



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

Versorgungsplanungsbericht 2022

Gemeinsame Gesundheitsregion – Psychiatrische Versorgung



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

Impressum

Herausgeber

Kanton Basel-Landschaft
Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion
Amt für Gesundheit
Bahnhofstrasse 5
4410 Liestal
Tel. +41 61 552 51 11
afg@bl.ch
[Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion](https://www.volkswirtschafts-und-gesundheitsdirektion.ch)
— [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
[gesundheitsversorgung.bs.ch](https://www.gesundheitsversorgung.bs.ch)

12. Dezember 2022



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Zusammenfassung	7
1 Generelles zur Versorgungsplanung	14
2 Die Gemeinsame Gesundheitsregion	17
2.1 Geographische Aufstellung	17
2.2 Bevölkerungsentwicklung in den Jahren 2010 bis 2020	20
2.3 Die Region aus Sicht der psychiatrischen Versorgung	21
2.3.1 Stationäre Inanspruchnahme	22
2.3.2 Stationäres Versorgungsangebot	26
2.3.3 Intermediäres Versorgungsangebot und Inanspruchnahme	28
2.3.4 Ambulantes Versorgungsangebot und Inanspruchnahme	32
2.4 Notfallversorgung	37
2.5 Ärztliche Aus- und Weiterbildung	38
3 Konzeptionelles Vorgehen	39
3.1 Nomenklatur	39
3.2 Anpassung der Nomenklatur (Spezialbereiche)	41
3.3 Methode Bedarfsanalyse	42
3.3.1 Berechnungsmethode	43
3.3.2 Kontrollvariablen	45
3.3.3 Analyseeinheit und verwendete Daten	47
3.3.4 Grenzen der Methodik	48
3.4 Methode Bedarfsprognose	49
3.4.1 Schritt 1: Berechnung der geglätteten durchschnittlichen Hospitalisierungsraten	50
3.4.2 Schritt 2: Demographische Fortschreibung mittels Bevölkerungsprognosen	51
3.4.3 Schritt 3: Korrektur der demographischen Fortschreibung um Einflussfaktoren	52
4 Ergebnisse	57
4.1 Bedarfsanalyse	57
4.2 Bedarfsprognose	58
4.2.1 Prognose – Gesamtübersicht	61
4.2.2 Prognose Erwachsenenpsychiatrie	62
4.2.3 Prognose Alterspsychiatrie	66



4.2.4	Prognose intermediärer Behandlungsbedarf in der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie _____	68
4.2.5	Prognose Kinder- und Jugendpsychiatrie _____	70
4.3	Spezialbereiche _____	73
4.3.1	Leistungsbereich Mutter-Kind-Hospitalisationen _____	73
4.3.2	Leistungsgruppe «Schwere Essstörungen» _____	73
5	Einordnung der Ergebnisse und Fazit _____	75
5.1	Einordnung der Ergebnisse _____	75
5.2	Fazit _____	78
6	Psychiatrieplanung 2024 – Das weitere Vorgehen _____	83
6.1	Das Bewerbungsverfahren für Leistungsaufträge _____	83
6.2	Verlagerungsdialog von stationär zu intermediär _____	86
7	Literaturverzeichnis _____	88
8	Abbildungsverzeichnis _____	90
9	Tabellenverzeichnis _____	92
10	Abkürzungsverzeichnis _____	94
11	Anhang _____	96



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.

Es freut uns sehr, Ihnen den Versorgungsplanungsbericht für die Psychiatrie vorlegen zu können, welcher die Basis für die Spitalplanung in der Psychiatrie ab dem Jahr 2024 bildet und zentrale, für die Planung relevante Informationen enthält. Die psychiatrische Versorgung ist ein leistungsfähiger und innovativer Baustein in der Gesundheitsversorgung der Gemeinsamen Gesundheitsregion (GGR). Dies hat die Psychiatrie nicht zuletzt während der Pandemie bewiesen.

Der Bericht legt den Fokus auf die Frage, wie viele psychiatrische Spitalleistungen die Bevölkerung in den beiden Basel braucht. Die Beantwortung stützt sich auf eine Analyse des aktuellen Bedarfs sowie eine Prognose des zukünftigen Bedarfs. Qualitativ unterlegt wird der Versorgungsplanungsbericht Psychiatrie durch ein Psychiatriekonzept und fünf spezifische Fachkonzepte, welche von zahlreichen Expertinnen und Experten aus der Region erarbeitet wurden und zeitgleich veröffentlicht werden. Die Konzepte sind nicht behördenverbindlich, sondern dienen als qualitative Orientierung, zur Einordnung der quantitativen Analysen im Rahmen des Versorgungsplanungsberichts und der daraus folgenden zukünftigen Ausrichtung der psychiatrischen Versorgung in der Region.

Die kritische Begleitung und Spiegelung unserer Arbeit ist uns weiterhin 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 2024 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 die Versicherungsverbände eingeladen. Der Versorgungsplanungsbericht



wird auf den Webseiten der beiden Kantone veröffentlicht. Herzlich bedanken wir uns bei den Mitarbeitenden, 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

Thomas Weber
Vorsteher der Volkswirtschafts- und
Gesundheitsdirektion Basel-Landschaft



Zusammenfassung

Für alle drei Bereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation traten gleichlautende Spitallisten am 1. Juli 2021 in Kraft. Für die Bereiche Psychiatrie und Rehabilitation wurden jedoch keine Bedarfsanalysen und -prognosen durchgeführt, sondern die bisherigen Leistungsaufträge, sofern eine Bewerbung vorlag, wieder vergeben. Der vorliegende Versorgungsplanungsbericht Psychiatrie dient als Grundlage für eine gemeinsame Versorgungsplanung in der Gemeinsamen Gesundheitsregion (GGR) und darauf aufbauend für gleichlautende Spitallisten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft in der Psychiatrie per 1. Januar 2024.

Da in der Psychiatrie die Abgrenzung zwischen stationär und ambulant nicht nur medizinisch, sondern auch gesellschaftlich bedingt ist, wird nicht nur der Stand der Versorgung im stationären, sondern auch im ambulanten und intermediären Bereich aufgezeigt. Die Bedarfsermittlung sowie -prognose nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 ([SR 832.10](#)) beschränkt sich auf die Versorgungsebene der Spitallisten.

Ausgangslage

Im Jahr 2020 wurden 8'082 Fälle mit Wohnort in der GGR mit einer psychiatrischen Erkrankung in einem Schweizer Spital stationär behandelt. Der Grossteil wurde in Spitälern der GGR behandelt (87.1 %), die übrigen rund 1'000 Fälle wurden in Spitälern ausserhalb der GGR behandelt.

Die Hospitalisierungsrate in der Psychiatrie liegt im Kanton Basel-Landschaft im Jahr 2020 bei 13.5 Hospitalisierungen pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner (2019: 12.7), im Kanton Basel-Stadt liegt diese bei 19.7 Hospitalisierungen pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner (2019: 19.5). Der schweizerische Durchschnittswert beläuft sich auf 11.7 Hospitalisierungen pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner (2019: 11.5). Die Hospitalisierungsrate in der GGR ist im Jahr 2020 mit 16.0 Hospitalisierungen pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner die höchste in der Schweiz.

Die mittlere Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft ist im Jahr 2019 um drei Tage höher als von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Basel-Stadt und sieben Tage höher als der Schweizer Durchschnitt. Der Median für die Wohnbevölkerung des Kantons Basel-Landschaft (20 Tage) ist ebenfalls höher als für diejenige des Kantons Basel-Stadt (18 Tage) und der restlichen Schweiz (16 Tage).

Auch in der ambulanten Psychiatrie weisen die vorläufigen Resultate des Obsan sowie Analysen der Bruttoleistungen der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung darauf hin, dass in der GGR in der ambulanten Psychiatrie überdurchschnittlich viele Leistungen in Anspruch genommen werden. Somit ist der Schluss zulässig, dass die überdurchschnittliche Inanspruchnahme im stationären Bereich nicht auf eine unterdurchschnittliche ambulante Versorgung zurückgeführt werden kann.



Das Ziel der Analysen im Rahmen der vorliegenden Versorgungsplanung ist es zu klären, ob sich die hohe stationäre Leistungsanspruchnahme durch die Bevölkerungsmerkmale erklären lässt. Weiter wird analysiert, ob sich die Inanspruchnahme über alle Leistungs- und Altersgruppen in gleicher Weise darstellt und welche zukünftige Leistungsentwicklung zu erwarten ist.

Analyse

Die Vergabe von Leistungsaufträgen und somit auch die Analysen im Rahmen der Versorgungsplanung erfolgen entlang der Nomenklatur der Spitalliste Psychiatrie des Kantons Bern. Diese wird in der GGR mit wenigen Anpassungen übernommen. Die Systematik der Spitalplanungsleistungsgruppen der Psychiatrie des Kantons Bern ist in Leistungsbereiche und -gruppen aufgeteilt. Gemäss der Berner Systematik werden bei der Vergabe von Leistungsaufträgen neben den Leistungsbereichen auch Leistungsgruppen in Kombination vergeben. Die Leistungsgruppen gliedern sich entlang des Diagnoseklassifikationssystems *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10)*. Es gibt elf Leistungsgruppen, eingeteilt in die F-Diagnosen sowie eine weitere GGR-spezifische Leistungsgruppe «Schwere Essstörungen».

Im Rahmen der vom KVG vorgegebenen Versorgungsplanung wird aufbauend auf einer Bedarfsanalyse der Versorgungsbedarf für die nächsten Jahre prognostiziert.

