



Kanton Basel-Stadt | Gesundheitsdepartement | **Bereich Gesundheitsversorgung**
Kanton Basel-Landschaft | Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion | **Amt für Gesundheit**
Bereich Gesundheitsversorgung, Malzgasse 30, 4001 Basel
Amt für Gesundheit, Bahnhofstrasse 5, 4410 Liestal

Obsan

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

Versorgungsplanungsbericht Psychiatrie 2026

Gemeinsame Gesundheitsregion (GGR) der Kantone Basel-Stadt und
Basel-Landschaft

Version für die Vernehmlassung 21. September 2026 - 23. Oktober 2026

Autorinnen und Autoren

Fabienne B. Fischer, Obsan
Reto Jörg, Obsan
Fabienne Frei, Obsan
Paul Camenzind, Obsan
Andrea Primosig, Basel-Landschaft
Lucas Kemper, Basel-Landschaft
Joëlle Stöckli, Basel-Stadt
Marisa Damas, Basel-Stadt
Sibrand Houtman, Basel-Stadt
Thomas von Allmen, Basel-Stadt
Sarah Holleder, GGR
Melanie Schliek, GGR

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)
Neuchâtel 2026

Kanton Basel-Landschaft
Volkswirtschafts- und
Gesundheitsdirektion
Amt für Gesundheit

Bahnhofstrasse 5
4410 Liestal
Tel. +41 61 552 51 11
afg@bl.ch
[Volkswirtschafts- und](https://www.baselland.ch)
[Gesundheitsdirektion — baselland.ch](https://www.baselland.ch)

Kanton Basel-Stadt
Gesundheitsdepartement
Bereich Gesundheitsversorgung

Malzgasse 30
4001 Basel
Tel. +41 61 205 32 42
gesundheitsversorgung@bs.ch
[bs.ch/gesundheitsversorgung](https://www.bs.ch/gesundheitsversorgung)

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4	3.5.4 Regressionsmodell	24
Zusammenfassung	5	4 Bedarfsanalyse der stationären Spitalversorgung	28
1 Einleitung	8	4.1 Inanspruchnahme	28
1.1 Grundlagen	8	4.1.1 Globale Indikatoren	28
1.2 Der Versorgungsplanungsbericht Psychiatrie 2026	9	4.1.2 Anzahl Fälle	29
2 Die Gemeinsame Gesundheitsregion GGR	10	4.1.3 Hospitalisierungsraten	30
2.1 Geographische Aufstellung	10	4.1.4 Hospitalisierungen nach Altersklassen	31
3 Daten und Methoden	12	4.1.5 Hospitalisierungen nach Leistungsbereichen und -gruppen	31
3.1 Datenquellen	12	4.1.6 Aufenthaltsdauer	33
3.1.1 Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) und die Administrativdaten der Gesundheitsversorger (GEVA)	12	4.2 Versorgungsangebot	34
3.1.2 Krankenhausstatistik (KS)	12	4.2.1 Fallzahlen und Patientenstruktur	34
3.1.3 Statistik der Bevölkerung und Haushalte (STATPOP)	12	4.2.2 Versorgungsanteile	35
3.1.4 Bevölkerungsszenarien	13	4.2.3 Abdeckungsgrad der Spitalliste	39
3.1.5 Weitere Datenquellen	13	4.3 Patientenströme	40
3.2 Definitionen und Berechnung einzelner Kennzahlen	13	4.3.1 Zuwanderung und Zustrom	41
3.2.1 Falldefinition und Abgrenzung Versorgungsbereiche	13	4.3.2 Abwanderung und Abfluss	42
3.2.2 Gruppierung der Fälle	14	4.3.3 Nettowanderung	44
3.2.3 Aufenthaltsdauer	15	4.4 Spezialleistungsbereiche und -gruppen	45
3.2.4 Rohe und standardisierte Hospitalisierungsraten	16	4.4.1 Mutter-Kind-Hospitalisationen	45
3.2.5 Kennzahlen Patientenströme	16	4.4.2 Schwere Essstörungen	45
3.3 Prognosemodell	18	5 Schnittstellen zur intermediären und ambulanten Versorgung	46
3.3.1 Prognosetechnik	18	5.1 Intermediäre Versorgung	46
3.3.2 Referenzjahr und Prognosehorizont	19	5.1.1 Tagesklinische Angebote	46
3.4 Einflussfaktoren im Prognosemodell	19	5.1.2 Home Treatment	46
3.4.1 Demografische Entwicklungen	19	5.1.3 Multisystemische Therapie (MST)	46
3.4.2 Epidemiologische Entwicklungen	21	5.2 Praxisambulante Versorgung	47
3.4.3 Medizintechnische Entwicklungen	22	5.3 Ambulante Notfallversorgung	48
3.4.4 Angleichung der Hospitalisierungsraten	22	5.4 Inanspruchnahme der intermediären und ambulanten Versorgung	48
3.5 Spezifische kantonale Einflussfaktoren	22	5.4.1 Versorgungsmix	49
3.5.1 Ambulantisierung	22	5.4.2 Gesamte Inanspruchnahme anhand der OKP-Kosten	50
3.5.2 Trends in der Hospitalisierungsrate (Entstigmatisierung)	23	5.4.3 Inanspruchnahme der intermediären Versorgung anhand der Behandlungstage	51
3.5.3 Dynamiken und Prognoseszenarien	24		

6	Bedarfsprognose	53
6.1	Bedarfsprognose der stationären Versorgung	53
6.1.1	Definition der Prognoseszenarien	53
6.1.2	Prognostizierter Versorgungsbedarf	55
6.1.3	Effekte einzelner Einflussfaktoren	60
6.1.4	Prognostizierte Patientenströme	67
6.2	Prognostizierte Auswirkung auf den Bedarf in der intermediären Versorgung	68
7	Einordnung der Ergebnisse und Fazit	69
7.1	Einordnung der Ergebnisse	69
7.1.1	Nachfrage versus Angebot	69
7.1.2	Von stationärer zur ambulanten Versorgung	70
7.1.3	Kinder- und Jugendpsychiatrie	70
7.2	Handlungsfelder	71
7.3	Fazit	71
8	Psychiatrieplanung – Das weitere Vorgehen	73
8.1	Das Bewerbungsverfahren für Leistungsaufträge	73
8.2	Massnahmen zur Einhaltung der gleichlautenden Spitallisten	74
8.2.1	Verlagerungsdialog	74
9	Abkürzungsverzeichnis	76
10	Literaturverzeichnis	77
11	Anhang	80

Vorwort

Die Planung der stationären Gesundheitsversorgung gehört in der Schweiz zu den Kernaufgaben der Kantone. In erprobter Form nehmen die beiden kantonalen Verwaltungen des Kantons Basel-Landschaft und des Kantons Basel-Stadt diese Kernaufgabe gemeinsam wahr. Die Grundlage für das gemeinsame Vorgehen bildet der Staatsvertrag betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft, welcher am 10. Februar 2019 von der Bevölkerung beider Kantone angenommen wurde.

Die psychiatrische Versorgung befindet sich in einem stetigen Wandel. Gesellschaftliche, demografische und medizinische Entwicklungen sowie die zunehmende Bedeutung ambulanter und intermediärer Versorgungsformen verändern die Anforderungen an die Versorgung. Eine regelmässige Überprüfung des Versorgungsbedarfs ist deshalb Voraussetzung für eine bedarfsgerechte und zukunftsorientierte Spitalplanung.

Es freut uns sehr, Ihnen den aktualisierten Versorgungsplanungsbericht für die Psychiatrie vorlegen zu können, welcher die Basis für die Spitalplanung in der Psychiatrie ab dem Jahr 2028 bildet und zentrale, für die Planung relevante Informationen enthält.

Der Bericht legt den Fokus auf die Frage, wie sich der Bedarf an psychiatrischen Spitalleistungen in den beiden Basel in den kommenden Jahren entwickelt. Die Beantwortung stützt sich auf eine Analyse des aktuellen Bedarfs sowie eine Prognose des zukünftigen Bedarfs. Der Bericht bildet damit eine fundierte Grundlage für die bedarfsgerechte Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung in der Gemeinsamen Gesundheitsregion (GGR). Dabei werden auch die Schnittstellen zwischen stationären, intermediären und ambulanten Versorgungsangeboten berücksichtigt.

Die kritische Begleitung und Spiegelung unserer Arbeit ist uns sehr wichtig. Die Impulse aus der Fachkommission für die Gemeinsame Gesundheitsregion sind prozessual in den Versorgungsplanungsbericht eingeflossen.

Wir sind davon überzeugt, dass wir auf der Grundlage dieses Berichts die Spitalplanung Psychiatrie ab dem Jahr 2028 im Sinne und zum Nutzen der Patientinnen und Patienten unserer beiden Kantone gestalten können. Dabei werden wir unseren übergeordneten Zielen

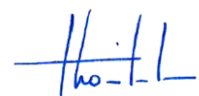
- der Optimierung der Gesundheitsversorgung,
 - der Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich sowie
 - der Sicherstellung der Hochschulmedizin
- einen weiteren Schritt näherkommen.

Mit diesem Bericht soll eine gute Basis gelegt werden, um im Anschluss an die Vernehmlassung des Versorgungsplanungsberichts das Bewerbungsverfahren zu lancieren. Zur Vernehmlassung wurden neben den betroffenen Kantonen die Spitäler der Region sowie die lokalen Ärztesellschaften, der lokale Spitalverband und der Versicherungsverband eingeladen. Der Versorgungsplanungsbericht wird auf den Webseiten der beiden Kantone veröffentlicht.

Herzlich bedanken wir uns beim Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) und bei den Mitarbeitenden aus der Verwaltung, die massgeblich dazu beitragen, das Gesundheitssystem unserer Region zum Nutzen der Patientinnen und Patienten zu gestalten.



Dr. Lukas Engelberger
Vorsteher des Gesundheits-
departements Basel-Stadt



Thomi Jourdan
Vorsteher der Volkswirt-
schafts- und Gesundheitsdi-
rektions Basel-Landschaft

Zusammenfassung

Der vorliegende Versorgungsplanungsbericht zur stationären Versorgung in der Psychiatrie bildet die Grundlage für die stationäre Spitalplanung 2026–2036 der Gemeinsamen Gesundheitsregion (GGR) der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt. Der Bericht enthält eine Analyse der aktuellen Versorgungssituation (Bedarfsanalyse) sowie eine Prognose des künftigen stationären Leistungsbedarfs bis 2036. Ambulante und intermediäre Angebote werden mit Blick auf ihre Schnittstellen zur stationären Versorgung berücksichtigt, bilden jedoch nicht den Schwerpunkt des Berichts.

Daten und Methoden

Grundlage der Analysen sind die Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) sowie die nachfolgenden Administrativdaten der Gesundheitsversorger (GEVA) des Bundesamtes für Statistik (BFS) für die Jahre 2022 bis 2024. Die Bedarfsprognose stützt sich zusätzlich auf die Bevölkerungsszenarien des BFS sowie auf diverse Studien und Gutachten, um die Entwicklungen der relevanten Einflussfaktoren zu quantifizieren. Der Bericht baut massgeblich auf dem Versorgungsplanungsbericht Psychiatrie 2022 der GGR auf (BL & BS, 2022).

Für die Analyse sind die Leistungsbereiche nach Altersgruppen (Kinder- und Jugendpsychiatrie unter 18 Jahren, Erwachsenenpsychiatrie 18–64 Jahre, Alterspsychiatrie über 65 Jahren), Forensik sowie die Leistungsgruppen nach F-Diagnosen (ICD Kodierung) massgebend. Die Prognoseannahmen werden für die einzelnen Leistungsbereiche bzw. Altersgruppen getrennt getroffen; entsprechend werden die Ergebnisse primär nach Altersgruppen dargestellt.

Prognosemodell

Die Schätzungen des künftigen Leistungsbedarfs basieren auf dem Prognosemodell des Obsan, das demografische, epidemiologische, medizinisch-technische und ökonomische Entwicklungen berücksichtigt. Um ein realistisches Bild der Unsicherheiten bezüglich zukünftiger Entwicklungen zu erhalten, werden drei Prognoseszenarien berechnet: Basis-, Minimal- und Maximalszenario.

Das Modell integriert methodische Ansätze aus dem Versorgungsplanungsbericht 2022 der GGR, insbesondere für die Schätzung der Einflussfaktoren Ambulantisierung und der Entstigmatisierung. Letzterer basiert auf der Fortschreibung der positiven Hospitalisierungstrends der letzten zehn Jahre. Zur Kalibrierung werden die beobachteten Fallzahlen der Jahre 2022 bis 2024 mit

den erwarteten Werten verglichen, die mittels eines Regressionsmodells um nachfrageseitige Faktoren bereinigt sind. Abweichungen, die darüber hinaus bestehen, werden als mögliche angebotsseitige Effekte interpretiert. Auf dieser Grundlage werden den einzelnen Leistungsbereichen und -gruppen unterschiedliche Entwicklungstrends (Dynamiken) zugewiesen. Für Bereiche und Gruppen mit deutlich höheren als erwarteten Fallzahlen wird eine stärker gedämpfte zukünftige Entwicklung angenommen.

So entsteht eine differenzierte Prognose, die sowohl die allgemeine Entwicklung des stationären Bereichs als auch Unterschiede nach Leistungsbereichen und -gruppen bzw. Altersgruppen abbildet.

Bedarfsanalyse der stationären Spitalversorgung

Inanspruchnahme und Aufenthaltsdauer

Im Jahr 2024 wurden insgesamt 6433 stationäre Fälle erfasst: 75,0% in der Erwachsenenpsychiatrie, 18,8% in der Alterspsychiatrie, 5,3% in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 0,9% in der Forensik. Im Vergleich zur Altersstruktur der Bevölkerung fällt auf, dass die 18- bis 64-Jährigen leicht überrepräsentiert sind (61,3% Bevölkerungsanteil), während die unter 18- und über 65-Jährigen unterproportional vertreten sind (16,9% bzw. 21,8%). Seit 2022 sind die Fallzahlen in der Erwachsenenpsychiatrie um –3,3% zurückgegangen, während sie in der Alterspsychiatrie um +2,5% und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie deutlich um +16,2% zugenommen haben.

In der Erwachsenenpsychiatrie verteilen sich die Fälle gleichmässig auf die verschiedenen Gruppen, wobei die «Affektiven Störungen» (F3) mit 29,7% besonders ins Gewicht fallen. In der Alterspsychiatrie entfallen die meisten Fälle auf «Organische Störungen inkl. neurodegenerative Demenzen (u. a. Alzheimer)» (F0 bis G30-32; 41,4%) sowie auf «Affektive Störungen» (F3; 33,2%). In der Kinder- und Jugendpsychiatrie dominieren ebenfalls «Affektive Störungen» (F3; 28,4%) sowie «Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen» (F4; 25,4). In der Forensik fallen insbesondere «Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen» (F2) mit 78,3% auf.

Die standardisierte Hospitalisierungsrate der GGR lag 2024 mit 12,7 pro 1000 Einwohner deutlich über dem Schweizer Durchschnitt von 9,5. Basel-Stadt weist mit 15,7 die höhere Rate innerhalb der Region auf, Basel-Landschaft liegt bei 10,8. Während die Hospitalisierungsrate in der Schweiz seit 2022 leicht um +0,3% gestiegen ist, ist sie in der GGR um –3,7% gesunken. Die mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) stieg von 2022 bis 2024 von 36,5 auf

39,2 Tage (Schweiz 2024: 35,4 Tage), wobei beide Kantone ähnlich liegen (BS: 39,2 Tage; BL: 39,3 Tage).

Versorgungsangebot und Versorgungssituation

Im Jahr 2024 umfasste die Spitalliste der GGR im Bereich Psychiatrie insgesamt zehn Leistungserbringer. Sieben davon befinden sich direkt in der GGR – drei im Kanton Basel-Landschaft und vier im Kanton Basel-Stadt – die übrigen Standorte verteilen sich auf die Kantone Aargau (zwei) und Bern (einer). Von den insgesamt 6433 Patientinnen und Patienten aus der GGR wurden rund 91,3% in einem dieser Listenspitäler behandelt.

Die Analyse nach Leistungsbereichen und Leistungsgruppen zeigt, dass der Abdeckungsgrad der Spitalliste über alle Bereiche hinweg 94% beträgt. Niedrigere Werte treten nur vereinzelt auf, insbesondere bei kleinen Leistungsgruppen.

Patientenströme

Die GGR weist eine positive Nettowanderung auf: 2024 kamen 1032 ausserkantonale Patientinnen und Patienten zur stationären Behandlung in die Region, während 899 Bewohnerinnen und Bewohner der GGR in andere Kantone abwanderten. Damit kann die GGR als «Importregion» bezeichnet werden. Der Lokalisationsindex liegt bei 86%, was zeigt, dass der Grossteil der in der GGR wohnhaften Bevölkerung innerhalb der Region behandelt wird.

Die meisten Zuwanderungen stammen aus den Nachbarkantonen Solothurn (372 Fälle; 36,2%) und Aargau (169 Fälle; 16,4%), gefolgt von Patientinnen und Patienten aus dem Ausland (15,2%). Zuwanderungen aus den Kantonen Zürich und Luzern nahmen zwischen 2022 und 2024 um rund +30% zu, während jene aus den Kantonen Solothurn (–1%) und Bern (–6%) leicht zurückgingen.

Die Universitären Psychiatrischen Kliniken verzeichneten den grössten absoluten Anteil ausserregionaler Patientinnen und Patienten (399 Personen; 14% des Patientenguts), in der Klinik Arlesheim lag dieser Anteil bei 63% (216 Fälle).

Die Abwanderung von Patientinnen und Patienten der GGR stieg zwischen 2022 und 2024 um +7%. Im Jahr 2024 war die Abwanderung in die Kantone Aargau (407 Fälle; 45,3%), Bern (166 Fälle; 18,5%) und Graubünden (94 Fälle; 10,5%) am grössten.

Schnittstelle zur intermediären und ambulanten Versorgung

Ergänzend zur stationären Versorgung verfügt die GGR über verschiedene ambulante und intermediäre Versorgungsangebote. Zu letzteren gehören Tageskliniken, Home Treatment und Multisystemische Therapie. Im Jahr 2024 standen der Wohnbevölkerung 13 tagesklinische Angebote innerhalb der GGR mit insgesamt 219 Behandlungsplätzen zur Verfügung; unter Einbezug ausserregionaler Angebote erhöhte sich die Kapazität auf 277 Behandlungsplätze. Seit dem letzten Versorgungsbericht 2022 wurden sechs zusätzliche tagesklinische Angebote geschaffen.

Den grössten Anteil am Kostenvolumen machte 2024 mit 109,2 Mio. Franken (45%) der praxisambulante Bereich aus, gefolgt vom stationären Bereich mit 82,2 Mio. Franken (34%) und dem spitalambulantem Bereich mit 52,7 Mio. Franken (22%). Gegenüber 2014 entspricht dies einem Kostenanstieg von +48%, +21% beziehungsweise +69%.

Bedarfsprognose

Die Prognosen für den stationären psychiatrischen Versorgungsbedarf in der GGR bis 2036 zeigen je nach Szenario unterschiedliche Entwicklungen von steigend bis fallend. Im Basisszenario steigt der erwartete Bedarf der stationären Fälle leicht um +3,7%, was einer durchschnittlichen jährlichen Zunahme von +0,3% bzw. +244 Fällen entspricht. Im Maximalszenario beträgt der Zuwachs +16,7% (+1099 Fälle). Im Minimalszenario sinkt der erwartete Bedarf um –12,3% (–811 Fälle). Das Maximal- beziehungsweise Minimalszenario kombiniert jeweils jene Annahmen, die zu einer maximalen beziehungsweise minimalen Entwicklung der Fallzahlen führen. So wird im Maximalszenario das gemäss den Bevölkerungsszenarien des Bundesamts für Statistik (BFS) stärkste Bevölkerungswachstum berücksichtigt.

Nach Altersgruppen zeigt sich ein differenzierteres Bild: Während in der Erwachsenenpsychiatrie im Basisszenario ein leichter Rückgang der Fallzahlen um –2% erwartet wird, nimmt die Zahl der Fälle in der Alterspsychiatrie deutlich um +18% zu. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie weist mit +23% den stärksten prozentualen Anstieg auf. Dieser Anstieg relativiert sich jedoch bei Betrachtung der absoluten Fallzahlen: Der Zuwachs in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (+115 Fälle) entspricht etwa dem Umfang des Rückgangs in der Erwachsenenpsychiatrie (–100 Fälle).

Die Zerlegung der Bedarfsprognosen verdeutlicht die unterschiedlichen Einflussfaktoren auf die Entwicklung der stationären Fallzahlen. Während in der Erwachsenenpsychiatrie vor allem die Ambulantisierung zu einem Rückgang beiträgt, wird die Entwicklung in der Alterspsychiatrie hauptsächlich durch die demografische Entwicklung geprägt. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist der prognostizierte Anstieg vor allem auf die Fortschreibung der in den letzten Jahren beobachteten steigenden Inanspruchnahme zurückzuführen, die auf eine zunehmende Entstigmatisierung zurückgeführt wird. Demografische Effekte spielen dort eine untergeordnete Rolle.

Die prognostizierte Entwicklung der Pflégetage entspricht weitgehend der Entwicklung der Fallzahlen. In der Erwachsenenpsychiatrie wird ein Rückgang um –2% erwartet. In der Alterspsychiatrie nehmen die Pflégetage um +18% zu, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie um +23%.

Einordnung der Ergebnisse und Fazit

Der Versorgungsplanungsbericht 2026 bestätigt im Wesentlichen die im Bericht von 2022 aufgezeigten Entwicklungstendenzen (BL & BS, 2022): Für die Erwachsenenpsychiatrie wird ein leichter Rückgang der stationären Fallzahlen erwartet. Demgegenüber wird sowohl für die Alterspsychiatrie als auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Zunahme der stationären Nachfrage prognostiziert, wobei diese in der Kinder- und Jugendpsychiatrie stärker ausfällt.

Die Gründe für die insgesamt hohe Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen in der GGR lassen sich nur eingeschränkt erklären, da nachfrageseitige Faktoren die Fallzahlen nicht vollständig abbilden und zentrale Einflussgrössen im Bereich der psychischen Gesundheit nur begrenzt quantifizierbar sind.

Die Prognosen gehen davon aus, dass ein Teil der heute stationär erbrachten Leistungen künftig vermehrt, ambulant oder intermediär erbracht werden kann.

Gleichzeitig zeigen die Analysen, dass eine solche Entwicklung nur unter geeigneten strukturellen Voraussetzungen realistisch ist. Insbesondere die hohe Auslastung ambulanter Angebote sowie Herausforderungen an den Schnittstellen zwischen den Versorgungsbereichen verdeutlichen, dass eine stärkere Ambulantisierung nur im Rahmen einer integrierten Versorgungsentwicklung gelingen kann.

Vor diesem Hintergrund bleibt die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung eine zentrale Aufgabe der regionalen Versorgungsplanung. Entscheidend wird sein, die Versorgung sektorenübergreifend zu betrachten und die Zusammenarbeit zwischen stationären, intermediären und ambulanten Leistungserbringern weiter zu stärken. Voraussetzung hierfür sind verbesserte Datengrundlagen sowie ein vertieftes Verständnis der Ursachen der überdurchschnittlichen Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen. Mit regelmässigen Verlagerungsdialogen sollen Entwicklungen frühzeitig erkannt und die Versorgung (ambulant und stationär) bedarfsgerecht weiterentwickelt werden.

Weiteres Vorgehen

Um das Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung zu erreichen, bedarf es unter anderem eines Verlagerungsdialogs. Betroffen vom Verlagerungsdialog sind alle Spitäler, welche einen Leistungsauftrag erhalten.

Ziel des Dialogs ist es, die aktuelle und zukünftige Versorgungssituation (ambulant und stationär) gemeinsam besser zu verstehen und die Ursachen der im schweizweiten Vergleich hohen Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen vertieft zu analysieren. Der Verlagerungsdialog startet, sobald die Vergabe der Leistungsaufträge beendet ist und die Spitalliste Psychiatrie per 1. Januar 2028 in Kraft tritt. Mit der Bewerbung auf diese Leistungsbereiche verpflichten sich die Spitäler, am Verlagerungsdialog teilzunehmen.

Der Verlagerungsdialog kann sowohl durch Gespräche mit einzelnen Spitälern als auch – zwecks Koordination und Kooperation – durch Treffen mit allen betroffenen Spitälern umgesetzt werden. Grundlage des Dialogs bilden die vorhandenen Leistungsdaten und deren Beurteilung der beiden Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft sowie die fachliche Einschätzung der Leistungserbringenden. Im Mittelpunkt des Verlagerungsdialogs stehen insbesondere Fragen der bedarfsgerechten Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie der Wahl des geeigneten Behandlungssettings.

Die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt verfolgen mit dem Verlagerungsdialog einen partnerschaftlichen Ansatz mit dem Ziel, die psychiatrische Versorgung bedarfsgerecht, qualitativ hochwertig und wirtschaftlich weiterzuentwickeln.

1 Einleitung

Mit den am 1. Juli 2021 in Kraft getretenen gleichlautenden Spitallisten in der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation gelten für die Gemeinsame Gesundheitsregion der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt (GGR) erstmals gleichlautende Spitallisten, welche bikantonal erarbeitet wurden. Dies ermöglicht eine Koordination und Konzentration von medizinischen Leistungen in einem grossen Teil des Jura-Nordbogens¹, welcher aufgrund der Patientenströme als «integraler Gesundheitsraum» betrachtet werden kann.

Der erste gemeinsame Versorgungsplanungsbericht im Bereich der stationären Psychiatrie wurde 2022 veröffentlicht (BL & BS, 2022). Der Versorgungsplanungsbericht Psychiatrie 2026 aktualisiert diesen Bericht und bildet die Grundlage für die weitere gemeinsame Versorgungsplanung in der GGR. Er umfasst eine Analyse des aktuellen stationären Versorgungsbedarfs der Wohnbevölkerung sowie eine Prognose bis 2036 und schafft damit die Grundlage für die Spitalplanung 2026–2036 sowie die neuen, gleichlautenden Spitallisten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft per 1. Januar 2028.

1.1 Grundlagen

Die Versorgungsplanung gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 (SR 832.10²) betrifft die Planung der Versorgung der Kantonsbevölkerung mit somatischen, rehabilitativen und psychiatrischen Spitalleistungen durch die Kantone. Diese ermitteln den Bedarf an Spitalleistungen und bezeichnen die Spitäler, die für die Sicherstellung der Versorgung geeignet und notwendig sind. Die rechtlichen Grundlagen und Planungskriterien sind im KVG sowie in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) festgelegt; insbesondere regeln Art. 58a bis Art. 58f KVV die Bedarfsermittlung, Bedarfsdeckung und die Umsetzung auf Ebene der Spitalliste. Auf kantonaler Ebene hält der Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung vom 6. Februar 2018 (BL: SGS 930.001³; BS: SG 333.200⁴) fest, dass der Versorgungspla-

K 1.1 Rechtliche Grundlagen

Rechtliche Grundlage Bund:

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994, SR 832.10

Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995, SR 832.102

Rechtliche Grundlage Kantone:

Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung vom 6. Februar 2018 (BL: SGS 930.001; BS: SG 333.200)

nungsbericht bikantonal erfolgt. Das Ziel der aktuellen Spitalplanung im Bereich der Psychiatrie ist es, weiterhin eine qualitativ hochwertige, wirtschaftlich nachhaltig tragbare und zukunftsfähige stationäre psychiatrische Versorgung zu ermöglichen.

Der Versorgungsplanungsbericht erfüllt diese formalen Anforderungen an die Versorgungsplanung mittels einer Bedarfsanalyse und Bedarfsprognose auf Basis der GGR. Er stützt sich auch auf weitere Grundlagen zur Spitalplanung, insbesondere auch die Empfehlungen der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren und -direktoren (GDK) zur Spitalplanung vom 27. November 2025 (GDK 2025). Als weitere Grundlage dient zudem das im Vorfeld der ersten Versorgungsplanung der GGR 2022 erarbeitete Psychiatriekonzept (Baumgartner et al., 2022; vgl. Abbildung G 1.1). Dieses bildet aus Sicht der Fachpersonen seitens der Leistungserbringer den allgemeinen Rahmen für die künftige Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in der Region und definiert anhand von Handlungsfeldern und Empfehlungen zentrale Schwerpunkte. Der vorliegende Versorgungsplanungsbericht Psychiatrie 2026 greift Teile dieses Psychiatriekonzepts auf. Ziel der Planung ist es jedoch nicht, sämtliche Empfehlungen umzusetzen. Die Konzepte dienen vielmehr als qualitative Orientierung und zur Einordnung der quantitativen Analysen im Rahmen des Berichts, die die Ausrichtung der psychiatrischen Versorgung in der GGR unterstützen.

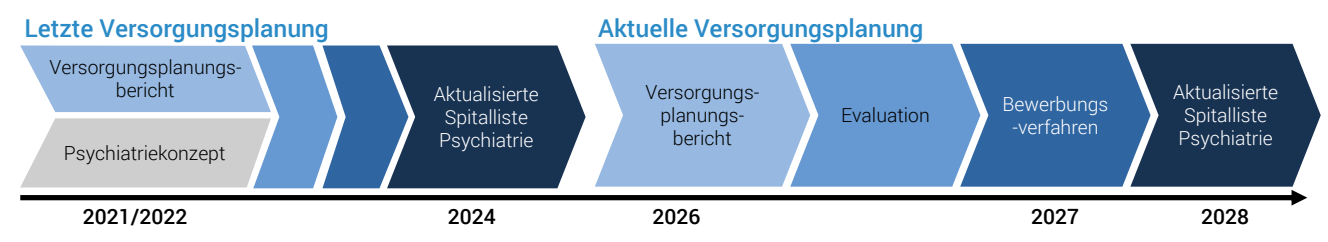
¹ Siehe Kapitel 2

² [832.10 Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung \(KVG\)](#)

³ [SGS 930.001 - Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung](#)

⁴ [SG 333.200 - Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung - Kanton Basel Stadt - Erlass-Sammlung](#)

G 1.1 Bausteine und Prozess in der psychiatrischen Versorgungsplanung der GGR



Quellen: Eigene Darstellung Obsan, abgeleitet von Abbildung 1 des Versorgungsplanungsberichts Psychiatrie 2022 der GGR

© Obsan 2026

1.2 Der Versorgungsplanungsbericht Psychiatrie 2026

Der Bericht wurde im Auftrag der GGR durch das Obsan erarbeitet und orientiert sich in Struktur und Inhalt am Bericht von 2022 (BL & BS, 2022). Das Vorwort, Kapitel 4.4, Teile der Kapitel 5.1 bis 5.3, sowie die Kapitel 7 und 8 wurden durch die beiden Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft verfasst.

Kapitel 2 gibt einen Überblick über die GGR und beschreibt deren politische, geografische und demografische Struktur. Kapitel 3 widmet sich den verwendeten Daten und Methoden. Darin werden auch alle Einflussfaktoren auf die Bedarfsprognose erläutert, inklusive der Bevölkerungsszenarien und demografischen Prognosen der GGR (Kapitel 3.4.1). In Kapitel 4 werden die Ergebnisse der Bedarfsanalyse zur stationären Spitalversorgung der Jahre 2022–2024 gezeigt. Zur besseren Einordnung gibt Kapitel 5 zudem einen Überblick über das ambulante und intermediäre Angebot und setzt das Leistungsvolumen aller Bereiche zueinander in Bezug. In Kapitel 6 werden die Ergebnisse der Bedarfsprognosen für die stationäre Versorgung bis in das Jahr 2036 gezeigt.⁵ Auf deren Basis werden im Unterkapitel 6.2 auch Prognosen für den intermediären Bereich abgeleitet. In Kapitel 7 werden die Ergebnisse der Analysen eingeordnet, mögliche Handlungsfelder aufgezeigt und ein Fazit gezogen. Kapitel 8 widmet sich dem gesundheitspolitischen Kontext und der Umsetzung der Psychiatrieplanung.

Im Jahr 2026 findet eine Vernehmlassung des Berichts statt. Mit der Veröffentlichung des Versorgungsplanungsberichts 2027 beginnt das Bewerbungsverfahren für die gleichlautenden Spitallisten Psychiatrie der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt.

⁵ Die separate Bedarfsanalyse und -prognose für die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt ist in der vorliegenden Vernehmlassungs-

version noch nicht enthalten. Sie wird nach Abschluss der Vernehmlassung erstellt und in der definitiven Fassung des Versorgungsplanungsberichts im Anhang ergänzt.

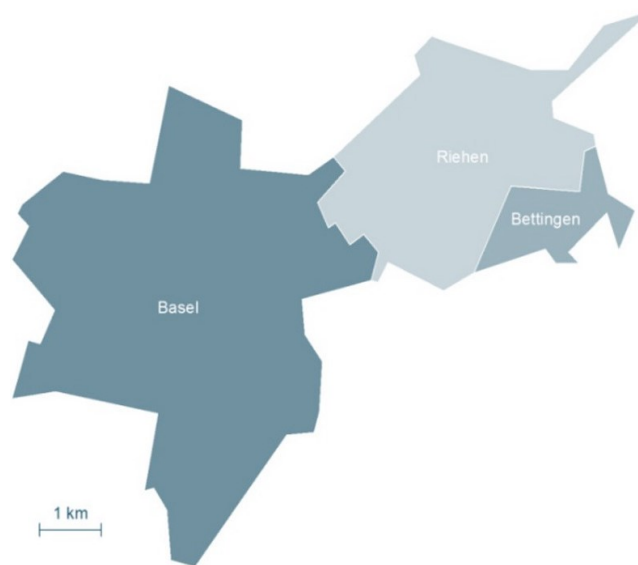
2 Die Gemeinsame Gesundheitsregion GGR

Die geografische Ausdehnung des Jura-Nordbogens kann als «integraler Gesundheitsraum» betrachtet werden, der das gesamte Leistungsspektrum sowie alle Bevölkerungsgruppen und Altersstufen umfasst. Auf Schweizer Seite zählen dazu die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt, die solothurnischen Bezirke Thierstein und Dorneck sowie der Bezirk Rheinfelden und Teile des Bezirks Laufenburg im Kanton Aargau. Nicht einbezogen sind die Gebiete des französischen Sundgaus sowie des deutschen Bundeslands Baden-Württemberg. Der vorliegende Versorgungsplanungsbericht konzentriert sich auf die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft, die einen wesentlichen Teil des Jura-Nordbogens bilden.

2.1 Geographische Aufstellung

Die GGR umfasst die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft mit insgesamt rund 502 700 Einwohnerinnen und Einwohnern (2024). Davon leben 201 400 Personen im Kanton Basel-Stadt und 301 300 im Kanton Basel-Landschaft. Der Kanton Basel-Stadt besteht aus der Stadt Basel sowie den Gemeinden Riehen und Bettingen (vgl. Abbildung G 2.1) und hat eine Fläche von 36,8 km². Der Kanton Basel-Landschaft ist in fünf Bezirke mit insgesamt 86 Gemeinden gegliedert (vgl. Abbildung G 2.2 und Tabelle T 2.1) und umfasst eine Fläche von 517,8 km².

G 2.1 Die politische Gliederung des Kantons Basel-Stadt



Quellen: Darstellung gemäss Abbildung 3 des Versorgungsplanungsberichts Psychiatrie 2022 der GGR
© Obsan 2026

G 2.2 Politische Gliederung der Gemeinsamen Gesundheitsregion GGR



Quellen: Darstellung gemäss Abbildung 2 des Versorgungsplanungsberichts Psychiatrie 2022 der GGR

© Obsan 2026

T 2.1 Kennzahlen der Bezirke des Kantons Basel-Landschaft per 31. Dezember 2024

Bezirk	Einwohner/-innen	Fläche in km ²	Anzahl Gemeinden	Einwohner/-innen pro km ²
Bezirk Arlesheim	161'899	96.2	15	1'683
Bezirk Laufen	21'338	89.6	13	238
Bezirk Liestal	64'082	86.0	14	745
Bezirk Sissach	37'582	141.0	29	266
Bezirk Waldenburg	16'422	105.0	15	156
Total Kanton BL	301'323	517.8	86	582

Quellen: BFS – STATPOP; Arealstatistik

© Obsan 2026

Mit der Stadt Basel als urbanem Zentrum (rund 177 600 Einwohnerinnen und Einwohner) sowie den suburbanen Gemeinden Riehen (ca. 22 500 Einwohner/-innen) und Bettingen (ca. 1300 Einwohner/-innen) im Kanton Basel-Stadt und dem Bezirk Arlesheim im Kanton Basel-Landschaft (ca. 161 900 Einwohner/-innen) konzentrieren sich über zwei Drittel der Bevölkerung der GGR (rund 363 300 Einwohner/-innen) auf einer Fläche von 133 km². Entsprechend hoch ist die Bevölkerungsdichte in diesem Gebiet: Im Kanton Basel-Stadt und im Bezirk Arlesheim beträgt sie 2732 Einwohnerinnen und Einwohner pro km². Zum Vergleich liegt die Bevölkerungsdichte des Kantons Genf bei 2160 Einwohnerinnen und Einwohnern pro km².

Dem gegenüber stehen die eher ländlich geprägten Bezirke Liestal, Sissach, Laufen und Waldenburg im Kanton Basel-Landschaft. In diesen Regionen leben rund 139 400 Einwohnerinnen und Einwohner bei einer deutlich geringeren Bevölkerungsdichte von 331 Einwohnerinnen und Einwohnern pro km².

Tabelle T 2.2 zeigt zudem die politischen Gemeinden der GGR mit mehr als 9000 Einwohnerinnen und Einwohnern per 31. Dezember 2024. Insgesamt weist die GGR eine Bevölkerungsdichte von 907 Einwohnerinnen und Einwohnern pro km² auf und liegt damit in einer ähnlichen Grössenordnung wie der Kanton Zürich.

T 2.2 Bevölkerungsstärkste Gemeinden der GGR, 2024

Politische Gemeinde	Einwohner/-innen
2701 Basel	177'571
2703 Riehen	22'534
2762 Allschwil	22'155
2773 Reinach (BL)	20'690
2770 Muttenz	18'120
2831 Pratteln	16'576
2765 Binningen	16'053
2829 Liestal	16'034
2769 Münchenstein	12'457
2771 Oberwil (BL)	11'430
2761 Aesch (BL)	11'137
2766 Birsfelden	10'445
2775 Therwil	10'125
2763 Arlesheim	9'314

Quellen: BFS – STATPOP

© Obsan 2026

3 Daten und Methoden

3.1 Datenquellen

Zentrale Datengrundlage für die Analysen zur aktuellen Versorgungssituation sowie als Basis für die Bedarfsprognosen bilden die Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS)⁶, bzw. die Administrativdaten der Gesundheitsversorger (GEVA)⁷, sowie die Krankenhausstatistik (KS)⁸ des Bundesamts für Statistik (BFS). Zur Berechnung der Hospitalisierungsraten wurden die Bevölkerungsdaten gemäss der Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)⁹ des BFS verwendet. Als Grundlage für die Modellierung der demografischen Entwicklungen wurden die kantonalen Bevölkerungsszenarien des BFS verwendet.

3.1.1 Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) und die Administrativdaten der Gesundheitsversorger (GEVA)

Bis zum Datenjahr 2023 erfasste die MS jedes Jahr die Daten aller Spitalaufenthalte in den Schweizerischen Krankenhäusern. Ab dem Datenjahr 2024 stammen die Daten aus den GEVA. Diese umfassen unter anderem die Daten aus der Erhebung «Spitalstationäre Gesundheitsversorgung» (SpiGes), welche die bisher im Rahmen der MS durchgeführte Erhebung ersetzt hat. Die relevanten Grundzüge der Datenbasis bleiben unverändert: An der Erhebung nimmt jedes Krankenhaus bzw. jede Klinik und jedes Geburtshaus teil. Das BFS erhebt sowohl soziodemografische Informationen der Patientinnen und Patienten wie Alter, Geschlecht, Wohnregion, als auch administrative Daten wie Versicherungsart, Aufenthaltsort vor der Hospitalisierung und medizinische Informationen wie Diagnosen und Behandlungen. Für die vorliegende Analyse wurden die Daten der MS und der GEVA anhand der relevanten Schlüsselvariablen harmonisiert und zu einer konsistenten Zeitreihe zusammengeführt. Die resultierenden Zeitreihen wurden anschliessend auf ihre Plausibilität geprüft.

⁶ Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/erhebungen/ms.html>

⁷ Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/erhebungen/daten-gesundheitsversorger.html>

⁸ Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/erhebungen/ks.html>

⁹ Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/erhebungen/statpop.html>

Da es sich bei den GEVA für das Jahr 2024 um eine erste Datenerhebung handelt, bestehen noch gewisse Vorbehalte hinsichtlich der Datenqualität. Die für diese Analyse zentralen Schlüsselvariablen¹⁰ sind davon jedoch nicht betroffen, zumal es Variablen sind, die bereits zuvor erhoben wurden. Eine Ausnahme stellt die Variable «Wohnkanton» dar, welche für ein Spital im Jahr 2024 nicht vorlag und entsprechend imputiert werden musste (vgl. Kasten K 3.1). Dennoch erscheint die Verwendung der GEVA 2024 im Sinne der Aktualität der Daten gerechtfertigt.

3.1.2 Krankenhausstatistik (KS)

Die KS des BFS dient in erster Linie der Beschreibung der Infrastruktur und der Tätigkeit der Spitäler und Geburtshäuser in der Schweiz und gibt Auskunft über die Spitaltypologie (vgl. BFS, 2022). Kombiniert mit der MS bzw. den GEVA ermöglichen die Daten der KS die Zuordnung der Spitalaufenthalte zu einzelnen Spitälern sowie die Abgrenzung der Versorgungsbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation. Das genaue Verfahren zur Kategorisierung der Versorgungsbereiche ist in Abschnitt 3.2 beschrieben.

3.1.3 Statistik der Bevölkerung und Haushalte (STATPOP)

Die STATPOP ist Teil des eidgenössischen Volkszählungssystems. Sie liefert Informationen zum Bestand und zur Struktur der Wohnbevölkerung am Jahresende sowie zu den Bevölkerungsbewegungen während des Kalenderjahres. Anhand der Bevölkerungszahlen gemäss STATPOP werden im vorliegenden Bericht die standardisierten Hospitalisierungsraten im Rahmen der Ist-Analyse sowie Raten pro Alters- und Leistungsgruppe als Grundlage für die Bedarfsprognosen berechnet.

