

knapp 1% (vgl. Abbildung 2). Dies ist gut dreimal höher als bei Public Health. Aus diesen Zahlen kann gefolgert werden, dass schweizerische Literatur im Themengebiet Public Mental Health sich wohl eher auf die national relativ gut vorfindbare Forschungstradition der Psychiatrie stützen kann, als auf die im internationalen Vergleich sehr viel stärker sozialwissenschaftlich bzw. interdisziplinär angelegte Public Health Tradition, welche offensichtlich in der Schweiz relativ schwächer erscheint.

Public Health ist im Vergleich mit Psychiatrie weltweit der weitaus häufigere Begriff, unter dem wissenschaftliche Artikel verschlagwortet wurden (über 2,5 Millionen verglichen zu „nur“ knapp 70'000 Quellen für Psychiatrie). Aber im letzteren Feld ist weitaus häufiger ein Bezug auf die Schweiz auffindbar. Epidemiologie (mit 0,5 Millionen Artikeln ein international sehr fruchtbares Forschungsfeld) und Suchtforschung (eher ein internationales Randthema in der Medizin mit lediglich gut 13'000 Artikeln) liegen in ihrer Schweiz-Quote knapp dahinter mit einem Anteil von jeweils 0,8% bzw. 0,76% an der weltweiten Literatur. Die Situation ist in Abbildung 2 noch einmal graphisch dargestellt:

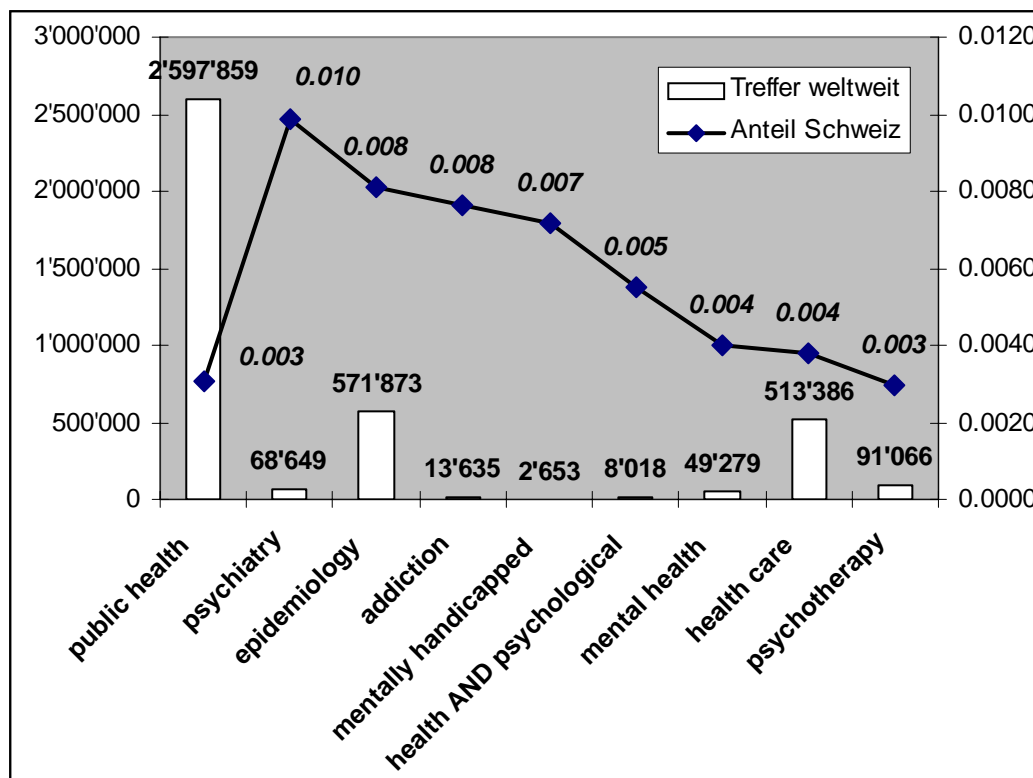


Abbildung 2: Konzentration auf bestimmte Forschungsschwerpunkte in der Schweiz? (online Recherche in medline, 13.6.2003)

Wie stark die internationale Stellung der Psychiatrie in der Schweiz ist, ergibt sich aus dem Vergleich mit somatischen medizinischen Fächern wie Onkologie, Chirurgie, Kinderheilkunde und anderen: Aus einer (unsystematisch und ad hoc ausgewählten) Liste von

Vergleichsbegriffen¹¹ erreichte nur die Psychoanalyse (mit 11 Promille) ein internationales Gewicht, das demjenigen der Psychiatrie entspricht und es sogar noch leicht übertrifft. Allerdings ist „psychoanalysis“ ein in der medizinischen Fachliteratur sehr seltenes Thema mit insgesamt weniger als 10'000 in medline registrierten Artikeln. Kombinationen mit „pharmacology“ und „pharmaceutical industry“ (als sehr viel häufigere Themenstellungen innerhalb von medline) haben für die Schweiz keine prägnantere Stellung hervorbringen können, als es für das Schlagwort „psychiatry“ zutrifft (vgl. Abbildung 3). „Public health“ (2,5 Mio. Einträge) liegt weltweit und in Absolutzahlen betrachtet deutlich vor der Chirurgie (1,9 Mio. Einträge), aber noch deutlicher hinter der Pharmakologie (3,4 Mio. Einträge). Allerdings sind die Verknüpfungsquoten mit dem Suchbegriff „switzerland“ bei „surgery“ und „pharmacology“ noch deutlich niedriger (nur rund 1 Promille).

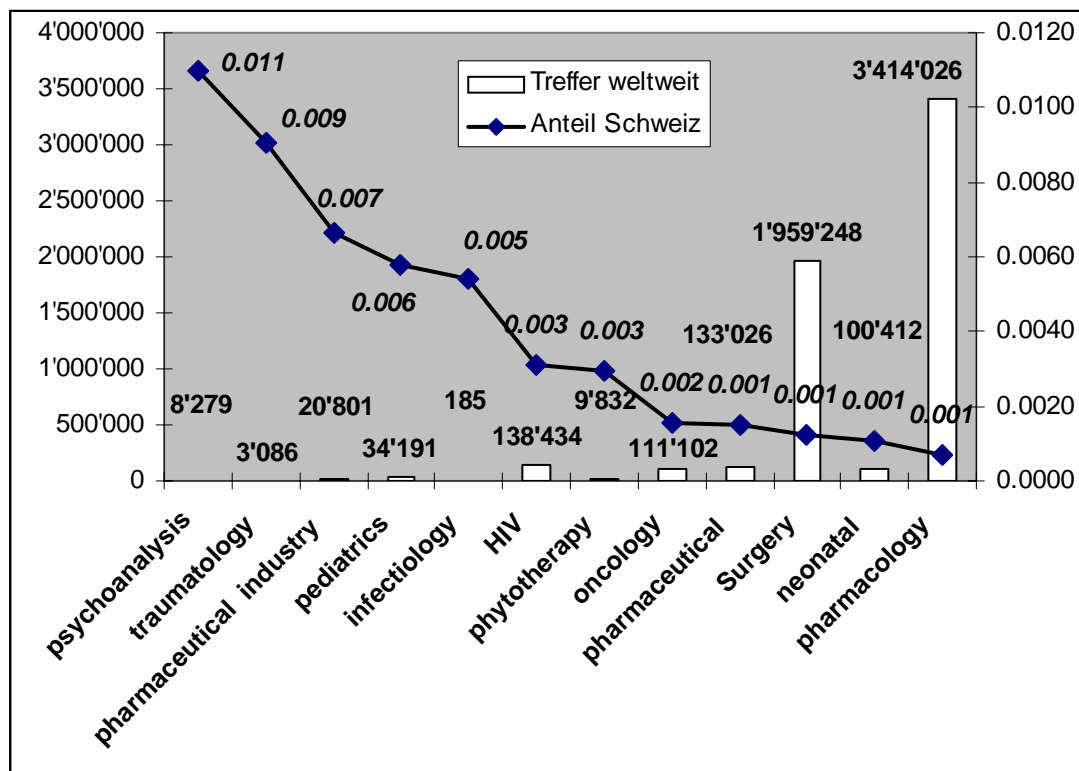


Abbildung 3: Auftritt der Schweiz in der internationalen Literatur ausgewählter somatischer Fächer (online Recherche in medline, 13.6.2003)

Daraus ist folgendes Fazit zu ziehen:

¹¹ Medline-Recherche am 17.6. 2004

Public Mental Health im internationalen Vergleich stützt sich auf zwei wichtige Forschungstraditionen: auf die

- allgemeine Public Health Forschung, und auf die
- psychiatrische Forschung.

Publikatorisch spielt die Schweiz im ersteren Themenfeld eine international weniger bedeutsame Rolle, während für die psychiatrische Forschung die Schweiz relativ gesehen eine deutlich prominentere Rolle spielt. Ob aus dieser Ausgangslage heraus die für die Schweiz verfügbaren Public Mental Health Informationen einen stärker iatrozentrischen, d.h. auf die ärztliche Perspektive ausgerichteten und auf Krankheitsbilder und Defizite stärker als auf gesundheitliche Ressourcen achtenden Themenzuschnitt erfahren haben als dies andernorts erfolgt, sollte daher in der Analyse der verfügbaren Information kritisch begutachtet werden.

1.4 Public Mental Health: schweizerische Literatur

1.4.1 Übersicht

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der quantitativen Auswertung beschrieben, die anhand der Kategorisierungen aus Abschnitt 1.2.3 vorgenommen wurden. Zunächst wird ein Überblick zu allen 303 Artikeln geliefert (Abschnitt 1.4.1). In den anschliessenden Unterkapiteln 1.4.2 bis 1.4.6 wird untersucht, ob sich die unterschiedlichen Perspektiven, aus denen heraus der Zugang zum Forschungsfeld Public Mental Health erfolgt, nach Themenstellung, Vorgehensweise oder Zielpopulationen von der Gesamtgruppe unterscheiden.

1.4.1.1 Mental Health Begriff

Die Mehrheit der Wissenschaftlichen Informationen über die Public Mental Health Situation in der Schweiz wurde verfasst unter klarer Benennung spezifischer Störungsbilder¹². Über 64% der relevanten Artikel sind so geschrieben worden (vgl. Abbildung 4). Dies dient einerseits der wissenschaftlichen Klarheit, andererseits birgt dies das Risiko einer pathologisierenden, defizit-orientierten Sicht auf das Thema psychische Gesundheit. Dies insbesondere wenn die Forschung nicht ergänzt wird um eine allgemeine Befassung mit psychischer Krankheit generell – bzw. noch deutlicher einem zeitgemässen Public Health Ansatz verpflichtet – mit psychischer Gesundheit und ihren Bedingungen. Rund 41% der Veröffentlichungen fokussierten allgemein auf psychische Krankheit, und nur in 9,6% aller Artikel liess sich eine explizite Orientierung am Thema psychische Gesundheit feststellen.

¹² Darunter wurden die ICD-10 Diagnosengruppen F0 bis F9, sowie Suizid/Suizidversuch verstanden.

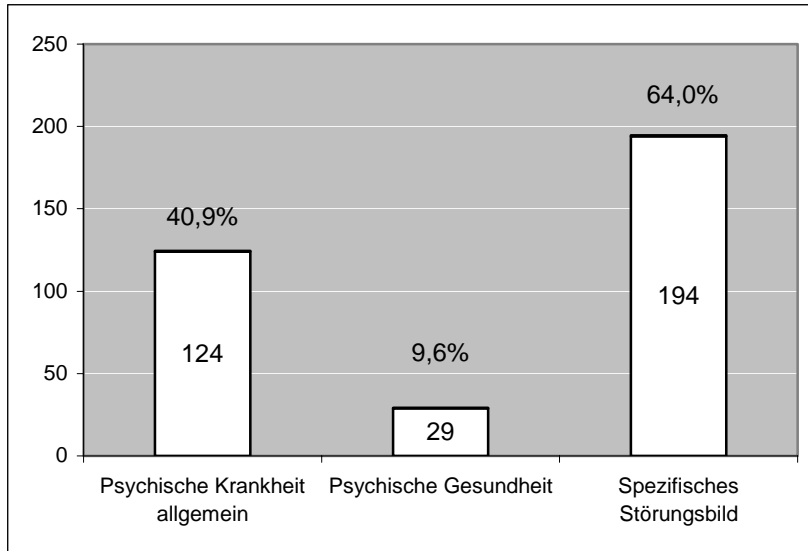


Abbildung 4: Welcher Fokus wird in den 303 Artikeln bezüglich Mental Health gesetzt (Mehrfachangaben möglich)?

Der Löwenanteil der vorzufindenden schweizerischen Literatur bewegt sich damit (Abschnitt 1.3) auf dem Boden eines ärztlich-psychiatrisch definierten Problemverständnisses für psychische Gesundheit. Es bleibt daher zu fragen, inwieweit diese Literatur vorteilhaft und hilfreich sein kann bei der Planung und Bewertung von Versorgungssystemen und Therapieketten (was leichter möglich erscheint), und inwieweit diese Literatur Informationen liefern kann zu primärpräventiven bzw. gesundheitsfördernden Massnahmen im Bereich Mental Health (was schwieriger ableitbar erscheint).

Ordnet man die insgesamt 194 Artikel mit Fokus auf konkrete Störungsbilder danach, welchen Diagnosegruppen sie sich widmen, ergeben sich die Zahlenverhältnisse der nachfolgenden Abbildung 5.

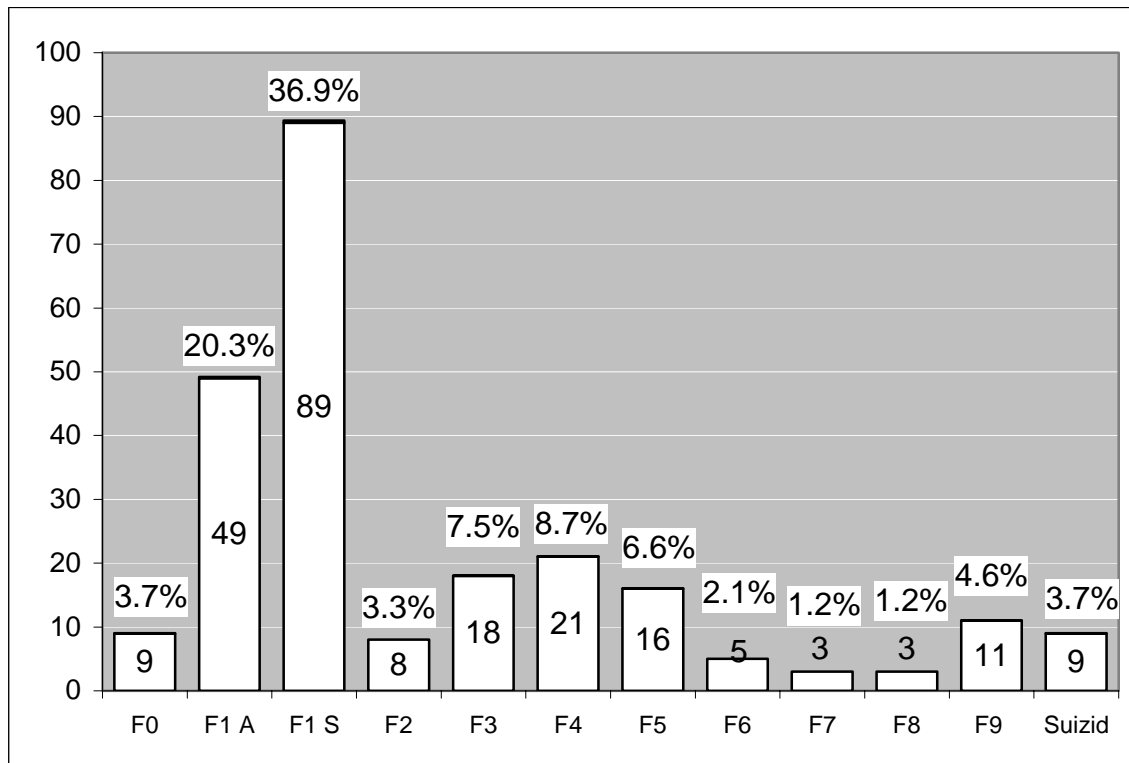


Abbildung 5: Welche Störungsbilder werden in den 194 Artikeln zu spezifischen Störungen bearbeitet?

Legende zu den F-Diagnosen

- F0: Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen
- F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
 - F1 A: betrifft die Alkoholabhängigkeit
 - F1 S: betrifft sonstige Suchtmittelabhängigkeiten
- F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
- F3: Affektive Störungen
- F4: Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (Bsp. Angst- und Zwangsstörungen)
- F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren (Bsp. Essstörungen, Schlafstörungen, sexuelle Funktionsstörungen)
- F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F7: Intelligenzminderung
- F8: Entwicklungsstörungen
- F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- Suizid: Beinhaltet Artikel zu Suiziden und Suizidversuchen

Der deutliche Schwerpunkt bei den Krankheitsbild-bezogenen Artikeln liegt im Suchtbereich, und zwar klar stärker bei den illegalen Substanzen als beim Alkohol. Damit kehrt aber die wissenschaftliche Befassung mit psychiatrischen Krankheiten die real in den entwickelten Gesellschaften Westeuropas (und damit auch der Schweiz) vorhandenen Krankheitslasten deutlich um (Abbildung 6):

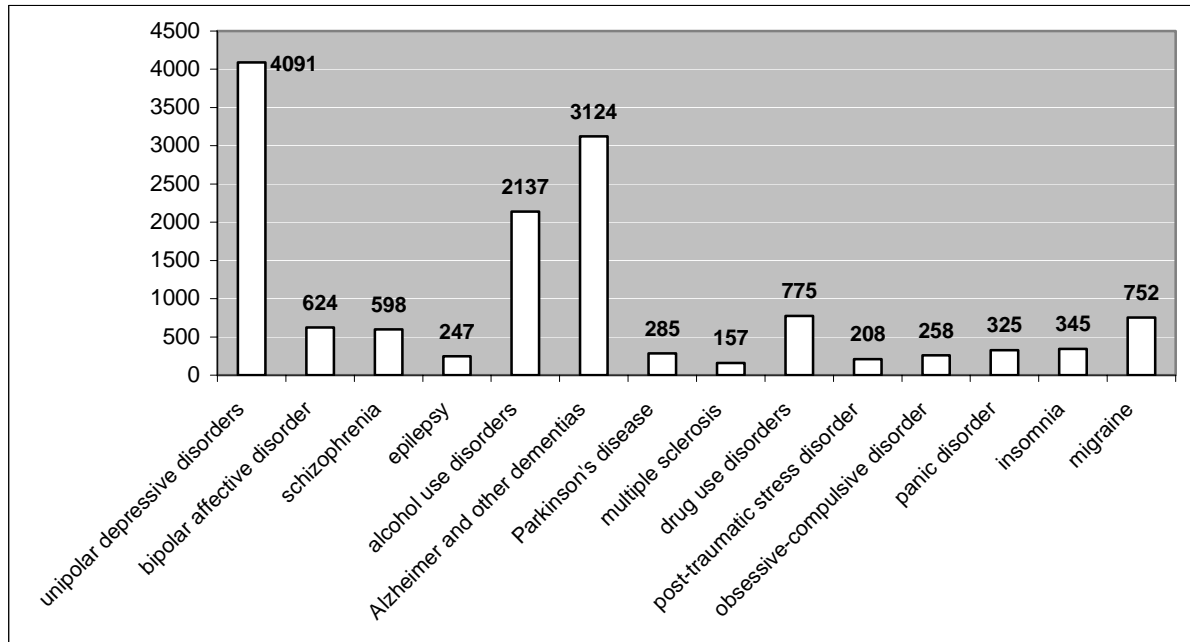


Abbildung 6: Disability adjusted life years (DALYs, in Tausend) für neuro-psychiatrische Erkrankungen in Region Euro A laut Global Burden of Disease Study 2000 (vgl. Olesen and Leonardi, 2003)

Sowohl Depression (Üstün, Ayuso-Mateos et al., 2004), wie Demenzerkrankungen (Gostynski, Ajdacic-Gross et al., 2002), wie Alkohol bedingte Störungen sind von ihrer Krankheitslast¹³ her in Westeuropa weitaus bedeutsamer als die in der schweizerischen Literatur dominanten Störungen durch illegale Substanzen. Während in Bezug auf Alkoholbedingte Störungen in der schweizerischen Literatur immerhin noch ein 20%-Schwerpunkt der Forschungstätigkeit beobachtbar ist, wird unter Public Health Gesichtspunkten¹⁴ kaum je über Depression oder Demenz publiziert. Diese letztgenannten Themenfelder liegen im krassen Gegensatz zu ihrer realen Bedeutung für die Bevölkerung der Schweiz in der wissenschaftlichen Szene weitgehend brach. Wenn man anstelle von Krankheitslast (DALYs)

¹³ DALYs messen sowohl die aus Mortalität wie die aus Morbidität herrührende Krankheitslast. Jedes im Vergleich zur gegenwärtig in Japan weltweit maximalen Lebenserwartung verlorene Lebensjahr wird mit dem Gewicht 1 gezählt, jedes in Krankheit zugebrachte Lebensjahr wird mit einem krankheitsspezifischen Gewicht als Verlust gezählt (zur Gewichtung vgl. Essink-Bot & Bonsel, 2002).

¹⁴ Klinisch orientierte Arbeiten wurden hier nicht untersucht, siehe Abschnitt 1.2.

die mit der Erkrankung verbundenen Kosten als Massstab wählt¹⁵, um die Public Health Relevanz einer Diagnose zu gewichten, kann aus diesen Ergebnissen auch auf eine deutliche Vernachlässigung der Public Health orientierten Arbeiten zu schizophrenen Erkrankungen geschlossen werden (Knapp, Mangalore et al., 2004; Rössler, Salize et al., 1998). Wenn man davon ausgeht, dass die Publikationen im Bereich Public Health stark von öffentlichen Fördermitteln abhängig sind, dann kann aus diesen Zahlen auf eine einseitige und zu eng auf illegale Substanzen zugeschnittene Forschungsförderung in der Schweiz in den vergangenen 11 Jahren geschlossen werden. Diese Orientierung ist allerdings keineswegs eine Spezialität nur der schweizerischen Forschungslandschaft. In einer Literaturanalyse der Arbeiten aus dem gesamten deutschsprachigen Raum zu Public Mental Health aus dem Jahr 2003 dominierten ebenfalls die Suchtthemen (Holzinger, Matschinger et al., 2004).

Eine Darstellung der Krankheitslast ausschliesslich nach diagnostizierten Krankheiten liefert jedoch unter Public Health Gesichtspunkten noch kein ausreichendes Bild. Im World Health Report 2002 hat die Weltgesundheitsorganisation daher erstmals auch Daten vorgelegt, inwieweit bekannten und nachgewiesenen Risikofaktoren die jeweils vorzufindende Krankheitslast zurechenbar ist (Abbildung 6a).

Die beiden legalen Substanzen Alkohol und Tabak verursachen als bedeutsame Risikofaktoren keineswegs nur eine im Bereich psychischer Gesundheit anzusiedelnde Krankheitslast. Allgemein bekannt ist die Verbindung von Rauchen und Lungenkarzinomen. Trotzdem sind (wegen des Suchtpotenzials von Nikotin) Tabak-Präventionsprogramme zweifelsohne ein Themenfeld, das sinnvollerweise unter Public Mental Health zu zählen ist, und eher nicht zur Pneumologie¹⁶. Für Alkohol gilt diese Argumentation noch ungleich bedeutsamer: Alkohol ist mit über 60 definierten Krankheiten verbunden (Rehm, Room et al., 2004), die meisten davon nicht-psychiatrischer Art. Alkohol-orientierte Public Health Forschung wurde in der Klassifikation dieses Berichtes (z.B. in Abbildung 5) aus diesem Grund in der Kategorie F1-A (Alkohol) erfasst (vgl. auch Rehm, 2003). Für beide Substanzen gilt, dass sie gegenüber illegalem Drogenkonsum in der Schweiz ein disproportional geringes Forschungsinteresse auf sich gezogen haben. Zu ähnlichen Schlüssen kommt auch ein jüngst veröffentlichter Bericht des Bundesamtes für Gesundheit, der folgerichtig auch eine Neukonzeption der Suchtpolitik des Bundes vorschlägt (Spinatsch and Hofer, 2004).

¹⁵ Diesen wichtigen Hinweis verdanken wir W. Rössler in seinen Anmerkungen zu einer früheren Version dieser Studie.

¹⁶ Tabak-orientierte Artikel sind nur ein verschwindend kleiner Anteil an den Publikationen in der Kategorie „F1 andere Substanzen“ (z.B. in Abbildung 5). Der grösste Anteil bezieht sich auf illegale Substanzen.

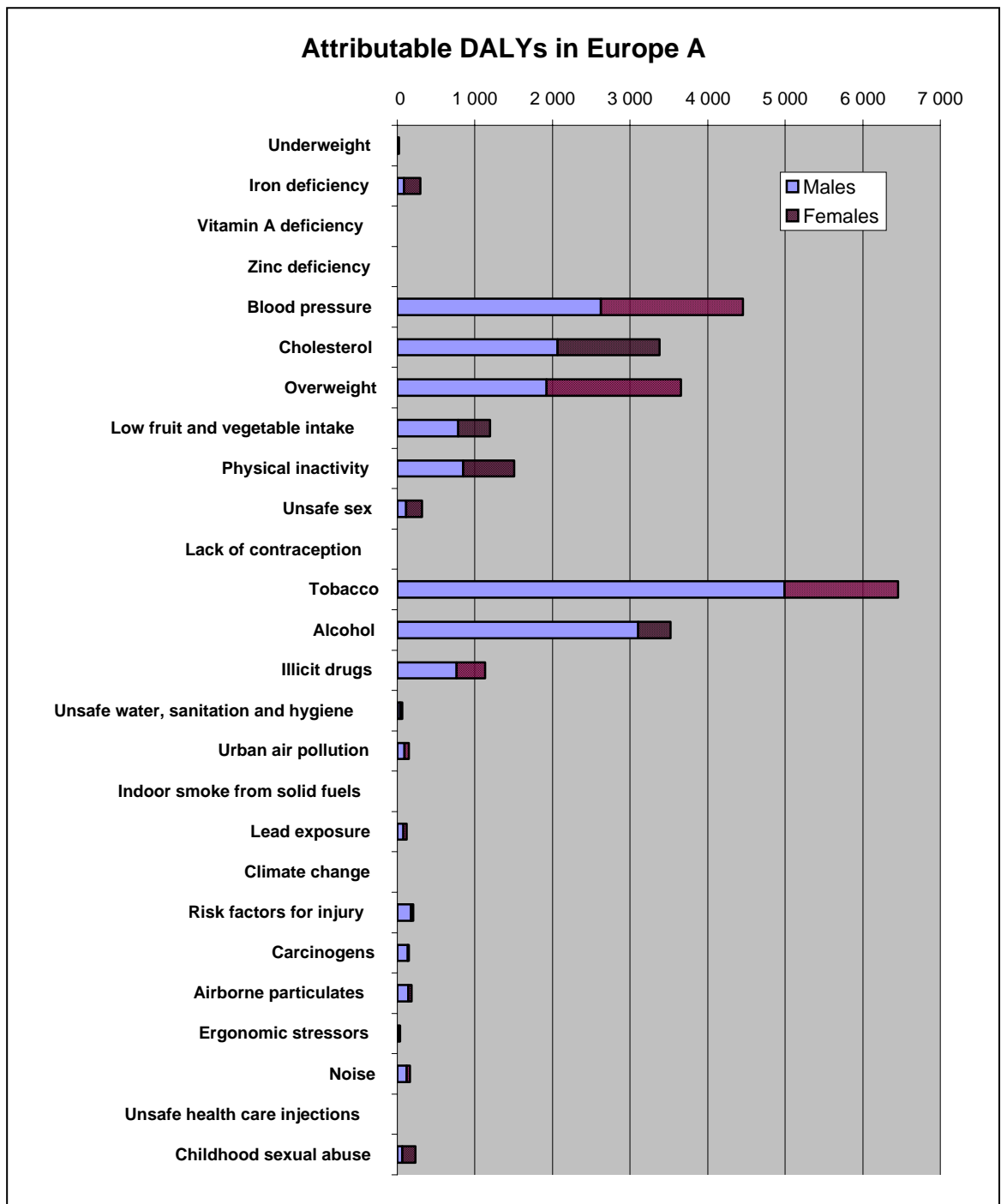


Abbildung 6a: Disability adjusted life years (DALYs, in tausend) in Region Euro A nach verursachenden Risikofaktoren (World Health Organization, 2002)

1.4.1.2 Thematische Perspektive

Public Health ist ein genuin interdisziplinär angelegtes, wissenschaftliches Betätigungsfeld. Trotzdem macht es Sinn, die thematische Perspektive der vielfältigen Arbeiten danach zu unterscheiden, ob eher ein epidemiologischer Anspruch in einer Arbeit verfolgt wird, der sich also der Häufigkeit und den Entstehungsbedingungen von Störungen widmet, oder ob beispielsweise eher Kostenfaktoren im Vordergrund stehen. Weiterhin wurde untersucht, ob eher Aspekte der Versorgungsoptimierung, oder das Gesundheitssystem als Ganzes in seiner Verfassung thematisiert werden. Die zahlenmässig kleinste der in den Artikeln vorfindbaren Themenperspektiven war diejenige der Prävention/Gesundheitsförderung. Natürlich existieren Arbeiten, die unter mehreren Perspektiven ihr jeweiliges Thema beleuchten, und dies wurde in Abbildung 7 auch jeweils berücksichtigt.

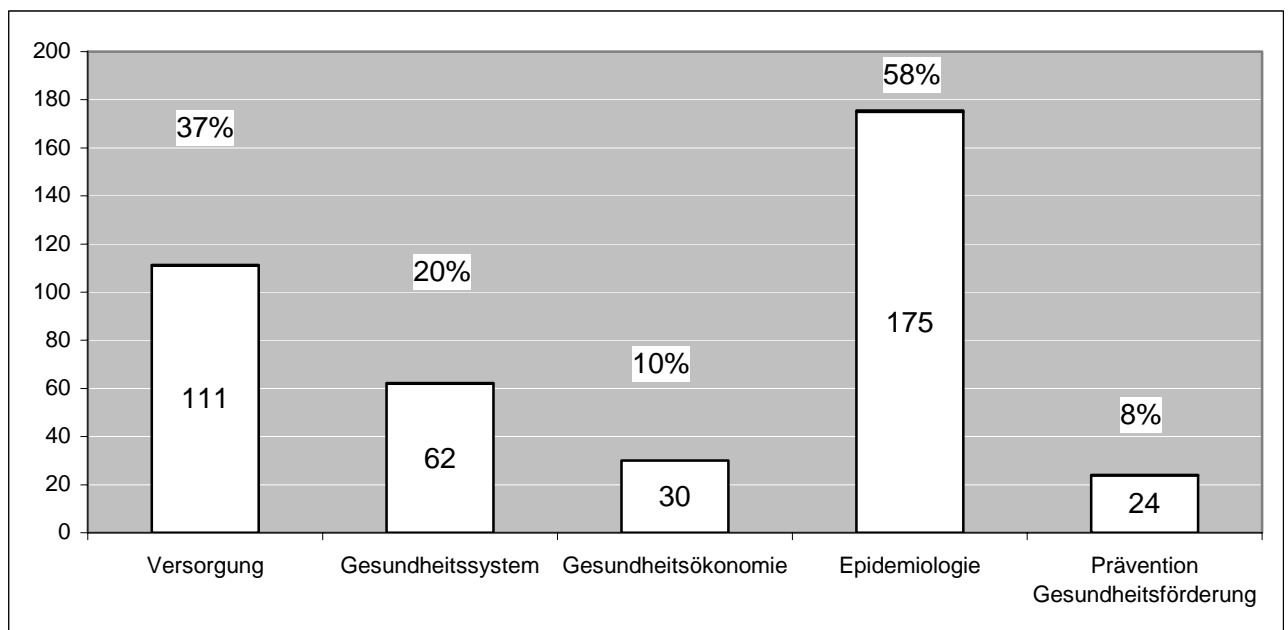


Abbildung 7: Welche Themenbereiche werden in den 303 Artikeln bearbeitet?
(Mehrfachangaben möglich, jeweils % betroffener Artikel)

Klar die dominante Perspektive war die der Epidemiologie mit fast 60% aller Artikel, die sich zum Thema Public Mental Health hier zuordnen liessen. Fragen der Versorgungsforschung folgen mit einem Anteil von 37% hier relevanter Veröffentlichungen. Rund 20% der untersuchten Artikel thematisierten Aspekte des Gesundheitssystems im Bereich psychiatrischer Versorgung. Gesundheitsökonomische Fragestellungen und eine Präventionsperspektive bilden das Schlusslicht mit rund 10% jeweils betroffener Publikationen. Damit wiederholt sich, was auch schon in Abbildung 4 deutlich wurde: Public Mental Health ist in der Schweiz ein Thema, das sich der Erforschung der Häufigkeit und den Entstehungsbedingungen psychischer Störungen widmet und in Ansätzen auch ihrer

(optimierten) Versorgung. Kostenfragen und Prävention sind demgegenüber unterrepräsentiert. Dieser Umstand ist allerdings kein schweizerisches Spezifikum, sondern entspricht der Lage der Public Mental Health Forschung im gesamten Deutschsprachigen Raum (Holzinger, Matschinger et al., 2004).

1.4.1.3 Zielpopulationen

In der psychiatrischen Literatur bildet das Konzept der „Vulnerabilität“ von Personen und/oder Bevölkerungsgruppen im Hinblick auf psychische Störungen einen Kernpunkt der Forschung in den letzten Dekaden. Daher ist es von Interesse, die Schweiz bezogene Public Mental Health Forschung daraufhin zu bewerten, ob bestimmte Bevölkerungsgruppen im Fokus des jeweiligen Artikels standen, oder ob die Allgemeinbevölkerung in der Veröffentlichung adressiert wurde.

Eindeutig im Vordergrund stand dabei in den beobachteten 11 Jahren der Fokus auf die unausgelesene Allgemeinbevölkerung (214 Artikel oder 71% im Vergleich zu 111 Artikeln für spezifische Bevölkerungsgruppen, das entspricht 37%)¹⁷. Auch hierin spiegelt sich die nur geringgradig ausgeprägte Orientierung an präventiven Zielen wider. Spezielle Subgruppen der Bevölkerung, die unter höheren Risiken für eine Störung stehen als „die Allgemeinbevölkerung“, wären nämlich als Zielgruppe sowohl für primär- wie sekundärpräventive Massnahmen weitaus geeigneter denn die gesamte Bevölkerung. Eine solche Orientierung an spezifischen Zielgruppen findet sich aber nur in weniger als 40% der untersuchten Artikel.

Im weiteren Verlauf wurde untersucht, welches die spezifischen Subpopulationen waren, die in den hier eingereihten 111 Publikationen adressiert wurden (Abbildung 8).

¹⁷ Mehrfachangaben möglich, daher ist die Summe hier > 100%.