Das Ziel der Bedarfsanalyse ist die Ermittlung des Versorgungsbedarfs zum Zeitpunkt der analysierten Daten. Aufgrund der deskriptiven Analysen muss in der Region von einer im Schweizer Vergleich überdurchschnittlichen Inanspruchnahme ausgegangen werden. Eine nachfrageseitige Begründung einer erhöhten Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen ist, dass sich die demographischen Eigenschaften der Bewohnerinnen und Bewohner der Region von anderen Regionen unterscheiden. Eine mögliche angebotsseitige Erklärung ist die Grösse des Angebots. Hier wird die Annahme zugrunde gelegt, dass ein grösseres Angebot stärker genutzt wird, d. h. zu einer angebotsinduzierten Nachfrage führt. Um unterscheiden zu können, ob die Abweichung aus nachfrage- oder angebotsseitigen Unterschieden resultiert, wird die Berechnung für nachfrageseitige Faktoren (z. B. Alter, Geschlecht) bereinigt. Die verbleibende Abweichung kann als Anzeichen für eine angebotsinduzierte Nachfrage interpretiert werden. Für die Bedarfsanalyse ergeben sich folgende Ergebnisse für den Durchschnitt der Jahre 2018 bis 2020:

- In der Erwachsenenpsychiatrie ist die effektive Inanspruchnahme in der GGR um 22 Prozent höher, als im Vergleich zur gesamten Schweiz zu erwarten gewesen wäre.
- In der Alterspsychiatrie ist die effektive Inanspruchnahme in der GGR um 23 Prozent höher, als im Vergleich zur gesamten Schweiz zu erwarten gewesen wäre.
- In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die effektive Inanspruchnahme in der GGR um 24 Prozent höher, als im Vergleich zur gesamten Schweiz zu erwarten gewesen wäre.

Grundsätzlich bleibt festzuhalten, dass die hohe stationäre Inanspruchnahme der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft nicht ausreichend durch soziodemographische und -ökonomische Merkmale der Bevölkerung in der GGR begründet werden konnten. Die GGR weist folglich verglichen mit der Schweiz eine überdurchschnittliche Inanspruchnahme auf. In Kombination mit bestehenden Wartelisten im Bereich der Psychiatrie und der Unsicherheit darüber, ob schweizweit eine optimale Versorgung besteht, wird auf eine Reduktion der Behandlungsressourcen verzichtet, sondern vielmehr eine Verlagerung in den intermediären Bereich angestrebt.

Mit der Bedarfsprognose wird ausgehend von der heutigen Situation der Blick in die Zukunft geworfen. Die Bedarfsprognose wurde unter Berücksichtigung von drei Einflussfaktoren erstellt:

- Die Entwicklung der Bevölkerung bis zum Jahr 2032,
- die Erwartungen zur Ambulantisierung (von stationären zu intermediären Angeboten) sowie
- die Entwicklung der Inanspruchnahme in den vergangenen zehn Jahren (über das Bevölkerungswachstum hinaus).

Hinsichtlich der Bevölkerungsentwicklung wird ein Anstieg von 487'900 Einwohnerinnen und Einwohnern im Jahr 2020 um rund 4.8 Prozent auf rund 511'300 Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr 2029 erwartet (Abbildung Z.1).

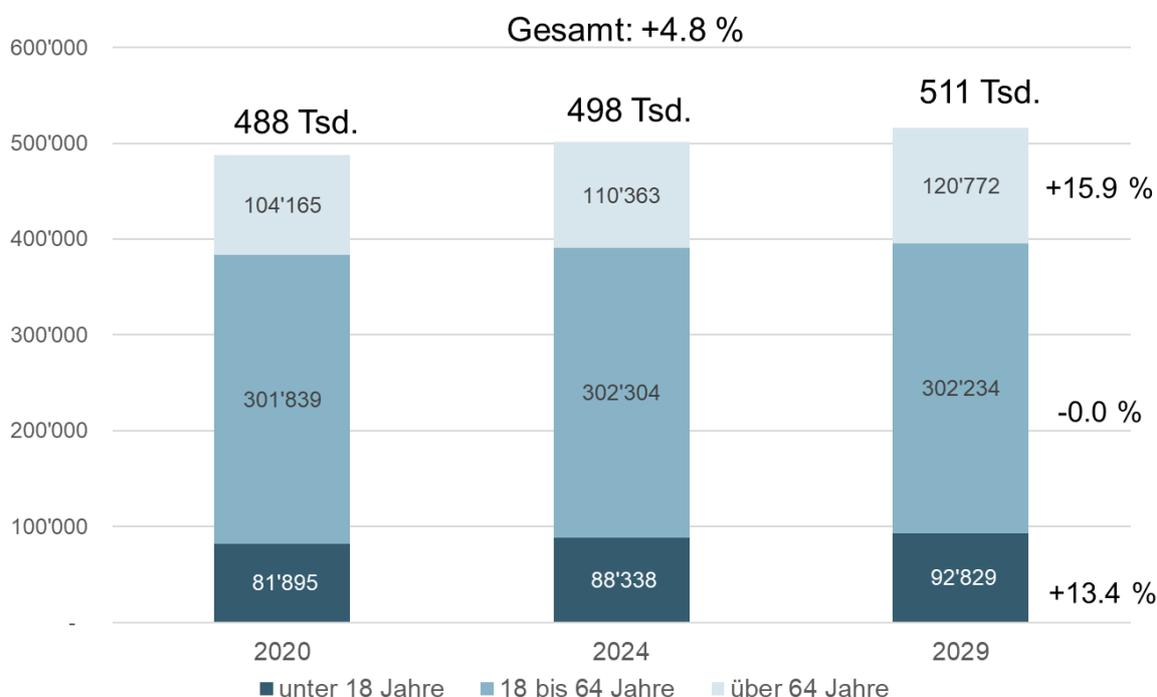


Abbildung Z.1 Bevölkerungsentwicklung in der GGR bis 2029 (Bevölkerungsszenarien BFS, eigene Darstellung)



Während die Zahl der unter 18-Jährigen bis ins Jahr 2029 um 13.4 Prozent steigt, bleibt die Zahl der 18- bis 64-Jährigen konstant. Deutlich zunehmen wird die Zahl der älteren Menschen in der GGR. Die Zahl der Personen im Alter von 65 und mehr Jahren erhöht sich um rund 16'600 (+15.9 %). Dabei wird insbesondere die Zahl der Hochaltrigen (über 80 Jahre) deutlich ansteigen. Zusätzlich zur Bevölkerungsentwicklung wird der Trend durch die zwei Einflussfaktoren «Steigende Inanspruchnahme» und «Ambulantisierung» beeinflusst.

Je nach Altersgruppe und Leistungsgruppe wurden für die Einflussfaktoren «Steigende Inanspruchnahme» und «Ambulantisierung» in der Berechnung unterschiedliche Annahmen zu Grunde gelegt. Um der Unsicherheit über zukünftige Entwicklungen gerecht zu werden, wurden verschiedene Dynamiken entwickelt. Welche Dynamik angewendet wurde, hängt von der allgemeinen Situation der schweizweiten Versorgung der jeweiligen Altersgruppe und von den Ergebnissen der Bedarfsanalyse ab. Die getroffenen Annahmen haben einen direkten Einfluss auf die Ergebnisse der Bedarfsprognose.

Beim Einflussfaktor «Steigende Inanspruchnahme» wird von einer zukünftigen Dynamik, welche 20 oder 50 Prozent der Wachstumsrate der vergangenen zehn Jahre entspricht, ausgegangen. Beim Einflussfaktor «Ambulantisierung» wird eine Verlagerung von 15 oder 25 Prozent der zukünftigen Fälle in den intermediären Bereich bis im Jahr 2032 angenommen.

Für die Prognosen im Leistungsbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden für alle Leistungsgruppen die gleichen Annahmen getroffen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie muss schweizweit von einer Unterversorgung ausgegangen werden. Es wird deshalb in Zukunft mit einer relativ starken Dynamik (50 % der bisherigen Wachstumsrate) gerechnet. Zudem wird in dieser Altersgruppe keine Ambulantisierung von Fällen angenommen.

In der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie werden leistungsgruppenspezifische Annahmen getroffen. Ergab die Bedarfsanalyse signifikant höhere Leistungsmengen, wird von einer sogenannten «Gedämpften Dynamik» ausgegangen (20 % der bisherigen Wachstumsrate, Ambulantisierung von 25 % der Fälle). In Leistungsgruppen, in welchen keine signifikant höheren Leistungsmengen eruiert wurden, wird die sogenannte «Mittlere Dynamik» angenommen (50 % der bisherigen Wachstumsrate, Ambulantisierung von 15 % der Fälle).

Die Ergebnisse, welche aus den oben aufgeführten Annahmen resultieren, sind in Abbildung Z.2 dargestellt. Die Abbildung zeigt die gesamthafte Entwicklung von intermediären und stationären Behandlungstagen zwischen dem Jahr 2020 und dem Jahr 2029 auf.