¹⁰ Die Schlüsselvariablen sind in der SpiGes in der Tabelle «Falldaten» – «Administratives» enthalten, dazu gehört im Minimum: Jahr, Fall-ID, Wohnkanton (in der MS MedStat-Regionen, Variable 1.1.V04), Eintritts- und Austrittsdatum (Variablen 1.2.V01; 1.5.V01), Diagnosen nach ICD (Variablen 4.2.V010 ff.) sowie Standort (BUR-Nr., MS angepasst / Variable 0.1.V03). Aufenthaltsdauer und Gruppierung der Leistungsgruppen wurden nicht aus der GEVA übernommen, sondern gemäss SwissDRG/TARPSY berechnet bzw. anhand kantonomer Definitionen auf Basis der ICD-Codes zugewiesen (vgl. Kapitel 3.2.3/3.2.2). Für die Psychiatrie werden zusätzlich Variablen aus dem Datensatz «Psychiatrie» integriert (ehemals Psychiatrie-Zusatzdaten MS).

K 3.1 Imputation der Wohnkantone eines Spitals

Für das Datenjahr 2024 liegen in der GEVA für ein ausserkantonales Spital keine Angaben zum Wohnkanton vor. Da das Spital auch Personen aus der GGR behandelte, werden die fehlenden Wohnkantone für 2024 geschätzt (imputiert), um die Fallzahlen in nachgelagerten Analysen berücksichtigen zu können.

Ziel der Imputation ist es, die historische Verteilung der Wohnkantone möglichst realitätsnah abzubilden und gleichzeitig systematische Verzerrungen zu vermeiden. Die Imputation basiert auf den historischen Daten der Jahre 2020–2023 desselben Leistungserbringers. Als Referenzpopulation werden ausschliesslich vollständige Fälle mit bekannten Wohnkantonen verwendet. Die Verteilung wird nach Diagnosegruppe, Geschlecht und Altersgruppe (0–17, 18–64, 65+ Jahre) stratifiziert. Die Zuweisung erfolgt proportional zur historischen Verteilung innerhalb der jeweiligen Strata. Bei unzureichender Fallzahl wird auf aggregierte Strata zurückgegriffen. Durch dieses Vorgehen werden neben den Wohnkantonen auch die Verteilungen nach Alter, Geschlecht, Diagnose- und Leistungsgruppen möglichst konsistent mit den historischen Strukturen abgebildet.

Die Anzahl der imputierten Fälle, die der GGR zugeordnet wurden, entspricht mit einer Abweichung von sieben Fällen nahezu dem vom Spital genannten Gesamttotal der GGR-Fälle. Die resultierenden Verteilungen bezüglich der anderen Merkmale sind konsistent mit den historischen Mustern der Referenzjahre. Es bleibt zu beachten, dass es sich um eine probabilistische Zuweisung handelt und nicht die realen Wohnkantone einzelner Fälle abbildet.

3.1.4 Bevölkerungsszenarien

Hinsichtlich der demografischen Entwicklung stützen sich die Bedarfsprognosen im vorliegenden Bericht auf die kantonalen Bevölkerungsszenarien 2025 bis 2055 des BFS¹¹. Prognosen sind zwangsläufig mit Unsicherheit behaftet, weshalb durch das BFS drei unterschiedliche Bevölkerungsszenarien berechnet werden. Auf der Basis bestimmter Hypothesen über die zukünftige Entwicklung der Fruchtbarkeit, der Sterblichkeit, der Ein- und Auswanderung, der Binnenwanderung und des Erwerbs des Schweizer Bürgerrechts werden für jedes zukünftige Jahr die Zahl der Geburten, der Todesfälle, der Einbürgerungen sowie des Wanderungssaldos vorausgeschätzt und mit Hilfe der Fortschreibungsmethode (Bevölkerungsbilanz) der prognostizierte jährliche Bevölkerungsstand ermittelt. Das mittlere Szenario bzw. «Referenzszenario» schreibt die Entwicklungen der letzten Jahre fort. Das «hohe Szenario» beruht dagegen auf einer Kombination von Annahmen, die das Bevölkerungswachstum begünstigen; das «tiefe

Szenario» kombiniert hingegen Annahmen, die das Bevölkerungswachstum begrenzen. Mittels der drei Szenarien kann der plausible Bereich der möglichen zukünftigen Bevölkerungsentwicklung abgedeckt werden.

3.1.5 Weitere Datenquellen

Punktuell wurden weitere Datenquellen genutzt. Die kantonale Spitalliste diente als Grundlage für die Klassifikation der Leistungserbringer in Listenspitäler und Nicht-Listenspitäler sowie für die Berechnung des Abdeckungsgrads der Spitalliste. Konkret wurde dazu die aktuell für die Psychiatrie gültige Spitalliste¹² der GGR verwendet.

Auch der Versorgungsplanungsbericht 2022 der GGR zur psychiatrischen Versorgung (BL & BS, 2022) diente als Grundlage für den vorliegenden Bericht. Bestimmte Annahmen sowie methodische Ansätze zu den Einflussfaktoren der Bedarfsprognose wurden daraus übernommen und für die vorliegende Analyse weiterverwendet. In Bezug auf die epidemiologischen und medizintechnischen Entwicklungen stützt sich der vorliegende Versorgungsplanungsbericht ausserdem auf die Studien und Gutachten im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (GDZH) (ISPM, 2009; Hess et al., 2009; Hess et al., 2016; Höglinger et al., 2019; GDZH, 2021).

3.2 Definitionen und Berechnung einzelner Kennzahlen

Nachfolgend sind wichtige Definitionen und die Berechnung zentraler Kennzahlen erläutert. Für detaillierte Informationen zu den verfügbaren Merkmalen in den GEVA sei ausserdem auf die Variablenliste der SpiGes-Erhebung verwiesen.¹³

3.2.1 Falldefinition und Abgrenzung Versorgungsbereiche

Ein Fall entspricht einer Hospitalisierung. Dabei werden alle Fälle berücksichtigt, welche während des entsprechenden Datenjahres aus dem Spital entlassen wurden (A-Fälle) oder das gesamte Jahr in der Klinik verbrachten (C-Fälle). B-Fälle weisen ein Eintrittsdatum im Datenjahr auf, wurden aber in diesem Jahr noch nicht entlassen. Sie werden nicht berücksichtigt, da einerseits nur unvollständige Daten vorliegen und andererseits Doppelzählungen vermieden werden sollen. Z.B. könnte der Fall im Folgejahr zu einem A-Fall werden und für dieses Jahr berücksichtigt werden.

Seit der Einführung von SwissDRG (2012), TARPSY (2018) bzw. ST Reha (2022) werden Fälle zusammengeführt, die unter bestimmten Bedingungen innerhalb von 18 Tagen rehospitalisiert wurden (Fallzusammenführung).

¹¹ Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/zukunftige-entwicklung/kantonale-szenarien.html>

¹² Vgl. https://media.bs.ch/original_file/spital1-0.pdf

¹³ Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/projekt-spi-ges.html>

Zur Unterscheidung der Versorgungsbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation werden die Fälle in der MS bzw. den GEVA anhand des in der KS enthaltenen Spitaltyps gemäss Krankenhausstypologie, der Hauptleistungsstelle¹⁴ und dem Abrechnungstarif¹⁵ abgegrenzt (Tabelle T 3.1). Das geschieht in vier Schritten:

1. Zuerst erfolgt auf Basis der Hauptleistungsstelle eine Zuweisung zur Psychiatrie (M500) bzw. zur Rehabilitation (M950).
2. Unter den übrigen Fällen werden anhand des Spitaltyps weitere Psychiatrie- (K211, K212) bzw. Rehabilitationsfälle (K221) identifiziert.
3. Fälle in geriatrischen Spezialkliniken (K234) bzw. Fälle der Hauptkostenstelle Geriatrie (M900) werden anschliessend auf Basis des Abrechnungstarifs der Akutsomatik oder der Rehabilitation zugewiesen.
4. Zuletzt werden bei einzelnen Spitälern Anpassungen hinsichtlich der Abgrenzung vorgenommen, die sich auf die Ergebnisse der Daten-Plausibilisierung, Erfahrungen des Obsan aus früheren Studien sowie Abklärungen bei den zuständigen Kantonen stützen und in einem zentralen System (Obsan-SITE) dokumentiert werden.

3.2.2 Gruppierung der Fälle

Für die Analyse und Prognose des Bedarfs sowie als Grundlage für die Spitalplanung werden die Fälle anhand der erbrachten Leistungen in Leistungsgruppen gruppiert. Das Ziel von Leistungsgruppen ist es, ähnliche Leistungen zusammenzufassen und damit systematisch auswertbar zu machen. Dabei sollen die

organisatorischen Realitäten in den Spitälern und die unterschiedlichen Anforderungen an Infrastrukturen und Personal möglichst adäquat abgebildet werden.

Für die Psychiatrie bestehen in der Schweiz bislang keine einheitlichen Spitalplanungsleistungsgruppen. Die GGR basiert ihre Leistungsgruppensystematik auf der Berner Systematik, wobei sie diese in einzelnen Punkten angepasst hat (Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, 2025). Die entsprechenden Anpassungen sind im Versorgungsplanungsbericht 2022 (BL & BS, 2022) dokumentiert. Die Erläuterungen hier beschränken sich auf die in der GGR angewendete Definition, die zwei Ebenen umfasst. Auf der übergeordneten Ebene werden grundsätzlich vier Spitalplanungsleistungsbereiche unterschieden: Kinder- und Jugendpsychiatrie (Personen bis 17 Jahren), Erwachsenenpsychiatrie (Personen ab 18 bis 64 Jahren) Alterspsychiatrie (Personen ab 65 Jahren), sowie den Leistungsbereich Straf- und Massnahmenvollzug (Forensik, vgl. Kasten K 3.2). Auf der darunterliegenden Ebene werden 13 Leistungsgruppen auf Basis von Diagnosegruppen¹⁶ gebildet, wie sie im Kasten K 3.3 beschrieben sind. Leistungsbereiche und Leistungsgruppen können miteinander kombiniert werden, sodass Auswertungen für jede Kombination separat vorgenommen werden können. Die Ergebnisse dieses Berichts werden daher nach diesen vier Leistungsbereichen und 13 Leistungsgruppen dargestellt. Der Fokus liegt dabei auf den altersbezogenen Leistungsbereichen. Entsprechend wird in einzelnen Auswertungen auf eine zusätzliche separate Darstellung der Forensik verzichtet.

T 3.1 Definition der Versorgungsbereiche

	Akutsomatik	Psychiatrie	Rehabilitation
Definition des Falls ¹⁾	A	A, C	A, C
Hauptleistungsstelle (HKST) ²⁾	Übrige	M500	M950
Spitaltyp gemäss Krankenhausstypologie ³⁾	Übrige	K21	K221
Abrechnungstarif ⁴⁾ in Komb. mit HKST M900	M900 & Tarif=SwissDRG		M900 & Tarif=SwissDRG
Abrechnungstarif ⁴⁾ in Komb. mit Spitaltyp K234	K234 & Tarif=SwissDRG		K234 & Tarif=SwissDRG
Spital- und standortspezifische Anpassungen	ja	ja	ja

Bemerkungen:

1) A = Austritt zwischen dem 1.1. und dem 31.12.; C = Eintritt vor dem 1.1. und Behandlung, die sich nach dem 31.12. fortsetzt.

2) M500 = Psychiatrie und Psychotherapie; M900 = Geriatrie; M950=Physikalische Medizin und Rehabilitation.

3) K21 = Psychiatrische Kliniken; K221 = Rehabilitationskliniken; K234 = Geriatrische Kliniken.

4) Abrechnungstarif: 1 = Behandlungsfall wurde über SwissDRG abgerechnet.

Quellen: Obsan – ObsanSITE; BFS – Krankenhausstypologie

© Obsan 2026

¹⁴ MS Variable 1.4.V01; GEVA Variable Version 1.5 «hauptleistungsstelle»

¹⁵ MS Variable 4.8.V01; GEVA Variable Version 1.5 «tarif»

¹⁶ Nach der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-GM)

Wie in den Kästen K 3.2 und K 3.3 ersichtlich, hat die GGR aufgrund des besonderen Versorgungsaufwands zusätzlich einen Spezial-Leistungsbereich sowie eine Spezial-Leistungsgruppe definiert: Mutter-Kind-Hospitalisationen bzw. schwere Essstörungen. Die Mutter-Kind-Hospitalisationen werden als eigener Leistungsbereich aufgeführt, da mit diesem Bereich zusätzliche Anforderungen an die Betreuung des Säuglings (unter 12 Monaten) geknüpft sind. Unter schweren Essstörungen werden diejenigen Fälle verstanden, welche aufgrund der Essstörung primär eine akutsomatische Behandlung benötigen. Dieser Spezialbereich und diese Spezialgruppe lassen sich in der MS sowie in den GEVA nicht eindeutig abgrenzen und werden deshalb in separaten Unterkapiteln behandelt. Das Falltotal bleibt dabei unverändert: Die in den Unterkapiteln identifizierten Fälle werden für die Bedarfsanalyse und Bedarfsprognose anderen Leistungsgruppen zugeordnet.

Zuletzt unterscheidet die GGR grundsätzlich zwischen zwei Versorgungsfunktionen: Grundversorgung und elektive Versorgung. Formal werden die Leistungsbereiche Erwachsenenpsychiatrie, Alterspsychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie sowohl der Grundversorgung als auch der elektiven Versorgung zugeordnet. Die Forensik wird ausschliesslich der Grundversorgung zugewiesen, während Mutter-Kind-Hospitalisationen nur der elektiven Versorgung zugeordnet sind (vgl. auch BL & BS, 2022). Diese Unterteilung ist jedoch primär für die Vergabe von Leistungsaufträgen relevant und nicht für die analytische Kategorisierung der Fälle. Aus diesem Grund wird im vorliegenden Bericht auf diese Unterscheidung verzichtet.

K 3.2 Leistungsbereiche Psychiatrie

Erwachsenenpsychiatrie	18–64 Jahre alt
Kinder- und Jugendpsychiatrie	Unter 18 Jahre alt
Alterspsychiatrie	Über 65 Jahre alt
Forensik	Straf- und Massnahmenvollzug

Spezial-Leistungsbereiche

Mutter-Kind-Hospitalisationen

Quellen: SPLG Psychiatrie GGR Version 2022.1

3.2.3 Aufenthaltsdauer

Für die Psychiatrie wird die Aufenthaltsdauer ausgehend von der TARPSY-Definition zu den Pflgetagen berechnet (TARPSY, 2021). Vereinfacht ausgedrückt entspricht das:

- **Ohne Verlegung:**

$$\text{Austrittsdatum} - \text{Eintrittsdatum} - \text{Unterbrüche} - \text{Urlaubstage} + 1$$
- **Mit Verlegung:**

$$\text{Austrittsdatum} - \text{Eintrittsdatum} - \text{Unterbrüche}$$

K 3.3 Leistungsgruppen Psychiatrie

F0-G30-32	Organische Störungen inkl. neurodegenerative Demenzen (u.a. Alzheimer)
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
F11-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaft Störungen
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7	Intelligenzstörungen
F8	Entwicklungsstörungen
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen
nicht-F	Nicht-F Diagnosen

Spezial-Leistungsgruppen

Schwere Essstörungen

Quellen: SPLG Psychiatrie GGR Version 2022.1

Unterbrüche entsprechen den Tagen ausserhalb des Spitals bei Fallzusammenführungen aufgrund von Wiedereintritten. Urlaubstage reflektieren Abwesenheiten von mindestens 24 Stunden und bleibender Bettenreservierung. Bei Todesfällen und Überweisungen in ein anderes Spital mit Ein- und Austritt am gleichen Tag ist die Aufenthaltsdauer gleich ein Tag.

Sowohl bei der Fallzahl als auch bei den Pflgetagen werden A- und C-Fälle berücksichtigt. Die Pflgetage stellen ein zentrales Mass für den Versorgungsaufwand dar; insbesondere C-Fälle, welche das volle Datenjahr hospitalisiert waren, haben dabei ein relevantes Gewicht. Für die Berechnung der jährlichen Pflgetage werden C-Fälle auf maximal 365 Tage begrenzt. Die mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) dient hingegen dem Vergleich zwischen Leistungsgruppen und soll die tatsächliche Aufenthaltsdauer möglichst unverzerrt abbilden. Aus diesem Grund wird auf eine Begrenzung der Aufenthaltsdauer verzichtet. Da die vollständige Aufenthaltsdauer der C-Fälle zum Zeitpunkt der Auswertung teilweise noch nicht vorliegt, basiert die MAHD auf den A-Fällen, wobei auch Aufenthalte von über 365 Tagen berücksichtigt werden. Dadurch wird ein konsistenter Vergleich des Versorgungsaufwands zwischen den Leistungsgruppen ermöglicht.

3.2.4 Rohe und standardisierte Hospitalisierungsraten

Die rohe Hospitalisierungsraten entspricht der Anzahl Hospitalisationen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner in der jeweiligen Population, ohne Anpassung an Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur.

Standardisierte Hospitalisierungsraten ermöglichen einen Vergleich verschiedener Regionen oder Länder, ohne dass die abgebildeten Raten von demografischen Unterschieden verzerrt werden. Die in diesem Bericht dargestellten Raten sind nach Alter und Geschlecht standardisiert; das bedeutet, dass die Ergebnisse um die Variationen korrigiert werden, die in der demografischen Struktur der Kantone bestehen.

Die Standardisierung erfolgt nach der direkten Methode und anhand der folgenden Berechnungsformel:

$$R = \frac{\sum_{i,j} (N_{ij} * r_{ij})}{\sum_{i,j} N_{ij}}$$

R = Standardisierte Raten nach Alter und Geschlecht

N_{ij} = Anzahl der Personen der Altersklasse i des Geschlechts j in der Standardbevölkerung

r_{ij} = Anzahl der Personen der Altersklasse i des Geschlechts j in der untersuchten Population

Als Standardbevölkerung wird die europäische Standardpopulation 2010 (Eurostat, 2013) verwendet. Mit der Standardisierung erhält man die Rate, die die untersuchte Bevölkerung aufweisen würde, wenn sie die gleiche Alters- und Geschlechtsstruktur wie die Standardbevölkerung hätte. Die 95%-Vertrauensintervalle wurden dabei auf der Grundlage einer Gamma-Approximation der Varianz der Rate berechnet (Tiwari et al., 2006). Das Vertrauensintervall ist ein Mass der Präzision der Schätzung und definiert die Grenzen, innerhalb derer der «wahre» Wert mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% liegt.

3.2.5 Kennzahlen Patientenströme

Die Analyse der Patientenströme ist eine wichtige Komponente der Spitalplanung, da sie die Koordination zwischen den Kantonen erfordert. Die Analyse der Patientenströme dient dazu, die Abhängigkeiten zwischen den kantonalen Versorgungssystemen aufzuzeigen, so dass diese in den Planungen entsprechend berücksichtigt werden können. In Tabelle T 3.2 sind verschiedene Indikatoren aufgeführt, mit denen sich die Abhängigkeiten zwischen den kantonalen Versorgungssystemen veranschaulichen lassen.

T 3.2 Indikatoren Patientenströme

Indikator	Beschreibung	Formel
Zuwanderung	Die Zuwanderung beschreibt die Anzahl Hospitalisierungen von Patient/-innen mit Wohnsitz ausserhalb eines Kantons (oder einer Region) in Spitälern mit Standort innerhalb des Kantons (der Region). Die Zuwanderung ist folglich die absolute Anzahl der nicht im Kanton (in der Region) wohnhaften Patient/-innen, die für eine Behandlung in den Kanton (die Region) kommen.	Z_k = Hospitalisierungen im Kanton bzw. in der Region k von Patient/-innen mit Wohnsitz ausserhalb des Kantons bzw. der Region k
Zustrom, %	Der Zustrom steht für den Anteil der von ausserhalb eines Kantons (oder einer Region) kommenden Patient/-innen an allen Hospitalisierungen in Spitälern mit Standort innerhalb des Kantons (der Region).	$Zustrom_k = \frac{Z_k}{H_k}$ H_k = Hospitalisierungen in Standorten im Kanton bzw. in der Region k
Abwanderung	Die Abwanderung beschreibt die Anzahl Hospitalisierungen ausserhalb eines Kantons (oder einer Region) von Patient/-innen mit Wohnsitz innerhalb des Kantons (der Region). Die Abwanderung ist folglich die absolute Anzahl der Patient/-innen aus dem Kanton (der Region), die sich ausserhalb des Kantons (der Region) behandeln lassen.	A_k = Hospitalisierungen ausserhalb des Kantons bzw. der Region k von Patient/-innen mit Wohnsitz im Kanton bzw. in der Region k
Abfluss, %	Der Abfluss steht für den Anteil der ausserhalb eines Kantons (oder einer Region) hospitalisierten Fälle an allen Hospitalisierungen von Patient/-innen mit Wohnsitz im Kanton (in der Region).	$Abfluss_k = \frac{A_k}{P_k}$ P_k = Hospitalisierungen von Patient/-innen mit Wohnsitz im Kanton bzw. in der Region k
Market Share Index (MSI), %	Der Market Share Index zeigt, wie viele der in einem Kanton (oder in einer Region) hospitalisierten Fälle auch dort wohnhaft sind und bildet damit den prozentualen Anteil der Patient/-innen mit Wohnsitz im Kanton (in der Region) ab, die in einem Spital mit Standort innerhalb des Kantons (der Region) behandelt werden.	$MSI_k = \frac{H_k - Z_k}{H_k} = 1 - Zustrom_k$
Lokalisationsindex (LI), %	Der Lokalisationsindex ist das Gegenstück zum Abfluss und bezeichnet den Anteil der in einem Kanton (oder in einer Region) wohnhaften Fälle, die im Kanton (in der Region) hospitalisiert werden, an allen Hospitalisierungen von Patient/-innen mit Wohnsitz im Kanton (in der Region). Diese Kennzahl zeigt, welcher Anteil der hospitalisierten Bevölkerung im eigenen Wohnkanton (in der eigenen Wohnregion) hospitalisiert wird und somit im Kanton (in der Region) «bleibt».	$LI_k = \frac{P_k - A_k}{P_k} = 1 - Abfluss_k$
Nettowanderung (auch Absolut-Saldo, Huber, 2015)	Die Nettowanderung zeigt, wie gross die Differenz zwischen den von ausserhalb eines Kantons (einer Region) kommenden Fällen (Zuwanderung) und den aus dem Kanton (der Region) hinausgehenden Fällen (Abwanderung) ist. Ein positiver Wert (>0) bedeutet, dass absolut gesehen mehr Fälle von ausserhalb des Kantons (der Region) kommen als vom Kanton (von der Region) aus in andere Kantone (Regionen) gehen. Ist der Saldo nahe null, so deutet dies auf einen zahlenmässigen Ausgleich der hineinkommenden und hinausgehenden Flüsse hin.	$Nettowanderung_k = Z_k - A_k$
Exportindex (EI)	Der Exportindex bildet das Verhältnis zwischen Abwanderung und Zuwanderung. Ein Wert >1 bedeutet, dass netto Fälle «exportiert» werden. Ein Wert <1 hingegen bedeutet, dass netto Fälle «importiert» werden. Diese Kennzahl zeigt, ob ein Kanton ein «Netto-Importeur» oder ein «Netto-Exporteur» ist.	$EI = \frac{A_k}{Z_k}$

Quellen: Huber, 2015; Pellegrini & Luyet, 2012; Matter-Walstra et al., 2006

© Obsan 2026

3.3 Prognosemodell

Im Hinblick auf die Einführung der Spitalfinanzierung 2012 erarbeitete das Obsan ein Modell zur Prognose des stationären Versorgungsbedarfs. Im Obsan-Dossier Nr. 32 (Weaver et al., 2009) findet sich eine ausführliche Dokumentation zum Modell sowie zur zugrundeliegenden Methodik. Beim aktuell verwendeten Modell handelt es sich um eine überarbeitete Version dieses Modells. Abbildung G 3.1 zeigt eine schematische Darstellung des Prognosemodells. Nachfolgend wird primär auf die Prognosetechnik eingegangen. Die massgebenden Einflussfaktoren werden in den Kapiteln 3.4.1 bis 3.5.2 erläutert.

3.3.1 Prognosetechnik

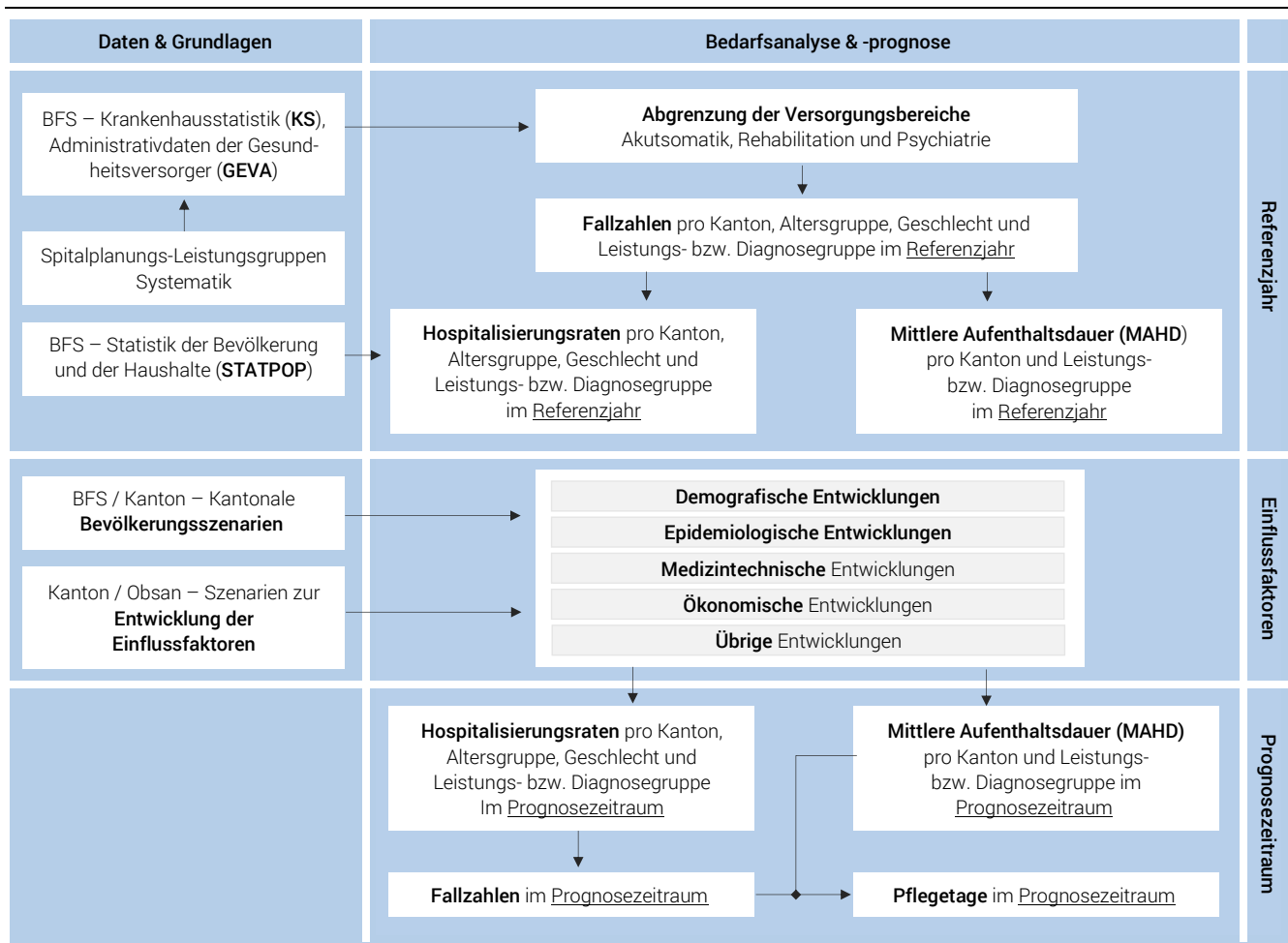
Das Vorgehen für die Schätzung des Versorgungsbedarfs lässt sich anhand der folgenden Schritte zusammenfassen:

1. Identifikation der für die Bedarfsprognose relevanten Leistungen: Entscheidend ist hierbei vor allem die **Abgrenzung der**

Versorgungsbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation innerhalb der MS bzw. den Administrativdaten der Gesundheitsversorger.

2. Berechnung der **Fallzahlen im Referenzjahr** pro Wohnkanton, Altersgruppe, Geschlecht und Leistungsgruppe.
3. Berechnung der **Hospitalisierungsraten im Referenzjahr** ausgehend von den Fallzahlen pro Wohnkanton, Altersgruppe, Geschlecht und Leistungsgruppe unter Berücksichtigung der Bevölkerungszahlen.
4. Schätzung der **Hospitalisierungsraten im Prognosezeitraum** unter Berücksichtigung der ökonomischen, epidemiologischen und medizintechnischen Entwicklungen.
5. Schätzung der **Fallzahlen im Prognosezeitraum** anhand der Hospitalisierungsraten und der Szenarien zur demografischen Entwicklung.
6. Berechnung der **mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD) im Referenzjahr** pro Leistungsgruppe.

G 3.1 Obsan-Modell zur Prognose des Versorgungsbedarfs



Quellen: Eigene Darstellung Obsan

© Obsan 2026

7. Schätzung der **MAHD für den Prognosezeitraum** unter Berücksichtigung der ökonomischen, epidemiologischen und medizintechnischen Entwicklungen.
8. Schätzung der **Pflegetage im Prognosezeitraum** ausgehend von den geschätzten Fallzahlen und der geschätzten MAHD pro Leistungsgruppe.

Aus dem Prognosemodell geht also der geschätzte Leistungsbedarf der Wohnbevölkerung in der Planungsregion im Sinne der erwarteten Anzahl Fälle und der erwarteten Anzahl Pflegetage hervor.

3.3.2 Referenzjahr und Prognosehorizont

Im Gegensatz zur sogenannten Trendfortschreibung oder zu Zeitreihenmodellen, bei denen die Prognose zukünftiger Entwicklungen anhand der beobachteten Trends in der Vergangenheit erfolgt, geht das Prognosemodell des Obsan lediglich vom aktuellsten Datenjahr (Referenzjahr) aus. Trendfortschreibungen erfordern stabile Zeitreihen, was im Kontext der Spitalplanung nicht gegeben ist. Die medizinischen Klassifikationssysteme zur Kodierung der Diagnosen und Behandlungen – namentlich der ICD- und der CHOP-Katalog – werden laufend an veränderte Rahmenbedingungen angepasst. Dementsprechend werden auch die der Planung zugrundeliegenden Leistungsgruppen jährlich aktualisiert. Diese Anpassungen sind essenziell, führen allerdings dazu, dass auf Ebene der einzelnen Leistungsgruppen nicht zwingend stabile Zeitreihen vorliegen. Folglich macht es Sinn, sich bei den Prognosen auf das aktuellste verfügbare Datenjahr abzustützen, in diesem Fall das Jahr 2024.

3.4 Einflussfaktoren im Prognosemodell

In diesem Kapitel sind die einzelnen Einflussfaktoren beschrieben, die im Prognosemodell Berücksichtigung finden.

Im Versorgungsplanungsbericht Psychiatrie 2022 (BL & BS, 2022) entwickelte die GGR eine eigene Methodik zur Schätzung der Bedarfsprognose. Teile dieses Ansatzes wurden in das Prognosemodell des Obsan integriert. Dies betrifft insbesondere zwei Einflussfaktoren: die Ambulantisierung (Kapitel 3.5.1) und die Trendfortschreibung der beobachteten Wachstumsraten der letzten zehn Jahre (Kapitel 3.5.2). Die Parametrisierung dieser Einflussfaktoren basiert auf einem Regressionsmodell, das in Kapitel 3.5.4 beschrieben ist.

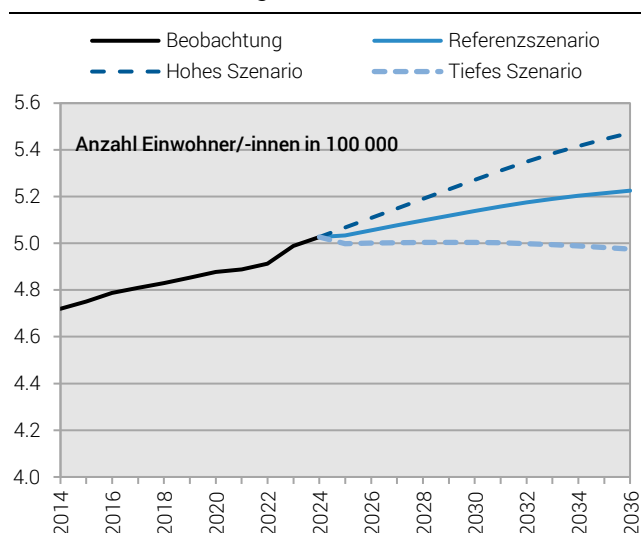
Obwohl jeder Einflussfaktor theoretisch für sich betrachtet werden kann, lassen sie sich in der Realität kaum klar voneinander abgrenzen. Besonders bei Trendfortschreibungen fallen die beobachteten Effekte häufig zusammen, überlagern sich und wirken in Kombination auf die zukünftige Entwicklung. In den Prognosen werden diese kumulierten Effekte daher gemeinsam in die Zukunft projiziert, wodurch die Grenzen zwischen den einzelnen Einflussgrößen oft verschwimmen.

3.4.1 Demografische Entwicklungen

Die Bevölkerungsstruktur stellt eine zentrale Rahmenbedingung für Politik, Wirtschaft und Gesellschaft – und damit für die Schaffung, Verteilung und den Erhalt von Wohlfahrt – dar. Der Altersaufbau und seine Veränderungen wirken sich auf die Rahmenbedingungen einer Gesellschaft (System der sozialen Sicherheit, insbesondere Altersvorsorge und Gesundheitssystem), das Humankapital und die Bereitstellungsaktivitäten (Zahl der Erwerbstätigen und unbezahlte Arbeit) aus. Da die demografische Entwicklung auch die Gesundheitsversorgung stark beeinflusst, bilden die Bevölkerungsszenarien des BFS eine wichtige Grundlage für die Bedarfsprognosen des Obsan (vgl. Kapitel 3.1.4).

Abbildung G 3.2 zeigt die demografische Entwicklung der Bevölkerung der letzten 10 Jahre und die Bevölkerungsszenarien gemäss dem BFS. Zwischen 2014 und 2024 stieg die Bevölkerung in der GGR um +30 800 Personen (+6,5%). Die Zahl der über 65-

G 3.2 Beobachtete und prognostizierte ständige Wohnbevölkerung der GGR, 2014–2036



Bevölkerungsentwicklung, 2014-2024

Kanton	Bevölkerung		Δ 2014–2024		
	2014	2024	n	%	CAGR
GGR	471'881	502'707	+30'826	+6.5%	+0.6%

Bevölkerungsprognose, 2024-2036

Szenario	Bevölkerung		Δ 2024–2036		
	2024	2036	n	%	CAGR
Referenz	502'707	522'459	+19'752	+3.9%	+0.3%
Hoch	502'707	547'301	+44'594	+8.9%	+0.7%
Tief	502'707	497'460	-5'247	-1.0%	-0.1%

Bemerkung: CAGR= «Compound Annual Growth Rate», jährliche Wachstumsrate.

Quellen: BFS – STATPOP, Bevölkerungsszenarien 2025–2055

© Obsan 2026

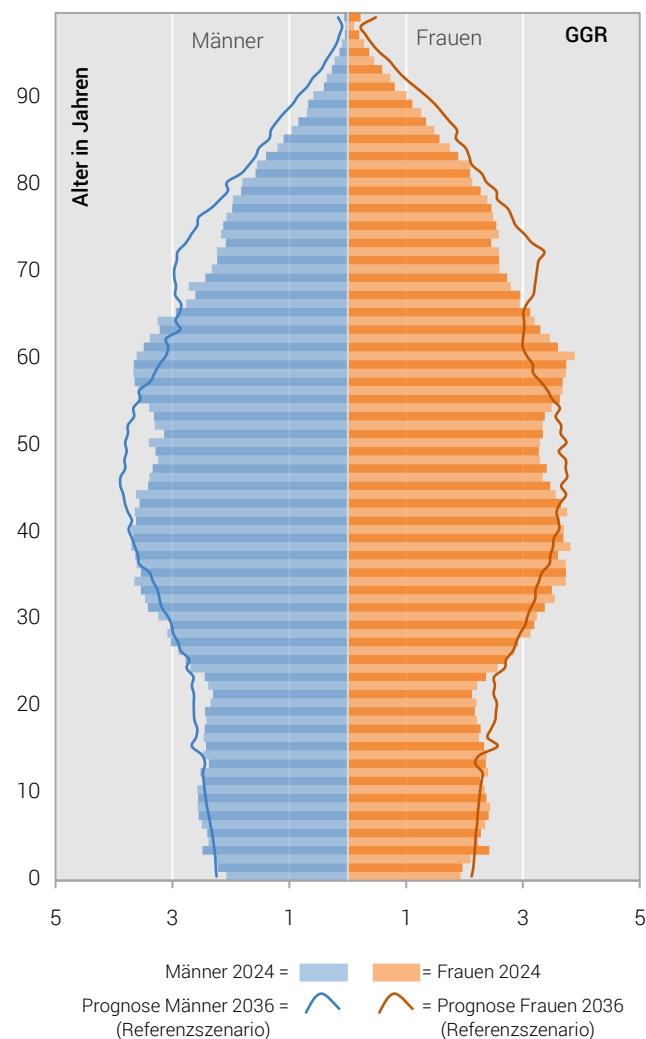
Jährigen nahm um rund +11 600 (+11,9 %) und die der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren um rund +8100 (+10,5%) zu. Die Anzahl Erwachsener zwischen 18 und 64 Jahren wuchs mit rund +11 100 Personen (+3,7%) unterdurchschnittlich.

Betrachtet man die jährlichen Wachstumsraten, so kann man die beobachteten Raten (2014–2024) mit den prognostizierten Wachstumsraten (2024–2036) vergleichen: Gemäss dem Referenzszenario des BFS wird die ständige Wohnbevölkerung in der GGR der Kantone BL und BS zwischen 2024 und 2036 durchschnittlich um +0,3% pro Jahr (CAGR; Compound Annual Growth Rate) wachsen. Das entspricht einer Zunahme von 502 700 auf 522 500 Personen. Im Vergleich zum Zeitraum zwischen 2014 und 2024 (CAGR von +0,6%) ist das erwartete Bevölkerungswachstum somit kleiner. Bei den Szenarien «Tief» und «Hoch» beträgt die prognostizierte Abnahme respektive Zunahme der Wohnbevölkerung durchschnittlich –0,1% bzw. +0,7% pro Jahr.

Für den gesamten Prognosezeitraum von 2024 bis 2036 wird im Referenzszenario insgesamt ein Bevölkerungswachstum von +4% für die GGR erwartet, was unter dem gesamtschweizerischen Wachstum (+8%) liegt.

Die demografische Entwicklung umfasst nicht nur das Bevölkerungswachstum, sondern auch die demografische Alterung. In der Bevölkerungspyramide (Abbildung G 3.3) der GGR wird die Altersstruktur der Wohnbevölkerung sichtbar. Dabei fällt die Baby-boom-Generation auf, zurückzuführen auf den starken Anstieg der Geburtenraten zwischen dem Ende des Zweiten Weltkriegs und dem sogenannten Pillenknick Mitte der 1960er-Jahre. Ihr steht eine schwächer besetzte Jugendgeneration gegenüber (Bucher, 2008). Der Vergleich von Ist-Zustand und Prognose macht die demografische Alterung deutlich, von welcher die Schweiz – wie die meisten modernen Industrie- und Dienstleistungsstaaten – betroffen ist. Sie bezeichnet die Zunahme des Anteils älterer

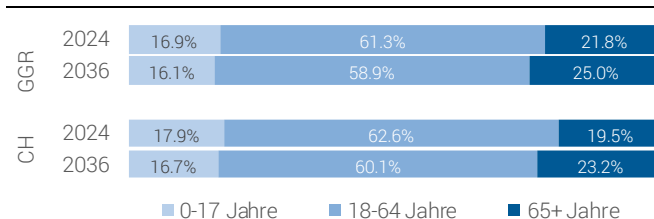
G 3.3 Bevölkerungsstand und Bevölkerungsentwicklung in der GGR, 2024–2036



Kennzahlen	GGR			CH		
	2024	2036	Δ	2024	2036	Δ
Bevölkerung	503 Tsd.	522 Tsd.	+4%	9.1 Mio.	9.8 Mio.	+8%
Jugendquotient	31%	32%	+0 pp.	33%	32%	–1 pp.
Altersquotient	37%	44%	+7 pp.	32%	40%	+8 pp.

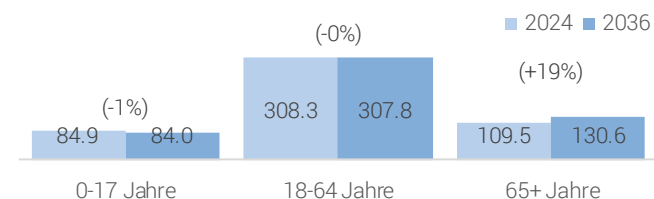
pp. = Prozentpunkte, Δ = Veränderung (Delta)

Relative Anteile pro Altersgruppe GGR und CH, 2024–2036



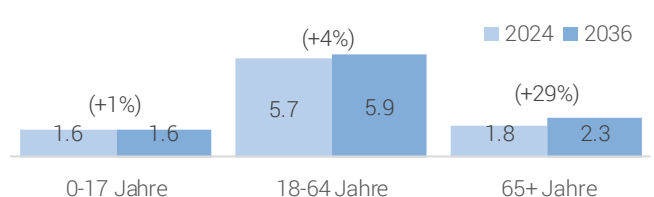
Wohnbevölkerung (in Tsd.) pro Altersgruppe, GGR

Wachstumsrate in % in Klammer



Wohnbevölkerung (in Millionen) pro Altersgruppe, CH

Wachstumsrate in % in Klammer



Quellen: BFS – STATPOP, Bevölkerungsszenarien 2025–2055

© Obsan 2026

Menschen in der Bevölkerung und ist eine Folge der niedrigeren Geburtenraten als auch der steigenden Lebenserwartung. Das Ausmass der Alterung einer Bevölkerung wird oft durch den Altersquotienten dargestellt, der das Verhältnis der 65-jährigen und älteren Personen zu den 20- bis 64-Jährigen ausdrückt.¹⁷

Aktuell ist für die GGR – wie auch für die Schweiz insgesamt – vor allem der Alterungseffekt an der Spitze der Alterspyramide massgebend. So ist, mit Bezug auf das Referenzszenario, von der stärksten Bevölkerungszunahme in den Altersgruppen der 65-Jährigen und Älteren (+19%) auszugehen. Dementsprechend steigt bis 2036 der Altersquotient in der GGR von 37% auf 44%. Zum Vergleich wuchs die Bevölkerung der 65-Jährigen und Älteren zwischen 2014 und 2024 um durchschnittlich +1,1% pro Jahr. Für den Zeitraum 2024 bis 2036 wird im Basisszenario ein durchschnittliches jährliches Wachstum von +1,5% erwartet.

