07.01.2026

Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Empfehlungen zur Weiterentwicklung des allgemeinpsychiatrischen Versorgungssystems

Matthias Jäger[1,2,3], Gianfranco Zuaboni[2], Rafael Traber[1,3], Fulvia Rota[3]

[1]Schweizerische Vereinigung psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte (SVPC)

[2]Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (SOPSY)

[3]Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP)

1. Einleitung

In der Schweiz wurden wie in den umliegenden Ländern in den letzten fünfzig Jahren wesentliche Reformen des psychiatrischen Versorgungssystems angestossen. Die Entwicklungen erfolgten dabei regional unterschiedlich, wobei sich Tessin und Romandie eher an den Reformbewegungen in Italien und Frankreich und die deutschsprachige Schweiz an den Empfehlungen der Psychiatrie-Enquête in Deutschland orientiert hat. Die wichtigsten Ziele der Reformen waren (und sind weiterhin): ambulante und gemeindenahe vor stationärer Behandlung, Kooperation und Koordination aller Angebote, bedarfsgerechte Versorgung aller Menschen mit einer psychischen Erkrankung, Auf- und Ausbau ambulanter Dienste und psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Reduktion stationärer Aufenthalte und Langzeithospitalisationen, Gleichstellung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Menschen mit körperlichen Erkrankungen (Deutscher Bundestag, 1975). In der Folge kam es in der Schweiz wie in allen anderen europäischen Ländern zu einem signifikanten Bettenabbau (in der Romandie und im Tessin ausgeprägter als in der Deutschschweiz), einem Ausbau ambulanter gemeindenaher Angebote, einem Aufbau von speziellen Wohnformen für Menschen mit psychischen oder kognitiven Beeinträchtigungen und zur Integration psychiatrischer Dienste in somatische Spitäler. Ein wie ursprünglich geforderter weitgehender Abbau der grossen psychiatrischen Institutionen und die Einrichtung psychiatrischer Stationen in Allgemeinspitälern blieb in der Schweiz jedoch aus. So ist die Zahl der stationären Behandlungsplätze pro Einwohner im internationalen Vergleich weiterhin hoch und die Hospitalisierungsrate steigend (Obsan, 2025; WHO, 2025). Dies ist in Zusammenhang mit der ungenügenden Finanzierung der intermediären Angebote und der kaum vorhandenen Finanzierung des für die Vernetzung notwendigen Aufwandes der Leistungserbringer zu diskutieren.

Die Schweiz steht weltweit nach den USA an der Spitze der Gesamtausgaben für das Gesundheitssystem. Der Anteil der Ausgaben für die psychische Gesundheit liegt mit rund 3% der Gesamtkosten jedoch weit hinter jenem englischsprachiger, skandinavischer sowie benachbarter Länder, deren Anteile bei 8-12% liegen (NHS Benchmarking Network, 2022). Dies weist darauf hin, dass die Psychiatrie kein Haupttreiber der steigenden Gesundheitskosten in der Schweiz ist. 47% der Ausgaben für die psychische Gesundheit fallen im stationären Bereich an,

der praxisambulante Bereich umfasst 29%, der intermediäre (spitalambulant, tagesklinisch und aufsuchend) Bereich 13% der Ausgaben und 11% betreffen Leistungen, die via gemeinwirtschaftliche Leistungen finanziert werden (Tuch et al., 2024). Das Finanzierungssystem setzt klare Anreize für eine Fokussierung auf stationäre Angebotsstrukturen und hält keine Grundlagen für eine Förderung der intermediären Angebote und eine Weiterentwicklung der Angebotsintegration vor. Die Folge ist eine stetige Erweiterung der Angebotskapazitäten unter Aufrechterhaltung des stationären Bereichs, was zu steigenden Kosten und Problemen aufgrund zunehmendem Fachkräftemangel führt. Tatsächlich stationsersetzende Verlagerungen von Behandlungen in den intermediären Bereich können unter diesen Voraussetzungen nur sehr begrenzt stattfinden, ohne dass sich negative Konsequenzen für das Betriebsergebnis der Kliniken ergeben. Für eine zielführende und kosteneffiziente Weiterentwicklung des aktuell vergleichsweise ressourcenreichen Versorgungssystems (Jäggi et al., 2017) wären geeignete (finanzielle) Anreize für eine konsequente Weiterentwicklung der ambulanten und intermediären Angebote erforderlich, um mindestens den steigenden Bedarf abzudecken und möglichst stationsersetzend wirksam zu werden. Die für 2028 geplante Umsetzung der EFAS-Reform (einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Versorgung) könnte hierbei hilfreich sein, beinhaltet allerdings nicht per se Anreize für eine stärkere Ambulantisierung oder zur besseren Koordination. Hierdurch könnte eine weitere unsystematische und ineffiziente Steigerung der Ressourcen im gesamten Versorgungssystem vermieden und stattdessen eine fokussierte, bedarfsgerechte und qualitativ hochstehende Basisversorgung gewährleistet werden.