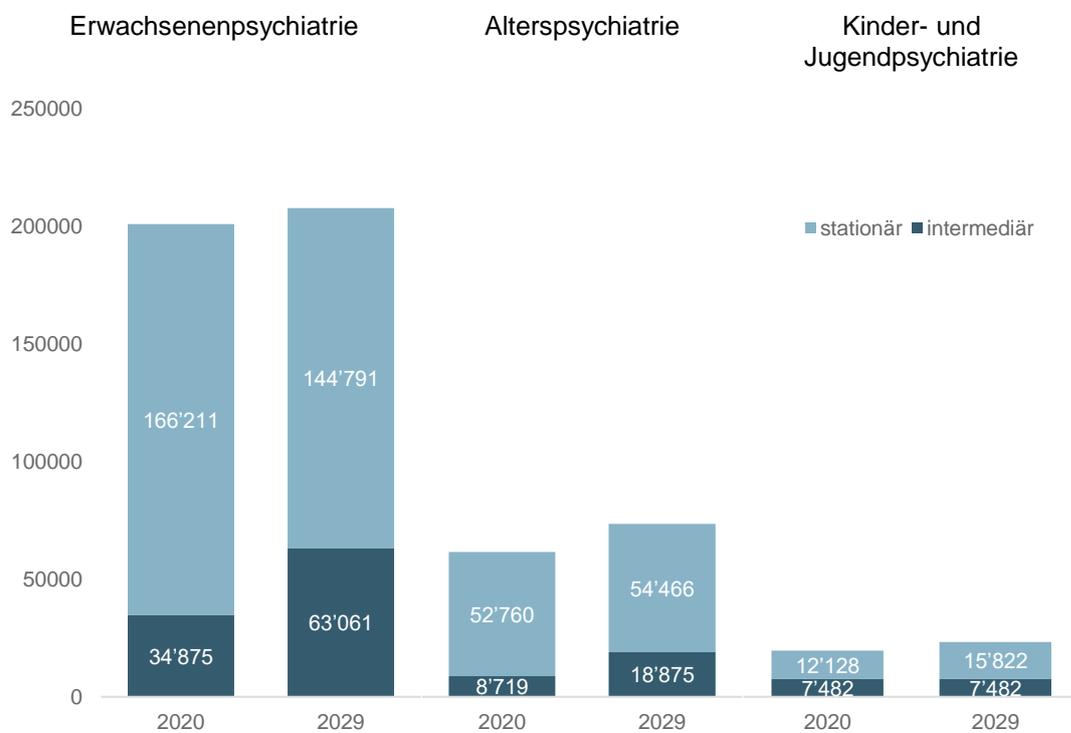


Abbildung Z.2 Entwicklung der Behandlungstage in der Psychiatrie nach Altersgruppen bis zum Jahr 2029 gegenüber dem Jahr 2020¹ (basierend auf den Ergebnissen der Bedarfsanalyse, Bedarfsprognose und den Angaben zum intermediären Bereich, eigene Darstellung)

In allen drei Altersgruppen steigt die Zahl der Behandlungstage in der Psychiatrie bis zum Jahr 2029 an. Während die Zahl der Pfl egetage in der stationären Erwachsenenpsychiatrie um 21'400 sinkt, werden die Behandlungstage in den intermediären Angeboten der Erwachsenenpsychiatrie um rund 28'200 Behandlungstage steigen. In der Alterspsychiatrie werden die Pfl egetage in der stationären Versorgung um rund 1'700 Tage ansteigen. Der Anstieg ist somit weniger stark wie in der intermediären Versorgung (+10'200). In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist von einem Anstieg der stationären Pfl egetage um rund 3'700 auszugehen. Eine Annahme zur Ambulantisierung wurde hier nicht getroffen, weshalb keine Verlagerung im Rahmen der stationären Planung angestrebt wird. Dies schliesst jedoch nicht aus, dass ein Ausbau des intermediären Bereichs in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgrund bspw. der ambulanten Planung in den nächsten Jahren erfolgt. Für die gesamte GGR-Wohnbevölkerung wird ein Anstieg von 22'300 Behandlungstagen erwartet.

¹ Es gibt aktuell noch kein intermediäres Angebot in der Alterspsychiatrie. Im tagesklinischen Bereich findet jedoch keine explizite Abgrenzung der Altersgruppen statt. Die Aufteilung zwischen Alters- und Erwachsenenpsychiatrie für das Jahr 2020 ist geschätzt. Es wurde angenommen, dass rund 80 Prozent der intermediären Pfl egetage auf die Erwachsenenpsychiatrie und rund 20 Prozent auf die Alterspsychiatrie entfallen. Bei den stationären Pfl egetagen wurde der Durchschnitt der Jahre 2018 bis 2020 verwendet.



Fazit und weiteres Vorgehen

Um das Ziel einer Ambulantisierung zu erreichen, bedarf es eines Verlagerungsdialogs. Der Verlagerungsdialog von stationär zu intermediär wird für die zwei Altersgruppen Erwachsenen- und Alterspsychiatrie durchgeführt. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird es keinen Verlagerungsdialog geben, da auch keine Annahme zur Ambulantisierung getroffen wurde. Betroffen vom Verlagerungsdialog sind Spitäler, welche einen Leistungsauftrag in mindestens einem der fünf folgenden Leistungsbereichen erhalten:

- Grundversorgung, Erwachsenenpsychiatrie (ER GRU)
- Grundversorgung, Alterspsychiatrie (AE GRU)
- Elektive Versorgung, Erwachsenenpsychiatrie (ER ELE)
- Elektive Versorgung, Alterspsychiatrie (AE 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 von stationär zu intermediär

Ziel des Verlagerungsdialogs ist es, gemeinsam mit den Kliniken die Verlagerung vom stationären in den intermediären Bereich zu erreichen. Der Verlagerungsdialog startet frühestens, sobald feststeht, welche Spitäler mindestens einen der fünf oben aufgeführten Leistungsbereiche erhalten. Als Zielgrösse der Verlagerung für die einzelnen Spitäler dient die prozentuale Angabe je Altersgruppe (siehe Kapitel 5.2). Dies bedeutet, dass Spitäler in der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie (Leistungsaufträge für ER GRU, AE GRU, MKH ELE, AE GRU und/oder AE ELE) ungefähr 16 Prozent der stationären Pflage tage des Jahres 2029 in den intermediären Bereich verlagern sollen.

Bei den prozentualen Vorgaben handelt es sich um Zielgrössen. Wird im Dialog mit den Spitälern festgestellt, dass in einer Leistungsgruppe oder in einem Leistungsbereich mehr resp. weniger Verlagerungspotenzial besteht, kann dies im Dialog berücksichtigt und die Zielgrössen können angepasst werden. Die Ergebnisse inkl. der allenfalls angepassten Zielgrössen des Verlagerungsdialogs werden schriftlich festgehalten. Offene Finanzierungsfragen hinsichtlich einer kantonalen Beteiligung werden im Verlauf des weiteren Prozesses noch beantwortet.

Die Zielgrössen werden mittels eines Monitorings seitens der beiden Kantone regelmässig überprüft. Werden bei einem Spital Abweichungen zwischen den erbrachten Pflage tagen und der Zielgrösse festgestellt, wird mit dem entsprechenden Spital der Dialog gesucht. Dem Spital wird die Möglichkeit gegeben, die Abweichung zu erklären.



Die Kooperationsfähigkeit, der Beitrag des Spitals zur Zielerreichung der Verlagerung sowie die schriftlich festgehaltenen Ergebnisse können in der nächsten Planung der Spitalisten Psychiatrie (voraussichtlich per 1. Januar 2028) berücksichtigt werden. Verweigert ein Spital am Verlagerungsdialog teilzunehmen, kann das Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt resp. die Volks- und Gesundheitsdirektion des Kantons Basel-Landschaft den Entzug oder einen Teilentzug des Leistungsauftrags auch vor Ablauf der Vertragsdauer der Leistungsvereinbarung prüfen.

Die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt haben mit dem Verlagerungsdialog einen partnerschaftlichen Ansatz gewählt, welcher auch in Zukunft die Versorgung in der Region sicherstellt und welcher es den Kliniken ermöglicht, ein qualitativ hochwertiges Angebot zum Wohl der Patientinnen und Patienten anzubieten.



1 Generelles zur Versorgungsplanung

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-Nordbogens², welcher aufgrund der Patientenströme als «integraler Gesundheitsraum» betrachtet werden kann.³

Es traten zwar für alle drei Bereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation gleichlautende Spitallisten am 1. Juli 2021 in Kraft, für die Bereiche Psychiatrie und Rehabilitation wurden jedoch keine expliziten Bedarfsanalysen und -prognosen durchgeführt, sondern die bisherigen Leistungsaufträge, sofern eine Bewerbung vorlag, wieder vergeben. Der vorliegende Versorgungsplanungsbericht Psychiatrie dient als Grundlage für eine gemeinsame Versorgungsplanung in der GGR und darauf aufbauend für die gleichlautenden Spitallisten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft in der Psychiatrie per 1. Januar 2024.

Die Versorgungsplanung gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 ([SR 832.10](#)) betrifft die Planung der Versorgung der Kantonsbevölkerung mit somatischen, rehabilitativen und psychiatrischen Spitalleistungen durch die beiden Kantone. Diese stellen den konkreten Bedarf an Spitalleistungen der Kantonsbevölkerung fest und bezeichnen die Spitäler, welche für die Sicherstellung der Versorgung geeignet und notwendig sind. Was unter einer «Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung» (Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG) zu verstehen ist, wird durch die einheitlichen Planungskriterien näher bestimmt, welche der Bundesrat gestützt auf Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG erlassen hat. Die Grundzüge der Bedarfsermittlung und -deckung nach KVG sind in Art. 58a bis Art. 58d der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 ([SR 832.102](#)) festgelegt. Art. 58f KVV (in Verbindung mit Art. 39 KVG) regelt schliesslich die Umsetzung der Versorgungsplanung auf Ebene der Spitalliste.

Der Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung vom 6. Februar 2018 (BL: [SGS 930.001](#); BS: [SG 333.200](#)) führt in § 3 aus, dass «die gemeinsame Planung, Regulation und Aufsicht insbesondere das stationäre und ambulante Angebot umfasst». § 7 hält fest, dass der Versorgungsplanungsbericht bikantonal erarbeitet wird und als Grundlage für die Spitallisten dient.

² Siehe Kapitel 2.