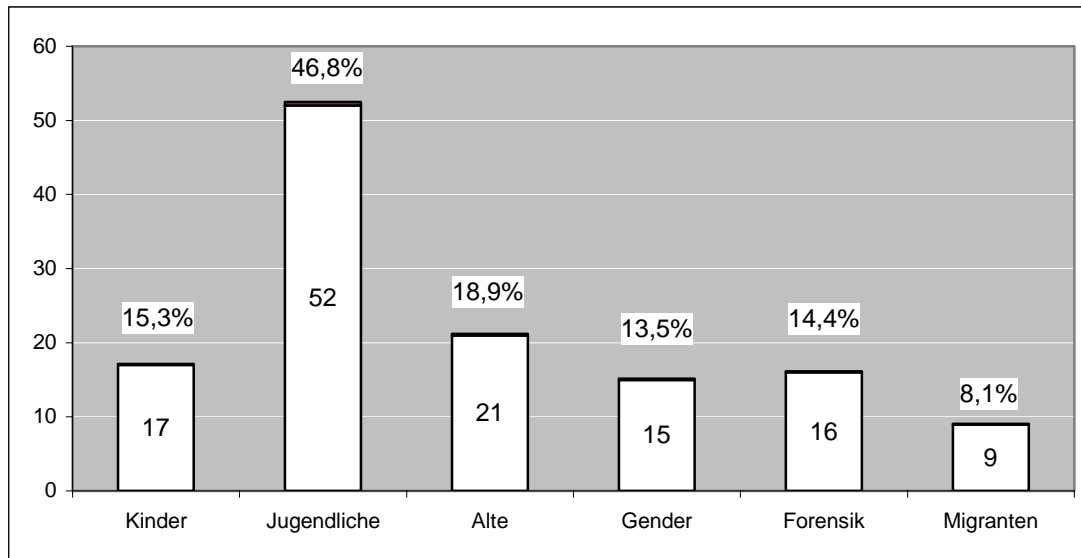


Abbildung 8: Welche Bevölkerungsgruppen werden in den 111 populations-spezifischen Artikeln untersucht? (Mehrfachangaben möglich, jeweils % betroffener Artikel)

Wenig überraschend angesichts des hohen Stellenwertes der Forschung zu illegalen Substanzen in der Schweiz zeigt sich in Abbildung 8, dass Jugendliche den klaren Schwerpunkt bei den adressierten Zielpopulationen bildeten. Alte Menschen (erhöhtes Risiko für Demenzen) und Frauen (erhöhtes Risiko für Depression) spielen demgegenüber keine herausragende Rolle. PatientInnen der Forensik können als Zielpopulation ebenfalls wieder zu einem Gutteil mit „Substanzstörungen“ in Verbindung gebracht werden, weil psychiatrisch auffällige Sexualtäter und Persönlichkeitsstörungen gegenüber dieser ersteren Gruppe die zahlenmässig weniger bedeutsame Gruppe in der forensischen Psychiatrie bilden. Männlicher Alkoholkonsum bildete innerhalb der Gender-orientierten Artikel nur einen verschwindend kleinen Teil. Damit fehlt diese bedeutsame Risikopopulation (Alkohol riskant konsumierende Männer) als Forschungsthema für Public Mental Health so gut wie völlig.

Kritisch kann zusammengefasst werden: Die schweizerische Literatur zu Public Mental Health orientierte sich in den vergangenen 11 Jahren nur wenig an spezifischen Zielpopulationen. Die eher seltenen Zielgruppen-spezifischen Artikel orientierten sich weitgehend vorbei an den epidemiologisch geprägten Risikoverhältnissen einseitig auf Jugendliche und ihren möglichen Konsum von (illegalen) Substanzen. Die jeweils spezifischen Risiken von alten Menschen, sowie von je Frauen und Männern im mittleren Lebensabschnitt mit ihrer hohen Public Health Relevanz wurden vernachlässigt.

1.4.1.4 Zeitlicher Verlauf der Forschung

Ob sich ein Thema einer „wissenschaftlichen Konjunktur“ erfreut, kann aus der Absolutzahl der wissenschaftlichen Publikationen abgelesen werden, wie sie sich im zeitlichen Verlauf in den Datenbanken niederschlägt. Voraussetzung dafür ist, dass die Ressourcen zur Produktion von wissenschaftlichen Artikeln sich nicht über die Zeit entscheidend verändert haben. Ob mit der Formulierung der Nationalen Gesundheitspolitik Schweiz als Projekt im November 1998 und der weiteren Thematisierung von psychischer Gesundheit als einem von drei Teilprojekten (Mai 2000) ein Schub in der wissenschaftlichen Literatur zum Thema PMH beobachtet werden kann, wird in Abbildung 9 untersucht.

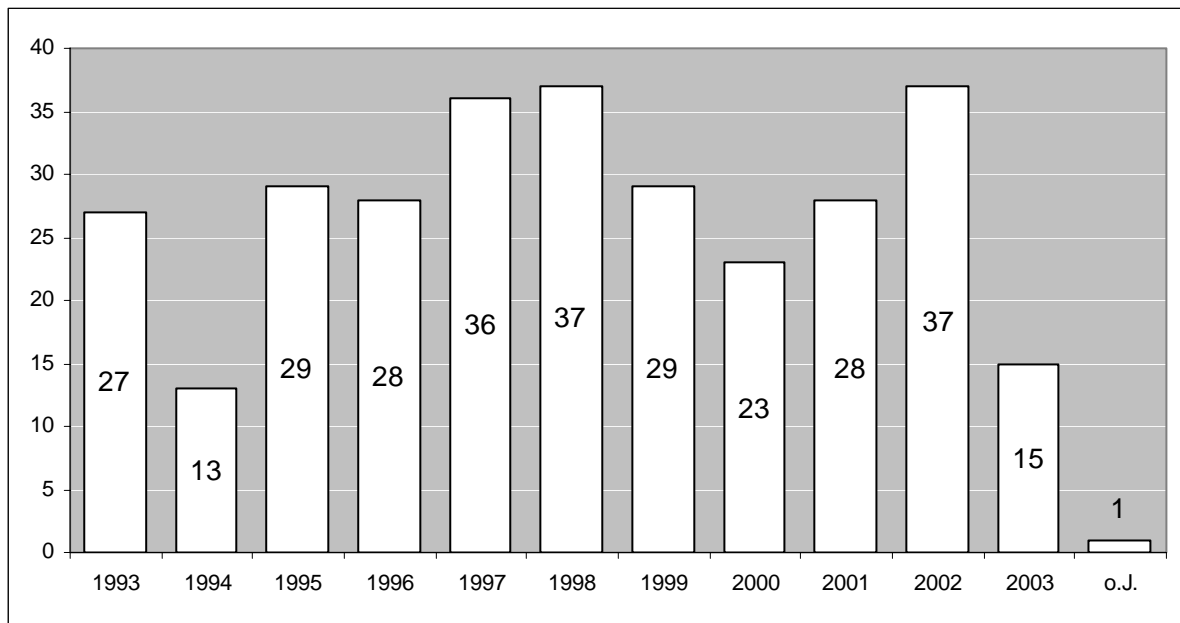


Abbildung 9: In welchen Jahren wurden die 303 Artikel publiziert?

Es kann kein klares zeitliches Muster aus diesem Verlauf abgelesen werden. Die geringe Zahl von Artikeln in 2003 rührt her von der verkürzten Beobachtungsperiode in diesem Jahr.

1.4.1.5 Forschungsmethodik

Wenngleich in den Ein- und Ausschlusskriterien zur Auswahl der wissenschaftlichen Informationen über psychische Gesundheit schon dafür gesorgt wurde, dass programmatische Erklärungen ohne empirischen Bezug, sowie Ankündigungspapers ohne Daten nicht zu den wissenschaftlichen Informationen gezählt wurden, so bildet es doch eine inhaltlich spannende Frage, wie sich die in der Tradition der internationalen Public Health Forschung als zumindest theoretisch gleichberechtigt darstellenden Forschungszugänge eines quantitativ-empirischen bzw. eines qualitativen Forschungsansatzes in der Schweiz durchgesetzt haben. Der klare

Schwerpunkt liegt mit 292 Artikeln bei den quantitativ-empirischen Arbeiten (> 96%). Dies überrascht insofern, als ja der Erklärungsgehalt von epidemiologischen Theorien zur Ätiologie psychischer Störungen oder der kausale Nachweis von gesundheitsökonomischen Theorien bislang kaum je eindeutig fixiert werden konnte. Qualitativ-empirische Forschung kann aber bekanntlich ein wertvolles Werkzeug darstellen bei der Entwicklung sinnvoller Hypothesen, die dann in späteren, quantitativ-empirischen Studien überprüft werden können (und müssen).

Insofern stellt sich die Frage, ob hier nicht die Public Health Forschung im Bereich psychischer Gesundheit den zweiten Schritt vor den ersten setzt, wenn qualitativ-empirische Studien mit 24 Artikeln nur ein „Mauerblümchen-Dasein“ von publikatorisch noch nicht einmal 10% fristen. Ob dies allerdings ein Spezifikum der schweizerischen Forschungslandschaft darstellt, erscheint eher fraglich, denn in einer ähnlich gelagerten Analyse der sozialpsychiatrischen Arbeiten deutschsprachiger Autoren (Angermeyer and Winkler, 2001) ergab sich jeweils ein ähnlich geringes Gewicht qualitativer Forschungsmethodik. Es kann auch nicht davon ausgegangen werden, dass mit der vorgenommenen Zuschürzung auf Public-Health relevante Artikel und der damit verbundenen Betonung des Populationsbezuges diese geringe Quote gleichsam als Artefakt selbst produziert wurde. Denn auch in einer Analyse des Publikationsgeschehens im Jahr 2000 über alle klinischen Journale in der Medizin hinweg ist dasselbe Phänomen berichtet worden (McKibbin and Gadd, 2004).

Ein einzelner Artikel „ohne Datenbasis“ wurde deswegen in die Menge der wissenschaftlichen Veröffentlichungen aufgenommen, weil er ein formales gesundheitsökonomisches Modell diskutiert.

1.4.2 Perspektive der Versorgungsforschung

Stellt sich die im Abschnitt 1.4.1 kritisierte einseitige Zurichtung des Begriffes von psychischer Gesundheit auf die Analyse von Störungsbildern anders dar, wenn man in einem Artikel explizit die Perspektive der Versorgungsforschung diskutiert?

Thematisiert wird:	Anzahl	betroffene Artikel (%)
Psychische Krankheit allgemein	72	64.9
Spezifisches Störungsbild	52	46.8
Psychische Gesundheit	2	1.8
Mehrfachangaben möglich		

Tabelle 2: Welcher Fokus wird in den 111 Artikeln mit Versorgungsperspektive bezüglich Mental Health gesetzt?

Dies trifft ohne Zweifel zu: Während in der Abbildung 4 (alle PMH-Artikel) nur rund 41% der Artikel zu psychischen Störungen allgemein verfasst wurden, liegt die Quote innerhalb der Versorgungs-orientierten Artikel bei über 64%. Es spielt also unter Versorgungsgesichtspunkten eine weitaus geringere Rolle, an welcher spezifischen Diagnose jemand erkrankt ist, wenn sein Versorgungsbedarf zu diskutieren ist.

Psychische Gesundheit allgemein ist unter Versorgungsperspektive ein äusserst seltenes Thema (< 2%; Tabelle 2). Das erscheint verständlich, wenn kurativ und nicht präventiv geforscht wird.

Werden spezifische Störungen unter einer Versorgungsperspektive diskutiert, dann verschiebt sich das Ungleichgewicht noch stärker zugunsten der Störungen beim Gebrauch illegaler Substanzen: Rund 56% der Artikel betreffen Suchtmittelgebrauch (ohne Alkohol). Immerhin rund ein Drittel der Versorgungsartikel widmen sich Alkoholstörungen (Abbildung 10). Alle übrigen Störungsbilder sind ungleich seltener im Fokus des Interesses.

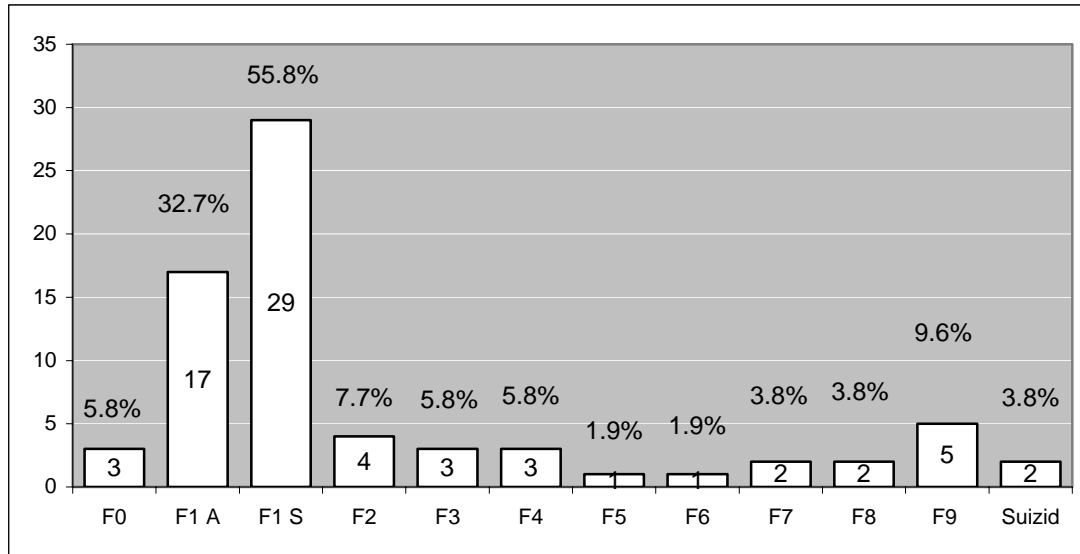


Abbildung 10: Welche Störungsbilder werden in den 52 Versorgungsartikeln zu spezifischen Störungsbildern bearbeitet? (Mehrfachangaben möglich, jeweils % betroffener Artikel)

Die Schere zu den laut Weltgesundheitsbericht vorliegenden, realen Krankheitslasten ist also in der Versorgungsperspektive (Abbildung 10) noch drastischer geöffnet als in der Gesamtdarstellung zur Public Mental Health Situation der Schweiz (Abbildung 5).

Spezifische Subpopulationen waren in der gesamten Schweiz-relevanten PMH-Literatur bei 37% aller Artikel vorzufinden (Abbildung 8). Wenn eine Versorgungsperspektive eingenommen wird, dann erniedrigt sich diese Quote auf rund 27% (ohne Abbildung). Wie schon in Tabelle 2 ersichtlich und diskutiert, werden Versorgungsfragen stärker verallgemeinert; eine an spezifischen Zielpopulationen orientierte Versorgungsdiskussion ist im Bereich PMH daher seltener vorzufinden. Dieser Umstand sollte nicht verwechselt werden mit möglicherweise unspezifischen therapeutischen Ansätzen: Klinisch orientierte Artikel, welche z.B. spezifische Therapiekonzepte miteinander verglichen hätten, wurden ja aus der Datenbasis explizit ausgeschlossen. Es sind die Versorgungsstrukturen, die sich als weitgehend Populations-unspezifisch erweisen, nicht die Therapiekonzepte.

Versorgungs-bezogene Populations-spezifische Artikel (n=30) fokussieren in 8 Fällen Kinder, und in jeweils 9 Fällen Jugendliche und alte Menschen. Migrantinnen und Migranten werden relativ gesehen häufiger (5 Artikel), Geschlechterfragen dagegen (2 Arbeiten) deutlich seltener thematisiert, wenn der betreffende Artikel eine Versorgungsperspektive einnimmt. Insgesamt betrachtet fällt die einseitige Ausrichtung auf Jugendliche in Versorgungsfragen weniger drastisch aus, als dies für das gesamte Publikationsfeld PMH festzustellen war. Dies ist ein Effekt, der sich aus der geringen Zahl von Jugendlichen, welche im Versorgungssystem zu behandeln sind, gut erklären lässt. Beispielsweise ist der Grossteil der stationär versorgten Population deutlich älter als 24 Jahre (vgl. Christen und Christen, 2003).

Der zeitliche Verlauf beim Erscheinen von Artikeln aus der Versorgungsperspektive unterscheidet sich kaum vom Verlauf im gesamten Themenfeld Public Mental Health.

Zusammenfassend erscheint die Forschung zu Public Mental Health aus der Versorgungsperspektive verständlicherweise mehr auf Störungsbilder zugeschnitten denn auf Konzepte wie psychische Gesundheit. Die Versorgungsperspektive orientiert sich dabei überproportional häufig an Suchtfragen und konzentriert sich eher auf die Gesamtbevölkerung als auf spezifische Teilpopulationen. Daraus kann allerdings kein Vorwurf „mangelnder Zielgruppenorientierung“ abgeleitet werden, da klinisch-therapeutische Angebote, aus denen Zielgruppen-spezifische Versorgungssysteme potenziell zu konstruieren wären, nicht Gegenstand der Datensammlung waren.

1.4.3 Perspektive der Gesundheitssystemforschung

Etwas stärker als im gesamten Themenfeld PMH ist aus der Perspektive der Gesundheitssystemforschung¹⁸ eine Fokussierung des Public-Mental-Health Begriffes auf psychische Krankheit allgemein (30 Artikel oder 48%), und relativ weniger auf spezifische Störungsbilder feststellbar. Das Konzept „psychische Gesundheit“ wird in etwa vergleichbar selten als Fokus genommen (nur bei 5, d.h. gut 8% der Artikel). Spezifische Störungsbilder treten etwas seltener in den Vordergrund (zu 50% aller hier aufzulistenden 62 Artikel im Vergleich zu den 64% in Abbildung 4).

Wenn spezifische Störungsbilder ins Zentrum der Diskussion rücken, bietet allerdings auch die Perspektive der Gesundheitssystemforschung keine Entzerrung zwischen der Überbetonung von Suchtdiagnosen (F1 A und F1 S) und der mangelnden Berücksichtigung von epidemiologisch viel bedeutsameren Störungsbildern wie z.B. Demenzen (F0) und Depression (F3).

Es wird erwartet, dass sich Artikel aus der Perspektive des Gesundheitssystems eher seltener auf spezifische Teilpopulationen konzentrieren (nur knapp 20% im Vergleich zu immerhin 37% in Abb.8). 53 von 62 Artikeln (das entspricht > 85%) fokussieren dementsprechend auf die Allgemeinbevölkerung.

Es überrascht dann allerdings doch, welche Subpopulationen aus Gesundheitssystem-Perspektive intensiver diskutiert werden. Straftäter bilden insgesamt gesehen nur in rund 14% der ausgesuchten Artikel einen erkennbaren Schwerpunkt der Diskussion.

¹⁸ Zur Definition dieser Perspektive in Abgrenzung zum Thema „Versorgung“: Werden einzelne Versorgungseinrichtungen oder mehrere Versorgungseinrichtungen nebeneinander beschrieben, so gilt als Thema nur die Versorgung. Erst wenn verschiedene Einrichtungen gegeneinander in Konkurrenz treten, wird neben dem Thema Versorgung auch das Thema Systemforschung bearbeitet. Nur Systemforschung wird als Thema gewählt, wenn auch andere Einflussfaktoren der psychischen Gesundheit, wie z.B. Politik, Justiz, Medien im Artikel thematisiert werden.

Wird die Perspektive des Gesundheitssystems eingenommen, dann sind 5 von 12 Artikeln auf die Forensik gerichtet (entspricht knapp 42%). Die Gesundheitssystemperspektive widmet von allen hier zu vergleichenden Perspektiven dieser Klientel damit die grösste Aufmerksamkeit. Es muss allerdings bedacht werden, dass die Datenbasis mit gerade 12 Artikeln nicht allzu breit erscheint.

Hinsichtlich der Entstehungsgeschichte der Gesundheitssystem-Artikel bleibt anzumerken, dass seit einem Maximum im Jahre 1995 mit 12 Publikationen aus dieser Wissensperspektive nie mehr eine ähnlich hohe Anzahl von Artikeln veröffentlicht wurde. Im 10-Jahres-Durchschnitt wurden deutlich weniger Artikel jährlich (5,6 Artikel im Schnitt zwischen 1993 und 2002) veröffentlicht. Der Grund für die Häufung ist nicht ohne weiteres aus den Artikeln ablesbar.

In der Zusammenfassung zeigt sich ein eher unerwartetes Naheverhältnis zwischen forensischer Zielgruppe und Gesundheitssystemforschung. Dieses Naheverhältnis wird aber vermittelt durch eine starke Fokussierung auf Suchtdiagnosen (illegale Substanzen) als spezifisch hier abgehandelte Störungsbilder. In dieses Bild fügt sich auch die zeitliche Häufung in der Mitte der 90er Jahre, als die gesundheitspolitische Diskussion im Bereich Mental Health sehr stark von der Drogenfrage und der Erprobung der Heroin-gestützten Behandlung dominiert wurde.

1.4.4 Perspektive der Gesundheitsökonomie

Die Bereiche Gesundheitsökonomie und Prävention bildeten die beiden zahlenmässig kleinsten Perspektiven, aus denen heraus in der Schweiz das Thema Public Mental Health in den letzten 11 Jahren beleuchtet und beforscht wurde.

Die gesundheitsökonomische Perspektive ist dabei von allen Wissenschaftsperspektiven die einzige, in der sich nicht ein einziger Artikel um psychische Gesundheit als Konzept zur Beschreibung der Mental Health Situation bemüht. Offensichtlich entzieht sich das Konzept der psychischen Gesundheit bislang in der Schweiz einer Bewertung unter ökonomischen Gesichtspunkten. Zumindest gab es keine Forscher(gruppen), die hierzu veröffentlicht hätten.

Weiterhin ist die Verteilung zwischen spezifischen Störungsbildern und dem Konzept allgemeiner psychischer Krankheit gegenüber den anderen Wissensperspektiven auf den Kopf gestellt. Es fallen nämlich nur 23% auf spezifische Störungsbilder und rund 77% auf allgemeine Psychische Krankheit, während in der Gesamtmenge aller PMH-relevanten Artikeln 64% störungsspezifische Artikel nur 41% an Publikationen gegenüber standen, die sich psychischer Krankheit allgemein widmeten.

Neben Suchtthemen (jeweils 4 Artikel fokussieren auf Alkohol bzw. illegale Substanzen) ist nur noch ein Artikel mit Bezug auf Schizophrenien vorzufinden gewesen, der sich konkreten Störungsbildern gewidmet hätte. Es muss daran erinnert werden, dass in der öffentlichen Diskussion über die Heroin gestützte Behandlung der 90er Jahre gerade

gesundheitsökonomische Fragen einen entscheidenden Beitrag liefern konnten für die Akzeptanz dieser Behandlungsform in der schweizerischen Öffentlichkeit. Alle anderen 23 Artikel erörtern allgemein die ökonomischen Auswirkungen psychischer Erkrankungen.

Spezifische Bevölkerungsgruppen wurden nur in einem Falle adressiert. In diesem Einzelfall handelte es sich um eine Kostenevaluation im geriatrischen Bereich. Der zeitliche Verlauf der gesundheitsökonomischen Artikel bietet zwei Spitzen in den Jahren 1995 und 2001.

1.4.5 Perspektive der Epidemiologie

Die Epidemiologie ist das mit Abstand am weitesten verbreitete Wissensparadigma, in dessen Rahmen das Thema Public Mental Health (vermutlich nicht nur) in der Schweiz bearbeitet wird. Deutlicher als in den übrigen Perspektiven setzt sich hier eine klare Fokussierung auf umschriebene Störungsbilder durch (80,6% im Vergleich zu 64% in der Gesamtgruppe), was zweifelsohne dem wissenschaftlichen Selbstverständnis dieser Disziplin als der Lehre von der Ätiologie und Ausbreitung von Krankheiten entspricht. Bemerkenswert bleibt, dass in vielen der Diagnosen-spezifischen Artikeln auch Aspekte von psychischer Krankheit allgemein (30% betroffene Artikel) oder auch von psychischer Gesundheit und ihren Bedingungen (9,7% betroffene Artikel) behandelt werden. Die möglichen Mehrfachnennungen bedingen hier eine Summenbildung von > 100%. (vgl. Abbildung 11).

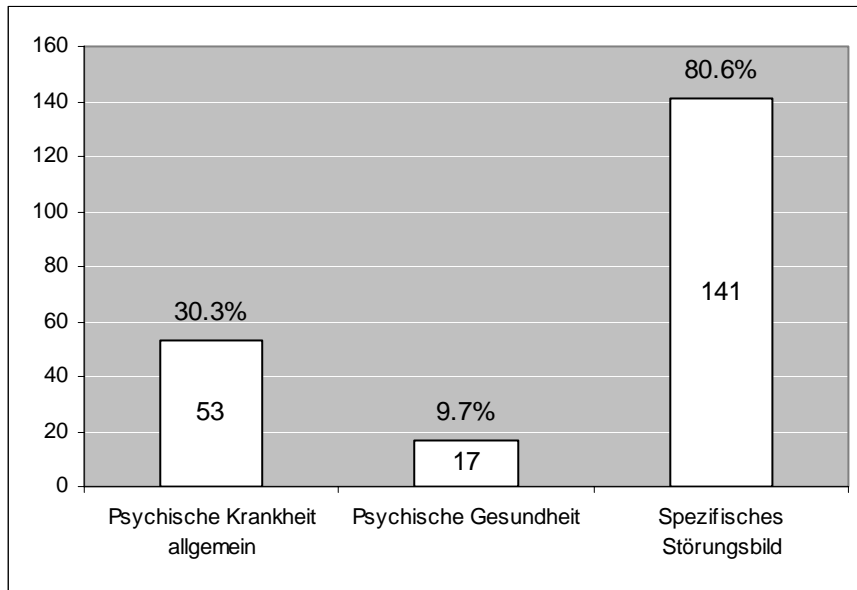


Abbildung 11: Welcher Fokus wird in den 175 Artikeln zur Epidemiologie bezüglich Mental Health gesetzt?

Schlüsselt man die Artikel mit Fokus auf spezifische Störungsbilder nach den einzelnen Diagnosegruppen auf, erhält man das schon von der Gesamtgruppe her bekannte Bild (Abbildung 12): Die Suchtdiagnosen sind einseitig zugunsten der illegalen Substanzen in den Vordergrund gerückt, und für Demenzen und Depression ist von einer – gerade unter Public Health Gesichtspunkten – deutlichen Vernachlässigung dieser Themenstellung auszugehen.

Unklar ist, welche Folgen sich daraus ergeben, wenn sich epidemiologisches Fachwissen und das reale Versorgungsgeschehen derart stark auseinander entwickeln, wie dies für die Schweiz der vergangenen 11 Jahre festgestellt werden muss? Im Behandlungsgeschehen des akuten stationärpsychiatrischen Sektors bilden die Diagnosegruppen F2, F1.0 und F3 zweifelsohne weit wichtigere Patientengruppen als Patienten mit illegalem Drogenkonsum.

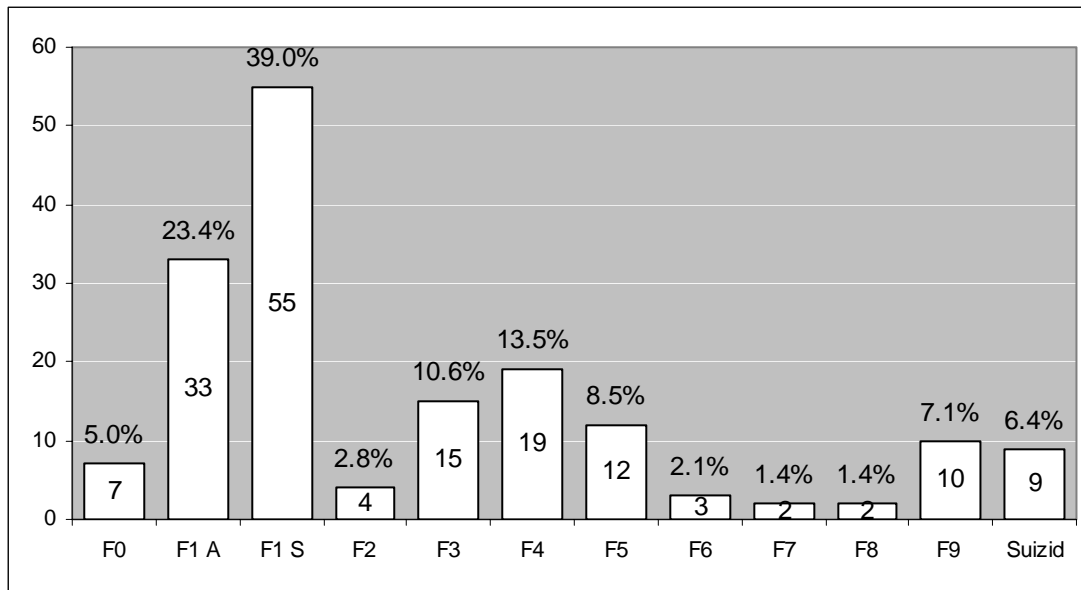


Abbildung 12: Welche von den 141 spezifischen Störungsbildern werden in den epidemiologischen Artikeln behandelt?

Es erscheint durchaus plausibel, dass sich auch klinische Versorgungsgewohnheiten möglicherweise nicht im Gleichklang mit den internationalen Standards entwickeln (können), wenn kein oder nur unzureichendes Schweiz-spezifisches Wissen über Ätiologie und Verlauf dieser wichtigen Patientengruppen, über Risikofaktoren und protektive Faktoren etc. publiziert wird.

In über 44% der 175 Artikel aus epidemiologischer Perspektive werden spezifische Bevölkerungsgruppen untersucht (Abbildung 13). Es sind dies in nahezu der Hälfte aller Fälle Jugendliche. Geschlechterfragen, Studien zu Kindern oder alten Menschen und zu Straftätern sind jeweils bei 15 bis 20 % der Studien ein wichtiges Thema. Migranten bilden das Schlusslicht mit nur 6 von 175 Studien. Diese Proportionen entsprechen weitestgehend der Situation in der Gesamtstichprobe aller Artikel. Das im Abschnitt 1.4.1.3 hierzu Gesagte gilt daher auch und mit besonderem Nachdruck für die epidemiologische Forschung. Insgesamt 115 Artikel (66%) widmen sich ohne Spezialisierung der Allgemeinbevölkerung.

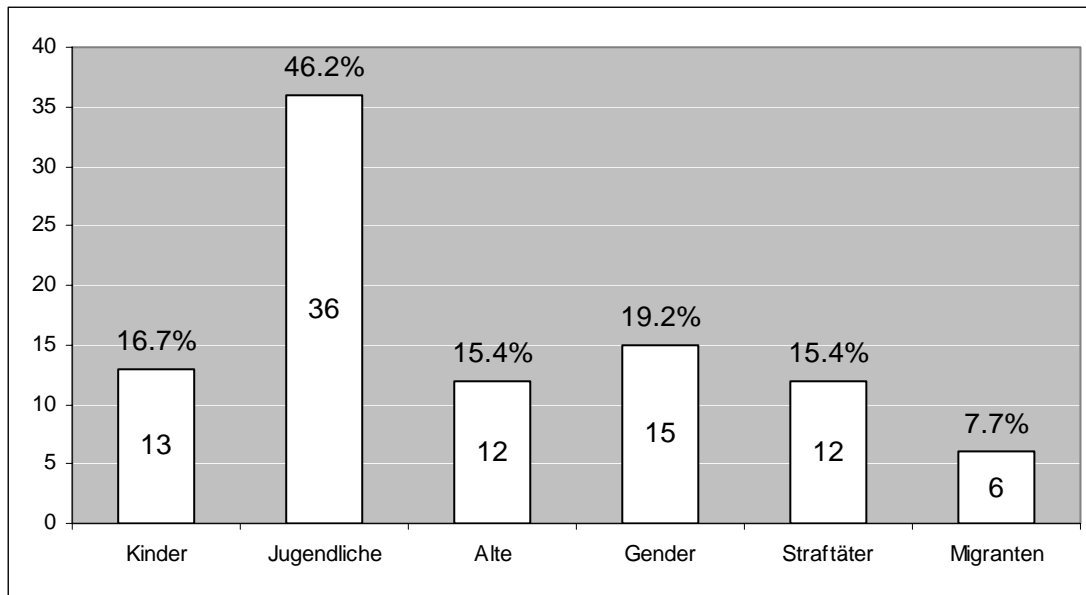


Abbildung 13: Welche Bevölkerungsgruppen werden in den 78 populations-spezifischen Artikeln epidemiologisch untersucht?

Einer der 175 Artikel mit epidemiologischer Perspektive konnte nicht eindeutig datiert werden. Das Muster der Erscheinungsjahre ist im zeitlichen Verlauf der Abbildung 9 und damit der Gesamtsituation sehr ähnlich.

1.4.6 Perspektive der Prävention und Gesundheitsförderung

Im Gegensatz zu allen bisher dargelegten Wissensperspektiven finden sich aus dem Blickwinkel der Prävention und Gesundheitsförderung sehr viel mehr Artikel, die sich allgemein mit psychischer Gesundheit beschäftigen. Insgesamt 15 von 24 dementsprechenden Artikeln (entspricht 62%) sind hier zu nennen. Immerhin noch ein Drittel der hier eingereichten Artikel befasst sich auch mit spezifischen Störungsbildern. Die Wende von einem Defizit-orientierten zu einem salutogenetischen Ansatz, die für die Gesundheitsförderung als programmatisches Konzept vielerorts ausgerufen wurde, bildete in der Schweiz der vergangenen 11 Jahre im Bereich Public Mental Health noch nicht die ausnahmslose Regel: Noch rund ein Viertel der hier auffindbaren Artikel beschäftigt sich mit den Bedingungen psychischer Krankheit allgemein (6 von 24).

Als Diagnosegruppen ist in insgesamt 5 von 8 Artikeln der Fokus bei den Möglichkeiten der Prävention bei F5-Diagnosen, Verhaltensauffälligkeiten im Zusammenhang mit körperlichen Störungen (vor allem sind hier Essstörungen gemeint). Im Suchtbereich sind sowohl Alkohol wie illegale Drogen sehr prominent. Auch für den Bereich Prävention psychischer Störungen muss diese Gewichtung als eine deutliche Verzerrung der möglicherweise auf Ebene der Gesamtpopulation erzielbaren Erfolge von primär-, sekundär- und tertiärpräventiven

Massnahmen betrachtet werden. Besonders bezeichnend ist, dass die Diagnosegruppen F0, F2 und F3 in keinem einzigen Artikel aus einer Präventionsperspektive beleuchtet wurden, ebenso wenig wie es schweizerische Artikel zur Suizidprävention aus einer Public Health Perspektive gab.

13 der insgesamt 24 Artikel widmeten sich spezifischen Subpopulationen in der Bevölkerung, elf Artikel diskutierten Präventionsmöglichkeiten auf Ebene der gesamten Schweiz. Alle diese 13 Artikel nahmen Möglichkeiten bei Jugendlichen ins Visier. In zwei Artikeln wurde der lebensbiographische Fokus von Prävention zusätzlich in die Kindheit vorverlagert. In keinem Falle bildeten alte Menschen, Straftäter, Migranten oder geschlechtsspezifische Fragen den Schwerpunkt des präventiven Ansatzes.