Angesichts zunehmender Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen, absehbarer Abnahme psychiatrischer Behandlungskapazitäten sowie Hinweisen auf unzureichende Koordination der Verteilung der Ressourcen, insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, besteht weiterhin Entwicklungs- und Reformbedarf für das psychiatrische Versorgungssystem (Richter et al., 2025; Jäger, 2025).

In seinem Bericht zur Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz von 2016 kommt der Bundesrat zum Schluss, dass in der Schweiz «gute, qualitativ hochstehende psychiatrische Angebotsstrukturen bestehen, die vielen psychisch kranken Patienten eine bedarfsgerechte Behandlung ermöglichen» (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2016). Der Bundesrat hat aus dem Bericht vier Massnahmen zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung abgeleitet:

1. Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen
2. Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen
3. Nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebote (Tageskliniken, mobile Dienste etc.)
4. Unterstützung der Qualifikation der Fachpersonen im Bereich Psychiatrie

Als zuständig für die Umsetzung werden vom Bundesrat verschiedene Bundesstellen, die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), sowie Kantone und Leistungserbringer genannt (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2016). Die Empfehlungen des Bundesrats knüpfen damit an die bereits obengenannten, aus den Psychiatriereformen abgeleiteten Forderungen an, nämlich unter anderem Integration der Versorgungsangebote sowie Ausbau der ambulanten und intermediären Settings.

Der Ausbau der integrierten Versorgung verläuft in den Versorgungsregionen bzw. Kantonen sehr unterschiedlich (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2016). Intermediäre, insbesondere mobile Angebote werden in heterogener Weise im Rahmen von Modellprojekten in den verschiedenen Regionen implementiert (Stocker et al., 2018). Modellprojekte werden jedoch meist befristet finanziert und selten in die Regelversorgung überführt. Bis heute fehlt ein fachlicher Standard für die erforderlichen Basisangebotsstrukturen sowie die Organisation der integrierten psychiatrischen Versorgung einer Region.

Im Folgenden werden Grundzüge einer Versorgungsorganisation für die Allgemeinpsychiatrie in der Schweiz skizziert, die drei Ebenen umfasst: Umsetzung gesundheitspolitischer Desiderate (Makroebene), Organisationsprinzipien (Mesoebene), Angebotsstrukturen (Mikroebene). Die darin enthaltenen Empfehlungen leiten sich aus internationalen Leitlinien und Versorgungsmodellen ab, die an den entsprechenden Stellen jeweils referenziert werden. Der in der Schweiz für alle Patient:innen freie direkte Zugang zu allen Fachärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapie soll durch die folgenden Empfehlungen nicht eingeschränkt werden, sondern unverändert möglich bleiben. Spezifika für Schwerpunkte der Erwachsenenpsychiatrie (Alterspsychiatrie, forensische Psychiatrie, Abhängigkeitserkrankungen, Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie) sowie für die Kinder- und Jugendpsychiatrie werden nicht explizit adressiert.

2. Vernetzung und Koordination der Versorgungsangebote

Die Angebote einer Versorgungsregion (u.a. psychiatrische Kliniken, psychosoziale Institutionen, niedergelassene Psychiater:innen, Psycholog:innen, ambulante Pflege, Selbsthilfe, Genesungsbegleitung) sollen in geeigneter Weise vernetzt und koordiniert sein. Hierdurch soll neben der stationären und ambulanten psychiatrischen Notfallversorgung die gesamte medizinische und psychosozial-rehabilitative Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen bedarfsgerecht abgestimmt werden. Die Strukturen für die somatische Versorgung (Spiess et al., 2018) und gemeindebasierte, sozialpsychiatrische Angebote (Patel et al., 2023) sind ebenfalls einzubeziehen

Als Ausgangspunkt für eine Plattform zur Vernetzung und Koordination der Angebote für Menschen mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen könnten die vielerorts etablierten regionalen Psychiatriekommissionen dienen. Auch die in Deutschland verbreiteten gemeindepsychiatrischen Verbünde beinhalten viele Elemente einer regionalen Koordination (Greve, 2018). Das Vernetzungs- und Koordinationskonzept ist dafür vertieft auszuarbeiten und soll die Bereiche medizinische Behandlung, unterstütztes Wohnen, Förderung gesellschaftlicher Teilhabe und persönliche Assistenzen zur Überwindung von gesellschaftlichen Barrieren beinhalten. Es sollten dazu Gremien eingerichtet werden, die der Regelung der Zusammenarbeit an sämtlichen Schnittstellen (z.B. regionale Psychiatriekommission) sowie die Planung und -koordination im Versorgungssystem und für die Behandlungs- und Unterstützungsplanung bbei anspruchsvollen Einzelfällen deren komplexer Bedarf über die Möglichkeiten der Regelversorgung hinausgehen (z.B. Hilfeplanungskonferenz) (Bramesfeld et al. 2019).

Des Weiteren ist zu definieren, welche der beteiligten Angebote zur Übernahme einzelner Aufgaben geeignet sind, um Fehlallokationen zu vermeiden (z.B. die Übernahme von Betreuungsaufgaben durch höher qualifizierte Fachpersonen oder Dauerhospitalisationen in der

psychiatrischen Klinik aufgrund fehlender betreuter Wohnform). Alle Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in der Versorgungsregion wohnhaft sind, sollen auch dort die erforderlichen Angebote erhalten, ausserregionale Platzierungen und Weitervermittlungen sollen vermieden und allenfalls bei hochspezialisiertem Bedarf erwogen werden.