³ Für detailliertere Ausführungen zu den Patientenströmen zwischen 2011 und 2016 sowie der bisherigen Versorgungsplanung in der GGR siehe Steiner et al. (2019). Detailliertere Informationen zu aktuellen Patientenströmen siehe Kapitel 2.3.1.



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. Die Sicherstellung der Qualität und Wirtschaftlichkeit erfolgt gemäss Art. 58d KVV; die Versorgungsplanung gemäss Art. 58b KVV. Dieser hält fest, dass die Kantone den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten ermitteln, sich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche stützen und bei der Bedarfsprognose die relevanten Einflussfaktoren berücksichtigen. Dabei beachten sie auch das Angebot, welches in Einrichtungen beansprucht wird, welche nicht auf den kantonalen Spitallisten sind (Art. 58b Abs. 2 KVV). Der Versorgungsplanungsbericht erfüllt somit die Anforderungen an die Versorgungsplanung gemäss Art. 58b Abs. 1 bis Abs. 3 KVV mittels einer Bedarfsanalyse und Bedarfsprognose. Er berücksichtigt auch die Empfehlungen der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) zur Spitalplanung vom 20. Mai 2022 (GDK 2022) und die darin enthaltenen Ausführungen u. a. zur Bedarfsgerechtigkeit, Wirtschaftlichkeit und Qualität. Da in der Psychiatrie die Abgrenzung zwischen stationär und ambulant nicht nur medizinisch, sondern auch gesellschaftlich bedingt ist⁴, wird in Kapitel 2 nicht nur der Stand der Versorgung im stationären, sondern auch im ambulanten und intermediären Bereich aufgezeigt. Kapitel 2 beschreibt zudem die GGR hinsichtlich der politischen, geographischen und demographischen Aufstellung und Entwicklung. In Kapitel 3 wird die Nomenklatur sowie das methodische Vorgehen bei der Bedarfsanalyse und -prognose erläutert und in Kapitel 4 werden die Resultate dieser Berechnungen dargestellt. Kapitel 5 ordnet diese Ergebnisse ein und zeigt mögliche Handlungsoptionen auf. Kapitel 6 beschreibt das weitere Verfahren zur Bewerbung und dem Verlagerungsdialog.

Vorgängig zur Versorgungsplanung haben 43 Expertinnen und Experten in den letzten rund zwei Jahren fünf Fachkonzepte und daraus abgeleitet ein Psychiatriekonzept erstellt (siehe Abbildung 1).⁵

⁴ Dies zeigt sich z. B. wenn die Art der ambulanten und stationären Versorgung in verschiedenen Nachbarländern der Schweiz verglichen wird. Siehe dazu z. B. Barbui et al. 2018 oder WHO 2022. Zudem zeigt sich, dass die relative Anzahl psychiatrischer Betten stark mit verschiedenen Wohlstandsindikatoren zusammenhängt (siehe dazu Metcalfe und Drake 2020).

⁵ Die Konzepte werden gemeinsam mit dem *Versorgungsplanungsbericht 2022: Gemeinsame Gesundheitsregion – Psychiatrische Versorgung* im Dezember 2022 veröffentlicht.

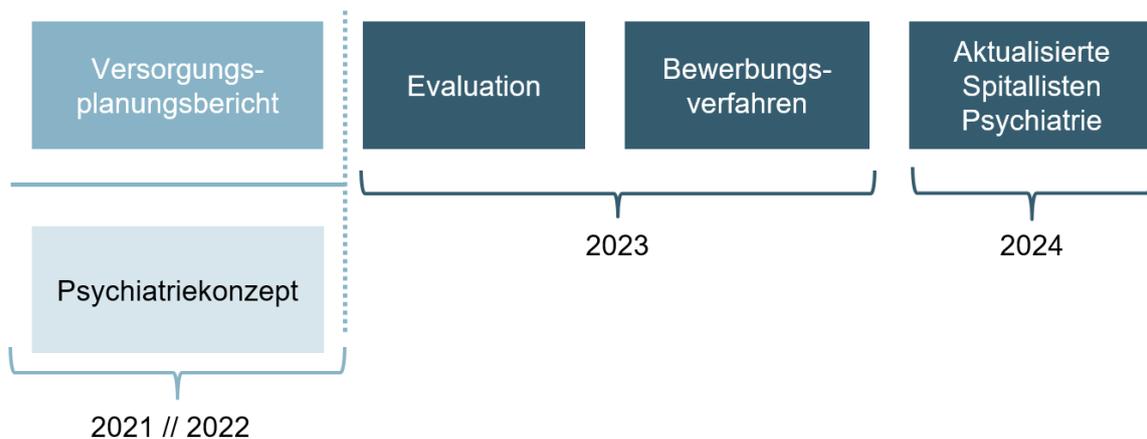


Abbildung 1 Bausteine und Prozess zur Erarbeitung der aktualisierten gleichlautenden Spitallisten Psychiatrie (eigene Darstellung)

Das Psychiatriekonzept (Baumgartner et al. 2022) bildet aus Sicht der erwähnten Fachexpertinnen und Fachexperten seitens der Leistungserbringenden den allgemeinen Rahmen für die mögliche zukünftige Entwicklung der Versorgung in der Region ab und schlägt anhand von Handlungsfeldern und Empfehlungen Schwerpunkte für die Versorgungsentwicklung in der GGR vor. Die Fachkonzepte vertiefen folgende fünf Gebiete der Psychiatrie: Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Alterspsychiatrie, Abhängigkeitserkrankungen und Forensik.

Im vorliegenden Versorgungsplanungsbericht wird insbesondere im Kapitel 5 Bezug auf das Psychiatriekonzept genommen. Es ist nicht der Anspruch der Psychiatrieplanung, sämtliche Empfehlungen der Konzepte umzusetzen. Die Konzepte dienen als qualitative Orientierung sowie zur Einordnung der quantitativen Analysen im Rahmen des Versorgungsplanungsberichts und der daraus folgenden zukünftigen Ausrichtung der psychiatrischen Versorgung in der Region.

Im Oktober 2022 fand eine Vernehmlassung dieses Versorgungsplanungsberichts statt. Mit der Veröffentlichung des Versorgungsplanungsberichts im Dezember 2022 startet das Bewerbungsverfahren für die gleichlautenden Spitallisten Psychiatrie der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft.

2 Die Gemeinsame Gesundheitsregion

Die geographische Ausdehnung des Jura-Nordbogens kann als «integraler Gesundheitsraum» für alle Aspekte des Leistungsspektrums sowie für alle Bevölkerungsgruppen und Altersstufen betrachtet werden. Der Jura-Nordbogen bezeichnet die schweizerischen Gebiete der Kantone Basel-Landschaft, Basel-Stadt, der solothurnischen Bezirke Thierstein und Dorneck sowie des Bezirks Rheinfelden und Teilen des Bezirks Laufenburg im Kanton Aargau. Ausgenommen sind die Gebiete des französischen Sundgaus und des deutschen Bundeslands Baden-Württemberg. Der vorliegende Versorgungsplanungsbericht konzentriert sich auf die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft, welche einen wesentlichen Teil des Jura-Nordbogens umfassen.

2.1 Geographische Aufstellung

Die GGR besteht aus den Kantonen Basel-Stadt sowie Basel-Landschaft mit rund einer halben Million Einwohnerinnen und Einwohnern. Der Kanton Basel-Stadt gliedert sich in die Stadt Basel sowie die Gemeinden Riehen und Bettingen. Der Kanton Basel-Landschaft ist politisch in fünf Bezirke mit 86 Gemeinden gegliedert (siehe Abbildungen 2 und 3).

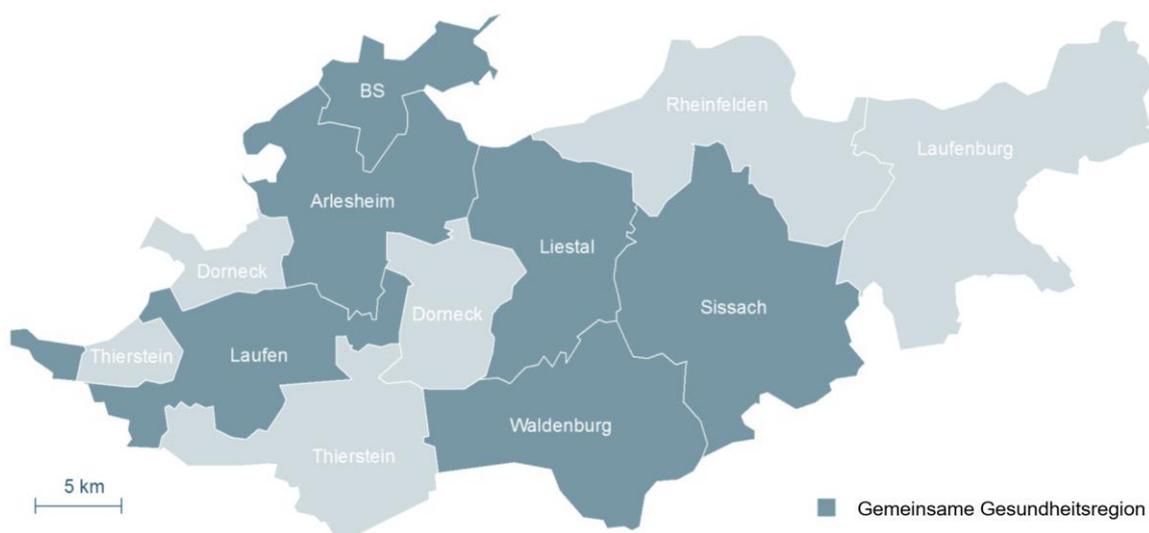


Abbildung 2 Die politische Gliederung der Nordwestschweiz (GEOSTAT BFS, eigene Darstellung)

Mit der Stadt Basel als städtischem Zentrum (rund 173'100 Einwohnerinnen und Einwohner, Stand 31.12.2021) und den suburbanen Gemeinden des Bezirks Arlesheim (ca. 157'600 Einwohnerinnen und Einwohner) sowie der Gemeinde Riehen (ca. 21'800 Einwohnerinnen und Einwohner) konzentrieren sich über zwei Drittel der Bevölkerung der GGR auf 133 Quadratkilometer (Arealstatistik Bundesamt für Statistik [BFS]) (siehe auch Tabellen 1 und 2). Mit 2'656 Einwohnerinnen und Einwohnern



pro Quadratkilometer ist die Bevölkerungsdichte im Gebiet des Kantons Basel-Stadt und dem Bezirk Arlesheim sehr hoch. Zum Vergleich beträgt die Bevölkerungsdichte des Kantons Genf 1'804 Einwohnerinnen und Einwohner pro Quadratkilometer. Dem stehen die weiteren, eher ländlich geprägten Gebiete der Baselbieter Bezirke Liestal, Sissach, Waldenburg und Laufen mit rund 135'200 Einwohnerinnen und Einwohnern und einer Bevölkerungsdichte von 321 Einwohnerinnen und Einwohner pro Quadratkilometer gegenüber. Die Bevölkerungsdichte der gesamten GGR von 881 Einwohnerinnen und Einwohner pro Quadratkilometer ist vergleichbar mit derjenigen des Kantons Zürich.