Bevölkerungsentwicklung innerhalb der GGR

Bei einer regionalen Betrachtung nach Gemeinden (BS) bzw. Bezirken (BL) zeigen sich deutliche Stadt-Land-Unterschiede in der Bevölkerungsentwicklung (Abbildung G 3.4). Die drei baselstädtischen Gemeinden Basel, Riehen und Bettingen sowie der suburbane Bezirk Arlesheim wiesen insgesamt ein etwas geringeres Wachstum auf als die ländlichen Bezirke – mit Ausnahme des Bezirks Waldenburg. Zudem stieg hier der Anteil der unter 18-Jährigen besonders stark (hellblauer Balken). In den ländlichen Gebieten zeigt sich hingegen eine stärkere Bevölkerungsentwicklung, mit einer besonders starken Zunahme der Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und älter (dunkelblauer Balken).

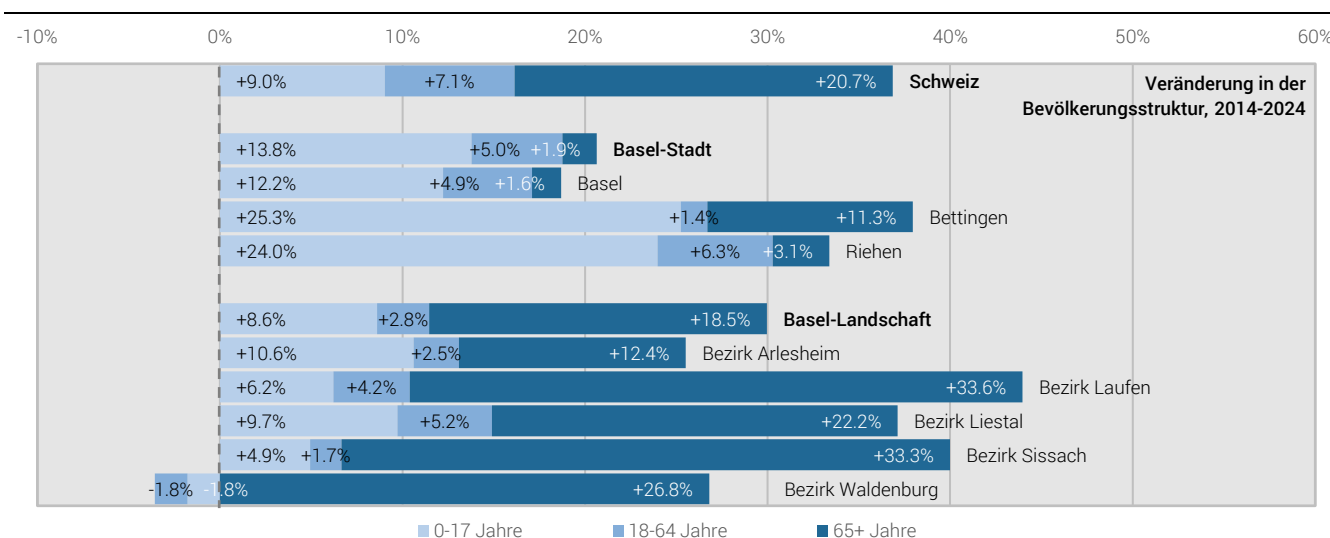
Der Bezirk Waldenburg weist die auffälligste Entwicklung innerhalb der GGR auf. Die geringe Gesamtzunahme der Bevölkerung (+3,5%) ist ausschliesslich auf den Anstieg der 65-Jährigen und Älteren (+26,8%) zurückzuführen. Gleichzeitig reduzierte sich sowohl die Zahl der Kinder und Jugendlichen (0–17 Jahre) als auch jene der 18- bis 64-Jährigen zwischen 2014 und 2024 um jeweils –1,8%.

3.4.2 Epidemiologische Entwicklungen

Die Epidemiologie untersucht die Verbreitung und Ursachen gesundheitsbezogener Zustände und Ereignissen in Populationen. Epidemiologische Entwicklungen können dazu führen, dass sich der Bedarf bestimmter Behandlungen im Zeitverlauf verändert. Grundsätzlich erlaubt das Prognosemodell des Obsan, solche Entwicklungen zu berücksichtigen, etwa auf Basis beobachteter Trends in der Vergangenheit.

Im vorliegenden Bericht wird die demografische Alterung über die kantonalen Bevölkerungsszenarien des Bundesamts für Statistik (BFS) in die Bedarfsprognose integriert. Teilweise sind epidemiologische Entwicklungen ausserdem über den Einflussfaktor «Trends der Hospitalisierungsraten» (siehe Kapitel 3.5.2) abgebildet. Auf weitere Annahmen zu spezifischen epidemiologischen Entwicklungen wird verzichtet. Zwar werden im Versorgungsbericht zur Zürcher Spitalplanung 2023 (GDZH, 2021) in einzelnen Bereichen (z. B. Essstörungen, Depressionen) Entwicklungen festgestellt, diese lassen sich jedoch kaum quantifizieren.

G 3.4 Veränderung in der Bevölkerungsstruktur innerhalb der GGR und der Schweiz, 2014–2024



Quellen: BFS – STATPOP

© Obsan 2026

¹⁷ Vgl. auch <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/quer-schnittsthemen/wohlfahrtsmessung/alle-indikatoren/gesellschaft/altersquotient.html>.

3.4.3 Medizintechnische Entwicklungen

Medizintechnische Entwicklungen umfassen neue Technologien in Diagnostik, Therapie oder Prävention. Sie können den Bedarf an stationären Leistungen sowohl erhöhen als auch senken. Einerseits können neue Diagnose- oder Behandlungsmethoden dazu führen, dass mehr Patientinnen und Patienten behandelt werden. Andererseits kann technischer Fortschritt Behandlungen vereinfachen oder eine Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich ermöglichen. Solche Entwicklungen sind häufig mit regulatorischen oder ökonomischen Rahmenbedingungen verbunden, weshalb sich ihre Effekte nicht eindeutig von anderen Einflussfaktoren abgrenzen lassen. Für eine explizite Modellierung medizintechnischer Entwicklungen wären jedoch quantifizierbare Annahmen zu deren Auswirkungen erforderlich (z.B. auf Ebene einzelner Leistungsgruppen, Diagnosen oder Behandlungsarten). Aufgrund der technologischen Unsicherheit und der fehlenden empirischen Grundlage lassen sich solche Effekte in der Regel nur schwer abschätzen (GDZH, 2021).

Anders als in der Akutsomatik konnten bisher keine quantifizierbaren, wesentlichen medizintechnischen Entwicklungen identifiziert werden, welche die stationäre Fallzahl massgeblich beeinflussen (Höglinger et al., 2019). Entwicklungen wie neue digitale Behandlungsangebote sind zwar feststellbar, haben jedoch bisher nur eine begrenzte Verbreitung. Daher wird im vorliegenden Modell auf einen Einflussfaktor «Medizintechnik» verzichtet.

3.4.4 Angleichung der Hospitalisierungsraten

Wie bereits im Kapitel 3.3.1 erwähnt, verwendet das Prognosemodell die Hospitalisierungsraten im Referenzjahr (nach Leistungsgruppe, Wohnkanton sowie Geschlecht und Altersgruppe) als Grundlage für die Bedarfsprognose. Diese Raten spiegeln die tatsächliche Inanspruchnahme wider, die jedoch nicht allein vom Bedarf bestimmt wird, sondern auch von regionalen Angebotskapazitäten, Erreichbarkeit sowie gesellschaftlichen oder kulturellen Faktoren beeinflusst wird (Carr-Hill et al., 1994; McGregor et al., 2008; Sheldon et al., 1993). Unterschiede in den Hospitalisierungsraten können daher echte Unterschiede im Versorgungsbedarf, aber auch Unter-, Über- oder Fehlversorgung widerspiegeln. Für die GGR werden die Hospitalisierungsraten der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt grundsätzlich unverändert übernommen. Da es keine belastbaren fachlichen Massstäbe für einen absoluten Versorgungsbedarf gibt (Czaja et al., 2012). Lediglich bei sehr kleinen Fallzahlen (5 pro Leistungsgruppe und Jahr) erfolgt eine Angleichung an die gesamtschweizerische Rate, um der inhärenten Volatilität bei kleinen Fallzahlen Rechnung zu tragen.

3.5 Spezifische kantonale Einflussfaktoren

Die GGR berücksichtigt in ihren Prognosen neben den zuvor erwähnten Einflussfaktoren auch zwei weitere Entwicklungen in der psychiatrischen Versorgung: die Ambulantisierung sowie die Entstigmatisierung der stationären Inanspruchnahme. Aufgrund ihrer abweichenden methodischen Herleitung und Berechnung werden diese Faktoren in diesem Kapitel separat dargestellt.

Die zugrunde liegende Methodik orientiert sich in ihren Grundlagen an der im Versorgungsbericht 2022 (BL & BS, 2022) entwickelten Vorgehensweise und wurde für die vorliegende Analyse weitergeführt sowie punktuell angepasst.

3.5.1 Ambulantisierung

In den letzten Jahren ist die Verlagerung von Gesundheitsleistungen vom stationären in den ambulanten Bereich zu einem wichtigen gesundheitspolitischen Thema geworden. Grundsätzlich wird die Wahl zwischen stationärer und ambulanter Behandlung sowohl durch medizinische Kriterien (z. B. Schweregrad, Komplexität, Sicherheit) als auch durch ökonomische und regulatorische Rahmenbedingungen beeinflusst. Je unattraktiver die Vergütung stationärer Leistungen im Vergleich zu entsprechenden ambulanten Leistungen ist, desto eher können Behandlungen in den ambulanten Bereich verlagert werden. Somit hängt der Grad der Ambulantisierung auch davon ab, ob die Ambulantisierung aus medizinischer und politischer Sicht gefördert werden soll.

Die ambulante psychiatrische Versorgung befindet sich im Wandel: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können seit dem 1. Juli 2022 nach ärztlicher Anordnung (Anordnungsmodell) selbstständig im ambulanten Sektor praktizieren. Zuvor galt das Delegationsmodell, wobei Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Anstellung bei einer Psychiaterin bzw. einem Psychiater sein mussten. Des Weiteren gibt es Entwicklungen in der Früherkennung bestimmter Störungen (z.B. Autismus-Spektrum) und in der Patientenbetreuung, die die Notwendigkeit stationärer Versorgung reduzieren können. Zudem konnten in der psychiatrischen Versorgung die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit tagesklinischer Strukturen¹⁸ durch die Resultate aus national und international anerkannten Studien hinreichend nachgewiesen werden (Agarwalla und Kuechenhoff 2004, Kallert et al. 2004, Kallert et al. 2007a, Kallert et al. 2007b): Rund 30% der psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten können in tagesklinischen Strukturen mindestens gleich wirksam oder sogar zweckmässiger behandelt werden, und die Fallkosten pro Patientin bzw. Patient liegen etwa halb so hoch wie in stationären Einrichtungen.

Im Gegensatz zur Akutsomatik¹⁹ sind für die Psychiatrie keine formalen Grundlagen zur Ambulantisierung vorhanden. Der Ein-

¹⁸ Im vorliegenden Bericht wird unter Ambulantisierung v.a. eine Substitution durch intermediäre Angebote verstanden.

¹⁹ Siehe Eingriffsspezifische Kriterienlisten «ambulant vor stationär» AVOS in der Akutsomatik, Basel-Stadt: [Monitoring Gesundheitsversorgung lbs.ch](https://www.bs.ch/de/monitoring-gesundheitsversorgung-lbs.ch), Basel-Landschaft: [AVOS 2026_Kt BS und BL_Liste der Eingriffe_2026_v1](https://www.bs.ch/de/monitoring-gesundheitsversorgung-lbs.ch) (abgerufen am 14.01.2026).

flussfaktor «Ambulantisierung» wird daher anhand von Experteneinschätzungen bestimmt: Grundsätzlich besteht in der GGR ein Potenzial zur Verlagerung stationärer Leistungen (Baumgartner et al., 2022); in einer vergleichbaren Versorgungsplanung des Kantons Zürich in der Erwachsenenpsychiatrie wurde dieses Potenzial über den Planungshorizont auf 15–20% geschätzt (GDZH, 2021).

Die zuständigen Behörden gehen von einem hohen medizinischen Verlagerungspotenzial in der GGR aus. Wie stark sich Leistungen in den ambulanten Bereich verlagern lassen, hängt aber auch wesentlich von der Finanzierung intermediärer Strukturen ab. Dabei spielen gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) und weitere kantonale Finanzierungsbeiträge eine zentrale Rolle, da die Vergütung intermediärer Angebote über TARMED häufig unzureichend ist (Tuch et al., 2024). Die intermediären und ambulanten Strukturen sind im Kapitel 5 zusammenfassend erläutert.

Grundsätzlich können Verlagerungen vollständig oder teilweise erfolgen: Vollständige Verlagerungen reduzieren die stationären Fallzahlen, Teilverlagerungen verschieben einzelne Untersuchungen oder Behandlungsschritte in den ambulanten Bereich, während die Hauptbehandlung stationär bleibt (Felder et al., 2014; Widmer et al., 2017). Vollständige Verlagerungen wirken primär auf die Fallzahlen, Teilverlagerungen auf die Aufenthaltsdauer. Ein Effekt auf die durchschnittliche Aufenthaltsdauer wird im Modell nicht angenommen, da sowohl Erhöhungen als auch Reduktionen möglich wären: Eine Erhöhung könnte durch Selektionseffekte entstehen, wenn Fälle mit kurzer Aufenthaltsdauer vollständig ambulant erbracht werden, während Langliegerinnen und Langlieger stationär verbleiben. Eine Reduktion wäre möglich, wenn ein erheblicher Teil der stationär behandelten Patientinnen und Patienten früher entlassen und beispielsweise durch Home Treatment oder Tageskliniken weiterbetreut würde.

Im Gegensatz zur Akutsomatik lässt sich für die Psychiatrie anhand der Leistungsdaten kaum abschätzen, für welche Fälle eine Verlagerung in den ambulanten Bereich denkbar ist. Deshalb wird die Reduktion der stationären Fallzahlen pro Leistungsbereich, Alters- und Leistungsgruppe geschätzt. Die Kantone der GGR unterscheiden dabei drei Dynamiken:

- **«hohe Dynamik»:** keine Verlagerung in den ambulanten Bereich
- **«mittlere Dynamik»:** Je nach Prognoseszenario sind 0–5% der Leistungen bis zum Zieljahr der Prognose verlagerbar
- **«gedämpfte Dynamik»:** Je nach Prognoseszenario sind 5–15% der Leistungen bis zum Zieljahr der Prognose verlagerbar

Welche Dynamik pro Altersgruppe, Leistungsbereich, und Leistungsgruppe plausibel ist, wird auf Basis des Regressionsmodells hergeleitet (siehe dazu Kapitel 3.5.4). In welchem Ausmass eine Verlagerung stationärer Leistungen durch intermediäre und ambulante Versorgungsstrukturen effektiv realisiert werden kann, hängt nicht zuletzt auch von den ökonomischen und tarifarischen Rahmenbedingungen ab. Insofern ist es wichtig, dass die Annah-

men zur Ambulantisierung im Rahmen der Bedarfsprognose kohärent sind mit den gesundheitspolitischen Strategien der zuständigen Ämter.

3.5.2 Trends in der Hospitalisierungsrate (Entstigmatisierung)

Gemäss Versorgungsbericht des Kantons Zürich (GDZH, 2021) ist der Hauptgrund für die steigenden Fallzahlen in der Psychiatrie die zunehmende Bereitschaft, Hilfe in Anspruch zu nehmen (Entstigmatisierung). Um die Entstigmatisierung abzubilden, wird der langfristige Trend der Hospitalisierungsraten einbezogen. Basis bildet eine Analyse der Trends im Zeitraum zwischen 2014 und 2024. Dabei wird wie folgt vorgegangen:

1. **Zeitreihenaufteilung:** Die Zeitreihe wird in zwei Abschnitte unterteilt: vor und nach der Einführung von TARPSY. TARPSY wurde in der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie im Jahr 2018 sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2019 eingeführt. Die Einführung neuer Tarifsyste-me beeinflusst die Vergleichbarkeit der Fallzahlen, insbesondere weil mit der Einführung von TARPSY Episoden derselben Patientinnen und Patienten bei Wiedereintritten innerhalb von 18 Tagen zu einem Fall zusammengeführt werden («Fallzusammenführung»).
2. **CAGR-Berechnung:** Für beide Zeitabschnitte wird die jährliche Wachstumsrate pro Leistungsbereich und -gruppe berechnet. Diese beiden Wachstumsraten werden dann kombiniert, indem man die Wachstumsfaktoren multipliziert und auf die Gesamtzeit normalisiert. Das ergibt die Gesamt-CAGR über die gesamte Zeitreihe unter Ausschluss der TARPSY-Einführung.
3. **Korrektur bei kleinen Fallzahlen:** Bei Leistungsgruppen mit einem Durchschnitt von weniger als 20 Fällen über die letzten drei Jahre (2022–2024) wird anstelle der gruppenspezifischen Wachstumsrate die CAGR des gesamten Leistungsbereichs verwendet, um der inhärenten Volatilität bei kleinen Fallzahlen Rechnung zu tragen.
4. **Demografische Bereinigung:** Zur näherungsweisen Bereinigung um demografische Effekte werden die Wachstumsraten der Bevölkerung in den relevanten Altersgruppen von den Inanspruchnahme-CAGRs subtrahiert.
5. **Ausschluss negativer Trends:** Die bereinigten Trends können sowohl positiv als auch negativ ausfallen. Da mit diesem Einflussfaktor insbesondere die Entstigmatisierung sowie die steigende Bereitschaft zur Inanspruchnahme stationärer psy-

chiatrischer Leistungen abgebildet werden sollen, werden jedoch ausschliesslich positive vergangene Trends in die Prognose übernommen.

Für 29 von 39 Kombinationen aus Alters- und Leistungsgruppen ergibt sich somit ein positiver Trend, der in die Prognose übernommen wird.

Es ist zu beachten, dass in Bereichen mit bereits hoher stationärer Leistungsanspruchnahme das Potenzial für weiteres Wachstum durch Entstigmatisierung begrenzt ist. Da die Entstigmatisierung in der GGR bereits weit fortgeschritten ist, wird eine Zunahme der Inanspruchnahme in den kommenden zehn Jahren voraussichtlich schwächer ausfallen als in der Vergangenheit. Um diesen Effekten Rechnung zu tragen, unterscheiden die Kantone der GGR drei Dynamiken mit Bezug auf die Fortschreibung :

- **«hohe Dynamik»:** Je nach Szenario werden 25–50 % des bisherigen Trends (bzw. der bereinigten, positiven CAGR) fortgeschrieben
- **«mittlere Dynamik»:** Je nach Szenario werden ebenfalls 25–50% des bisherigen Trends (bzw. der bereinigten, positiven CAGR) fortgeschrieben
- **«gedämpfte Dynamik»:** Je nach Szenario werden 10–20% des bisherigen Trends (bzw. der bereinigten, positiven CAGR) fortgeschrieben

3.5.3 Dynamiken und Prognoseszenarien

In den Kapiteln 3.5.1 und 3.5.2 wurden für die Ambulantisierung und in Bezug auf die Trends der Hospitalisierungsraten jeweils drei Dynamiken definiert: «hoch», «mittel» und «gedämpft». Für jede Kombination aus Leistungsbereich und Leistungsgruppe wird eine spezifische Dynamik für die Einflussfaktoren «Ambulantisierung» und «Trends der Hospitalisierungsraten» festgelegt. Damit wird berücksichtigt, dass sich die Leistungsbereiche und -gruppen künftig unterschiedlich entwickeln können. Die Festlegung der Dynamiken für die einzelnen Leistungsbereiche und Leistungsgruppen basiert auf Regressionsanalysen (siehe Kapitel 3.5.4).

Analog zu den übrigen Einflussfaktoren (z. B. Demografie) werden auch für die Ambulantisierung sowie für die Trends der Hospitalisierungsraten drei Prognoseszenarien definiert (Minimal-, Basis- und Maximalszenario). Diese sind von den Dynamiken zu unterscheiden: Während die Dynamiken strukturelle Unterschiede zwischen Leistungsbereichen und -gruppen abbilden, erfassen die Szenarien die generelle Unsicherheit der Prognosen und zeigen die Bandbreite plausibler Fallzahlen auf.

Die Dynamiken und Szenarien werden anschliessend miteinander kombiniert. Daraus entsteht eine Parameter-Matrix für die beiden Einflussfaktoren «Ambulantisierung» und «Trends der Hospitalisierungsraten», die als Grundlage in das Prognosemodell eingeht (Tabelle T 3.3).

T 3.3 Definition der Dynamiken und Prognoseszenarien

Dynamik	Fortschreibungsfaktor Hospitalisierungsraten			Ambulantisierung		
	Prognoseszenarien			Prognoseszenarien		
	Min	Basis	Max	Min	Basis	Max
Hohe Dynamik	0%	25%	50%	0%	0%	0%
Mittlere Dynamik	0%	25%	50%	-5%	0%	0%
Gedämpfte Dynamik	0%	10%	20%	-15%	-5%	0%

Quellen: Eigene Darstellung Obsan

© Obsan 2026

3.5.4 Regressionsmodell

Welche Dynamik je nach Leistungsgruppe zur Anwendung kommt, stützt sich unter anderem auf die in diesem Kapitel beschriebenen Regressionsanalysen.

Zielsetzung

Das Regressionsmodell wird anhand schweizweiter Strukturdaten T 3.4T 3.4 geschätzt, um die erwarteten Fallzahlen je Leistungsgruppe unter Berücksichtigung relevanter Kontrollvariablen zu bestimmen. Anschliessend werden die geschätzten Parameter genutzt, um für die GGR die erwarteten Fallzahlen vorherzusagen. Abweichungen der tatsächlichen GGR-Fallzahlen von den erwarteten Werten dienen dazu, Leistungsgruppen mit besonders hoher (oder niedriger) Inanspruchnahme zu identifizieren.

Hintergrund

Zur Bestimmung der erwarteten Fallzahlen wird zwischen nachfrage- und angebotsseitigen Faktoren unterschieden. Nachfrageseitige Unterschiede können sich beispielsweise aus demografischen Merkmalen der Bevölkerung ergeben, etwa Alter oder Geschlecht. Angebotsseitige Unterschiede hängen hingegen von der Grösse und Verfügbarkeit des Leistungsangebots ab, da ein grösseres Angebot tendenziell stärker genutzt wird. Die Unterscheidung zwischen nachfrage- und angebotsseitigen Faktoren ist für die Versorgungsplanung zentral. Während nachfrageseitige Unterschiede tatsächliche Unterschiede im Versorgungsbedarf widerspiegeln können, weisen angebotsseitige Effekte auf eine mögliche Über-, Unter- oder Fehlversorgung hin.

Während bekannt ist, dass die GGR im Vergleich zur übrigen Schweiz eine höhere Inanspruchnahmerate stationärer Leistungen in der Psychiatrie aufweist (siehe auch Kapitel 4.1.3), bleibt unklar, ob es sich hierbei um nachfrageseitige oder angebotsseitige Ursachen handelt. Um diese Effekte zu unterscheiden, werden in der Modellierung zunächst nachfrageseitige Faktoren (z. B. Alter, Geschlecht) statistisch kontrolliert. Verbleibende Abweichungen der Inanspruchnahmeraten können somit als Hinweis

auf angebotsseitige Effekte interpretiert werden. In Leistungsgruppen, in denen für die GGR – nach Kontrolle für nachfrageseitige Merkmale – eine signifikant höhere Inanspruchnahme festgestellt wird, geht die Bedarfsprognose von einer gedämpften Dynamik aus. Dadurch soll vermieden werden, dass potenziell angebotsinduzierte Inanspruchnahmen unreflektiert in die zukünftige Bedarfsentwicklung fortgeschrieben werden.

Methodik

Die Methodik orientiert sich dabei weitgehend an den bestehenden Planungsgrundlagen der GGR in der Akutsomatik (Steiner et al., 2019) sowie der Psychiatrie (Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion BL & Gesundheitsdepartement BS, 2022). Das Vorgehen ist nachfolgend detailliert beschrieben.

Datengrundlage, Analyseebene und Zielgrösse

Die Analysen wurden getrennt nach Leistungsbereich (Erwachsenen-, Alters- und Kinder und Jugendpsychiatrie) und Leistungsgruppen durchgeführt. Sie basieren auf den schweizweiten stationären Fallzahlen auf Ebene der MedStat-Regionen. Die MedStat-Regionen bilden die kleinstmöglichen räumlichen Ebenen für Auswertungen der MS bzw. den GEVA. Um stabile Schätzungen zu erhalten und die Zählungen pro Stratifizierung zu erhöhen, wurden die Fallzahlen sowie die Populationsgrössen über die Jahre 2022 bis 2024 zusammengefasst (gepoolt). Die so gepoolte Populationsgrösse der jeweiligen Altersgruppe wird im Modell als sogenannter Offset berücksichtigt. Dadurch wird die unterschied-

liche Grösse der Bevölkerung in den Regionen statistisch kontrolliert. Anders ausgedrückt werden nicht absolute Fallzahlen modelliert, sondern Hospitalisierungsraten.

Kontrollvariablen

Die Auswahl der Kontrollvariablen orientiert sich an den Vorarbeiten im Versorgungsplanungsbericht Psychiatrie 2022 (BL & BS, 2022). Konkret verwendet wurden die Variablen gemäss Tabelle T 3.4. Die Kontrollvariablen stammen aus dem Jahr 2024. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich diese strukturellen Bevölkerungsmerkmale im Zeitraum 2022–2024 nur geringfügig verändert haben. Die Kontrollvariablen wurden als Anteilswerte in das Modell aufgenommen. Zur besseren Interpretierbarkeit wurden die Anteile auf 100% skaliert, sodass die Modellkoeffizienten die Veränderung der Inanspruchnahmerate pro Prozentpunkt beschreiben.

Multikollinearität

Um mögliche Verzerrungen durch stark korrelierte Kontrollvariablen zu vermeiden, wurde die Multikollinearität zwischen den erklärenden Variablen geprüft. Bei hoher Multikollinearität wurde jeweils eine der betroffenen Variablen aus dem Modell ausgeschlossen. Beispielsweise wurde auf die gleichzeitige Berücksichtigung des Anteils an Einpersonenhaushalten und der durchschnittlichen Haushaltsgrösse verzichtet, da beide Variablen inhaltlich eng miteinander zusammenhängen. In solchen Fällen wurde jeweils die inhaltlich besser interpretierbare Variable beibehalten.

T 3.4 Variablenliste für das Regressionsmodell

	Erwachsenenpsychiatrie (18–64-Jährige)	Alterspsychiatrie (65+ -Jährige)	Kinder- und Jugendpsychiatrie (0–18-Jährige)	Ebene	Jahr	Quelle
Abhängige Variable						
Fallzahlen	Fallzahlen (absolut, nach Leistungsgruppen)			Medstat	2022-2024 (gepoolt)	MS / GEVA
Kontrollvariablen						
Alter	18–24-Jahre (%)	65–74-Jahre (%)	0–5-Jahre (%)	Medstat	2024	STATPOP BFS
	55–64-Jahre (%)	85+-Jahre (%)	14–18-Jahre (%)	Medstat	2024	STATPOP BFS
Geschlecht	Männer 18–64 (%)	Männer 65+ (%)	Jungen 0–18 (%)	Medstat	2024	STATPOP BFS
Herkunft	Ausländische Staatsangehörige (%)			Medstat	2024	STATPOP BFS
Haushaltsgrösse	1-Personen-Haushalte (%)			Medstat	2024	STATPOP BFS
Zivilstand	Verwitwete (%)			Medstat	2024	STATPOP BFS
	Geschiedene (%)			Medstat	2024	STATPOP BFS
Bildung	Tertiären Abschluss (%)			Medstat	2024	Strukturerhebung BFS
Offset						
Populationsgrösse	Bevölkerungszahl (absolut)			Medstat	2022-2024 (gepoolt)	STATPOP BFS

Quelle : Eigene Darstellung Obsan, abgeleitet von Tabelle 12 des Versorgungsplanungsberichts Psychiatrie 2022 der GGR

© Obsan 2026

Modellwahl

Da es sich bei den Fallzahlen um Zählraten handelt, wurden Regressionsmodelle verwendet, die speziell für solche Daten geeignet sind. Für jede Diagnosegruppe wurden mehrere Modellvarianten geprüft: Poisson-Regression (als Standardmodell für Zählraten), das Negativ-Binomial-Regression (bei erhöhter Streuung der Fallzahlen «Überdispersion») Zero-Inflated-Modelle (bei besonders vielen Nullwerten).

Die Wahl des geeigneten Modells erfolgte anhand mehrerer Kriterien: Prüfung auf Überdispersion (Varianz grösser als Mittelwert), Vergleich der Modellgüte und Modellkomplexität mittels AIC (Akaike Information Criterion), Plausibilität der geschätzten Koeffizienten, Verteilung der Modellresiduen. Für jede Leistungsgruppe wurde das Modell mit der besten Anpassung an die Daten ausgewählt. In den vorliegenden Analysen wurde kein Zero-Inflated-Modell als bestes Modell identifiziert.

Beobachtete vs. erwartete Fallzahlen

Auf Grundlage der geschätzten Modelle wurden für jede MedStat-Region erwartete Fallzahlen berechnet. Die erwarteten Werte entsprechen den Fallzahlen, die aufgrund der Bevölkerungsstruktur und der berücksichtigten Einflussfaktoren im schweizweiten Durchschnitt statistisch zu erwarten wären. Für die weitere Analyse wurden die beobachteten und erwarteten Fallzahlen anschliessend für die MedStat-Regionen der GGR aggregiert und miteinander verglichen. Dabei wurden sowohl absolute als auch relative Abweichungen berechnet. Zusätzlich wurde statistisch geprüft,²⁰ ob die beobachteten Unterschiede signifikant von den erwarteten Werten abweichen. Als statistisch signifikant wurden Abweichungen mit einem p-Wert von $<0,05$ bewertet.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Regressionsanalysen und der Schätzung der erwartenden Fallzahlen sind im Anhang T 11.1 aufgeführt. Sie erlauben eine Einschätzung, in welchen Leistungsbereichen und Leistungsgruppen die Inanspruchnahme höher oder tiefer ausfällt, als aufgrund der strukturellen Nachfragefaktoren zu erwarten wäre:

- In 10 von 39 Analysegruppen identifiziert die Analyse eine signifikant höhere Inanspruchnahme für die GGR im Vergleich zur Schweiz.
- In keiner Analysegruppe identifiziert die Analyse eine signifikant niedrigere Inanspruchnahme für die GGR.
- In 29 von 39 Analysegruppen gibt es keine signifikanten Unterschiede.

Ausgehend von diesen Ergebnissen aus der Regressionsanalyse wurden für jede Kombination von Leistungsbereich und Leistungsgruppe eine «Dynamik» für die Einflussfaktoren «Ambulantisierung» und «Trends der Hospitalisierungsraten» definiert (siehe dazu Kapitel 6.1.1). Die Dynamiken tragen somit dem Umstand Rechnung, dass sich nicht alle Leistungsbereiche und -gruppen zukünftig gleich weiterentwickeln.

Validierung

Grundsätzlich liefern die Modelle plausible Ergebnisse. Die geschätzten Werte für die GGR liegen alle unter den beobachteten, was angesichts der zugrunde liegenden Annahmen erwartbar ist. Die Erklärungskraft der Modelle – gemessen am Pseudo- R^2 (McFadden) – ist allerdings begrenzt. Dies ist bei Modellen mit aggregierten Strukturdaten und komplexen Versorgungsprozessen nicht ungewöhnlich. Da das Modell primär zur Schätzung erwarteter Fallzahlen und weniger zur exakten Quantifizierung einzelner Einflussfaktoren verwendet wird, ist dieser Ansatz dennoch zweckmässig.

Limitationen

Bei der Interpretation der Ergebnisse sind mehrere methodische Einschränkungen zu berücksichtigen.

Erstens werden die Regressionsmodelle sehr kleinteilig geschätzt (nach Leistungsbereich, Leistungsgruppe mit insgesamt 39 Kategorien sowie 705 MedStat-Regionen). Dadurch ergeben sich teilweise kleine Fallzahlen pro Kategorie, was die statistische Schätzung erschweren kann. Um diesem Problem entgegenzuwirken, wurden die Fallzahlen und Populationsgrössen über die Jahre 2022 bis 2024 gepoolt. Nichtsdestotrotz bleiben die Fallzahlen für manche Leistungsgruppen äusserst gering.

Zweitens basiert die Analyse auf aggregierten regionalen Daten. Daraus ergibt sich grundsätzlich das Risiko eines sogenannten ökologischen Fehlschlusses, bei dem Zusammenhänge auf regionaler Ebene nicht zwingend auf individuelle Zusammenhänge übertragen werden können (Skinner, 2011). Um dieses Risiko zu reduzieren, wurden die Daten auf der kleinstmöglichen verfügbaren räumlichen Ebene (MedStat-Regionen) analysiert.

Drittens ist bei der Rechnung von Regressionsmodellen und ihrer Interpretation die Wahl der Kontrollvariablen grundsätzlich entscheidend. Im Versorgungsplanungsbericht 2022 (BL & BS, 2022) wurden verschiedenste Kontrollvariablen geprüft und eine geeignete Auswahl getroffen. Die vorliegende Aktualisierung verzichtet auf eine eigene Prüfung und stützt sich auf diese Arbeiten. Dennoch sei darauf hingewiesen, dass einzelne Variablen endogen sein oder regionale Unterschiede im Versorgungsangebot widerspiegeln können. Daher besteht eine gewisse Unsicherheit bei der Interpretation und Zuschreibung nachfrageseitiger oder angebotsseitiger Faktoren.

²⁰ Die statistische Prüfung, ob die beobachteten Fallzahlen von den erwarteten Werten abweichen, erfolgt über einen z-Test. Dabei wird die

Varianz der erwarteten Summe zugrunde gelegt, sodass Abweichungen als signifikant identifiziert werden können, wenn sie über das zu erwartende Mass hinausgehen.

Viertens stellen die Ergebnisse einen Vergleich der Inanspruchnahme in der GGR relativ zum schweizweiten Durchschnitt dar. Verbleibende Abweichungen zwischen beobachteten und erwarteten Fallzahlen können unterschiedliche Ursachen haben und lassen sich nicht eindeutig angebotsseitigen Effekten zuordnen. Da das Modell implizit davon ausgeht, dass die schweizweite Versorgung als Referenzniveau angemessen ist, werden nationale Über- oder Unterversorgungen nicht abgebildet. Die Ergebnisse erlauben daher keine direkte Aussage über das absolute Versorgungsniveau oder die Angemessenheit der Behandlung; ihre Interpretation erfordert eine normative Einordnung.

Schliesslich ist bei der Interpretation zu berücksichtigen, dass sich die institutionelle Organisation psychiatrischer Leistungen zwischen den Kantonen unterscheiden kann. In einigen Kantonen werden bestimmte Leistungen stärker über das Gesundheitswesen erbracht, während in anderen Kantonen vergleichbare Leistungen teilweise im Rahmen des Sozialwesens organisiert sind. Solche Unterschiede können die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in stationären Settings beeinflussen.

4 Bedarfsanalyse der stationären Spitalversorgung

Kapitel 4 enthält die Bedarfsanalyse der stationären Versorgung in der Psychiatrie für die GGR der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt. Anhand der Daten im Zeitraum von 2022 bis 2024 wird die aktuelle Versorgungssituation sowie der Leistungsbedarf der regionalen Wohnbevölkerung analysiert. Basierend darauf erfolgt in Kapitel 6 die Prognose des künftigen stationären Leistungsbedarfs der Wohnbevölkerung der GGR.

Das Kapitel zur Bedarfsanalyse wird ergänzt durch das Unterkapitel 4.4 zu dem Spezialleistungsbereich bzw. Spezialleistungsgruppe «Mutter-Kind-Hospitalisationen» und «Schwere Essstörungen». Diese werden in der Bedarfsprognose jedoch nicht gesondert ausgewiesen.

Kapitel 5 behandelt ergänzend die Schnittstellen der stationären Versorgung zum intermediären und ambulanten Bereich und dient der Einordnung des stationären Versorgungsangebots in den Gesamtkontext der psychiatrischen Versorgung.

Gemäss Art. 58b Abs. 1 KVV ist der Versorgungsbedarf an stationären Leistungen in nachvollziehbaren Schritten zu ermitteln, wobei sich die Kantone auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche zu stützen haben. Im Zuge der Bedarfsermittlung ist ausserdem jenes Angebot zu ermitteln, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf den kantonalen Spitallisten aufgeführt sind (Art. 58b Abs. 2 KVV). Mit Bezug auf diese gesetzlichen Grundlagen werden in diesem Kapitel die Inanspruchnahme (Kapitel 4.1), das Versorgungsangebot (Kapitel 4.2) und die interkantonalen Patientenströme (Kapitel 4.3) analysiert. Zentrale Grundlage für die Analysen bilden die Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS), bzw. die Administrativdaten der Gesundheitsversorger (GEVA) des Bundesamtes für Statistik (BFS) und die aktuell für die Psychiatrie gültige Spitalliste der GGR.

gedessen erhöhte sich auch die absolute Zahl der Hospitalisierungen (+11,8%), und zwar überproportional im Vergleich zum Bevölkerungswachstum (+6,5%) im selben Zeitraum. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer (MAHD) stieg ebenfalls leicht von 38,8 auf 39,2 Tage (+1,3%). Zusammengenommen stieg die Anzahl der Pflgetage um +16,5% auf 252 055 Tage. Auch die Bettenzahl nahm in diesem Zeitraum um +16,1% von 648 auf 752 Betten zu.

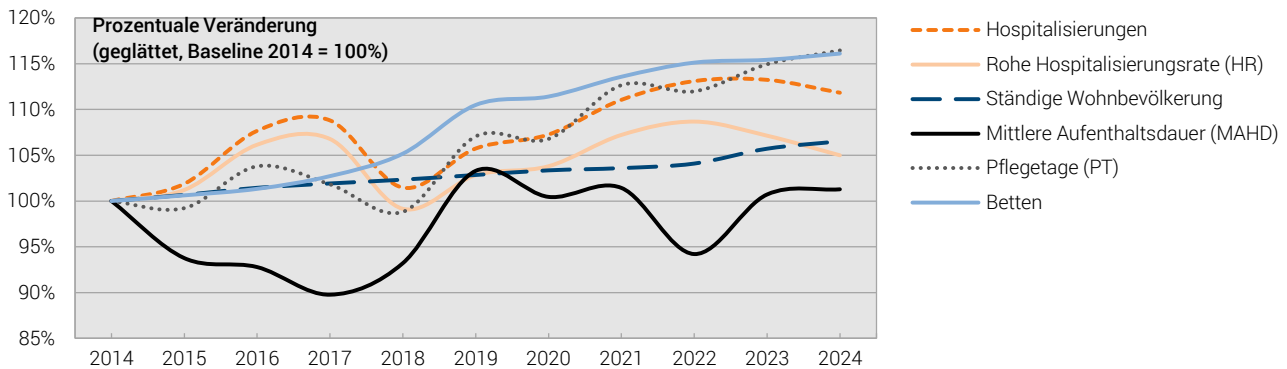
Zu beachten ist, dass mit der Einführung von TARPSY im Jahr 2018 (Erwachsenen- und Alterspsychiatrie) bzw. 2019 (Kinder- und Jugendpsychiatrie) Fälle, bei denen innerhalb von 18 Tagen eine Wiederaufnahme erfolgt, unter bestimmten Bedingungen unter derselben Fallnummer zusammengefasst werden. Ein Fall kann somit aus mehreren Hospitalisierungen bestehen, was die berechnete Hospitalisierungsrate tendenziell nach unten verzerren kann. Da solche Wiederaufnahmen vor der Einführung von TARPSY als separate Fälle gezählt wurden, führt die neue Fallzusammenführung zu einem künstlichen Rückgang der Fallzahlen. In der GGR liegt der Anteil der Fälle mit in der MS bzw. in den GEVA dokumentierten Zwischenaustritten zwischen 2022 und 2024 durchschnittlich bei rund 11%. Es ist davon auszugehen, dass zumindest ein Teil dieser Fälle vor der Einführung von TARPSY mehrfach gezählt worden wäre. Der Fokus der vorliegenden Bedarfsanalyse liegt jedoch auf den Jahren ab 2022, die bereits unter derselben Falldefinition erhoben wurden und daher innerhalb der Zeitreihe gut vergleichbar sind.

4.1 Inanspruchnahme

4.1.1 Globale Indikatoren

Die in Abbildung G 4.1 dargestellten Indikatoren bieten einen Gesamtüberblick über die Entwicklung der Inanspruchnahme der stationären Versorgung im Bereich der Psychiatrie der GGR. Zwischen 2014 und 2024 stieg die rohe Hospitalisierungsrate für psychiatrische Behandlungen leicht von 12,2 auf 12,8 Hospitalisierungen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner (+5,0%). Infol-

G 4.1 Globale Indikatoren zur Versorgungssituation in der GGR, 2014–2024



	2014	2024	Δ (n)	Δ (%)	CAGR
Ständige Wohnbevölkerung	471'881	502'707	+30'826	+6.5%	+0.6%
Hospitalisierungen	5'752	6'433	+681	+11.8%	+1.1%
Rohe Hospitalisierungsrate pro 1'000 Einw. (HR)	12.2	12.8	+0.61	+5.0%	+0.5%
Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD)*	38.8	39.2	+0.49	+1.3%	+0.1%
Pflgetage (PT)**	216'438	252'055	+35'617	+16.5%	+1.5%
Betten	648	752	+104	+16.1%	+1.5%

Bemerkungen: * = Berücksichtigt wurden ausschliesslich A-Fälle. ** = Es werden die Pflgetage (maximal 365) von A und C Fällen berücksichtigt.

CAGR = «Compound Annual Growth Rate», jährliche Wachstumsrate. Ständige Wohnbevölkerung in der STATPOP bezieht sich jeweils auf den 31. Dezember des betreffenden Jahres. Die Datengrundlage für die Jahre 2014–2021 kann minimal vom Analysedatensatz (2022–2024) dieses Berichts abweichen.

Quellen: BFS – MS / GEVA, KS, STATPOP

© Obsan 2026

Tabelle T 4.1 zeigt die Verteilung der Fälle nach Hauptkostenträger für das Jahr 2024 der psychiatrischen Hospitalisierungen von in der GGR wohnhaften Patientinnen und Patienten. Die Mehrheit der Hospitalisierungen wurden über die Krankenversicherung finanziert (95,0%).

T 4.1 Anzahl Fälle und Pflgetage von Patientinnen und Patienten aus der GGR nach Hauptkostenträger, 2024

Hauptkostenträger	2024			
	Fälle		Pflgetage*	
	N	%	N	%
Krankenversicherung (KV)	6'110	95.0%	239'752	95.0%
Unfallversicherung (UV)	8	0.1%	397	0.1%
Invalidenversicherung (IV)	78	1.2%	2'352	0.02%
Selbstzahler	15	0.2%	309	0.2%
Militärversicherung (MV)	1	0.02%	11	0.02%
Andere	218	3.4%	9'184	3.4%
Unbekannt	3	0.1%	50	0.05%
Total	6'433	100%	252'055	100%

Bemerkung: * = Es werden die Pflgetage (maximal 365) von A und C Fällen berücksichtigt.