3. Ambulant vor intermediär vor stationär

Um die seit vielen Jahren geforderte Ambulantisierung und Verlagerung stationärer Behandlungen in den intermediären Bereich sowie individualisierte bedarfsgerechte Assistenzleistungen zu fördern, sind geeignete Finanzierungsgrundlagen und Anreizsysteme zu schaffen (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2016). Hierzu ist eine Angleichung der Kostendeckungsgrade ambulanter und intermediärer Leistungen an die stationären Behandlungen erforderlich, um den systemimmanenten Fehlanreiz in Richtung des stationären Settings abzubauen. Neben einer Überprüfung ambulanter und stationärer Tarife ist die Implementierung einer einheitlichen Finanzierungsmodalität für tagesklinische und aufsuchende Behandlungssettings erforderlich. Die Einführung der «einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen» (EFAS-Reform) soll durch einen einheitlichen Verteilschlüssel der Kosten aller Behandlungssettings auf Kanton und Krankenkassen die Ambulantisierung fördern, bedarf dafür ergänzend allerdings klare Anreize.

Zusätzlich sind konzeptuelle Präzisierungen für verschiedene intermediäre Behandlungsangebote notwendig, da heute Begrifflichkeiten wie «Home Treatment» und «Tagesklinik» für sehr unterschiedliche Angebote und Behandlungsintensitäten verwendet werden (Stocker et al., 2018).

Ein weiterer Faktor für die Aufrechterhaltung grosser stationärer Versorgungskapazitäten ist die bestehende Infrastruktur, die gegenwärtig vielerorts erneuert wird. Hier sind Konzepte zur Umnutzung gefragt, die bei gleichzeitig gewährleisteter betrieblicher Tragfähigkeit sicherstellen, dass intermediäre Strukturen tatsächlich einen Teil der stationären Kapazitäten ersetzen können. International wird dieser Transformationsprozess – der Abbau von Klinikbetten bei gleichzeitigem Ausbau aufsuchender Angebote – durch verschiedene Modelle gefördert, etwa durch Regionalbudgets oder Übergangsfinanzierungen, die Kliniken für jedes geschlossene Bett über einen bestimmten Zeitraum weiterhin die Differenz zu den Belegungskosten erstatten, bis stationsersetzende Angebote aufgebaut sind (WHO, 2021). Der steigende Bedarf muss hierbei berücksichtigt werden

4. Prioritäre Behandlung von akutem Bedarf, Notfällen und schwer erkrankten Personen

Das bereits bestehende und sich voraussichtlich weiter verschärfende Ungleichgewicht zwischen Bedarf und Angebot an psychiatrischer Diagnostik, Behandlung und psychosozialer Unterstützung erfordert eine Priorisierung. Mit höchster Priorität müssen in jeder Versorgungsregion rund um die Uhr Notfälle und Akutsituationen adäquat aufgefangen und versorgt werden können. Daran anknüpfend müssen Versorgungskapazitäten schweregradgestuft, beginnend beim Bedarf der am schwersten erkrankten Personen bereitgestellt werden (DGPPN, 2024). Um möglichst vielen Menschen mit psychischen Erkrankungen eine bedarfsgerechte Behandlung und Unterstützung anbieten zu können, sollten

Indikationskriterien für die verschiedenen Angebote eines regionalen Versorgungssystems definiert werden (z.B. Schweregrad der Erkrankung, Komorbiditäten, Funktionseinschränkungen). Ein hohes Potential, um die limitierten personellen Kapazitäten zu entlasten, liegt in der Integration digitaler Ansätze in die Behandlung von leichter bis mittelgradig erkrankten Personen (Fu et al., 2020; Smith et al., 2023).

5. Indikationsgeleiteter Zugang durch strukturierte Bedarfs- und Ressourcenerhebung bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Für einen kriteriengeleiteten und bedarfsgerechten Zugang zu den passenden Angeboten des Gesundheitssystems ist eine initiale Diagnostik und Bedarfserhebung wesentlich. Im Bereich der Primär- und Sekundärversorgenden (Hausärzt:innen und niedergelassene Fachärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapie einschliesslich angeordneter Therapien) wird diese Funktion von den Ärztinnen und Ärzten übernommen. Dieser direkte Zugang zu niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten ist ein wesentlicher Aspekt des niederschwelligen Zugangs im Schweizer Versorgungssystem.
Psychiatrische Kliniken übernehmen als Einrichtungen der Tertiärversorgung einen subsidiären Auftrag für Diagnostik- und Behandlung, die in der Primär- und Sekundärversorgung nicht abgedeckt werden können. Um reibungslose Übergänge in passende Angebote und integrierte Versorgungsmodelle sicherzustellen, wird die Einrichtung zentraler Assessmentstellen empfohlen. Diese zeichnen sich durch eine hohe diagnostische Kompetenz im psychiatrischen und psychosozialen Bereich und ein umfassendes Wissen über die verfügbaren Angebote auf allen Bedarfsstufen aus (Cornish, 2020). Beim Assessment müssen die biopsychosozialen Determinanten psychischer Gesundheit systematisch berücksichtigt und bedarfsorientierte Unterstützungsangebote vermittelt werden (Patel, 2023). Es erfolgt eine Aufnahme in eine indikationsgerechte Behandlung oder eine Vermittlung an ein anderes bedarfsgerechtes Angebot (z. B. Beratung, Begleitung, Selbsthilfe bei fehlendem Bedarf für eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung oder, bei komplexerem Bedarf, an die integrierte Versorgung der psychiatrischen Institution). Die Assessment- und Indikationsstelle kann über verschiedene Wege in Anspruch genommen werden: durch Überweisung von Hausärztinnen, psychologischen Psychotherapeut:innen, Notfalldiensten, Institutionen, Spitäler oder auch durch Selbstüberweisung. Der erste Kontakt erfolgt in der Regel telefonisch oder online, und es werden grundlegende Informationen zu den aktuellen Beschwerden sowie zur Krankheitsgeschichte erfasst. Im nächsten Schritt wird eine ausführliche Anamnese erhoben, bei der nicht nur die psychischen Symptome, sondern auch soziale und körperliche Faktoren sowie vorhandene Ressourcen berücksichtigt werden.