Die Bezirke des Kantons Basel-Landschaft unterscheiden sich erheblich hinsichtlich der Anzahl der Gemeinden pro Bezirk. So besteht der Bezirk Sissach aus 29 Gemeinden, während sich der Bezirk Laufen in 13 Gemeinden gliedert (siehe Tabelle 1).

Bezirk	Einwohner/innen	Fläche in km²	Anzahl Gemeinden
Arlesheim	157'641	96,19	15
Laufen	20'568	89,55	13
Liestal	62'061	85,96	14
Sissach	36'420	141,04	29
Waldenburg	16'127	105,01	15
Total	292'817	517,55	86

Tabelle 1 Kennzahlen der Bezirke des Kantons Basel-Landschaft per 31. Dezember 2021 (STATPOP BFS, Arealstatistik BFS)

Die ständige Wohnbevölkerung des Kantons Basel-Stadt ist mit 196'036 Personen um rund ein Drittel geringer als die des Kantons Basel-Landschaft.

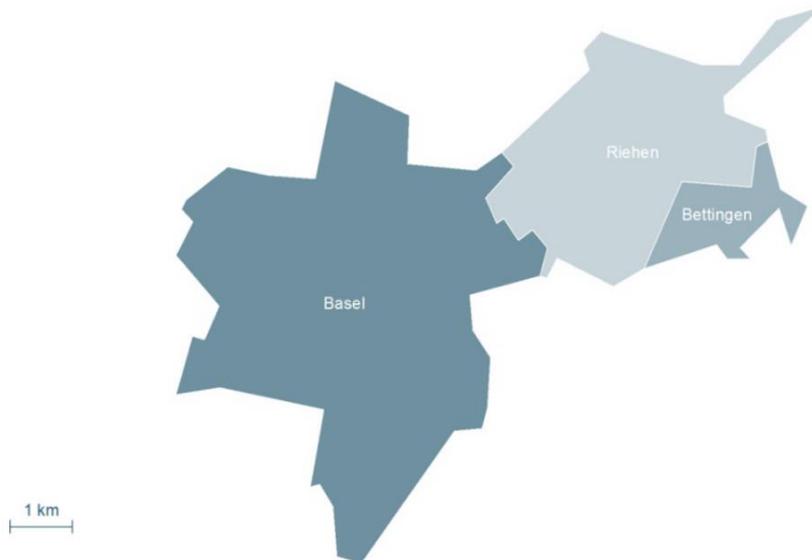


Abbildung 3 Die politische Gliederung des Kantons Basel-Stadt (GEOSTAT BFS, eigene Darstellung)

Nachfolgend sind in Tabelle 2 die politischen Gemeinden der GGR mit mehr als 10'000 Einwohnerinnen und Einwohnern per 31. Dezember 2021 aufgelistet:

Politische Gemeinde	Einwohner/innen
Basel	173'064
Riehen	21'755
Allschwil	21'570
Reinach	19'340
Muttenz	17'929
Pratteln	16'447
Binningen	15'616
Liestal	15'082
Münchenstein	12'049
Oberwil	11'114
Aesch	10'503
Birsfelden	10'347
Therwil	10'019

Tabelle 2 Die bevölkerungsstärksten Gemeinden der GGR (STATPOP BFS)

2.2 Bevölkerungsentwicklung in den Jahren 2010 bis 2020

Die Zahl der Menschen in der GGR ist in den letzten elf Jahren (2010 bis 2020) um 28'400 (6.2 %) gestiegen. Dabei ist die Zahl der über 64-jährigen Menschen um rund 11'900 Personen (12.9 %) und die Zahl der Kinder und Jugendlichen um rund 6'000 (8.0 %) angewachsen. Die grosse Gruppe der Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren ist dagegen um absolut 10'500 (3.6 %) unterproportional zur Gesamtentwicklung angestiegen (siehe Abbildung 4). Die Zahl der Menschen in der GGR entwickelte sich weniger dynamisch als in der Schweiz. Für den gleichen Zeitraum wird in der Schweiz ein Bevölkerungswachstum von 10.2 Prozent ermittelt.

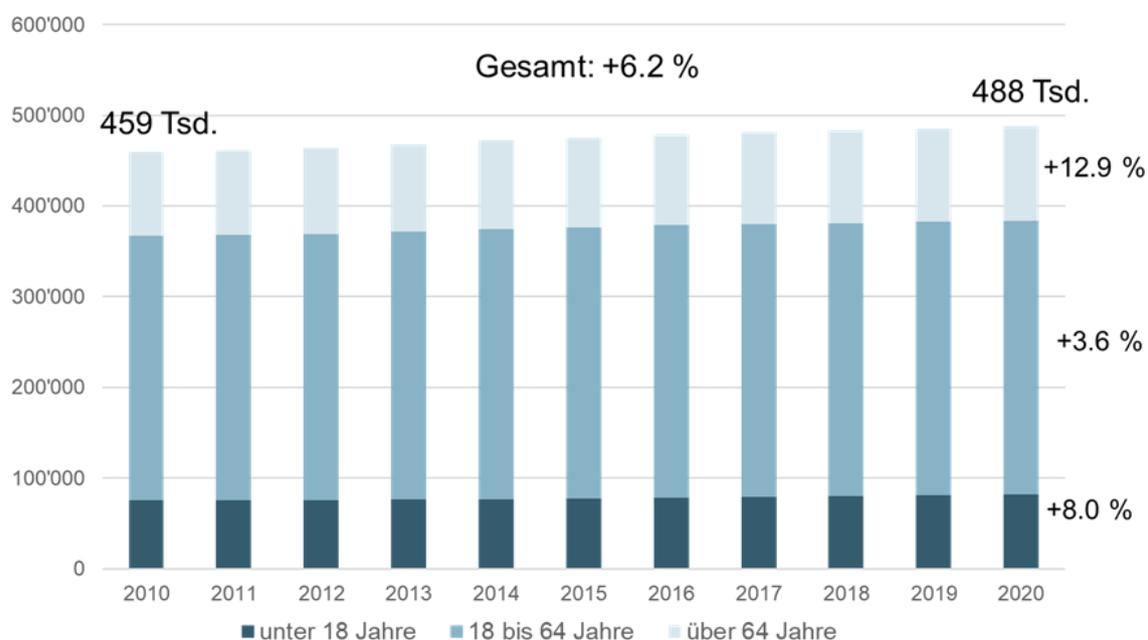


Abbildung 4 Bevölkerungsentwicklung der ständigen Wohnbevölkerung in der GGR nach Altersstruktur, Tsd. = Tausend (STATPOP BFS, eigene Darstellung)

Besonders auffällig ist der deutliche prozentuale Anstieg der über 64-Jährigen in den Bezirken Sissach (36.2 %), Laufen (31.5 %), Waldenburg (30.2 %) und Liestal (29.1 %), während in den Gemeinden Basel und Riehen die Zahl der über 64-Jährigen seit 2010 fast nicht gestiegen ist (STATPOP BFS).



2.3 Die Region aus Sicht der psychiatrischen Versorgung

Neben der deskriptiven Vorstellung der derzeitigen stationären Versorgung in der Psychiatrie werden in diesem Kapitel auch wesentliche Aspekte der ambulanten und intermediären psychiatrischen Versorgung in der GGR vorgestellt.⁶ Die ambulante und intermediäre Versorgung werden zusätzlich betrachtet, da in der Psychiatrie die Übergänge zwischen einer stationären und ambulanten Behandlung zum einen fließend und zum anderen nicht nur medizinisch, sondern wie in der Einleitung geschrieben auch gesellschaftlich bedingt sind.

Im Folgenden werden die psychiatrischen Leistungen anhand von stationären Fällen⁷ und Pflegetagen quantifiziert. Zur Abgrenzung der psychiatrischen Fälle gegenüber Fällen der Akutsomatik und der Rehabilitation wurde die Berner Systematik (siehe Kapitel 3.1) als Orientierung herangezogen. Für die Zuteilung der Fälle auf Leistungsgruppen wird in der Berner Systematik die Hauptdiagnose verwendet. Es wurden folglich alle Fälle, welche eine Hauptdiagnose aus dem Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99) oder die Hauptdiagnosen G30-G32 Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems aus dem Kapitel VI Krankheiten des Nervensystems⁸ des Diagnoseklassifikationssystems *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10)*⁹ haben, als psychiatrische Fälle betrachtet.