Erstmals im Jahre 2000 waren in der schweizerischen Literatur zu Public Mental Health mehr als zwei Artikel mit präventiver Perspektive innerhalb eines Jahres zu beobachten. Es scheint so, als ob sich in jüngerer Zeit die Publikationen aus dieser Sichtweise stärker häufen würden. Jedoch sind die absoluten Zahlen mit gerade einmal 5 Publikationen im Jahr 2000 noch bei weitem nicht das, was angesichts der Bedeutung von neuropsychiatrischen Erkrankungen zu erwarten wäre. Zum Vergleich: Für die Periode 1993 bis 2003 finden sich unter den Schlagwörtern „HIV“ „prevention“ und „Switzerland“ alleine 105 Artikel in einer einzigen Datenbank (medline). Nach Schneiden mit dem Begriff „public health“ sind dies immer noch 80 Artikel¹⁹.

Public Mental Health ist gerade im kontinentaleuropäischen Raum ein eher junges Wissensgebiet. Dies mag mit dazu beitragen, dass präventive Konzeptionen bislang eher ein marginales Randdasein führen und publikatorisch kaum in Erscheinung treten. Allerdings ist der Anspruch, eine Teildisziplin von Public Health zu bilden, klar verfehlt, wenn sich nur 8% des wissenschaftlichen Outputs (vgl. Abbildung 7) mit der Perspektive von Prävention und Gesundheitsförderung beschäftigen. Zum selben Thema schreiben Holzinger et al. mit Bezug auf die gesamte Deutschsprachige Public Mental Health Forschung: „... erscheint der Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung unterrepräsentiert. Diese genuine Public Health Domäne ist, was psychische Erkrankungen betrifft (einmal abgesehen von den Suchterkrankungen), noch nicht wirklich ‚entdeckt‘ worden“ (Holzinger, Matschinger et al., 2004, S.371).

¹⁹ Zugriff am 18. Juni 2004

1.5 Aspekte der schweizerischen Wissenschafts-Szene im Bereich Public Mental Health

Neben einer Auswertung der thematischen Aspekte der 303 ausgewählten Artikel, wie sie im Kapitel 1.4 dieses Berichtes dargestellt wurde, bieten diese Artikel auch die Möglichkeit, anhand der jeweils als Autoren fungierenden Forschernamen zu beschreiben, welche Merkmale die Wissenschaftsszene zum Thema Public Mental Health kennzeichnen. Nicht angestrebt wurde dabei die Erstellung von „Hit-Listen“ nach dem Muster von Impact Faktoren, welche sich ja auf die Vermessung von individuellen Leistungen einzelner Forscher oder von einzelnen Zeitschriften konzentrieren. Vielmehr sollten die Umfeldbedingungen, in denen wissenschaftliche Informationen zum Thema in der Schweiz erstellt wurden, als Rahmen und (sozialer) Kontext für Wissensproduktion sichtbar werden. Daher werden im folgenden Abschnitt auch keine Autorennamen genannt.

Insgesamt sind auf den 303 Artikeln 810 Autorennamen erwähnt, so dass durchschnittlich pro Artikel rund 2,7 Autoren aufgeführt wurden. Es haben in Summe 528 verschiedene Autoren zu den Artikeln beigetragen. In diesem Abschnitt wird nun untersucht, inwieweit bestimmte Netzwerke von Autorenteamen erkennbar sind, die in der Untersuchungsperiode besonders häufig und deutlich zusammen gearbeitet (genauer: zusammen publiziert) haben. Rechnerisch wurde ein Distanzmass (Jaccard-Koeffizient, vgl. Eckes and Roßbach, 1980) für alle paarweisen Autoren/innen-Beziehungen bestimmt, und die Matrix aller Autorenbeziehungen einer sogenannten „Multidimensionalen Skalierung“ (Borg, 1981) unterzogen. Diese liefert als Resultat eine räumliche Vorstellung von den Beziehungen der Autoren untereinander. Entlang der Achsen eines solchen Raumes könnten beispielsweise thematisch zueinander passende Autoren-Untergruppen identifiziert, besonders intensiv miteinander kooperierende Gruppen erkannt, oder andere Strukturmerkmale der Wissenschaftsszene ausgemacht werden.

Bereits aus dem ersten Versuch, den „Ähnlichkeitsraum“ der Autoren auf lediglich 2 Achsen abzubilden, ergibt sich ein Hinweis auf ein Spezifikum der Autorenszene im Bereich Public Mental Health (vgl. Abbildung 14):

Die Autoren ordnen sich im zweidimensionalen Raum in einer kreisförmigen Fläche an, die relativ gleichförmig von Einzelpunkten (Autoren) aufgefüllt ist, ohne klar erkennbare Schwerpunktbildung. Konfigurationen dieser Art sprechen eher nicht für eine starke dimensionale Struktur in den zugrundeliegenden Daten. Mit anderen Worten, es gibt keine erkennbaren Ordnungsgesichtspunkte unter den gut 500 Autoren. Eine inhaltliche Bedeutung der x- und y-Achse lässt sich nur schwer finden, weil ein Rotieren des Achsenkreuzes in fast allen möglichen Positionen die Autoren gleich „dicht“ beschreiben würde.

Es wäre theoretisch möglich, dass eine zweidimensionale Vorstellung der Autorenbeziehungen nur zu simpel gedacht ist, und dass bei einer komplexeren Analyse und der Verwendung von höher dimensionierten Skalierungsmodellen klarere Strukturen erkennbar werden.

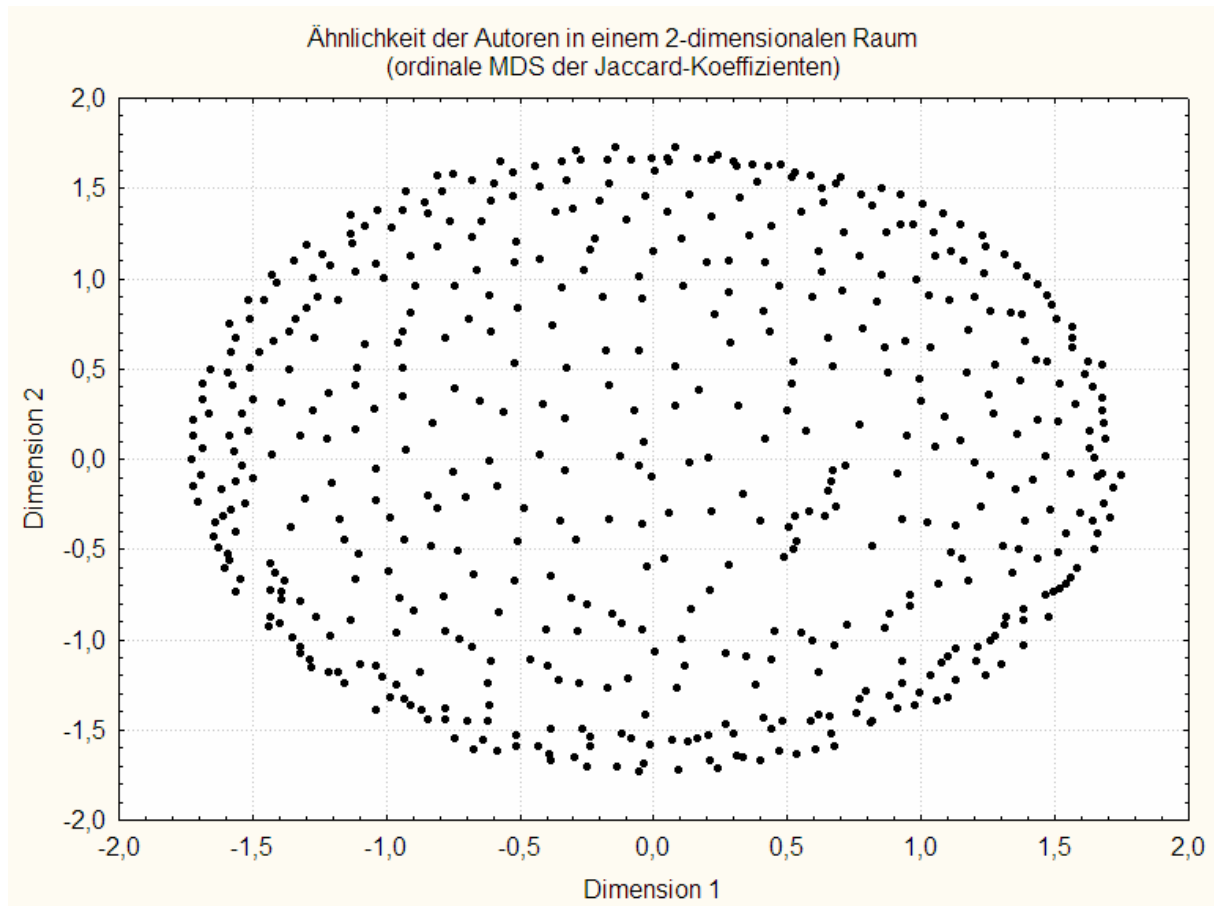


Abbildung 14: Ähnlichkeitsbezüge der Autoren/innen in einem zweidimensionalen Raum (Stress-Wert = 0.419)

Dies kann durch die Einführung weiterer Dimensionen in der MDS-Lösung überprüft werden. Tatsächlich lässt sich das Mass für den Fit zwischen der Ausgangsmatrix der Autorenähnlichkeiten (303 Dimensionen) und ihrer Repräsentation in einem niederdimensionierten Raum, der sogenannte „Stresswert,“ deutlich verbessern, wenn beispielsweise bei einer vierdimensionalen Lösung nur mehr ein Stresswert von 0.272 erzielt wird (Abbildung 15).

Das Bild der Autorenverteilung im vierdimensionalen Raum bleibt aber in vieler Hinsicht ähnlich zur Situation der zweidimensionalen Lösung.

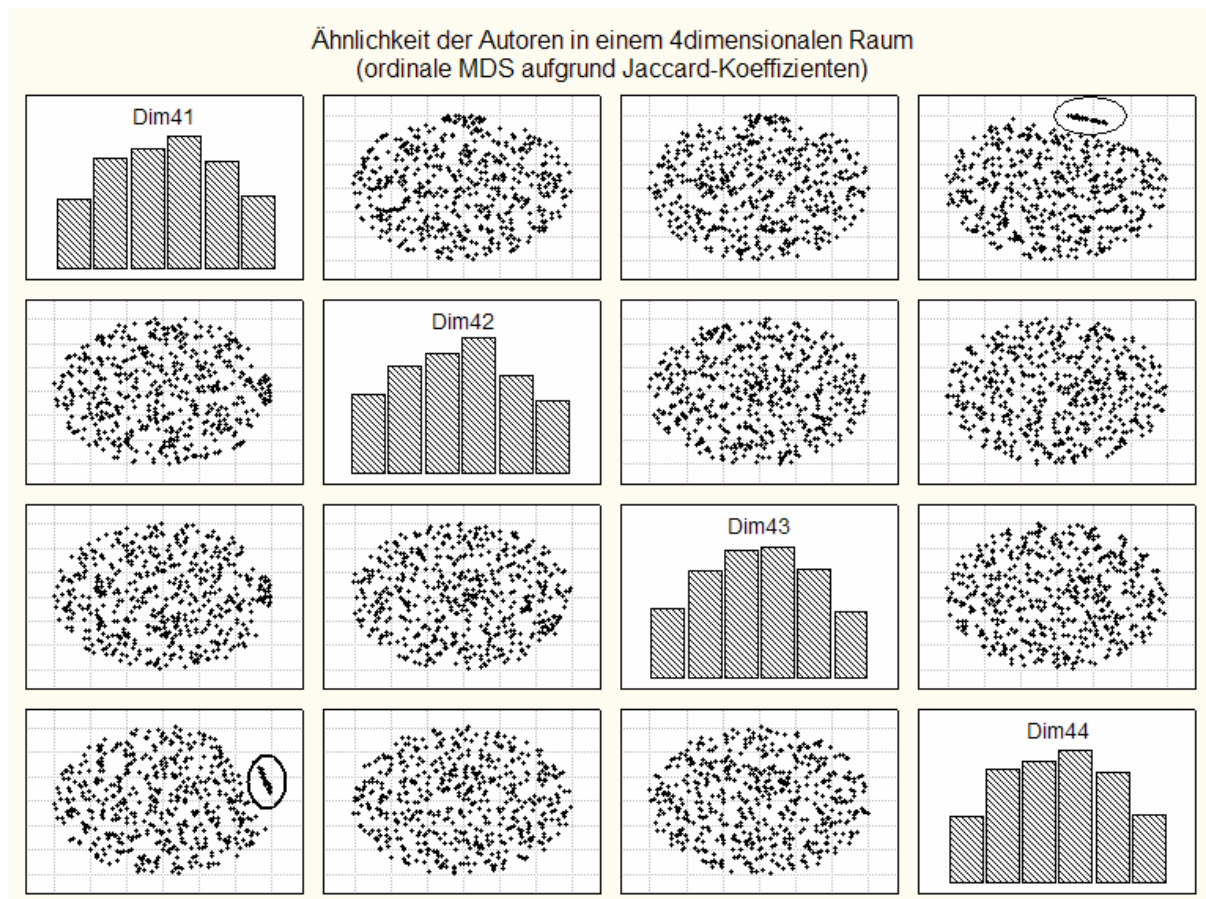


Abbildung 15: Ähnlichkeitsbezüge der Autoren/innen in einem vierdimensionalen Raum
(Stress-Wert = 0.272)

Die Autoren liegen zueinander in relativ gleichförmigen Abständen flächig im Raum verteilt, lediglich für die Dimensionen 1 und 4 gilt, dass eine kleine Gruppe von Autoren (umrandet) eine Sonderstellung einnimmt. Identifiziert man diese Gruppe von Autoren, dann wird deutlich, dass es sich um einen einzelnen Artikel handelt, auf dem insgesamt 26 Autoren verzeichnet waren, von denen 24 in die umrandete Gruppe fallen. Diese Zahl ist im Vergleich zu den sonstigen Gepflogenheiten sehr ungewöhnlich (Durchschnittsautorenzahl war 2,7 vgl. weiter oben), und die Bezüge der 24 Autoren zu den übrigen Autoren sehr gering. Es handelt sich um eine im Jahr 2002 erschienene europaweite Vergleichsstudie²⁰ mit Beteiligung zweier Schweizer Autoren. Daraus wird deutlich, dass klar voneinander abgrenzbare Strukturen und Beziehungen innerhalb der Schweizer Autoren eher nicht anhand der gemeinsamen Autorenschaften feststellbar sind. Vielmehr ist wohl eher davon auszugehen, dass die Ähnlichkeiten (die ja im vorliegenden Falle Kooperationsbeziehungen beim Thema Public Mental Health darstellen) relativ gleichförmig über alle Autoren verteilt (und selten) sind.

Eine weitere Einführung zusätzlicher Dimensionen erbringt weder deutlich erkennbare statistische Vorteile, noch Verbesserungen der inhaltlichen Interpretierbarkeit. Mit Ausnahme des besprochenen Sonderfalles, wo zwei Schweizer Autoren in einer Europa-weiten Vergleichsstudie teilgenommen und publiziert haben, sind keine Gruppen oder herausragende, über Personen bzw. Personengruppen vermittelte Dimensionen der Schweizer Forschungsszene zu Public Mental Health feststellbar. Alle Autoren haben mit den übrigen Autoren jeweils gleich (wenig) zu tun, was die Anzahl der gemeinsamen, Public Health relevanten Publikationen anbelangt. Auch über Themenstellungen oder den methodischen Zugang zu Public Mental Health lässt sich in den 303 Artikeln keine Systematik der Autorenstellung zueinander erkennen. Anders ausgedrückt: Public Mental Health erscheint innerhalb der Schweiz als ein wenig konturiertes Publikationsfeld, in dem die verschiedenen Forscher mehr oder weniger „nebeneinander her“ arbeiten, zumindest hinsichtlich der Binnen-Beziehungen innerhalb der Schweiz.

Dies ist kein Artefakt der eingesetzten Analysemethode, sondern empirisches Ergebnis aus relativ gleichmässig verteilten (Nicht-)Kooperationsbeziehungen der hier involvierten insgesamt 528 Autoren/innen. Vom Netzwerk Public Health²¹ wird angestrebt, eine dichtere Vernetzung der zum Thema Public Health arbeitenden schweizerischen Forscherinnen und Forscher zu befördern. Ziel dieser Strategie ist die Gewinnung einer „kritischen Masse“ von Forschern mit einer synergistischen Nutzung von Forschungspotenzialen. Natürlich besteht in der stärkeren Vernetzung von Forschern weder die Garantie, dass die Zahl der Publikationen dadurch vergrössert würde, noch dass die Qualität der Forschungsergebnisse davon positiv beeinflusst würde. Insofern darf das hier festgehaltene Ergebnis zur Binnenkooperation keinesfalls als Qualitätsbeurteilung der Forschungsszene missverstanden werden.

In diesem Abschnitt wurden alle Publikationen, welche die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllt haben, mit gleichem Gewicht in die Analyse einbezogen. In einer solchen Zählweise wurde eine geringe Vernetzung der schweizerischen Forschergruppen ermittelt. Unter Berücksichtigung der sogenannten „Impact Faktoren“ (IF, zur Interpretation vgl. Neuberger and Counsell, 2002) aus den Publikationen des Jahres 2003 errechneten Holzinger und Mitarbeiter eine Sonderstellung der Universitätskliniken von Zürich und (etwas weniger ausgeprägt) Basel in der Deutschsprachigen Forschungslandschaft zu Public Mental Health (Holzinger, Matschinger et al., 2004). Dies mag einen Hinweis darauf geben, dass universitäre Forschung sich möglicherweise stärker international ausrichtet als andere Forschergruppen, und dabei auch Erfolge erzielt. Dies ist ablesbar an den erzielten höheren Impact Faktoren, denn nur internationale Journale erzielen hohe Zahlenwerte für IFs. Ob zwischen den international Renommee erzielenden Themenstellungen und dem nationalen, für pragmatische Fragestellungen entstandenen Wissensbedarf beim Themenfeld „Public

²⁰ Hofmann, G., P. Baudis, et al. (2002). "Research study on follow-up changes of psychiatric/psychosocial care in different European countries, with specific references to Middle and Middle-Eastern Europe." *Psychiatria Danubina* 14(3-4): 207-223.

²¹ vgl. <http://www.network-ph.ch>

Mental Health“ ein engerer oder eher loser Zusammenhang besteht, ist nicht Gegenstand dieser Arbeit, sondern wird ansatzweise in der zweiten Publikation dieses Bandes von Niklas Baer untersucht.

1.6 Literatur

- Angermeyer, M. and I. Winkler (2001). "Wer, was, wie viel, wo? Eine Analyse der Publikationen deutscher Autoren zu sozialpsychiatrischen Themen in wissenschaftlichen Zeitschriften." Psychiat Prax **28**: 368-375.
- Borg, I. (1981). Anwendungsorientierte Multidimensionale Skalierung. Berlin/Heidelberg/New York, Springer.
- Eckes, T. and H. Roßbach (1980). Clusteranalysen. Stuttgart, Kohlhammer.
- Gostynski, M., V. Ajdacic-Gross, et al. (2002). "Prevalence of dementia in the City of Zurich." Soz Präventivmed **47**(5): 330-335.
- Hofmann, G., P. Baudis, et al. (2002). "Research study on follow-up changes of psychiatric/psychosocial care in different European countries, with specific references to Middle and Middle-Eastern Europe." Psychiatria Danubina **14**(3-4): 207-223.
- Holzinger, A., H. Matschinger, et al. (2004). "Public-Mental-Health Forschung im Deutschen Sprachraum. Eine Analyse wissenschaftlicher Zeitschriften." Psychiatrische Praxis **31**: 369-377.
- Knapp, M., R. Mangalore, et al. (2004). "The global costs of schizophrenia." Schizophr Bull **30**(2): 279-293.
- McKibbin, K. and C. Gadd (2004). "A quantitative analysis of qualitative studies in clinical journals for the 2000 publishing year." BMC Med Inform Decis Mak **4**(1): 11.
- Neuberger, J. and C. Counsell (2002). "Impact factors: uses and abuses." Eur J Gastroenterol Hepatol **14**.
- Olesen, J. and M. Leonardi (2003). "The burden of brain diseases in Europe." Eur J Neurology **10**: 471-477.
- Rehm, J. (2003). "Suchtmittel und Public Health." Suchttherapie **4**: 72-75.
- Rehm, J., R. Room, et al. (2004). Alcohol Use. Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors. M. Ezzati, A. D. Lopez, A. Rodgers and C. J. L. Murray. Geneva, WHO. **1**: 959-1108.
- Rössler, W., J. Salize, et al. (1998). "The costs of schizophrenia." Fortschr Neurol Psychiatr **66**(11): 496-504.
- Schwartz, F. (2003). Public Health - Zugang zu Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung, Analysen für effektive und effiziente Lösungsansätze. Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. F. Schwartz, B. Badura, R. Busse et al. München & Jena, Urban & Fischer: 3-6.
- Spinatsch, M. and S. Hofer (2004). Eine neue Suchtpolitik für die Schweiz? Grundlagen und Materialien für eine verstärkte Integration der suchtpolitischen Aktivitäten des Bundes. Bern, Bundesamt für Gesundheit.
- Üstün, T., J. Ayuso-Mateos, et al. (2004). "Burden of depressive disorders in the year 2000." British Journal of Psychiatry **184**(386-392)
- World Health Organization, W. (2002). The World health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. Geneva, WHO.

2 Psychiatrische Versorgungsforschung in der Schweiz: Stand, Lücken, Perspektiven

Niklas Baer

2.1 Zusammenfassung

Der Leitgedanke nahezu jeder Psychiatrieplanung der vergangenen Jahre ist derjenige der Bedarfsgerechtigkeit: Der fachlich reflektierte Bedarf der Menschen mit psychischen Störungen soll planungsleitend sein, nicht der Bedarf der Institutionen oder sonstige Interessen. Dies setzt voraus, dass ausreichende Kenntnisse über Ausmass und Art des Behandlungsbedarfs verschiedener Patientengruppen sowie über die Wirksamkeit von Versorgungsstrukturen vorhanden sind - bedarfsorientierte Versorgungsplanung ist also auf Epidemiologie und Versorgungsforschung angewiesen.

Dieser Bericht will die zwischen 1993 und 2003 publizierten empirischen Informationen aus der psychiatrischen Versorgungsforschung der Schweiz sichten, zusammenfassen und im Hinblick auf ihre planerische Relevanz bewerten. Neben dem aktuellen Stand sollen auch die Probleme und schliesslich die Perspektiven der psychiatrischen Versorgungsforschung in der Schweiz dargestellt werden. Dazu wird die von Frick und Zähringer (2005, in diesem Arbeitsdokument) recherchierte Literatur zur psychiatrischen Versorgung im Volltext gesichtet, klassifiziert und quantitativ ausgewertet. Einzelne Publikationen werden inhaltlich exemplarisch auf Aspekte ihrer versorgungsplanerischen Relevanz hin zusammengefasst und kommentiert. Schliesslich werden die Resultate aus Experten-Interviews mit Fachvertretern der Erwachsenenpsychiatrie aller universitärer Zentren sowie mit dem Präsidenten der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärzte zu Stand, Problemen und Perspektiven der Versorgungsforschung zusammengefasst.

Die quantitative Auswertung der rund 70 datenbasierten Publikationen zeigt, dass Versorgungsforschung in der Schweiz zahlenmässig mit 7 Publikationen pro Jahr ein zwar institutionalisierter, aber noch wenig ausgebauter Forschungsbereich ist. Die meist deskriptiven Querschnittserhebungen bearbeiten unsystematisch eine Vielzahl von Fragestellungen, wobei Kooperationen zwischen Forschergruppen praktisch nie vorkommen.

Die exemplarische Durchsicht einzelner Veröffentlichungen im Hinblick auf ihre Planungsrelevanz zeigt auf der anderen Seite, wie nützlich Versorgungsforschung für die konkrete Planung der psychiatrischen Versorgung ist, und sie zeigt auch, dass das wissenschaftliche Potential hierfür in der Schweiz vorhanden wäre. Die Beispiele machen zudem deutlich, wie wichtig derartige praxisbezogene wissenschaftliche Informationen für die Weiterentwicklung einer wirksamen und patientengerechten Versorgung sind.

Die Interviews mit den Psychiatrie-Experten ergeben, dass nach ihrer Ansicht in der Schweiz viel zu wenig Versorgungsforschung betrieben wird. Mit den vorhandenen wissenschaftlichen Informationen sind effektiv bedarfszentrierte Versorgungsplanungen nicht machbar. Ein Hauptproblem dieses für die Versorgung gravierenden Mangels wird in der fehlenden Finanzierung von psychiatrischer Versorgungsforschung gesehen: Der Schweizerische Nationalfonds finanziert vor allem biologische Grundlagenforschung, das Bundesamt für Gesundheitswesen bisher fast ausschliesslich Suchtforschung. Weiter fehlt in der Schweiz eine evaluative Kultur, in der neue Versorgungsmodelle und -einrichtungen systematisch beforscht und mit vorhandenen Modellen verglichen werden. Versorgungsforschung ist zudem bisher noch zu weit weg von der psychiatrischen Praxis, vom Erleben der Patienten und von den Handlungskonzepten in den Institutionen. In der verstärkten Verknüpfung von institutionellen, konzeptionell-methodischen und patientenzentrierten Fragestellungen könnten sich der bisher eher institutionsbezogenen Versorgungsforschung neue Erkenntnismöglichkeiten eröffnen. Versorgungsforschung ist schliesslich für den wissenschaftlichen Nachwuchs in der Schweiz ein bisher wenig karriereförderndes Gebiet.

Mehrere Experten schlagen aus diesen Gründen vor, dass der Schweizerische Nationalfonds ein Schwerpunktprogramm Psychiatrie mit besonderer Betonung der Versorgungsforschung einrichten soll.

2.2 Ziele des Berichtes

Die Psychiatrieplanungen aus jüngerer Zeit in der Schweiz (beispielsweise in den Kantonen Basel-Stadt 1990, Zürich 1995, Baselland 1991 und 2003) wie auch Versorgungsplanungen im Ausland gehen übereinstimmend von der prioritären Leitlinie einer bedarfsgerechten Versorgung aus. So breit akzeptiert dieser Leitgedanke ist, so unklar ist dessen Definition und so eng hängt dessen planerische Umsetzung von der Verfügbarkeit wissenschaftlich gesicherter Informationen über Ausmass und Art des Versorgungsbedarfes psychisch kranker Menschen ab. Für den Begriff ‚bedarfsgerecht‘ existiert kein einheitliches Konzept und auch keine direkt umsetzbaren Kriterien (Rössler, 2003). Die Qualität von Psychiatrieplanungen - sofern sie einen überinstitutionellen und patientenzentrierten Anspruch haben und nicht primär administrativer Natur sind - und damit auch die Wirksamkeit und Effizienz der psychiatrischen Versorgungsstrukturen hängen von der Verfügbarkeit einer ausreichend breiten und qualitativ hochstehenden Versorgungsforschung ab, die die nationalen und regionalen Gegebenheiten abbildet. Nur eine solche ist in der Lage, Hinweise über den effektiven Bedarf zu geben.

Dieser Bericht verfolgt deshalb zwei Zielrichtungen: Einmal soll er Fachleuten, Gesundheitsplanern und -politikern eine Übersicht geben über die heute verfügbaren empirischen Informationen aus der Schweiz, welche bedarfsbezogene Hinweise geben für Planungsprozesse in der psychiatrischen Versorgung. Zum zweiten soll dieser Bericht Stand,

Lücken und Probleme der versorgungsbezogenen psychiatrischen Forschung in der Schweiz darstellen und mögliche Perspektiven sowie sinnvolle künftige Schwerpunkte aufzeigen.

Dieser Bericht im Auftrag des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums und in Zusammenarbeit mit dem Projekt Nationale Gesundheitspolitik Schweiz schliesst an die Übersicht über wissenschaftliche Informationen zum Themenfeld Public Health an (Frick u. Zähringer, 2005; in diesem Arbeitsdokument), in welcher die Häufigkeit der Publikationen zu den Themenfeldern psychische Gesundheit, psychische Störungen und psychiatrisch - psychotherapeutische Versorgung dargestellt und analysiert werden.

Entsprechend der zweiteiligen Zielsetzung - Darstellung von Materialien für die Psychiatrieplanung und Diskussion der psychiatrischen Versorgungsforschung in der Schweiz - wird zunächst eine Beschreibung der verfügbaren Publikationen aus dem Zeitraum 1993-2003 vorgenommen. Anschliessend werden die Resultate einer Expertenbefragung zusammengefasst und Schlussfolgerungen für die Versorgungsforschung gezogen.

Aus Gründen der Lesbarkeit wird die männliche Form verwendet.

2.3 Grundlagen des Berichtes

Der Bericht stützt sich auf folgende Grundlagen:

1. Die elektronische Literatur-Recherche wissenschaftlicher Publikationen mit Versorgungsbezug aus, respektive über die Schweiz (Einzelheiten bei Frick und Zähringer, 2005; in diesem Arbeitsdokument), ergänzt durch eine manuelle Durchsicht der Zeitschriften Managed Care und Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie. Diese Literaturliste wurde einer genaueren Sichtung der einzelnen Publikationen im Volltext unterzogen, abgeändert und mit Publikationen aufgrund einer stichprobenartigen Sichtung der Zeitschriften Nervenarzt, Psychiatrische Praxis, Cahiers Psychiatriques Genevois sowie mit Einzelpublikationen aufgrund von Expertenhinweisen ergänzt.
2. Die im Rahmen der Psychiatrieplanung Baselland recherchierte in- und ausländische Literatur.
3. Expertengespräche mit Fachvertretern der Erwachsenenpsychiatrie aller 5 universitären Zentren sowie mit dem Präsident der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärzte.
4. Zwei Publikationen zur deutschsprachigen psychiatrischen Versorgungsforschung innerhalb der Psychiatrischen Praxis 1999-2002 (Claassen u. Priebe, 2003) sowie zu aktuellen Themen sozialpsychiatrischer Forschung im deutschen Sprachraum (Holzinger u. Angermeyer, 2003), deren Literaturhinweise auf weitere Publikationen aus der Schweiz hin überprüft wurden.

5. Eine unsystematische Sichtung der verfügbaren Publikationslisten der Mitarbeiter der universitären Psychiatrie auf den Homepages der jeweiligen universitären psychiatrischen Dienste sowie der abgeschlossenen und laufenden Forschungsprojekte auf der Homepage des Schweizerischen Nationalfonds.

2.3.1 Ein- und Ausschlusskriterien für die Literatursuche

Versorgungsrelevanz ist kein klar definierbares Kriterium. Was versorgungs- und planungsrelevant ist, hängt bis zu einem gewissen Grad vom Planungsanspruch, von den Entwicklungen des psychiatrischen Faches und auch von gesellschaftlichen Entwicklungen ab. So werden heute möglicherweise Situation und Bedürfnisse von Angehörigen und Patienten selbst als planungsrelevanter eingeschätzt als dies noch vor 10 Jahren der Fall war, oder erhalten Studien über Voraussetzungen erfolgreicher beruflicher Rehabilitationsverläufe heute angesichts der Rentenentwicklung der Invalidenversicherung eine erhöhte Aufmerksamkeit als früher. Auf der anderen Seite gibt es sehr viel Forschung, die hier als nicht direkt versorgungsrelevant eingestuft wird, beispielsweise klinische oder Grundlagenforschung, die jedoch natürlich höchst bedeutsame praktische Konsequenzen haben kann. Die Entwicklung der Neuroleptika veränderte beispielsweise die psychiatrische Versorgung auf drastische Weise und machte moderne Versorgungsstrukturen überhaupt erst möglich.

Dieser Bericht basiert auf der Literaturrecherche von Frick und Zähringer (2005, in diesem Arbeitsdokument) und versucht, ein möglichst repräsentatives Bild der versorgungsrelevanten Informationen in der Schweiz zu geben. Er beansprucht aber keinesfalls, jede einzelne relevante Publikation aufzulisten. Dies ist schon nur deswegen nicht möglich, weil es einige wichtige ‚graue‘ empirische Literatur gibt, beispielsweise verwaltungsinterne Berichte. Dies ist jedoch nicht einfach ein Manko dieser Arbeit, sondern es geht darum zu zeigen, welche wissenschaftlichen Publikationen effektiv zugänglich sind. Es wäre jedenfalls sehr zu begrüssen, wenn dieser Bericht zu entsprechenden ergänzenden Hinweisen anregt.

Bedeutsamer als die definitive Auflistung versorgungsrelevanter Informationen scheint zudem die Diskussion über Lücken und Perspektiven künftiger Versorgungsforschung sowie das Nachdenken darüber, welche Art von psychiatrischer Forschung versorgungs- und planungsrelevant und deshalb künftig vermehrt förderungswürdig ist. Es gibt einige Anzeichen dafür, dass sich die Versorgungsforschung stark weiterentwickelt. Die Tendenz geht von beispielsweise rein institutionsgebundenen Kennziffern (Bettenziffern o.ä.) oder rein strukturellen Fragen (ambulant versus stationär o.ä.) hin zu komplexeren Fragestellungen und Kombinationen mit Themen wie Stigmatisierung, Lebensqualität sowie mit methodischen, qualitativen Fragen. Was versorgungsrelevant ist, ist deshalb nicht abschliessend zu bewerten.

Versorgungsrelevant bedeutet hier allgemein, dass sich eine Publikation mit Institutionen für die Behandlung, Rehabilitation oder Beratung psychisch Kranker, den Voraussetzungen für

deren Inanspruchnahme und deren Wirkungen explizit befasst oder explizit Hinweise für die psychiatrische Versorgung gibt. Der Begriff der ‚Psychiatrischen Versorgung‘ umfasst dabei nicht nur die institutionellen Strukturen (spezialisiert und allgemein) sondern auch die Quantität und Qualität der Leistungsangebote im psychiatrischen Bereich, mit denen dem Hilfebedarf von Menschen mit psychischen und psychosozialen Störungen professionell begegnet wird.

Grundlage des Berichtes sind Publikationen mit eigener empirischer Basis. Für die Diskussion der Resultate werden vereinzelt auch Übersichten hinzugezogen.

Nicht besprochen werden hier aus Kapazitätsgründen Publikationen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie aus dem Bereich der Substanzabhängigkeit. Das Thema der Komorbidität, des gemeinsamen Vorliegens einer psychischen Störung und einer Substanzabhängigkeit, wird hingegen wegen seiner Bedeutung exemplarisch einbezogen.

Im Unterschied zur psychiatrischen Literatur wurde die psychologische Literatur nicht über die elektronische Literaturrecherche hinaus ergänzt und es wurden keine Interviews mit den Fachvertretern der universitären klinischen Psychologie und Psychotherapie durchgeführt. Dadurch ist die Psychologie weniger systematisch berücksichtigt als die Psychiatrie. Dies gilt prinzipiell auch für weitere Fachbereiche wie die psychiatrische Pflege und andere. Dies war aus Kapazitätsgründen nicht zu ändern, ist aber angesichts der breiten Definition von ‚psychiatrischer Versorgung‘, die über die Psychiatrie im engeren Sinne natürlich weit hinausgeht, eine klare Einschränkung.