Verschiedene Ebenen des Assessments und der Triage sind möglich: digitale Vorabscreenings und automatisierte Weiterleitung zu Informationsplattformen und Beratungsstellen, telefonische Bedarfserfassung, diagnostische Sprechstunden, strukturierte Assessments mit umfassender Diagnostik und Indikationsstellungen. Eine Integration oder enge Zusammenarbeit mit einem Angebot für zeitlich limitierte Krisenintervention wird empfohlen, um Menschen mit überschaubarem Behandlungs- und Unterstützungsbedarf direkt Hilfe anbieten und das psychiatrische Versorgungssystem entlasten zu können (Lambert et al., 2017).

6. Integrierte institutionelle Versorgungsmodelle

Ein integriertes psychiatrisches Behandlungsangebot einer psychiatrischen Klinik umfasst stationäre, tagesklinische, aufsuchende und ambulante Settings, die von einem Team oder von mehreren eng miteinander vernetzten Teams angeboten werden, um eine patientenzentrierte, flexible und kontinuierliche Behandlung zu ermöglichen. Die integrierten Versorgungseinheiten sollen konsequent für ein definiertes Versorgungsgebiet der Gesamtversorgungsregion oder für eine definierte Patientengruppe (z. B. nach Hauptdiagnosegruppe oder Lebensalter) über alle Phasen eines Behandlungsverlaufs zuständig sein. In den letzten Jahren etablierte sich in einigen Regionen eine Organisation nach dem «Track-Konzept», das mindestens integrierte Angebote für Allgemeinpsychiatrie - ggf. aufgeteilt nach Hauptdiagnosegruppen - für Abhängigkeitserkrankungen und für Alterspsychiatrie vorhält (DGPPN, 2024).

Das geeignete Behandlungssetting wird nach dem Prinzip ambulant vor intermediär vor stationär ausgewählt und bedarfsgerecht angepasst, wobei die therapeutische Kontinuität durch das integrierte Angebot gewährleistet wird. Alle ausserstationären Angebote arbeiten mit dem Fokus auf die Vermeidung von Hospitalisationen, insbesondere in Form von unfreiwilligen Einweisungen. Das stationäre Setting ist indiziert für Patient:innen mit akuten psychiatrischen Erkrankungen, die eine intensive Betreuung und Überwachung bzw. eine ärztliche und pflegerische Präsenz über Nacht erfordern und für die keines der anderen Settings geeignet sind. Nach Stabilisierung kann nahtlos eine tagesklinische oder aufsuchende Behandlung im häuslichen Umfeld angeschlossen werden, die weiterhin eine engmaschige therapeutische Begleitung bei gleichzeitiger Integration in das soziale Umfeld bietet. Für Patient:innen, die aufgrund ihrer Erkrankung nicht in der Lage sind, Behandlungsangebote aufzusuchen oder die dieses Setting vorziehen, steht ein aufsuchender Dienst bereit, der Therapie direkt im Lebensumfeld der Betroffenen anbietet. Ergänzend bietet die ambulante Versorgung poststationäre, mittel- oder langfristige therapeutische Begleitung, um Rückfälle zu verhindern und die nachhaltige Genesung zu fördern. Grundsätzlich sollen innerhalb der integrierten Versorgungsangebote die Selbstbestimmung der Patient:innen gefördert und deren Rechte geschützt sowie freiheitseinschränkende Massnahmen vermieden werden (Patel, 2023).