Quellen: BFS – STATPOP, KS, MS / GEVA

© Obsan 2026

4.1.2 Anzahl Fälle

Im Jahr 2024 wurden in der GGR 6433 Fälle in der stationären Psychiatrie verzeichnet (Tabelle T 4.2). Die meisten Fälle entfallen auf die Erwachsenenpsychiatrie (75,0%), gefolgt von der Alterspsychiatrie (18,8%). Deutlich geringere Anteile entfallen auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie (5,3%) sowie auf die Forensik (0,9%). Gemessen an der Altersverteilung in der Bevölkerung – ohne Berücksichtigung altersabhängiger Wahrscheinlichkeiten für psychische Erkrankungen – sind die 18- bis 64-Jährigen leicht überproportional vertreten (61,3% der Bevölkerung), während die 65-Jährigen und Älteren sowie die unter 18-Jährigen leicht bis deutlich unterproportional vertreten sind (21,8% bzw. 16,9% der Bevölkerung).

Innerhalb der einzelnen Bereiche sind unterschiedliche Leistungsgruppen von zentraler Bedeutung. In der Erwachsenenpsychiatrie verteilen sich die Fälle gleichmässig auf die verschiedenen Gruppen, wobei die «Affektiven Störungen» (F3) mit 29,7% besonders ins Gewicht fallen. In der Alterspsychiatrie entfallen die meisten Fälle auf «Organische Störungen inkl. neurodegenerative Demenzen (u. a. Alzheimer)» (F0-G30-32; 41,4%) sowie auf «Affektive Störungen» (F3; 33,2%). In der Kinder- und Jugendpsychiatrie dominieren ebenfalls «Affektive Störungen» (F3; 28,4%) sowie «Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen» (F4; 25,4%). In der Forensik fallen insbesondere «Schizophrenie, schizotyp und wahnhaftige Störungen» (F2) mit 78,3% auf.

T 4.2 Anzahl Fälle in der Psychiatrie von Patientinnen und Patienten der GGR nach Leistungsbereich und Leistungsgruppe, 2024

Leistungsgruppe	Bezeichnung	Erwachsenenpsychiatrie		Alterspsychiatrie		Kinder- und Jugendpsychiatrie		Forensik		Total	
		Fälle	Anteil	Fälle	Anteil	Fälle	Anteil	Fälle	Anteil	Fälle	Anteil
F0-G30-32	Organische Störungen inkl. neurodegenerative Demenzen (u.a. Alzheimer)	53	1.1%	501	41.4%	1	0.3%	0	0%	555	8.6%
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	723	15.0%	92	7.6%	1	0.3%	0	0%	816	12.7%
F11-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	538	11.2%	12	1.0%	17	5.0%	2	3.3%	569	8.8%
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	713	14.8%	85	7.0%	8	2.4%	47	78.3%	853	13.3%
F3	Affektive Störungen	1'434	29.7%	402	33.2%	96	28.4%	0	0%	1'932	30.0%
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	660	13.7%	89	7.4%	86	25.4%	1	1.7%	836	13.0%
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	59	1.2%	5	0.4%	20	5.9%	0	0%	84	1.3%
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	554	11.5%	17	1.4%	38	11.2%	5	8.3%	614	9.5%
F7	Intelligenzstörungen	33	0.7%	0	0%	1	0.3%	0	0%	34	0.5%
F8	Entwicklungsstörungen	33	0.7%	1	0.1%	9	2.7%	0	0%	43	0.7%
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	8	0.2%	0	0%	61	18.0%	4	6.7%	73	1.1%
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%
nicht-F	Nicht-F Diagnosen	16	0.3%	6	0.5%	0	0%	1	1.7%	23	0.4%
Total		4'825	100%	1'210	100%	338	100%	60	100%	6'433	100%

Quellen: BFS – MS / GEVA; SPLG Psychiatrie GGR Version 2022.1

© Obsan 2026

Bei der Interpretation der Trends ist zu beachten, dass die geringe Fallzahl einzelner Leistungsbereiche teilweise zu stärkeren Schwankungen führen kann. Bereits geringe absolute Veränderungen können dabei die relativen Anteile deutlich beeinflussen.

Die Gesamtzahl der Fälle nahm im Zeitraum 2022–2024 um –1,1% ab (–73 Fälle), wobei der Rückgang insbesondere zwischen 2023 und 2024 erfolgte. Die Abnahme zeigt sich vor allem in der Erwachsenenpsychiatrie (–3,3%), während die Alterspsychiatrie stabil blieb (±2,5%) und die Kinder- und Jugendpsychiatrie deutlich zunahm (+16,2%). Die Forensik verzeichnete sogar einen stärkeren Anstieg (+36,4%); aufgrund der sehr kleinen Fallzahlen sind diese Entwicklungen jedoch mit Vorsicht zu interpretieren.

Innerhalb der Erwachsenenpsychiatrie ist zudem die Leistungsgruppe «Entwicklungsstörungen» (F8) hervorzuheben, deren Fallzahl sich innerhalb von drei Jahren verdreifacht hat. Allerdings ist auch hier die absolute Fallzahl mit 33 Fällen im Jahr 2024 vergleichsweise gering. Der starke Anstieg dieser Leistungsgruppe in der Erwachsenenpsychiatrie prägt die Entwicklung über alle Leistungsbereiche hinweg und fällt deshalb auch im Total deutlich ins Gewicht. Darüber hinaus verzeichnen die Leistungsgruppen «Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren» (F5) mit +37,7% sowie «Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend» (F9) mit

+17,7% das stärkste Wachstum und erreichen im Jahr 2024 jeweils 84 bzw. 73 Fälle über alle Leistungsbereiche. Obwohl die «Affektiven Störungen» (F3) im Jahr 2024 mit einem Anteil von 30,0% weiterhin die grösste Leistungsgruppe über alle Leistungsbereiche hinweg darstellen, ist ihre Fallzahl seit 2022 um –3,4% zurückgegangen.

4.1.3 Hospitalisierungsraten

Die standardisierte Hospitalisierungsrate der GGR lag im Jahr 2024 mit 12,7 Hospitalisierungen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohnern über dem gesamtschweizerischen Referenzwert von 9,6. Im schweizerischen Vergleich belegt die Region damit von allen Kantonen den zweiten Rang nach dem regionseigenen Kanton Basel-Stadt (Abbildung. G 4.2). Der Kanton Basel-Stadt weist mit 15,7 Hospitalisierungen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohnern eine deutlich höhere Rate auf als der Rest der Schweiz. Diese hohe Rate trägt wesentlich zur insgesamt erhöhten Hospitalisierungsrate der GGR bei. Auch der Kanton Basel-Landschaft liegt mit 10,8 Hospitalisierungen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohnern leicht über dem Schweizer Durchschnitt. Da die Raten nach Alter und Geschlecht standardisiert sind (vgl. Kapitel 3.2.4), können die Ergebnisse miteinander verglichen werden,

ohne dass sie durch Unterschiede in der Alters- oder Geschlechterstruktur der Bevölkerung verzerrt werden.

Während die Hospitalisierungsrate in der GGR seit 2022 um -3,7 % sank, stieg sie schweizweit leicht um +0,3 %.

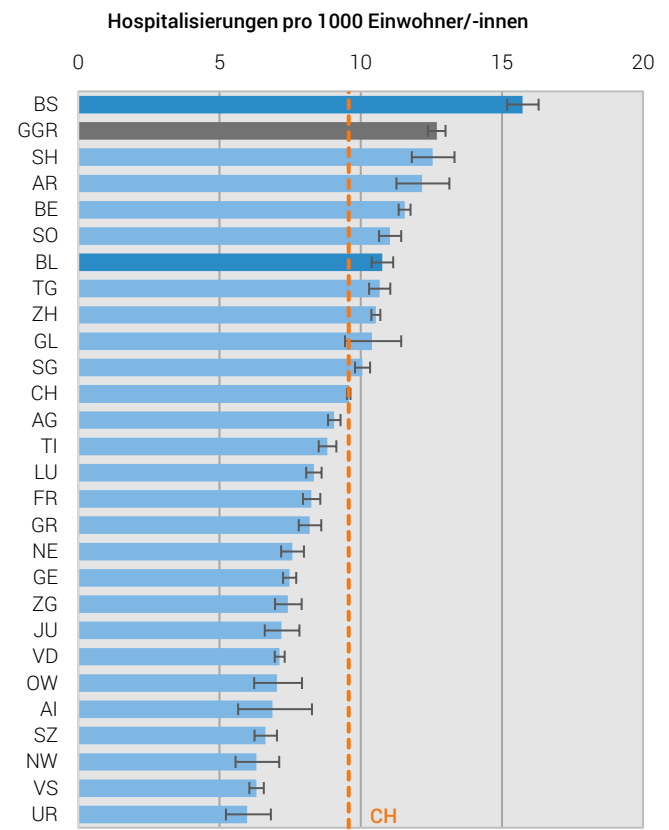
4.1.4 Hospitalisierungen nach Altersklassen

Abbildung G 4.3 liefert ergänzende Informationen zur Altersverteilung der psychiatrisch-stationären Inanspruchnahme innerhalb der GGR. Auffällig ist, dass der Kanton Basel-Stadt in den meisten Altersklassen höhere Hospitalisierungsraten aufweist, jedoch nicht in den jüngsten Altersgruppen der 0- bis 13-Jährigen und der 14- bis 17-Jährigen. Bei den 0- bis 13-Jährigen sind die Hospitalisierungsraten in beiden Regionen sehr niedrig und unterscheiden sich nur minimal. Besonders ausgeprägt sind die Differenzen bei den jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren: Hier liegt die Rate in Basel-Stadt bei 24,2 Hospitalisierungen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner, während sie in Basel-Landschaft 17,5 und in der Schweiz 15,1 beträgt. Auch in den Altersgruppen der 41- bis 64-Jährigen sowie der 80-Jährigen und Älteren liegen die Werte in Basel-Stadt deutlich über den Vergleichswerten.

4.1.5 Hospitalisierungen nach Leistungsbereichen und -gruppen

Abbildung G 4.4 zeigt die Hospitalisierungsraten für die Leistungsbereiche nach Leistungsgruppen. Insgesamt zeigen sich ähnliche Muster wie bei der allgemeinen Betrachtung der Fallzahlen: Die Erwachsenenpsychiatrie weist die höchsten Hospitalisierungsraten auf, und auch die Leistungsgruppe «Affektive Störungen» (F3) fällt in allen Altersgruppen durch vergleichsweise hohe Raten auf.²¹ Auffällig ist jedoch, dass die Hospitalisierungsrate in dieser Leistungsgruppe in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in

G 4.2 Standardisierte Hospitalisierungsraten nach Patientenherkunft, 2024

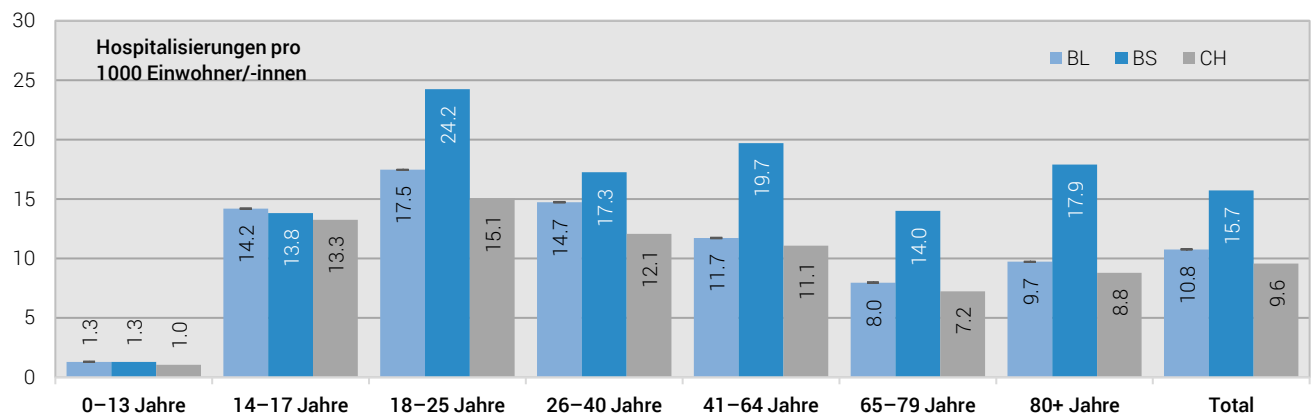


Quellen: BFS – STATPOP, KS, MS / GEVA

© Obsan 2026

der GGR niedriger ist als im gesamtschweizerischen Durchschnitt. Dies ist in kaum einer anderen Leistungsgruppe zu beobachten.

G 4.3 Standardisierte Hospitalisierungsraten pro 1000 Einwohner/-innen nach Altersklasse, 2024



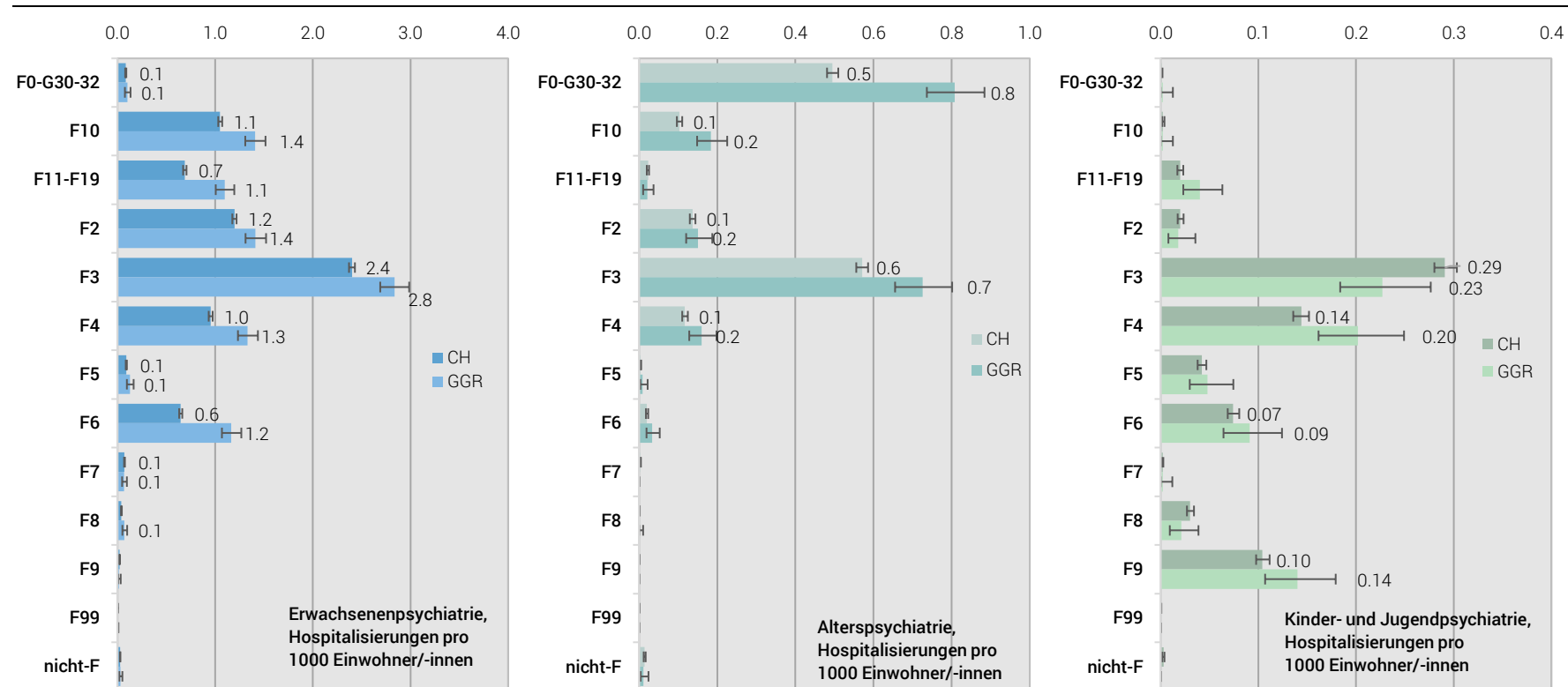
Quellen: BFS – MS / GEVA

© Obsan 2026

²¹ «Affektive Störungen» (F3) gehören schweizweit zu den häufigsten Hauptdiagnosen bei stationären Behandlungen aufgrund psychischer Erkrankungen: vgl. Obsan (2025). *Häufigste psychische Erkrankungen*

bei stationärer Behandlung (Obsan-Indikator). https://ind.obsan.admin.ch/indikator/obsan/_042 (abgerufen am 04.09.2026).

G 4.4 Standardisierte Hospitalisierungsraten nach Leistungsbereich (ohne Forensik) und Leistungsgruppen, 2024



Bemerkung: Hospitalisierungsraten unter 0,01 pro 1000 Einwohner/-innen sind in der Abbildung nicht ausgewiesen. Bei der Interpretation ist zu beachten, dass die x-Achse zwischen den Leistungsbereichen unterschiedlich skaliert ist.

Quellen: BFS – STATPOP, KS, MS / GEVA; SPLG Psychiatrie GGR Version 2022.1

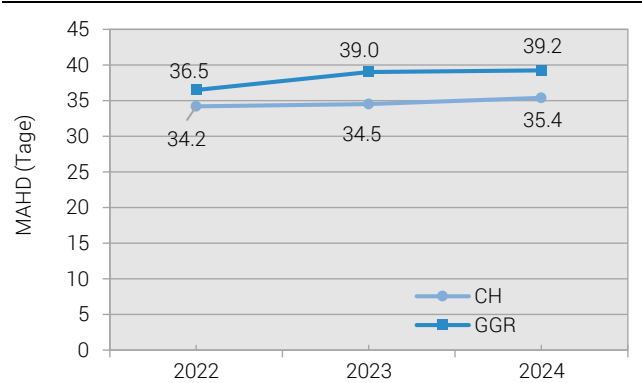
© Obsan 2026

4.1.6 Aufenthaltsdauer

Abbildung G 4.5 zeigt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer (MAHD) für die GGR und die Schweiz in den Jahren 2022 bis 2024. Für das Jahr 2024 ergibt sich im Vergleich zu 2022 für die GGR ein Anstieg um +2,7 Tage auf 39,2 Behandlungstage, während die Gesamtschweiz lediglich eine leichte Zunahme um +1,2 Tage auf 35,4 Tage verzeichnet. Damit liegt die MAHD für Fälle der GGR über dem gesamtschweizerischen Referenzwert. Die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt weisen mit 39,2 respektive 39,3 Tagen ähnliche Werte auf.

Die MAHD in der GGR variiert je nach Leistungsbereich und Leistungsgruppe (Tabelle T 4.3): Die Erwachsenenpsychiatrie zeigt mit durchschnittlich 36,5 Tagen die kürzeste Aufenthaltsdauer, gefolgt von der Alterspsychiatrie mit 41,8 Tagen und der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit 42,4 Tagen. Die Forensik liegt mit 241,2 Tagen deutlich darüber. Hauptverantwortlich dafür ist die Leistungsgruppe «Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen» (F2), die eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 321,3 Tagen aufweist.

G 4.5 Durchschnittliche mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD*) (GGR vs. Schweiz), 2022–2024



Bemerkung: * = Berücksichtigt wurden ausschliesslich A-Fälle.

Quellen: BFS –KS, MS / GEVA

© Obsan 2026

Es sei darauf hingewiesen, dass die Aufenthaltsdauer in der Forensik nicht durch klinische, sondern durch juristische Einschätzungen und Entscheide bestimmt wird.²² Dennoch sind sie für die

T 4.3 Durchschnittliche MAHD* von Patientinnen und Patienten aus der GGR nach Leistungsgruppe, 2024

LG	Bezeichnung	Erwachsenenpsychiatrie Ø Tage	Alterspsychiatrie Ø Tage	Kinder- und Jugendpsychiatrie Ø Tage	Forensik Ø Tage	Total Ø Tage
F0-G30-32	Organische Störungen inkl. neurodegenerative Demenzen (u.a. Alzheimer)	31.0	36.1	16.0		35.5
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	32.3	27.9	6.0		31.7
F11-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	35.4	38.8	25.7	15.0	35.1
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	36.6	45.3	46.3	321.3	53.2
F3	Affektive Störungen	41.9	50.7	36.0		43.4
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	28.8	41.0	38.9	13.0	31.1
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	61.0	15.8	89.7		65.1
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	36.4	60.3	34.9	40.4	37.0
F7	Intelligenzstörungen	40.8		151.0		44.1
F8	Entwicklungsstörungen	32.4	59.0	31.3		32.8
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	57.4		51.8	80.3	54.0
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	7.0				7.0
nicht-F	Nicht-F Diagnosen	19.3	62.0		5.0	29.8
Total		36.5	41.8	42.4	241.2	39.2

Bemerkung: * = Berücksichtigt wurden ausschliesslich A-Fälle. Leistungsgruppen mit weniger als 20 Fälle im Jahr 2024 sind ausgegraut und Leistungsgruppen ohne Fälle leer.

Quellen: BFS –KS, MS / GEVA; SPLG Psychiatrie GGR Version 2022.1

© Obsan 2026

²² Bei der Interpretation der Kennzahlen zur forensisch-psychiatrischen Versorgung ist zu berücksichtigen, dass in der Schweiz nur wenige spezialisierte Einrichtungen bestehen. Für die stationäre Kinder- und Jugendforensik besteht in der Deutschschweiz derzeit ausschliesslich

an der UPK ein entsprechendes Angebot (vgl. Fachkonzept Forensik, 2022).

Prognose des künftigen Leistungsbedarfs relevant und sind dementsprechend auch in der Bedarfsanalyse berücksichtigt und ausgewiesen. Der Ausschluss der Forensik würde die MAHD für die GGR im Jahr 2024 um –1,4 Tage auf 37,8 Tage verkürzen.

In einzelnen Leistungsbereichs-Leistungsgruppen-Kombinationen stützt sich die MAHD auf sehr kleine Fallzahlen und ist daher mit grosser Vorsicht zu interpretieren.

4.2 Versorgungsangebot

Die Spitalliste der GGR für den Bereich der Psychiatrie umfasste im Jahr 2024 insgesamt 10 Leistungserbringer (siehe Tabelle T 4.4). Sieben der Standorte befinden sich in der GGR: 3 davon im Kanton Basel-Landschaft und 4 im Kanton Basel-Stadt. Die übrigen verteilen sich auf die Kantone Aargau (2 Standorte) und Bern (1 Standort). Das Universitäts-Kinderspital beider Basel verfügt zwar über einen Leistungsauftrag der GGR in der stationären Psychiatrie, die psychiatrischen Fälle können in der MS / den GEVA jedoch nicht sauber von den anderen Versorgungsbereichen abgegrenzt werden. Aus diesem Grund werden sie in der Bedarfsanalyse nicht ausgewiesen. Details sind in Kasten K 4.1 erläutert.

4.2.1 Fallzahlen und Patientenstruktur

Tabelle T 4.4 bietet eine Übersicht zentraler Kennzahlen pro Leistungserbringer. Der anhand der stationären Fallzahlen grösste Leistungserbringer sind die Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) mit 2779 Fällen, wobei rund 85,6% auf Patientinnen und Patienten aus der GGR entfallen. Danach folgt die Psychiatrie Baselland (PBL) mit 2428 Fällen, bei der 88,1% der Patientinnen und Patienten aus der GGR stammen. Alle weiteren Leistungserbringer weisen deutlich geringere stationäre Fallzahlen

K 4.1 Psychiatrische Versorgung im Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)

Gemäss Spitalliste der GGR verfügt das UKBB über Leistungsaufträge in der Psychiatrie und Akutsomatik. In den Datengrundlagen (MS bzw. GEVA) ist jedoch keine eindeutige Abgrenzung dieser Versorgungsbereiche möglich. Daher werden der Psychiatrie mit dem in Tabelle T 3.1 beschriebenen Algorithmus keine Fälle zugewiesen. Für die Analysen im vorliegenden Bericht wurden die psychiatrischen Leistungen des UKBB deshalb wie folgt approximativ abgegrenzt:

Einschlusskriterium: Sämtliche Hospitalisierungen des UKBB mit einer Hauptdiagnose aus dem F-Bereich oder beginnend mit G30–G32 werden der Psychiatrie zugeordnet.

Ausschlusskriterium: Ausgenommen werden Hospitalisierungen mit einer Hauptdiagnose aus dem Bereich F10–F19 und vierter Stelle .0 («akute Intoxikation [akuter Rausch]»), da diese überwiegend akutmedizinische Leistungen betreffen wie z.B. die Überwachung der Vitalfunktionen. Der Ausschluss dieser Leistungen basiert auf vergleichenden Analysen mit anderen Spitälern mit einem vergleichbaren Leistungsspektrum. Es ist jedoch möglich, dass im Bereich «Essstörungen» (F5) zusätzliche Fälle mit primär akutsomatischer Versorgung enthalten sind; anhand der verfügbaren Daten lassen sich diese jedoch nicht ausreichend präzise abgrenzen.

Für das Jahr 2024 ergeben sich auf dieser Grundlage 189 psychiatrische Fälle am UKBB, davon 154 (81%) mit Wohnort in der GGR, die in die Bedarfsprognose einbezogen werden (vgl. Kapitel 6.1.1 und 6.1.3). Dies entspricht weitgehend den im Geschäftsbericht des UKBB ausgewiesenen 156 psychosomatischen Fällen (davon 135 bzw. 87% mit Wohnort in der GGR). Ab dem Datenjahr 2025 dürfte eine angepasste Kodierung in den GEVA-Daten eine präzisere Abgrenzung ermöglichen.

T 4.4 Kennzahlen der Listenspitäler der GGR gemäss Spitalliste, 2024

KT	Spital	Fälle	%GGR	%Notfälle	CM	DMI	Ø Alter
Listenspitäler gemäss Spitalliste mit Standort innerhalb der GGR (BS oder BL)							
BL	ESTA - Therapie und Rehabilitation	171	84.2%	0%	6'328	1.00	37.0
	Klinik Arlesheim	343	37.0%	0%	15'856	0.96	51.9
	Psychiatrie Baselland (PBL)	2'428	88.1%	42%	90'718	1.15	44.3
BS	Klinik Sonnenhalde	488	81.4%	0%	21'139	0.98	46.6
	Universitären Altersmedizin Felix Platter (UAFP)	357	96.9%	29%	15'042	1.31	81.8
	Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK)	2'779	85.6%	56%	112'921	1.12	43.2
Listenspitäler gemäss Spitalliste mit Standort ausserhalb der GGR (BS / BL)							
AG	Klinik Barmelweid	782	12.4%	0%	39'256	0.98	45.4
	Klinik Schützen	758	27.8%	0%	33'641	0.95	47.8
BE	Klinik Südhang	584	5.0%	0%	22'280	0.94	42.5
Total		8'690	67.6%	31%	357'181	1.08	46.1

Bemerkung: Notfall = Eintrittsart «Notfall»; Level; CM = Case Mix; DMI = Day Mix Index. Nicht ausgewiesen ist das Universitäts-Kinderspital beider Basel, da die psychiatrischen Fälle nicht eindeutig abgegrenzt werden können. * = Für das Jahr 2024 wurden die Fallzahlen der GGR eines Spitals geschätzt, während das Falltotal datenbasiert ausgewiesen wird, vgl. Kasten K 3.1.

Quellen: BFS –KS, MS / GEVA; Spitalliste Psychiatrie GGR (Stand 1.1.2024)

© Obsan 2026

auf. Die beiden größten Leistungserbringer verzeichnen zudem einen deutlich höheren Anteil an Notfällen, der rund die Hälfte aller Fälle ausmacht.²³ Der Day-Mix-Index (DMI) – ein Indikator dafür, wie «intensiv» oder aufwändig die Behandlungen pro Patiententag sind – ist in diesen Einrichtungen ebenfalls erhöht, bleibt jedoch deutlich unter dem Wert der Universitären Altersmedizin Felix Platter (UAFP), die gleichzeitig das höchste Durchschnittsalter aufweist (81,8 Jahre).

Innerkanton hat die Klinik Arlesheim im Vergleich zum Fallvolumen den kleinsten Anteil an innerregionalen Patientinnen und Patienten. Bei den ausserkantonalen Listenspitälern weisen die Klinik Schützen mit 27,8 % und die Klinik Barmelweid (AG) mit 12,4 % die höchsten Anteile an Patientinnen und Patienten aus der GGR auf.

Die Fallzahlen der Listenspitäler mit Standort in der GGR blieben zwischen 2022 und 2024 weitgehend stabil (Tabelle T 4.5). Einzig die Suchtklinik ESTA – Therapie und Rehabilitation verzeichnete einen Rückgang von –10%, was lediglich –19 Fällen entspricht.

4.2.2 Versorgungsanteile

Tabelle T 4.6 zeigt für jede Leistungsgruppe und jeden Leistungsbereich die Versorgungsanteile gemessen am Anteil der Fälle von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in der GGR. Der Versorgungsanteil beschreibt demnach die Relevanz der einzelnen Leistungserbringer innerhalb des Versorgungssystems bzw. zur Sicherstellung der Versorgung für die eigene Wohnbevölkerung. Die Versorgungsanteile werden nach Status des Spitals dargestellt, wobei unterschieden wird zwischen:

Listenspitälern mit Standort innerhalb der GGR (Status A)

- Listenspitälern mit Standort ausserhalb der GGR (Status B)
- Nicht-Listenspitälern mit Standort innerhalb der GGR (Status C) – existieren in der GGR keine
- Nicht-Listenspitälern mit Standort ausserhalb des GGR (Status D)

Als Listenspitäler werden dabei Leistungserbringer bezeichnet, die über einen Leistungsauftrag der GGR für mindestens eine Leistungsgruppe verfügen.

Insgesamt wurden im Jahr 2024 5871 und somit 91,0% der 6433 Fälle der Patientinnen und Patienten aus der GGR in einem Listenspital versorgt. In der Erwachsenenpsychiatrie erreichen die Listenspitäler mit Standort in der GGR in den meisten Leistungsgruppen Versorgungsanteile von über 80%. Niedrigere Anteile zeigen sich in den Leistungsgruppen «Intelligenzstörungen» (F7; 76%), «Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren» (F5; 75%), «Affektive Störungen» (F3; 74%), sowie «Nicht-F-Diagnosen» (69%). In diesen Bereichen wird die Versorgung stärker durch Angebote von Listenspitälern ausserhalb des Kantons sowie durch Nicht-Listenspitäler sichergestellt. Mit Ausnahme der affektiven Störungen handelt es sich zugleich um Leistungsgruppen mit geringen Fallzahlen (2024: 33 Fälle in F7, 59 in F5 und 16 bei Nicht-F-Diagnosen). In der Alterspsychiatrie zeigen sich ebenfalls hohe Versorgungsanteile der Listenspitäler. Auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie liegen diese insgesamt auf hohem Niveau. Der niedrigste Wert findet sich in der Leistungsgruppe «Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen» (F11–F19) mit 71%. Allerdings betrifft auch diese Leistungsgruppe nur wenige Patientinnen und Patienten (17 Fälle im Jahr 2024).

T 4.5 Anzahl Fälle der Listenspitäler mit Standort innerhalb der GGR, 2022-2024

Kanton	Spital	2022	2023	2024	Trend	Δ (n)	Δ (%)
BL	ESTA - Therapie und Rehabilitation	190	191	171		-19	-10%
	Klinik Arlesheim	324	324	343		19	6%
	Psychiatrie Baselland (PBL)	2'442	2'424	2'428		-14	-1%
BS	Klinik Sonnenhalde	469	490	488		19	4%
	Universitäre Altersmedizin Felix Platter (UAFP)	368	379	357		-11	-3%
	Universitäre Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK)	2'851	2'920	2'779		-72	-3%
Total		6'644	6'728	6'566		-78	-1%

Quellen: BFS – KS, MS / GEVA; Spitalliste Psychiatrie GGR (Stand 1.1.2024)

© Obsan 2026

²³ Gemäss der Spitalliste Psychiatrie GGR (Stand 1.1.2024) verfügen nur die Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK), das Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) sowie die Psychiatrie Baselland (PBL)

über einen Leistungsauftrag in der Grundversorgung und damit über die Möglichkeit, Notfälle aufzunehmen.

T 4.6 Versorgungsanteile nach Leistungsbereich (ohne Forensik), Leistungsgruppe und Status des Leistungserbringers gemäss Spitalliste, 2022–2024

LG	Bezeichnung	Versorgungsanteile %											
		Erwachsenenpsychiatrie				Alterspsychiatrie				Kinder- und Jugendpsychiatrie			
		Status A	Status B	Status C	Status D	Status A	Status B	Status C	Status D	Status A	Status B	Status C	Status D
F0-G30-32	Organische Störungen inkl. neurodegenerative Demenzen (u.a. Alzheimer)	96%			4%	100%				100%			
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	91%	3%		6%	95%	1%						
F11-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	87%	1%		12%	100%				71%			
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	96%	0%		4%	99%	1%			100%			
F3	Affektive Störungen	74%	10%		15%	84%	9%			96%	3%		
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	78%	9%		13%	88%	8%			91%			
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	41%	34%		25%	60%	40%			90%	5%		
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	91%	5%		4%	94%	6%			97%			
F7	Intelligenzstörungen	76%			24%					100%			
F8	Entwicklungsstörungen	91%			9%	100%				100%			
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	88%	13%							95%			
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	100%											
nicht-F	Nicht-F Diagnosen	69%			31%	100%							
Total		84%	6%		10%	93%	4%			93%	1%		

Bemerkung: Status gemäss Spitalliste: A = Listenspitäler mit Standort innerhalb der Analyseregion; B = Listenspitäler mit Standort ausserhalb der Analyseregion; C = Nicht-Listenspitäler innerhalb der Analyseregion; D1 = Nicht-Listenspitäler ausserhalb der Analyseregion mit Versorgungsrelevanz (Anteil von mind. 5% und mind. 10 Fällen pro SPLG); D2 = Spitäler ohne Versorgungsrelevanz. Der Versorgungsanteil bezieht den Anteil der Fälle am Total der Hospitalisierungen von Patient/-innen aus der Analyseregion. Ausgewiesen sind nur relevante Veränderungen, namentlich Veränderungen der Versorgungsanteile, die mindestens 10 Fälle betreffen.

Quellen: BFS – KS, MS / GEVA; SPLG Psychiatrie GGR Version 2022.1; Spitalliste Psychiatrie GGR (Stand 1.1.2024)

© Obsan 2026

Tabellen T 4.7 und T 4.8 auf den nachfolgenden Seiten zeigen die Versorgungsanteile nach Leistungsgruppe und Leistungserbringer im Jahr 2024. Den höchsten Versorgungsanteil über alle Leistungsbereiche und -gruppen hinweg weisen die UPK mit 37% der insgesamt 6433 Fälle auf. Dicht dahinter folgt die PBL mit 33%. Diese beiden Einrichtungen nehmen insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine zentrale Rolle unter den Listenspitälern der GGR ein. Die übrigen Leistungserbringer weisen über alle Leistungsbereiche hinweg Versorgungsanteile von jeweils unter 10% auf. Dennoch können einzelne Einrichtungen in bestimmten Leistungsgruppen von grösserer Bedeutung sein. So entfallen in der Alterspsychiatrie in der Leistungsgruppe «Organische Störungen inkl. neurodegenerative Demenzen (u.a. Alzheimer)» (F0-G30-32) 63% der Versorgungsanteile auf die UAFP. Diese Leistungsgruppe umfasst mit 501 Fällen im Jahr 2024 einen substantiellen Anteil der Patientinnen und Patienten in der Alterspsychiatrie.

Auch in der grössten Leistungsgruppe gemessen an den absoluten Fallzahlen – den «Affektiven Störungen» (F3) in der Erwachsenenpsychiatrie mit 1434 Fällen – verteilt sich die Versorgung auf mehrere Leistungserbringer. Neben den beiden grossen Einrichtungen entfallen hier beispielsweise 14% auf die Klinik Sonnenhalde, 7% auf die Klinik Schützen sowie 15% auf übrige Nicht-Listenspitäler.

T 4.7 Versorgungsanteile nach Leistungsbereich, Leistungsgruppe und Leistungserbringer, 2024 (Tabellenabschnitt 1 von 2)

LG		Bezeichnung	Listenspitäler in der GGR						Listenspitäler ausserhalb der GGR			Übrige Spitäler	Totale Fallzahl
			ESTA - Therapie und Rehabilitation	Klinik Arlesheim	Klinik Sonnenhalde	Psychiatrie Baselland (PBL)	Universitären Altersmedizin Felix Platter (UAFP)	Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK)	Klinik Barmelweid	Klinik Schützen	Klinik Sühlang		
Erwachsenenpsychiatrie	F0-G30-32	Organische Störungen inkl. neurodegenerative Demenzen (u.a. Alzheimer)		2%	4%	34%	15%	42%	0%	0%		4%	53
	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	5%	0%	4%	41%	0%	41%	0%	0%	3%	6%	723
	F11-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	20%	1%	3%	32%	0%	32%	0%	0%	1%	12%	538
	F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen		0%	5%	31%	1%	60%	0%	0%	0%	4%	713
	F3	Affektive Störungen		6%	14%	23%	0%	31%	3%	7%	0%	15%	1434
	F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen		1%	5%	28%	0%	45%	3%	6%	0%	13%	660
	F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren		0%	8%	12%		20%	14%	20%		25%	59
	F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen		0%	3%	41%	0%	47%	1%	4%		4%	554
	F7	Intelligenzstörungen				48%		27%				24%	33
	F8	Entwicklungsstörungen			3%	45%		42%	0%	0%		9%	33
	F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend			13%	25%		50%	0%	13%		0%	8
	F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen						100%				0%	1
	nicht-F	Nicht-F Diagnosen		13%		6%	13%	38%	0%	0%		31%	16
Alterspsychiatrie	F0-G30-32	Organische Störungen inkl. neurodegenerative Demenzen (u.a. Alzheimer)		0%	1%	28%	63%	8%	0%	0%		0%	501
	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1%	2%	5%	38%	2%	46%	0%	0%	1%	4%	92
	F11-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	0%	0%	33%	33%	0%	33%	0%	0%	0%	0%	12
	F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen		0%	6%	44%	2%	47%	1%	0%	0%	0%	85
	F3	Affektive Störungen		5%	9%	37%	1%	31%	3%	6%	0%	6%	402
	F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen		2%	2%	46%	2%	35%	1%	7%	0%	4%	89
	F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren		20%	0%	0%		40%	40%	0%		0%	5
	F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen		0%	0%	65%	0%	29%	0%	6%		0%	17
	F7	Intelligenzstörungen											0
	F8	Entwicklungsstörungen			0%	0%		100%	0%	0%		0%	1
	nicht-F	Nicht-F Diagnosen		0%		0%	67%	33%	0%	0%		0%	6

Bemerkung: Der Versorgungsanteil bezieht den Anteil der Fälle eines Leistungserbringers am Total der Hospitalisierungen von Patient/-innen mit Wohnsitz im planenden Kanton.

Quellen: BFS – KS, MS / GEVA; SPLG Psychiatrie GGR Version 2022.1; Spitalliste Psychiatrie GGR (Stand 1.1.2024)

© Obsan 2026

T 4.8 Versorgungsanteile nach Leistungsbereich, Leistungsgruppe und Leistungserbringer, 2024 (Tabellenabschnitt 2 von 2)

			Listenspitäler in der GGR						Listenspitäler ausserhalb der GGR			Übrige Spitäler	Totale Fallzahl
LG	Bezeichnung		ESTA - Therapie und Rehabilitation	Klinik Arlesheim	Klinik Sonnenhalde	Psychiatrie Baselland (PBL)	Universitären Altersmedizin Felix Platter (UAFP)	Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK)	Klinik Barmelweid	Klinik Schützen	Klinik Sühndang		
Kinder- und Jugendpsychiatrie	F0-G30-32	Organische Störungen inkl. neurodegenerative Demenzen (u.a. Alzheimer)		0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%		0%	1
	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	1
	F11-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	0%	0%	0%	53%	0%	18%	0%	0%	0%	29%	17
	F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen		0%	0%	75%	0%	25%	0%	0%	0%	0%	8
	F3	Affektive Störungen		0%	0%	75%	0%	21%	2%	1%	0%	1%	96
	F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen		0%	0%	66%	0%	24%	0%	0%	0%	9%	86
	F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren		0%	0%	85%		5%	0%	5%		5%	20
	F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen		0%	0%	84%	0%	13%	0%	0%		3%	38
	F7	Intelligenzstörungen				0%		100%				0%	1
	F8	Entwicklungsstörungen			0%	78%		22%	0%	0%		0%	9
Forensik	F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend			0%	52%		43%	0%	0%		5%	61
	F11-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	2
	F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen		0%	0%	0%	0%	79%	0%	0%	0%	21%	47
	F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	1
	F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen		0%	0%	0%	0%	60%	0%	0%		40%	5
	F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend			0%	0%		100%	0%	0%		0%	4
	nicht-F	Nicht-F Diagnosen		0%		0%	0%	100%	0%	0%		0%	1
Total			2%	2%	6%	33%	5%	37%	2%	3%	0%	9%	6'433

Bemerkung: Der Versorgungsanteil bezieht den Anteil der Fälle eines Leistungserbringers am Total der Hospitalisierungen von Patient/-innen mit Wohnsitz im planenden Kanton.