2.3.2 Ergänzung der elektronischen Literaturrecherche

Die Publikationsliste (Frick u. Zähringer, 2005; in diesem Arbeitsdokument) mit Bezug zur Schweiz sowie zur psychiatrischen Versorgung umfasste 111 Publikationen auf empirischer (quantitativer oder qualitativer Basis) aus dem Zeitraum 1993 bis 2003. Sämtliche dieser Publikationen wurden im Volltext oder in wenigen Einzelfällen im Abstract auf ihren effektiven Versorgungsbezug durchgesehen. Publikationen, die den Kriterien nicht entsprachen, wurden aussortiert. Aussortiert wurden in diesem Sinne auch sämtliche Publikationen zur Kinder- und Jugendpsychiatrie und zur Substanzabhängigkeit. Es verblieben 66 Publikationen. In einem zweiten Schritt wurden weitere 22 neue Publikationen aus demselben Zeitraum aufgrund händischer Durchsicht einiger Zeitschriften hinzugefügt. Von diesen neu 88 Publikationen sind 19 Übersichten. Es verbleiben 69 empirische Publikationen aus oder über die Schweiz mit Versorgungsbezug:

Total 1:	Elektronische Recherche (Frick u. Zähringer, 2005)	111
Ausgeschlossen aufgrund folgender Kriterien:		
	unauffindbar	1
	nicht empirisch, kein Versorgungsbezug	3
	kein Schweiz-Bezug	3
	Thema ‚geistige Behinderung‘	2
	Thema ‚Sucht‘, ohne Komorbidität	26
	Thema ‚Kinder-/Jugendpsychiatrie‘	6
	Doppelnennung derselben Publikation	4
Total 2:	Verbleibende Artikel	66
Hinzugefügt aufgrund manueller Durchsicht in:		22
	Managed Care / Schweiz. Archiv für Neurologie u. Psychiatrie / Cahiers Psychiatriques Genevois / Psychiatrische Praxis / Nervenarzt / Einzelpublikationen	
Total 3:	Total 2 + manuelle Durchsicht	88
Ausgeschlossen, da Übersichtsartikel:		19
Total 4:	Datenbasierte CH-Publikationen mit Bezug zur psychiatrischen Versorgung Erwachsener 1993-2003	69

Tabelle 1: Bearbeitung der Publikationsliste

Im Weiteren werden in erster Linie diese 69 Publikationen zusammengefasst (Total 4).
Hinweise der 19 Übersichtsartikel werden hinzugefügt.

2.3.3 Codierung der empirischen Publikationen

Die 69 empirischen Publikationen wurden, in teilweiser Anlehnung an Claassen und Priebe (2003), codiert nach:

1. Publikationstyp (quantitativ - qualitativ)
2. Versorgungsbereich (Allgemeine Erwachsenenpsychiatrie, Psychiatrische Rehabilitation, Alterspsychiatrie, Substanzabhängigkeit - bei Komorbidität - und Gesamte Versorgung)
3. Versorgungsstruktur (Stationär, Teilstationär, Ambulant, Niedergelassene)
4. Thematischem Stichwort
5. Untersuchungseinheit (Patienten, Angehörige, Dienste etc.)
6. Untersuchungsanlage und -methode (Retrospektiv, Querschnitt, Prospektiv sowie Deskriptiv und Analytisch ²²)
7. Stichprobengrösse
8. Herkunftsort der Autoren

Die einzelnen Häufigkeiten werden im folgenden Resultatteil zusammengefasst. Eine Übersichtstabelle findet sich im Forschungsprotokoll.

2.3.4 Konsultierte Publikationen für die Psychiatrieplanung Baselland (1999-2003)

Im Rahmen der Psychiatrieplanung des Kantons Baselland (Kant. Psych. Dienste BL, 2003) wurden zu einzelnen Fragestellungen punktuelle Literaturrecherchen durchgeführt. Die im Schlussbericht der Psychiatrieplanung zitierte - vor allem ausländische - Literatur wurde im Hinblick auf die jetzige Fragestellung durchgesehen und nach Versorgungsbereich codiert. Für die BL-Planung hilfreiche Publikationen wurden ausgewählt und mit einem Kurzkommentar versehen. Die Liste findet sich im Forschungsprotokoll. Obwohl die kommentierten Publikationen auf einer unsystematischen Auswahl beruhen, so waren sie doch für eine kantonale Planung hinweisgebend. In diesem Sinne mögen sie dies auch für andere Planungen sein, zudem stellen sie auch eine Art thematischen Vergleich zur hier referierten ‚Schweiz‘-Liste dar.

²² Deskriptiv meint in Anlehnung an Rössler (2000) die Darstellung von Struktur- und Leistungsdaten einer Institution (Inanspruchnahme etc.). Mit analytisch sind Studien gemeint, die statistisch Einflussfaktoren, Zusammenhänge, mögliche Wirkungen oder Unterschiede untersuchen und so einen höheren Informationsgehalt aufweisen.

2.3.5 Interviews mit Experten

Um eine Ergänzung und Bewertung der verfügbaren wissenschaftlichen Informationen vornehmen zu können, wurde mit Fachvertretern der universitären Erwachsenenpsychiatrie aus den universitären Zentren Basel, Bern, Genf, Lausanne und Zürich ein offenes Interview durchgeführt, dem folgende - zuvor schriftlich mitgeteilte - Fragen zugrundlagen:

1. Welche versorgungsrelevanten Arbeiten aus dem eigenen wissenschaftlichen Umfeld sind vorhanden?
2. Wie wird der Forschungsstand in Bezug auf Versorgungsplanung bewertet, welche Lücken werden gesehen?
3. Welche künftigen Perspektiven und thematischen Forschungsschwerpunkte werden gesehen, respektive für die Schweiz als notwendig erachtet?

Mit dem Präsidenten der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärzte wurde ebenfalls ein Interview geführt, dem dieselben Fragen zugrundlagen, allerdings etwas mehr aus der Optik des Anwenders von Versorgungsforschung. Die Interviews dauerten 60 - 90 Minuten und wurden mit Notizen festgehalten. Sie werden nach Thema sortiert zusammenfassend dargestellt.

Aus Ressourcen Gründen musste darauf verzichtet werden, mit den Fachvertretern anderer für das Thema relevanter Disziplinen Interviews durchzuführen. Dadurch fehlt insbesondere auch die Sicht der universitären klinischen Psychologie und Psychotherapie. Der Fokus auf die Psychiatrie ist insofern gerechtfertigt, als in der Schweiz die Institutionen zur Behandlung von psychisch schwer kranken Menschen durchwegs von Psychiatern geleitet werden. Ausserdem ziehen die Kantonalen Behörden bei der Psychiatrieplanung als Fachexperten primär Psychiater bei, sodass das praktische Versorgungswissen in der Schweiz fast ausschliesslich bei Psychiatern liegt. Entsprechend konzentriert sich auch die universitäre Forschung zur Versorgung psychisch schwer kranker Menschen auf das Fach Psychiatrie.

An dieser Stelle sei der Expertin und den Experten, die sich freundlicherweise (auch) für diese Untersuchung zur Verfügung gestellt und bereitwillig Auskunft gegeben haben, herzlich gedankt. Es handelt sich dabei zum einen um Fachvertreter und Mitarbeiter der universitären Erwachsenen-Psychiatrie aus allen Zentren der Schweiz (Basel, Bern, Genf, Lausanne, Zürich) sowie den Präsidenten der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärzte:

- Prof. Dr. A. Riecher-Rössler, Basel
- Prof. Dr. H. D. Brenner, Dr. U. Junghan, Lic. phil. M. Pfammatter, Bern
- Prof. Dr. F. Ferrero, Genf
- Prof. Dr. P. Guex, Prof. Dr. Gasser, Dr. L. Basterrechea, Dr. C. Bonsack, J.-M. Kasion, Lausanne
- Prof. Dr. W. Rössler, Zürich
- Dr. G. Ebner, Schaffhausen.

Gedankt sei auch Dr. Theodor Cahn, Chefarzt der Psychiatrischen Klinik des Kantons Basel-Landschaft, der selbst in verantwortlicher Position an mehreren kantonalen Psychiatrieplanungen beteiligt war, und der diesen Bericht inhaltlich begleitet hat.

2.4 Beschreibung der Versorgungsforschung 1993-2003

Um einen Überblick über die 69 empirischen Publikationen sowie erste Hinweise auf die Ausrichtung der Versorgungsforschung in der Schweiz zu erhalten, werden sie hier zunächst nach Stichworten klassifiziert, ausgezählt und kurz kommentiert. Anschliessend werden die versorgungsbezogenen Hauptresultate der Publikationen inhaltlich kurz beschrieben, gegliedert nach Versorgungsbereich und thematischem Stichwort.

2.4.1 Quantitative Kategorisierung der Publikationen

2.4.1.1 Studientyp

Eine erste Übersicht inklusive Übersichtsartikel zeigt, dass ein Fünftel der Publikationen Übersichten sind. Von den 69 verbleibenden Publikationen basieren lediglich 3 auf qualitativen Daten, 96% der empirischen Publikationen sind quantitativer Natur:

	n	%
Übersicht	19	21
Empirisch quantitativ	66	75
Empirisch qualitativ	3	4
Total	88	100

Tabelle 2: Studientyp (N = 88)

Dass versorgungsbezogene Studien mehrheitlich einen quantitativen Zugang wählen, ist nicht erstaunlich, vielmehr ist die Versorgungsplanung auf solche Informationen angewiesen. Dennoch ist es angesichts der auch stark psychotherapeutischen Tradition der Psychiatrie bemerkenswert, dass gerade qualitative Verfahren wie Interviews etc. einen solch geringen Stellenwert haben, wenn es um die Versorgung geht - und damit auch um Fragen der Versorgungsqualität. Qualitative Studien wären an sich besonders geeignet, das subjektive Erleben der Patienten zu explorieren, und es stellt sich hier die Frage, inwieweit man Versorgungsplanung vom Erleben der Patienten trennen kann oder soll - und darüber hinaus, ob nicht die psychiatrische Forschung hier eine ihrer Ressourcen zu wenig nutzt.

2.4.1.2 Beforschte Versorgungsbereiche

Im Folgenden werden nur noch die datenbasierten Publikationen klassifiziert, ohne Übersichten.

Zwei Drittel der Studien beschäftigen sich mit der Allgemeinen Erwachsenenpsychiatrie, weitere 17% sind keinem einzelnen Versorgungsbereich zuzuteilen. Substanzabhängigkeit ist wegen des Themas der Komorbidität mit einer Publikation exemplarisch vorhanden. Zum Thema Komorbidität existieren weitere Studien aus der Suchtforschung, der hier nicht weiter nachgegangen wurde. Je 6 Publikationen beschäftigen sich mit der Alterspsychiatrie und der Psychiatrischen Rehabilitation. Empirische Studien zu forensischen Versorgungsfragen wurden nicht gefunden.

	n	%
Allgemeinpsychiatrie	44	64
Alterspsychiatrie	6	9
Psychiatrische Rehabilitation	6	9
Forensische Psychiatrie	0	0
Substanzabhängigkeit (Komorbidität)	1	1
Gesamte Versorgung	12	17
Total	69	100

Tabelle 3: Hauptsächlicher Versorgungsbereich (n = 69)

Auffallend ist angesichts ihrer Bedeutung für die Versorgungsplanung die Unterrepräsentation von Studien zur Alterspsychiatrie, Rehabilitation und Forensik. Im letzteren Fall betrifft dies nicht eine zahlenmässig sehr grosse Bedarfsgruppe von Patienten, aber ein planerisch doch wichtiges Gebiet mit potentiell schwerwiegenden Konsequenzen. Alterspsychiatrie und Rehabilitation betreffen eine grosse - demografisch sowie gesellschaftlich-ökonomisch bedingt stark zunehmende - Zahl von Patienten. Der Mangel an alterspsychiatrischer und rehabilitativer Forschung läuft parallel zum Mangel in der psychiatrischen Versorgung: Psychisch kranke alte Menschen sind in weiten Teilen der Schweiz quantitativ unterversorgt. Psychisch Kranke in der Rehabilitation sind qualitativ unterversorgt, das heisst, sie finden kaum Angebote, in denen sie ausreichend spezifisch und wirksam unterstützt werden. Werden psychisch kranke alte Menschen trotz einer hohen Prävalenz psychischer Störungen psychiatrisch nur selten erfasst und mitbetreut und ist die Alterspsychiatrie als Fachgebiet in der Schweiz nur punktuell etabliert, so ist auch in der Rehabilitation die fehlende Fachentwicklung mitverantwortlich für die allgemein geringe Wirksamkeit und Stagnation der Versorgung. Hier deutet sich ein starker Nachholbedarf an.

2.4.1.3 Beforschte Versorgungsstrukturen

Von den 69 Studien beschäftigen sich 50 mit spezifischen Versorgungsteilen, davon rund die Hälfte mit der stationären Versorgung. Weitere 17 Studien beziehen sich auf die ambulante Versorgung, wobei bei 6 Publikationen auch die privaten psychiatrisch - psychotherapeutischen Praxen mitberücksichtigt wurden. Die teilstationäre Versorgung (Tageskliniken, Nachtambulanz) wurde 10mal beforscht. 17 Publikationen lassen sich nicht einem spezifischen Versorgungsteil zuordnen, beispielsweise eine Studie, die den Stellenwert der Alterspsychiatrie untersucht.

	n	%
Ambulant	17	25
<i>davon: inkl. Berücksichtigung der niederniedergelassenen Psychiater und Psychotherapeuten</i>	6	9
Teilstationär	10	14
Stationär	23	33
Gesamte Versorgung	17	25
Nicht zuteilbar	4	6
Total	77	112

Tabelle 4: Hauptsächliche Versorgungsstruktur (n = 69, Mehrfachnennungen)

Dass die stationäre Versorgung etwas öfter als die ambulante oder teilstationäre Versorgung beforscht wurde, reflektiert möglicherweise auch die im Vergleich zu anderen Ländern immer noch relativ klinikzentrierte Versorgung in der Schweiz. Angesichts des bisher unterschätzten versorgungsplanerischen Stellenwert teilstationärer Einrichtungen und ihrer teils geringen fachlichen Differenzierung ist die Anzahl von 10 Publikationen in diesem Bereich nicht so gering. Gerade die teilstationäre Versorgung, die an der Schnittstelle von Akutpsychiatrie und Rehabilitation liegt, wäre im Sinne einer Integration beider Versorgungsebenen für eine prioritäre Weiterentwicklung prädestiniert. In der intensiveren Beforschung derartiger Einrichtungen und ihrer Möglichkeiten liegt ein sehr grosses planerisches Potential, weil die teilstationäre Versorgung, entsprechend ausgerüstet, in der Lage wäre, einen bedeutsamen Anteil vollstationärer Hospitalisationen einzusparen. Die teilstationäre Versorgung ist heute oftmals noch zu wenig krisenfest und rehabilitativ zu wenig wirksam. Wenn sie über den Anspruch allgemeiner Tagesstrukturierung hinaus ausgebaut werden soll, wäre eine weitere Forschung und Fachentwicklung sicher von Vorteil.

Erfreulich ist, dass die ambulante Versorgungsforschung auch mehrmals die privaten Praxen einbezogen hat, die in der Schweiz doch einen prominenten Stellenwert in der Versorgung

einnehmen. Eine bei der Literatursammlung dieser Arbeit noch nicht verfügbare, für die Schweiz repräsentative Untersuchung über die ambulante Psychotherapie verschiedener Leistungserbringer (Psychiater, ärztliche Grundversorger, nicht-ärztliche Psychotherapeuten) und deren Kosten wurde von Beeler und Szucs (2003) durchgeführt; vgl. auch Mattanza et al. (2002).

2.4.1.4 Hauptthemen der Studien

In einem weiteren Schritt wurde versucht, die Publikationen thematisch zu ordnen. Die meisten Studien beziehen sich auf Auswirkungen von Restrukturierungen der Versorgung, beispielsweise die Einführung einer sektorisierten Versorgungsorganisation in Zürich oder die Einführung von diagnosespezifischen Aufnahmestrukturen in Lausanne. Es folgen die Themen Arbeitsrehabilitation und Alterspsychiatrie, wobei deren Häufigkeit damit zusammenhängt, dass es sich um hier nicht weiter unterteilte und im Vergleich zu den anderen Themen grosse thematische Einheiten handelt.

Beim Thema 'Patientenstatistik' handelt es sich insbesondere um die systematischen Forschungsberichte (mehrheitlich der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich) zur Zürcher Patientenstatistik seit 1992. Die Dokumentationen und statistischen Vergleiche wurden zusammenfassend nur einmal, die spezifischen thematischen Auswertungen der Patientenstatistik hingegen separat gezählt.

	n	%
Versorgungsplanung	7	10
Arbeitsrehabilitation	6	9
Alterspsychiatrie	6	9
Akutpsychiatrie	4	6
Migration	4	6
Niedergelassene Psychiater/Psychotherapeuten	4	6
Komorbidität	4	6
Zwang	3	<5
Lebensqualität	3	
Öffentlich-privat	3	
Patientenstatistik (ZH-Statistik 1993-2003 = 1)	3	
Tagesklinik	3	
Stigma	3	
Gesundheitsökonomie	2	
Angehörige	2	
Managed Care	2	
Qualitätssicherung	1	
Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie	1	
Nachtklinik	1	
Langzeithospitalisierte	1	
Suizid	1	
Psychotherapiestation	1	
Verwahrlosung	1	
Traumatherapie	1	
Wohnrehabilitation	1	
Hospitalisierte Eltern	1	
Total	69	

Tabelle 5: Hauptsächliches Thema (n = 69)

Auffallend ist zunächst die grosse Vielfalt der beforschten Themen. Hier zeigt sich auch die Breite und Lebendigkeit des Begriffes der Versorgungsrelevanz.

Auf der anderen Seite wurden viele Themen innerhalb von 10 Jahren nur ein- oder zweimal beforscht. Man erhält so den Eindruck einer wenig systematischen und angesichts der Mittelaufwendungen für einzelne Versorgungsteile oder des Unterstützungsbedarfs doch teils minimalen Forschungstätigkeit. So wurde beispielsweise die in der Schweiz breit ausgebaute,

kostenintensive Wohnrehabilitation (Wohnheime für psychisch Kranke) nur ein einziges Mal zum Forschungsthema gemacht. Ebenso wurden Einrichtungen wie stationäre Psychotherapieabteilungen (rund 35 in der Schweiz), psychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste an Allgemeinspitälern (an rund 80 Spitälern) oder Nachtkliniken jeweils nur einmal unter Versorgungsperspektive beforscht. Dies zeigt die Tatsache, dass es in der Schweiz seit langem verschiedene Versorgungseinrichtungen und Versorgungsmodelle gibt, die kaum oder noch gar nie systematisch evaluiert worden sind. Ebenso untervertreten ist beispielsweise auch die Situation psychiatrisch hospitalisierter Eltern und ihrer Kinder. Dies wäre angesichts eines geschätzten Elternanteils von 15-20% der Klinikpatienten und angesichts des Unterstützungsbedarfs kein Randthema.

2.4.1.5 Hauptsächliche Untersuchungseinheit

Im Folgenden geht es um die Zugangsweise zu Daten (nicht unbedingt um die Fragestellung): Die Mehrheit der Studien hat direkt Patientenmerkmale untersucht, in 6 Studien wurden Angehörige befragt und in 8 Studien die Betreuer (Pflege, Ärzte, Therapeuten etc.). In 3 Studien wurde die Allgemeinbevölkerung befragt (Stigma-Forschung, Einstellung gegenüber psychisch Kranken).

	n	%
Patienten	49	71
Professionelle	8	12
Psychiatrische Dienste	3	4
Angehörige	6	9
Sekundäranalyse von Studien	1	1
Allgemeinbevölkerung	3	4
Andere (Experten, Studenten)	2	3
Total	72	104

Tabelle 6: Analyseeinheit (n = 69, Mehrfachnennungen)

Überwiegend wurden demnach Patientendaten ausgewertet, sei es aufgrund von Patientenstatistiken oder aufgrund von eigenen schriftlichen oder mündlichen Befragungen und Erhebungsinstrumenten. Rund jede 10. Studie hat zudem Rückgriff auf die Angehörigen genommen, wobei diese wie oben gezeigt nur zweimal selbst den thematischen Hauptfokus bildeten.

2.4.1.6 Untersuchungsanlage und -auswertung

Methodisch handelt es sich zu zwei Dritteln um Querschnitterhebungen, gefolgt von Längsschnitterhebungen und retrospektiv angelegten Datenerhebungen. Die Auswertung der Daten war wiederum zu zwei Dritteln hauptsächlich beschreibend, bei einem Drittel der Untersuchungen wurden weitergehende statistische Analysen durchgeführt, um Zusammenhänge, Einflussfaktoren, Unterschiede etc. zu untersuchen:

	n	%
Retrospektiv - deskriptiv	7	10
Retrospektiv - analytisch	2	3
Querschnitt - deskriptiv	32	46
Querschnitt - analytisch	14	20
Prospektiv - deskriptiv	7	10
Prospektiv - analytisch	6	10
Sekundäranalyse	1	1
Total	69	100

Tabelle 7: Untersuchungsanlage und -auswertung (n = 69)

Jede Fragestellung, Daten- und Versorgungssituation hat ihre eigene Methodik. Trotzdem ist zum einen bemerkenswert, dass keine randomisierten kontrollierten Studien für den Zeitraum 1993-2003 gefunden wurden, und zum anderen, dass sich die Auswertung der Daten mehrheitlich auf - wichtige - beschreibende Verfahren beschränkt.

Randomisierte kontrollierte Studien sind nicht unproblematisch, weil sie mit ihrem experimentellen Charakter, der Störeinflüsse auszuschalten versucht, den realen Versorgungsbedingungen oft wenig entsprechen (Rössler, 2000). Gleichzeitig fehlt damit aber für den untersuchten Zeitraum auch ein Instrument, mit dem verschiedene Versorgungsmodelle verglichen werden können. Hier zeigt sich für die Schweiz ein markanter Unterschied zu angelsächsischen Ländern mit deren Betonung der evidenzbasierten Versorgungsmodelle - ein Unterschied, den die Schweiz mit anderen deutschsprachigen Ländern teilt (Claassen u. Priebe, 2003).

2.4.1.7 Herkunft der Studien

Die Publikationen wurden im Hinblick auf den vermerkten Arbeitsort der Autoren hin durchgeschaut. Die Zentren der gefundenen Versorgungsliteratur liegen demnach in Zürich, Bern und Genf, gefolgt von der Region Basel und dem Kanton Waadt.

	n	%
Ausland	2	3
Aargau	2	3
Bern	16	23
Basel-Stadt	7	9
Basel-Landschaft	3	4
Genf	11	14
St. Gallen	2	3
Tessin	1	1
Waadt	4	6
Zürich	25	36
Unbekannt	1	1
Total	74	103

Tabelle 8: Herkunft der Autoren (n = 69, Mehrfachnennungen)

In Zürich hat vor allem die seit Beginn des Untersuchungszeitraumes eingeführte Psychatriepatienten-Statistik verschiedene Studien ermöglicht. Die Versorgungsforschung konzentriert sich fast ausschliesslich auf die universitären Zentren, was nicht erstaunt. Auffallend ist zudem, dass es kaum Multizenterstudien gibt (eine der wenigen Ausnahmen ist eine Publikation aus der Pflegeforschung). Auch dies ein typisches Resultat der deutschsprachigen Versorgungsforschung. Insbesondere gab es demnach praktisch keine Kooperationen von universitären mit nicht-universitären Einrichtungen bis 2003. Hier liegt womöglich ein grosses künftiges Forschungspotential. Derartige Kooperationen könnten nicht nur bezüglich Forschung sinnvoll sein, sondern auch in Bezug auf die dadurch in Gang gebrachten fachlichen Prozesse und in Bezug auf die Integration von praktisch-klinischem sowie theoretisch-methodischem Wissen.

2.4.1.8 Stichprobengrösse

Schliesslich wurde die Stichprobengrösse der patientenbezogenen Studien kategorisiert. Bei den sehr grossen Stichproben mit über 500 Patienten handelt es sich fast durchwegs um Auswertungen der Zürcher Patientenstatistik, respektive der schweizerischen Klinikstatistiken. Bei den anderen Studien überwiegen Stichproben bis 100 Patienten.

	n	%
< 50	7	15
50 - 99	13	26
100 -199	4	8
200-499	7	15
>500	13	26
Nicht zuteilbar	5	10
Total	49	100

Tabelle 9: Stichprobengrösse der Patientenstudien (n = 49)

Die Stichprobengrösse ist natürlich abhängig von der Methode und Fragestellung. Bedenkt man jedoch, dass der Grossteil der Untersuchungen aus deskriptiven Quer- und Längsschnitterhebungen besteht, so sind Stichprobenumfänge kleiner als 100 Patienten in ihrer Aussagekraft je nachdem doch beschränkt. Hier wird der Wert von umfangreichen Patientenstatistiken wie der PSYREC-Statistik oder der - mittlerweile grossteils eingestellten Psychiatrie-Basisdokumentation Basel-Stadt - deutlich. Der Nutzen umfangreicher Stichprobenumfänge bis hin zu Vollerhebungen wurde beispielsweise auch während der Psychiatrieplanung Baselland spürbar, weil damit auch auf rein beschreibender Basis relativ robuste und entsprechend akzeptierte Aussagen gemacht werden können. Solche Erhebungen erfordern aber ein entsprechendes Vorgehen, dies wird weiter unten ausgeführt.

2.4.1.9 Zusammenfassung der quantitativen Kategorisierung

In Anbetracht eines Zeitraumes von 10 Jahren, in Anbetracht der Häufigkeit psychischer Störungen in der Bevölkerung und deren Inanspruchnahme psychiatrischer Angebote und auch in Anbetracht der im internationalen Vergleich gut ausgebauten und differenzierten psychiatrischen Versorgung in der Schweiz wirkt der Aufwand der psychiatrischen Versorgungsforschung mit den gefundenen 69 empirischen Publikationen mit Versorgungs- und Schweizbezug überschaubar. Mit einer derartigen Publikationsmenge lassen sich – wie weiter unten gezeigt – einige wichtige planerische Fragestellungen beantworten. Gleichzeitig bestehen noch erhebliche Wissenslücken. Die jährlich durchschnittlich 7 wissenschaftlichen Publikationen beschäftigen sich vor allem mit der (stationären) Allgemeinpsychiatrie und – angesichts deren Bedeutung – noch zu selten mit alterspsychiatrischen, rehabilitativen und forensischen Fragestellungen.

Dabei wird eine Vielzahl von planungsrelevanten Themen beforscht. Ein Grossteil der Themen wurde jedoch nur ein- bis zweimal beforscht. Dies ergibt den Eindruck einer

fehlenden Systematik. Methodisch stehen Querschnitterhebungen mit deskriptiver Auswertung im Vordergrund, oftmals mit eingeschränkt aussagekräftigen kleineren Stichprobengrößen. Multizenterstudien kommen nicht vor.

In der kürzlich erschienenen erwähnten Übersicht von Claassen und Priebe (2003) zu Publikationen der deutschsprachigen psychiatrischen Versorgungsforschung in der dafür wichtigsten Fachzeitschrift 'Psychiatrische Praxis' wurden für den Zeitraum 1999-2002 205 Publikationen gefunden. Davon stammen immerhin ca. 15 Publikationen aus der Schweiz, inklusive Studien zur Substanzabhängigkeit und Übersichten. In Relation zur Grösse der deutschsprachigen Schweiz ist ein solcher Wert zu erwarten, absolut gesehen ist er ein Hinweis darauf, dass es sich bei der hier recherchierten Literatur nicht bloss um eine künstliche Unterschätzung handelt.

Interessant ist auch, dass ein rechter Teil der gefundenen empirischen Publikationen in nicht gelisteten wissenschaftlichen Zeitschriften veröffentlicht wurde. Hier macht sich ein Mangel an Publikationsmöglichkeiten für Ergebnisse der Versorgungsforschung aus der Schweiz bemerkbar, der die Karriereförderung im Gebiet Public Mental Health in der Schweiz untergräbt. Die wissenschaftliche praxisorientierte Versorgungsforschung gerät so zwischen Stuhl und Bank.

Insgesamt gibt die quantitative Klassifikation der Publikationen Anlass zur Vermutung, dass der Bereich der Versorgungsforschung in der Schweiz noch keinen grossen Stellenwert hat. Auch wenn Psychiatrieplanung sich naturgemäss nie ausschliesslich auf wissenschaftliche Grundlagen stützt, so könnte eine besser ausgebaute Versorgungsforschung die Durchführung von bedarfsgerechten, patientenzentrierten und empirisch abgestützten Versorgungsplanungen doch wesentlich unterstützen.

2.4.2 Exemplarische Beispiele für den Nutzen von Versorgungsforschung

Im Folgenden werden einige empirische Publikationen thematisch kurz zusammenfassend referiert und es werden daraus subjektiv ausgewählte Hinweise für die Versorgungsplanung dargestellt. Es geht hier keineswegs um eine Vollständigkeit der Berichterstattung. Vielmehr soll an Beispielen gezeigt werden, dass aus der Versorgungsforschung nützliche planungsrelevante Hinweise abgeleitet werden können.

Gegliedert wird die Übersicht nach den hauptsächlich inhaltlichen Themen (siehe Tabelle 5) der Publikationen, die wo möglich zusammengefasst werden. Es ist unumgänglich, mit dieser Einteilung einigen Publikationen nicht gerecht zu werden, da sie mehrere Themengebiete berühren. Bei dieser Zusammenfassung werden nur ausgewählte Publikationen mit eigener Datenbasis berücksichtigt. Die schon referierten methodischen Merkmale der Studien werden hier nicht wiederholt.

2.4.2.1 Stationäre Psychiatrie (Akutpsychiatrie, Langzeitpatienten, Suizid, Stigma)

Ein nicht nur menschlich, sondern auch ökonomisch und planerisch wichtiges Thema sind Patienten mit wiederholten vollstationären Hospitalisationen, sogenannte heavy users. Wie man diesen Patienten besser helfen kann und welche Faktoren zur starken Inanspruchnahme vollstationärer Behandlung beitragen, sind deshalb wichtige Fragen.

Bei Patienten der Klinik Bel-Air in Genf wurden die Faktoren untersucht, die mit mehreren Rehospitalisierungen verbunden sind, wobei auf die klinikinterne Patientenstatistik seit 1993 zurückgegriffen werden konnte (Vogel et al., 1997). Jeder fünfte Patient wies mindestens drei Klinikaufenthalte innerhalb eines Jahres auf. Personen mit psychotischen Erkrankungen (Schizophrenie, manisch-depressive Erkrankung) waren dabei übervertreten, vor allem, wenn sie gleichzeitig eine Substanzabhängigkeit aufwiesen, früh erkrankt und sozial schlecht integriert waren. Die Autoren schliessen dabei auf die Bedeutung der Früherkennung und der frühen spezifischen Behandlung dieser vulnerablen Klientel schon im Vorfeld einer Hospitalisation. Der Prädiktor der sozialen Integration zeigt zudem, wie wichtig gerade bei früherkrankten jungen Patienten schnell einsetzende frührehabilitative Massnahmen sind.

Dieselbe Frage nach den Faktoren für wiederholte Klinikaufenthalte wurde in der Psychiatrischen Universitätsklinik in Zürich untersucht, allerdings aus einer ökologischen Perspektive (Rüesch et al., 2000): Die Hospitalisierungsraten wurden mit sozialen Indikatoren der Wohnbevölkerung in Verbindung gebracht, und es zeigten sich bedeutsame Zusammenhänge mit dem Ausländeranteil, dem städtischen Charakter der Wohnregion und der Bevölkerungsdichte. Die (alte) Frage stellt sich dabei nach Ursache und Wirkung, wobei die Autoren es wahrscheinlich finden, dass psychisch Kranke mit geringer sozialer Integration in die Zentren ziehen. Aus individueller Perspektive zeigte sich z.B., dass Arbeitslose ein acht Mal so grosses Ersthospitalisierungsrisiko aufweisen wie Erwerbstätige.

Trotz Bettenreduktion und Dezentralisierung gibt es auch heute noch eine Gruppe von sogenannten 'neuen' Langzeitpatienten, etwa 5% der Patienten sind länger als ein Jahr hospitalisiert. In der Psychiatrischen Universitätsklinik Bern zeigte sich (Jakubasck et al., 1993), dass sich diese von anderen Patienten schon nach vierwöchiger Hospitalisation unterscheiden lassen: Neben einer Schizophreniediagnose und deutlich erhöhter sozialer Desintegration zeigen diese Patienten eine gesteigerte depressive Hoffnungslosigkeit. Auch wenn Hoffnung keine unabhängige Variable ist und Hoffnung allein bei schweren Depressionen noch nicht viel bewirkt, so deutet diese Studie auch darauf hin, wie wichtig es ist, dass Versorgungsmodelle und -strukturen so angelegt sind, dass sie Hoffnung und Perspektive vermitteln können.

Ein eindrückliches Beispiel für den Bedarf nach Behandlung im gewohnten sozialen Umfeld ergab eine Befragung von 75 ehemaligen Patienten der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, die teils vor Jahrzehnten wegen Überfüllung der Klinik in andere, manchmal weit entfernte Vertrags-Kliniken transferiert wurden (Ernst et al., 2003). Je grösser die Distanz

damit zu ihren Angehörigen geworden war, desto nachteiliger und ungerechter empfinden dies die Patienten heute noch - die weit entfernte Verlegung wurde als traumatisch erlebt.

Ein hoffungsvolles Resultat, wenn auch kontrastierend zum subjektiven Erleben der Patienten, zeigte in Bezug auf Klinik-Hospitalisationen eine Untersuchung zur diesbezüglichen Einstellung in der Bevölkerung (Nordt et al., 2003): Die Information, dass eine Person früher psychiatrisch hospitalisiert war, stigmatisiert die Betroffenen nicht zusätzlich. Was früher war, ist anscheinend nicht so gravierend wie das, was aktuell ist. Es geht planerisch also auch in Bezug auf die Stigmatisierung nicht darum, um jeden Preis einen Klinikaufenthalt zu vermeiden.

In eine ähnliche Richtung geht auch eine Studie zur Frage, wie abhängig die Lebensqualität psychisch Kranker mit Schizophrenie vom Ort (stationär versus ambulant) ihrer Behandlung ist (Rössler et al., 1999). Weil ambulant versorgte Patienten bekanntermassen von einer höheren Lebensqualität berichten als Patienten in stationärer Langzeitbehandlung, stellt sich die Frage, ob es die Umgebung an sich ist, die den Unterschied macht. Die Analyse zeigte, dass die Umgebung selbst keinen Unterschied macht, sondern vielmehr das Mass an sozialer Unterstützung durch Familie, Freunde und Helfer sowie die Schwere der Erkrankung.