Das Angebot integriert medizinische, psychotherapeutische und psychosoziale Behandlungsansätze. Medizinische Massnahmen umfassen pharmakologische Therapien, somatische Diagnostik und Behandlung sowie Massnahmen zur Behandlung komorbider körperlicher Erkrankungen. Psychotherapeutisch werden evidenzbasierte Verfahren wie kognitive Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Therapie oder systemische Ansätze eingesetzt, angepasst an den individuellen Bedarf der Patient:innen. Der psychosoziale Bereich umfasst sozialarbeiterische Unterstützung, pflegerische Bezugspersonenarbeit, ergotherapeutische und kunsttherapeutische Angebote, Peer-Begleitung sowie Angebote für Angehörige. Neben der Begleitung in Krisenphasen und der Stärkung von Selbstwirksamkeit und Selbstbestimmung werden Beratungen zu Arbeit, Wohnen und sozialer Vernetzung angeboten sowie ergänzende Hilfesysteme wie Selbsthilfegruppen, Rehabilitationseinrichtungen und weitere gemeindebasierte Angebote vermittelt.

Dieses integrierte Modell zielt darauf ab, Versorgungslücken zu schliessen, Behandlungsabbrüche zu vermeiden und eine flexible Anpassung der Behandlungsintensität an die jeweilige Lebenssituation der Patient:innen zu ermöglichen. Die enge Vernetzung der

Versorgungsebenen und die interprofessionelle Zusammenarbeit der beteiligten Fachpersonen gewährleisten eine umfassende, individualisierte Behandlung und Begleitung. Dies ist besonders für Patient:innen mit komplexen oder chronischen Gesundheitsbeeinträchtigungen von Bedeutung, die eine langfristige Unterstützung benötigen, und für deren Angehörige, die in die Behandlung einbezogen und begleitet werden.

Im Folgenden werden die wesentlichen institutionellen psychiatrischen Angebotsstrukturen aufgeführt, die für eine Versorgungsregion ergänzend zu niedergelassenen Psychiater:innen, Psycholog:innen, Pflegefachpersonen (Spitex), psychosozialen Institutionen und weiteren privaten Anbietern empfohlen werden (DGPPN, 2019; DGPPN, 2024, Lambert et al., 2024).

- Assessment-, Indikations- und Triagezentren: dienen als zentrale Anlaufstellen der psychiatrischen Kliniken für die Diagnostik und Bedarfsabklärung bei Menschen mit psychischen Erkrankungen (vgl. 5.). Anhand standardisierter diagnostischer Verfahren werden Indikation und Behandlungsbedarf für medizinisch-psychiatrische Behandlungen und andere Formen der Unterstützung erhoben und an die passenden Behandlungsangebote weiterverwiesen. Integriert oder angegliedert sollten Angebote zur Früherkennung und Frühintervention zur Verfügung stehen für Menschen mit hohem Risiko oder erster Episode von Psychosen oder anderen schweren psychischen Erkrankungen (DGPPN, 2019; Patel et al., 2023).
- Ambulatorien: bilden eine wesentliche Säule der psychiatrischen Versorgung, indem sie in Ergänzung zu Niedergelassenen in eigener Praxis einen subsidiären Behandlungsauftrag für die Behandlung und Begleitung von komplex erkrankten Patient:innen wahrnehmen. Sie sind in integrierte Versorgungsnetzwerke eingebettet und können auf intermediäre Angebote wie ACT, Home Treatment und Tageskliniken zurückgreifen.
- Assertive Community Treatment (ACT): ist ein bei Bedarf auch langfristig verfügbares aufsuchendes Behandlungs- und Unterstützungsmodell für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die Schwierigkeiten haben, regelmässig andere ambulante Behandlungen wahrzunehmen und bei denen ein Unterstützungsbedarf im normalen Alltag besteht (Lambert et al., 2019). ACT kann bedarfsgerecht intensiviert werden und verfolgt eine «no-dropout-policy», d.h. dass Patient:innen auch bei temporärer Ablehnung der Behandlung immer wieder kontaktiert werden und diese jederzeit wieder aufnehmen können.
- Mobile aufsuchende Akutbehandlung: Modelle wie «Home Treatment» ermöglichen eine zeitlich begrenzte intensive Akutbehandlung im häuslichen Umfeld der Patient:innen. In der Regel finden für eine begrenzte Zeitspanne analog stationärer Behandlungen tägliche Hausbesuche durch ein multiprofessionelles Team statt, um stationäre Aufnahmen zu ersetzen oder zu verkürzen (Stulz et al., 2020).
- Tageskliniken: bieten intensive psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und pflegerische Begleitung als Ersatz für stationäre Aufenthalte oder zur Verkürzung derselben. Sie können mit unterschiedlichen diagnostischen oder therapeutischen Konzepten angeboten werden.
- Stationäre Angebote sind für Personen in schweren psychischen Krankheitsphasen indiziert, bei denen eine Behandlung im ambulanten oder intermediären Setting nicht möglich ist, da sie eine intensive Betreuung auch über Nacht benötigen. Intensivbereiche

(Intensive Care Units) bieten spezialisierte Rahmenbedingungen für Menschen mit erhöhtem Behandlungsbedarf, Intensivpflege und medizinischer Überwachung. Diese können nach dem Modell «High and Intensive Care» (HIC; Voskes et al., 2021) konzipiert werden, das abgestufte Intensivbetreuungsmodalitäten unter Vermeidung freiheitsbeschränkender Massnahmen und Behandlungen ohne Zustimmung vorhält.

- Psychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste im Allgemeinspital: dienen der psychiatrischen Diagnostik, Behandlung und Pflege von Patient:innen, die im somatischen Spital behandelt werden. Diese Dienste erleichtern die Behandlung von komplexen Fällen und fördern die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Fachbereichen (Hepp, 2022).

7. Rehabilitation

Zeitgemässe psychiatrisch-rehabilitative Ansätze fokussieren auf Förderung von Teilhabe, Inklusion und Recovery von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Rehabilitative Ziele sind inhärenter Bestandteil der multimodalen Behandlungsplanung von Beginn an. Thematisch stehen die Lebensbereiche Aus- und Weiterbildung, Arbeit, Wohnen, Tagesstruktur und soziale Kontakte im Vordergrund. Nach dem «first place, then train»-Paradigma werden Konzepte wie Supported Employment, Supported Education und eigenständiges Wohnen mit bedarfsgerechter Unterstützung gegenüber den traditionellen geschützten Rehabilitationsangeboten bevorzugt, wobei diese präferenzgerecht ebenfalls zur Verfügung stehen sollen (DGPPN, 2019). Alle Anbieter rehabilitativer Angebote einer Region sollen im Sinne der gemeinsamen regionalen Versorgungsverantwortung im Netzwerk eingebunden sein. Ein wesentlicher Fokus soll auf die Inklusionsförderung in der Gemeinde bzw. in der Versorgungsregion gelegt werden, die auf eine Öffnung der Gesellschaft für die Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie auf deren barrierefreie Teilhabe an sämtlichen Lebensbereichen abzielt. Dies bringt eine Abkehr von der heute verbreiteten Institutionszentrierung mit sich. Eine besondere Rolle kommt hier Case Manager:innen zu, die individuell ihre Klient:innen bei deren Rehabilitation, Inklusion und Recovery bedarfsgerecht, zeitlich primär unlimitiert, begleiten.

Job-Coaching nach dem Konzept des «Supported Employment» (Richter et al., 2019) unterstützt Menschen mit psychischen Erkrankungen bei der Integration und langfristigen Stabilisierung auf dem Arbeitsmarkt. Im Mittelpunkt steht der Ansatz «First Place, Then Train», bei dem die sofortige Integration in den Arbeitsmarkt Vorrang vor einer umfassenden beruflichen Vorbereitung hat. Dabei erhalten die Betroffenen individuelle Unterstützung, um geeignete Arbeitsplätze zu finden, sich auf Bewerbungsgespräche vorzubereiten und ihre Fähigkeiten am Arbeitsplatz weiterzuentwickeln. Job-Coaches begleiten die Patient:innen während des gesamten Prozesses und stehen auch nach der Arbeitsaufnahme zur Verfügung, um Herausforderungen zu bewältigen und Rückfälle zu vermeiden. Ziel ist es, Teilhabe am Arbeitsleben zu fördern, die wirtschaftliche Unabhängigkeit zu stärken und das Selbstwertgefühl der Betroffenen zu steigern. Für Menschen in Aus- und Weiterbildung gewinnt der Coaching-Ansatz des «Supported Education» zunehmend an Bedeutung.

Wohn-Coaching bietet Menschen mit psychischen Erkrankungen Unterstützung beim Finden und Erhalten einer stabilen Wohnsituation (Adamus et al., 2024). Es orientiert sich am Prinzip «Housing First», das eine unmittelbare Bereitstellung von unabhängigem Wohnraum ohne

Vorbedingungen vorsieht. Die Bewohner:innen erhalten begleitende Unterstützung, um ihre sozialen, praktischen und finanziellen Kompetenzen zu stärken, die für das eigenständige Wohnen erforderlich sind. Wohn-Coaches helfen bei der Bewältigung von Alltagsanforderungen, bei der Vernetzung mit Nachbarschaftsinitiativen und beim Umgang mit Vermieter:innen. Ziel ist es, langfristige Wohnstabilität zu gewährleisten und die Integration in die Gemeinschaft zu fördern.

8. Prävention

Präventive Massnahmen sollen im Sinne der Förderung psychischer Gesundheit und Gesundheitskompetenzen auf der Ebene der Allgemeinbevölkerung beginnen (DGPPN, 2024). Wissen um psychische Gesundheit und deren Erhalt muss in allen Lebensbereichen und -phasen - insbesondere in Schulen, Ausbildungsstätten und bei Arbeitgebenden - vermittelt und gefördert werden. Für diese Aufgaben sind in erster Linie nicht die psychiatrischen Institutionen und niedergelassenen Fachpersonen zuständig, sie sollen sich aber an Aktivitäten und Netzwerken zur primären Prävention beteiligen.

Im Bereich der Prävention, Rehabilitation und Förderung der Gesundheitskompetenzen können die «Recovery Colleges» eine bedeutsame Rolle einnehmen. Dieses Bildungsangebot zu Themen der psychischen Gesundheit und selbstbestimmter Lebensgestaltung richtet sich sowohl an Menschen mit eigenen Krankheitserfahrungen als auch an Fachpersonen und Angehörige. Die von Expert:innen aus Erfahrung in Zusammenarbeit mit Fachpersonen gestalteten Kurse fördern Recovery, Empowerment und Gesundheitskompetenzen und tragen zur Entstigmatisierung psychischer Krankheiten bei (Ambord, 2025).