Quellen: BFS – KS, MS / GEVA; SPLG Psychiatrie GGR Version 2022.1; Spitalliste Psychiatrie GGR (Stand 1.1.2024)

© Obsan 2026

4.2.3 Abdeckungsgrad der Spitalliste

Der Abdeckungsgrad gibt an, welcher Anteil der Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in der GGR in einer Klinik mit Leistungsauftrag der GGR in der betreffenden Leistungsgruppe behandelt

wurde. Gemäss den Empfehlungen der GDK ist eine Spitalplanung dann bedarfsgerecht, wenn einerseits in jeder Leistungsgruppe mindestens ein Leistungsauftrag vergeben ist und damit alle relevanten Versorgungsleistungen durch die Spitalliste abgedeckt sind. Andererseits soll damit der ermittelte Bedarf der Wohnbevölkerung gedeckt werden. Da eine hundertprozentige

T 4.9 Abdeckungsgrad der Spitalliste der GGR nach Leistungsbereich (ohne Forensik) und -gruppe, 2024

	Leistungsgruppe	Beschreibung	Fälle GGR	Fälle in Listenspitälern	%ADG
Erwachsenenpsychiatrie	F0-G30-32	Organische Störungen inkl. neurodegenerative Demenzen (u.a. Alzheimer)	53	50	94%
	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	723	678	94%
	F11-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	538	465	86%
	F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	713	683	96%
	F3	Affektive Störungen	1'434	1'212	85%
	F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	660	574	87%
	F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	59	27	46%
	F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	554	532	96%
	F7	Intelligenzstörungen	33	25	76%
	F8	Entwicklungsstörungen	33	29	88%
	F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	8	6	75%
	F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	1	0	0%
	nicht-F	Nicht-F Diagnosen	16	0	0%
	Total	Total	4'825	4'281	89%
Alterspsychiatrie	F0-G30-32	Organische Störungen inkl. neurodegenerative Demenzen (u.a. Alzheimer)	501	498	99%
	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	92	86	93%
	F11-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	12	12	100%
	F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	85	82	96%
	F3	Affektive Störungen	402	371	92%
	F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	89	83	93%
	F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	5	5	100%
	F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	17	17	100%
	F8	Entwicklungsstörungen	1	1	100%
	nicht-F	Nicht-F Diagnosen	6	0	0%
	Total	Total	1'210	1'155	95%
Kinder- und Jugendpsychiatrie	F0-G30-32	Organische Störungen inkl. neurodegenerative Demenzen (u.a. Alzheimer)	1	1	100%
	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1	0	0%
	F11-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	17	12	71%
	F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	8	8	100%
	F3	Affektive Störungen	96	95	99%
	F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	86	78	91%
	F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	20	18	90%
	F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	38	37	97%
	F7	Intelligenzstörungen	1	1	100%
	F8	Entwicklungsstörungen	9	9	100%
	Total	Total	338	317	94%

Bemerkung: Der Abdeckungsgrad (ADG) gibt den Anteil der Fälle an, die in einem Spital hospitalisiert wurden, das in der betreffenden Leistungsgruppe über einen Leistungsauftrag der GGR verfügt. Farblich hervorgehoben sind Leistungsgruppen mit einem Abdeckungsgrad unter 70%. Leistungsgruppen mit weniger als 50 Hospitalisierungen von Patientinnen und Patienten aus den planenden Kantonen sind ausgegraut.

Quellen: BFS – KS, MS / GEVA; SPLG Psychiatrie GGR Version 2022.1; Spitalliste Psychiatrie GGR (Stand 1.1.2024)

© Obsan 2026

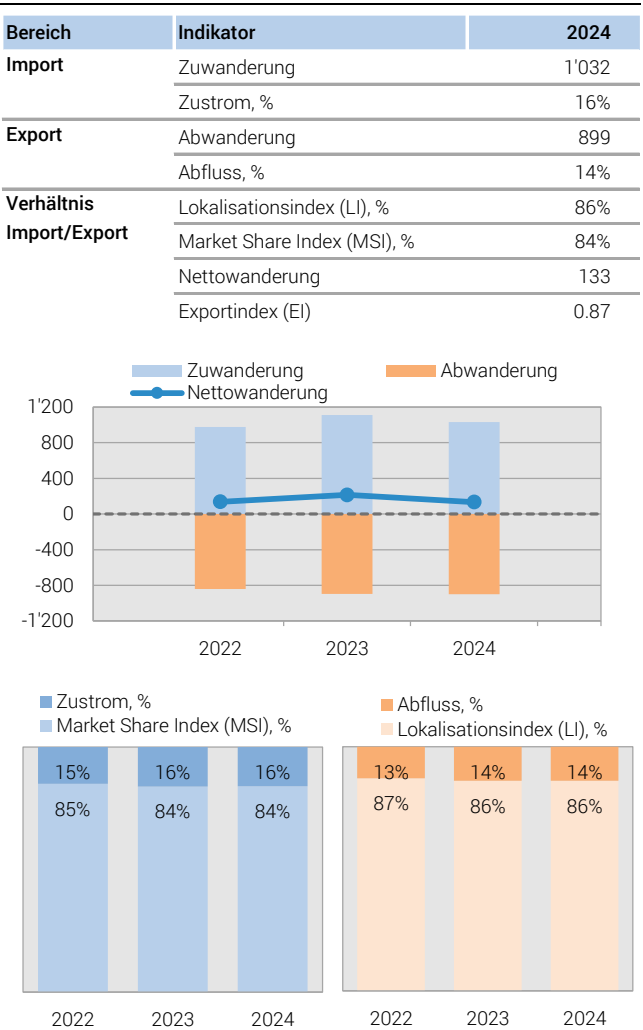
Bedarfsdeckung unrealistisch ist, sollen die Leistungsaufträge in jeder Leistungsgruppe 80 % (bzw. 70 % bei kleinen Kantonen) der stationären Behandlungen der Kantonsbevölkerung abdecken (vgl. GDK, 2025).

Tabelle T 4.9 zeigt den Abdeckungsgrad der Spitalliste der GGR im Bereich der Psychiatrie nach Leistungsbereich und Leistungsgruppe. Der Abdeckungsgrad über alle Leistungsgruppen hinweg lag im Jahr 2024 bei 90,1%. Niedrigere Werte zeigen sich nur vereinzelt in einzelnen Leistungsgruppen der verschiedenen Altersbereiche.

4.3 Patientenströme

Tabelle G 4.6 gibt eine Übersicht über die Patientenströme im Bereich der stationären Psychiatrie anhand der in Kapitel 3.2.5 definierten Indikatoren. Insgesamt ist die Zuwanderung mit 1032 ausserkantonalen Patientinnen und Patienten deutlich höher als die Abwanderung von in der GGR wohnhaften Patientinnen und

G 4.6 Indikatoren zu den Patientenströmen für die GGR, 2024



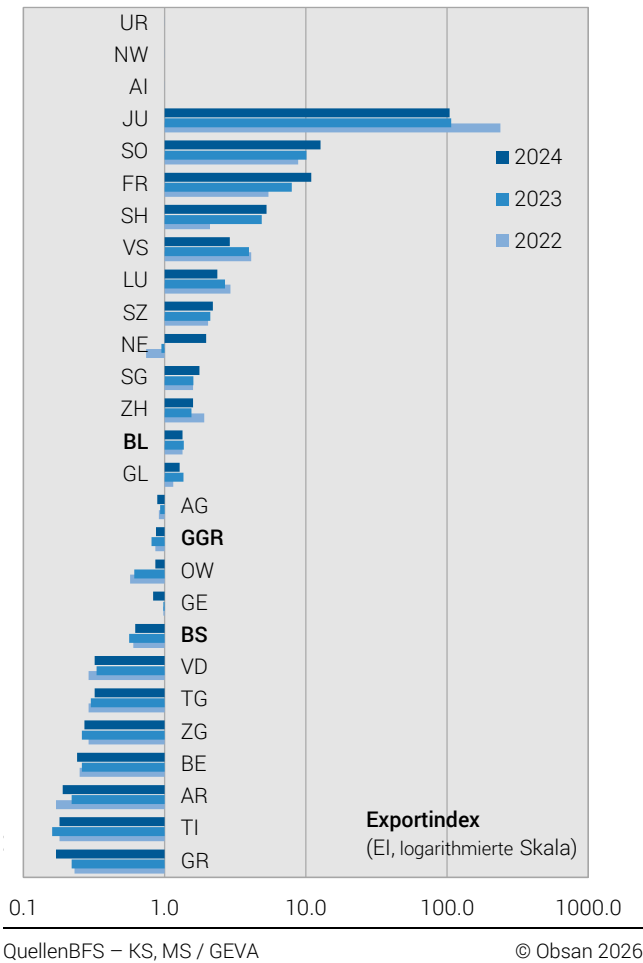
Quellen: BFS – KS, MS / GEVA © Obsan 2026

Patienten zu Leistungserbringern in anderen Kantonen (899 Fälle). Entsprechend weist die GGR eine positive Nettowanderung auf und kann insgesamt als «Importregion» bezeichnet werden. Dies zeigt sich auch im Lokalisationsindex (LI) von 86%, der darauf hinweist, dass der überwiegende Teil, der in der GGR wohnhaften Bevölkerung innerhalb der Region behandelt wird.

Abbildung G 4.7 zeigt den Exportindex nach Kanton – einschliesslich der GGR – sowie dessen zeitliche Entwicklung. Die Nettowanderung ist in den letzten zwei Jahren relativ stabil zwischen 138 und 133 Fällen geblieben. In der Abbildung werden zudem die beiden Kantone der GGR separat ausgewiesen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass für die kantonalen Werte jeweils auch die Patientenströme in den jeweils anderen Kanton der GGR berücksichtigt werden.

Der Kanton Basel-Landschaft weist leicht höhere Zu- (27%) wie Abflusswerte (33%) auf; insgesamt resultiert daraus eine negative Nettowanderung von -272 Fällen. Es ist davon auszugehen, dass ein Teil dieser Patientinnen und Patienten im Kanton Basel-Stadt behandelt wird. Der Kanton Basel-Stadt weist entsprechend eine positive Nettowanderung von 405 Fällen auf.

G 4.7 Exportindex nach Kanton und GGR, 2022–2024



Quellen: BFS – KS, MS / GEVA © Obsan 2026

4.3.1 Zuwanderung und Zustrom

In Tabelle T 4.10 zeigt die absolute Anzahl (Zuwanderung) und den relativen Anteil (Zustrom) ausserkantonaler Patientinnen und Patienten in der GGR. Die meisten Zuwanderungen stammen aus den Nachbarkantonen Solothurn (372 Fälle im Jahr 2024; 36,0% des Zustroms) und Aargau (169 Fälle; 16,4%). An dritter Stelle stehen Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Ausland (156 Fälle, 15,1%), was angesichts der Grenzlage der GGR zu Frankreich und Deutschland zu erwarten ist. Danach folgen die Kantone Bern und Zürich, die keine direkten Nachbarregionen sind und über eigene grosse Leistungserbringer verfügen. Dies könnte darauf hindeuten, dass die GGR für diese Kantone teilweise eine andere Rolle innerhalb der psychiatrischen Versorgung einnimmt als für die angrenzenden Regionen Solothurn und Aargau, bei denen die geografische Nähe sowie zentrale Versorgungsfunktionen und spezialisierte Leistungsangebote vermutlich stärker ins Gewicht fallen.

T 4.10 Zuwanderung und Zustrom in die GGR nach Patientenherkunft, 2022–2024

Herkunft	2022	2023	2024	Trend	Δ (%)	2024%
SO	375	401	372		-1%	36.0%
AG	154	180	169		+10%	16.4%
Ausland	155	174	156		+1%	15.1%
BE	83	93	78		-6%	7.6%
ZH	68	77	88		+29%	8.5%
LU	40	48	52		+30%	5.0%
SG	17	23	18		+6%	1.7%
TG	8	12	16		+100%	1.6%
JU	8	11	16		+100%	1.6%
GR	11	11	8		-27%	0.8%
SH	8	10	11		+38%	1.1%
FR	9	17	3		-67%	0.3%
Übrige	42	53	45		+7%	4.4%
Total	978	1'110	1'032		+6%	100%

Quellen: BFS – KS, MS / GEVA

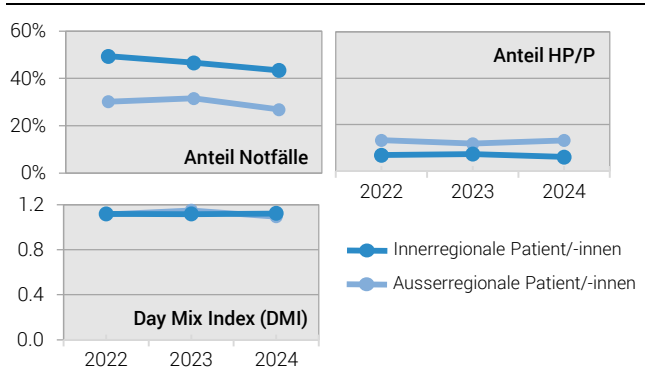
© Obsan 2026

Die Zuwanderung hat sich über die letzten drei Jahre insgesamt relativ stabil entwickelt oder leicht zugenommen. So stieg der Patientenstrom aus dem Kanton Aargau um +10%, während die Zuströme aus Zürich und Luzern um +29% bzw. +30% zunahmen. Leichte Rückgänge sind in den Kantonen Bern (–6%) und Solothurn (–1%) zu beobachten.

Tabelle T 4.11 zeigt die Zuwanderung und den Zustrom nach Leistungserbringer mit Standort in der GGR. Der grösste absolute Teil der Zuwanderung erfolgt in die Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK), die 2024 insgesamt 399 ausserregionale Patientinnen und Patienten behandelten, was relativ 14% aller Patientinnen und Patienten dieser Klinik entspricht. In der Klinik Arlesheim ist der Anteil ausserregionaler Patientinnen und Patienten mit 63% höher als der Anteil regionaler Patientinnen und Patienten.

Abbildung G 4.8 zeigt die Patientenstruktur nach Herkunft der Patientinnen und Patienten, die an einem Standort in der GGR behandelt wurden. 2024 lag der Anteil der Notfalleintritte bei den innerregionalen Patientinnen und Patienten mit 43% deutlich höher als bei den ausserregionalen (27%). Umgekehrt war der Anteil der

G 4.8 Patientenstruktur bei Hospitalisierungen in Spitälern mit Standort in der GGR nach Herkunft, 2022–2024



Bemerkung: HP/P = Liegeklasse halbprivat oder privat; Notfall = Eintrittsart «Notfall».

Quellen: BFS – KS, MS / GEVA

© Obsan 2026

T 4.11 Zuwanderung und Zustrom in die GGR nach Leistungserbringer und Patientenherkunft, 2024

Spital(-standort)	% Zustrom	Zuwanderung nach Patientenherkunft													
		Anzahl								Anteil					
		SO	AG	Ausl.	ZH	BE	Übrige	Total	SO	AG	Ausl.	ZH	BE	Übrige	
ESTA - Therapie und Rehabilitation	16%	17	7	0	1	0	2	27	63%	26%	0%	4%	0%	7%	
BL Klinik Arlesheim	63%	43	36	5	23	50	59	216	20%	17%	2%	11%	23%	27%	
Psychiatrie Baselland (PBL)	12%	226	21	25	3	4	9	288	78%	7%	9%	1%	1%	3%	
Klinik Sonnenhalde	19%	14	27	24	5	4	17	91	15%	30%	26%	5%	4%	19%	
BS Universitäre Altersmedizin Felix Platter (UAFP)	3%	7	2	1	0	0	1	11	64%	18%	9%	0%	0%	9%	
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK)	14%	65	76	101	56	20	81	399	16%	19%	25%	14%	5%	20%	
Total	16%	372	169	156	88	78	169	1'032	36%	16%	15%	9%	8%	16%	

Quellen: BFS – KS, MS / GEVA; Spitalliste Psychiatrie GGR (Stand 1.1.2024)

© Obsan 2026

T 4.12 Zuwanderung und Zustrom in die GGR nach Leistungsbereich und -gruppe, 2024

Leistungsgruppe	Bezeichnung	Erwachsenenpsychiatrie		Alterspsychiatrie		Kinder- und Jugendpsychiatrie		Forensik		Total	
		Fälle	Zustrom	Fälle	Zustrom	Fälle	Zustrom	Fälle	Zustrom	Fälle	Zustrom
F0-G30-32	Organische Störungen inkl. neurodegenerative Demenzen (u.a. Alzheimer)	8	1%	31	18%	0	0%	0	0%	39	4%
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	65	9%	12	7%	0	0%	0	0%	77	7%
F11-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	58	8%	1	1%	7	8%	0	0%	66	6%
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	94	13%	12	7%	4	5%	17	52%	127	12%
F3	Affektive Störungen	309	42%	90	53%	21	24%	1	3%	421	41%
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	92	12%	18	11%	16	18%	2	6%	128	12%
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	8	1%	2	1%	5	6%	0	0%	15	1%
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	86	12%	2	1%	8	9%	2	6%	98	9%
F7	Intelligenzstörungen	4	1%	0	0%	0	0%	0	0%	4	0%
F8	Entwicklungsstörungen	1	0%	0	0%	2	2%	0	0%	3	0%
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	2	0%	0	0%	23	26%	10	30%	35	3%
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
nicht-F	Nicht-F Diagnosen	15	2%	2	1%	1	1%	1	3%	19	2%
Total		742	100%	170	100%	87	100%	33	100%	1'032	100%

Bemerkung: Die Zuwanderung beschreibt die Anzahl bzw. den Anteil Hospitalisierungen ausserregionaler Patient/-innen in Spitälern mit Standort in der GGR. Leistungsgruppen mit weniger als 50 Hospitalisierungen in Spitälern in der GGR sind ausgegraut.

Quellen: BFS – KS, MS / GEVA; SPLG Psychiatrie GGR Version 2022.1

© Obsan 2026

privaten oder halbprivaten Liegeklassen bei den ausserregionalen mit 13% nahezu doppelt so hoch wie bei den innerregionalen (6%).

Tabelle T 4.12 zeigt die Zuwanderung und den Zustrom nach Leistungsbereich und Leistungsgruppe. Über alle Leistungsbereiche hinweg ist der Zustrom in der Leistungsgruppe «Affektive Störungen» (F3) besonders hoch (41%). In der Kinder- und Jugendpsychiatrie weist die Leistungsgruppe «Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend» (F9) den höchsten Zustrom (26%) auf.

4.3.2 Abwanderung und Abfluss

Die Patientenströme von in der GGR wohnhaften Patientinnen und Patienten in andere Kantone für den Zeitraum 2022 bis 2024 sind in Tabelle T 4.13 dargestellt. Im Jahr 2024 wurden insgesamt 899 Patientinnen und Patienten aus der GGR in anderen Kanto-

T 4.13 Abwanderung und Abfluss von Patientinnen und Patienten aus der GGR nach Zielkanton, 2022–2024

Zielkanton	2022	2023	2024	Trend	Δ (%)	2024%
AG	372	389	407		+9%	45.3%
BE	157	168	166		+6%	18.5%
GR	68	74	94		+38%	10.5%
ZH	67	76	79		+18%	8.8%
TG	41	42	39		-5%	4.3%
SZ	42	43	34		-19%	3.8%
AR	24	23	21		-13%	2.3%
SO	22	18	8		-64%	0.9%
GL	10	21	11		+10%	1.2%
Übrige	37	42	40		+8%	4.4%
Total	840	896	899		+7%	100%

Quellen: BFS – KS, MS / GEVA

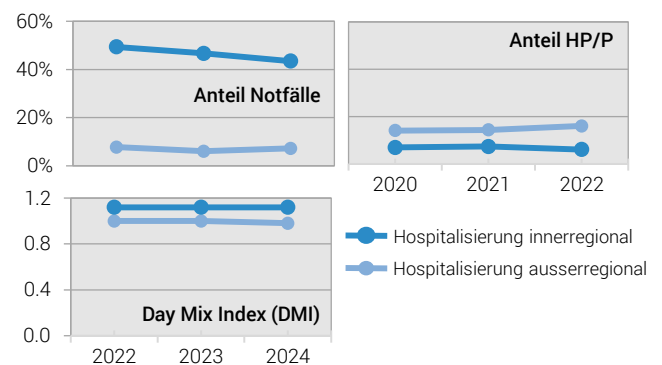
© Obsan 2026

nen hospitalisiert. Zwischen 2022 und 2024 nahm die Abwanderung um +7% zu. Die grösste Abwanderung erfolgte in die Kantone Aargau (407 Fälle, 45,3%), Bern (166 Fälle, 18,5%) und Graubünden (94 Fälle, 10,5%), wobei die Abwanderung in den Kanton Graubünden in den letzten 3 Jahren stark angestiegen ist (+38%).

Auch die Patientenstruktur kann nach Hospitalisierungsort innerhalb oder ausserhalb der GGR verglichen werden (Abbildung G 4.9). Dabei zeigt sich, dass der Anteil der Notfälle bei Patientinnen und Patienten, die in der GGR behandelt wurden, deutlich höher ist als bei ausserregionalen Hospitalisierungen (43% zu 7%). Der Anteil der Hospitalisierungen in der halbprivaten oder privaten Liegeklasse (HP/P) ist bei ausserregionalen Hospitalisierungen höher als bei innerregionalen. Demgegenüber liegen der Day-Mix-Index (DMI) und der Patient Clinical Complexity Level (PCCL) bei den innerregionalen Hospitalisierungen höher. Dies steht unter Umständen im Zusammenhang mit dem höheren Anteil an Notfalleintritten, während ausserregionale Hospitalisierungen überwiegend planbar oder elektiv erfolgen.

Tabelle T 4.14 zeigt die Abwanderung von Patientinnen und Patienten aus der GGR nach Leistungsbereich und Leistungs-

G 4.9 Patientenstruktur bei Hospitalisierungen von Patient/-innen mit Wohnsitz in der GGR nach Standort des Spitals (innerhalb vs. ausserhalb der Analyseregion), 2022–2024



Bemerkung: HP/P = Liegeklasse halbprivat oder privat; Notfall = Eintrittsart «Notfall».

Quellen: BFS – KS, MS / GEVA

© Obsan 2026

T 4.14 Abwanderung und Abfluss von Patientinnen und Patienten aus der GGR nach Leistungsbereich und -gruppe, 2024

Leistungsgruppe	Bezeichnung	Erwachsenenpsychiatrie		Alterspsychiatrie		Kinder- und Jugendpsychiatrie		Forensik		Total	
		Fälle	Abfluss	Fälle	Abfluss	Fälle	Abfluss	Fälle	Abfluss	Fälle	Abfluss
F0-G30-32	Organische Störungen inkl. neurodegenerative Demenzen (u.a. Alzheimer)	2	0%	2	2.4%	0	0%	0	0%	4	0.4%
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	66	8.5%	5	5.9%	1	4.2%	0	0%	72	8.0%
F11-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	69	8.9%	0	0%	5	20.8%	0	0%	74	8.2%
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	26	3.3%	1	1.2%	0	0%	10	76.9%	37	4.1%
F3	Affektive Störungen	369	47.5%	63	74.1%	4	16.7%	0	0%	436	48.5%
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	144	18.5%	11	12.9%	8	33.3%	1	7.7%	164	18.2%
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	35	4.5%	2	2.4%	2	8.3%	0	0%	39	4.3%
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	49	6.3%	1	1.2%	1	4.2%	2	15.4%	53	5.9%
F7	Intelligenzstörungen	8	1.0%	0	0%	0	0%	0	0%	8	0.9%
F8	Entwicklungsstörungen	3	0.4%	0	0%	0	0%	0	0%	3	0.3%
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1	0.1%	0	0%	3	12.5%	0	0%	4	0.4%
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
nicht-F	Nicht-F Diagnosen	5	0.6%	0	0%	0	0%	0	0%	5	0.6%
Total		777	100%	85	100%	24	100%	13	100%	899	100%

Bemerkung: Leistungsgruppen mit weniger als 50 Hospitalisierungen von Patientinnen und Patienten aus der GGR sind ausgegraut.

Quellen: BFS – KS, MS / GEVA; SPLG Psychiatrie GGR Version 2022.1

© Obsan 2026

gruppe. Am höchsten ist die Abwanderung über alle Leistungsbe-
reiche hinweg bei den «Affektiven Störungen» (F3) mit insgesamt
436 Fällen (48,5 %). Gleichzeitig stammen viele Patientinnen und
Patienten mit F3-Diagnosen, die an einem Standort in der GGR
behandelt werden, nicht aus der GGR (309 Fälle, Tabelle T 4.12).
Für diese Leistungsgruppe gleichen sich Zu- und Abwanderung
damit ungefähr aus, sodass ein erheblicher Teil der Versorgung
kantonsübergreifend erfolgt. Der zweitgrösste Abfluss entfällt auf
die «Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen»
(F4) mit 164 Fällen (18,2 %). Bei den meisten übrigen Leistungs-
gruppen sind die Fallzahlen zu gering, um belastbare Aussagen
zu treffen.

4.3.3 Nettowanderung

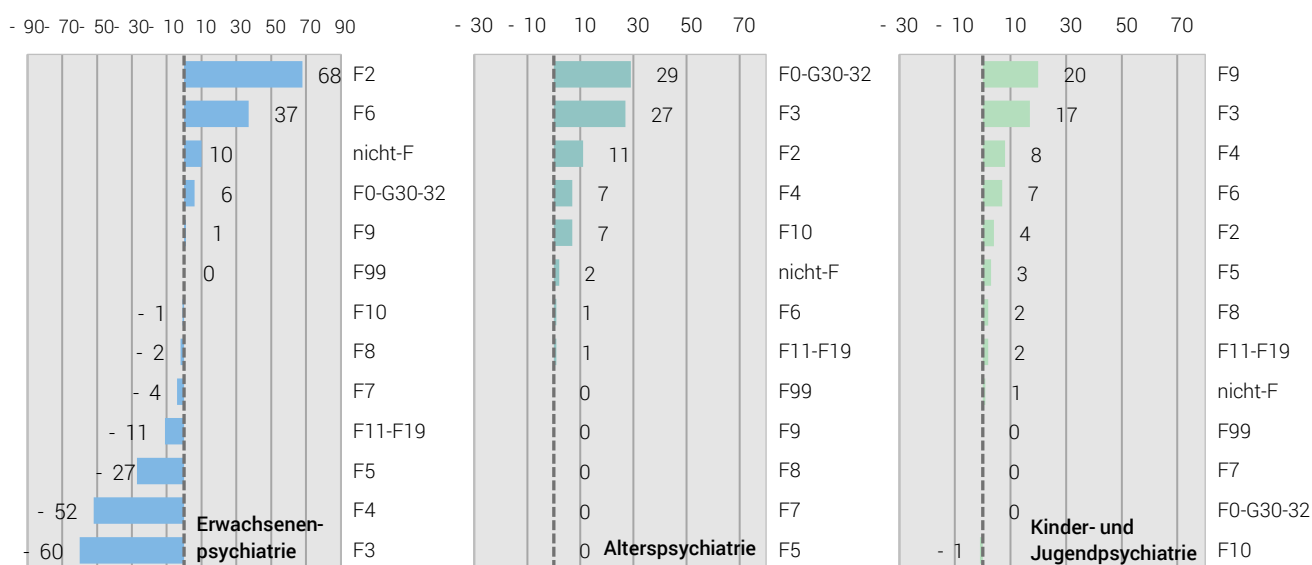
Die Abbildung G 4.10 zeigt die Nettopatientenströme nach Lei-
stungsgruppen getrennt für die Erwachsenen-, Alters- sowie Kin-
der- und Jugendpsychiatrie.

In der Erwachsenenpsychiatrie zeigt sich die deutlichste Net-
tozuwanderung in den Leistungsgruppen «Schizophrenie, schizo-
type und wahnhaft Störungen» (F2; +68 Fälle) und «Persönlich-
keits- und Verhaltensstörungen» (F6; +37 Fälle). Gleichzeitig be-
steht eine Nettoabwanderung insbesondere bei «Affektive Stö-
rungen» (F3; -60 Fälle), «Neurotische, Belastungs- und somato-
forme Störungen» (F4; -52 Fälle) und «Verhaltensauffälligkeiten
mit körperlichen Störungen oder Faktoren» (F5; -27 Fälle). In der
Alterspsychiatrie zeigen sich Nettoströme in weniger Leistungs-
gruppen, hauptsächlich jedoch bei «Organische Störungen inkl.
neurodegenerative Demenzen» (F0-G30-32, +29 Fälle) und «Af-

fektive Störungen» (F3; +27 Fälle). In der Kinder- und Jugendpsy-
chiatric ist die Nettozuwanderung vor allem in der Leistungs-
gruppe «Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der
Kindheit und Jugend» (F9; +20 Fälle) sowie bei «Affektive Stö-
rungen» (F3; +17 Fälle) zu beobachten.

Über alle Altersbereiche hinweg zeigt sich damit, dass sich die
positiven oder negativen Nettopatientenströme auf wenige Lei-
stungsgruppen konzentrieren. Insbesondere bei «Affektive Stö-
rungen» (F3) fällt auf, dass in der Erwachsenenpsychiatrie der GGR
eine Nettoabwanderung erfolgt, während in den anderen Alters-
gruppen eine Nettozuwanderung erfolgt. In vielen anderen Lei-
stungsgruppen sind die Nettoströme dagegen gering.

G 4.10 Nettowanderung für die GGR nach Leistungsbereich (ohne Forensik) und -gruppe, 2024



Bemerkung: Bei der Interpretation ist zu beachten, dass die x-Achse zwischen den Leistungsbereichen unterschiedlich skaliert ist.

Quellen: BFS – KS, MS / Administrativdaten der Gesundheitsversorger; SPLG Psychiatrie GGR Version 2022.1

© Obsan 2026

4.4 Spezialleistungsbereiche und -gruppen

In diesem Kapitel werden der Leistungsbereich «Mutter-Kind-Hospitalisationen» und die Leistungsgruppe «Schwere Essstörungen» dargestellt. Diese wurden in der Bedarfsanalyse und -prognose nicht separat betrachtet, werden in der Nomenklatur jedoch als eigenständiger Leistungsbereich bzw. als eigenständige Leistungsgruppe geführt.

Eine separate Analyse dieser Fälle ist mit den verfügbaren Datengrundlagen (MS bzw. GEVA) nur eingeschränkt möglich, da sich sowohl Mutter-Kind-Hospitalisationen aufgrund einer psychiatrischen Behandlung der Mutter, sowie auch schwere Essstörungen nicht eindeutig anhand der vorhandenen Informationen identifizieren lassen.

Zudem sind die Fallzahlen in beiden Spezialleistungsbereichen bzw. -gruppen gering, wodurch die Aussagekraft von Fallzahlauswertungen und Prognosen eingeschränkt ist. Vor diesem Hintergrund werden die beiden Bereiche im Folgenden deskriptiv dargestellt; der Fokus liegt auf der aktuellen Versorgungssituation.

4.4.1 Mutter-Kind-Hospitalisationen

In der GGR bieten zwei Kliniken Mutter-Kind-Behandlungsplätze an: Die UPK und die Klinik Sonnenhalde. Dabei ist die UPK seit dem Jahr 2024 neu dazugekommen. Es werden insgesamt drei Behandlungsplätze für Mütter mit Kindern bis zwölf Monaten angeboten. Der Fokus der Behandlungsplätze liegt auf der Behandlung postnataler Depressionen.

4.4.2 Schwere Essstörungen

Unter «Schweren Essstörungen» werden Essstörungen subsumiert, welche neben einer psychiatrischen bzw. psychosomatischen primär eine akutsomatische Behandlung benötigen.

Im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie werden in der GGR pro Jahr nur wenige Patientinnen und Patienten mit schweren Essstörungen stationär behandelt. Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie treten solche Fälle hingegen etwas häufiger auf. Seit dem Jahr 2024 bieten die folgenden vier Leistungserbringer die Behandlung schwerer Essstörungen an: UPK, PBL, UKBB und die Klinik Barmelweid (gemäss Spitalliste Psychiatrie GGR 2024). Diese Spitäler müssen aufgrund der Leistungsvereinbarungen einen Kooperationsvertrag mit einem akutsomatischen Spital haben. Mit den beiden Grundversorgern Universitätsspital Basel (USB) und UKBB sind sowohl im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie als auch der Kinder- und Jugendpsychiatrie Angebote vorhanden. Diese werden durch Patientinnen und Patienten aus der GGR sowie aus anderen Kantonen genutzt.

5 Schnittstellen zur intermediären und ambulanten Versorgung

Der kantonale Planungsauftrag gemäss Art. 58a KVV beschränkt sich formal auf die stationäre Versorgung. Gerade in der psychiatrischen Versorgung bestehen jedoch wesentliche Schnittstellen zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung, insbesondere auch zwischen stationären und intermediären Versorgungsformen. Vor diesem Hintergrund gibt das vorliegende Kapitel einen kurzen Überblick über die intermediäre und praxisambulante Versorgung in der GGR.

5.1 Intermediäre Versorgung

Unter intermediären Strukturen werden Versorgungsangebote verstanden, die zwischen der praxisambulanten Sprechstunde und den stationären Versorgungsstrukturen angesiedelt sind (BAG, 2020; Tuch et al., 2024; Baumgartner et al., 2022). Dazu zählen insbesondere tagesklinische Angebote, aufsuchende oder gemeindenähe Behandlungsformen sowie betreute Wohnangebote mit therapeutischer Begleitung. Diese Strukturen übernehmen eine wichtige Brückenfunktion, indem sie stationäre Aufenthalte verkürzen oder vermeiden und gleichzeitig eine engmaschige therapeutische Betreuung ermöglichen. Die Analysen im vorliegenden Bericht beschränken sich dabei auf die medizinischen Leistungen innerhalb dieser intermediären Strukturen.

Die intermediären Versorgungsstrukturen in der GGR umfassen folgende Angebote: Tageskliniken, Home Treatment sowie die Multisystemische Therapie (MST).

5.1.1 Tagesklinische Angebote

Die der Wohnbevölkerung der GGR zur Verfügung stehenden tagesklinischen Angebote sind in Tabelle T 5.1 aufgeführt. Innerhalb der GGR betreiben drei Leistungserbringer insgesamt 13 tagesklinische Angebote mit zusammen 219 Behandlungsplätzen. Seit 2024 stehen der Wohnbevölkerung der GGR zusätzlich auch ausserkantonale Angebote offen, wodurch sich die Anzahl verfügbarer Behandlungsplätze auf insgesamt 277 erhöht.²⁴

²⁴ Diese Angebote stehen zur Verfügung. Wie die Finanzierung im Einzelnen erfolgt, hängt vom Wohnkanton, dem entsprechenden Spital und der Versicherungsart der behandelten Person ab.

Seit dem letzten Versorgungsplanungsbericht der GGR (BL & BS, 2022) sind sechs zusätzliche tagesklinische Angebote hinzugekommen.²⁵

5.1.2 Home Treatment

Ein weiteres intermediäres Angebot ist das Home Treatment. Dabei handelt es sich um eine intensive Therapieform, bei der die Behandlung im häuslichen Umfeld der Patientinnen und Patienten erfolgt. Im Kanton Basel-Stadt wird Home Treatment seit Januar 2019 angeboten, sowohl als zeitlich begrenzte Übergangsbehandlung nach einer stationären Therapie (maximal drei Monate) als auch als längerfristige Anschlussbehandlung mit dem Ziel einer stabilen ambulanten Weiterbehandlung. Beim Angebot der UPK kann Home Treatment auch ohne vorgängige stationäre Behandlung erfolgen.

Im Kanton Basel-Landschaft besteht das Angebot seit dem 1. Juli 2022. Das Home Treatment der PBL ist Teil des integrierten Behandlungsangebots am Standort Liestal und ist als stationersetzende Behandlungsform konzipiert: Rund die Hälfte der Patientinnen und Patienten wird direkt anstelle einer stationären Aufnahme ins Home Treatment aufgenommen. Die übrigen Patientinnen und Patienten wechseln nach wenigen Tagen stationären Aufenthalts in das Home Treatment, wodurch die Dauer der stationären Behandlung verkürzt wird. Eine poststationäre Übergangsbehandlung ist nicht vorgesehen.

5.1.3 Multisystemische Therapie (MST)

Ein weiteres aufsuchendes Angebot ist die Multisystemische Therapie (MST) der Universitären Psychiatrischen Kliniken für be-

²⁵ Diese Erweiterung ist jedoch nicht als direkte Folge des im letzten Versorgungsplanungsbericht der GGR (BL & BS, 2022) vorgesehenen Verlagerungsdialogs zu verstehen. Daraus kann daher nicht direkt abgeleitet werden, dass stationäre Kapazitäten systematisch abgebaut und in ambulante bzw. stationersetzende Angebote überführt wurden.

T 5.1 Tagesklinische Angebote für die Wohnbevölkerung der GGR, 2024

Kanton	Leistungserbringer	Angebot	Behandlungsplätze
BS	Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK)	Diagnostisch-therapeutische Tagesklinik (DTK) in Basel für Kinder/Jugendliche	8
		Psychotherapeutische Tagesklinik (PTK) in Basel für Erwachsene	16
		Tagesklinische Plätze innerhalb der Abteilungen	k.A.
		Frühinterventionstagesklinik (FIT) für Adoleszente von 15 bis 25 Jahren in Basel	16
		Eltern-Kind-Behandlung (ELKI) für Familien mit Kindern im Alter von vier bis zehn Jahren, in denen sowohl das Kind als auch ein Elternteil von psychischen Belastungen betroffen ist in Basel	9
	Klinik Sonnenhalde	Tagesklinik in Riehen für Erwachsene	20
		Tagesklinik in Reinach für Erwachsene	20
		Tagesklinik Angst in Basel für Erwachsene	20
		Hybrid-Tagesklinik in Basel für Erwachsene	36
BL	Psychiatrie Baselland (PBL)	Tagesklinik für Krisenintervention und Abhängigkeitserkrankungen in Binningen	20
		Psychotherapeutische Tagesklinik in Münchenstein	20
		Zwei Tageskliniken in Liestal für Erwachsene	34
		Tagesklinische Plätze innerhalb der Abteilungen	k.A.
AG	Klinik Schützen für Erwachsene		24
		Klinik Barmelweid für Erwachsene*	13
BE	Klinik Südhang für Erwachsene**		21
Total			277

Bemerkung: Angebote, welche seit dem letzten Versorgungsplanungsbericht (BL & BS, 2022) hinzugekommen sind, sind blau markiert. *= Bei der Klinik Barmelweid besteht nur eine Leistungsvereinbarung für Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Basel-Stadt. **= Bei der Klinik Südhang besteht nur eine Leistungsvereinbarung für Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft.

Quellen: Kanton Basel-Stadt - Erhebung zum Leistungsspektrum psychiatrischer Tageskliniken 2025 (Angaben der Kliniken per 31.01.2025)

© Obsan 2026

lastete Familien. Sie umfasst eine intensive therapeutische Begleitung mit mehreren Terminen pro Woche sowie einer durchgehenden Rufbereitschaft. Die Finanzierung erfolgt über die Krankenversicherungen sowie im Kanton Basel-Stadt zusätzlich durch kantonale Beiträge.²⁶

5.2 Praxisambulante Versorgung

Unter praxisambulanten Strukturen werden demgegenüber ambulante Behandlungen im Rahmen von Sprechstunden bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung, bei Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie bei psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verstanden.

Im praxisambulanten Bereich der GGR waren per 31. Dezember 2024 insgesamt 346 Ärztinnen und Ärzte mit dem Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie sowie 63 Ärztinnen und Ärzte mit dem Facharzttitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie tätig. In der GGR sind in der Erwachsenenpsychiatrie

53,5% der Ärztinnen und Ärzte über 60 Jahre und 22,0% sind bereits über 70 Jahre alt. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie beträgt der Anteil der über 60-Jährigen 50,8%, während 22,2% das 70. Altersjahr überschritten haben. Vor dem Hintergrund dieser Altersstruktur ist davon auszugehen, dass in den kommenden Jahren ein erheblicher Teil der heute niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater ihre berufliche Tätigkeit reduzieren oder beenden wird.

Im Kanton Basel-Landschaft ist diese Entwicklung ausgeprägter als im Kanton Basel-Stadt. In der Erwachsenenpsychiatrie sind 57,6% der niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater 60 Jahre oder älter (Basel-Stadt: 51,5%). Rund ein Viertel (25,7%) der niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater ist bereits über 70 Jahre alt (Basel-Stadt: 20,2%). Auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie liegt der Anteil der über 60-jährigen Ärztinnen und Ärzte im Kanton Basel-Landschaft mit 55,2% über jenem des

²⁶ Mehr Informationen zur MST finden sich unter: <https://www.upk.ch/kinder-und-jugendliche/unsere-angebote/kinder-und-jugendliche-ambulant/multisystemische-therapie-mst.html> (abgerufen am 10.03.2026)

Kantons Basel-Stadt (47,1%). Der Anteil der über 70-jährigen Ärztinnen und Ärzte beträgt 27,6% und liegt damit zehn Prozentpunkte über demjenigen des Kantons Basel-Stadt (17,6%).²⁷

Gemäss dem Psychatriekonzept (Baumgartner et al. 2022) wird sich durch das hohe Durchschnittsalter der Psychiaterinnen und Psychiater im ambulanten Bereich die Herausforderung der Sicherstellung der psychiatrischen Versorgung in den nächsten Jahren noch verschärfen.

5.3 Ambulante Notfallversorgung

Der ambulante ärztliche Notfalldienst im Bereich der psychiatrischen Versorgung wird in Basel-Stadt und Basel-Landschaft standardmässig von niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern sichergestellt. Sie sind für die ambulante psychiatrische Notfallversorgung der Bevölkerung, ergänzend zu der Notfallversorgung der Spitäler, zuständig.

Im Kanton Basel-Landschaft ist die Organisation des Notfalldienstes nach Altersgruppe unterschiedlich geregelt: Für Erwachsene erfolgt die Abdeckung durch Psychiaterinnen und Psychiater in freier Praxis. Für Kinder und Jugendliche wird der Notfalldienst durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) der PBL sichergestellt. Aufgrund des hohen Durchschnittsalters der ambulant tätigen Psychiaterinnen und Psychiater gibt es im Kanton Basel-Landschaft teilweise Herausforderungen bei der Sicherstellung des Notfalldienstes (Alber et al. 2022, Baumgartner et al. 2022). Aktuell wird die Versorgung nachts teilweise von der Firma mobile ärzte neo GmbH übernommen.

Für Kinder- und Jugendliche, die ins UKBB oder ins USB kommen oder in einer Institution leben, mit der die UPK einen so genannten Liaisonvertrag haben, deckt im Kanton Basel-Stadt die Klinik für Kinder und Jugendliche (UPKKJ) der UPK den Notfalldienst für alle baselstädtischen Patientinnen und Patienten ab. Für Kinder und Jugendliche aus Basel-Landschaft, die ins UKBB kommen, wird die Versorgung durch die KJP der PBL sichergestellt. Auch die weitere Notfallversorgung vor Ort im Kanton Basel-Landschaft (in anderen Spitälern, Institutionen, Gefängnissen oder zu Hause) wird von der PBL sichergestellt. Hierfür stellt die KJP der PBL einen assistenzärztlichen Vordergrund- und einen oberärztlichen Hintergrunddienst rund um die Uhr bereit. Ergänzend zum ambulanten und aufsuchenden Notfalldienst in Institutionen, bieten die UPK und die PBL eine Notfallversorgung in ihren Kliniken an.

Die UPK bieten zwei Anlaufstellen an, wo Hilfesuchende ohne Voranmeldung Unterstützung erhalten. Zum einen die Akutambulanz des Gesundheitszentrums Psychiatrie (Walk-In-Ambulanz) zum anderen die Zentrale Aufnahme (ZA) auf dem Hauptcampus

der Universitären UPK. Letztere stellen für Erwachsene eine 24-Stunden-Notfallversorgung sicher.

Die PBL gewährleistet die Notfallversorgung für Erwachsene ebenfalls rund um die Uhr an 365 Tagen. Die Zentrale Aufnahme am Standort Liestal ermöglicht sowohl ambulante Notfallabklärungen als auch jederzeitige stationäre Aufnahmen.