Hingegen ist der Klinikaustritt eine sensible Behandlungsphase und verdient entsprechende Beachtung. In der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel wurde einige Forschung zum Thema Suizid betrieben, eine Untersuchung davon (Hoffmann-Richter et al., 2002) hat ergeben, dass jeder 5. Suizid im Kanton Basel-Stadt zwischen 1992 und 1995 von Personen begangen wurde, die innerhalb der letzten 10 Jahre psychiatrisch hospitalisiert waren. Ein Viertel dieser Suizide ereignete sich in den ersten 30 Tagen nach der Entlassung, das Suizidrisiko war damit nach Klinikentlassung höher als während des stationären Aufenthaltes. Damit wird die Bedeutung einer kontinuierlichen Behandlung über organisatorische Grenzen hinweg klar.

2.4.2.2 Alterspsychiatrie

Psychisch kranke alte Menschen stellen eine psychiatrisch unterversorgte Bedarfsgruppe dar. Vollerhebungen der Kantonalen Psychiatrischen Dienste Baselland ergaben beispielsweise, dass 40% sämtlicher Alters- und Pflegeheimbewohner unter psychischen Störungen leiden, dass jeder zweite Bewohner Psychopharmaka einnimmt, aber gleichzeitig nur 3% des Pflegepersonals über psychiatrische Berufserfahrung verfügt (Kant. Psych. Dienste BL, 2003). Hier drängen sich planerisch unter anderem eine vermehrte psychiatrische Konsiliar- und Liaisontätigkeit in den Heimen und eine Unterstützung der Spitex auf.

Der Nutzen einer solchen Zusammenarbeit konnte in Bern gezeigt werden (Reubi, 1997): Durch die konsiliarische, supervisorische und weiterbildende Zusammenarbeit der PUK Bern mit einem Alters- und Pflegeheim konnte die Sicherheit und Professionalität der Pflege im Umgang mit alterspsychiatrischen Patienten deutlich verbessert werden.

Ein Grund der Unterversorgung älterer Menschen liegt wohl auch in der (falschen) Meinung, ältere Menschen seien psychotherapeutisch nicht mehr zugänglich. In einer Studie zur Repräsentation älterer Menschen in der klinisch-psychologischen Fachliteratur (Baumann u. Perst, 1999) zeigte sich eine massive Vernachlässigung dieses Altersbereiches: Von 94 Falldarstellungen in Fachzeitschriften 1992-1996 wurde nur ein einziger Fall zum Altersbereich über 60 Jahre publiziert. Dies ist forschungs- und berufspolitisch nicht ohne Konsequenzen, setzt doch eine wirksame Behandlung psychisch kranker alter Menschen spezifisches Wissen voraus. Planerisch kann diesem Nachholbedarf mit der Schaffung alterspsychiatrischer Zentren mit entsprechendem Forschungs- und Ausbildungsauftrag begegnet werden.

Mit dieser Situation steht die Schweiz allerdings nicht alleine da: In einer vergleichenden Länderstudie (Dänemark, Frankreich, Deutschland, Schweden, Schweiz, England) zeigte sich, dass gerontopsychiatrische Lehrstühle nur in England und in der Schweiz bestehen (Bramesfeld, 2003). Hingegen ist Alterspsychiatrie nur in England als eigene Spezialdisziplin anerkannt. Entsprechend fortgeschritten sind dort die Anerkennung der alterspsychiatrischen Versorgung und die entsprechende Forschung.

Analysen der stationären gerontopsychiatrischen Versorgung weisen auf weitere wichtige Punkte hin: Einmal (Christen et al., 1999), dass vor Eintritt kaum jemals Psychiater die vorbehandelnde Instanz gewesen waren (weil es nur wenige Niedergelassene mit gerontopsychiatrischer Spezialisierung gibt) und zum zweiten (Maier, 1995), dass im Anschluss an die Hospitalisation oftmals der Umzug in ein Heim folgt, die Klinik demnach für eine "Ehrenrunde" gebraucht wird, die einigen Patienten bei frühzeitigerer und kooperativerer Planung erspart werden könnte. Dies ist planerisch ein psychiatrisches Früherfassungs- und -interventionsproblem und betrifft besonders auch die Kooperation mit den Hausärzten.

2.4.2.3 Angehörige

In diesem Zusammenhang wurden auch Angehörige von älteren pflegebedürftigen Menschen zu Belastung und Bedürfnissen befragt. Überlastung der Betreuenden (meist selbst ältere Partnerinnen und Partner) führt dazu, dass sie selbst zu versteckten Patienten werden. Bei Angehörigen Dementer zeigte sich, dass je pflegebedürftiger und verhaltensauffälliger diese sind, je grösser die Angst der Angehörigen ist und je geringer die soziale Unterstützung, desto stärker die Belastung (Meier et al., 1999). Beratung der Angehörigen und ausreichende sowie professionell geführte Tagesangebote für Demente wären zur Entlastung notwendig.

Generell werden Angehörige durch die psychische Erkrankung ihrer Nächsten schwer belastet. Eine Untersuchung in der Region Basel, die auch das Erleben der Angehörigen miteinbezog, weist darauf hin, dass nicht nur die Kranken selbst, sondern auch die Angehörigen ähnlichen Erfahrungen von Stigmatisierung ausgesetzt sind (fehlerhaftes

Erziehungsverhalten etc.) und sich genauso wie die Kranken der Aufgabe gegenübersehen, die Tatsache der schweren Erkrankung mit all ihren sozialen und beruflichen Konsequenzen und zerschlagenen Hoffnungen emotional verarbeiten zu müssen. Nicht selten benötigen sie selbst psychiatrische Unterstützung (Baer et al., 2003). Besonders leiden sie auch unter der beruflichen Desintegration und oftmals beruflicher Perspektivlosigkeit ihrer Nächsten. In Versorgungsüberlegungen - und auch bezüglich gesetzlicher Regelungen von Zwangsmassnahmen - werden sie allerdings noch zu selten systematisch einbezogen.

2.4.2.4 Arbeits- und Wohnrehabilitation

Die berufliche Situation psychisch kranker Menschen ist ein sehr aktuelles Thema, nicht zuletzt wegen der massiven Zunahme psychiatrisch bedingter Frühberentungen. Die Erwerbslosigkeit hat darüber hinaus - und das ist ein unterschätzter Umstand in der Gesundheitsplanung - einen starken unabhängigen Effekt auf die psychische Verfassung und Genesung.

Anhand von Daten der stationären Psychiatriepatientenstatistik konnte sowohl für die PUK Zürich (Meyer et al., 1998) wie auch für die Psychiatrische Klinik Baselland (Kant. Psych. Dienste BL, 2003) gezeigt werden, dass Erwerbstätigkeit bei Patienten mit einer besseren Genesung und deutlich kürzeren Hospitalisationsdauern verbunden ist - unabhängig von der Schwere der Erkrankung. Dies zeigt, wie wichtig es wäre, der beruflichen Rehabilitation vermehrte Beachtung in der Forschung zu schenken. Die Untersuchung in Zürich weist zudem darauf hin, dass Aufenthaltsdauer und Besserung zusammenhängen. Eine längere Aufenthaltsdauer ist mit einer stärkeren Zustandsverbesserung verbunden. Die weitere Verkürzung der Aufenthaltsdauern in Kliniken hat demnach Konsequenzen und sollte nicht ohne Ausbau der entsprechenden Rehabilitation geschehen.

Arbeitsrehabilitation bedeutet heute noch meist die Beschäftigung in geschützten Werkstätten. In einer Studie zur Beschäftigungslage von Schizophrenie- und Affektkranken in zwei Zürcher Kliniken (Rüesch et al., 2002) zeigte sich, dass vor allem bei früherkranken männlichen Schizophrenen mit wiederholten Hospitalisierungen kaum Alternativen zur geschützten Werkstatt bestehen, da es kaum geschützte und betreute Arbeitsplätze im allgemeinen Arbeitsmarkt gibt. Vielen psychisch Kranken bleibt damit nur die Wahl zwischen gänzlicher Integration (gleich Überforderung) oder Desintegration (gleich Perspektivlosigkeit).

Ebenfalls in Zürich wurden Patienten untersucht, die ihre Beschäftigung in einer niederschweligen Werkstatt nach kurzer Zeit abgebrochen haben (Modestin u. Lieb, 2002). Der Abbruch in der Werkstatt war nicht mit einem weiteren Rehabilitationsschritt andernorts verbunden, sondern mit einer beschäftigungslosen Situation zu Hause. Diese Abbrecher verfügten über eine durchschnittlich höhere Schulbildung und litten vor allem an

Persönlichkeitsstörungen - beides sind typische Merkmale von Bedarfsgruppen, die in der Rehabilitation kaum Angebote finden.

Die Hauptprobleme der Arbeitsrehabilitation liegen in ihrer oftmals sehr unspezifischen Ausgestaltung und in der Absonderung von der Psychiatrie - beides senkt deren Wirksamkeit. Die wenigen Berufsförderungskurse stellen in der Schweiz relativ spezifische, auf psychisch Kranke ausgerichtete Rehabilitationsprogramme dar. In Basel wurden sämtliche Absolventen des Kurses 1986-1996 zum weiteren Verlauf und zu den Erfolgsprädiktoren untersucht (Baer, 2002). Dabei zeigte sich einerseits, dass über 30% ein Jahr nach Kursende erwerbstätig waren, was darauf hinweist, dass berufliche Rehabilitation auch bei psychisch Kranken erfolgreich sein kann. Zweitens zeigte sich, dass abgesehen von der allgemein wichtigen Stabilität und der Sozialkompetenz die Erfolgsprädiktoren je nach Störung der Klienten unterschiedlich waren. Das ist ein ganz wesentliches Resultat, weil es zeigt, dass Menschen mit unterschiedlichen Diagnosen nicht einfach durch den Übertritt in die Rehabilitation zu unspezifisch 'Behinderten' werden, sondern auch in der Rehabilitation auf ihre Krankheit zugeschnittene Massnahmen benötigen - und damit auch auf interdisziplinäres Wissen angewiesen sind.

Eine Untersuchung zum Berufsförderungskurs in Zürich bestätigte die Resultate zur Wirksamkeit und konnte zudem zeigen, dass der Erfolg auch von einer existierenden Nachbetreuung abhängt (Condrau et al., 2001). Gerade diese prinzipiell unbefristete Nachbetreuung fehlt bei nahezu allen Programmen in der Eingliederung.

Einige Studien zur Arbeitsrehabilitation und zu den prognostisch relevanten Faktoren für die Wiedereingliederung stammen aus Bern. Studien (Hoffmann u. Kupper, 2003; Hoffmann et al., 2000) zum gut beforschten Berner PASS-Programm fanden, dass diejenigen Teilnehmenden beruflich erfolgreich sind, die in der Abklärungsphase ein gutes Arbeitsverhalten zeigten, über soziale Kompetenzen verfügten und keine resignativen Bewältigungsstrategien aufwiesen. Auch hier zeigt sich wieder, wie zentral die Entwicklung von Angeboten und Rahmenbedingungen ist, die in der Lage sind, Zuversicht und Selbstvertrauen zu fördern. Dass die Sozialkompetenz auch hier ein prädiktiver Faktor für den Eingliederungserfolg ist, erinnert zudem an die kontraproduktive gesetzliche Trennung von beruflichen Massnahmen und therapeutischen Programmen - mit ein Grund für die mangelnde Wirksamkeit von Eingliederungsmassnahmen bei psychisch Kranken (Buri, 2000).

Ein rehabilitatives Gebiet, das kaum beforscht ist, ist die Wohnrehabilitation. In Baselland wurden rund 600 ambulante und stationäre Patienten und Betreuer nach den Wohnbedürfnissen befragt (Messerli-Rohrbach et al., 1997). Dabei resultierte bei den Patienten neben einer allgemeinen, teils resignativen Zufriedenheit, ein deutlich vorherrschender Wunsch nach unabhängigen Wohnformen, und auf der anderen Seite eine relativ skeptische Einschätzung dieser Autonomiewünsche durch die Betreuer, die vor allem auch die Gefahr der Vereinsamung und Verwahrlosung sehen. Diese Diskrepanz ist nicht zuletzt ein gutes Beispiel für die Frage, was 'bedarfsgerecht' effektiv bedeutet. Darüber

hinaus macht die Untersuchung aufmerksam darauf, dass betreute autonome Wohnformen fehlen (supported housing).

2.4.2.5 Migration

Obwohl Migration immer auch eine Leistung und damit mit psychischen Ressourcen verbunden ist, weisen Migranten einen gegenüber Schweizern reduzierten psychischen Gesundheitszustand auf. Wie nutzen Migranten die Psychiatrie? Aus dem Tessin stammt eine Untersuchung (Testa Mader et al., 2002), in der die jährliche Rate Ersthospitalisierungen für Schweizer, Italiener, Spanier, Ex-Jugoslawier und 'anderen' Migranten in drei Schweizer Regionen berechnet wurde. Dabei stellten sich drei Gruppen heraus: Italiener und Spanier hatten die niedrigsten Raten ('healthy migrant effect'), die 'anderen' Nationalitäten (mit erhöhten Integrationsproblemen und vermehrt traumatischen Erfahrungen) die höchsten und die Schweizer lagen in der Mitte.

Dies wird durch Daten der Psychiatrieplanung Baselland bestätigt (Kant. Psych. Dienste, 2003), die für Spanier und Italiener auch deutlich kürzeren Aufenthaltsdauern erhob als für Schweizer, die wiederum kürzer hospitalisiert waren als Patienten aus Ex-Jugoslawien und der Türkei. Ein Grundproblem liegt dabei darin, dass es in der Schweiz für verschiedene Nationalitäten nur wenige Möglichkeiten gibt, in der eigenen Sprache und mit der nötigen kulturellen Kompetenz beraten und psychiatrisch behandelt zu werden, was mit ein Grund für späte Inanspruchnahme von Behandlung sowie verlängerte Hospitalisierungen sein mag.

In einer Studie aus Genf wurde diesbezüglich die Verfügbarkeit und der Einsatz von Dolmetschern in psychiatrischen Diensten in der Schweiz untersucht (Eytan et al., 1999). 94% der psychiatrischen Dienste berichteten von Problemen in der Kommunikation mit Fremdsprachigen, wobei bei folgenden Sprachen besonderer Bedarf herrscht: Albanisch, Serbokroatisch, Türkisch, Tamilisch und Russisch. 30% der Dienste benutzen nie geschulte und bezahlte Dolmetscher.

In Lausanne wurden ausländische Patienten der psychiatrischen Universitätspoliklinik in Bezug auf ihre Herkunft und ihre Probleme erhoben (Besson, 1995). Auffallend war, dass Anpassungsstörungen bei nicht-Westeuropäern stark übervertreten, Suchtstörungen stark untervertreten waren und dass Angststörungen kaum vorkamen. Hier stellt sich die Frage, ob Angststörungen und posttraumatische Belastungsstörungen, denen viele Migranten beispielsweise aus Afrika ausgesetzt sind, gerade in der allgemeinärztlichen Versorgung zu wenig erkannt, und diese Patienten deshalb nicht psychiatrisch zugewiesen werden.

In Basel wurden ebenfalls in der Psychiatrischen Universitätspoliklinik Migranten aus der Türkei der ersten Einwanderergeneration untersucht und mit Studien aus der Türkei verglichen (Yilmaz, 1997). Gerade umgekehrt wie in der psychiatrischen Poliklinik in Ankara sind die Patienten in Basel vor allem männlich und verfügen mehrheitlich über ungenügende Schulbildung. Allerdings werden in der Psychiatrischen Kriseninterventionsstation am selben

Ort in Basel vor allem türkische Frauen aufgenommen (was in der Türkei wiederum nicht der Fall ist). Türkische Frauen kennen demnach entweder die psychiatrischen Hilfsangebote in der Schweiz nicht oder ihre psychischen Probleme werden nicht anerkannt bis es zu einer Dekompensation kommt. Dem - und auch der ungenügenden Bildung – könnte die Versorgung vermehrt mit präventiven Massnahmen begegnen.

2.4.2.6 Niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten

Der grösste Teil der Menschen mit psychischen Störungen wird in privaten Praxen von ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten behandelt. Eine Untersuchung der Schweizer Charta für Psychotherapie ergab, dass im Jahr 2001 von den rund 5'000 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Schweiz rund 4.6 Millionen Psychotherapiestunden geleistet wurden, die Hälfte davon von ärztlichen Psychotherapeuten (Schweizer et al., 2002). Eine überwiegende Mehrheit verfügt über Weiter- und Fortbildung in verschiedenen Methoden, weshalb die Anerkennung spezifischer Methoden als Kriterium für die Aufnahme in den Leistungskatalog der Krankenkassen kritisiert wird. Weitere aktuelle Publikationen zur psychotherapeutischen Versorgung und zur Frage der Anerkennung der psychologischen Psychotherapie finden sich bei Beeler et al. (2003) sowie bei Mattanza et al. (2002).

Eine andere Studie (Hutzli u. Schneeberger, 1996) hat 1995 hochgerechnet, dass bei den 3'700 erfassten Psychiatern, Assistenzärzten und übrigen Absolventen von Psychotherapieausbildungen maximal 65'000 bis 85'000 Klienten in Behandlung waren. Im Vergleich zum epidemiologischen Bedarf nach Psychotherapie (minimal 260'000 Personen pro Jahr) muss man von einer Unterversorgung ausgehen. In der Psychotherapie unterrepräsentiert sind zudem Arbeitslose, IV-Rentner und Patienten über 65 Jahre. Die Finanzierungspraxis verstärkt die sozialen Ungleichheiten in der Inanspruchnahme von Psychotherapie.

Eine weitere umfangreiche Untersuchung über Arbeitsweise und fachliche Orientierung der etwa 2'300 Psychiater in der Schweiz 1994 stammt aus Genf (Guimon et al., 1998). 90% der Schweizer Psychiater verbinden Psychotherapie mit Psychopharmakamedikation, 80% arbeiten mit einem analytisch orientierten Psychotherapiemodell. Die Kombination von Biologie und Psychoanalyse ist kennzeichnend für die Schweizer Psychiatrie. Kennzeichnend ist zudem auch eine klarere Trennung zwischen dem öffentlichen und dem privaten Sektor: Je ein Drittel der Psychiater arbeitet im privaten und im öffentlichen Sektor, und nur ein Drittel in beiden Sektoren. Dies stellt besondere Anforderungen, wenn Private in Planungsaktivitäten einbezogen werden sollen. Besonders interessant und praktisch relevant sind die fachlichen Interessen der häufig analytisch orientierten Psychiater: Diese liegen in erster Linie in der Psychoanalyse selbst, sowie in der Psychopathologie, Psychosomatik und Entwicklungspsychologie. Kaum Interesse wird angegeben für beispielsweise Forschungsmethoden, Epidemiologie, Verhaltenstherapie und Rehabilitation - was sich auch

darin zeigt, dass kaum nicht-analytische Zeitschriften regelmässig gelesen werden. Damit fehlen zum einen in vielen Bereichen die entsprechenden Ressourcen - nicht zuletzt wiederum auch in der Rehabilitation - und zum anderen werden neue Versorgungsmodelle und -entwicklungen nur verzögert rezipiert.

Ebenfalls aus Genf stammt eine Untersuchung über Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Patienten in der privaten Praxis und öffentlichen Diensten (Aubert et al., 1993; Fischer et al., 1993; Petite et al., 1993): Es wird bestätigt, dass in den privaten Praxen Arbeitslose und Rentner viel weniger präsent sind als in den öffentlichen psychiatrischen Diensten, aber immer noch mehr als in der Allgemeinbevölkerung. Generell ist die soziale und berufliche Integration der Privatpatienten deutlich besser als diejenige der Patienten öffentlicher Dienste, ebenso sind die schweren und chronischen Zustandsbilder im öffentlichen Sektor häufiger. Ein weiteres wichtiges Resultat zeigte sich in der Analyse der Zugangswege der Patienten: Abgesehen von den zuweisenden Hausärzten rekrutieren die privaten und öffentlichen Sektoren ihre Patienten fast ausschliesslich aus dem eigenen Sektor heraus - konkret, es gibt weniger als 10% Austausch zwischen der privaten und öffentlichen Versorgung. Dies ist ein Versorgungsproblem. Hier sind neue Kooperationsformen gefragt, um auch bisher privat unterversorgte Patienten (alte Menschen, chronisch Kranke etc.) vermehrt behandeln zu können.

2.4.2.7 Zwangsmassnahmen und öffentliche Einstellung

Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie - Zwangseinweisungen und Zwangsbehandlungen - sind ein seit langem umstrittenes Thema, das bis zu einem gewissen Grad auch die öffentliche Wahrnehmung der Psychiatrie immer noch mitbestimmt.

Anhand der PSYREC-Statistik des Kantons Zürich wurde untersucht (Frick et al., 2003), wie oft welche Patienten unfreiwillig hospitalisiert werden und mit welchem Ergebnis. Die - über die Jahre gleichbleibende - Quote von 28% unfreiwilliger Hospitalisierungen ist im internationalen Vergleich relativ hoch, wobei diese Quoten stark von gesetzlichen Gegebenheiten abhängen. Unfreiwillig aufgenommene Patienten erhalten in der Klinik nicht häufiger Psychopharmaka als freiwillig Eingetretene, hingegen abgesehen von Krisenintervention weniger therapeutische Angebote - trotzdem ist bei ihnen gleichviel Behandlungserfolg (Zustandsverbesserung) zu verzeichnen wie bei freiwillig Eingetretenen. Solche Studien tragen zur Versachlichung der kontroversen Diskussion bei und es wäre sinnvoll, noch mehr über die Risikofaktoren für Zwangsmassnahmen zu wissen. Gleichzeitig kann auch darauf hingewiesen werden, dass heute Versorgungsmodelle bestehen wie beispielsweise Akuttageskliniken oder die Patienten intensiv zu Hause aufsuchende mobile Equipen, die zumindest einen Teil dieser Hospitalisierungen im Vorfeld auffangen könnten (Brenner et al., 2003).

Im Vergleich zu dieser Querschnitterhebung kam eine Verlaufsstudie aus Genf (Andreoli et al., 1993) bei der Evaluation des Verlaufes bis 2 Jahre nach Hospitalisierung zum Schluss, dass es sich bei den unfreiwillig Hospitalisierten um Patienten handelte, die zwar gut auf die stationäre Krisenintervention ansprachen, aber im Langzeitverlauf wegen ihrer vergleichsweise schwereren Erkrankung ein sehr schlechtes Outcome aufwiesen mit deutlich höheren Rückfall-, Suizid- und Rehospitalisierungsraten. Auf längere Sicht fehlte demnach die nötige und wirksame Betreuung. Dies zeigt die Notwendigkeit langfristiger und aufsuchender Betreuung nach Klinikaustritt bei Schwerkranken, das sind Versorgungsmodelle, die in der Schweiz noch zu wenig entwickelt (Brenner et al., 2000; Rössler u. Riecher-Rössler, 2001), aber manchenorts in Erprobung sind (Bonsack et al., 2002; Conus u. Bonsack, 2001).

Wichtige Hinweise zu Zwangsmassnahmen stammen weiter aus der Pflegeforschung (Needham et al., 2002). Eine Befragung der Stationsleitungen von über 80 psychiatrischen Akutstationen in der Deutschschweiz zu Zwangsmassnahmen und -einrichtungen zeigte, dass jeweils rund 80% der Stationen Zwangsinjektionen, Isolationen und Fixationen durchführen. Es zeigten sich zwischen den Akutstationen grosse Unterschiede und ein Bedarf bezüglich räumlichen Isolierungsmöglichkeiten sowie Training, Richtlinien und Reporting im Aggressions- und Zwangsmanagement.

Die Balance von Sicherheit, Patientenrechten und Würde zu finden ist eine anspruchsvolle Aufgabe. Dies umso mehr als das Personal auf Akutstationen doch auch selbst erheblicher verbaler und physischer Gewalt seitens der Patienten ausgesetzt ist (Ferrero u. Kasion, 1995).

2.4.2.8 Die Perspektive der Patienten

Mit dem Konzept der 'Lebensqualität' ist eine verstärkte Fokussierung der subjektiven Patientensicht verbunden, da objektiv messbare äussere Variablen die Erfahrung von mehr oder weniger Lebensqualität nur schlecht erklären können. Obwohl in der Psychiatrie die subjektive Patientensicht von jeher für die Behandlung wichtig war, ist Lebensqualität als Forschungsthema von der Psychiatrie erst sehr viel später als in anderen medizinischen Disziplinen aufgenommen worden.

Eine Untersuchung chronisch kranker ambulanter Patienten und ihrer Therapeuten in Zürich zur Zufriedenheit der Patienten mit ihrer psychosozialen Situation zeigte, dass sich Therapeuten- und Patientensicht deutlich voneinander unterscheiden (Eichenberger u. Rössler, 2000). Die Analysen weisen darauf hin, dass Therapeuten das Erleben ihrer Patienten besser nachvollziehen können, das heisst, zu ähnlicheren Einschätzungen kommen können, wenn sie die Freizeitaktivitäten der Patienten als wichtiger einschätzen und die Compliance, Psychopathologie und das Suchtverhalten weniger gewichten. Das bedeutet nicht, dass die Einschätzung der Therapeuten falsch ist, sondern es ist wichtig zu wissen, dass Patienten und Therapeuten nicht dieselbe Perspektive haben.

Eine umfangreiche qualitative Studie zur Lebensqualität meist chronisch psychisch Kranker in der Region Basel bestätigt dies (Baer et al., 2003). Nicht in erster Linie der Grad an äusserlich erreichter Autonomie oder materiellen Umständen ist per se entscheidend für die empfundene Lebensqualität, sondern zuversichtliche und ermutigende professionelle Beziehungen, die das Selbstwertgefühl steigern, das Leiden ernst nehmen und helfen, die Krankheitserfahrung zu verarbeiten, und so für weitere rehabilitative Schritte motivieren. Lebensqualität ist weniger etwas, was man hat, sondern zu einem grossen Teil Zufriedenheit mit sich selbst. Dies gibt planerisch den Hinweis, dass die tragende professionelle Beziehung auch organisatorisch über längere Zeiträume hinweg vorgehalten werden sollte und dass behandelnde und rehabilitative Konzepte und Rahmenbedingungen so geschaffen sein sollten, dass sie Mut machen, Perspektive geben und das Versagensrisiko minimieren.

2.4.2.9 Epidemiologie

Schliesslich soll die Basis von Versorgungsplanung - die epidemiologische Forschung - wenigstens kurz erwähnt werden; die entsprechenden Untersuchungen aus der Schweiz sind in einer Übersicht detailliert beschrieben (Ajdacic-Gross u. Graf, 2003).

Die Epidemiologie zeigt übereinstimmend seit Jahrzehnten, dass psychische Erkrankungen häufig sind. Jährlich erkranken 20 bis 25% der Bevölkerung an einer kürzer oder länger dauernden klar definierten psychischen Störung unterschiedlichen Grades.

Befindlichkeitsstörungen sind dabei nicht eingerechnet, wenn sie bestimmte Kriterien nicht erfüllen. Die Epidemiologie zeigt auch, dass nur ein geringer Teil deswegen die psychiatrische Versorgung in Anspruch nimmt. Effektiv psychiatrisch behandlungsbedürftig wären jährlich grob 5-10% der Bevölkerung.

Vor diesem Hintergrund muss man auch die steigenden Inanspruchnahmeziffern sehen: Angesichts der Epidemiologie kann man nicht in erster Linie davon ausgehen, dass die Gesellschaft real kränker wird, sondern dass psychisch Erkrankte heute eher professionelle Hilfe in Anspruch nehmen (können).

Eine Bestätigung dieser Grössenordnungen liefern auch verschiedene Erhebungen im Rahmen der Psychiatrieplanung Baselland (Kant. Psych. Dienste BL, 2003): Eine Untersuchung in den Medizinischen Kliniken der Kantonsspitäler Liestal und Bruderholz ergab bei einer umfangreichen Stichprobe, dass die Spitalärzte bei 23% der Patienten eine behandlungsrelevante psychische Störung wahrnehmen. Eine Untersuchung bei Hausarztpraxen des Kantons Baselland ergab, dass Hausärzte eine solche behandlungsrelevante psychische Störung bei 20% ihrer Patienten sehen. Nimmt man bei beiden Untersuchungen noch diejenigen psychischen Probleme hinzu, die wahrgenommen aber nicht für behandlungsrelevant bewertet wurden, liegen die Prävalenzen bei Spitälern und Praxen bei über 30%.

Dies sind die basalen Daten für Versorgungsplanung, die die Forschung bereithält. Wie man gesundheitsplanerisch damit umgeht, ist dann natürlich auch von normativen Prozessen abhängig.

2.4.2.10 Zusammenfassung

Die Darstellung zeigt, wie vielfältig und praxisrelevant die Versorgungsforschung inhaltlich sein kann. Eine bedarfsgerechte, patientenzentrierte Versorgung kann mit derartigen wissenschaftlichen Informationen besser geplant werden.

Dass derartige wissenschaftliche Informationen auch direkt in die Planung der psychiatrischen Versorgung einfließen können, zeigt die Psychiatrieplanung des Kantons Baselland (1999-2003) exemplarisch auf: Da beispielsweise im Bereich der psychiatrischen Rehabilitation kaum Daten vorhanden waren, entschloss man sich, eigene Evaluationen durchzuführen, um die Situation der chronisch psychisch Kranken zu analysieren. Dabei zeigte sich, dass die behinderten Klienten in den rehabilitativen Einrichtungen ein sozial stark desintegriertes Leben führen und den Wunsch nach mehr Normalität hätten, was ihnen in der Hälfte der Fälle von den Betreuenden auch konkret und sofort zugetraut würde. Dennoch werden diese Autonomieschritte aus Angst, mangelndem Selbstvertrauen und Vorsichtdenken der Betreuenden („noch zu früh“, „nicht stabil genug“) nicht vollzogen. Das klare empiriebasierte Bild einer fachlichen und versorgerischen Stagnation in der Rehabilitation führte dazu, dass die Politik im Anschluss an die Planung als erste Massnahme überhaupt den Auftrag gegeben hat, eine Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation im Kanton Baselland aufzubauen. Dies mag zeigen, dass Evaluationen, die aus den Fragestellungen aus der Praxis heraus entstehen, durchaus nachhaltige Effekte haben können.

Es bleibt als vorläufiges Fazit vor der Konsultation der Experten, dass es eine quantitativ nicht sehr umfangreiche Versorgungsforschung in der Schweiz gibt, dass diese aber dort, wo sie betrieben wird, auf einem inhaltlich anspruchsvollen und praxisrelevanten Niveau stattfindet, neue Erkenntnisse generiert und Planungsprozesse beeinflussen kann.

2.4.3 Bewertung des Forschungsstandes durch Experten

Der Befragung von universitären Fachvertretern der Erwachsenenpsychiatrie aus Basel, Bern, Genf, Lausanne und Zürich sowie des Präsidenten der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärzte, mit denen vor der Ergänzung der Literatur-Liste gesprochen wurde, lagen folgende Fragen zugrunde:

- Welche versorgungsrelevanten Arbeiten aus dem eigenen wissenschaftlichen Umfeld sind vorhanden?
- Wie wird der Forschungsstand in Bezug auf Versorgungsplanung bewertet, welche Lücken werden gesehen

- Welche künftigen Perspektiven und thematischen Forschungsschwerpunkte werden gesehen, respektive für die Schweiz als notwendig erachtet?

Da die Experten zu ihrem eigenen Forschungsgebiet befragt wurden, handelt es sich hier um eine Selbstbeurteilung mit all ihren inhärenten Vor- und Nachteilen. Der Vorteil einer Selbstbeurteilung liegt primär darin, dass kein externer Experte so genau über den Gegenstand Bescheid wüsste. Nachteile einer Selbstbeurteilung liegen u.a. darin, dass die Experten in die Lage gebracht werden, über den Bedarf in ihrem eigenen Interessengebiet urteilen zu müssen. Dennoch lassen sich in den Auskünften der Experten viele Übereinstimmungen feststellen, die im Übrigen auch mit der Beurteilung des Präsidenten der Vereinigung Schweizerischer Chefärzte einhergehen.

Den Hinweisen der Experten zu weiteren versorgungsbezogenen Publikationen wurde nachgegangen, und sie wurden wo möglich den Einschlusskriterien entsprechend hinzugefügt. Die Expertengespräche wiesen darauf hin, dass die Liste der elektronischen Recherche nicht vollständig war, dass aber das generelle Bild, das die Publikationsliste vermittelt, zutreffend ist. Bei der überarbeiteten Liste, die nun diesem Bericht zugrundeliegt, kann man davon ausgehen, dass sie thematisch sowie in der Grössenordnung ein repräsentatives Bild des allgemein zugänglichen Forschungsstandes vermittelt.

Die Experten erwähnen jedoch, dass es einige evaluative Aktivitäten gibt, die hier nicht sichtbar werden (graue Literatur), insbesondere werden im Rahmen von lokalen umgrenzten Planungsaufträgen immer wieder Daten (zur Inanspruchnahme etc.) erhoben und in verwaltungsinternen Berichten publiziert. Weiter gibt es womöglich vereinzelt Lizentiatsarbeiten oder Dissertationen (vor allem zu einzelnen Einrichtungen), die ebenfalls nicht auftauchen.

Teilweise mangelt es nicht nur an Daten, sondern an den Ressourcen und am Auftrag, diese mit qualitativ hochstehenden Methoden auszuwerten. Zudem existieren viele Daten, die administrativ erhoben wurden, denen aber die nötige Qualität fehlt und die auf die Bedürfnisse des Finanzcontrollings zugeschnitten sind, und so für Versorgungsforschung nur sehr beschränkt brauchbar sind.

Hinzu kommt als Problem, dass teilweise jede Verwaltung - im Beispiel der vier Psychiatriesektoren des Kantons Waadt bis vor kurzem gar jeder Sektor - eigene Daten erhebt. Es fehlt an gemeinsam und systematisch ausgearbeiteten Fragestellungen und koordinierten Erhebungen.

Im Folgenden werden die Auskünfte zu Stand, Problemen und Perspektiven der Versorgungsforschung zusammengefasst.

2.4.3.1 Stand und Probleme der Versorgungsforschung in der Schweiz aus der Sicht der Psychiatrie-Experten

Zum Stand und zu den Problemen der Versorgungsforschung 1993-2003 in der Schweiz bestehen - auch in Anbetracht einzelner hier nicht berücksichtigter Publikationen – geben die befragten Psychiatrie-Experten die folgenden Einschätzungen ab:

1) Es gibt quantitativ viel zu wenig psychiatrische Versorgungsforschung:

Die Experten sind einhellig der Ansicht, dass deutlich zu wenig versorgungsbezogen geforscht wird. Einmal wird formuliert, dass die psychiatrische Versorgungsforschung in der Schweiz heute eigentlich erst am Anfang steht. Im Vergleich zur klinischen und vor allem zur biologischen Forschung in der Psychiatrie ist der Ausbau der Versorgungsforschung sehr gering. Dies gilt unter anderem im Vergleich mit Deutschland oder vor allem mit England, wo Modell- und Versorgungsforschung generell einen erheblich höheren Stellenwert besitzt und systematisch gefördert wird. Die dort vorhandenen Forschungsergebnisse kann man aber aus geografischen und Gründen unterschiedlicher Rahmenbedingungen nicht a priori für die Schweiz übernehmen.

Bereiche, in denen ein Bedarf nach weiteren wissenschaftlichen Informationen besteht, liessen sich sehr viele nennen. Dabei handelt es sich nicht um definierte Einzellücken, die bestehen, sondern um einen allgemeinen Mangel an Forschung.