Die Abgrenzung der Fälle gegenüber akutsomatischen und rehabilitativen Fällen mittels dieser Methode ist mit einigen Limitationen verbunden. Die Herleitung der Fälle anhand der Hauptdiagnose hat den Nachteil, dass es Fälle gibt, welche sowohl in der Akutsomatik (vgl. Steiner et al. 2019) als auch in der Psychiatrie berücksichtigt werden. Dies lässt sich auch nicht beheben, wenn Fälle über die Abrechnungsart abgegrenzt werden.¹⁰ Für die Analysen wurden deshalb jeweils alle oben beschriebenen Fälle berücksichtigt. Eine Ergänzung wurde bei der Bedarfsprognose gemacht. Die Resultate der Bedarfsprognose werden einmal mit allen Fällen dargestellt; zusätzlich wird ein Schlüssel, welcher zwischen Fällen in psychiatrischen Abteilungen und somatischen Abteilungen differenziert,

⁶ Pflegeheime oder sozialpsychiatrische Institutionen erbringen u. a. auch Leistungen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Diese werden jedoch im Rahmen der stationären Versorgungsplanung nicht berücksichtigt.

⁷ Als Fall in den folgenden Auswertungen – sofern nicht anders definiert – werden diejenigen stationären Behandlungen gezählt, welche im entsprechenden Jahr ausgetreten sind (unabhängig vom Eintritt). Patientinnen und Patienten, welche im entsprechenden Datenjahr eintreten, aber erst im darauffolgenden Datenjahr austreten, werden zum nächsten Datenjahr gezählt. Wenn eine Patientin resp. ein Patient während des vollständigen Kalenderjahrs in stationärer Behandlung ist, wird sie resp. er ebenfalls als Fall in dem entsprechenden Kalenderjahr gezählt. Tritt eine Patientin resp. ein Patient aus und erfolgt ein Wiedereintritt in dasselbe Spital innerhalb von 18 Tagen, wird dies als ein Fall gezählt. Eine Ausnahme besteht bei Wiedereintritten von einer forensischen in eine nicht-forensische Abteilung oder umgekehrt. Hier gibt es keine Fallzusammenführungen. Erfolgt ein Wiedereintritt nach 18 Tagen, wird ein weiterer Fall eröffnet.

⁸ Die Diagnose G30 Alzheimer-Krankheit kann sowohl als F00 oder als G30 klassifiziert werden. Die Diagnosen G30-G32 *Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems* wurden deshalb ebenfalls berücksichtigt.

⁹ Die ICD-10 wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstellt. In der Schweiz verwenden die Leistungserbringer für die Kodierung der Diagnosen die «German Modification» (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2022).

¹⁰ Die stationären Fälle nach der Abrechnungsart (d. h. nach der Variable «Tarif für die Abrechnung» der Medizinischen Statistik des BFS) zu filtern, bringt ebenfalls Nachteile mit sich, da einige Kliniken, welche sowohl psychiatrische als auch akutsomatische Leistungsaufträge haben, alle stationären Fälle über SwissDRG abrechnen.

auf die Bedarfsprognose angewendet. Der Schlüssel wurde mittels der Variable «Tarif für die Abrechnung» aus der Medizinischen Statistik des BFS berechnet (siehe auch Kapitel 3.4 und 4.2). Je nach Alters- und Diagnosegruppe liegt der Anteil der Pflergetage in psychiatrischen Kliniken im Verhältnis zu allen Pflergetagen mit einer entsprechenden Hauptdiagnose zwischen 69.7 bis 100 Prozent. Der Durchschnitt über alle Alters- und Diagnosegruppen beläuft sich auf 93 Prozent.

2.3.1 Stationäre Inanspruchnahme

Im Jahr 2020 wurden 8'082 Fälle¹¹ von Patientinnen und Patienten mit Wohnort in der GGR mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose in einem Spital stationär behandelt (siehe Abbildung 5). Der Grossteil wurde in Spitälern der GGR behandelt (87.1 %), die übrigen rund 1'000 Fälle wurden in Spitälern ausserhalb der GGR behandelt. In den Spitälern in der GGR wurden 8'257 psychiatrische Fälle stationär aufgenommen. Davon hatten 14.7 Prozent ihren Wohnort nicht in der GGR. Mit 175 Fällen erzielt die GGR einen leichten «Exportüberschuss». Innerhalb der GGR werden 61.5 Prozent der Fälle von Patientinnen und Patienten mit Wohnort im Kanton Basel-Landschaft auch in psychiatrischen Kliniken des Kantons Basel-Landschaft behandelt. Mit 82.2 Prozent ist der Anteil innerkantonalen Behandlungen im Kanton Basel-Stadt höher. (Medizinische Statistik BFS)

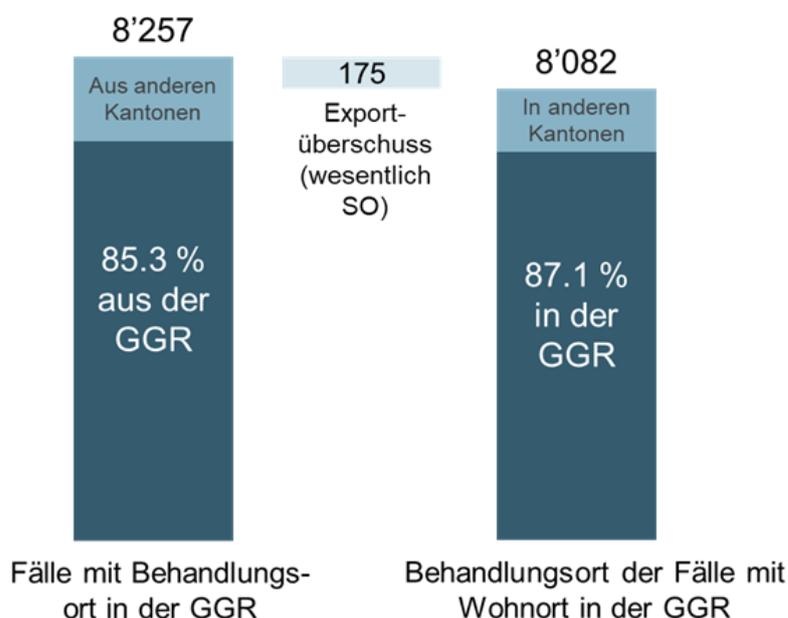


Abbildung 5 Patientenstromanalyse, Datenjahr 2020 (Medizinische Statistik BFS, eigene Darstellung)

¹¹ Die in Kapitel 2 dargestellten deskriptiven Abbildungen und Tabellen enthalten jeweils alle Fälle inkl. der forensischen Fälle. Im Jahr 2019 gab es in der GGR 76 stationäre forensische Fälle und im Jahr 2020 waren es 47 Fälle (Medizinische Statistik BFS).



Der Grossteil der «ausserkantonalen» Patientinnen und Patienten stammt aus den Kantonen Solothurn (5.1 % aller Fälle mit Behandlungsort GGR) und Aargau (2.8 %). 4.8 Prozent der Patientinnen und Patienten aus der GGR lassen sich im Kanton Aargau behandeln. Von den 1'039 ausserkantonal behandelten Patientinnen und Patienten aus der GGR werden 34.0 Prozent in einer Klinik des Jura-Nordbogens¹² behandelt. Die Patientenströme sind seit dem Jahr 2016 stabil. (Medizinische Statistik BFS)

Hospitalisierungsraten

Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen variiert je nach Region in der Schweiz stark. Die Hospitalisierungsrate in der Psychiatrie (Tabelle 3) liegt im Kanton Basel-Landschaft im Jahr 2020 bei 13.5 Hospitalisierungen pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner (2019: 12.7), im Kanton Basel-Stadt liegt diese bei 19.7 Hospitalisierungen pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner (2019: 19.5). Der schweizerische Durchschnittswert beträgt 11.7 Hospitalisierungen pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner (2019: 11.5) und der tiefste schweizerische Wert im Kanton Appenzell Innerrhoden entspricht 6.7 Hospitalisierungen pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner (2019: 8.6). Die Hospitalisierungsrate in der GGR ist im Jahr 2020 mit 16.0 Hospitalisierungen pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner die höchste in der Schweiz.

Es stellt sich daher die Frage, welche Ursachen diese regionalen Variationen haben. Eine mögliche Hypothese ist, dass die hohen Hospitalisierungsraten auf ein unterdurchschnittlich ausgebautes ambulantes und intermediäres Angebot zurückzuführen sind. Zur Überprüfung der Hypothese kann die Analyse der schweizweiten ambulanten Leistungsanspruchnahme wertvolle Hinweise geben (siehe Kapitel 2.3.4).

¹² Die Klinik Barmelweid wurde aufgrund ihrer Nähe zum Kanton Basel-Landschaft ebenfalls zum Jura-Nordbogen hinzugezählt, auch wenn diese im Bezirk Aarau liegt.