Ergänzend besteht in beiden Kantonen ein Notbettenkonzept für Kinder- und Jugendliche für Notfallplatzierungen, welches insbesondere in der Krisenbewältigung wichtig ist (Di Gallo et al. 2022).

5.4 Inanspruchnahme der intermediären und ambulanten Versorgung

Für die stationäre Versorgung stehen mit der MS bzw. den GEVA des BFS detaillierte Individualdaten mit Angaben zu Diagnosen und Behandlungen zur Verfügung. Für die ambulante und intermediäre psychiatrische Versorgung liegen hingegen primär Abrechnungsdaten vor, die keine präzisen Angaben zu Fällen oder Konsultationen enthalten. Um dennoch eine grobe Einordnung der ambulanten und intermediären Inanspruchnahme zu ermöglichen, werden im Folgenden die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) pro versicherte Person herangezogen. Diese Kennzahl dient als Annäherung an das Leistungsvolumen der ambulanten und intermediären psychiatrischen Versorgung, zum Vergleich werden auch die Kosten der stationären Versorgung herangezogen.

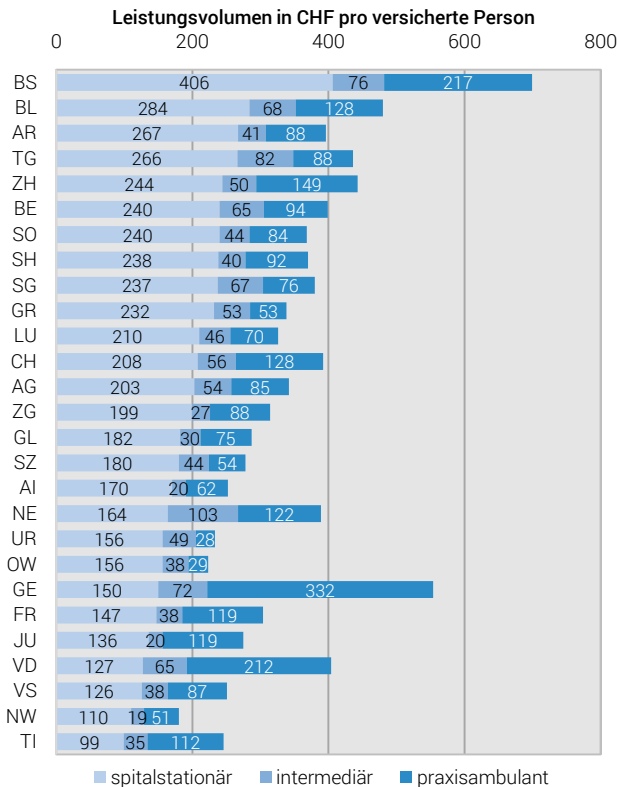
Die ausgewiesenen OKP-Kosten stammen aus dem Daten- und Tarifpool der *santéservices ag*, der von den Krankenversicherern als Brancheninformationssystem genutzt wird. Erfasst werden alle über die OKP abgerechneten Leistungen im Bereich psychischer Gesundheit, darunter ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen, ambulante und stationäre Spitalpsychiatrie, Leistungen von psychosozialen Einrichtungen sowie Medikamente, Analysen und weitere Kosten inklusive Kostenbeteiligungen. Nicht enthalten sind kantonale Spitalbeiträge.

Intermediäre Angebote sind in diesen Daten nur teilweise abgebildet, da entsprechende Leistungen nur erfasst werden, wenn sie über eine ZSR-Nummer einer psychiatrischen Klinik oder Spitalabteilung abgerechnet werden. Zudem kann in den Daten nicht nach Tagesklinik, Home Treatment und MST unterschieden werden. Aus diesem Grund werden in Kapitel 5.4.1 zunächst Ergebnisse zum Versorgungsmix präsentiert. Diese beruhen auf einem publizierten Bericht (Tuch et al., 2024), der auf die Abgrenzung einzelner Leistungserbringer ausgerichtet war. In Kapitel 5.4.2 folgt anschliessend die Auswertung der aktuellen

²⁷ Angaben zu den Ärztinnen und Ärzten mit Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit Berufsausübungsbewilligung gemäss Medizinische Dienste Gesundheitsdepartement Kanton Basel-Stadt; Kantonsärztlicher Dienst Gesundheits- und Volkswirtschaftsdirektion Kanton Basel-Landschaft, Stand: 31.12.2024

OKP-Kostendaten bis einschliesslich 2024. Wie bereits erwähnt, sind die Kosten für die intermediären Angebote lediglich als Annäherung zu interpretieren. Ergänzend werden in Kapitel 5.4.3 zusätzlich Angaben der Spitäler zu den Behandlungstagen herangezogen, um die Inanspruchnahme der intermediären Angebote besser abzubilden.

G 5.1 Leistungsvolumen Psychiatrie pro versicherte Person nach Angebotsstruktur und Wohnkanton, 2021



Bemerkung: Die dargestellten Leistungsvolumen beziehen sich auf die Versicherten mit Wohnsitz im Kanton. Die Ergebnisse sind nicht nach Alter oder Geschlecht standardisiert.

Quellen: santéservices ag – Datenpool, Tarifpool / Analyse Obsan; übernommen von Tuch et al., 2024 © Obsan 2026

aufwiesen und damit leicht über dem Schweizer Durchschnitt von 53% lagen (Abbildung G 5.1).

Intermediäre Angebote machten in Basel-Landschaft rund 14% und in Basel-Stadt rund 11% des Versorgungsmixes aus. Praxisambulante Leistungen der Psychiaterinnen und Psychiater lagen bei 20% beziehungsweise 18%, während auf psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten 8% beziehungsweise 9% entfielen. Der verbleibende Anteil verteilte sich auf weitere ärztliche Leistungserbringer.

Werden zusätzlich die tatsächlichen Leistungsvolumen in Franken betrachtet, zeigte sich für den Kanton Basel-Stadt im Jahr 2021 mit insgesamt 699 Franken pro versicherte Person das höchste Gesamtleistungsvolumen. An dritter Stelle folgte, nach dem Kanton Genf, der Kanton Basel-Landschaft mit 480 Franken pro Versicherte. In Basel-Stadt besonders ausgeprägt war dabei das stationäre Leistungsvolumen, das mit 406 Franken pro versicherte Person deutlich über dem schweizerischen Durchschnitt lag. Auch im praxisambulanten Bereich lag das Leistungsvolumen mit 217 Franken pro versicherte Person über dem Durchschnitt, bewegte sich jedoch in einer Grössenordnung, die mit den Kantonen Genf und Waadt vergleichbar war.

Insgesamt zeigte sich im Vergleich zum Schweizer Durchschnitt, dass sowohl das ambulante als auch das stationäre Leistungsvolumen im Kanton Basel-Stadt deutlich erhöht waren, während im Kanton Basel-Landschaft lediglich eine leichte Erhöhung zu beobachten war.

5.4.1 Versorgungsmix

Eine detaillierte Auswertung des Versorgungsmixes, d. h. der Verteilung der psychiatrischen Versorgung auf die verschiedenen Leistungserbringer, liegt für das Jahr 2021 auf kantonaler Ebene vor (Tuch et al., 2024)²⁸. Die Ergebnisse zeigten, dass die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt mit einem stationären Anteil von 59% beziehungsweise 58% sehr ähnliche stationäre Anteile

²⁸ Die Auswertung basiert auf Daten des Jahres 2021. Seither können sich insbesondere im Bereich der intermediären und ambulanten Versorgung Veränderungen ergeben haben.

5.4.2 Gesamte Inanspruchnahme anhand der OKP-Kosten

Die neusten Entwicklungen der OKP-Kosten für die GGR bis 2024 sind in Abbildung G 5.2 dargestellt. Insgesamt stiegen die Kosten von 172,8 Millionen Franken im Jahr 2014 auf 244,3 Millionen Franken im Jahr 2024.

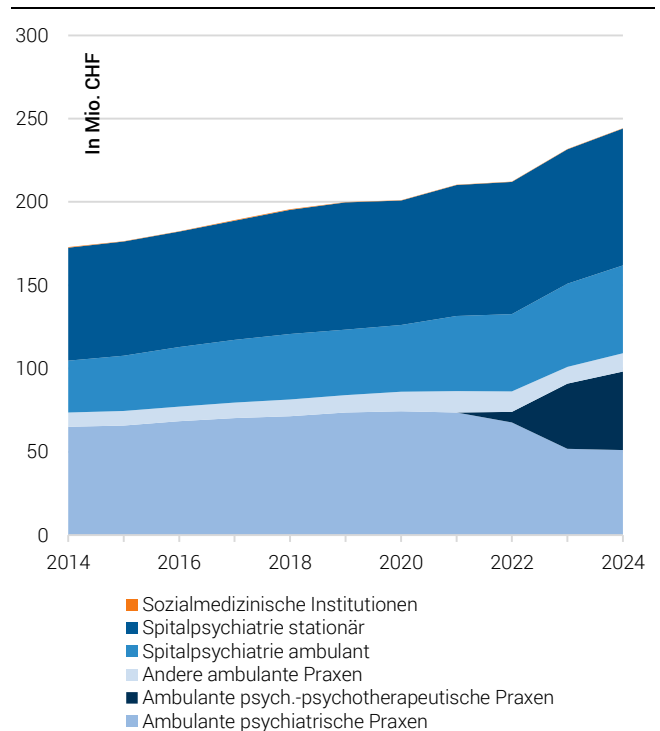
Den grössten Anteil am gesamten Kostenvolumen machen die ambulanten Praxen aus (psychiatrische, psychologisch-psychotherapeutische sowie weitere ambulante Praxen). Die entsprechenden Kosten stiegen von 73,6 Millionen Franken im Jahr 2014 auf 109,2 Millionen Franken im Jahr 2024 (+48%). Dahinter folgt der spitalstationäre Bereich mit 163 Franken pro Kopf im Jahr 2024. Auch hier zeigt sich ein Kostenanstieg, allerdings deutlich moderater: Die Kosten nahmen von 67,7 Millionen Franken auf 82,2 Millionen Franken zu (+21%).

Auffällig ist insbesondere der stärkere Kostenanstieg im praxisambulanten Bereich zwischen 2022 und 2023. Die Kosten erhöhten sich in diesem Zeitraum von 86,3 Millionen Franken auf 101,0 Millionen Franken. Dieser Sprung fällt zeitlich mit der Einführung des Anordnungsmodells zusammen, wodurch ambulant tätige psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihre Leistungen ab Juli 2022 selbstständig über die OKP abrechnen können und seither im Datensatz separat erfasst werden. Einerseits zeigt sich dadurch ein Substitutionseffekt von bisher psychiatrisch abgerechneten Leistungen hin zu psychologisch-psychotherapeutischen Leistungen. Andererseits führte die Systemumstellung insgesamt zu einem deutlichen Anstieg des Leistungsvolumens im praxisambulanten Bereich.

Die Ursachen dieses Kostenanstiegs sind nicht abschliessend geklärt. Eine schweizweite Analyse kommt zum Schluss, dass der Anstieg der Bruttokosten zwischen 2021 und 2024 teilweise auf das Wachstum des Versichertenkollektivs zurückzuführen ist; insgesamt resultierte daraus schweizweit ein Kostenanstieg von 6,1% (Tuch et al., 2025). Zusätzlich trägt der höhere Tarif im neuen Anordnungsmodell zur Kostenentwicklung bei. Der provisorische Tarif für angeordnete psychologische Psychotherapie beträgt 154,80 Franken pro Stunde, verglichen mit 133,00 Franken für delegierte Psychotherapie in Praxen beziehungsweise 133,50 Franken in Spitälern. Psychologisch-psychotherapeutische Leistungen sind damit unter dem neuen Tarifmodell im schweizweiten Durchschnitt rund 16% teurer als vor dem Systemwechsel. Gemäss der erwähnten Analyse erklärt dies zwischen 2021 und 2024 rund ein Drittel des beobachteten Kostenanstiegs (32,8%); der verbleibende Anteil entfällt auf weitere, nicht direkt beobachtbare Faktoren. Dazu gehören Veränderungen der Inanspruchnahme, der Behandlungsintensität und der Leistungsstruktur sowie Verlagerungen bisher anders finanzierter Leistungen in die OKP.

Den stärksten relativen Kostenanstieg zeigt der spitalambulante Bereich. Obwohl das gesamte Kostenvolumen weiterhin unter jenem des praxisambulanten und stationären Bereichs liegt, nahmen die Kosten hier von 31,1 Millionen Franken im Jahr 2014 auf 52,7 Millionen Franken im Jahr 2024 zu (+69%).

G 5.2 OKP-Kosten in der GGR im Bereich der psychischen Gesundheitsversorgung nach Leistungserbringer, 2014–2024



Bemerkung: Andere ambulante Praxen: Nicht-psychiatrische Praxen mit Tarifpositionen aus Tarmed-Kapitel 2 und sonstige psychiatrierelevante Pauschalen/Tarmed-Positionen.

Quellen: santéservices ag – Datenpool, Tarifpool / Analyse Obsan

© Obsan 2026

Wie eingangs erwähnt ist die Abgrenzung intermediärer Angebote in den santéservices-Daten nur eingeschränkt möglich. In der Regel werden diese Leistungen im spitalambulanten Bereich erfasst und dort entsprechend mitgeführt. Tabelle T 5.2 zeigt das entsprechende Leistungsvolumen der intermediären Anbieter innerhalb der GGR.

Insgesamt zeigt sich über den gesamten Beobachtungszeitraum ein deutlicher Trend steigender Kosten, wobei die Zunahme im ambulanten Bereich stärker ausfällt als im stationären Bereich. Die Kostenentwicklung im spitalstationären Bereich übersteigt dabei aber deutlich den Anstieg der behandelten Fälle (+11,8%, vgl. Abbildung G 4.1).

T 5.2 Psychiatrische Leistungserbringer im spitalambulant (intermediären) Bereich, 2024

	Betrieb	Standort	Leistungsvolumen in Tsd. CHF	Anteil Tarmed-Pauschalen
BS	Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel	UPK Campus	9'216	57%
	Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel	UPK Gesundheitszentrum Psychiatrie	3'096	0%
	Bethesda Spital AG	Bethesda Spital	315	0%
	Klinik Sonnenhalde	Klinik Sonnenhalde, Riehen	1'092	82%
	Klinik Sonnenhalde	Klinik Sonnenhalde, Basel	2'097	98%
	Felix Platter-Spital	Felix Platter-Spital	29	0%
BL	Psychiatrie Baselland	PBL EP ZPG Binningen	3'422	35%
	Psychiatrie Baselland	PBL Amb. und TK Liestal	6'060	68%
	Psychiatrie Baselland	PBL KJP Amb. Liestal	1'141	2%
	Psychiatrie Baselland	PBL KJP ZPG Binningen	972	0%
	Psychiatrie Baselland	PBL SAE Amb. Liestal	1'187	21%
	Klinik Arlesheim AG	Klinik Arlesheim	770	0%
	Psychiatrie Baselland	PBL SAE Amb. Reinach	1'441	51%
	Psychiatrie Baselland	PBL SAE ZPG Binningen	673	4%
	Psychiatrie Baselland	PBL EP Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	1'448	61%
	Psychiatrie Baselland	PBL KJP Amb. Laufen	202	0%
	Psychiatrie Baselland	PBL Amb. und TK Münchenstein	1'236	89%
	Klinik Sonnenhalde	Klinik Sonnenhalde, Reinach	954	87%

Bemerkung: Filter auf Hauptleistungsstelle M500 und (Leistungen auf Kapitel 02 Tarmed oder Tarmed-Pauschalen (Tarifart 003))

Quellen: BFS – PSA

© Obsan 2026

5.4.3 Inanspruchnahme der intermediären Versorgung anhand der Behandlungstage

Im Jahr 2024 wurden in den tagesklinischen Angeboten, die der Wohnbevölkerung der GGR zur Verfügung stehen, insgesamt 55 153 Behandlungstage erbracht (Tabelle T 5.3). Für Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in der GGR wurden insgesamt 46 769 Behandlungstage verzeichnet. Insbesondere bei den innerregionalen Angeboten lag der Anteil der Patientinnen und Patienten aus der GGR mit 82 bis 100% hoch. Die tagesklinischen Behandlungstage in der Klinik Schützen betreffen ausserkantonale Behandlungen von Personen aus dem Kanton Basel-Landschaft und basieren auf einer Leistungsvereinbarung zwischen dem Kanton und der Klinik Schützen. Den grössten Anteil der tagesklinischen Behandlungstage erbrachte die Klinik Sonnenhalde in Basel mit 24%, gefolgt von der PBL in Liestal mit rund 20% aller Behandlungstage.

Die Zahl der Behandlungstage im Home Treatment lag mit 36 126 Tagen unter den Behandlungstagen der Tageskliniken. Dabei fällt aber auf, dass 65% aller Home Treatment Behandlungstage von der UPK im Rahmen längerfristiger Behandlungen erbracht werden.

T 5.3 Inanspruchnahme der intermediären Angebote in Behandlungstagen, 2024

		Behandlungstage		
Kanton	Leistungserbringer	Total	GGR	2024 %
Tagesklinik				
BS	Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK) - Erwachsene	7'035	6'926	15%
	Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK) - Kinder und Jugendliche	2'227	2'227	5%
	Klinik Sonnenhalde, Basel	11'197	11'055	24%
	Klinik Sonnenhalde, Riehen	5'089	4'984	11%
	Klinik Sonnenhalde, Reinach	4'687	4'593	10%
BL	Psychiatrie Baselland (PBL), Liestal	10'843	9'230	20%
	Psychiatrie Baselland (PBL), Binningen	3'693	3'322	7%
	Psychiatrie Baselland (PBL), Münchenstein	3'401	2'804	6%
AG	Klinik Schützen*	6'981	1'628	3%
Total		55'153	46'769	100%
Home Treatment				
BS	Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK) - Längerfristige Behandlung**	-	23'399	65%
	Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK) - Übergangsbehandlung**	-	10'092	28%
BL	Psychiatrie Baselland (PBL)	-	2'635	7%
Total		-	36'126	100%

Bemerkungen: *= Die Behandlungstage beziehen sich hier nicht auf die GGR, sondern ausschliesslich auf den Kanton Basel-Landschaft. **= Die Behandlungstage im Home Treatment der UPK wurden anhand der durchschnittlichen Behandlungsdauer und der Fallzahl geschätzt.

Quellen: Angaben der Spitäler

© Obsan 2026

6 Bedarfsprognose

Kapitel 6 enthält die Prognose des künftigen Versorgungsbedarfs in der Psychiatrie. Mit Bezug auf den gesetzlichen Auftrag der Kantone gemäss Art. 58a Abs. 1 KVV beziehen sich die Prognosen auf den stationären Versorgungsbedarf der Wohnbevölkerung in der GGR. Ziel ist es, eine zuverlässige Schätzung des künftigen Leistungsbedarfs in der Psychiatrie zu erhalten. Dazu berücksichtigt die GGR insbesondere die relevanten Einflussfaktoren, wie dies in Art. 58b Abs. 1 KVV vorgesehen ist.

6.1 Bedarfsprognose der stationären Versorgung

6.1.1 Definition der Prognoseszenarien

Die Bedarfsprognosen bilden die Grundlage für die neue kantonale Planung und wurden mit dem im Kapitel 3.3 beschriebenen Prognosemodell berechnet. Als Ausgangspunkt dienen die Administrativdaten der Gesundheitsversorger (GEVA) für das Referenzjahr 2024. Der Prognosezeitraum erstreckt sich bis zum Jahr 2036 (Prognosehorizont). Im Zentrum der Bedarfsprognose steht das Basisszenario, welches das plausibelste Szenario darstellt. Das Minimalszenario und das Maximalszenario stellen die Bandbreite der möglichen Entwicklungen dar. Alle Einflussfaktoren wurden in den Kapiteln 3.4 und 3.5 ausführlich beschrieben, die Definition der relevanten Parameter für die Prognose des künftigen Leistungsbedarfs der Wohnbevölkerung der GGR sind in Kapitel 6.1 zusammengefasst.

Einer der wichtigsten Einflussfaktoren für die Prognose des künftigen Leistungsbedarfs ist die demografische Entwicklung. Diesbezüglich stützen sich die Prognosen auf die Bevölkerungsszenarien des BFS.

Massgebend für die Annahmen der Kantone der GGR sind zudem insbesondere zwei Aspekte: die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen und die damit verbundene (steigende) Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen sowie das Potenzial zur Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich. Beide Aspekte wurden teilweise bereits in Planungen anderer Kantone berücksichtigt. Ausgehend von der steigenden Nutzung stationärer psychiatrischer Dienste in der Schweiz hat beispielsweise der Kanton Zürich eine sukzessive Zunahme in seine Prognosen des zukünftigen Leistungsbedarfs integriert (GDZH, 2021). Andere Kantone wie Schaffhausen, Appenzell Ausserrrho-

den und Freiburg haben keine vergleichbaren Annahmen getroffen (Gesundheitsamt Kanton Schaffhausen, 2021; Jörg et al., 2019; Füglistner et al., 2023). In Bezug auf die potenzielle Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich weisen diverse Studien auf ein erhebliches Potenzial hin, stationäre Leistungen durch geeignete intermediäre und ambulante Versorgungsstrukturen zu ersetzen. In welchem Ausmass solche Verlagerungen realisiert werden können, hängt jedoch wesentlich von den ökonomischen und insbesondere tarifarischen Rahmenbedingungen ab.

Um diesen beiden Aspekten Rechnung zu tragen, haben die Kantone der GGR verschiedene «Dynamiken» definiert (siehe auch Kapitel 3.5.3). Diese Dynamiken beschreiben die erwarteten Entwicklungen in Bezug auf die Entwicklung der Hospitalisierungsraten sowie auf die Ambulantisierung. Welche Dynamik je nach Leistungsgruppe in der Bedarfsprognose zur Anwendung kommt, stützt sich unter anderem auf die Ergebnisse der Regressionsanalysen gemäss Kapitel 3.5.4.

In der Erwachsenenpsychiatrie und in der Alterspsychiatrie wird zwischen der «gedämpften Dynamik» und der «mittleren Dynamik» unterschieden:

- Die gedämpfte Dynamik wird auf Leistungsgruppen angewendet, bei denen die beobachtete Inanspruchnahme der GGR-Wohnbevölkerung signifikant über dem anhand schweizerischer Vergleichsdaten erwarteten Niveau liegt. Für Leistungsgruppen mit hohen Fallzahlen wird angenommen, dass das Wachstum der Inanspruchnahme künftig abflacht, während gleichzeitig ein höheres Potenzial für Ambulantisierung besteht.
- Die mittlere Dynamik gilt für alle übrigen Leistungsgruppen.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird für alle Leistungsgruppen von einer hohen Dynamik ausgegangen. In diesem Bereich ist schweizweit von einer Unterversorgung auszugehen (siehe Kaiser et al., 2024).

Für den Bereich der Forensik werden keine spezifischen Annahmen zur Dynamik getroffen. Die Forensik wird zwar in die Prognosen einbezogen und zählt zum Falltotal, aufgrund der sehr geringen Fallzahlen sind jedoch bereits einzelne zusätzliche oder wegfallende Fälle mit grossen relativen Veränderungen verbunden. Eine belastbare Interpretation von Trends oder eine stabile Prognose ist deshalb nur eingeschränkt möglich. Aus diesem Grund wird dieser Bereich in der folgenden Darstellung nicht separat ausgewiesen.

K 6.1 Einflussfaktoren und Annahmen für die Bedarfsprognose in der Psychiatrie

		Ziel-jahr	3 Prognoseszenarien			
			Minimum	Basis	Maximum	
Einflussfaktoren / Hypothesen	Demografie	2036	Tiefes Szenario der kantonalen Bevölkerungsszenarien des BFS	Referenzszenario der kantonalen Bevölkerungsszenarien des BFS	Hohes Szenario der kantonalen Bevölkerungsszenarien des BFS	Fälle
	Ambulantisierung (Verlagerung)	2036	Erwachsenenpsychiatrie und Alterspsychiatrie: - Gedämpfte Dynamik: –15% - Mittlere Dynamik: –5% Kinder- und Jugendpsychiatrie: - Hohe Dynamik: Keine Forensik: - Keine	Erwachsenenpsychiatrie und Alterspsychiatrie: - Gedämpfte Dynamik: –5% - Mittlere Dynamik: Keine Kinder- und Jugendpsychiatrie: - Hohe Dynamik: Keine Forensik: - Keine	Keine	
	Epidemiologie	-	Keine*			
	Medizintechnik	-	Keine*			
	Konvergenz der Hospitalisierungsraten	2036	Volle Konvergenz an die Schweizer Rate bei LB × LG mit weniger als 5 Fällen			
	Fortschreibung der Hospitalisierungsraten (Entstigmatisierung)	2036	Keine	Erwachsenenpsychiatrie und Alterspsychiatrie: - Gedämpfte Dynamik: +10% - Mittlere Dynamik: +25% Kinder- und Jugendpsychiatrie: - Hohe Dynamik: +25% Forensik: - Keine	Erwachsenenpsychiatrie und Alterspsychiatrie: - Gedämpfte Dynamik: +20% - Mittlerer Dynamik: +50% Kinder- und Jugendpsychiatrie: - Hohe Dynamik: +50% Forensik: - Keine	Tage
	Übrige	2025	Die psychiatrischen Fälle des UKBB werden in die Prognose integriert.			
	Verkürzung der mittleren Aufenthaltsdauer	-	Keine			

Bemerkungen: LB = Leistungsbereich; LG = Leistungsgruppe; EP = Erwachsenenpsychiatrie; AP = Alterspsychiatrie; KJP = Kinder- und Jugendpsychiatrie. Erwachsenenpsychiatrie gedämpfter Dynamik: F10, F11-F19, F3, F4, F6; Erwachsenenpsychiatrie mittlerer Dynamik: F0-G30-32, F2, F5, F7, F8, F9, F99, nicht-F. Alterspsychiatrie gedämpfter Dynamik: F0-G30-32, F10, F3, F5; Alterspsychiatrie mittlerer Dynamik: F11-F19, F2, F4, F6, F7, F8, F9, F99, nicht-F. * = Der Einflussfaktor «Fortschreibung der Hospitalisierungsrate» könnte epidemiologische / medizintechnische Einflussgrößen enthalten. Bei der Anwendung des Einflussfaktors «Trend der Hospitalisierungsrate» werden diese Effekte daher implizit mitberücksichtigt.

Quelle: Eigene Darstellung Obsan

© Obsan 2026

Die Dynamiken werden in einem letzten Schritt mit den Prognoseszenarien gekreuzt – so dass auch für jede Dynamik ein Minimal-, Basis- und Maximalszenario ausgewiesen wird. Die Prognosen stützen sich auf die Bedarfsanalysen in Kapitel 4. Zusätzlich werden die psychiatrischen Leistungen des UKBB berücksichtigt. In den GEVA können die psychiatrischen Fälle des UKBB erst ab dem Datenjahr 2025 eindeutig identifiziert und von den akutsomatischen Leistungen abgegrenzt werden. Deshalb sind sie in der Bedarfsanalyse in Kapitel 4 nicht enthalten. Für die Prognose wurde jedoch eine approximative Abgrenzung vorgenommen (vgl. Kasten K 4.1), damit der prognostizierte künftige Versorgungsbedarf vollständig abgebildet werden kann.

Die UKBB-Fälle werden jeweils bereits im Ausgangswert (Referenzjahr) berücksichtigt. Dadurch können die Effekte anderer

Einflussgrößen, etwa der demografischen Entwicklung, unverzerrt dargestellt werden. Zudem lässt sich das prognostizierte Gesamtwachstum besser abschätzen, ohne dass es zu methodisch bedingten Sprüngen infolge veränderter Datenabgrenzungen kommt. Dadurch unterscheiden sich aber die Fallzahlen und Pflegegehalte im Referenzjahr der Prognosen (2024) von denjenigen, welche in der Bedarfsanalyse (Kapitel 4) ausgewiesen wurden. Der Effekt des Einbezugs der psychiatrischen Leistungen des UKBB wird in Kapitel 6.1.3 deshalb zusätzlich separat ausgewiesen.

6.1.2 Prognostizierter Versorgungsbedarf

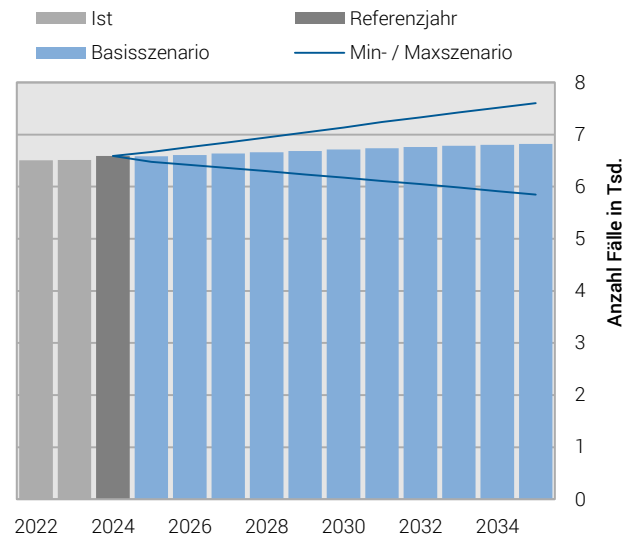
In diesem Kapitel wird der prognostizierte Leistungsbedarf bis zum Jahr 2036 dargestellt. Es handelt sich um einen Bedarf, der alle Einflussfaktoren gemäss Prognosemodell gleichzeitig berücksichtigt. Das Referenzjahr entspricht dem Jahr 2024 aus der Bedarfsanalyse (Kapitel 4). Die isolierten Auswirkungen pro Einflussfaktor werden in Kapitel 6.1.3 beschrieben.

Prognostizierte Fälle 2036

Abbildung G 6.1 zeigt die erwartete Entwicklung des Versorgungsbedarfs in Bezug auf die verschiedenen Prognoseszenarien. Gemäss dem Basisszenario wird für den Zeitraum 2024–2036 ein Anstieg der Anzahl stationärer Fälle um +3,7% erwartet. Dies entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Veränderung von +0,3% beziehungsweise +244 Fällen mehr. Im Maximalszenario, das von einem vergleichsweise höheren Bedarf im stationären Bereich ausgeht, steigen die Fallzahlen deutlich stärker: Bis 2036 wird eine Zunahme um +16,7% beziehungsweise +1099 Fälle erwartet. Im Minimalszenario werden für das Jahr 2036 –811 Fälle weniger prognostiziert, was einem Rückgang von –12,3% entspricht.

In den Tabellen T 6.1 bis T 6.3 ist die Bedarfsprognose nach Leistungsbereich, Leistungsgruppe und Prognoseszenario aufgeschlüsselt dargestellt. Dabei zeigt sich, dass in der Erwachsenen-

G 6.1 Entwicklung der stationären Fallzahlen, 2024–2036



Szenario	2024	2036	Δ (%)	Δ CAGR (%)
Basis	6'587	6'831	+3.7%	+0.3%
Max	6'587	7'686	+16.7%	+1.3%
Min	6'587	5'776	-12.3%	-1.1%

Bemerkung: CAGR = «Compound Annual Growth Rate», jährliche Wachstumsrate.

Quellen: BFS – KS, MS/ GEVA, STATPOP, Bevölkerungsszenarien

© Obsan 2026

T 6.1 Prognostizierter Leistungsbedarf (Fallzahlen) in der Erwachsenenpsychiatrie nach Leistungsgruppe und Prognoseszenario, 2036

Erwachsenenpsychiatrie		Referenz		Min		Basis		Max	
Leistungsgruppe	Bezeichnung	2024	2036	Δ (%)		2036	Δ (%)	2036	Δ (%)
F0-G30-32	Organische Störungen inkl. neurodegenerative Demenzen (u.a. Alzheimer)	53	48	-9%		52	-2%	54	+2%
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	723	591	-18%		688	-5%	754	+4%
F11-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	538	441	-18%		535	-1%	609	+13%
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	713	647	-9%		716	+0%	750	+5%
F3	Affektive Störungen	1'434	1'171	-18%		1'362	-5%	1'489	+4%
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	660	539	-18%		637	-3%	707	+7%
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	59	55	-7%		60	+2%	63	+7%
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	554	459	-17%		547	-1%	611	+10%
F7	Intelligenzstörungen	33	31	-6%		37	+12%	41	+24%
F8	Entwicklungsstörungen	33	31	-6%		66	+100%	130	+294%
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	8	9	+13%		10	+25%	10	+25%
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	1	0	-100%		0	-100%	0	-100%
nicht-F	Nicht-F Diagnosen	16	14	-13%		15	-6%	16	0%
Total		4'825	4'036	-16%		4'725	-2%	5'234	+8%

Quellen: BFS – KS, GEVA, STATPOP, Bevölkerungsszenarien

© Obsan 2026

psychiatrie insgesamt ein leichter Rückgang der Fallzahlen erwartet wird (Basisszenario: -2%). In der Alterspsychiatrie hingegen wird ein stärkerer Anstieg erwartet (Basisszenario: +18%), während in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein noch stärkerer Anstieg von rund +23% prognostiziert wird. Setzt man die relativen Veränderungen zu den heutigen Fallzahlen in Bezug, ergibt sich für die Erwachsenenpsychiatrie ein Rückgang von rund -100 Fällen, während die stärkeren Zuwächse in der Alterspsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie jeweils einem Plus von je +219 bzw. +115 Fällen entspricht.

Die konsolidierte Prognose des stationären Leistungsbedarfs ergibt sich aus dem Zusammenspiel verschiedener Einflussfaktoren. Die folgenden Abschnitte fassen deren Auswirkungen auf die einzelnen Leistungsbereiche zusammen, bevor diese in Kapitel 6.1.3 detailliert erläutert werden.

In der Erwachsenenpsychiatrie zeigen sowohl die demografische Entwicklung als auch die Trendfortschreibung im Basisszenario nur geringe Veränderungen von jeweils rund +1%. Den grössten Einfluss hat die angenommene Ambulantisierung mit etwa -4%, wodurch insgesamt eine leichte Abnahme der stationären Fallzahlen um rund -2% resultiert. Im Minimal- beziehungsweise Maximalszenario wird die Entwicklung stärker durch die Ambulantisierung (-13%) beziehungsweise die Trendfortschreibung (+3%) geprägt. Die demografischen Szenarien reichen zudem von einer Abnahme (-4%) bis zu einer Zunahme (+5%).

In der Alterspsychiatrie zeigen insbesondere die demografischen Effekte einen starken Einfluss auf die Bedarfsprognose. Aufgrund des Wachstums der Bevölkerung ab 65 Jahren ergibt sich im Basisszenario eine Zunahme von +18%. Die Effekte der

Ambulantisierung und der Entstigmatisierung gleichen sich mit jeweils -4% beziehungsweise +4% weitgehend aus. Im Maximalszenario verstärkt die Trendfortschreibung die Entwicklung zusätzlich (+8%), sodass insgesamt eine Zunahme von +33% resultiert.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie nimmt die Fallzahl aufgrund der demografischen Entwicklung leicht um +2% zu; eine Ambulantisierung wird hier nicht angenommen. Die starke Zunahme ist deshalb vor allem auf die Trendfortschreibung (+20% bis +45%) zurückzuführen.

Obwohl für die Erwachsenenpsychiatrie eine Abnahme prognostiziert wird, führen die vergleichsweise starken Zunahmen in der Alterspsychiatrie sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie insgesamt zu einem Anstieg der psychiatrischen Fallzahlen.

Um die letztjährigen Trends der Fallzahlen im Analysezeitraum von 2022 bis 2024 mit den Prognosen von 2024 bis 2036 zu vergleichen, bietet es sich an, die CAGR (Compound Annual Growth Rate; jährliche Wachstumsraten) zu vergleichen, um den unterschiedlich langen Zeiträumen Rechnung zu tragen: Die CAGR in der Erwachsenenpsychiatrie war mit -1,7% über die Analysejahre leicht negativ. Auch für den Prognosehorizont 2024–2036 bleibt sie negativ, fällt mit -0,2% jedoch deutlich geringer aus. Die Alterspsychiatrie zeigt zwischen 2022–2024 (+1,3%) und 2024–2036 (+1,4%) einen nahezu unveränderten Trend. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die Inanspruchnahme in den letzten Jahren mit einer CAGR von +7,8% deutlich stärker gestiegen als im langfristigen Trend. In den Prognosen wird dieser Trend abgeschwächt und liegt im Basisszenario bei einer CAGR von +1,8% und im Maximalszenario bei +3,8%.

T 6.2 Prognostizierter Leistungsbedarf (Fallzahlen) in der Alterspsychiatrie nach Leistungsgruppe und Prognoseszenario, 2036

Alterspsychiatrie		Referenz			Min		Basis		Max	
Leistungsgruppe	Bezeichnung	2024	2036	Δ (%)			2036	Δ (%)	2036	Δ (%)
F0-G30-32	Organische Störungen inkl. neurodegenerative Demenzen (u.a. Alzheimer)	501	491	-2%			629	+26%	755	+51%
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	92	88	-4%			100	+9%	107	+16%
F11-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	12	13	+8%			15	+25%	16	+33%
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	85	90	+6%			96	+13%	98	+15%
F3	Affektive Störungen	402	386	-4%			440	+9%	472	+17%
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	89	96	+8%			113	+27%	126	+42%
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	5	1	-80%			2	-60%	2	-60%
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	17	18	+6%			20	+18%	22	+29%
F7	Intelligenzstörungen	0	2	-			2	-	2	-
F8	Entwicklungsstörungen	1	0	-100%			0	-100%	0	-100%
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	0	0	-			0	-	0	-
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	0	0	-			0	-	0	-
nicht-F	Nicht-F Diagnosen	6	11	+83%			12	+100%	13	+117%
Total		1'210	1'196	-1%			1'429	+18%	1'613	+33%

Quellen: BFS – KS, GEVA, STATPOP, Bevölkerungsszenarien

© Obsan 2026

T 6.3 Prognostizierter Leistungsbedarf (Fallzahlen) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nach Leistungsgruppe und Prognoseszenario, 2036

Kinder- und Jugendpsychiatrie		Referenz			Min		Basis		Max	
Leistungsgruppe	Bezeichnung	2024	2036	Δ (%)			2036	Δ (%)	2036	Δ (%)
F0-G30-32	Organische Störungen inkl. neurodegenerative Demenzen (u.a. Alzheimer)	3	0	-100%			1	-67%	2	-33%
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1	1	0%			1	0%	2	+100%
F11-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	17	17	0%			21	+24%	25	+47%
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	14	16	+14%			19	+36%	23	+64%
F3	Affektive Störungen	135	135	0%			173	+28%	219	+62%
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	125	121	-3%			163	+30%	217	+74%
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	59	58	-2%			71	+20%	87	+47%
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	38	38	0%			52	+37%	72	+89%
F7	Intelligenzstörungen	2	1	-50%			1	-50%	2	0%
F8	Entwicklungsstörungen	15	15	0%			19	+27%	23	+53%
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	83	76	-8%			85	+2%	95	+14%
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	0	0	-			0	-	0	-
nicht-F	Nicht-F Diagnosen	0	1	-			1	-	1	-
Total		492	479	-3%			607	+23%	768	+56%

Quellen: BFS – KS, GEVA, STATPOP, Bevölkerungsszenarien

© Obsan 2026

Prognostizierte Pflegetage 2036

Die prognostizierten Pflegetage für das Jahr 2036 sind in den Tabellen T 6.4 bis T 6.6 dargestellt. In allen drei Leistungsbereichen entspricht die relative Veränderung der Pflegetage im Basisszenario jener der Fallzahlen. Da für die mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) keine spezifischen Einflussfaktoren modelliert wurden, spiegeln die Unterschiede in der Entwicklung der Pflegetage lediglich die unterschiedlich prognostizierte Entwicklung von Fällen mit längerer bzw. kürzerer Aufenthaltsdauer wider.

T 6.4 Prognostizierte Pflegetage in der Erwachsenenpsychiatrie nach Leistungsgruppe und Prognoseszenario, 2036

Erwachsenenpsychiatrie		Referenz		Min		Basis		Max	
Leistungsgruppe	Bezeichnung	2024	2036	Δ (%)		2036	Δ (%)	2036	Δ (%)
F0-G30-32	Organische Störungen inkl. neurodegenerative Demenzen (u.a. Alzheimer)	1'643	1'483	-10%		1'620	-1%	1'681	+2%
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	23'326	19'057	-18%		22'239	-5%	24'395	+5%
F11-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	18'725	15'341	-18%		18'639	-0%	21'197	+13%
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	27'388	24'863	-9%		27'428	+0%	28'676	+5%
F3	Affektive Störungen	60'059	49'032	-18%		56'995	-5%	62'288	+4%
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	19'012	15'522	-18%		18'305	-4%	20'265	+7%
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	3'596	3'337	-7%		3'686	+3%	3'856	+7%
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	20'118	16'672	-17%		19'838	-1%	22'122	+10%
F7	Intelligenzstörungen	1'672	1'558	-7%		1'844	+10%	2'072	+24%
F8	Entwicklungsstörungen	1'069	1'004	-6%		2'147	+101%	4'202	+293%
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	459	308	-33%		336	-27%	351	-24%
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	7	0	-100%		1	-86%	1	-86%
nicht-F	Nicht-F Diagnosen	309	273	-12%		298	-4%	310	+0%
Total		177'383	148'450	-16%		173'371	-2%	191'406	+8%

Quellen: BFS – KS, GEVA, STATPOP, Bevölkerungsszenarien

© Obsan 2026

T 6.5 Prognostizierte Pflegetage in der Alterspsychiatrie nach Leistungsgruppe und Prognoseszenario, 2036

Alterspsychiatrie		Referenz	Min		Basis		Max	
Leistungsgruppe	Bezeichnung	2024	2036	Δ (%)	2036	Δ (%)	2036	Δ (%)
F0-G30-32	Organische Störungen inkl. neurodegenerative Demenzen (u.a. Alzheimer)	18'069	17'740	-2%	22'693	+26%	27'239	+51%
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	2'567	2'438	-5%	2'776	+8%	2'973	+16%
F11-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	466	507	+9%	576	+24%	620	+33%
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	3'852	4'071	+6%	4'367	+13%	4'446	+15%
F3	Affektive Störungen	20'376	19'547	-4%	22'277	+9%	23'900	+17%
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	3'647	3'967	+9%	4'665	+28%	5'193	+42%
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	79	28	-65%	48	-39%	61	-23%
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1'025	1'063	+4%	1'193	+16%	1'270	+24%
F7	Intelligenzstörungen	0	82	-	83	-	84	-
F8	Entwicklungsstörungen	59	4	-93%	5	-92%	6	-90%
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	0	8	-	8	-	8	-
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	0	1	-	1	-	1	-
nicht-F	Nicht-F Diagnosen	372	686	+84%	766	+106%	845	+127%
Total		50'512	50'142	-1%	59'458	+18%	66'646	+32%

Quellen: BFS – KS, GEVA, STATPOP, Bevölkerungsszenarien

© Obsan 2026

T 6.6 Prognostizierte Pflegetage in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nach Leistungsgruppe und Prognoseszenario, 2036

Kinder- und Jugendpsychiatrie		Referenz	Min		Basis		Max	
Leistungsgruppe	Bezeichnung	2024	2036	Δ (%)	2036	Δ (%)	2036	Δ (%)
F0-G30-32	Organische Störungen inkl. neurodegenerative Demenzen (u.a. Alzheimer)	16	14	-13%	30	+88%	52	+225%
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	6	13	+117%	16	+167%	19	+217%
F11-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	437	441	+1%	537	+23%	650	+49%
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	630	822	+30%	993	+58%	1'196	+90%
F3	Affektive Störungen	4'887	4'877	-0%	6'245	+28%	7'948	+63%
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	4'853	4'715	-3%	6'324	+30%	8'410	+73%
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	5'318	5'186	-2%	6'378	+20%	7'801	+47%
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1'325	1'331	+0%	1'829	+38%	2'494	+88%
F7	Intelligenzstörungen	151	42	-72%	63	-58%	90	-40%
F8	Entwicklungsstörungen	483	501	+4%	617	+28%	758	+57%
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	4'343	3'953	-9%	4'456	+3%	4'974	+15%
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	0	0	-	0	-	0	-
nicht-F	Nicht-F Diagnosen	0	62	-	66	-	70	-
Total		22'449	21'957	-2%	27'554	+23%	34'462	+54%

Quellen: BFS – KS, GEVA, STATPOP, Bevölkerungsszenarien

© Obsan 2026

6.1.3 Effekte einzelner Einflussfaktoren

Im vorangehenden Kapitel wurde die Bedarfsprognose unter Einbezug aller berücksichtigter Einflussfaktoren präsentiert. In diesem Kapitel werden die Auswirkungen der verschiedenen Einflussfaktoren separat betrachtet. Das Referenzjahr basiert auf dem Datenjahr 2024 der Bedarfsanalyse (Kapitel 4) und wird um die Fälle des UKBB ergänzt (Kasten K 4.1).