2) Versorgungsforschung wäre dringend notwendig:

Auch wenn heute nicht für jede Fragestellung eigene Untersuchungen aus der Schweiz notwendig sind, da gewisse Interventionen oder Versorgungsmodelle wissenschaftlich so breit abgesichert sind, dass es eher darum geht, sie in der Schweiz nun auch zu implementieren, so besteht doch in vielen Bereichen zu wenig Wissen, um bedarfsorientierte Versorgungsplanung zu betreiben.

Solange beispielsweise das Ausmass der behinderungsbedingten Einschränkungen psychisch Kranker nicht bekannt ist, bleibt die Bedarfsplanung in der Rehabilitation eine Planung des Bedarfs der Institutionen. Der effektive Bedarf verschiedener Patientengruppen ist nicht bekannt, weder quantitativ, wieviele Menschen Leistungen benötigen, noch qualitativ, welche Art von Unterstützung benötigt wird. Wenn die Patientensicht, das Erleben der Patienten noch wenig bekannt ist, weiss man nicht, warum Patienten gewisse Angebote nicht nutzen. Für rehabilitative Frühintervention sollte man die Verläufe kennen, die zu einer Berentung führen und die typischen Anzeichen beginnender Problematiken. Wenn man Frühberentungen verringern will, dann sollte man zudem auch die Situation und den genauen Unterstützungsbedarf von Migranten besser verstehen etc.

Versorgungsforschung ist effektiv, weil Planungen und Reorganisationen, die nicht auf gesichertem Wissen basieren, eventuell am Bedarf vorbeiplanen und so mit hohen Folgekosten verbunden sein können. Zudem gibt es Patientengruppen und Problemstellungen, die mit enormen Kosten verbunden sind, beispielsweise Patienten mit schizophrenen Erkrankungen, die rund 1-2% der Gesundheitskosten binden, oder frühberentete Patienten und Arbeitnehmer, die wegen psychischer Probleme arbeitsabsent oder krankgeschrieben sind. Vermehrtes Wissen und damit zusammenhängend Aufbau und Weiterentwicklung wirksamer Interventionen ist auch aus ökonomischen Gründen wünschbar.

Angesichts der in der Schweiz aufwendig ausgebauten Versorgung und der vorhandenen Mittel, die in vor allem stationäre Einrichtungen fliessen, werden sehr wenig Mittel eingesetzt für die Verbesserung der Versorgungsqualität und –wirksamkeit im Sinne fachlicher Qualitätssicherung, und für die Erprobung neuer wirksamer Modelle. Die geringe Anzahl von Tageskliniken oder, die Patienten zu Hause aufsuchenden, mobilen Equipen oder auch das Behindertenwesen in der Schweiz sind Beispiele für eine zwar gut ausgebaute, aber statische und wenig effiziente Versorgung mit kostenintensiven Einrichtungen, die dem Bedarf der Patienten nach Integration konzeptionell oft widersprechen. Vermehrte Modellforschung könnte hier die Wirksamkeit neuer Versorgungsmodelle unter Schweizer Gegebenheiten untersuchen.

3) Die nötige fachliche Expertise für Versorgungsforschung wäre vorhanden:

Der Grund für die mangelnde Versorgungsforschung liegt nicht im fehlenden wissenschaftlichen Know-how. Im Gegenteil sind einige Lehrstühle in der Psychiatrie durch ausgewiesene und international bekannte Experten für Versorgungsforschung besetzt und zeigen sämtliche Befragten explizit ein sehr grosses Interesse an Versorgungsforschung. Schliesslich gibt es heute genügend Forscher in der Schweiz, die an Themen der psychiatrischen Versorgung interessiert sind.

4) Es gibt zu wenig finanzielle Mittel für psychiatrische Versorgungsforschung:

Ein Hauptproblem der psychiatrischen Versorgungsforschung in der Schweiz liegt nach Ansicht der befragten Psychiatrie-Experten in den dafür fehlenden finanziellen Mitteln.

Die bestehenden Mittel werden ungleich und zu Ungunsten der psychiatrischen, insbesondere der Versorgungsforschung verteilt. Die Forschung in der biologischen Psychiatrie, beispielsweise in der Alzheimerforschung, profitiert hier nicht nur von Mitteln der pharmazeutischen Industrie, sondern auch – weil es sich um Grundlagenforschung handelt – von der Unterstützung durch den Schweizerischen Nationalfonds. Der Nationalfonds finanziert nur wenig klinisch-psychiatrische Forschung und noch viel weniger Versorgungsforschung. Die befragten Psychiatrie-Experten beurteilen diesbezüglich auch die Politik des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) kritisch, das in erster Linie Suchtforschung

oder auch aufwendige Präventionskampagnen finanziell erheblich unterstützt habe, hingegen kaum psychiatrische Forschung.

Zudem fehlen Finanzierungsmöglichkeiten wie es sie beispielsweise in Deutschland gibt, wo Krankenkassen Modellprogramme finanzieren. Die Kantone wiederum investieren kaum in Forschung. Der Public Health Bereich und die Institute für Sozial- und Präventivmedizin, die eher einer somatischen Tradition entstammen, zeigen wenig Interesse für psychiatrische Fragestellungen. Versorgungsforschung ist angewandte Forschung und hat damit schliesslich auch aus universitärer Sicht weniger Bedeutung als Grundlagenforschung.

Die mangelnde (systematische) finanzielle Unterstützung beeinflusst auch die nachfolgend genannten Punkte.

5) Es gibt keine eigentliche Forschungsförderung und zu wenig Unterstützung des Forschungsnachwuchses:

Damit fehlt auch eine systematische Forschungsförderung. Ohne beispielsweise eine Schwerpunktsetzung Psychiatrie oder gar einen Schwerpunkt psychiatrische Versorgungsforschung beim Schweizerischen Nationalfonds ist es lediglich möglich, Einzelprojekte zu finanzieren. So ist es nicht einfach, den eigenen wissenschaftlichen Nachwuchs gezielt zu fördern. Dazu ist auch zu sagen, dass die teils fehlende Unterstützung des Nachwuchses auch damit zusammenhängt, dass dieser oft in die, im Zentrum stehende, klinische Arbeit eingebunden ist, und dass die Möglichkeiten für Forschung vergleichsweise gering sind.

Ohne gezielte Unterstützung und beispielsweise auch die Ermöglichung von wissenschaftlichen Aufenthalten im Ausland etc. ist die wissenschaftliche Karriere erschwert. Zudem ist es schwierig, mit praxisbezogener Versorgungsforschung aus der Schweiz in einer englischsprachigen wissenschaftlichen Zeitschrift mit hohem Impact-Faktor zu publizieren. Wenn Versorgungsforschung in der Schweiz systematisch gefördert würde, wären einerseits vermehrt Studien möglich, die man gut publizieren kann, und andererseits könnte damit dem negativen Effekten dieser Publikationsdynamik entgegen gewirkt werden.

6) Die entsprechenden Forschungsaktivitäten sind vereinzelt, unkoordiniert und in keine übergeordnete Systematik eingebettet. Es gibt wenig Zusammenarbeit unter den universitären Zentren und eine mangelhaft etablierte Kultur der Kooperation.

Jeder universitäre psychiatrische Dienst hat ein Forschungskonzept, aber es fehlt eine Koordination der Forschungsbemühungen unter den einzelnen Forschungszentren in der Schweiz. Die einzelnen Forschungsprojekte sind nicht aufeinander abgestimmt. Die befragten Psychiatrie-Experten sind der Ansicht, dass dies mit den knappen finanziellen Mitteln zusammenhängt: Solange die Mittel für Versorgungsforschung so gering seien, bestehe eine gewisse Reserviertheit gegenüber Koordination und Kooperation. Damit fehle auch eine

Kooperationskultur, wo man sich gegenseitig unterstützen könnte. Versorgungsforschung gewinne mit fragmentierten Einzelprojekten jedoch keine Planungsrelevanz.

7) Es gibt kaum vergleichende Forschung unterschiedlicher Versorgungsmodelle und kaum Beforschung von Pilot- oder Modellprojekten.

Anders als beispielsweise in England werden in der Schweiz unterschiedliche Versorgungsmodelle nicht systematisch wissenschaftlich miteinander verglichen. Dies ist wohl auch der Grund, warum sich unter den recherchierten Publikationen kaum randomisierte kontrollierte Studien befinden, die sich für derartige Wirksamkeitsvergleiche methodisch anbieten würden.

Ebenfalls werden relativ selten Pilot- oder Modellprojekte wissenschaftlich evaluiert, auch hier fehlen vielerorts die entsprechenden Finanzierungsmöglichkeiten, oder tarifliche Mechanismen verhindern faktisch den Auf- und Ausbau bestimmter neuer – ambulanter – Versorgungsmodelle.

8) Die vorhandenen Daten werden zu wenig im Hinblick auf spezifische versorgungsrelevante Fragestellungen ausgewertet, sind meist lokal und einrichtungsbezogen und damit wenig generalisierbar sowie aus Datenschutzgründen oft nicht patientenbezogen zuteilbar. Es fehlt an interessensunabhängiger Versorgungsforschung.

Die teilweise vorhandenen, auch umfangreichen Daten werden zu wenig intensiv ausgewertet. Beispielsweise beschränkt sich ein Grossteil der Auswertungen der Basisdokumentation Basel-Stadt oder der PSYREC-Statistik auf rein deskriptive Verfahren, die für die Praxis von begrenzter Relevanz sind und zudem mit relativ grosser zeitlicher Verzögerung publiziert werden. Man sollte diese umfangreichen Daten, die jeweils einer definierten catchment area entstammen, noch vermehrt unter spezifischen fachlichen Gesichtspunkten analysieren.

Leider gibt es aus Datenschutzgründen oft nicht die Möglichkeit, patientenbezogene Daten zu erhalten, sondern lediglich Daten, die sich auf einzelne Behandlungsepisoden beziehen.

Bei Planungen oder Reorganisationen werden oft rasche Daten gefordert für spezifische Fragestellungen der Administration. Hier bestehen gewisse Bedenken, dass solche Daten oberflächlich und interessengebunden gebraucht werden. Wenn Versorgungsforschung Erkenntnisse über den Patientenbedarf liefern soll, muss sie unabhängig und aus einer fachlichen Perspektive heraus angelegt sein. Erkenntnisse lassen sich, wenn sie über Inanspruchnahmedaten hinausgehen, nicht einfach punktuell gewinnen, sondern benötigen eine gewisse Zeitdauer. Dafür braucht es systematische Versorgungsforschung.

9) Die Forschung ist zu wenig nahe an der Versorgungsrealität, psychiatrische Praxis und Forschung sind kaum verbunden, ebenso wenig die involvierten Disziplinen.

Forschung und Praxis sind zu stark getrennt. Für Versorgungsforschung wäre eine grössere Integration von Fragestellungen aus der Praxis und von theoretisch-methodischem Know-how aus der universitären Forschung hilfreich. Die Fragestellungen kommen zu selten aus der klinisch-rehabilitativen Praxis und die wissenschaftlichen Arbeiten machen zu wenig Aussagen, die für die tägliche Praxis hilfreiche Antworten geben. In der nicht-universitären Praxis hingegen werden Forschungsergebnisse spät, selektiv oder gar nicht rezipiert. Das heisst, Forschung und Praxis laufen mit ihren jeweiligen eigenen Gesetzmässigkeiten nebeneinander her statt sich eng aufeinander zu beziehen.

Schliesslich werden die Forschungsprojekte zu selten interdisziplinär durchgeführt.

10) In der Verstärkung einer ‚evaluativen Kultur‘ liegt ein grosses Potential für die Schweiz.

Als ein Potential erscheint die in der Schweiz noch förderungswürdige evaluative Kultur. Gemeint ist damit, dass es nicht selbstverständlich ist, dass neue Versorgungseinrichtungen, -modelle oder -organisationen mit wissenschaftlich begleiteten Pilotprojekten unterstützt werden oder ihre Wirksamkeit evaluiert wird oder dass unterschiedliche Modelle mit wissenschaftlichen Methoden verglichen werden. Es besteht bis anhin ein gewisses Primat der administrativen Planung und des Handelns sowie eine einrichtungszentrierte Sichtweise.

2.4.3.2 Perspektiven der Versorgungsforschung

Die aktuellen Lücken und Probleme der Versorgungsforschung in der Schweiz standen in den Interviews im Vordergrund. Die Experten sind jedoch der Ansicht, dass Möglichkeiten und Bedeutung der Versorgungsforschung heute noch zu wenig gesehen werden, und dass Versorgungsforschung mit der zunehmenden Dokumentation und Überprüfung von Leistungen künftig immer wichtiger werden wird.

Es wird auch festgestellt, dass sich die Schweiz mit den vorhandenen (materiellen und fachlichen) Ressourcen und der geografischen Überschaubarkeit modellhaft für Versorgungsforschung anbietet. Hierbei könnten auch die Kliniker selbst mehr Initiative ergreifen, könnte beispielsweise auch die Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärzte im Verbund gewisse Forschungsprojekte selbst initiieren.

Thematisch wurden – beispielhaft – einige Bereiche genannt, in denen mehr oder überhaupt geforscht werden sollte:

- Epidemiologie der Krankheitsfolgen: Ausmass der behinderungsbedingten Einschränkungen im Alltag
- Rehabilitation: Frühintervention, medizinisch-psychiatrische Frührehabilitation, Berentungsverläufe und Prädiktoren, Wirksamkeit, Evaluation neuer Modelle

- Modellforschung: Evaluation international etablierter Versorgungsmodelle unter Schweizer Verhältnissen, Wirksamkeit von Interventionen, Versorgungsqualität, Wirksamkeit der Gemeindepsychiatrie, Alternativen zur stationären Versorgung, Möglichkeiten der Ambulantisierung, case management, Assertive Community Treatment
- Patientenwege: individuelle Zugangswege zu psychiatrischer Behandlung, Nutzungsmuster von Patiententypen, welche Patienten benötigen welche Versorgungskomponenten?
- Erleben der Patienten: Patientenbedürfnisse, Faktoren der Lebensqualität, Empowerment, subjektive Faktoren der Compliance
- Zwangsmassnahmen: Erfassung von Zwangsbehandlung, Gewalt, Öffnung der stationären Abteilungen
- Pflegeforschung
- Alterspsychiatrie: Prävalenz und Bedarf psychisch kranker alter Menschen zuhause, in Heimen, bei der Spitex, in Allgemeinspitälern und bei Hausärzten
- Migration: Versorgungsbedarf von Migranten im Alter
- Psychisch kranke Eltern: Bedarf und Unterstützungsmöglichkeiten für psychisch kranke Eltern und deren Kinder, Behandlung von postpartal erkrankten Müttern mit Kind
- Schwer und chronisch Kranke, Heavy Users: Behandlungszugang, Behandlung und intensiv aufsuchende Betreuung von schwer und chronisch Kranken, Verhinderung von Rückfällen, Aufsuchende Betreuung, ambulante Krisenintervention, Typologie der Krankheitsverläufe, Menschen in prekären medizinisch-psychosozialen Situationen, Wohnsitzlose etc.
- Kooperationen: Zusammenarbeit mit Hausärzten, Liaisonmodelle mit Altersheimen etc.
- Forensische Psychiatrie
- Patienten mit Schmerzstörungen: Erfassung und Behandlung, respektive Rehabilitation von Patienten mit somatoformen Schmerzstörungen

Diese nicht abschliessende Liste zeigt nochmals, dass es sich um einen sehr breiten Bedarf an empirischen Daten handelt.

Eine wirkliche quantitative Verbesserung der Forschungssituation und der Systematik könnte durch ein entsprechendes Schwerpunktprogramm des Schweizerischen Nationalfonds erreicht werden.

In England, wo anspruchsvolle und systematische Versorgungsforschung betrieben wird, ist Mental Health ein prioritär gefördertes Forschungsgebiet des NHS und es werden auch laufend Gelder für Versorgungsforschung ausgegeben. In Deutschland beispielsweise sind Versorgungsforschung und Rehabilitation Schwerpunkte des Bundesministeriums für Forschung und Technologie (BMFT).

Mit einem Schwerpunkt des Nationalfonds liesse sich auch die notwendige Koordination und Kooperation herstellen und man könnte die vielen bestehenden Fragebereiche systematisch angehen.

Versorgungsforschung sollte zudem vermehrt eine integrative Leistung von Forschung und Praxis sein sowie von interdisziplinären Forschungsteams durchgeführt werden. Sie sollte in Fragestellung, Durchführung und Präsentation künftig praxisnäher und lebendiger sein und vermehrt auch die Perspektive der Patienten einbeziehen.

Versorgungsforschung sollte auch vermehrt nicht nur Strukturen untersuchen, sondern Strukturen und Modelle mit den Methoden in Zusammenhang bringen. Ein Beispiel dafür ist die Forschung zum beruflichen Eingliederungsmodell des ‚Supported Employment‘ in Bern, das nicht nur eine neue Einrichtung untersucht, sondern auch die Wirksamkeit einer grundlegend neuen Eingliederungs-Philosophie. Es sind auch die in Einrichtungen oder Versorgungsorganisationen verankerten Haltungen und Methoden, die in ihrem Zusammenspiel beforscht werden sollten.

Neue Einrichtungen und Versorgungsmodelle sollten künftig wissenschaftlich begleitet, evaluiert und mit bestehenden Einrichtungen verglichen werden.

2.4.3.3 Zusammenfassung der Expertenaussagen

Die Aussagen der befragten Psychiatrie-Experten lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Psychiatrische Versorgungsforschung ist ein vernachlässigter Forschungsbereich.

Es fehlen die für Versorgungsplanungen basalen empirischen Informationen. Die vorhandenen Informationen sind quantitativ ungenügend und qualitativ teils von begrenztem Erkenntniswert für die Praxis. Konkret: Mit den vorhandenen wissenschaftlichen Informationen ist es heute in der Schweiz nicht möglich, eine ‚bedarfsgerechte‘ psychiatrische Versorgungsplanung vorzunehmen. Dies fördert institutionszentrierte Planungen und erschwert die Entwicklung und Einführung wirksamerer Versorgungsstrukturen und -einrichtungen.

Als Hauptproblem wird dabei die fehlende systematische Finanzierung gesehen.

Psychiatrische Versorgungsforschung wird vom Schweizerischen Nationalfonds zu wenig gefördert. Gerade diese Förderung wäre aber auch notwendig, um Forschern zu ermöglichen, auch mit Versorgungsforschung wissenschaftliche Karriere zu machen.

Als Konsequenzen davon werden Fragmentierung, fehlende Koordination und Kooperation der Forschungsaktivitäten und die fehlende Implementierung einer evaluativen Kultur in Planung und Praxis gesehen. Versorgungsforschung sollte thematisch und methodisch Forschung und Praxis näher zusammen bringen, interdisziplinär sein und sich nicht auf die Versorgungsstrukturen begrenzen, sondern auch die in ihre Haltungen und Methoden einschliessen.

2.5 Literatur

- Ajdacic-Gross V., Graf M. (2003). Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie in der Schweiz. Arbeitsdokument Nr. 2, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.
- Andreoli A., Abensur J., Gognalons-Nicolet M. (1993). L'admission non volontaire dans un établissement psychiatrique. Une étude de suivi. *Cahiers Psychiatriques Genevois*, 14, 149-175.
- Aubert C., Godinat G., Petite D., Fischer W. (1993). Catégorisations contextuelles des patients consultant en psychiatrie privée et publique. *Cahiers Psychiatriques Genevois*, 14, 31-42.
- Baer N. (2002). Berufliche Rehabilitation bei Menschen mit psychischen Störungen: Wirksamkeit, Prognosefaktoren und Klientenzufriedenheit. Eine Evaluation am Beispiel des Berufsförderungskurses PSAG in Basel. Dissertation. Europäische Hochschulschriften, Reihe 6, Bd. 677. Bern, Lang.
- Baer N., Cahn T. (2003). Psychiatrieplanung in einem fragmentierten Gesundheitssystem. *Managed Care*, 4, 34-38.
- Baer N., Domingo A., Amsler F. (2003). Diskriminiert - Gespräche mit psychisch kranken Menschen und Angehörigen zur Qualität des Lebens. Darstellung, Auswertung, Konsequenzen. Bonn, Psychiatrie-Verlag.
- Baltensperger C. (1996). Psychotherapie: Kostspieliger Luxus oder gesellschaftlicher Nutzen? Unveröffentlichte Dissertation, Universität Bern.
- Baumann U., Perst A. (1999). Der Gerontosektor: Stiefkind der klinischen Psychologie / Psychotherapie. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 12 (2), 129-136.
- Besson J. (1995). Investigations psychiatriques chez le migrant. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 115, 473-479.
- Beeler I., Lorenz S., Szucs T. (2003). Provision and remuneration of psychotherapeutic services in Switzerland. *Sozial- und Präventivmedizin*, 48, 88-96.
- Besson J., Despland J.-N., Peter D., Zellweger M., Ferrero F. (1993). Des institutions pour la crise. *Médecine et Hygiène*, 51, 2225-2227.
- Bonsack C., Borgeat F., Dubois A. (2001). Impact de la spécialisation des services psychiatriques par filières diagnostiques à Lausanne. I. Etude qualitative. *Annales Médico Psychologiques*, 159, 645-651.
- Bovier P., Chamot E., Eytan A., Perneger T. (2001). Patterns of use of ambulatory mental health services in a universal care setting. *Psychiatric Services*, 52, 1515-1520.
- Bramesfeld A. (2003). Service provision for elderly depressed persons and political and professional awareness for this subject: A comparison of six European countries. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 392-401.
- Brenner H. D., Ferrero F. (2000). Aktuelle Lage und zukünftige Entwicklung der Psychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Schweiz. Positionspapier der Fachvertreterkonferenz.
- Brenner H. D., Rössler W., Fromm U. (2003). Die moderne evidenzbasierte psychiatrische Versorgung: Welchen Weg nimmt die institutionelle Schweizer Psychiatrie? *Schweizerische Ärztezeitung*, 84, 1777-1786.
- Brenner H. D. (1995). Stand der Diskussion zur Kosten-Effektivitätsfrage in der Gemeindepsychiatrie und Klinikpsychiatrie. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 146, 24-32.

- Brenner H. D., Junghan U., Pfammatter M. (2000). Gemeindeintegrierte Akutversorgung - Möglichkeiten und Grenzen. *Nervenarzt*, 71, 691-699.
- Buri M. (2000). Wirksamkeit beruflicher Massnahmen der Invalidenversicherung. *Soziale Sicherheit*, 6, 327-330.
- Christen L., Christen S. (2003). Beschreibung der Basisdaten stationärer psychiatrischer Behandlungen in der Schweiz 1998 bis 2000. Arbeitsdokument Nr. 1, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.
- Christen S., Meyer P. C. et al. (1993ff). Statistischer Vergleich der Patienten von ambulanten / teilstationären / stationären psychiatrischen / Sucht- / Institutionen des Kantons Zürich (1992ff). Forschungsberichte der Abteilung für Psychosoziale Medizin und der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals Zürich (1993-1995) sowie der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich 1996ff (PSYREC-Statistik).
- Christen S., Christen L., Meyer P. C., Neuenschwander M., Hell D., Schreiter Gasser U. (1999). Die Situation betagter stationärer Psychiatriepatienten: Eine wissenschaftliche Evaluation der kanton-zürcherischen Routine-Psychiatriestatistik. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 150, 124-130.
- Ciampi L., Dauwalder H. P. (1997). Zur Kontroverse um Nutzen und Kosten spitalexterner sozial- und gemeinde-psychiatrischer Dienste - eine Entgegnung. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 148, 37-44.
- Claassen D., Priebe S. (2003). Deutschsprachige psychiatrische Versorgungsforschung - Was und wie wird berichtet? Eine Analyse von Veröffentlichungen in der Psychiatrischen Praxis. *Psychiatrische Praxis*, 30, 414-423.
- Condrau M., Müller C., Eichenberger A., Gossweiler L., Rössler W. (2001). Integration psychisch Kranker in die Arbeitswelt. Evaluation des Berufsförderungskurses Zürich. *Psychiatrische Praxis*, 28, 270-274.
- Dauwalder J. P., Ciampi L. (1995). Cost-effectiveness over 10 years: A study of community-based social psychiatric care in the 1980s. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 171-184.
- Eichenberger A. (1997). Evaluation der Behandlungen in sozialpsychiatrischen Ambulatorien Entwicklung und Implementation eines umfassenden Instrumentariums zur Qualitätssicherung ambulanter psychiatrischer Behandlungen am Beispiel der Ambulatorien der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Dissertation, Universität Zürich.
- Eichenberger A., Hell D., Rössler W. (1998). Einfluss der Sektorisierung auf ambulante und teilstationäre psychiatrische Behandlung in Zürich: Ergebnisse von 2.5 Jahren Evaluationsforschung. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 149, 201-208.
- Eichenberger A., Rössler W. (2000). Comparison of self-ratings and therapist ratings of outpatients' psychosocial status. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 297-300.
- Ernst K., Stassen H. H., Rössler W., Hell D. (2003). Notverlegungen aus der überfüllten psychiatrischen Akutklinik. Transferierte Chronischkranke und ihre Angehörigen erinnern sich. Teil I: Studiengruppen, Methoden, Ergebnisse. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 154, 260-268.
- Eytan A., Bischoff A., Loutan L. (1999). Use of interpreters in Switzerland's psychiatric services. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 190-192.
- Ferrero F., Kasion J.-M. (1995). Epidemiologie de la violence en psychiatrie. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 146, 121-125.

- Fischer W., Aubert C., Godinat G., Petite D. (1993). Profils sociaux des patients psychiatriques. *Cahiers Psychiatriques Genevois*, 14, 9-30.
- Frei A., Rehm, J. (2002). Die Prävalenz psychischer Komorbidität unter Opiatabhängigen. *Psychiatrische Praxis*, 29, 258-262.
- Frei, A., Rehm J., Arbeitsgruppe HeGeBe Doppeldiagnosen (2002). Komorbidität: Psychische Störungen zu Beginn einer heroingestützten Behandlung. *Psychiatrische Praxis*, 29, 251-257.
- Frick U., Rüesch P., Neuenschwander M., Rössler W. (2003). Unfreiwillige psychiatrische Hospitalisierungen im Kanton Zürich 1995 bis 2001: Wieviel? Wer? Wie? Mit welchem Ergebnis?. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 154, 116-126.
- Georgescu D., Caduff F. (2002). Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie in der Schweiz: Aktueller Stand und Perspektiven. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 153, 12-24.
- Goldberg D. (1997). Community psychiatry in Europe: Assessment and evaluation. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 6 (Suppl 1), 217-227.
- Guimon J., Fischer W., Zbinden E., Goerg D. (1998). Therapeutic practice profiles, work settings and activities of Swiss psychiatrists. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 149, 29-39.
- Guimon J., Fischer W., Zbinden E., Goerg D. (1998). Therapeutic practice profiles, theoretical models and representations of the psychiatry of Swiss psychiatrists. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 149, 41-50.
- Haug H.-J., Bozinovski L., Eich P., Jawhari K., Müller-Spahn F. (1997). Von der zentralen zur dezentralen Aufnahme in das Psychiatrische Krankenhaus. *Nervenarzt*, 68, 245-250.
- Heitger, B., Saameli, W. (1995). Wirksamkeit einer psychiatrischen Tagesklinikbehandlung. Eine empirische Untersuchung aus den Psychiatrischen Diensten des Regionalspitals Thun. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 146, 33-38.
- Hofecker-Fallahpour M., Eichenberger A., Rössler W. (2001). Die Nachtambulanz - ein Dinosaurier der Reformpsychiatrie? Ergebnisse einer 2-Jahres-Katamnese nach einem Nachtambulanzaufenthalt. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 152, 5-10.
- Hoffmann H. (1993) Junge chronisch psychisch Kranke. Ein neuer Schwerpunkt in Forschung und Praxis. *Psychiatrische Praxis*, 20, 56-62.
- Hoffmann H., Kupper Z. (2003). Prädiktive Faktoren einer erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung von schizophrenen Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 30, 312-317.
- Hoffmann H., Kupper Z., Kunz B. (2000). Hopelessness and its impact in rehabilitation outcome in schizophrenia - an exploratory study. *Schizophrenia Research*, 43, 147-158.
- Hoffmann-Richter U., Känzig S., Frei A., Finzen A. (2002). Suizid nach stationärer psychiatrischer Behandlung. *Psychiatrische Praxis*, 29, 22-24.
- Hofmann G., Baudis P., Darovec J. et al. (unter Mitarbeit von Rössler, W.) (2002). Research study on follow-up changes of psychiatric/psychosocial care in different European countries, with specific references to Middle and Middle-Eastern Europe. *Psychiatria Danubina*, 14, 207-223.
- Holzinger A., Angermeyer M. C. (2003). Aktuelle Themen sozialpsychiatrischer Forschung im deutschen Sprachraum: Eine Inhaltsanalyse wissenschaftlicher Zeitschriften. *Psychiatrische Praxis*, 30, 424-437.
- Hutzli E., Schneeberger E. (1996). Psychotherapeutische Versorgung in der deutschen Schweiz. *Szondiana*, 16, 80-88.
- Jakubasch J., Waldvogel D., Würmle O. (1993). Differences between long-stay and short-stay inpatients and estimation of length of stay. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 84-90.

- Jost U., Saameli W. (1998). Qualitätssicherung in einer psychiatrischen Tagesklinik. Eine katamnestiche Untersuchung mit Zielerreichungsskalierung. *Psychiatrische Praxis*, 25, 296-302.
- Kantonale Psychiatrische Dienste BL (2003). Folgeplanung II zum Psychiatriekonzept des Kantons Basel-Landschaft. Liestal, Kantons-Verlag.
- Kesselring A., Krulik T., Bichsel M., Minder C., Beck J.-C., Stuck A. E. (2001). Emotional and physical demands on caregivers in home care to the elderly in Switzerland and their relationship to nursing home admission. *European Journal of Public Health*, 11, 267-273.
- Konrad N. (2002). Suizid in Haft - europäische Entwicklungen unter Berücksichtigung der Situation in der Schweiz. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 153, 131-136.
- Küchenhoff J., Kern C. (1998). Stationäre Psychotherapie in der deutschsprachigen Schweiz - eine Übersicht. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 149, 11-20.
- Lauber C., Nordt C., Falcato L., Rössler W. (2002). Public attitude to compulsory admission of mentally ill people. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 105, 385-389.
- Lauber C., Nordt C., Falcato L., Rössler W. (2002). Determinants of attitude to volunteering in psychiatry: Results of a public opinion survey in Switzerland. *International Journal of Social Psychiatry*, 48, 209-219.
- Liengme, N. (1998). Population en situation de précarité à Genève: évaluation des besoins médicaux et mise en place d'une unité mobile de soins. Dissertation Medizinische Fakultät, Genf.
- Maier, T. (1995). Stationäre gerontopsychiatrische Versorgung: Evaluation von Krankengut und Verläufen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 8, 119-133.
- Mattanza G., Dchweizer M., Ess S., Frei A., Roth H., Koch P. (2002). Stationen im Prozess der Anerkennung der psychologischen Psychotherapie. Forschungsbericht des Bundesamtes für Sozialversicherung, Bern.
- Meier D., Ermini-Fünfschilling D., Monsch A. U., Staehelin H. B. (1999) Pflegende Familienangehörige von Demenzpatienten. Ihre Belastungen und ihre Bedürfnisse. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 12, 85-96.
- Messerli-Rohrbach V., Bösch J., Brudy N., Cahn T., Schmied M. (1997). Wohnraum für psychisch Leidende. Eine empirische Untersuchung im Kanton Basel-Landschaft. *Psychiatrische Praxis*, 24, 227-230.
- Meyer P. C. Neuenschwander M., Christen S. (1998): Leistungsevaluation durch psychiatrische Basisdaten im Kanton Zürich. in: Hell, D., Bengel, J., Kirsten-Krüger, M. (Hrsg.): *Qualitätssicherung der psychiatrischen Versorgung*, Basel, Karger, 118-132.
- Modestin J., Lieb M. (2002). Leaving the sheltered workshop. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 153, 14-20.
- Moggi F., Brodbeck J., Költzsch K., Hirsbrunner H.-P., Bachmann K. M. (2002). One-year follow-up of dual diagnosis patients attending a 4-month integrated inpatient treatment. *European Addiction Research*, 8, 30-37.
- Moggi F., Hirsbrunner H. P., Brodbeck J., Bachmann K. M. (1999). One-year outcome of an integrative inpatient treatment for dual diagnosis patients. *Addictive Behaviors*, 4, 589-592.
- Moggi F., Hirsbrunner H. P., Wittig R., Donati R., Brodbeck J., Bachmann K. M. (1996). Stationäre Behandlung von Patienten mit Doppeldiagnosen. Ein Pilotprojekt zur Entwicklung und Evaluation eines Therapieprogramms zur integrativen Behandlung von substanzgebundenem Suchtverhalten und einer anderen schweren psychischen Störung. *Verhaltenstherapie*, 6, 201-209.

- Needham I., Abderhalden C., Dassen T., Haug H. J., Fischer J. E. (2002). Coercive procedures and facilities in Swiss psychiatry. *Swiss Medical Weekly*, 132, 253-258.
- Nordt C., Müller B., Lauber C., Rössler W. (2003). Erhöhte Stigmatisierung durch vergangenen Klinikaufenthalt? Resultate einer Befragung der schweizerischen Bevölkerung. *Psychiatrische Praxis*, 30, 384-388.
- Perneger T. V., Allaz A.-F., Etter J.-F., Rougemont A. (1995). Mental health and choice between managed care and indemnity health insurance. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1020-1025.
- Petite D., Aubert C., Fischer W., Godinat G. (1993). La pratique de la psychothérapie en psychiatrie privée et publique: approche statistique. *Cahiers Psychiatriques Genevois*, 14, 57-70.
- Raetzo M.-A. (1999). Erfahrungen des "Réseau DELTA" mit der Versorgung von Patienten mit psychischen Problemen. *Managed Care*, 2, 11-13.
- Reisch T., Thommen M., Csontos Z., Tschacher W. (2002). Die Berner Psychotherapie-Tagesklinik: Evaluation und Einordnung in die psychiatrische Versorgungskette. *Psychotherapie Psychologie Medizin*, 52, 56-63.
- Reubi I. (1997). Wissenstransfer vom Zentrum zur Peripherie: Ungenutzte Trumpfkarte der Altersversorgung. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 148, 14-18.
- Rössler W. (1998). Psychiatric services. *Current Opinion in Psychiatry*, 11, 191-195.
- Rössler W. (2000). Psychiatrische Versorgungsforschung - ein Instrument der Bedarfsplanung. *Psychiatrische Praxis*, 27 (Sonderheft 2), S44-S48.
- Rössler W. (2002). Versorgungsbedarf und Versorgungsperspektiven. In: Gaebel, W. (Hrsg.) *Zukunftsperspektiven in Psychiatrie und Psychotherapie. Internationales wissenschaftliches Symposium, Rheinische Kliniken Düsseldorf. Darmstadt, Steinkopff*, 47-60.
- Rössler W. (2003). Wie definiert sich Qualität in der psychiatrischen Versorgung? *Nervenarzt*, 74, 552-560.
- Rössler W., Riecher-Rössler A. (2001). Comprehensive care of the schizophrenics - End of the revolving-door psychiatry? In: Brenner, H. D., Böker, W., Genner, R. *The treatment of schizophrenia - status and emerging trends. Seattle, Hogrefe & Huber*, 195-209.
- Rössler W., Salize H. J., Cucchiario G., Reinhard I., Kernig C. (1999). Does the place of treatment influence the quality of life of schizophrenics? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 142-148.
- Rüesch P., Meyer P. C., Graf J., Hell D. (2002). Beschäftigungslage von Schizophrenie- und Affektkranken. *Psychiatrische Praxis*, 29, 68-75.
- Rüesch P., Meyer P. C., Hell D. (2000). Wer wird psychiatrisch rehospitalisiert? Psychiatrische Hospitalisierungsraten und soziale Indikatoren im Kanton Zürich (Schweiz). *Gesundheitswesen*, 62, 166-171.
- Santos-Eggimann B. (2000). Comment faire correspondre les structures médico-sociales aux besoins des personnes âgées chroniquement dépendantes? Résultats de l'adaptation suisse du système "Balance of care". *Médecine & Hygiène*, 58, 321-325.
- Schnyder U., Valach L. (1997). Traumatic stress issues in psychiatric institutions in Switzerland. *European Journal of Psychiatry*, 11, 162-172.
- Schweizer M., Buchmann R., Schlegel M., Schulthess P. (2002). Struktur und Leistung der Psychotherapieversorgung in der Schweiz. Erhebung der Schweizer Charta für Psychotherapie. *Psychotherapie Forum*, 10, 127-146.
- Sommer R., Zoller P., Felder W. (2001). Elternschaft und psychiatrische Hospitalisation. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 50, 498-512.