Bei der indizierten sekundären Prävention bei Menschen mit Risikozuständen kommt der Psychiatrie durch das Angebot von Früherkennungs- und -interventionszentren eine zentrale Rolle zu. Diese Zentren sollen im Gesamtversorgungsnetzwerk der Region eingebunden sein und durch Kooperation mit Hausärzt:innen, niedergelassenen Psychiater:innen und Psycholog:innen, Sozialarbeitenden, Schulen und Arbeitgebenden einer Psychiatrisierung und Institutionalisierung junger Menschen mit psychischen Problemen entgegenwirken. Dazu müssen die Präventionsangebote leicht erreichbar, nicht stigmatisierend und digital aufgebaut sein.

9. Fazit

Die Schweiz verfügt im internationalen Vergleich über eine hohe psychiatrische Versorgungsdichte mit einem hohen Anteil fachärztlicher Ressourcen und einem eher wenig ausgebauten Angebot an multiprofessionellen Versorgungsteams im ambulanten und intermediären Bereich. Obwohl die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung im internationalen Vergleich hoch sind, sind die relativen Ausgaben für die psychische Gesundheit gering. Es existieren kaum Steuerungsmechanismen für Ressourcenverteilung, die Angebotsgestaltung, die Versorgungsdichte, die fachliche Zusammensetzung der Angebote oder für die Leistungsmenge (Jäggi et al. 2017). Die aktuelle Dysbalance zwischen freien Behandlungskapazitäten und zunehmendem Bedarf in der Bevölkerung ist daher eher nicht auf einen absoluten, sondern auf einen relativen Fachkräftemangel zurückzuführen. Während im niedergelassenen Bereich rund

zwei Drittel aller psychiatrischen Patient:innen versorgt werden, wird ein Drittel der Patient:innen in den psychiatrischen Institutionen (Ambulatorien, intermediäre Angebote, stationär) behandelt (Tuch et al. 2024), darunter auch die Mehrheit der schwer erkrankten Menschen mit komplexem Bedarf, der multiprofessionelle Teamansätze und häufig auch Kooperationen mit psychosozialen Institutionen erfordert. Bei Letzteren besteht weiterhin eine hohe Inanspruchnahme im stationären Bereich: Etwa 10 % der stationär behandelten Patient:innen benötigen längere oder wiederholte Behandlungszeiträume und verursachen 45 % der gesamten Pflegetage (Stulz et al., 2012). Ein bedarfsgerechter Ausbau ambulanter und intermediärer Angebote könnte dazu beitragen, einen Teil dieser Pflegetage zu verlagern. Hindernisse für diese sowohl fachlich (DGPPN, 2024) als auch gesundheitspolitisch (GDK, 2008) gewünschte Verlagerung sind die Fragmentierung der Versorgungsangebote, Fehlanreize im Finanzierungssystem und die fehlenden Steuerungsmechanismen. Um diesen Herausforderungen für die Weiterentwicklung der Versorgung und Förderung psychischer Gesundheit zu begegnen, sollte auf die bekannten gesundheitspolitischen Empfehlungen zurückgegriffen und daraus gezielte Reformen abgeleitet werden. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgungsangebote einer Region müssen im Rahmen einer gemeinsamen regionalen integrierten Versorgungsverpflichtung vernetzt und aufeinander abgestimmt werden. Finanzierungsmodelle müssen Anreize für ambulante und intermediäre Behandlungen schaffen.