Wohnkanton	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
BS	19.7	19.9	18.3	21.1	21.0	20.8	20.5	20.6	21.0	20.1	15.8	16.8
AR	14.3	13.7	13.3	15.2	13.7	13.2	13.4	11.9	12.1	9.7	11.7	10.3
JU	13.5	13.8	12.8	14.4	13.5	11.6	10.8	12.5	10.9	11.5	12.4	8.4
BL	13.5	13.1	12.7	13.3	13.1	12.2	12.0	11.8	10.5	10.7	10.2	9.9
TG	13.3	13.3	13.1	13.7	12.7	12.8	12.2	11.7	11.6	11.2	10.8	10.4
BE	13.1	13	12.6	12.4	12.1	11.6	11.1	10.7	10.9	10.7	10.7	9.6
GL	12.9	13.5	12.2	12.1	10.6	11.4	12.8	15.4	12.5	11.4	10.2	9.5
SO	12.8	13.1	12.3	13.0	13.3	12.5	11.4	11.2	10.5	10.3	10.0	9.2
ZH	12.6	12.5	12.3	12.5	11.9	11.5	11.4	11.1	10.8	10.8	10.8	10.7
SG	12.2	12.5	12.3	12.6	12.1	11.6	11.5	10.7	10.6	10.2	10.2	9.8
NE	12.2	12.4	11.6	12.1	10.8	10.2	10.4	10.2	9.7	12.2	10.1	10.9
CH	11.7	11.8	11.6	11.9	11.6	11.4	11.1	11.0	10.9	11.0	10.6	10.1
TI	11.6	12.7	11.9	12.0	11.4	11.3	10.8	10.4	11.0	10.8	11.2	10.6
SH	11.4	12.2	12.4	12.0	11.5	11.7	11.7	11.5	10.7	10.1	9.9	10.3
VS	11.4	11.6	11.5	12.5	12.3	11.8	11.4	11.9	12.2	11.3	10.6	9.5
AG	10.9	11.0	10.6	10.8	10.0	9.7	10.0	9.0	8.7	7.8	8.1	7.3
GR	10.7	11.2	10.9	11.1	11.1	11.1	10.4	10.7	10.3	9.5	9.7	8.7
GE	10.3	10.0	10.0	10.7	11.2	12.8	13.7	14.7	15.4	19.1	17.2	17.6
FR	10.1	11.0	10.5	10.7	10.6	11.1	10.6	10.7	10.9	11.4	10.8	10.1
VD	9.4	10.2	10.3	10.8	10.9	10.6	9.8	10.0	10.5	10.9	10.6	9.6
LU	9.0	9.3	9.4	9.7	9.7	9.4	9.8	9.2	9.0	8.4	7.3	7.2
ZG	9.0	8.3	9.0	9.2	8.1	8.7	8.4	8.3	8.3	7.6	7.3	7.9
SZ	8.8	8.5	8.7	8.4	9.1	8.0	7.3	7.8	8.0	7.8	6.5	7.0
OW	8.5	8.6	8.4	9.3	9.2	8.1	8.0	7.2	7.7	7.0	7.2	7.4
UR	8.3	6.7	8.2	9.2	7.9	6.5	7.1	6.4	7.4	8.2	7.7	6.6
NW	7.4	8.3	7.7	5.9	7.0	6.5	7.4	6.7	7.1	7.3	7.1	6.4
AI	6.7	8.6	6.5	8.7	7.4	5.9	7.1	6.8	5.3	6.2	6.8	7.6

Tabelle 3 Hospitalisierungsrate bei psychischen Erkrankungen (in sämtlichen Versorgungsbereichen), standardisierte Rate (nach Alter und Geschlecht) pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner (hier Fälle) (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium [Obsan] 2022)

Aufenthaltsdauer

Die durchschnittliche Dauer von Spitalaufenthalten aufgrund einer psychischen Erkrankung (Hauptdiagnose) variiert ebenfalls je nach Wohnkanton der Patientinnen und Patienten. Die mittlere Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft ist im Jahr 2019 um drei Tage höher als von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Basel-Stadt und sieben Tage höher als der Schweizer Durchschnitt. Der Median für die Wohnbevölkerung des Kantons Basel-Landschaft (20 Tage) ist ebenfalls höher als für diejenige des Kantons Basel-Stadt (18 Tage)

und der restlichen Schweiz (16 Tage). Weiter gibt es Unterschiede hinsichtlich der mittleren Aufenthaltsdauer zwischen den verschiedenen Leistungsgruppen. Eine ausführliche Darstellung findet sich in Tabelle 4. Es bestätigt sich bei der differenzierten Betrachtung das Gesamtbild. So ist die mittlere Aufenthaltsdauer in der GGR in fast allen Leistungsbereichen höher als die mittlere Aufenthaltsdauer der Schweiz.

Kantone	Gesamt		F0+G3		F1		F2		F3		F4		F6		F5, F7-F9	
	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M
ZG	33	24	23	14	27	16	32	26	41	36	26	20	35	22	54	40
AR	31	22	20	12	26	12	31	24	39	35	24	17	34	24	42	25
LU	34	22	20	11	28	16	43	22	40	36	26	15	33	17	43	25
OW	29	22	25	19	23	15	39	25	29	25	28	27	29	15	37	17
SZ	30	22	20	14	22	8	40	25	39	36	21	10	35	29	29	17
UR	29	22	49	21	16	5	33	25	39	35	18	12	-	-	-	-
GR	31	21	27	18	22	12	43	31	36	31	21	11	37	30	42	35
BL	34	20	27	15	23	10	57	20	41	36	23	17	41	32	43	23
SG	30	20	26	16	22	11	37	22	36	32	20	14	37	18	55	41
TG	33	20	22	14	25	12	44	20	39	35	24	15	48	35	38	16
AG	30	19	23	16	24	11	50	24	35	34	21	9	35	22	34	18
AI	29	18	18	9	15	7	52	43	30	24	27	27	-	-	-	-
BS	31	18	23	17	24	14	49	19	37	31	21	12	25	8	52	42
NW	26	18	21	10	19	11	21	14	34	30	16	8	32	30	57	37
BE	27	17	20	12	20	11	34	20	34	28	20	11	30	15	55	34
SH	32	17	17	11	29	14	46	13	37	31	22	12	30	13	42	20
ZH	28	17	19	12	21	12	36	19	33	29	22	11	29	17	40	27
SO	28	16	22	15	24	13	26	13	35	33	20	9	37	15	37	16
CH	27	16	22	14	20	11	35	18	33	27	20	11	28	14	36	18
JU	20	15	23	18	12	7	20	12	23	20	19	17	11	6	27	18
NE	21	15	21	14	15	10	31	18	24	21	15	12	17	11	20	9
TI	23	15	18	15	13	5	26	17	31	25	20	12	26	18	32	19
FR	21	14	25	15	17	11	26	15	23	17	14	9	15	10	25	15
GE	25	14	29	17	17	14	37	15	25	18	21	10	19	9	22	9
VD	22	14	20	13	14	9	33	20	25	20	13	8	19	10	22	14
GL	24	13	14	11	17	9	19	11	35	28	21	10	35	12	36	14
VS	22	13	29	16	12	6	25	15	27	19	15	9	13	7	19	7

Tabelle 4 Dauer der Spitalaufenthalte in Tagen nach Leistungsgruppen in der Schweiz 2019, D = Durchschnitt, M = Median (Medizinische Statistik BFS)¹³

¹³ Es wurden für diese Analyse nur Fälle betrachtet, welche im entsprechenden Jahr ausgetreten sind (unabhängig vom Eintrittsdatum). Bei der Berechnung des Durchschnitts kann es dadurch zu hohen Werten aufgrund einzelner Ausreisser

Die mittlere Aufenthaltsdauer ist zwischen den Jahren 2012 und 2020 in der stationären Psychiatrie schweizweit um rund 2.5 Tage gesunken, während bei dieser in den beiden Kantonen der GGR kein klarer Trend erkennbar ist. Der Median der gesamten Schweiz über alle Diagnosegruppen lag zwischen 2012 und 2020 immer bei 16. In der GGR lag der Median 2012 für beide Kantone ebenfalls bei 16, ist jedoch in den letzten Jahren eher gestiegen (Medizinische Statistik BFS).

2.3.2 Stationäres Versorgungsangebot

In der GGR gab es im Jahr 2020 17 Spitäler, welche psychiatrische Fälle behandelt haben. Davon befinden sich sieben auf der *Spitalliste Psychiatrie* vom 1. Juli 2021. Abbildung 6 zeigt eine Karte aller Spitäler in der GGR, welche stationäre psychiatrische Behandlungen durchgeführt haben.