- Testa Mader A., Degrate A., Clerici N. (2002). Les personnes étrangères et suisses entrées en contact avec la psychiatrie publique: une étude comparative concernant trois régions de soins en Suisse. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 153, 123-130.
- Vogel S., Huguelet P. (1997). Factors associated with multiple admissions to a public psychiatric hospital. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 244-254.
- Weber A. (1999). Psychiatrische Versorgung durchs „Seiten-Tor“? *Managed Care*, 2, 16-17.
- Wertheimer J. (1997). Psychogeriatric organization in the medico-social network: The experience of the canton of Vaud, Switzerland. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 8, 143-145.
- Yilmaz A. T. (1997). Immigranten aus der Türkei in ambulanter psychiatrischer Behandlung. *Schweizerische Rundschau für Medizin (Praxis)*, 86, 899-905.
- Zimmer-Höfler D., Eichenberger A., Hell D. (1997). Wie rasch zeigen sich Sektorisierungseffekte? Erste Resultate der Begleitforschung des Zürcher Sektorisierungsprojektes. *Psychiatrische Praxis*, 24, 286-290.

3 Publikationsliste der quantitativen Analyse

1. Ajdacic-Gross V, Graf M. Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie in der Schweiz: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2003.
2. Angst J. Epidemiologie der Angststörungen Epidemiology of anxiety disorders. 1997.
3. Angst J. Minor and recurrent brief depression Leichte und rezidivierende kurze Depression. 1997.
4. Angst J. Epidemiology of depression Epidemiologie der Depression. 1997.
5. Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorders* 1998;50(2-3):143-151.
6. Angst J. Panic disorder: History and epidemiology. *European Psychiatry* 1998;13(Suppl 2):51s-55s.
7. Angst J. Modern epidemiology of anxiety: Results of the Zurich Cohort Study Moderne Epidemiologie der Angst: Ergebnisse der Zuercher Kohortenstudie. *Human Psychopharmacology Clinical and Experimental* 1999;14:S29-S37.
8. Angst J, Hochstrasser B. Recurrent brief depression: The Zurich Study Wiederkehrende kurzzeitige Depression: Die Zuerich-Studie. *Journal of Clinical Psychiatry* 1994;55(4):3-9.
9. Antorini S. La dépendance au jeu et le retour à l'autonomie par le biais d'une interdiction : étude d'une mesure mise en place en Suisse pour protéger les joueurs pathologiques de leur passion. Fribourg, 2000.
10. Ayer S, Gmel G, Schmid H. Ecstasy und Techno Eine Befragung in der französischsprachigen Schweiz Ecstasy and techno - A survey in French-speaking Switzerland. *Sucht* 1997;43(3):182-190.
11. Baer N, Cahn T. Psychiatrieplanung in einem fragmentierten Gesundheitssystem. *Managed Care* 2003;4:34-38.
12. Baltensperger C. *Psychotherapie: Kostspieliger Luxus oder gesellschaftlicher Nutzen? Psychotherapy: An expensive extravagance or a social benefit?*, 1996.
13. Baltensperger C, Grawe K. Psychotherapie unter gesundheitsökonomischem Aspekt Psychotherapy from a health economics point of view. *Zeitschrift fuer Klinische Psychologie und Psychotherapie* 2001;30(1):10-21.
14. Barak Y, Aizenberg D. Suicide amongst Alzheimer's disease patients: A 10-year survey. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 2002;14(2):101-103.
15. Baumann U, Perst A. Der Gerontosektor: Stiefkind der klinischen Psychologie/Psychotherapie. / The geronto sector: A step-child of clinical psychology and psychotherapy. *Zeitschrift fuer Gerontopsychologie and psychiatrie* 1999;12(2):129-136.
16. Benninghoff F, Gervasoni JP, Dubois-Arber F. Monitoring of the activities of low-threshold access structures for drug users in Switzerland: distribution of sterile injection equipment, results for 1993 and various cantonal examples. *Soz Präventivmed* 1996;41(Suppl 1):S5-14.
17. Besson J. Psychiatric studies in the migrant. 1995.
18. BFS BfS. Ambulante Suchtberatung : Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich. *Reihe: Statistik der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Statistik, 1998.

19. Bloomfield K. Ausgewählte Ergebnisse der Biomed-II Studie "Alcohol Consumption and Alcohol Problems among Women in European Countries", einer konzertierten Aktion der Europäischen Union Selected results of the Biomed II study on alcohol consumption and alcohol problems among women in European countries. 2002.
20. Boller B, Coray R. Der Drogendiskurs der Schweizer Presse : Dreijahresbericht 1993-1995 : eine quantitative Inhaltsanalyse zur Drogenberichterstattung der Schweizer Presse. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1997.
21. Bondolfi G, Osiek C, Ferrero F. Pathological gambling: an increasing and underestimated disorder. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 2002;153(3):116-122.
22. Bonsack C, Borgeat F, Dubois A. Impact de la spécialisation des services psychiatriques par filières diagnostiques à Lausanne. I. Etude qualitative. / Impact of mental health services' specialization by diagnosis in Lausanne: I. Qualitative Study. *Annales Médico Psychologiques* 2001;159(9):645-651.
23. Bovier PA, Chamot E, Eytan A, Perneger TV. Patterns of use of ambulatory mental health services in a universal care setting. *Psychiatric Services* 2001;52(11):1515-1520.
24. Bramesfeld A. Service provision for elderly depressed persons and political and professional awareness for this subject: A comparison of six European countries. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2003;18(5):392-401.
25. Braun N, Diekmann A. Drogenschwarzmarkt und KonsumentInnen-situation: Einige Ergebnisse der Berner Szenebefragung The drug black market and black market drug users: Some results of a survey in Bern. *Drogalkohol* 1993;17(3):161-182.
26. Braun N, Nydegger Lory B, Berger R, Zahner C. *Illegale Märkte fuer Heroin und Kokain Illegal markets for heroin and cocaine*, 2001.
27. Braun U. Qualitäts-Monitoring: Ein praktikables Ergebnis-Feedback-System fuer die Psychotherapie Quality monitoring: A practicable outcome feedback system for psychotherapy. 1998.
28. Braunschweig S. Vom Waerter zur Psychiatrie-Schwester? Zum Vergleich der Krankenpflege und der Psychiatriepflege in der Schweiz Psychiatric nurses: Comparison between nonpsychiatric and psychiatric nursing in Switzerland. *Die Psychotherapeutin* 1999;10:88-101.
29. Brenner HD. Sozialpsychiatrie versus Klinikpsychiatrie? Eine verfehltete Kontroverse Social psychiatry versus clinical psychiatry: An inappropriate controversy. 1995.
30. Brenner HD. Stand der Diskussion zur Kosten-Effektivitätsfrage in der Gemeindepsychiatrie und Klinikpsychiatrie. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 1995;146(1):24-32.
31. Buddeberg C, Buddeberg Fischer B, Gnam G, Schmid J, Christen S. Suicidal behavior in Swiss students: An 18-month follow-up survey Suizidverhalten bei Schweizer Schuelern: Eine katamnestiche Untersuchung ueber 18 Monate. *Crisis* 1996;17(2):78-86.
32. Buddeberg Fischer B. *Frueherkennung und Praevention von Essstoerungen Essverhalten und Koerpererleben bei Jugendlichen Early detection and prevention of eating disorders: Eating behavior and body experience of adolescents*, 2000.
33. Buddeberg Fischer B, Klaghofer R, Gnam G, Buddeberg C. Prevention of disturbed eating behaviour: a prospective intervention study in 14- to 19-year-old Swiss students Praevention von gestoertem Essverhalten: Eine prospektive Interventionsstudie von 14- bis 19-jaehrigen Schweizer Schuelern. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998;98(2):146-155.

34. Buddeberg Fischer B, Klaghofer R, Leuthold A, Buddeberg C. Unterrichtsklima und Symptombildungen. Zusammenhaenge zwischen Schulstress, Kohaerenzgefuehl und physischen/psychischen Beschwerden von Gymnasiasten. / School climate and psychological symptoms: Correlations between school stress, sense of coherence and physical/psychological impairment in high school students. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 2000;50(5):222-229.
35. Buddeberg Fischer B, Klaghofer R, Reed V, Buddeberg C. Psychosomatische Gesundheitsfoerderung bei Adoleszenten. Eine Interventionsstudie an zwei Gymnasien School-based health promotion for adolescents - Impact of a psychosocial intervention in two high schools. *Das Gesundheitswesen* 2000;62(10):499-504.
36. Buddeberg Fischer B, Reed V. Prevention of disturbed eating behavior: An intervention program in Swiss high school classes. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention* 2001;9(2):109-124.
37. Buddeberg-Fischer B, Bernet R, Sieber M, Schmid J, Buddeberg C. Epidemiology of eating behavior and weight distribution in 14- to 19-year-old Swiss students. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:296-304.
38. Buddeberg-Fischer B, Gnam G, Christen S. School type, school stress and health problems in 17-year-old Zurich middle school students. *Soz Praventivmed* 1997;42(5):259-67.
39. Buddeberg-Fischer B, Gnam G, Klaghofer R, Buddeberg C. Essstörungen in der Adoleszenz: Epidemiologische und Interventionsstudie zur Prävention von Essstörungen. Schlussbericht an den Schweizerischen Nationalfonds: Schweizerischen Nationalfonds, 1996.
40. Buddeberg-Fischer B, Gnam G, Klaghofer R, Buddeberg C. Prevention of disordered eating behavior: a prospective intervention study in 14- to 19-year-old Swiss students. *Acta Psychiatr Scand* 1998;98:146-155.
41. Buddeberg-Fischer B, Gnam G, Klaghofer R, Buddeberg C. Störungen des Essverhaltens bei Jugendlichen: Epidemiologie und Begleitsymptome. In: Keller U, editor. *Vierter Schweizerischer Ernährungsbericht*. Bern: BAG, 1998:392-411.
42. Caflisch M, Stronski Huwiler S. Quels sont les besoins de formations en médecine pour adolescents ? : Résultats d'une enquête auprès des médecins assistants de pédiatrie en vue de l'élaboration d'un curriculum en médecine de l'adolescence. *Médecine et hygiène* 2002;60(2413):2121-2126.
43. Caiata M. Integrierte Drogenabhaengigkeit Eine Pilotstudie ueber sozial integrierte GebraucherInnen von Heroin Integrated substance abuse: A pilot study of socially integrated heroin users. *Abhaengigkeiten* 1996;2(1):25-30.
44. Calanca A. Drug addiction: experience in Vaud (history, development and trends). *Rev Med Suisse Romande* 1993;113(5):353-5.
45. Carlevaro T, Degrate A, Lungo A, Molo-Bettelini C. Epidémiologie du suicide au Tessin 1984-1995. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 1999;150(3):117-123.
46. Christen L, Christen S. Beschreibung der Basisdaten stationärer psychiatrischer Behandlungen in der Schweiz 1998 bis 2000.: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2003.
47. Christen S, Christen L, Meyer PC, Neuenschwander M, Hell D, Schreiter Gasser U. Die Situation betagter stationärer Psychiatriepatienten: eine wissenschaftliche Evaluation der kantonalzürcherischen Routine-Psychiatriestatistik 1995. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 1999;150(3):124-130.

48. Christen S, Meyer PC, Hell D. Statistischer Vergleich 1998: ambulante Behandlungen psychiatrischer Institutionen des Kantons Zürich. Forschungsbericht der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Zürich: Psychiatrische Universitätsklinik, 1999.
49. Christen S, Meyer PC, Willi J, Andreae A, Fuchs W, Profos C. Statistischer Vergleich der Patienten von vier ambulanten psychiatrischen Institutionen des Kantons Zürich (1992). Forschungsbericht der Abteilung für Psychosoziale Medizin. Zürich: Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Zürich, 1993.
50. Ciompi L, Dauwalder HP. Zur kontroverse um nutzen und kosten spitalexterner sozial- und gemeinde-psychiatrischer dienste--eine entgegnung. / A controversy concerning cost-effectiveness of community based social-psychiatric outpatient services--a response. *Schweizer Archiv fuer Neurologie und Psychiatrie* 1997;148(1):37-44.
51. Cochand P, Bovet P. HIV infection and suicide risk: An epidemiological inquiry among male homosexuals in Switzerland. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1998;33(5):230-234.
52. Connors MM, Fribourg A, Gries L, Gonzales M. Mental health services for children in out-of-home care. *Child Welfare* 1998;77(1):29-40.
53. Dauwalder JP, Ciompi L. Cost-effectiveness over 10 years: A study of community-based social psychiatric care in the 1980s. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1995;30(4):171-184.
54. de Jonge P, Huyse FJ, Stiefel FC. Measuring care needs and case-mix by means of the INTERMED. *Gen Hosp Psychiatry* 2001;23(1):43-4.
55. Degonda M, Angst J. The Zurich study XX. Social phobia and agoraphobia Die Zuerich-Studie. XX. Soziale Phobie und Agoraphobie. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 1993;243(2):95-102.
56. Degonda M, Wyss M, Angst J. The Zurich Study: XVIII. Obsessive-compulsive disorders and syndromes in the general population. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 1993;243(1):16-22.
57. Degonda MA. *Konsumverhalten von Maennern und Frauen zwischen 20 und 35 Ueber den Einfluss psychosozialer Faktoren auf den Verlauf von Tabak-, Cannabis- und Alkoholkonsum Substance abuse in men and women between 20 and 35 years: The impact of psychosocial factors on the course of tobacco smoking, cannabis and alcohol usage*, 1995.
58. del Rio M. Psychiatry and drug addiction in Geneva. *Rev Med Suisse Romande* 1993;113(10):851-2.
59. Devaud C, Jeannin A, Narring F, Ferron C, Michaud PA. Eating disorders among female adolescents in Switzerland: Prevalence and associations with mental and behavioral disorders. *International Journal of Eating Disorders* 1998;24(2):207-216.
60. Devaud Cornaz C. Les troubles de la conduite alimentaire parmi les adolescents de 15 à 19 ans en Suisse : prévalence et comorbidité. Lausanne, 1998.
61. Dieter M, Neubauer G, Theunissen G. Enthospitalisierung von Menschen mit geistiger Behinderung Eine vergleichende Studie zwischen Oesterreich und der Schweiz Dehospitalization of mentally retarded persons. *Geistige Behinderung* 1999;38(4):326-337.
62. Dobler-Mikola A, Grichting E. Evaluation stationärer Suchttherapien für Drogenabhängige: Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie (FOS). *Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit* 1999(23):407-410.

63. Dobler-Mikola A, Schaaf S, Uchtenhagen A. Drogenabhängige in stationärer Behandlung. Durchführbarkeitsstudie zur Implementierung einer nationalen Klientendokumentation und Verlaufsevaluation. *Drogalkohol* 1994;18(3):165-186.
64. Dobler-Mikola A, Zimmer-Höfler D. KlientInnen drogentherapeutischer Gemeinschaften in der Schweiz zwischen 1978/79 und 1990/91. *Drogalkohol* 1993;17(2):69-81.
65. Dubey YR. Trunkenheit am Steuer im Kanton Waadt (Schweiz) : eine Vergleichstudie über straf- und verwaltungsrechtliche Massnahmen der Jahre 1970 und 1989 zwischen der Kantonshauptstadt (Lausanne) und einer ländlichen Gegend. *Blutalkohol* 1994;30:266-289.
66. Dufour H, Roland JM. Ambulatory charges in psychiatry: description and comments. *Rev Med Suisse Romande* 1993;113(10):835-8.
67. Eichenberger A. *Evaluation der Behandlungen in sozialpsychiatrischen Ambulatorien Entwicklung und Implementation eines umfassenden Instrumentariums zur Qualitätsicherung ambulanter psychiatrischer Behandlungen am Beispiel der Ambulatorien der Psychiatrischen Universitätsklinik Zuerich Evaluation of outpatient treatment in social psychiatric clinics*, 1997.
68. Eichenberger A, Hell D, Roessler W. Einfluss der Sektorisierung auf ambulante und teilstationäre psychiatrische Behandlung in Zuerich: Ergebnisse von 21/2 Jahren Evaluationsforschung. / Impact of sectorisation on outpatient psychiatric treatment in Zurich--Results from two and a half years of continuous monitoring. *Schweizer Archiv fuer Neurologie und Psychiatrie* 1998;149(5):201-208.
69. Ernst C. Zu den Problemen der epidemiologischen Erforschung des sexuellen Missbrauchs The problems of epidemiological research on child sexual abuse. 1997.
70. Ernst C. Epidemiology of depression in late life Epidemiologie der Altersdepression. *Current Opinion in Psychiatry* 1997;10:107-112.
71. Ernst C. Die bessere und die schlechtere Hälfte? Geschlechtsunterschiede in der Prävalenz psychischer Krankheiten aus epidemiologischer Sicht Sex differences in the prevalence of mental disorders from an epidemiological perspective. 2001.
72. Ernst C, Angst J. Depression in old age: Is there a real decrease in prevalence? A review. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 1995;245(6):272-287.
73. Ernst C, Angst J, Foeldenyi M. The Zurich study XVII. Sexual abuse in childhood. Frequency and relevance for adult morbidity. Data of a longitudinal epidemiological study Die Zuericher Studie. XVII. Sexueller Missbrauch in der Kindheit. Häufigkeit und Relevanz fuer die Morbidität im Erwachsenenalter. Daten einer epidemiologischen Längsschnittstudie. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 1993;242(5):293-300.
74. Ernst C, Foeldenyi M, Angst J. The Zurich study: XXI. Sexual dysfunctions and disturbances in young adults: Data of a longitudinal epidemiological study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 1993;243(3-4):179-188.
75. Estermann J. Drogenepidemiologie: Schätzung von Gruppengrösse und Dynamik. *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie* 1994;20(3):717-726.
76. Estermann J. Die Kosten der Drogenrepression. Schätzungen für die Schweiz. Consommation et trafic de drogues: les coûts de la repression. Estimations pour la Suisse 1991. Bern: Bundesamt für Statistik, 1995.
77. Estermann J. Mehr Repression - gleich viel Konsumenten. Zur Sozialepidemiologie des Drogenkonsums. *Neue Zürcher Zeitung* 1995 15. Februar;15.
78. Estermann J. Die Kosten der Drogenrepression. *Plädoyer. Revue juridique et politique* 1995;11(6).

79. Estermann J. Zum Erfolg der Drogenrepression in der Schweiz Eine zeitgeschichtliche Betrachtung Success of measures against drug abuse in Switzerland. *Abhaengigkeiten* 1996;2(1):14-24.
80. Estermann J. Epidemiology of drug use: drug users and the HIV epidemic in Switzerland. In: Friedrich D, Heckmann W, editors. *AIDS in Europe: the behavioural aspect, vol. 2*. Berlin: Stigma, 1996:305-310.
81. Estermann J. Ecstasy: eine Geschichte von Werbung, Aufmerksamkeit und Repression. *Sugarless, Zeitschrift des Zürcher Sozialdepartements zu drogenpolitischen Fragen* 1996(6):15.
82. Squires N, Strobel J, editors. Drug use, convictions and health conditions in swiss prisons. First International Conference on Healthy Prisons; 1996 24-27 March 1996; Liverpool, UK. The University of Liverpool.
83. O'Brien O, editor. Epidemiology of drug use in swiss prisons. Epidémiologie de la toxicomanie dans les prisons suisses. Epidemiologie des Drogenkonsums und Drogenkonsumierende in Schweizer Strafvollzugsanstalten. 3dr European Conference on Drug and HIV/AIDS Services in Prison; 1997 February 1997; Amsterdam, The Netherlands. Cranston Drug Services, London.
84. Estermann J. Recht und Polizei. Illegale Drogen. In: Müller R, Meyer M, Gmel G, editors. *Alkohol, Tabak und illegale Drogen in der Schweiz 1994-1996*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, 1997:152-157.
85. Estermann J, Herrmann U, et al. Sozialepidemiologie des Drogenkonsums: zu Prävalenz und Inzidenz des Heroin- und Kokainverbrauchs und dessen polizeiliche Verfolgung. Berlin, 1996.
86. Estermann J, Herrmann U, Huegi D, Nydegger B. *Sozialepidemiologie des Drogenkonsums Zur Praevalenz und Inzidenz des Heroin- und Kokaingebrauchs und dessen polizeiliche Verfolgung Social epidemiology of drug consumption. On the prevalence and incidence of heroin and cocain usage and its police prosecution*, 1996.
87. Estermann J, Herrmann U, Nydegger B. Aspekte eines sozial integrierten Gebrauchs der Substanzen Heroin und Kokain. *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie* 1996;22(3).
88. Estermann J, Rônez S. Drogen und Strafrecht in der Schweiz. Zeitreihen zu Verzeigungen, Strafurteilen und Strafvollzug, 1974-1994. Drogues et droit pénal en Suisse. Séries chronologiques des dénonciations, jugements pénaux et exécution des peines, 1974-1994. Bern: Bundesamt für Statistik, 1995.
89. Etter JF, Perneger TV. Health status, health behavior and attitudes of young Geneva adults. *Soz Praventivmed* 1997;42(4):195-203.
90. Evans S, Katona C. Epidemiology of depressive symptoms in elderly primary care attenders. *Dementia* 1993;4(6):327-333.
91. Eytan A, Bischoff A, Rustemi I, Durieux S, Loutan L, Gilbert M, et al. Screening of mental disorders in asylum-seekers from Kosovo. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2002;36(4):499-503.
92. Eytan A, McOmH AB, Loutan L. Use of interpreters in Switzerland's psychiatric services. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1999;187(3):190-192.
93. Faeh M. Sind Langzeitpsychotherapien uneffektiv und unbezahlbar? Are long-term psychotherapies ineffective and too expensive? 1997.
94. Fahrenkrug H, Estermann J, Knalle H. Diskussion: wieviele Heroin- und KokaingebraucherInnen gibt es in der Schweiz? Der Streit der Zählxperten. *Abhängigkeiten* 1997;1:58-75.

95. Fahrenkrug H, Estermann J, Knalle H. Diskussion: wieviele Heroin- und KokaingebraucherInnen gibt es in der Schweiz? Der Streit der Zählxperten. *Abhängigkeiten* 1997;1:58-75.
96. Fahrenkrug H, Klingemann HK. Alcohol and accidents in Switzerland: A critical review. *Addiction* 1993;88(7):969-982.
97. Fahrenkrug H, Lavoyer-Bünzli J. *Drogues illégales en Suisse 1990-1993 : la situation dans les cantons et en Suisse*. Zürich: Seismo, cop., 1995.
98. Fahrenkrug H, Mueller R, Mueller S. Cannabis in der Schweiz: Eine Droge auf der Schwelle zum legalen Rauschmittel Cannabis in Switzerland: On the threshold of acceptance as a legal recreational drug. *Abhängigkeiten* 2001;7(1):5-32.
99. Falcato L, Stohler R, Duersteler MacFarland KM, Eichenberger A, Eich D, Roessler W. Closure of an open drug scene--a case register-based analysis of the impact on the demand for methadone maintenance treatment. *Addiction* 2001;96(4):623-628.
100. Federer M, Margraf J, Schneider S. Leiden schon Achtjaehrige an Panik? Praevalenzuntersuchung mit Schwerpunkt Panikstoerung und Agoraphobie. / Do even eight-year-olds suffer from panic disorder? Prevalence study focussing upon panic disorder and agoraphobia. *Zeitschrift fuer Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 2000;28(3):205-214.
101. Ferrero F. L'epidemiologie psychiatrique en Suisse: un survol. / The psychiatric epidemic in Switzerland: An overview. *Schweizer Archiv fuer Neurologie und Psychiatrie* 1997;148(Suppl 3):44-46.
102. Ferrero F, Kasion J-M. Epidémiologie de la violence en psychiatrie. *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie* 1995;146(3):121-125.
103. Foletti G, Despland PA. Severe epilepsy and mental handicap in young adults. Epidemiological survey. *Schweiz Med Wochenschr* 1995;125(25):1246-50.
104. Frei A, Greiner RA. Sparpotenzial: Eine Milliarde. Der volkswirtschaftliche Nutzen der Psychotherapie Cost-cutting potential: Thousand millions. The economic benefits from psychotherapy. *Psychoscope* 2001;22(5):15-18.
105. Frei A, Haari R, Oberholzer AF, Trachsel-Schumacher S. Socioeconomic assessment of therapies--report of a methodological procedure. *Schweiz Med Wochenschr* 1994;124(8):319-26.
106. Frei A, Rehm J. Die Praevalenz psychischer Komorbiditaet unter Opiatabhaengigen. Eine Metaanalyse bisheriger Studien The prevalence of psychiatric comorbidity among opiate addicts: A quantitative metaanalysis. *Psychiatrische Praxis* 2002;29(5):258-262.
107. Frei A, Rehm J, Arbeitsgruppe HeGeBe D. Komorbiditaet: Psychische Stoerungen bei Opiatabhaengigen zu Beginn einer heroingestuetzten Behandlung Comorbidity: Psychiatric disorders in opiate addicts in the initial stage of heroin-assisted treatment. *Psychiatrische Praxis* 2002;29(5):251-257.
108. Frick U, Rüesch P, Neuenschwander M, Rössler W. Unfreiwillige psychiatrische Hospitalisierungen im Kanton Zürich 1995 bis 2001: Wieviel? Wer? Wie? Mit welchem Ergebnis? *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 2003;154(3):116-125.
109. Fuchs WJ, Grob PJ. Harm reduction in an open drug scene Schadensminderung in einer offenen Drogenszene. *European Addiction Research* 1995;1:106-114.
110. Fugslang AK, Moergeli H, Hepp Beg S, Schnyder U. Who develops acute stress disorder after accidental injuries? *Psychotherapy and Psychosomatics* 2002;71(4):214-222.

111. Gabutti L, Mombelli G. Alcohol and drug abuse: a retrospective analysis of incidence in a regional hospital 1993-1994. *Schweiz Med Wochenschr* 1996;126(49):2130-5.
112. Gebhardt RP, Steinert T. Innere Struktur der stationären psychiatrischen Krankenhausversorgung 22 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete Internal structure of psychiatric hospitals 22 years after the federal commission report on the state of psychiatry. *Der Nervenarzt* 1998;69(9):791-798.
113. Gehring TM, Aubert L, Padlina O, Martin Diener E, Somaini B. perceived stress and health-related outcomes in a Swiss population sample. *Swiss Journal of Psychology Schweizerische Zeitschrift fuer Psychologie Revue Suisse de Psychologie* 2001;60(1):27-34.
114. Giesbrecht N, Dick R. Societal norms and risk-taking behaviour: Inter-cultural comparisons of casualties and alcohol consumption. *Addiction* 1993;88(7):367-876.
115. Gmel G. Einige Hintergrundgruende zur aktuellen Praevalenz des Konsums illegaler Drogen in der Schweiz Some background information on current trends in illegal substance use in Switzerland. *Abhaengigkeiten* 1995;1(1):5-14.
116. Gmel G, Bloomfield K, Ahlstrom S, Choquet M, Lecomte T. Women's roles and women's drinking: A comparative study in four European countries. *Substance Abuse* 2000;21(4):249-264.
117. Gmel G, Fahrenkrug H, Maffli E, Maag V, Mueller R. Schwerpunktthema: Ueber den Durst trinken, Qualmen, Kiffen, Pillen schlucken... Zur Sozialepidemiologie des Substanzgebrauchs in der Schweiz, 1992/93 bis 1997 (Mit 5 Einzelbeitraegen) Epidemiology of substance use in Switzerland 1992/1993 and 1997. *Abhaengigkeiten* 1999;5(3):5-81.
118. Gognalons-Nicolet M, Zbinden E. *Troubles mentaux et psychologiques dans la population suisse*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique, 2001.
119. Goldberg D. Community psychiatry in Europe: Assessment and evaluation. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 1997;6(1,MonoSuppl):217-227.
120. Gostynski M, Ajdacic-Gross V, Gutzwiller F, Michel JP, Herrmann F. Depression among the elderly in Switzerland. *Nervenarzt* 2002;73(9):851-60.
121. Grabe HJ, Meyer C, Hapke U, Rumpf HJ, Freyberger HJ, Diling H, et al. Somatoform pain disorder in the general population. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2003;72(2):88-94.
122. Graz B, Raynault MF, Cornuz J. Health status of the populations of the Jura and Neuchâtel cantons: evaluation and recommendations for prevention and health promotion. *Rev Med Suisse Romande* 1999;119(8):657-60.
123. Guimon J, Fischer W, Zbinden E, Goerg D. Therapeutic practice profiles, theoretical models and representations of the psychiatry of Swiss psychiatrists. *Schweizer Archiv fuer Neurologie und Psychiatrie* 1998;149(1):41-50.
124. Guimon J, Fischer W, Zbinden E, Goerg D. Therapeutic practice profiles, work settings and activities of Swiss psychiatrists. *Schweizer Archiv fuer Neurologie und Psychiatrie* 1998;149(1):29-39.
125. Gulfi A. Choice: recherche longitudinale sur l'impact d'un projet de prévention des dépendances pour les jeunes ayant des conduites à risque. Fribourg Suisse, 2002.
126. Gutjahr E, Gmel G. Die sozialen Kosten des Alkoholkonsums in der Schweiz : epidemiologische Grundlagen 1995-1998. Lausanne: SFA-ISPA, 2001.
127. Haenel T, Elsasser PN. Double suicide and homicide-suicide in Switzerland. *Crisis* 2000;21(3):122-5.

128. Heim G. Repräsentative Befragung (Phase T1) zur Wahrnehmung und Einstellungen der Schweizer Bevölkerung zu Drogenproblematik und -konsum. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive Unité d'évaluation de programmes de prévention, 1995.
129. Herrmann H. Stationäre Suchttherapie Schweiz : Angebot und Finanzierung : Gesamtschweizerische Erhebung bei Therapieeinrichtungen im Alkohol- und Drogenbereich für die Jahre 1995-1998. Bern: BBL/EDMZ, 1999.
130. Herrmann U, Nydegger B, Estermann J. Heroin und Kokain: Möglichkeiten des sozial integrierten Gebrauchs. In: Akzept e.V., editor. *4. Drogen Visionen: Zukunftswerkstatt für eine innovative Drogenpolitik und Drogenhilfe*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, 1997.
131. Hofecker-Fallahpour M, Eichenberger A, Rössler W. Die Nachtambulanz - ein Dinosaurier der Reformpsychiatrie? Ergebnisse einer 2-Jahres-Katamnese nach einem Nachtambulanzaufenthalt. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 2001;152(1):5-10.
132. Hoffmann Richter U, Dittmann V. Die forensische Psychiatrie im Spiegel der Schweizer Presse Eine empirische Untersuchung von Presseberichten Forensic psychiatry in Swiss magazines and newspaper reports: An empirical analysis. *Recht & Psychiatrie* 1998;16(1):19-24.
133. Hofler DZ, Eichenberger A, Hell D. How quickly do the effects of sector division appear? The initial results of the companion research of the Zurich sector division project. *Psychiatr Prax* 1997;24(6):286-90.
134. Hofmann G, Baudis P, Darovec J, Frater R, Georgiev E, Haberfellner M, et al. Research study on follow-up changes of psychiatric/psychosocial care in different European countries, with specific references to Middle and Middle-Eastern Europe. *Psychiatria Danubina* 2002;14(3-4):207-223.
135. Huguelet P, Vogel S. Etude des facteurs associés avec des séjours multiples en hôpital psychiatrique: population clinique globale et cas particuliers des troubles dépressifs. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 1997;148(1):25-31.
136. Huissoud T. Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le canton de Vaud : deuxième phase d'évaluation 1998-2000. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2001.
137. Huissoud T, et al. Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le canton de Vaud depuis 1996. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1998.
138. Hutzli E, Schneeberger E. Psychotherapeutische Versorgung in der deutschen Schweiz Psychotherapeutic care in German-speaking Switzerland. *Szondiana* 1996;16(2):80-88.
139. Illés C, Abel T. *Psychische Gesundheit: eine qualitative Studie im Rahmen des Projekts Nationale Gesundheitspolitik Schweiz*. Bern: Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP, 2002.
140. Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, Office fédéral de la santé publique. *Supra - f : programme de recherche en prévention des dépendances de l'OFSP chez les jeunes en situation de risque*. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, 2000.
141. Jaeger B, Ruggiero GM, Edlund B, Gomez Perretta C, Lang F, Mohammadkhani P, et al. Body dissatisfaction and its interrelations with other risk factors for bulimia nervosa in 12 countries. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2002;71(1):54-61.