Literatur

1. Adamus C, Mötteli S, Jäger M, Richter D (2024). Independent Supported Housing vs institutional housing rehabilitation settings for non-homeless individuals with severe mental illness – longitudinal results from an observational study. BMC Psychiatry 24, 554.
2. Ambord, N., Burr, C., & Zuaboni, G. (2025). A Glimmer of Hope: The Impact of the Recovery College Bern on Personal Recovery, Well-Being and Self-Stigmatisation—A Mixed Methods Study. International Journal of Mental Health Nursing, 34(1), e13482.
3. Bramesfeld A, Koller M, Salize HJ (Hrsg.). Public Mental Health. Steuerung der Versorgung für psychisch kranke Menschen. Bern: Hogrefe Verlag, 2019.
4. Cornish, P. Stepped care 2.0: A paradigm shift in mental health. Cham: Springer, 2020.
5. Deister A. Zukunft Psychiatrie. Köln: Psychiatrie-Verlag; 2022.
6. Deutscher Bundestag: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (= Drucksache. Nr. 7/4200). Bonn 1975.
7. DGPPN Empfehlungen zur Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung, Juni 2024. Online zugänglich, abgerufen am 1.11.2024: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/0b7b36fd3b03e56e7c1bb0d2fdf7085fbc125bd4/2024-06-13_DGPPN_Versorgung%20weitergedacht.pdf
8. DGPPN. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin: Springer; 2019.
9. Fu, Z., Burger, H., Arjadi, R., & Bockting, C. L. (2020). Effectiveness of digital psychological interventions for mental health problems in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Psychiatry, 7(10), 851-864.
10. GDK (2008). Leitfaden zur Psychiatrieplanung. Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz, Bericht der Arbeitsgruppe «Spitalplanung». Bern: GDK.
11. Greve, N. (2018). Annäherungen an eine gemeindepsychiatrische Basisversorgung. Psychiatrische Praxis, 45(06), 285-287.
12. Hepp U (2022). Situation der konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Versorgung in der Akutsomatik im Raum Zürich. Bericht im Auftrag des Gesundheitsnetzes 2025 (GN2025).
13. Jäger M (2025). Das Soziale in der Psychiatrie: Psychiatrische Praxis 52(05), 245-247.
14. Jäggi J, Künzi K, de Wijn N, Stocker D (2017). Vergleich der Tätigkeiten von Psychiaterinnen und Psychiatern in der Schweiz und im Ausland, Bern: Bundesamt für Gesundheit
15. Lambert M, Kraft V. Manual 2: Verbesserung des Versorgungszugangs: Grundlagen und Maßnahmen in RECOVER; Hamburg: UKE, 2017. Online zugänglich, abgerufen am 19.12.2024: https://www.recover-hamburg.de/wp-content/uploads/2021/07/20210623_Manual-2_Versorgungszugang_online.pdf
16. Lambert, M., König, H., Karow, A., König, H. H., Rohenkohl, A., Luedecke, D., ... & Schulz, H. (2024). Stepped, evidence-based and integrated care service model vs. usual care for mental disorders: a randomized controlled trial (RECOVER). Psychiatry Research, 116007.
17. NHS Benchmarking Network (2023). NHS Benchmarking Network Annual Work Programme Report 2022. Online zugänglich, abgerufen am 04.11.2025: https://s3.eu-west-2.amazonaws.com/nhsbn-static/Other/2023/NHSBN%20Work%20Programme%20Report%20FINAL.pdf
18. Obsan, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2024). Hospitalisierungsrate bei psychischen Erkrankungen. Online zugänglich, abgerufen am 21.06.2025:

https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/hospitalisierungsrate-bei-psychischen-erkrankungen.

19. Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Kohrt, B., Kieling, C., Sunkel, C., Kola, L., Chang, O., Charlson, F., O'Neill, K., & Herrman, H. (2023, Aug 19). Transforming mental health systems globally: principles and policy recommendations. Lancet, 402(10402), 656-666.
20. Richter, D., Hunziker, M., & Hoffmann, H. (2019). Supported Employment im Routinebetrieb: Evaluation des Berner Job Coach Placement-Programms 2005–2016. Psychiatrische Praxis, 46(06), 338-341.
21. Richter D., Hepp U, Jäger M & Adorjan K (2025). Mental health care services in Switzerland – the post-pandemic state, International Review of Psychiatry
22. Schweizerische Eidgenossenschaft (2016). Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz. Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255). Online zugänglich, abgerufen am 1.11.2024: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/psychische-gesundheit/politische-auftraege/postulat-staehelin/zukunft_psychiatrie_schweiz.pdf.download.pdf/Zukunft_Psychiatrie_Schweiz.pdf
23. Smith, K. A., Blease, C., Faurholt-Jepsen, M., Firth, J., Van Daele, T., Moreno, C., ... & Cipriani, A. (2023). Digital mental health: challenges and next steps. BMJ Ment Health, 26(1).
24. Spiess, M, Ruflin, R (2018). Koordinierte Versorgung an der Schnittstelle (Akut-)Psychiatrie – Akutsomatik. Modelle guter Praxis. socialdesign ag, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), Oktober 2018, Bern.
25. Stocker, D., Jäggi, J., Legler, V., & Künzi, K. (2018). Erfolgskriterien mobiler Dienste in der Psychiatrie. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
26. Stulz, N., Bielinski, D., Junghan, U. M., & Hepp, U. (2012). Stationärer Heavy Use und die Inanspruchnahme institutioneller ambulanter Dienste in einem Schweizerischen Versorgungssystem. Psychiatrische Praxis, 39(07), 332-338.
27. Stulz, N., Wyder, L., Maeck, L., Hilpert, M., Lerzer, H., Zander, E., ... & Hepp, U. (2020). Home treatment for acute mental healthcare: randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry, 216(6), 323-330.
28. Stulz, N., Kawohl, W., Jäger, M., Mötteli, S., Schnyder, U., & Hepp, U. (2020). From research to practice: Implementing an experimental home treatment model into routine mental health care. *European Psychiatry*, *63*(1), e94.
29. Tuch A., Jörg, R., Stulz, N., Heim, E. & Hepp, U. (2024). Angebotsstrukturen in der psychiatrischen Versorgung: Regionale Unterschiede im Versorgungsmix (Obsan Bulletin 03/2024). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
30. Voskes Y, Van Melle AL, Widdershoven, GA, et al. (2021). High and intensive care in psychiatry: a new model for acute inpatient care. Psychiatric Services 72(4), 475-477.
31. WHO, World Health Organization (2024). Psychiatric hospital beds per 100 000. Online zugänglich, abgerufen am 21.06.2025: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_488-5070-psychiatric-hospital-beds-per-100-000/#id=19551.
32. WHO, World Health Organisation. Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. World Health Organization. Geneva: 2021.