Effekte der demografischen Entwicklung

Tabellen T 6.7 bis T 6.9 zeigen den Einfluss der demografischen Entwicklung gemäss den drei BFS-Szenarien auf den prognostizierten Leistungsbedarf, differenziert nach Prognoseszenario und Leistungsgruppe. Unter ausschliesslicher Berücksichtigung der demografischen Effekte ergibt sich im Basisszenario insgesamt eine leichte Zunahme des prognostizierten Leistungsbedarfs. In der Erwachsenenpsychiatrie beträgt der demografisch bedingte Anstieg 1%, in der Alterspsychiatrie 18% und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 2%.

Diese Entwicklung entspricht weitgehend dem in Abbildung G 3.3 dargestellten erwarteten Bevölkerungswachstum. In der GGR wird insbesondere ein deutlicher Anstieg der Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und älter prognostiziert (+19%), während die Bevölkerung im Alter von 0 bis 17 Jahren insgesamt leicht zurückgeht (–1%). Allerdings lässt sich diese Entwicklung nicht gleichmässig

auf alle Altersgruppen innerhalb der unter 18-Jährigen übertragen. Es ist beispielsweise möglich, dass der Rückgang vor allem die jüngsten Altersjahrgänge betrifft. Diese wirken sich jedoch nur gering auf die Prognose der stationären psychiatrischen Fallzahlen aus, da sehr kleine Kinder kaum stationäre psychiatrische Leistungen in Anspruch nehmen (vgl. Abbildung G 4.3 und G 6.2).

Die stärksten demografischen Effekte zeigen sich erwartungsgemäss in den Leistungsgruppen mit hohem Anteil älterer Patientinnen und Patienten, insbesondere bei den «organischen Störungen und neurodegenerativen Demenzen u.a. Alzheimer» (F0-G30-32). Entsprechend treten diese Effekte auch in der konsolidierten Prognose (Kapitel 6.1.2) besonders deutlich hervor.

T 6.7 Effekt der demografischen Entwicklung auf die Prognostizierte Fallzahlen in der Erwachsenenpsychiatrie nach Leistungsgruppe und Prognoseszenario, 2036

Erwachsenenpsychiatrie		Referenz	Min		Basis		Max	
Leistungsgruppe	Bezeichnung	2024	2036	Δ (%)	2036	Δ (%)	2036	Δ (%)
F0-G30-32	Organische Störungen inkl. neurodegenerative Demenzen (u.a. Alzheimer)	53	50	-6%	52	-2%	54	+2%
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	723	695	-4%	725	+0%	754	+4%
F11-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	538	519	-4%	544	+1%	569	+6%
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	713	681	-4%	716	+0%	750	+5%
F3	Affektive Störungen	1'434	1'377	-4%	1'433	-0%	1'489	+4%
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	660	634	-4%	663	+0%	691	+5%
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	59	58	-2%	60	+2%	63	+7%
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	554	540	-3%	566	+2%	591	+7%
F7	Intelligenzstörungen	33	32	-3%	33	0%	35	+6%
F8	Entwicklungsstörungen	33	33	0%	34	+3%	36	+9%
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	8	8	0%	8	0%	9	+13%
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	1	1	0%	1	0%	1	0%
nicht-F	Nicht-F Diagnosen	16	15	-6%	15	-6%	16	0%
Total		4'825	4'643	-4%	4'850	+1%	5'058	+5%

Quellen: BFS – KS, GEVA, STATPOP, Bevölkerungsszenarien

© Obsan 2026

T 6.8 Effekt der demografischen Entwicklung auf die Prognostizierte Fallzahlen in der Alterspsychiatrie nach Leistungsgruppe und Prognoseszenario, 2036

Alterspsychiatrie		Referenz			Min		Basis		Max	
Leistungsgruppe	Bezeichnung	2024	2036	Δ (%)			2036	Δ (%)	2036	Δ (%)
F0-G30-32	Organische Störungen inkl. neurodegenerative Demenzen (u.a. Alzheimer)	501	578	+15%			615	+23%	656	+31%
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	92	103	+12%			104	+13%	105	+14%
F11-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	12	14	+17%			14	+17%	14	+17%
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	85	94	+11%			96	+13%	98	+15%
F3	Affektive Störungen	402	454	+13%			463	+15%	472	+17%
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	89	101	+13%			104	+17%	106	+19%
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	5	6	+20%			6	+20%	6	+20%
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	17	20	+18%			20	+18%	20	+18%
F7	Intelligenzstörungen	0	0	-			0	-	0	-
F8	Entwicklungsstörungen	1	1	0%			1	0%	1	0%
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	0	0	-			0	-	0	-
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	0	0	-			0	-	0	-
nicht-F	Nicht-F Diagnosen	6	6	0%			7	+17%	7	+17%
Total		1'210	1'377	+14%			1'430	+18%	1'485	+23%

Quellen: BFS – KS, GEVA, STATPOP, Bevölkerungsszenarien

© Obsan 2026

T 6.9 Effekt der demografischen Entwicklung auf die Prognostizierte Fallzahlen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nach Leistungsgruppe und Prognoseszenario, 2036

Kinder- und Jugendpsychiatrie		Referenz			Min		Basis		Max	
Leistungsgruppe	Bezeichnung	2024	2036	Δ (%)			2036	Δ (%)	2036	Δ (%)
F0-G30-32	Organische Störungen inkl. neurodegenerative Demenzen (u.a. Alzheimer)	3	3	0%			3	0%	3	0%
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1	1	0%			1	0%	1	0%
F11-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	17	17	0%			18	+6%	18	+6%
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	14	14	0%			15	+7%	15	+7%
F3	Affektive Störungen	135	135	0%			140	+4%	146	+8%
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	125	121	-3%			128	+2%	134	+7%
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	59	58	-2%			60	+2%	63	+7%
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	38	38	0%			39	+3%	41	+8%
F7	Intelligenzstörungen	2	2	0%			2	0%	2	0%
F8	Entwicklungsstörungen	15	14	-7%			15	0%	16	+7%
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	83	76	-8%			82	-1%	89	+7%
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	0	0	-			0	-	0	-
nicht-F	Nicht-F Diagnosen	0	0	-			0	-	0	-
Total		492	479	-3%			503	+2%	528	+7%

Quellen: BFS – KS, GEVA, STATPOP, Bevölkerungsszenarien

© Obsan 2026

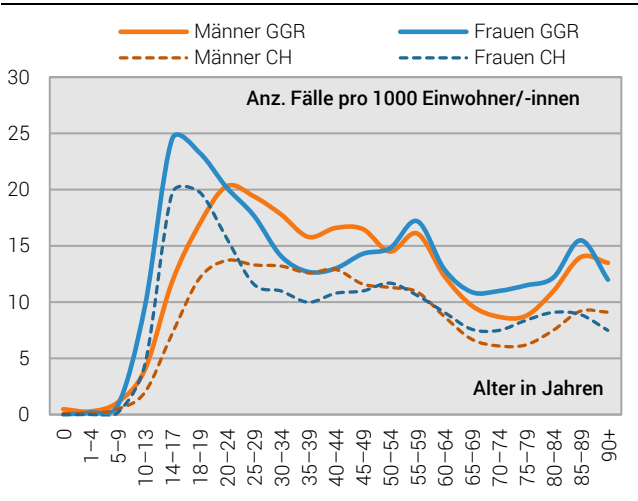
Effekte durch die Angleichung der Hospitalisierungsraten

Abbildung G 6.2 zeigt die Hospitalisierungsraten im psychiatrischen Bereich nach Alter für die GGR im Vergleich zur gesamtschweizerischen Bevölkerung. Insgesamt zeigt sich ein altersabhängiges Muster: Die Hospitalisierungsraten sind im Jugendalter am höchsten, nehmen im weiteren Lebensverlauf deutlich ab und steigen erst im höheren Alter – insbesondere ab etwa 75 Jahren – wieder an. In der GGR ist zudem ein zusätzlicher Anstieg der Hospitalisierungsraten bereits zwischen 55 und 64 Jahren zu beobachten.

Die erhöhte Hospitalisierungsrate bei Jugendlichen zeigt sich sowohl in der GGR als auch auf gesamtschweizerischer Ebene. Unterschiede bestehen jedoch in der geschlechtsspezifischen Ausprägung: Während in der gesamtschweizerischen Betrachtung vor allem bei jungen Mädchen deutlich erhöhte Hospitalisierungsraten zu beobachten sind, zeigt sich in der GGR ein Anstieg sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen, wobei dieser bei den Jungen etwas später und weniger ausgeprägt einsetzt.

Obwohl für die GGR grundsätzlich keine Angleichung an die Schweizer Hospitalisierungsraten vorgenommen wurde, so wird für sehr kleine Leistungsgruppen eine Angleichung eingerechnet, um die Fallzahlen zu stabilisieren und robustere Voraussagen zu treffen. Es wäre unplausibel anzunehmen, dass für eine Leistungsgruppe künftig kein Versorgungsbedarf besteht, nur weil im Referenzjahr keine Fälle auftraten. Dies kann zu kleineren Effekten in der Bedarfsprognose führen, die in Tabelle T 6.10 dargestellt sind.

G 6.2 Hospitalisierungsrate Im Bereich der Psychiatrie nach Geschlecht, Altersgruppe und Wohnort, 2024



Quellen: BFS – KS, GEVA, STATPOP © Obsan 2026

T 6.10 Effekt aufgrund der Angleichung der Hospitalisierungsraten auf den prognostizierten Leistungsbedarf nach Szenario, Leistungsbereich (ohne Forensik) und Leistungsgruppe, 2036

Leistungsgruppe		Ref. 2024	Alle Szenarien 2036	Δ (%)
Bezeichnung				
Erwachsenenpsychiatrie	F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	8	10	+25%
	F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	1	0	-100%
	Total	4'825	4'826	+0.02%
Alterspsychiatrie	F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	5	2	-60%
	F7 Intelligenzstörungen	0	2	-
	F8 Entwicklungsstörungen	1	0	-100%
	nicht-F Nicht-F Diagnosen	6	10	+67%
	Total	1'210	1'212	+0.2%
Kinder- und Jugendpsychiatrie	F0-G30-32 Organische Störungen inkl. neurodegenerative Demenzen (u.a. Alzheimer)	3	0	-100%
	F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	14	16	+14%
	F7 Intelligenzstörungen	2	1	-50%
	F8 Entwicklungsstörungen	15	16	+7%
	nicht-F Nicht-F Diagnosen	0	1	-
Total		492	492	0%

Quellen: BFS – KS, GEVA © Obsan 2026

Effekte aufgrund der steigenden Inanspruchnahme

Der Effekt der steigenden Inanspruchnahme (Entstigmatisierung) wurde – wie in Kapitel 3.5.2 beschrieben – berechnet und mit der in Kapitel 6.1.1 definierten Potenz fortgeschrieben. Bei kleinen Leistungsgruppen wurde zur Glättung der Entwicklungen die Inanspruchnahme der gesamten Altersgruppe verwendet, um starke Schwankungen aufgrund geringer Fallzahlen zu vermeiden.

Da gemäss der Annahme «Entstigmatisierung» ausschliesslich positive vergangene Trends fortgeschrieben wurden, resultiert grundsätzlich eine Erhöhung der prognostizierten Fallzahlen (Tabelle T 6.11). Im Minimalszenario wird jedoch von keiner weiteren Entstigmatisierung ausgegangen, weshalb dort keine Zunahme der Fallzahlen durch diesen Effekt prognostiziert wird. Grundsätzlich ist, wie in Kapitel 4.1.2 beschrieben, die Inanspruchnahme in der Erwachsenenpsychiatrie in der GGR im Jahr 2024 bereits vergleichsweise hoch. Entsprechend wird auch im Basis- und Maximalszenario von lediglich mittleren beziehungsweise gedämpften Fortschreibungsszenarien für die zukünftige Entwicklung ausgegangen. Insgesamt wird im Basisszenario somit ein leichter Anstieg von +1% der Fälle erwartet. Auffällig ist die Leistungsgruppe «Entwicklungsstörungen» (F8), für die bis 2036 beinahe eine Verdopplung der Fallzahlen prognostiziert wird. Diese Gruppe umfasste im Jahr 2014 lediglich 11 Fälle und ist innerhalb von zehn Jahren auf 33 Fälle angestiegen. Aufgrund dieser starken relativen Zunahme fällt auch die Fortschreibung des Trends

entsprechend hoch aus. Gleichzeitig handelt es sich nach wie vor um kleine Fallzahlen, sodass offen ist, ob sich dieses Wachstum in vergleichbarem Tempo fortsetzen wird.

Auch in der Alterspsychiatrie wird von mittleren beziehungsweise gedämpften Dynamiken aufgrund einer steigenden Inanspruchnahme ausgegangen. Insgesamt führt die Fortschreibung der Trends hier zu einem Wachstum von +4% im Basisszenario (Tabelle T 6.12). Besonders stark fällt die Zunahme in den Leistungsgruppen «Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen» (F4), sowie «Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen» (F11-19) aus (+9% bzw. +8%).

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden andere Dynamiken angenommen als in den beiden übrigen Altersgruppen. Für alle Leistungsgruppen wurde daher eine mittlere Fortschreibung von 25% im Basisszenario und 50% im Maximalszenario des bisherigen Trends angenommen. Dies führt hier zu einem stärkeren Effekt des steigenden Trends von +20% im Basisszenario (Tabelle T 6.13). Insbesondere in der Leistungsgruppe «Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen» (F6) zeigt sich mit +32% ein starker Anstieg.

Die prognostizierten Entwicklungen sind mit Vorsicht zu interpretieren. In mehreren Leistungsgruppen – insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie bei seltenen Leistungsgruppen – basieren die Berechnungen auf vergleichsweise kleinen Fallzahlen. Bereits geringe absolute Veränderungen können dadurch zu sehr hohen relativen Wachstumsraten führen.

T 6.11 Effekt der steigenden Inanspruchnahme auf den prognostizierten Leistungsbedarf in der Erwachsenenpsychiatrie nach Leistungsgruppe und Prognoseszenario, 2036

Erwachsenenpsychiatrie		Referenz	Min		Basis		Max	
Leistungsgruppe	Bezeichnung	2024	2036	Δ (%)	2036	Δ (%)	2036	Δ (%)
F0-G30-32	Organische Störungen inkl. neurodegenerative Demenzen (u.a. Alzheimer)	53	53	0%	53	0%	53	0%
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	723	723	0%	723	0%	723	0%
F11-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	538	538	0%	556	+3%	576	+7%
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	713	713	0%	713	0%	713	0%
F3	Affektive Störungen	1'434	1'434	0%	1'434	0%	1'434	0%
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	660	660	0%	668	+1%	675	+2%
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	59	59	0%	59	0%	59	0%
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	554	554	0%	563	+2%	573	+3%
F7	Intelligenzstörungen	33	33	0%	36	+9%	39	+18%
F8	Entwicklungsstörungen	33	33	0%	64	+94%	120	+264%
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	8	8	0%	8	0%	8	0%
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	1	1	0%	1	0%	1	0%
nicht-F	Nicht-F Diagnosen	16	16	0%	16	0%	16	0%
Total		4'825	4'825	0%	4'894	+1%	4'990	+3%

Quellen: BFS – KS, GEVA

© Obsan 2026

T 6.12 Effekt der steigenden Inanspruchnahme auf den prognostizierten Leistungsbedarf in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nach Leistungsgruppe und Prognoseszenario, 2036

Alterspsychiatrie		Referenz	Min		Basis		Max	
Leistungsgruppe	Bezeichnung	2024	2036	Δ (%)	2036	Δ (%)	2036	Δ (%)
F0-G30-32	Organische Störungen inkl. neurodegenerative Demenzen (u.a. Alzheimer)	501	501	0%	537	+7%	576	+15%
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	92	92	0%	93	+1%	93	+1%
F11-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	12	12	0%	13	+8%	13	+8%
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	85	85	0%	85	0%	85	0%
F3	Affektive Störungen	402	402	0%	402	0%	402	0%
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	89	89	0%	97	+9%	106	+19%
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	5	5	0%	5	0%	5	0%
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	17	17	0%	18	+6%	19	+12%
F7	Intelligenzstörungen	0	0	-	0	-	0	-
F8	Entwicklungsstörungen	1	1	0%	1	0%	1	0%
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	0	0	-	0	-	0	-
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	0	0	-	0	-	0	-
nicht-F	Nicht-F Diagnosen	6	6	0%	6	0%	7	+17%
Total		1'210	1'210	0%	1'257	+4%	1'307	+8%

Quellen: BFS – KS, GEVA

© Obsan 2026

T 6.13 Effekt der steigenden Inanspruchnahme auf den prognostizierten Leistungsbedarf in der Alterspsychiatrie nach Leistungsgruppe und Prognoseszenario, 2036

Kinder- und Jugendpsychiatrie		Referenz	Min		Basis		Max	
Leistungsgruppe	Bezeichnung	2024	2036	Δ (%)	2036	Δ (%)	2036	Δ (%)
F0-G30-32	Organische Störungen inkl. neurodegenerative Demenzen (u.a. Alzheimer)	3	3	0%	4	+33%	4	+33%
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1	1	0%	1	0%	1	0%
F11-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	17	17	0%	20	+18%	23	+35%
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	14	14	0%	16	+14%	19	+36%
F3	Affektive Störungen	135	135	0%	166	+23%	203	+50%
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	125	125	0%	159	+27%	202	+62%
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	59	59	0%	69	+17%	81	+37%
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	38	38	0%	50	+32%	67	+76%
F7	Intelligenzstörungen	2	2	0%	2	0%	3	+50%
F8	Entwicklungsstörungen	15	15	0%	18	+20%	21	+40%
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	83	83	0%	86	+4%	89	+7%
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	0	0	-	0	-	0	-
nicht-F	Nicht-F Diagnosen	0	0	-	0	-	0	-
Total		492	492	0%	591	+20%	713	+45%

Quellen: BFS – KS, GEVA

© Obsan 2026

Entsprechend können die ausgewiesenen prozentualen Veränderungen teilweise stark wirken, ohne dass sich dahinter zwingend grosse absolute Veränderungen im Versorgungsbedarf verbergen. Zudem können bei kleinen Fallzahlen einzelne Jahre mit aussergewöhnlich hoher oder niedriger Inanspruchnahme den berechneten Trend überproportional beeinflussen. Die Fortschreibung solcher Trends ist daher mit einer gewissen Unsicherheit verbunden. Die Ergebnisse sind deshalb in erster Linie als indikative Grössenordnungen der möglichen Entwicklung zu verstehen und weniger als präzise Prognosen einzelner Leistungsgruppen.

Effekte durch die Ambulantisierung

Die zugrunde liegenden Annahmen zur Ambulantisierung sind in Kapitel 3.5.1 beschrieben. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie wird grundsätzlich keine Verschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich angenommen, weshalb für diesen Bereich auf eine separate Darstellung verzichtet wird. In der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie wird in der Bedarfsprognose jeweils eine Verlagerung in den ambulanten Bereich eingerechnet. Diese unterscheidet sich je nach Leistungsgruppe abhängig von der zugeschriebenen Dynamik (siehe Abschnitt 6.1.1). Entsprechend korrespondiert die relative Abnahme der Fallzahlen in den Tabellen T 6.14 und T 6.15 weitgehend den angenommenen Ambulantisierungspotenzialen von –5% beziehungsweise –15%. Gleichzei-

tig verdeutlichen die beiden Tabellen, welche absoluten Veränderungen der Fallzahlen mit diesen Annahmen verbunden sind und wie sich die Effekte zwischen den Leistungsgruppen verteilen.

Veranschaulichen lässt sich die Vorgehensweise an der Leistungsgruppe «Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol» (F10). In diesem Bereich wies die GGR signifikant höhere Fallzahlen auf, als gemäss nachfrageseitiger Einflussgrössen im Regressionsmodell zu erwarten wäre. Daher wird sowohl in der Erwachsenen- als auch in der Alterspsychiatrie von einer gedämpften Dynamik ausgegangen, was mit einem Ambulantisierungspotenzial von –15% im Minimalszenario und –5% im Basisszenario verbunden ist und sich in den Tabellen T 6.14 und T 6.15 als Verlagerungseffekte entsprechend niederschlägt. Im Maximalszenario wird davon ausgegangen, dass sämtliche Fälle stationär verbleiben, weshalb keine Fälle in den ambulanten Bereich verlagert werden und die Zahl der prognostizierten verlagerten Fälle entsprechend 0 beträgt.

Insgesamt resultiert sowohl in der Erwachsenen- als auch in der Alterspsychiatrie aufgrund der Annahmen zur Verlagerung stationärer Leistungen im Basisszenario eine Reduktion des prognostizierten Leistungsbedarfs um –4%, was 196 beziehungsweise 50 Fälle weniger entspricht. Im Minimalszenario beträgt die Abnahme –13%, entsprechend 633 beziehungsweise 160 Fällen weniger.

T 6.14 Effekt der Verlagerung in den ambulanten Bereich auf den prognostizierten Leistungsbedarf in der Erwachsenenpsychiatrie nach Leistungsgruppe und Prognoseszenario, 2036

Erwachsenenpsychiatrie		Referenz	Min		Basis		Max	
Leistungsgruppe	Bezeichnung	2024	2036	Δ (%)	2036	Δ (%)	2036	Δ (%)
F0-G30-32	Organische Störungen inkl. neurodegenerative Demenzen (u.a. Alzheimer)	53	50	-6%	53	0%	53	0%
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	723	615	-15%	687	-5%	723	0%
F11-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	538	457	-15%	511	-5%	538	0%
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	713	677	-5%	713	0%	713	0%
F3	Affektive Störungen	1'434	1'219	-15%	1'362	-5%	1'434	0%
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	660	561	-15%	627	-5%	660	0%
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	59	56	-5%	59	0%	59	0%
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	554	471	-15%	526	-5%	554	0%
F7	Intelligenzstörungen	33	31	-6%	33	0%	33	0%
F8	Entwicklungsstörungen	33	31	-6%	33	0%	33	0%
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	8	8	0%	8	0%	8	0%
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	1	1	0%	1	0%	1	0%
nicht-F	Nicht-F Diagnosen	16	15	-6%	16	0%	16	0%
Total		4'825	4'192	-13%	4'629	-4%	4'825	0%

Quellen: BFS – KS, GEVA

© Obsan 2026

T 6.15 Effekt der Verlagerung in den ambulanten Bereich auf den prognostizierten Leistungsbedarf in der Alterspsychiatrie nach Leistungsgruppe und Prognoseszenario, 2036

Alterspsychiatrie		Referenz	Min		Basis		Max	
Leistungsgruppe	Bezeichnung	2024	2036	Δ (%)	2036	Δ (%)	2036	Δ (%)
F0-G30-32	Organische Störungen inkl. neurodegenerative Demenzen (u.a. Alzheimer)	501	426	-15%	476	-5%	501	0%
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	92	78	-15%	87	-5%	92	0%
F11-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	12	11	-8%	12	0%	12	0%
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	85	81	-5%	85	0%	85	0%
F3	Affektive Störungen	402	342	-15%	382	-5%	402	0%
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	89	85	-4%	89	0%	89	0%
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	5	4	-20%	5	0%	5	0%
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	17	16	-6%	17	0%	17	0%
F7	Intelligenzstörungen	0	0	-	0	-	0	-
F8	Entwicklungsstörungen	1	1	0%	1	0%	1	0%
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	0	0	-	0	-	0	-
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	0	0	-	0	-	0	-
nicht-F	Nicht-F Diagnosen	6	6	0%	6	0%	6	0%
Total		1'210	1'050	-13%	1'160	-4%	1'210	0%

Quellen: BFS – KS, GEVA

© Obsan 2026

Übrige Einflussgrössen

Wie in Kasten K 4.1 und Kapitel 6.1.1 beschrieben, sind die psychiatrischen Leistungen des UKBB in der Bedarfsanalyse nicht enthalten, werden in der Prognose jedoch berücksichtigt. Die Leistungen betreffen ausschliesslich die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Tabelle T 6.16 zeigt den Anteil der zusätzlich berücksichtigten Fälle nach Leistungsgruppe im Referenzjahr.

Würde die konsolidierte Prognose mit einem Referenzjahr ohne Einbezug der UKBB-Fälle berechnet, würden die prognostizierten Fallzahlen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie deutlich stärker ausfallen. In diesem Fall lägen die entsprechenden Veränderungen bei +42% im Minimal-, bei +80% im Basis- und bei +127% im Maximalszenario.

T 6.16 Anzahl der für die Prognose im Referenzjahr zusätzlich berücksichtigten Fälle des Universitäts-Kinderspitals beider Basel (UKBB), 2024

Kinder -und Jugendpsychiatrie		Referenz	Differenz	
Leistungsgruppe	Bezeichnung	2024	N	%
F0-G30-32	Organische Störungen inkl. neurodegenerative Demenzen (u.a. Alzheimer)	*	*	-
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	*	*	-
F11-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	17	0	0%
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	8	+6	+75%
F3	Affektive Störungen	96	+39	+41%
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	86	+39	+45%
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	20	+39	+195%
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	38	0	0%
F7	Intelligenzstörungen	*	*	-
F8	Entwicklungsstörungen	9	+6	+67%
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	61	+22	+36%
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	0	0	-
nicht-F	Nicht-F Diagnosen	0	0	-
Total		338	+154	+46%

Bemerkung: Aus Gründen des Datenschutzes werden Fallzahlen kleiner als 5 nicht ausgewiesen und durch ein * ersetzt.

Quellen: BFS – KS, GEVA

© Obsan 2026

6.1.4 Prognostizierte Patientenströme

Eine Prognose der Patientenströme ist mit grossen Unsicherheiten behaftet, da ihre Entwicklung massgeblich davon abhängt, welche Leistungserbringer die Kantone künftig mit welchem Leistungsspektrum auf ihren Spitallisten berücksichtigen. Die Auswertung zur prognostizierten Abwanderung von Patientinnen und Patienten aus der GGR ist daher hauptsächlich als Orientierungshilfe zu verstehen. Da sich die Spitalplanung auf die Versorgung der im Kanton wohnhaften Bevölkerung konzentriert, wird die Zuwanderung nicht weiter betrachtet.

Tabelle T 6.17 zeigt die prognostizierte Entwicklung der Patientenströme nach Zielkanton zwischen 2024 und 2036. Insgesamt wird im Basisszenario kaum eine Veränderung erwartet: Die Zahl der abgewanderten Fälle bleibt mit 899 Fällen im Jahr 2024 beziehungsweise 902 Fällen im Jahr 2036 nahezu konstant. Damit fällt die Entwicklung der Patientenströme schwächer aus als die insgesamt prognostizierte Entwicklung der stationären Fallzahlen (+3,7%, Abbildung G 6.1). Im Minimal- und Maximalszenario werden Veränderungen von –14% beziehungsweise +11% prognostiziert.

Für die Zielkantone Aargau, Bern und Graubünden wird im Basisszenario jeweils eine Veränderung der Fallzahlen von –1% bis +1% prognostiziert: Für den Kanton Aargau von 407 auf 406 Fälle, den Kanton Bern von 166 auf 165 und den Kanton Graubünden von 94 auf 95 Fälle. Die Abwanderung in die übrigen Kantone wird im Basisszenario mit +21% als relativ stark ausgewiesen, dabei handelt es sich aber um lediglich +7 zusätzliche Fälle.

In den letzten beiden Jahren hat die Abwanderung leicht zugenommen. Gemäss Bedarfsprognose wird sich diese Tendenz jedoch verlangsamen (Tabelle T 4.13).

T 6.17 Prognostizierte Patientenströme – Abwanderung von Patientinnen und Patienten aus der GGR nach Zielkanton, 2036

Zielkanton	Ref.	Min		Basis		Max	
	2024	2036	Δ (%)	2036	Δ (%)	2036	Δ (%)
AG	407	348	-14%	406	0%	447	10%
BE	166	141	-15%	165	-1%	183	10%
GR	94	81	-14%	95	1%	107	14%
ZH	79	66	-16%	77	-3%	85	8%
TG	39	34	-13%	39	0%	44	13%
SZ	34	29	-15%	33	-3%	36	6%
AR	21	17	-19%	21	0%	22	5%
SG	15	12	-20%	15	0%	16	7%
GL	11	9	-18%	11	0%	12	9%
Übrige	33	36	9%	40	21%	42	27%
Total	899	773	-14%	902	0%	994	11%

Quellen: BFS – GEVA, KS, STATPOP, Bevölkerungsszenarien

© Obsan 2026

6.2 Prognostizierte Auswirkung auf den Bedarf in der intermediären Versorgung

Mit der Prognose des intermediären Leistungsbedarfs wechselt die Perspektive von der Abnahme des stationären Leistungsbedarfs hin zum daraus resultierenden Zuwachs des intermediären Leistungsbedarfs. Grundlage bilden die in Kapitel 6.1.4 prognostizierten Leistungen, die aufgrund der angenommenen Verlagerung stationärer Leistungen in den intermediären Bereich übergeleitet werden. Dabei werden nicht die prognostizierten Fallzahlen, sondern die Behandlungstage übertragen. Die Prognose betrifft ausschliesslich Fälle der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie.

Der Prognose liegen mehrere Annahmen zugrunde. Erstens wird angenommen, dass das gesamte stationäre Ambulantisierungspotenzial in den intermediären Bereich überführt wird. Diese Annahme entspricht der Zielsetzung intermediärer Angebote und bildet gleichzeitig den maximalen zusätzlichen Bedarf ab, der sich aus den stationären Bedarfsprognosen ergibt. Zweitens wird angenommen, dass die durchschnittliche Behandlungsdauer im intermediären Setting jener im stationären Bereich entspricht. Ein aus dem stationären Bereich verlagertes Pflgehtag entspricht somit einem zusätzlichen Behandlungstag im intermediären Bereich. Die Umrechnung der zusätzlichen Behandlungstage in Behandlungsplätze basiert schliesslich auf einer angenommenen Auslastung von 93% sowie einem Betrieb an fünf Tagen pro Woche. Die angenommene Auslastung entspricht dem im letzten Versorgungsplanungsbericht (BL & BS, 2022) verwendeten Wert und wird im vorliegenden Bericht unverändert übernommen.

Da für die Ambulantisierung in den stationären Prognosen drei Prognoseszenarien verwendet werden, können die entsprechenden Auswirkungen ebenfalls szenarienspezifisch ausgewie-

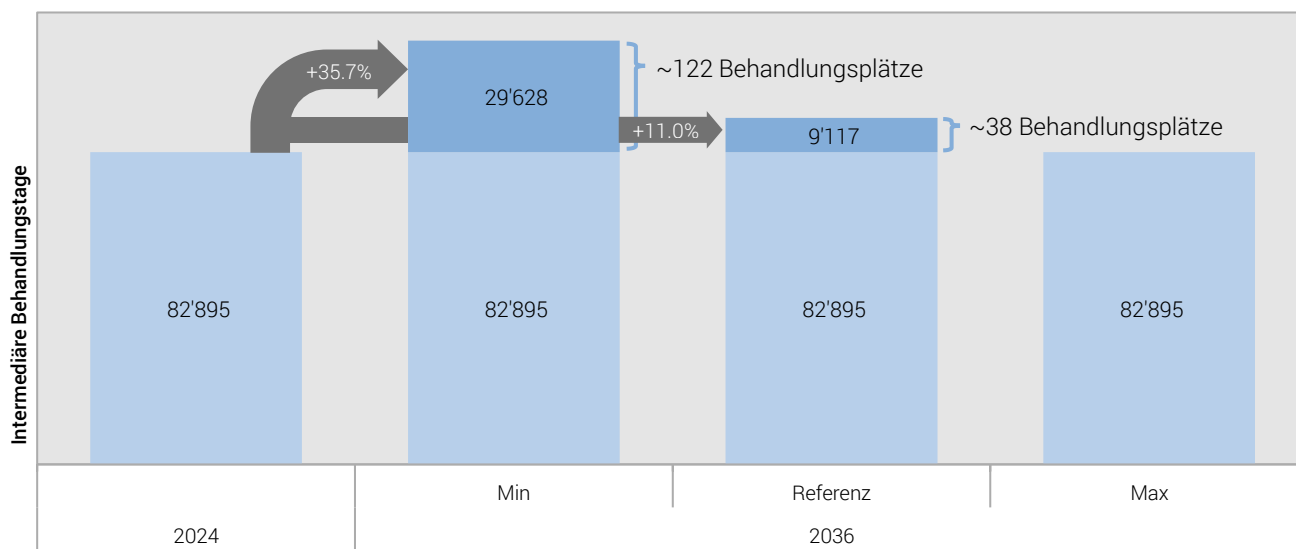
sen werden. Dabei ist zu beachten, dass das Minimalszenario ursprünglich auf Ebene der Fälle definiert wurde. Es sieht vor, dass möglichst wenige Fälle stationär verbleiben und entsprechend möglichst viele in den ambulanten oder intermediären Bereich verlagert werden. Im vorliegenden Kapitel wird dieses Konzept auf die Behandlungstage übertragen. Aus Sicht der intermediären Versorgung ergibt sich in diesem Szenario somit der grösstmögliche zusätzliche Bedarf.

Gemäss Kapitel 6.1.4 ist infolge der Ambulantisierung zwischen 2024 und 2036 im stationären Bereich im Basisszenario mit einem Rückgang von 196 Fällen in der Erwachsenenpsychiatrie und 50 Fällen in der Alterspsychiatrie zu rechnen. Dies entspricht einem Rückgang von 7062 bzw. 2054 Pflgehtag. Im Minimalszenario, in dem die stärkste Verlagerung angenommen wird, beträgt der Rückgang 633 Fälle in der Erwachsenenpsychiatrie und 160 Fälle in der Alterspsychiatrie. Dies entspricht 22 993 bzw. 6635 Pflgehtag.

Werden die Pflgehtag sowohl aus der Erwachsenenpsychiatrie als auch der Alterspsychiatrie in den intermediären Bereich übertragen, ergibt sich gegenüber dem Ausgangswert von 82 895 Behandlungstagen im Jahr 2024 ein Zuwachs von +11,0% im Basisszenario bzw. +35,7% im Minimalszenario (Abbildung G 6.3).

Unter Berücksichtigung der angenommenen Auslastung und dem Wochenbetrieb, ergeben sich rund 261 Betriebstage bzw. etwa 242 effektiv belegbare Behandlungstage pro Platz und Jahr. Zur Deckung des zusätzlichen Bedarfs werden somit im Basisszenario 38 zusätzliche Behandlungsplätze benötigt. Im Minimalszenario, das aus Sicht der intermediären Versorgung den höchsten Zusatzbedarf ausweist, sind es 122 zusätzliche Behandlungsplätze.

G 6.3 Prognose des intermediären Behandlungsbedarfs in der GGR nach Prognoseszenario, 2024-2036



Quellen: BFS – GEVA; Daten der GGR

© Obsan 2026

7 Einordnung der Ergebnisse und Fazit

7.1 Einordnung der Ergebnisse

Der Versorgungsplanungsbericht 2026 zeigt, dass viele der im Versorgungsplanungsbericht 2022 festgestellten Entwicklungen weiterhin bestehen (BL & BS, 2022). Ein direkter Vergleich der Ergebnisse zwischen den beiden Berichten ist jedoch nur eingeschränkt möglich. Grund dafür ist, dass in den beiden Berichten unterschiedliche methodische Ansätze zur Abgrenzung psychiatrischer Fälle gegenüber der Akutsomatik und der Rehabilitation verwendet wurden. Dadurch können insbesondere Kennzahlen wie Fallzahlen oder Hospitalisierungsraten nicht ohne Weiteres direkt miteinander verglichen werden.²⁹ Deshalb werden an dieser Stelle lediglich die groben Trends eingeordnet. Grundsätzlich weisen die Bedarfsprognosen aus dem Versorgungsplanungsbericht 2022 und dem vorliegenden Bericht ähnliche Entwicklungstendenzen auf. In der Erwachsenenpsychiatrie wurde bereits im Bericht von 2022 eine Abnahme der Fallzahlen prognostiziert, allerdings stärker als im aktuellen Bericht (–13% gegenüber –2%). In der Alterspsychiatrie zeigen sich zwischen den beiden Berichten grössere Unterschiede: Während im Bericht 2022 noch von einer leichten Zunahme von +3% ausgegangen wurde, wird aktuell eine Zunahme von +18% prognostiziert. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie fallen die Prognosen hingegen ähnlicher aus: Im Bericht von 2022 wurde eine Zunahme von +30% prognostiziert, während die aktuelle Prognose mit +23% etwas tiefer liegt.

7.1.1 Nachfrage versus Angebot

Die Ursachen für diese vergleichsweise hohe Inanspruchnahme sind weiterhin nicht eindeutig zu bestimmen. Verschiedene strukturelle Faktoren könnten eine Rolle spielen. So zeigen nationale Vergleiche, dass urban geprägte Regionen tendenziell höhere Inanspruchnahmeraten psychiatrischer Leistungen aufweisen als ländliche Regionen. Gleichzeitig weisen alle Westschweizer Kantone sowie das Tessin ein vergleichsweise geringes stationäres Leistungsvolumen auf, was ein Vergleich mit dem anderen Stadtkanton wie Genf erschwert (vgl. Tuch et al., 2024).

Die im Rahmen dieses Berichts durchgeführten Regressionsmodelle deuten darauf hin, dass nachfrageseitige Faktoren allein die hohe Inanspruchnahme nicht vollständig erklären können. In den Modellen wurde für verschiedene strukturelle und demografische Einflussgrössen kontrolliert; in mehreren Leistungsgruppen lagen die erwarteten Fallzahlen dennoch deutlich unter den tatsächlich beobachteten Werten. Gleichzeitig erklärten die Modelle oft nur einen kleinen Teil der Varianz der abhängigen Variable. Dies deutet darauf hin, dass entweder angebotsseitige Faktoren eine Rolle spielen oder auch relevante nachfrageseitige Faktoren im Modell nicht ausreichend abgebildet werden konnten. Darüber hinaus sind weitere Faktoren zu berücksichtigen, die zu einer höheren Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen beitragen, ohne unmittelbar auf die quantitative Dimension des Angebots oder der Nachfrage zurückzuführen zu sein. Dazu gehören beispielsweise präventive und sozialmedizinische Angebote, die einen niederschwelligeren Zugang zum psychiatrischen Versorgungssystem zu Folge haben. Im Kanton Basel-Stadt können insbesondere das stark ausgebaute sozialmedizinische System (z.B. im Gesundheitsdepartement Basel-Stadt) und das Programm SomPsyNet³⁰. Zudem könnten erschwerte Austritts- beziehungsweise Übergangsmöglichkeiten aus der psychiatrischen Versorgung die Verweildauer in der stationären Psychiatrie verlängern.

Gerade im Bereich der psychischen Gesundheit sind bestimmte Einflussgrössen – etwa soziale Belastungen, urbane Verdichtungsphänomene oder psychosoziale Stressoren – nur schwer zu quantifizieren und deshalb schwierig in statistische Modelle zu integrieren. Insgesamt gilt die Modellierung des psychiatrischen Versorgungsbedarfs als anspruchsvoll. Die Resultate aus den Regressionsmodellen fördern ein besseres Verständnis der psychiatrischen Inanspruchnahme, die kausalen Zusammenhänge bleiben aber komplex und inferenzstatistische Ergebnisse sind mit entsprechender Vorsicht zu interpretieren.

Ein ergänzender Ansatz besteht darin, den Mehrwert einer Behandlung zu erfassen und mit Messungen aus Patientensicht zu ergänzen. Auch im Bereich der Psychiatrie stehen validierte Instrumente zu Patient Reported Experience Measures (PREMs)

²⁹ Im Versorgungsbericht 2022 wurden Fälle mit einer Hauptdiagnose aus dem psychiatrischen Bereich (F-Diagnose) gezählt. Diese Vorgehensweise entspricht einer umfassenden epidemiologischen Zählweise, kann jedoch auch Fälle einschliessen, bei denen möglicherweise primär eine akutsomatische Behandlung erforderlich war. Im vorliegenden Bericht wurden daher Kriterien angewandt, die primär jene Fälle berücksichtigen, bei denen tatsächlich ein psychiatrischer Versorgungsbedarf vorliegt (siehe Kapitel 3.2.1).

³⁰ Patientinnen und Patienten, die ins Spital kommen, sind teilweise seelisch oder in ihrem Alltag belastet. Zur Vorbeugung dieser Belastungen und deren Folgen wird SomPsyNet umgesetzt. SomPsyNet baut für Patientinnen und Patienten aus SOMatischen Spitälern zur Prävention PSYchosozialer Belastungsfolgen ein Versorgungs-NETZwerk auf. Mehr Informationen finden sich unter: [SomPsyNet | bs.ch](https://www.sompsynet.bs.ch)

und Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zur Verfügung, mit denen die Wirksamkeit einer Behandlung anhand von Vor- und Nachmessungen erfasst werden kann. Der Vergleich der Ergebnisse verschiedener Patientengruppen ermöglicht es, besser zu beurteilen, welche Therapie, Versorgungsstruktur beziehungsweise Therapiedauer für welche Patientengruppe am geeignetsten ist.