142. Jakubaschk J, Waldvogel D, Wuermle O. Differences between long-stay and short-stay inpatients and estimation of length of stay Unterschiede zwischen hospitalisierten Lang- und Kurzzeitpatienten und Schaetzung der Krankenhausaufenthaltsdauer. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1993;28(2):84-90.
143. Janine Jacquat B, Francois Y. Konsum psychoaktiver Substanzen bei Schueler/innen in der Schweiz Nationale Ergebnisse der Umfrage zum Gesundheitsverhalten von Schuelerinnen und Schuelern im Alter von 11 bis 15 Jahren Students' consumption of psychoactive substances in Switzerland. Results of a nationwide health survey among female and male students aged 11 to 15 years. *Abhaengigkeiten* 1999;5(1):5-23.
144. Jeltsch Schudel B. Zur Situation von Menschen mit Down-Syndrom in der deutschsprachigen Schweiz The situation of persons with Down's syndrome in German-language Switzerland. *Vierteljahresschrift fuer Heilpaedagogik und ihre Nachbargebiete* 1999;68(1):48-65.
145. Kellerhals C. Les mesures de santé publique de la Confédération en matière de drogues illégales : monitoring 1999-2000 : étude menée dans le cadre de l'évaluation globale du ProMeDro, 4ème phase 1999-2003. Lausanne: Hospices cantonaux DUMSC : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2002.
146. Kesselring A, Krulik T, Bichsel M, Minder C, Beck JC, Stuck AE. Emotional and physical demands on caregivers in home care to the elderly in Switzerland and their relationship to nursing home admission. *European Journal of Public Health* 2001;11(3):267-273.
147. Killias M, Rabasa J. Does heroin prescription reduce crime? Results from the evaluation of the Swiss heroin prescription projects. *Studies on Crime and Crime Prevention* 1998;7(1):127-133.
148. Klingemann H. Alkoholismusbehandlungssysteme im Wandel: Behandlung - Betreuung - Kontrolle im interkulturellen Vergleich Changes in alcohol rehabilitation: Treatment, care, and control in an international comparison. 1994.
149. Klingemann H, Klingemann HD. National treatment systems in global perspective Nationale Behandlungssysteme aus globaler Perspektive. *European Addiction Research* 1999;5(3):109-117.
150. Knolle H. The heroin/cocaine epidemic in Switzerland 1979-1997: A mathematical analysis of law enforcement data Die Heroin/Kokain-Epidemie in der Schweiz 1979-1997: Eine mathematische Analyse von Strafverfolgungsdaten. *Substance Use & Misuse* 1999;34(8):1117-1136.
151. Konings E, Dubois Arber F, Narring F, Michaud PA. Identifying adolescent drug users: Results of a national survey on adolescent health in Switzerland. *Journal of Adolescent Health* 1995;16(3):240-247.
152. Konrad N. Suizid in Haft - europäische Entwicklungen unter Berücksichtigung der Situation in der Schweiz. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 2002;153(3):131-136.
153. Suchtforschung If, editor. Therapieerfolg - was verstehen wir darunter? VI. Symposium des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie, 29. Juni 1995; 1996 29. Juni 1995; Zürich. Institut für Suchtforschung.
154. Kraft U, Udriș I, Musmann C, Muheim M. Gesunde Personen - salutogenetisch betrachtet Eine qualitative Untersuchung Healthy persons - A salutogenetic look: A qualitative study. *Zeitschrift fuer Gesundheitspsychologie* 1994;2(3):216-239.

155. Kübler D, Hausser D, Gervasoni JP. The characteristics of "new users" of cocaine and heroin unknown to treatment agencies: Results from the Swiss Hidden Population Study. *Addiction* 2000;95(10):1561-1571.
156. Kuechenhoff J, Kern C. Stationäre Psychotherapie in der deutschsprachigen Schweiz - eine Übersicht Inpatient psychotherapy in German-speaking Switzerland: An overview. *Schweizer Archiv fuer Neurologie und Psychiatrie* 1998;149(1):11-20.
157. Kuntze MF, Ladewig D, Stohler R. Art und Häufigkeit der Komorbidität bei methadonsubstituierten Opiatabhängigen in der ambulanten Versorgung Prevalence rates of psychiatric disorders and substance abuse comorbidity in an outpatient methadone maintenance clinic. *Sucht* 1998;44(2):95-103.
158. Kuo M, Heeb JL, Gmel G, Rehm J. Does price matter? The effect of decreased price on spirits consumption in Switzerland. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2003;27(4):720-725.
159. Lachenmeier H. Das merkwürdige Diktat der zu kleinen Schuhe. Psychotherapie und Kosten. *Schweizerische Ärztezeitung* 2002;83(7):315-319.
160. Ladame F, Fischer W. Suicide sans mode d'emploi. Genève: Institutions universitaires de psychiatrie, 1994.
161. Ladewig D, Simoni H. Basler Befragung von Opiatabhängigen zur Medikamentengruppe der Benzodiazepine Use of benzodiazepines in opiate addicts - Results of an inquiry in Basel. *Sucht* 1996;42(3):167-175.
162. Laederach J, Fischer W, Bowen P, Ladame F. Common risk factors in adolescent suicide attempters revisited. *Crisis* 1999;20(1):15-22.
163. Laget J, Chanez JM, Dubos PF, Plancherel B, Staffoni-Donadini L, Schwarz F, et al. Hospitalisation psychiatrique des adolescents dans le canton de Vaud: une étude sur les modalités d'admission, les filières de soins, le rôle et le vécu de l'hospitalisation. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 2002;153(6):272-281.
164. Lalive d'Épinay C, Maystre C, Bickel JF, Riand JF, Hoepflinger F. Zur psychischen und somatischen Situation älterer Menschen - Veränderungen im Verlauf von 1979 bis 1994 an zwei repräsentativen Schweizer Stichproben Functional and subjective health of the elderly - Comparing the situation in 1979 and 1994 in two Swiss samples. *Zeitschrift fuer Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 1999;45(3):209-217.
165. Lalive d'Épinay C, Michel J-P, Stuckelberger A, Maystre C, Riand J-F. Santé de la population âgée à Genève : une comparaison de l'état de santé fonctionnelle, psychique et auto-évaluation en 1979 et en 1994. *Médecine et hygiène* 1996;54:2145-2152.
166. Lauber C, Nordt C, Falcato L, Roessler W. Bürgerhilfe in der Psychiatrie: Determinanten von Einstellung und tatsächlichem Engagement Volunteering in psychiatry: Determinants of attitudes and actual working commitment. *Psychiatrische Praxis* 2000;27(7):347-350.
167. Lauber C, Nordt C, Falcato L, Roessler W. Determinants of attitude to volunteering in psychiatry: results of a public opinion survey in Switzerland. *Int J Soc Psychiatry* 2002;48(3):209-19.
168. Leitner A, Besson J, Gierth L, Grohs Kellner G, Lambert S, Lentner S, et al. Alkoholabhängigkeit im interkulturellen Vergleich Cross-cultural differences in alcoholism. *Wiener Zeitschrift fuer Suchtforschung* 1995;18(4):25-38.

169. Leutwyler S. Suchtmittelkonsum in der Rekrutenschule : eine Studie zum Suchtmittelkonsum in den schweizerischen Rekrutenschulen in Bezug auf die subjektive Wahrnehmung der militärischen Lebens- und Arbeitsbedingungen und die Anwendung individueller Stressverarbeitungsstrategien. Freiburg (CH), 2000.
170. Lieb R, Mastaler M, Wittchen H. Gibt es somatoforme Störungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen? Erste epidemiologische Befunde der Untersuchung einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. / Do somatoform disorders affect adolescents and young adults? First epidemiological findings based on a representative population sample. *Verhaltenstherapie* 1998;8(2):81-93.
171. Liengme N. Population en situation de précarité à Genève : évaluation des besoins médicaux et mise en place d'une unité mobile de soins. Université de Genève, 1998.
172. Lutz W. Efficacy, effectiveness, and expected treatment response in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology* 2003;59(7):745-750.
173. Lykouras L, Rontos I, Rontos K, Katsaras A, Markoulis T, Papasteriades E, et al. Detecting alcohol-related problems among general hospital patients with heart disease. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2001;70(1):25-29.
174. Madoe I. Qualität des psychotherapeutischen Angebots aus der Sicht der Nutzer. Universität de Fribourg, 2001.
175. Maffli E, Bahner U. Gebrauch von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential in der Schweiz. Lausanne: SFA-ISPA, 1999.
176. Maier T. Stationäre gerontopsychiatrische Versorgung: Evaluation von Krankengut und Verläufen Inpatient psychogeriatric care: Patients and outcomes. *Zeitschrift fuer Gerontopsychologie und psychiatrie* 1995;8(3):119-133.
177. Manzano J, Borella E, Fane C, Fischer W, Gex-Fabri M, Laufer D, et al. Continuité et discontinuité de la psychopathologie: Une étude sur des patients examinés comme enfants et comme adults IV- l'enfance des patients psychosomatique adultes. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 1997;148(3):112-116.
178. Marro J-J. Toxicomanie et pharmacies : situation dans le canton de Vaud. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994.
179. Meier D, Ermini Fuenfschilling D, Monsch AU, Staehelin HB. Pflegende Familienangehörige von Demenzpatienten. Ihre Belastungen und ihre Bedürfnisse. / Caring for a family member with dementia: Their burdens and needs of support. *Zeitschrift fuer Gerontopsychologie und psychiatrie* 1999;12(2):85-96.
180. Merikangas KR, Angst J, Eaton W, Canino G, et al. Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorders and substance misuse: Results of an international task force. *British Journal of Psychiatry* 1996;168(Suppl 30):58-67.
181. Merikangas KR, Avenevoli S, Acharyya S, Zhang H, Angst J. The spectrum of social phobia in the Zurich Cohort Study of young adults. *Biological Psychiatry* 2002;51(1):81-91.
182. Messerli-Rohrbach V, Bosch J, Brudy N, Cahn T, Schmied M. Accommodations for psychiatric patients. An empirical study of the Basel area canton. *Psychiatr Prax* 1997;24(5):227-30.
183. Meyer PC. Soziale Rollen und Statuspositionen in der Bevölkerung und bei Psychiatriepatienten. Forschungsbericht der Abteilung für Psychosoziale Medizin. Zürich: Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Zürich, 1995.

184. Meyer PC, Neuenschwander M, Christen S. Leistungsevaluation durch psychiatrische Basisdaten im Kanton Zürich. In: Hell D, Bengel J, Kirsten-Krüger M, editors. *Qualitätssicherung der psychiatrischen Versorgung*. Basel: Karger, 1998:118-132.
185. Meyer PC, Neuenschwander M, Prandini D, Hell D. Statistischer Bericht 1996 (...): stationäre Behandlungen in psychiatrischen Kliniken, Psychotherapiestationen und Institutionen für Suchtkranke des Kantons Zürich. Forschungsbericht der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Zürich: Psychiatrische Universitätsklinik, 1996.
186. Michaud PA, Tschumper A, Meyer R, Wydler H, Bodmer I. Die Akzeptanz der Gesundheitsversorgung durch Jugendliche in der Schweiz Adolescents' acceptance of health care services in Switzerland. 1995.
187. Modestin J. Criminal and violent behavior in schizophrenic patients: An overview Kriminelles und gewalttaetiges Verhalten bei Schizophreniepatienten: Ein Ueberblick. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 1998;52(6):547-554.
188. Modestin J, Ammann R. Mental disorders and criminal behaviour Psychische Stoerungen und kriminelles Verhalten. *British Journal of Psychiatry* 1995;166:667-675.
189. Modestin J, Ammann R. Mental disorder and criminality: Male schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1996;22(1):69-82.
190. Modestin J, Berger A, Ammann R. Mental disorder and criminality: Male alcoholism. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1996;184(7):393-402.
191. Modestin J, Mauron S, Erni T. Criminal behaviour in female schizophrenic inpatients Kriminelles Verhalten von weiblichen stationaer aufgenommenen Schizophreniepatienten. *Archives of Women's Mental Health* 2002;4(3):93-98.
192. Modestin J, Rigoni H. Criminality in female inpatients with substance use disorders Kriminalitaet bei stationaeren Patientinnen mit Suchtmittelabhaengigkeit. *European Addiction Research* 2000;6(3):148-153.
193. Moggi F, Hirsbrunner HP, Brodbeck J, Bachmann KM. One-year outcome of an integrative inpatient treatment for dual diagnosis patients. *Addict Behav* 1999;24(4):589-92.
194. Moggi F, Hirsbrunner HP, Wittig R, Donati R, Brodbeck J, Bachmann KM. Stationaere Behandlung von Patienten mit Doppeldiagnosen Ein Pilotprojekt zur Entwicklung und Evaluation eines Therapieprogramms zur integrativen Behandlung von substanzgebundenem Suchtverhalten und einer anderen schweren psychischen Stoerung Inpatient treatment of patients with dual diagnosis: Development and evaluation of an inpatient program for integrative treatment of substance-related addiction and other severe mental disorder: A pilot project. *Verhaltenstherapie* 1996;6(4):201-209.
195. Monasevic M, Mattia M, Finozzi E, Fonte R, Biscaldi G. The psychosocial problems in a population of emigrant Italian workers. *G Ital Med Lav* 1993;15(5-6):109-15.
196. Müller R, Fahrenkrug H, Rehm J. Neue Daten zum Alkoholkonsum der Schweizer Bevoelkerung Recent data on alcohol consumption in Switzerland. *Drogalkohol* 1993;17(1):33-37.
197. Müller R, Meyer M, Gmel G, Brenner D, Buschan C. *Alkohol, Tabak und illegale Drogen in der Schweiz, 1994-1996*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA), 1997.
198. Neuenschwander M, Meyer PC, Hell D. Tabellenband 1998: stationäre Behandlungen in psychiatrischen Kliniken, Psychotherapiestationen und Institutionen für Suchtkranke des Kantons Zürich. *Forschungsberichte der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich*. Zürich: Psychiatrische Universtitätsklinik, 1999.

199. Noack RH, Foppa I, Calmonte R. Reported disease and psychological well-being in Swiss adults
Berichtete Krankheit und psychisches Wohlbefinden bei Erwachsenen aus der Schweiz. *Sozial
und Praeventivmedizin* 1993;38(5):297-312.
200. O'Donnell ML, Creamer M, Bryant RA, Schnyder U, Shalev A. Posttraumatic disorders
following injury: An empirical and methodological review. *Clinical Psychology Review*
2003;23(4):587-603.
201. Office fédéral de la santé publique. Unité principale dépendances et sida. Politique de la
Confédération en matière de drogue : des chiffres et des faits. Berne: OFSP Unité principale
Dépendances et Sida, 1997.
202. Olafsdottir M, Skoog I, Marcusson J. Detection of dementia in primary care: The Linkoepping
study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 2000;11(4):223-229.
203. Osiek C, Bondolfi G, Ferrero F. Etude de prévalence du jeu pathologique en Suisse. Lausanne:
La Romande des jeux, 1999.
204. Peltenburg M. Cannabis und psychische Gesundheit bei Jugendlichen. *Praxis* 2003;92:1195-
1196.
205. Perneger TV, Allaz AF, Etter JF, Rougemont A. Mental health and choice between managed care
and indemnity health insurance. *American Journal of Psychiatry* 1995;152(7):1020-1025.
206. Perret G, Deglon JJ, Kreek MJ, Ho A, La Harpe R. Lethal methadone intoxications in Geneva,
Switzerland, from 1994 to 1998. *Addiction* 2000;95(11):1647-1653.
207. Perron JM. Prescription of methadone in the canton of Fribourg. Experience, satisfaction and
deception. *Rev Med Suisse Romande* 1993;113(5):357-9.
208. Petite DF, et al. La pratique de la psychothérapie en psychiatrie privée et publique : approche
statistique. *Cahiers psychiatriques genevois* 1993;14:57-70.
209. Placidi GPA, Boldrini M, Patronelli A, Fiore E, Chiovato L, Perugi G, et al. Prevalence of
psychiatric disorders in thyroid diseased patients. *Neuropsychobiology* 1998;38(4):222-225.
210. Poitras S, Bertolote JM. Mental Health Legislation. *Socijalna Psihijatrija* 1999;27(1-2):102-117.
211. Pouget R, Yersin B, Wietlisbach V, Bumand B, Bula CJ. Depressed mood in a cohort of elderly
medical inpatients: prevalence, clinical correlates and recognition rate. *Aging (Milano)*
2000;12(4):301-7.
212. Powell AL. Senile dementia of extreme aging: A common disorder of centenarians. *Dementia*
1994;5(2):106-109.
213. Quammou Lewis M, Tschan F, Tueller N, Seiler A. Einfluss wichtiger politischer Eingriffe in die
Drogenszene auf die Anzahl Methadonbehandlungen im Kanton Bern 1979 bis 1992 The
influence of political interventions on the number of cases in methadone treatment in the
canton of Berne between 1979-1992. *Abhaengigkeiten* 1995;1(2):4-14.
214. Raetz M-A. Erfahrungen des "Réseau DELTA" mit der Versorgung von Patienten mit
psychischen Problemen. *Managed Care* 1999;2:11-13.
215. Ramaciotti D, Perriard J, Alpiger S. Die Kosten des Stresses in der Schweiz. Bern: Seco -
Direktion für Arbeit, 2003.
216. Rehm J. Aktuelle Praevalenz des Konsums illegaler Drogen in der Schweiz Neue Daten aus der
Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/93 Current prevalence of illegal drug use in
Switzerland: New data of Swiss health survey 1992/1993. *Drogalkohol* 1994;18(2):85-94.
217. Rehm J, Arminger G. Alcohol consumption in Switzerland 1987-93: Adjusting for differential
effects of assessment techniques on the analysis of trends. *Addiction* 1996;91(9):1335-1344.

218. Rehm J, Efonayi Maeder D, Abbet JP. Das Schnueffeln von loesemittelhaltigen Produkten in der Schweiz Ergebnisse einer Repraesentativbefragung von 15-/16jaehrigen SchuelerInnen Glue sniffing in Switzerland: Results of a representative survey of 15- to 16-year-old students. *Drogalkohol* 1993;17(2):99-108.
219. Rehm J, Gmel G. Patterns of alcohol consumption and social consequences. Results from an eight-year follow-up study in Switzerland. *Addiction* 1999;94(6):899-912.
220. Rehm J, Lengler R, Bolliger H, Uchtenhagen A, Fischer B. Erhebung des Behandlungsbedarfes für Personen mit primären Opioidproblemen im Kanton Tessin. Zürich: Institut für Suchtforschung, 2003.
221. Reisch T, Thommen M, Csontos Z, Tschacher W. Die Berner Psychotherapie-Tagesklinik: Evaluation und Einordnung in die psychiatrische Versorgungskette Evaluation of the Bern day treatment program and its position in the psychiatric network. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 2002;52(2):56-63.
222. Reuband KH. Drug use and drug policy in Western Europe Drogengebrauch und Drogenpolitik in Westeuropa. *European Addiction Research* 1995;1:32-41.
223. Rey Gex C, Narring F, Ferron C, Michaud PA. Suicide attempts among adolescents in Switzerland: prevalence, associated factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand* 1998;98(1):28-33.
224. Riecher-Rössler A, Rössler W. The course of schizophrenic psychoses: what do we really know? A selective review from an epidemiological perspective Der Verlauf schizophrener Psychosen: Was wissen wir wirklich? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 1998;248(4):189-202.
225. Rihs-Middel M, Lotti H. *Suchtforschung des BAG = Recherches de l'OFSP en matière de dépendances 1993-1996*. Bern: EDMZ/OCFIM, 1997.
226. Rodondi P-Y, Narring F, Michaud P-A. Drinking behaviour among teenagers in Switzerland and correlation with lifestyles. *European journal of pediatrics* 2000;159(8):602-607.
227. Roethlisberger C, Calmonte R. Sportliche Aktivitaet, personale Ressourcen und Belastungen von Adoleszenten Athletic participation, personal resources, and distress in adolescents. *Zeitschrift fuer Gesundheitspsychologie* 1995;3(3):209-223.
228. Rössler W. Psychiatric services Psychiatrische Dienste. *Current Opinion in Psychiatry* 1998;11(2):191-195.
229. Rössler W. Cui Bono or who needs health economics? *Psychiatr Prax* 2001;28 Suppl 1:S29-31.
230. Rössler W. Versorgungsbedarf und Versorgungsperspektiven Mental health services: Demands and perspectives. 2002.
231. Rössler W, Riecher-Rössler A. Comprehensive care of the schizophrenics - End of the revolving-door psychiatry? Umfassende Versorgung der Schizophrenen - Das Ende der Drehtuerpsychiatrie? 2001.
232. Rössler W, Salize HJ, Cucchiario G, Reinhard I, Kernig C. Does the place of treatment influence the quality of life of schizophrenics? Beeinflusst der Ort der Behandlung die Lebensqualitaet von Schizophrenen? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1999;100(2):142-148.
233. Rössler W, Salize J, Knapp M. The costs of schizophrenia. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1998;66(11):496-504.
234. Rüesch P, Meyer PC, Graf J, Hell D. Beschaeftigungslage von Schizophrenie- und Affektkranken Employment situation of psychiatric inpatients with schizophrenic or affective disorders. *Psychiatrische Praxis* 2002;29(2):68-75.

235. Rüesch P, Meyer PC, Hell D. Who is rehospitalized in a psychiatric hospital? Psychiatric hospitalization rates and social indicators in the Zurich canton (Switzerland). *Gesundheitswesen* 2000;62(3):166-71.
236. Rüesch P, Meyer PC, Hell D. Wer wird psychiatrisch rehospitalisiert? Psychiatrische Hospitalisierungsraten und soziale Indikatoren im Kanton Zuerich (Schweiz) Who is readmitted to a psychiatric hospital? Psychiatric hospitalization rates and social indicators in the Canton of Zurich (Switzerland). *Das Gesundheitswesen* 2000;62(3):166-171.
237. Santonastaso P, Mondini S, Favaro A. Are fashion models a group at risk for eating disorders and substance abuse? *Psychotherapy and Psychosomatics* 2002;71(3):168-172.
238. Santonastaso P, Zanetti T, Ferrara S, Olivotto MC, Magnavita N, Favaro A. A preventive intervention program in adolescent schoolgirls: A longitudinal study. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1999;68(1):46-50.
239. Santos-Eggimann BS. Comment faire correspondre les structures médico-sociales aux besoins des personnes âgées chroniquement dépendantes ? : résultats de l'adaptation suisse du système "Balance of care". *Médecine et hygiène* 2000;58:321-325.
240. Schaaf S. Stationäre Suchttherapie von Opiatabhängigen am Beispiel der Schweiz. In: Uchtenhagen A, Zieglgänsberger W, editors. *Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*. München: Urban & Fischer Verlag, 2000:299-309.
241. Schaaf S, Dobler-Mikola A. Evaluation im Suchtbereich - Bedenken und Bedürfnisse in Entzug und Therapie. *DrogenMagazin, Zeitschrift für Suchtfragen* 1995;21(4):28-34.
242. Schick M, Stucki G, Rodriguez M, Meili EO, Huber E, Michel BA, et al. Haemophilic; arthropathy: assessment of quality of life after total knee arthroplasty. *Clin Rheumatol* 1999;18(6):468-72.
243. Schmid H. Sport, Alkohol, Tabak und illegale Drogen in der Entwicklung von Jugendlichen zu jungen Erwachsenen: Eine Laengsschnittuntersuchung. / Sport, alcohol, tobacco, and illicit drugs in the development from adolescence to young adulthood: A prospective study. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 2002;10(1):36-48.
244. Schmid H, Kuntsche EN, Delgrande M. Anpassen, ausweichen, auflehnen? Fakten und Hintergründe zur psychosozialen Gesundheit und zum Konsum psychoaktiver Substanzen von Schuelerinnen und Schuelern Adjustment, avoidance, revolt? Facts and background on psychosocial health and psychoactive drug usage among students. 2001.
245. Schmidtke A, Loehr C, Weinacker B, Fekete S, Haring C, Michel K, et al. Chronische Suizidalitaet: Epidemiologie. / Chronic suicidal behaviour: Epidemiology. *Krankenhauspsychiatrie* 2000;11(Suppl2):S76-S81.
246. Schnyder U, Valach L. Traumatic stress issues in psychiatric institutions in Switzerland Traumatisher Stress als ein Thema in psychiatrischen Institutionen der Schweiz. *European Journal of Psychiatry* 1997;11(3):162-172.
247. Schopper D, Pereira J, Torres A, Cuende N, Alonso M, Baylin A, et al. Estimating the burden of disease in one Swiss canton: what do disability adjusted life years (DALY) tell us? *Int J Epidemiol* 2000;29(5):871-7.
248. Schumacher S. Eine interkulturelle Studie über Werte und psychische Gesundheit : USA, Kanada, Schweiz, Italien, Portugal, China und Tansania. Université de Fribourg, 2002.

249. Schweizer M, Buchmann R, Schlegel M, Schulthess P. Struktur und Leistung der Psychotherapieversorgung in der Schweiz. Erhebung der Schweizer Charta fuer Psychotherapie Structure and productivity of psychotherapeutic care in Switzerland. *Psychotherapie Forum* 2002;10(3):127-146.
250. Service de coordination de la Ligue FOS. La Ligue pour l'évaluation des traitements résidentiels de la toxicomanie en 1999. Rapport d'activité et statistique annuelle; Comparaison des données des thérapies à court-moyen terme et à long-terme. Zürich: Institut für Suchtforschung, 2000.
251. Shah A, Murthy S, Suh GK. Is mental health economics important in geriatric psychiatry in developing countries? *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2002;17(8):758-764.
252. Sieber M. *Drogenkonsum: Einstieg und Konsequenzen Ergebnisse von Laengsschnittuntersuchungen und deren Bedeutung fuer die Praevention Drug usage: Entry and consequences. Results of longitudinal studies and their relevance for prevention*, 1993.
253. Sommer R, Zoller P, Felder W. Elternschaft und psychiatrische Hospitalisation. / Parenthood and psychiatric hospitalization. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 2001;50(7):498-512.
254. Spitzer C, Klauer T, Grabe HJ, Lucht M, Stieglitz RD, Schneider W, et al. Gender Differences in Dissociation. *Psychopathology* 2003;36(2):65-70.
255. Spycher S, Nadai E, Gerber P. Auswirkungen von Erwerbslosigkeit und Armut auf Familien, Teil 1: Literaturbericht, Teil 2: Datengrundlagen in der Schweiz, Teil 3: Literaturlisten. Bern: Eidg. Kommission für Familienfragen, 1997.
256. Stebler S. Suchtprävention für gefährdete Jugendliche : eine Evaluationsstudie zum supra-f-Projekt des Bundesamtes für Gesundheit. Freiburg Schweiz, 2002.
257. Steinhausen HC. Child and adolescent psychiatric disorders in a public service over seventy years. *European Child and Adolescent Psychiatry* 1997;6(1):42-48.
258. Steinhausen HC. Hyperkinetische Störungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen Hyperkinetic disorders in children, adolescents, and adults. 2000.
259. Steinhausen HC. Epidemiologie, Klinik und Diagnostik der geistigen Behinderung Epidemiology, clinical aspects, and diagnosis of mental retardation. 2000.
260. Steinhausen HC, Meier M, Angst J. The Zurich long-term outcome study of child and adolescent psychiatric disorders in males. *Psychological Medicine* 1998;28(2):375-383.
261. Steinhausen HC, Metzke CW. Global measures of impairment in children and adolescents: results from a Swiss community survey. *Aust N Z J Psychiatry* 2001;35(3):282-6.
262. Steinhausen HC, Reitzle M. Kinder- und jugendpsychiatrische Klientel im Kanton Zuerich ueber zwei Jahrzehnte Child and adolescent psychiatric patients in the canton of Zurich over two decades. *Schweizer Archiv fuer Neurologie und Psychiatrie* 1994;145(2):28-36.
263. Steinhausen HC, Reitzle M. The child and adolescent psychiatric clientele in the Zurich canton over two decades. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 1994;145(2):28-36.
264. Steinhausen HC, Winkler Metzke C. Die Zuercher Laengsschnittstudie zur Entwicklungspsychologie und -psychopathologie im Jugendalter The Zurich Longitudinal Study of Developmental Psychology and Psychopathology in Adolescents. *Zeitschrift fuer Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie* 1997;17(3):256-269.

265. Steinhausen HC, Winkler Metzke C. Frequency and correlates of substance use among preadolescents and adolescents in a Swiss epidemiological study Häufigkeit und Korrelate des Substanzgebrauchs von Kindern und Jugendlichen in einer Schweizer epidemiologischen Untersuchung. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1998;39(3):387-397.
266. Steinhausen HC, Winkler Metzke C, Meier M, Kannenberg R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zuerich Epidemiological Study Prävalenz kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen: Die Zuercher Epidemiologische Studie. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998;98:262-271.
267. Steinhausen H-C, et al. Behavioral and emotional problems reported by parents for ages 6-17 in a Swiss epidemiological study. *European child and adolescent psychiatry* 1997;6:136-141.
268. Steinhausen H-C, Winkler Metzke C. Youth Self Report of Behavioral and Emotional Problems in a Swiss Epidemiological Study. *Journal of Youth and Adolescence* 1998;27:429-441.
269. Steinhausen H-C, Winkler Metzke C, Kannenberg R. *Handbuch: Fragebogen für Jugendliche: Zürcher Ergebnisse zur deutschen Fassung des Youth Self Report (YSR)*. Zürich: Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universität Zürich, 1996.
270. Steinhausen H-C, Winkler Metzke C, Kannenberg R. *Handbuch: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen: Zürcher Ergebnisse zur deutschen Fassung der Child Behavior Checklist (CBCL)*. Zürich: Psychiatrische Universitäts-Poliklinik für Kinder und Jugendliche, 1996.
271. Steinhausen H-C, Winkler Metzke C, Meier M. Eating disorder in adolescence in a Swiss epidemiological study. *International Journal of Eating Disorders* 1997;22:147-151.
272. Steinhausen H-C, Winkler Metzke C, Meier M, Kannenberg R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zurich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 1998;98:262-271.
273. Testa Mader A, Degrate A, Clerici N. Les personnes étrangères et suisses entrées en contact avec la psychiatrie publique: Une étude comparative concernant trois régions de soins en Suisse. / Use of public psychiatric services by Swiss and foreign nationals: A comparative study involving three Swiss care regions. *Schweizer Archiv fuer Neurologie und Psychiatrie* 2002;153(3):123-130.
274. Tohen M, Angst J. Epidemiology of bipolar disorder. *Tsuang, Ming T. (Ed); Tohen, Mauricio (Ed). (2002). Textbook in psychiatric epidemiology (2nd ed.). (pp. 427 444). New York, NY, US: Wiley Liss. xi, 722 pp.SEE BOOK, 2002.*
275. Üstün TB. Cross-national epidemiology of depression and gender. 2002.
276. Üstün TB, Kessler RC. Global burden of depressive disorders: The issue of duration. *British Journal of Psychiatry* 2002;181(3):181-183.
277. Vaquero Holzmann ME. Etude de la comorbidité des problèmes liés à l'alcool dans une population de patients hospitalisés en psychiatrie en Valais romand en 1994. Université de Lausanne, 1998.
278. Vaucher S, Rehm J, Benvenuti J, Mueller R. Young teenagers and access to alcohol in a Swiss canton: Evidence from observational testing and from a telephone survey. *Addiction* 1995;90(12):1619-1625.
279. Vetter P, Steiner O, Kraus S, Moises H, Kropp P, Moeller WD, et al. Factors affecting the utilization of homecare supports by caregiving relatives of Alzheimer patients. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 1998;9(2):111-116.

280. Vingerhoets AJJM, Van Huijgevoort M, Van Heck GL. Leisure sickness: A pilot study on its prevalence, phenomenology, and background. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2002;71(6):311-317.
281. Voll P, Gauthier J-A. Ambulante Suchtberatung 1994 : Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich (SAMBAD) : Pilotsbericht zu den Ergebnissen des 1. Halbjahres Juli bis Dezember 1994. Lausanne: SFA-ISPA, 1996.
282. von Aster M, Meier M, Steinhausen HC. Child and adolescent psychiatric services in the canton of Zurich: a comparison of outpatients, day clinic, and inpatient referral populations. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 1998;47(9):668-82.
283. von Aster M, Meier M, Steinhausen HC. Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton Zuerich: Vergleich der Inanspruchnahme von Ambulanz, Tagesklinik und Station Child and adolescent psychiatric services in the Canton of Zurich: A comparison of outpatient, day clinic, and inpatient referral populations. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 1998;47(9):668-682.
284. von Bardeleben U, Ladewig D, Simon A. The Basel dependence study. *Ther Umsch* 1993;50(3):148-59.
285. Vuilleumier P, Jallon P. Epilepsie et troubles psychiatriques: Donnees epidemiologiques. / Epilepsy and psychiatric disorders: Epidemiological data. *Revue Neurologique* 1998;154(4):305-317.
286. Wacker HR. *Angst und Depression Eine epidemiologische Untersuchung Anxiety and depression. An epidemiological investigation*, 1995.
287. Wacker HR. Diagnosis, epidemiology and comorbidity of anxiety disorders. *Ther Umsch* 1997;54(10):559-63.
288. Weber A. Psychiatrische Versorgung durchs "Seiten-Tor"? *Managed Care* 1999;2:16-17.
289. Weiner MF, Doody RS, Sairam R, Foster B, Liao Ty. Prevalence and incidence of major depressive disorder in Alzheimer's disease: Findings from two databases. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 2001;13(1):8-12.
290. Weiss R. *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich: Seismo Verlag, 2003.
291. Wertheimer J. Psychogeriatric organization in the medico-social network: The experience of the canton of Vaud, Switzerland. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 1997;8(2):143-145.
292. Wettstein A, Meier A, Schonenberger MP, Pachmann-Wiesmeth A, Gabathuler U. The Zurich prospective dementia study 1987-1993. *Schweiz Rundsch Med Prax* 1997;86(24):1021-8.
293. Wicki W, Stuebi B. Praeventionsforschung im Bereich substanzgebundener Abhaengigkeiten bei Jugendlichen: State of the Art Research on drug prevention for adolescents: State of the art. *Zeitschrift fuer Gesundheitswissenschaften* 2001;9(3):205-228.
294. Widmer J, Zbinden Zingg P. Discours sur la drogue dans les médias suisses 1991 : résultats de deux recherches sur la presse écrite d'octobre à décembre 1991. Lausanne: Institut universitaire de médecine social et préventive, 1993.
295. Wilde GJ. Effects of mass media communications on health and safety habits: An overview of issues and evidence. *Addiction* 1993;88(7):983-996.
296. Winkler Metzke C, Steinhausen H-C. Merkmale der Schulumwelt und psychische Befindlichkeit. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* 2001;33(1):30-41.

297. Wittchen HU, Essau CA. Epidemiology of panic disorder: Progress and unresolved issues. *Journal of Psychiatric Research* 1993;27(Suppl 1):47-68.
298. Wittchen HU, Fehm L. Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of social phobia Epidemiologie, Komorbidaetsmuster und einhergehende Einschränkungen der Sozialen Phobie. *Psychiatric Clinics of North America* 1993;24(4):617-641.
299. Yilmaz AT. Turkish immigrants in ambulatory psychiatric treatment. *Schweiz Rundsch Med Prax* 1997;86(21):895-8.
300. Yilmaz AT, Stohler R, Battegay R. Opiate dependence in immigrant from Turkey. *Schweiz Rundsch Med Prax* 1996;85(31-32):930-4.
301. Zemp Stutz E, Coda P, Kessler P, Ackermann Liebrich U. Soziale Faktoren und psychisches Wohlbefinden Social factors and psychological well-being. 2001.
302. Zimmer Hoefler D, Eichenberger A, Hell D. Wie rasch zeigen sich Sektorisierungseffekte? Erste Resultate aus der Begleitforschung des Zuericher Sektorisierungsprojektes Continuous monitoring in community psychiatry: Preliminary findings. *Psychiatrische Praxis* 1997;24(6):286-290.
303. Zweifel P. Agency relationships in psychotherapy: An economic analysis Vermittlerfunktionen in der Psychotherapie: Eine wirtschaftliche Analyse. *Social Science & Medicine* 1994;39(5):621-628.