7.1.2 Von stationärer zur ambulanten Versorgung

Aufgrund der Analysen im vorliegenden Bericht und Ergebnissen aus anderen Studien (u. a. Tuch et al., 2024) kann nicht davon ausgegangen werden, dass das ambulante Leistungsvolumen in der GGR wesentlich geringer ist als im schweizerischen Durchschnitt. Die Analysen indizieren sogar eher ein verhältnismässig überdurchschnittliches ambulantes Leistungsvolumen. Es ist daher unwahrscheinlich, dass die hohe stationäre Inanspruchnahme primär dadurch erklärt werden kann, dass stationäre Behandlungen fehlende ambulante Angebote kompensieren. Vielmehr zeigt sich insbesondere im Kanton Basel-Stadt, dass sowohl ambulante als auch stationäre Leistungen überdurchschnittlich häufig in Anspruch genommen werden. Die hohe stationäre Inanspruchnahme ist somit nicht notwendigerweise Ausdruck einer Verschiebung zwischen Versorgungssektoren, sondern könnte auf eine insgesamt hohe Nachfrage nach psychiatrischen Leistungen hinweisen.

In der Bedarfsprognose wird für die Erwachsenen- und Alterspsychiatrie davon ausgegangen, dass ein Teil der heutigen stationären Leistungen künftig in den ambulanten oder intermediären Bereich verlagert werden kann. Diese Annahme entspricht auch fachlichen Empfehlungen: Im Psychiatriekonzept der Region wird betont, dass psychiatrische Behandlungen – sofern medizinisch vertretbar – möglichst ambulant erfolgen sollten (Baumgartner et al., 2022).

Gleichzeitig stellt sich jedoch die Frage, ob die ambulanten und intermediären Versorgungsstrukturen tatsächlich in dem notwendigen Umfang ausgebaut werden können, um diesen zusätzlichen Patientenpool aufzunehmen. Die Versorgungslage im Bereich der ambulanten Psychiatrie wird von Fachpersonen vergleichsweise kritisch beurteilt. In einer Befragung aus dem Jahr 2024 unter Ärztinnen und Ärzten wurde die Versorgungssituation in den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie am schlechtesten bewertet (Kaiser et al., 2024). Bereits heute bestehen auch in Basel-Stadt teilweise lange Wartezeiten für ambulante psychotherapeutische Behandlungen (Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt, 2025). Dies geschieht trotz einer vergleichsweise hohen Dichte an ambulanten Angeboten in städtischen Regionen (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2025). Aus diesem Grund wurde das tatsächliche Ambulantisierungspotenzial in den Bedarfsprognosen eher konservativ berücksichtigt, indem eine Reduktion der stationären Fallzahlen um 0 bis zu 15% angenommen wurde.

Neben einer hohen Auslastung der ambulanten Angebote können auch suboptimal funktionierende Schnittstellen zwischen

den Versorgungsformen zu einer höheren Anzahl stationärer Fälle beitragen. Bereits im Versorgungsplanungsbericht 2022 wurde festgestellt, dass die durchschnittlichen Aufenthaltsdauern in der GGR leicht über dem schweizerischen Durchschnitt liegen (BL & BS, 2022). Längere Aufenthalte können unterschiedliche Ursachen haben, etwa Herausforderungen an den Schnittstellen zwischen den Versorgungsbereichen oder fehlende Anschlussangebote, insbesondere im intermediären Bereich. Zwischen 2022 und 2024 ist die mittlere Aufenthaltsdauer weiter angestiegen, wodurch sich die Differenz zum schweizerischen Durchschnitt zusätzlich vergrössert hat. Vor diesem Hintergrund könnte es sich lohnen, die Anzahl der Patientinnen und Patienten mit wiederholten stationären Aufenthalten in der GGR genauer zu untersuchen. Laut dem Nationalen Gesundheitsbericht ist der Anteil von Patientinnen und Patienten mit wiederholten stationären Aufenthalten in den letzten Jahren gestiegen (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2025). Auch dies könnte auf Herausforderungen bei der Integration in intermediäre oder ambulante Versorgungsangebote hinweisen.

7.1.3 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie zeigen sich teilweise andere Entwicklungsmuster als in der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie. Die Interpretation der Ergebnisse ist jedoch aufgrund der vergleichsweise kleinen Fallzahlen mit Vorsicht vorzunehmen: Im Jahr 2024 wurden insgesamt 492 (inkl. UKBB) stationäre Fälle gezählt. Bei einer weiteren Differenzierung nach Leistungsgruppen reduzieren sich die Fallzahlen entsprechend weiter.

Dennoch lassen sich zwei Beobachtungen hervorheben. Erstens zeigt die Betrachtung der Hospitalisierungsraten nach Altersgruppen, dass die Inanspruchnahme bei Kindern bis etwa 17 Jahre in der GGR ungefähr dem schweizerischen Durchschnitt entspricht. Erst in den älteren Altersgruppen, insbesondere zu Beginn des Erwachsenenalters, liegen die Hospitalisierungsraten deutlich darüber und bleiben auch in den folgenden Altersgruppen erhöht. Vor dem Hintergrund der sonst vergleichsweise hohen Inanspruchnahmeraten in der GGR stellt sich die Frage, weshalb sich dieser Unterschied im Kindesalter weniger deutlich zeigt. Allgemein ist über das psychische Wohlbefinden von Kindern unter zehn Jahren vergleichsweise wenig bekannt (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2025), da sich viele Erkenntnisse auf die beobachtete Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen stützen. Diese bildet jedoch nicht das gesamte Ausmass psychischer Belastungen ab und kann zudem durch das vorhandene Versorgungsangebot beeinflusst oder begrenzt sein.

Zweitens sind die stationären Fallzahlen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in den letzten Jahren um +16,2% gestiegen, während sie in anderen Altersgruppen teilweise stagnieren oder sogar zurückgehen. Diese Entwicklung spiegelt sich auch in den Bedarfsprognosen wider, in denen für diesen Bereich ein Anstieg von +23% erwartet wird. Insgesamt zeigt die Bedarfsprognose zwar

nur einen leichten Anstieg der stationären Fälle um +3,7%; der Bedarf der Kinder- und Jugendpsychiatrie an den stationären Fällen dürfte hingegen deutlich zunehmen.

7.2 Handlungsfelder

Die psychiatrische Versorgung in der GGR verfügt weiterhin über ein umfassendes stationäres Angebot, um den psychiatrischen Versorgungsbedarf der Bevölkerung zu decken. Gleichzeitig zeigen die Analysen, dass die Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Leistungen in mehreren Bereichen über dem schweizerischen Durchschnitt liegt.

Für die kommende Planungsperiode steht die Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten Versorgung im Vordergrund. Ziel ist es, die vorhandenen Ressourcen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich einzusetzen und Patientinnen und Patienten möglichst frühzeitig demjenigen Behandlungssetting zuzuführen, das ihrem Bedarf entspricht. Gestützt auf die Ergebnisse im vorliegenden Bericht bleiben die im Versorgungsplanungsbericht 2022 formulierten Handlungsfelder grundsätzlich weiterhin aktuell (BL & BS, 2022). Das konkrete weitere Vorgehen folgt in Kapitel 8.

- Die Analysen zeigen, dass künftig der Anteil von Kindern und Jugendlichen sowie in der Alterspsychiatrie in der stationären Versorgung zunehmen dürfte. Daher sind die bestehenden stationären Angebote sicherzustellen, um auf diese Entwicklung angemessen reagieren zu können.
- Insbesondere der Altersbereich der Adoleszenz sollte besondere Beachtung finden. Gemäss den vorliegenden Daten verzeichnen vor allem Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 17 und 25 Jahren eine zunehmende Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Leistungen. Da der Übergang zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie häufig mit Behandlungsabbrüchen verbunden ist, sollte dieser Transitionsphase besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden, um Chronifizierungen psychischer Erkrankungen möglichst zu verhindern. Dabei sind insbesondere die Koordination zwischen den beteiligten Leistungserbringern sowie die Kontinuität der Behandlung über den Übergang hinweg zu stärken.
- Stationäre Behandlungen sollen auf diejenigen Patientinnen und Patienten konzentriert werden, die aufgrund ihrer Erkrankung auf ein stationäres Setting angewiesen sind und deren Behandlung mit intermediären Angeboten nicht möglich ist.
- In der Erwachsenenpsychiatrie sollte eine engere Koordination mit den sozialen Wohneinrichtungen erfolgen, um einen vereinfachten und schnelleren Übergang der Patientinnen und Patienten aus der stationären Psychiatrie sicherzustellen.
- Integrierte Versorgungsansätze in der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie sollten weiter gefördert werden, um die mittlere Aufenthaltsdauer im stationären Bereich zu reduzieren und wiederholte stationäre Aufenthalte zu verhin-

dern. In der Erwachsenenpsychiatrie sollten hierfür insbesondere für schwere Fälle ambulante Anschlusslösungen (v.a. ambulante Psychotherapieplätze) ausgebaut werden.

- Die bestehenden intermediären Versorgungsangebote sollen konsequent in die Behandlungspfade einbezogen werden, damit geeignete Patientinnen und Patienten möglichst frühzeitig im angemessenen Versorgungssetting behandelt werden können.
- Eine stärkere Inanspruchnahme von intermediären Angeboten ist auch in der Alterspsychiatrie anzustreben. Dabei stellt an der Schnittstelle zur stationären Pflegeversorgung die gerontopsychiatrische Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen ein wichtiges Versorgungssetting dar. Die Pflege und Betreuung dieser Langzeitpatienten benötigen Wohngruppen mit gewissen baulichen Anforderungen sowie speziell geschultes Personal.

Die letzten drei Handlungsoptionen betreffen insbesondere ambulante psychiatrische und psychologische Leistungen. Der vorliegende Bericht fokussiert jedoch auf den stationären Bereich. Diese Handlungsoptionen sollen deshalb im Rahmen anderer Planungselemente bspw. in der ambulanten Steuerung weiterverfolgt werden.

7.3 Fazit

Der Versorgungsplanungsbericht 2026 bestätigt in Teilen die bereits im Bericht von 2022 identifizierten Entwicklungstendenzen der psychiatrischen Versorgung in der GGR. Während in der Erwachsenenpsychiatrie weiterhin mit einem Rückgang der stationären Fallzahlen gerechnet wird, wird nun in der Alterspsychiatrie ein stärkerer Anstieg der Fallzahlen erwartet. Auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird eine stärkere Zunahme der stationären Behandlungen prognostiziert.

Die Ursachen für die insgesamt vergleichsweise hohe Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen in der GGR lassen sich weiterhin nicht eindeutig bestimmen. Verschiedene strukturelle Faktoren könnten eine Rolle spielen. So zeigen nationale Vergleiche, dass urban geprägte Regionen tendenziell höhere Inanspruchnahmeraten psychiatrischer Leistungen aufweisen als ländliche Regionen. Die durchgeführten Analysen zeigen, dass nachfrageseitige Faktoren allein die beobachteten Fallzahlen nicht vollständig erklären können. Gleichzeitig bleiben wichtige Einflussgrössen im Bereich der psychischen Gesundheit nur begrenzt quantifizierbar, sodass Unsicherheiten in der Modellierung des zukünftigen Versorgungsbedarfs bestehen bleiben.

Die Prognosen gehen davon aus, dass ein Teil der heute stationär erbrachten Leistungen künftig in den ambulanten oder intermediären Bereich verlagert werden kann. Diese Entwicklung entspricht auch fachlichen Empfehlungen zur stärkeren Ambulantisierung psychiatrischer Behandlungen. Gleichzeitig zeigen aktuelle Hinweise auf eine hohe Auslastung ambulanter Angebote sowie auf mögliche Herausforderungen an den Schnittstellen zwischen den Versorgungsformen, dass eine solche Verschiebung

nur unter bestimmten strukturellen Voraussetzungen realistisch erscheint.

Vor diesem Hintergrund bleibt die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung eine zentrale Aufgabe der regionalen Versorgungsplanung. Es wird entscheidend sein, die Versorgung stärker sektorenübergreifend zu betrachten und die Koordination zwischen stationären, intermediären und ambulanten Angeboten weiter zu verbessern. Eine bedarfsgerechte Versorgungsplanung setzt dabei eine verbesserte Datengrundlage sowie ein vertieftes Verständnis der Ursachen der überdurchschnittlichen Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen voraus. Die Kombination aus erweiterten Datengrundlagen, regelmässigen Verlagerungsdialogen mit den Leistungserbringern schafft die Voraussetzungen, Entwicklungen frühzeitig zu erkennen und die Versorgung bedarfsgerecht weiterzuentwickeln.

8 Psychiatrieplanung – Das weitere Vorgehen

Der vorliegende Versorgungsplanungsbericht für die psychiatrische Versorgung legt den Schwerpunkt der Analysen auf die Ermittlung der bedarfsgerechten Leistungsmengen in der stationären psychiatrischen Versorgung. Die KVV hält in Art. 58c Bst. b zur Art der Planung Folgendes fest:

«Die Planung erfolgt: [...] b. für die Versorgung der versicherten Personen in Spitälern zur rehabilitativen und zur psychiatrischen Behandlung leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen»

Die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft werden eine leistungsorientierte Planung durchführen, die auf den Ergebnissen der Bedarfsprognose aus Kapitel 6 basiert. In Kapitel 7.2 wurden diese Ergebnisse und Handlungsfelder identifiziert. Diese bilden eine qualitative Orientierung für die Psychiatrieplanung. Die Umsetzung der leistungsorientierten Planung erfolgt in zwei Schritten:

- Schritt 1: Das Bewerbungsverfahren der Spitäler für Leistungsaufträge (Kapitel 8.1)
- Schritt 2: Der Verlagerungsdialog von stationär zu ambulant bzw. intermediär (Kapitel 8.2)

8.1 Das Bewerbungsverfahren für Leistungsaufträge

Die gleichlautenden Spitallisten Psychiatrie werden per 1. Januar 2028 in Kraft treten. Sämtliche psychiatrische Kliniken der Schweiz können sich für Leistungsaufträge auf den gleichlautenden Spitallisten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft bewerben. Für das Bewerbungsverfahren für Leistungsaufträge im Rahmen der gleichlautenden Spitallisten müssen die Spitäler zum einen Grundanforderungen und zum anderen Anforderungen hinsichtlich der Qualität erfüllen.

Die beiden Kantone synchronisieren und standardisieren den Bewerbungsprozess. Dazu wird eine Online-Bewerbungsplattform erstellt, in welcher die Spitäler ihre Anträge abbilden können und darin auch verschiedenste Parameter zu ihrem Leistungsspektrum, der Qualität der psychiatrischen Versorgung und weiteren wirtschaftlichen, personellen und infrastrukturellen Gegebenheiten angeben müssen. Die von den Spitälern zur Verfügung zu stellenden Informationen, die als Grundlage einer Bewertung

der Bewerbung dienen, sind in Grundanforderungen und Anforderungen, welche die Qualität betreffen, zu unterscheiden. Grundanforderungen, welche den Spitalstandort betreffen, sind:

- Sicherstellung der elektronischen Kommunikation im Sinne des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG) vom 19. Juni 2015 (SR 816.1);
- Darlegen von Finanz- und Investitionskennzahlen;
- Verzicht auf mengen- und umsatzabhängige Bonuszahlungen bei den Mitarbeitenden;
- Beteiligung an der ärztlichen und nicht-ärztlichen Aus- und Weiterbildung;
- Einhaltung der Lohn- und Chancengleichheit durch den Anbieter;
- Anforderungen, welche die kantonale Gesetzgebung und die Systematik des bundesweit gültigen Tarfsystems TARPSY betreffen.

Anforderungen im Hinblick auf die Qualität der psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungserbringung sind:

- Anforderungen und Erläuterungen SPLG Psychiatrie BE (Version 2022);
- Patientenzentrierte Ergebnismessung (PROMs) in ausgewählten Bereichen;
- Behandlungskonzept der Klinik (bspw. Entlassungsmanagement, Schnittstellenmanagement, Einbindung der Angehörigen und Zuweisenden, Medikation, Umgang mit Fürsorgerischer Unterbringung);
- Personelle Ressourcen;
- Ausbildungsvereinbarungen in Leistungsverträgen;
- Triagekonzept zu stationär vs. ambulant; dies kann auch durch die verschiedenen Vorlagen der Indikationsgespräche erfolgen;
- Ambulantisierung der Leistungen nach Ambulantisierungspotenzial, zu erreichen mittels dem Verlagerungsdialog (Kapitel 7.2) mit den Leistungserbringern;
- Konsiliar-/Liaisonverträge: Die Verträge sind in einer Vorlage zu erfassen und der Grad der Verbindlichkeit ist darzustellen.

Spitäler, welche die genannten Anforderungen erfüllen, qualifizieren sich grundsätzlich für den Erhalt von Leistungsaufträgen. Die Spitäler verpflichten sich zudem, sofern sinnvoll und angezeigt, die gleichen Qualitätsvorgaben im intermediären Bereich zu erfüllen. Der Ablauf und die Termine im Bewerbungsverfahren sind in Tabelle T 8.1 dargestellt.

Zu beachten ist, dass für jeden Klinikstandort, auch wenn diese zum selben Unternehmen gehören, separate Bewerbungsunterlagen eingereicht werden müssen; dies unabhängig allfälliger Kooperationen, Verbundzugehörigkeiten oder sonstiger vertraglicher Verpflichtungen. Entsprechend werden Leistungsaufträge an Klinikstandorte vergeben.

Ein Spitalstandort ist eine räumlich vernetzte, betriebliche und organisatorische Einheit zur Erbringung stationärer medizinischer Untersuchungen und Behandlungen als ein Teil eines Spitals mit einer gewissen organisatorischen Selbständigkeit. Die am Spitalstandort tätigen Mitarbeitenden unterstehen der fachlichen und organisatorischen Leitung (Weisungsbefolgungspflicht) des Spitals resp. des Spitalstandorts entsprechend der Aufbau- und Ablauforganisation des Spitals. Die Behandlung von Patientinnen und Patienten ist innerhalb des Spitalstandorts hindernisfrei gewährleistet.

Des Weiteren verpflichtet ein Leistungsauftrag dazu, alle definierten Leistungen jederzeit für alle Patientinnen und Patienten mit Wohnort in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft erbringen zu können (Aufnahmepflicht). Dies bedeutet, dass die Spitäler jederzeit über das erforderliche Fachpersonal und die notwendige medizinisch-technische Infrastruktur verfügen müssen, um alle im Leistungsauftrag definierten Leistungen am entsprechenden Spitalstandort anbieten zu können. Eine Beschränkung des Leistungsangebotes innerhalb einer Leistungsgruppe ist nicht vorgesehen. Innerhalb der Rahmenbedingungen der gleichlautenden Spitallisten agieren die Spitäler im koordinierten Wettbewerb um die Versorgung der Patientinnen und Patienten in der Region.

Als vertragliche Grundlage der Zusammenarbeit dienen die Leistungsvereinbarungen. Die Leistungsvereinbarungen sind integrierender Bestandteil des Prozesses und gelten mit der Einreichung der Bewerbungsunterlagen als akzeptiert.

Teil des Bewerbungsverfahrens ist zusätzlich ein Verlagerungsdialog. Dies gilt für Spitäler, welche einen Leistungsauftrag

in mindestens einem der in Kapitel 8.2.1 aufgelisteten Leistungsbereichen erhalten.

8.2 Massnahmen zur Einhaltung der gleichlautenden Spitallisten

8.2.1 Verlagerungsdialog

Basierend auf den Ergebnissen des vorliegenden Berichts wird mit den Leistungserbringern auf der Spitalliste Psychiatrie ein regelmässiger Verlagerungsdialog etabliert. Ziel des Dialogs ist es, gemeinsam mit den Leistungserbringern auf der Spitalliste Psychiatrie die aktuelle und zukünftige Versorgungssituation (ambulant und stationär) besser zu verstehen und die Ursachen der im schweizweiten Vergleich hohen Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen vertieft zu analysieren.

Betroffen vom Verlagerungsdialog sind Spitäler, welche einen Leistungsauftrag in mindestens einem der folgenden Leistungsbereiche erhalten:

- Grundversorgung, Erwachsenenpsychiatrie (ER GRU)
- Grundversorgung, Alterspsychiatrie (AE GRU)
- Grundversorgung, Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP GRU)
- Elektive Versorgung, Erwachsenenpsychiatrie (ER ELE)
- Elektive Versorgung, Alterspsychiatrie (AE ELE)
- Elektive Versorgung, Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP ELE)
- Elektive Versorgung, Mutter-Kind-Hospitalisationen (MKH ELE)

Die Umsetzung der leistungsorientierten Planung erfolgt deshalb in zwei Schritten:

- Schritt 1: Das Bewerbungsverfahren für Leistungsaufträge
- Schritt 2: Verlagerungsdialog mit den Leistungserbringern

Der Verlagerungsdialog startet, sobald die Vergabe der Leistungsaufträge beendet ist und die Spitalliste Psychiatrie per 1. Januar

T 8.1 Ablauf Bewerbungsverfahren

Datum	Thema
Februar 2027	Publikation Versorgungsplanungsbericht und Start Bewerbungsverfahren; Publikation im Kantonsblatt BS, Amtsblatt BL
April 2027	Abschluss Bewerbungsverfahren
April – Mai 2027	Evaluation und Analyse der Bewerbungen anhand der gemeinsamen Vergabekriterien
Juni – Juli 2027	Rechtliches Gehör inkl. Versand Entwurf Spitallisten
September - November 2027	Erstellung Unterlagen für die definitiven gleichlautenden Spitallisten
Dezember 2027	Verabschiedung der definitiven gleichlautenden Spitallisten durch die beiden Regierungen BS und BL
01. Januar 28	Inkrafttreten der gleichlautenden Spitallisten

Quellen: Eigene Darstellung der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt

© Obsan 2026

2028 in Kraft tritt. Mit der Bewerbung auf diese Leistungsbereiche verpflichten sich die Spitäler, am Verlagerungsdialog teilzunehmen.

Der Verlagerungsdialog kann sowohl durch Gespräche mit einzelnen Spitälern als auch – zwecks Koordination und Kooperation – durch Treffen mit allen betroffenen Spitälern umgesetzt werden. Dabei werden die vorhandenen Leistungsdaten mit der klinischen Expertise der Leistungserbringenden und deren Beurteilung der beiden Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft zusammengeführt, um Auffälligkeiten einzuordnen und gemeinsam Massnahmen abzuleiten.

Im Mittelpunkt des Dialogs stehen insbesondere Fragen der bedarfsgerechten Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie der Wahl des geeigneten Behandlungssettings. Gemeinsam soll beurteilt werden, in welchen Fällen eine stationäre Behandlung medizinisch notwendig ist und wo eine Behandlung im intermediären oder ambulanten Setting fachlich ausreichend ist. Ziel ist es, Patientinnen und Patienten möglichst frühzeitig dem geeigneten Versorgungssetting zuzuweisen und dadurch unnötige stationäre Eintritte, überintensive Behandlungen sowie vermeidbare Rehospitalisationen zu reduzieren. Psychiatrische Leistungen sollen entsprechend den gesetzlichen Grundsätzen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) im jeweils geeigneten Setting erbracht werden.

Es wird folglich auf den seit 2024 etablierten Verlagerungsdialog aufgebaut. Das bereits im Versorgungsplanungsbericht Psychiatrie 2022 sowie im Psychiatriekonzept identifizierte Ambulantisierungspotenzial soll konsequent weiterverfolgt werden. Dabei stehen nicht Mengenvorgaben oder Kapazitätsziele im Vordergrund, sondern eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Versorgung.

Datengrundlagen und Versorgungsmonitoring

Eine bedarfsgerechte Versorgungsplanung erfordert eine möglichst vollständige Sicht auf die psychiatrische Versorgung. Neben den stationären Leistungen sollen deshalb künftig, soweit verfügbar und sinnvoll, auch ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Leistungen sowie weitere relevante Versorgungsbereiche in die Analysen einbezogen werden. Veränderungen im ambulanten Angebot haben einen direkten Einfluss auf die stationäre Inanspruchnahme. Ebenso sollen die Schnittstellen zu sozialmedizinischen Institutionen und Pflegeeinrichtungen berücksichtigt werden, da diese unter anderem Einfluss auf Aufenthaltsdauern und Anschlusslösungen nach stationären Behandlungen haben können. Im Sinne einer integrierten Versorgung sollen die Patientenpfade sektorenübergreifend analysiert werden, um Ansatzpunkte für eine bedarfsgerechte Steuerung, eine bessere Koordination der Versorgung sowie die Vermeidung vermeidbarer Ersthospitalisationen durch geeignete Präventions- und Frühinterventionsmassnahmen zu identifizieren.

Mit der Einführung der einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS) werden künftig zusätzliche ambulante Leistungsdaten verfügbar sein. Diese ermöglichen eine sektorenübergreifende Betrachtung der Patientenpfade und

schaffen eine wichtige Grundlage, um Zusammenhänge zwischen stationären, intermediären und ambulanten Versorgungsformen besser zu verstehen.

Perspektivisch ist zudem zu prüfen, ob ergänzend klinische Informationen aus dem ambulanten Bereich, beispielsweise in Form eines begrenzten klinischen Datensatzes, ähnlich wie die minimalen klinischen Datensätze im stationären Bereich, erhoben werden können. Dadurch könnten Indikationsstellungen, integrierte Behandlungsverläufe (also im stationären bis ambulanten Bereich) und Versorgungsmuster künftig differenzierter beurteilt werden.

Weiterentwicklung der Versorgungsplanung

Die internationale medizinische Klassifikation ICD dient weltweit als Grundlage für die Erfassung, Auswertung und Steuerung von Gesundheitsdaten. Sie beeinflusst nicht nur die Diagnostik, sondern auch Planung, Aufsicht und Finanzierung im Gesundheitswesen. Mit der ICD-11 hat die WHO eine vollständig überarbeitete Version vorgelegt, die seit 2022 in Kraft ist und deren Einführung die Mitgliedstaaten innerhalb weniger Jahre vornehmen sollen. Die Einführung der ICD-11 wird die Interpretation psychiatrischer Diagnosen und Versorgungsdaten in den kommenden Jahren verändern. Für die Versorgungsplanung wird es deshalb wichtig sein, diese Änderungen methodisch zu berücksichtigen und die neuen Möglichkeiten einer differenzierteren Beschreibung von Schweregraden und Beeinträchtigungen bei der Analyse und Steuerung der Versorgung zu nutzen.

Darüber hinaus sollen Vergleiche mit anderen urbanen Kantonen und Städten weiterentwickelt werden. Eine überdurchschnittliche Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen erlaubt für sich allein keine Aussage darüber, ob eine Über-, Unter- oder bedarfsgerechte Versorgung vorliegt. Ziel der Vergleiche ist ein besseres Verständnis dafür, weshalb die GGR höhere Inanspruchnahmeraten aufweist als vergleichbare Regionen, welche Bereiche der Psychiatrie relativ gross sind und welche Anteile auf den tatsächlichen Bedarf, die Angebotsstrukturen, Zugänglichkeit oder institutionelle (vom Kanton bis zum Leistungserbringer) Besonderheiten zurückzuführen sind.

9 Abkürzungsverzeichnis

BFS	Bundesamt für Statistik
BL	Basel-Landschaft
BS	Basel-Stadt
CAGR	Compound Annual Growth Rate (durchschnittliche jährliche Wachstumsrate)
CHOP	Schweizerischer Operationskatalog bzw. Schweizerische Operationsklassifikation
CW	Kostengewicht
DMI	Day-Mix-Index
EI	Export-Index
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GDZH	Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich
GEVA	Administrativdaten der Gesundheitsversorger
GGR	Gemeinsame Gesundheitsregion der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt
HSM	Hochspezialisierte Medizin
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
IVHSM	Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin
KS	Krankenhausstatistik
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)
LI	Lokalisationsindex
MAHD	Mittlere Aufenthaltsdauer
MS	Medizinische Statistik der Krankenhäuser
MSI	Market Share Index
MST	Multisystemische Therapie
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
PBL	Psychiatrie Baselland
STATPOP	Statistik der Bevölkerung und der Haushalte
SpiGes	Spitalstationäre Gesundheitsversorgung
UAFP	Universitäre Altersmedizin Felix Platter
UKBB	Universitäts-Kinderspital beider Basel
UPK	Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

10 Literaturverzeichnis

- Agarwalla, P., und Kuechenhoff, J. (2004). *Evaluation of treatment at the Basel Psychotherapeutic Day Clinic*. Psychotherapeut 49(4).
- Alber, C., Gotsmann, L., Natsch, T., Otth, S., Tenés Reino, S. und Trost, S. (2022). *Fachkonzept Alterspsychiatrie 2022*. (unveröffentlicht).
- Baumgartner, T., Beck, J., Bernoulli, D., Bohrmann, C., Doka, C., Jäger, M., Kaeslin, F., Kunz, U., Lang, U., Nigg, M., Schiess, F., von Allmen, T. und Walter, M. (2022). *Psychiatriekonzept 2022: Zukunft Psychiatrie in der Gemeinsamen Gesundheitsregion der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft*. (unveröffentlicht).
- BAG (2019). Faktenblatt: *Regelung „ambulant vor stationär“*. Bundesamt für Gesundheit. 29. April 2019 [BAG - Ambulant vor Stationär](#) (abgerufen am 12.01.2026).
- BAG (2020). *Angebotsstrukturen in der psychiatrischen Versorgung*. Bundesamt für Gesundheit, www.bag.admin.ch (abgerufen am 11.03.2026).
- Baumgartner, T., Beck, J., Bernoulli, D., Bohrmann, C., Doka, C., Jäger, M., Kaeslin, F., Kunz, U., Lang, U., Nigg, M., Schiess, F., von Allmen, T. und Walter, M. (2022). *Psychiatriekonzept 2022: Zukunft Psychiatrie in der Gemeinsamen Gesundheitsregion der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft*. [Psychiatriekonzept 2022](#) (abgerufen am 12.01.2026).
- BFS (2020). *Stationäre Psychiatrie im Blickwinkel TARPSY, 2018*. BFS Aktuell. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2022). *Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens: Krankenhaustypologie*. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik [Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens - Krankenhaustypologie](#) (abgerufen am 12.01.2026).
- BFS (2025). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz und der Kantone 2025-2055*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik. [Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Kantone 2025-2055](#) (abgerufen am 12.01.2026).
- Bucher, H.-P. (2008). *Babyboomer kommen ins Rentenalter: Der Lebenszyklus der geburtenstarken Jahrgänge im Kanton Zürich 1970–2050*. Statistisches Amt des Kantons Zürich.
- Di Gallo, A., Fürstenau, R., Köhli, S., Müller, S. und Stadler, C. (2022). *Fachkonzept Kinder- und Jugendpsychiatrie*. (unveröffentlicht).
- Eurostat (2013). *Revision of the European Standard Population, Eurostat methodologies and working papers*, Eurostat, [Revision of the European Standard Population - 2013 edition - Eurostat](#) (abgerufen am 12.01.2026).
- Felder, S., Kägi, W., Lobsiger, M., Tondelli, T. & Pfinninger, T. (2014). *Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem akutstationären und dem spital- und praxisambulanten Sektor*. Basel. [Formular für B.S.S. Berichte](#) (abgerufen am 12.01.2026).
- Füglister-Dousse, S., Merçay, C. (2023). *Rapport d'évaluation des besoins en soins pour la planification hospitalière 2024 Canton de Fribourg*. Etat de Fribourg. <https://www.fr.ch/document/499101>
- GDK (2018). *Anwendung einer Spitalleistungsgruppensystematik im Rahmen der kantonalen Spitalplanung: Empfehlung der GDK*. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/EM_SPLG-Systematik_20180525_def_d.pdf (abgerufen am 12.01.2026).
- Kaiser, B., Legler, V., Frey, M. & Schönleitner, T. (2024). *Indikatoren für die ambulante Versorgungssituation nach Fachgebiet. Bericht im Auftrag der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)*. BSS Volkswirtschaftliche Beratung.
- GDK (2025). *Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung unter Berücksichtigung der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung vom 21.12.2007, der KVV-Revision zu den Planungskriterien vom 23.6.2021 und der Rechtsprechung vom 1.1.2012 bis 30.06.2025*. Revidierte Version genehmigt von der GDK-Plenarversammlung am 27.11.2025. Bern: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren [EM-Spitalplanung_revidiert_20251127_def_d.pdf](#) (abgerufen am 11.03.2026).
- GDZH (2009). *Zürcher Spitalplanung 2012: Versorgungsbericht*. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Dezember 2009. [Zürcher Spitalplanung 2012: Versorgungsbericht](#) (abgerufen am 12.01.2026).
- GDZH (2017). *Bedarfsprognose Akutsomatik 2015 – 2025*. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Februar 2017. [Bedarfsprognose Akutsomatik 2015 - 2025](#) (abgerufen am 12.01.2026).

- GDZH (2021). *Zürcher Spitalplanung 2023: Versorgungsbericht*. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Januar 2021. [Versorgungsbericht \(Vernehmlassungsversion\)](#) (abgerufen am 12.01.2026).
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2025). «Anforderungen und Erläuterungen SPLG Psychiatrie BE» des Kantons Bern zuhanden der Listenspitäler zu den Leistungsaufträgen gemäss den Spitalplanungsleistungsgruppen. [Anforderungen und Erläuterungen SPLG Psychiatrie BE](#) (abgerufen am 12.01.2026).
- Hess, S., Eichler, K. & Brügger, U. (2009). *Gutachten zur zukünftigen medizinischen Entwicklung für die somatische Akutversorgung: Literatur-Review und Expertenbefragung zu erwarteten Leistungsmengen im Rahmen der stationären Spitalplanung der Kantone Bern und Zürich*. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW).
- Hess, S., Eichler, K. & Twerenbold, C. (2016). *Gutachten zur Entwicklung der Medizintechnik 2015 bis 2025: Literatur-Review und Expertenbefragung zu erwarteten Leistungsmengen im Bereich der stationären Akutsomatik Rahmen der stationären Spitalplanung des Kantons Zürich*. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW).
- Höglinger, M., Huber, A. & Eichler, K. (2019). *Entwicklung Medizintechnik 2019 bis 2030: Stationäre Rehabilitation & stationäre Psychiatrie. Literatur-Review und Expertenbefragung zu erwarteten Entwicklungen in der Medizintechnik und Auswirkungen auf die Fallzahlen im Bereich der stationären Rehabilitation und Psychiatrie im Rahmen der Spitalplanung des Kantons Zürich*. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW).
- Huber, K. (2015). *Entwicklung der interkantonalen Patientenströme im Übergang zur freien Spitalwahl. Analyse der stationären akutsomatischen Spitalbehandlungen von 2010 bis 2013* (Obsan Dossier 48). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- ISPM (2009). *Epidemiologische Expertise zur Spitalplanung*. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern.
- Jörg, R., Hedinger, D., Füglistner-Dousse, S. & Widmer, M. (2019). *Versorgungsbericht 2020 Kanton Appenzell Ausserrhoden* (Obsan Bericht 14/2019). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Kallert, T. W., Matthes, C., Glöckner, M., Eichler, T., Koch, R., und Schützwohl, M. (2004). *Akutpsychiatrische tagesklinische Behandlung: Ein effektivitätsgesichertes Versorgungsangebot?* Psychiatrische Praxis 31(8), 409-419.
- Kallert, T., Schönherr, R., Fröhling, D., und Schützwohl, M. (2007a). *Patientenbezogene Therapiekosten akutpsychiatrischer tagesklinischer und vollstationärer Behandlung*. Psychiatrische Praxis 34(8), e35-e42.
- Kallert, T. W., Priebe, S., McCabe, R., Kiejna, A., Rymaszewska, J., Nawka, P., Ladislav, O., Jirí, R., Stárková-Kalisová, L., Koch, R. und Schützwohl, M. (2007b). *Are Day Hospitals Effective for Acutely Ill Psychiatric Patients?: A European Multicenter Randomized Controlled Trial*. The Journal of Clinical Psychiatry 68(02), 278-287.
- Matter-Walstra, K., Widmer, M., & Busato, A. (2006). *Analysis of patient flows for orthopedic procedures using small area analysis in Switzerland*. BMC Health Serv Res 6, S. 119.
- Pellegrini, S. & Luyet, S. (2012). *Séjours hospitaliers hors du canton de domicile. Description des flux de patients et analyse des déterminants* (Obsan Rapport 55). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt (2025). *Ausgabenbericht und Konzept zum Ausbau der Massnahmen zugunsten der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung im Kanton Basel-Stadt* (An den Grossen Rat, 25.0764.01, GD/P250764, Regierungsratsbeschluss vom 1. Juli 2025). Basel: Kanton Basel-Stadt. Verfügbar unter: <https://grosserrat.bs.ch/dokumente/100410/000000410346.pdf>
- Gesundheitsamt Kanton Schaffhausen (2021). *Schaffhauser Spitalplanung 2023: Planungsbericht und Prognose 2030*. Vorlage des Regierungsrats an den Kantonsrat vom 8. Juni 2021. <http://www.sh.ch>
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.) (2020). *Gesundheit in der Schweiz Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Nationaler Gesundheitsbericht 2020*. Neuchâtel: BFS.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.) (2025). *Psychische Gesundheit in der Schweiz: Entwicklung, Förderung, Prävention und Versorgung*. Nationaler Gesundheitsbericht 2025. Neuchâtel: BFS.
- Skinner, J. (2011). *Causes and consequences of regional variations in health care*. Handbook of Health Economics (2), 45-93.
- Steiner, M., Nigg, M. und von Allmen T. (2019). *Versorgungsplanungsbericht 2019: Gemeinsame Gesundheitsregion – Akutstationäre Versorgung*. Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt und Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion des Kantons Basel-Landschaft.
- SwissDRG (2019). *Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY*. (Version Mai 2021). Gültig ab 1.1.2022, https://www.swissdrg.org/application/files/7716/3819/0804/Regeln_und_Definitionen_zur_Fallabrechnung_unter_SwissDRG_und_TARPSY.pdf
- SwissDRG (2022). *Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter ST Reha* (Version Mai 2021). Gültig ab 01.01.2022, https://www.swissdrg.org/application/files/4116/2402/3114/Regeln_und_Definitionen_zur_Fallabrechnung_unter_ST_Reha.pdf
- Tiwari, R. C., Clegg, L. X., & Zou, Z. (2006). *Efficient interval estimation for age-adjusted cancer rates*. Statistical methods in medical research, 15(6), 547-569.

- Tuch, A., Fischer, F.B. & Jörg, R. (2025). *Monitoring zur Neuregelung der psychologischen Psychotherapie. Zweiter Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)* (Obsan Bericht 07/2025). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- 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.
- Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Basel-Landschaft & Gesundheitsdepartement Kanton Basel-Stadt (2022): *Versorgungsplanungsbericht 2022. Gemeinsame Gesundheitsregion Psychiatrische Versorgung*. Liestal und Basel, 12. Dezember 2022. [Versorgungsplanungsbericht 2022](#) (abgerufen am 11.03.2026).
- Weaver, F., Cerboni, S., Oettli, A., Andenmatten, P., Widmer, M. (2009). *Modèle de projection du recours aux soins comme outil d'aide à la planification hospitalière* (document de travail 32). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Widmer, P., Trottmann, M., Hochuli, P., Telser, H. (2017). *Erwünschte und unerwünschte Optimierungen von Leistungsmengen und -verlagerungen im stationären Spitalbereich*. Zusammenfassung. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Olten: Polynomics.

11 Anhang

Übersicht:

- Tabellenanhang zur Bedarfsanalyse und -prognose des Kantons Basel-Landschaft (*Ergänzung in der definitiven Fassung*)
- Tabellenanhang zur Bedarfsanalyse und -prognose des Kantons Basel-Stadt (*Ergänzung in der definitiven Fassung*)
- Tabelle T 11.1 «Beobachtete Fälle (2022–2024 gepoolt) im Vergleich zu den erwarteten Fällen gemäss Regressionsmodell» (*nächste Seite*)

Anhang T 11.1 Beobachtete Fälle (2022–2024 gepoolt) im Vergleich zu den erwarteten Fällen gemäss Regressionsmodell

	Leistungs- gruppe	Bezeichnung	Fallzahlen aggregiert, 2022–2024		Differenz	
			Beobachtet	Erwartet	N	%
Erwachsenenpsychiatrie	F0-G30-32	Organische Störungen inkl. neurodegenerative Demenzen (u.a. Alzheimer)	145	135	10	7.1
	F10***	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	2276	1732	544	31.4
	F11-F19***	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	1752	1088	664	61.0
	F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	2198	2105	93	4.4
	F3***	Affektive Störungen	4383	3558	825	23.2
	F4***	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	2041	1442	599	41.6
	F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	148	130	18	13.9
	F6***	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1581	1023	558	54.5
	F7	Intelligenzstörungen	97	144	-47	-32.8
	F8	Entwicklungsstörungen	73	49	24	48.9
	F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	23	36	-13	-35.9
	F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	2	1	1	170.3
	nicht-F	Nicht-F Diagnosen	46	46	0	-0.8
Alterspsychiatrie	F0-G30-32***	Organische Störungen inkl. neurodegenerative Demenzen (u.a. Alzheimer)	1494	899	595	66.1
	F10***	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	258	173	85	49.5
	F11-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	37	38	-1	-3.7
	F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	283	259	24	9.4
	F3***	Affektive Störungen	1192	956	236	24.7
	F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	272	230	42	18.3
	F5***	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	19	7	12	165.9
	F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	43	46	-3	-6.9
	F7	Intelligenzstörungen	2	5	-3	-60.8
	F8	Entwicklungsstörungen	1	1	0	-2.6
	F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	2	1	1	106.3
	F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	0	0	0	-100
	nicht-F	Nicht-F Diagnosen	17	27	-10	-35.7
Kinder- und Jugendpsychiatrie	F0-G30-32	Organische Störungen inkl. neurodegenerative Demenzen (u.a. Alzheimer)	2	1	1	192.1
	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	2	6	-4	-64.8
	F11-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	37	26	11	42.8
	F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	22	34	-12	-35.5
	F3	Affektive Störungen	330	331	-1	-0.2
	F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	207	174	33	19.0
	F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	58	58	1	0.8
	F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	68	80	-12	-14.9
	F7	Intelligenzstörungen	1	2	-1	-45.9
	F8	Entwicklungsstörungen	20	35	-15	-42.6
	F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	170	135	35	25.8
	F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	0	0	0	-100
	nicht-F	Nicht-F Diagnosen	1	3	-2	-70.2

Bemerkung: Die Leistungsgruppen mit statistisch signifikanten (p-Wert <0,05) Unterschieden zwischen beobachteten und erwarteten Werten, sind grau hinterlegt und mit * gekennzeichnet.

Quellen: BFS – GEVA, STATPOP, Strukturerhebung

© Obsan 2026