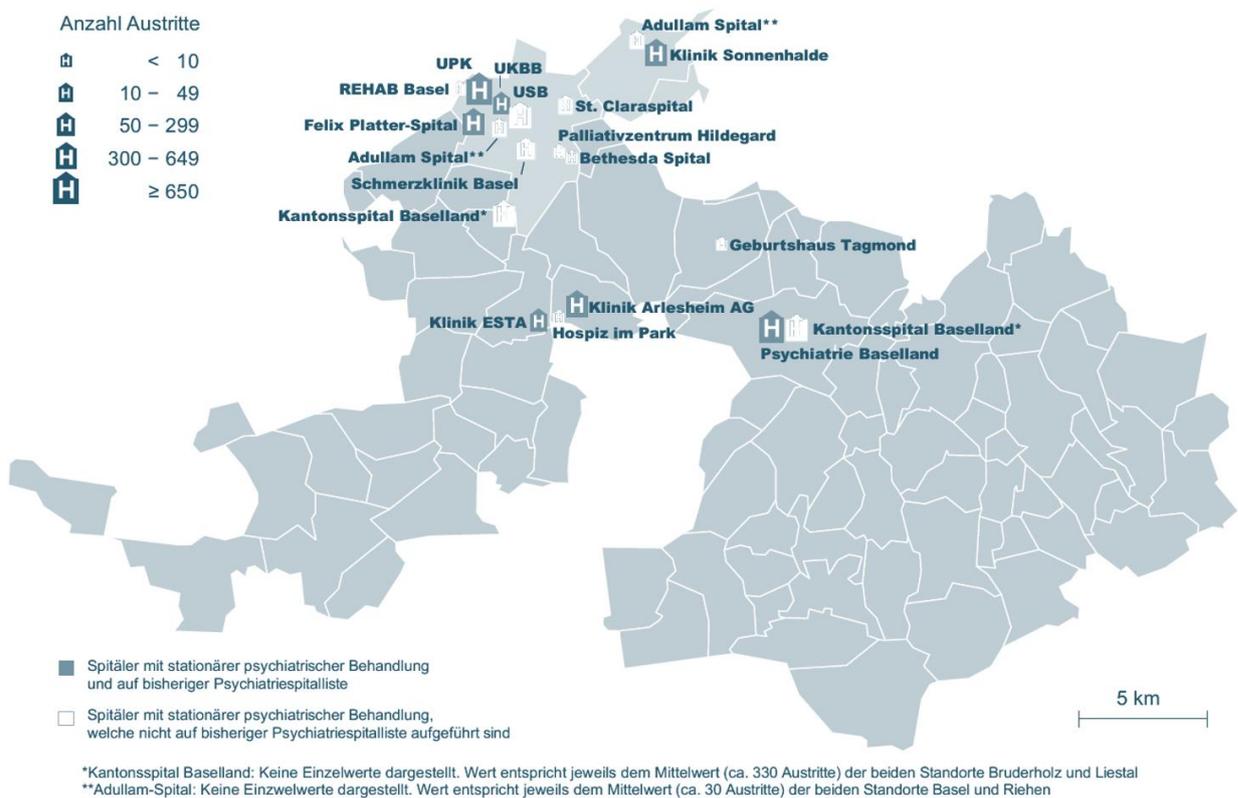


Abbildung 6 Übersicht der Spitäler mit stationären psychiatrischen Behandlungen in der GGR (eigene Darstellung)

Stationäres psychiatrisches Angebot nach Anbieter in der GGR

Die 8'257 Fälle im Jahr 2020 wurden in den Spitälern, welche in Tabelle 5 aufgeführt sind, behandelt. Die dunkel hinterlegten Spitäler verfügen über einen psychiatrischen Leistungsauftrag gemäss den gleichlautenden Spitallisten der beiden Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt vom 1. Juli 2021.

kommen. Es wird deshalb noch der Median dargestellt. Die forensischen Fälle sind in dieser Analyse enthalten. Bei fünf oder weniger Beobachtungen wurden die Werte nicht dargestellt, sondern ein Strich eingefügt.

Diese decken 82.0 Prozent der Fälle ab. Die höchsten Marktanteile im Jahr 2020 entfallen auf die Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) und die Psychiatrie Baselland (PBL). Auffallend sind die recht hohen Marktanteile des Kantonsspitals Baselland (KSBL) (8.1 %) und des Universitätsspitals Basel (USB) (7.3 %) als akutsomatische Spitäler.¹⁴ Mit der Klinik Sonnenhalde (Privatspital) sowie der Universitären Altersmedizin Felix Platter (UAFP) im Kanton Basel-Stadt und der Klinik Arlesheim (Privatspital) sowie der Suchtklinik ESTA (Privatspital) im Kanton Basel-Landschaft ergänzen weitere Anbieter mit zielgruppenspezifischen Angeboten das psychiatrische Leistungsspektrum in der GGR.

Spitäler mit stationären psychiatrischen Behandlungen		Anteil der Fälle (in %)
Basel-Landschaft	Geburtshaus Tagmond	0.01
	Hospiz im Park	0.04
	Kantonsspital Baselland	8.09
	Klinik Arlesheim	4.38
	Klinik ESTA	1.55
	Psychiatrie Baselland	26.47
Basel-Stadt	Adullam Spital	0.69
	Bethesda Spital	0.07
	Klinik Sonnenhalde	5.61
	Palliativzentrum Hildegard	0.10
	REHAB Basel	0.05
	Schmerzklinik Basel	1.13
	St. Claraspital	0.52
	Universitäre Altersmedizin Felix Platter	7.51
	Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel	33.44
	Universitäts-Kinderspital beider Basel	3.00
	Universitätsspital Basel	7.34

Tabelle 5 Spitäler in der GGR, welche stationäre psychiatrische Behandlungen abgerechnet haben, Datenjahr 2020¹⁵ (Medizinische Statistik BFS)

Als Messgrösse für das stationäre Angebot dienen die «Planbetten» der Kliniken, welche sich auf den gleichlautenden *Spitallisten Psychiatrie* vom 1. Juli 2021 befinden (siehe Tabelle 6). Planbetten sind eine interne Kenngrösse der Spitäler. Darunter werden die Anzahl der für die Planung des Spitalbetriebs vorgesehenen Betten verstanden. Folgende Anzahl Planbetten standen in den Jahren 2012 bis 2020 in den Kliniken zur Verfügung:

¹⁴ Für die stationäre Aufnahme von psychiatrisch erkrankten Patientinnen und Patienten benötigen akutsomatische Spitäler keinen entsprechenden Leistungsauftrag auf der Spitalliste Psychiatrie, wenn bei diesen Patientinnen und Patienten die akutsomatische Behandlung im Vordergrund steht.

¹⁵ Dunkel hinterlegt sind Kliniken, welche bis anhin auf den Spitallisten Basel-Stadt und Basel-Landschaft einen Leistungsauftrag im Bereich Psychiatrie haben. Die Summe ergibt 99.9 %, der Grund dafür sind Rundungsdifferenzen.



Kanton	Spital	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Veränderung
BL	Klinik Arlesheim AG	33	33	41	42	42	45	45	45	45	12
BL	Klinik ESTA	15	15	15	15	15	15	24	24	24	9
BL	Psychiatrie Baselland	214	216	217	219	222	228	222	222	224	10
BS	Universitäre Altersmedizin Felix Platter	k. A.	33	34	k. A.						
BS	Klinik Sonnenhalde	68	68	68	68	68	68	68	68	68	0
BS	Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel ¹⁶	297	301	307	308	308	309	323	324	325	28
	Spitäler Kanton Basel-Landschaft	262	264	273	276	279	288	291	291	293	31
	Spitäler Kanton Basel-Stadt	365	369	375	376	376	377	391	425	427	28
	Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	13	13	15	15	15	k. A.
	GGR (Veränderung ohne UAFP und UKBB)	627	633	648	652	668	678	697	731	735	59

Tabelle 6 Planbetten (Krankenhausstatistik und Angaben UKBB)

Die Anzahl Planbetten ist in den Jahren 2012 bis 2020 um 59 Betten gestiegen. Nicht eingeschlossen in dieser Zahl sind die Veränderungen im UAFP und dem Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB), da dort die Zeitreihe nicht bis ins Jahr 2012 zurückreicht. Die Betten im UKBB entsprechen der Station Psychosomatik.

2.3.3 Intermediäres Versorgungsangebot und Inanspruchnahme

Das intermediäre Angebot widerspiegelt Leistungen, welche über eine ambulante psychotherapeutische Behandlung hinausgehen und somit zwischen dem stationären Angebot in Spitälern und dem ambulanten Angebot in der freien Praxis einzuordnen sind (Baumgartner et al. 2022). In der GGR sind dabei insbesondere die Tageskliniken, das Home Treatment und die Multisystemische Therapie (MST) wichtige Leistungen.

Mittels den intermediären Angeboten¹⁷ behandelten die Kliniken in der GGR im Jahr 2021 Patientinnen und Patienten im Umfang von 59'548 Behandlungstagen (8'748 Kinder- und Jugendpsychiatrie, 50'800 Erwachsenenpsychiatrie¹⁸). Davon entfallen 58'639 Behandlungstage (8'105 Kinder- und Jugendpsychiatrie¹⁹, 50'534 Erwachsenenpsychiatrie) auf die Wohnbevölkerung der beiden Basler

¹⁶ UPK inkl. 46 Betten in der Forensik (Angaben UPK).

¹⁷ Für die Berechnung des intermediären Angebots wurden die Tageskliniken der beiden Basler Kantone, das Home Treatment Angebot und die MST von Basel-Stadt berücksichtigt. Die Angaben stammen direkt von den Spitälern oder aus den Angaben im Rahmen der Gemeinwirtschaftlichen Leistungen.

¹⁸ Im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie werden im tagesklinischen Bereich teilweise auch Personen über 64 Jahren behandelt.

¹⁹ Für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie liegen die Zahlen für die MST nur für die Wohnbevölkerung des Kantons Basel-Stadt vor.



Kantone. Für die Inanspruchnahme ausserhalb der beiden Basler Kantone liegen den Kantonen keine Zahlen vor. Lediglich Behandlungen in Kliniken des Kantons Aargau sind für die Wohnbevölkerung der Erwachsenenpsychiatrie der GGR im Umfang von 1'845 Behandlungstagen für das Jahr 2021 bekannt. Die intermediäre und stationäre Inanspruchnahme der GGR Wohnbevölkerung umfasst für das Jahr 2020 306'742 Behandlungstage (stationäre Pflagestage 2020: 254'684 [Medizinische Statistik BFS]).²⁰ Für die verschiedenen Altersgruppen ist die Aufteilung für das Jahr 2020 wie folgt:

- Kinder- und Jugendpsychiatrie: 13'678 stationäre Pflagestage, 7'482 intermediäre Behandlungstage
- Erwachsenenpsychiatrie: 181'256 stationäre Pflagestage, 44'576 intermediäre Behandlungstage
- Alterspsychiatrie: 59'750 stationäre Pflagestage

Tagesklinisches Angebot

Neben den stationären psychiatrischen Angeboten betreiben die Kliniken in der GGR neun tagesklinische Angebote. Das Angebot stellt sich wie folgt dar:

UPK

- Diagnostisch-therapeutische Tagesklinik in Basel für Kinder/Jugendliche
- Psychotherapeutische Tagesklinik in Basel für Erwachsene
- Tagesklinische Plätze innerhalb der Abteilungen

Klinik Sonnenhalde

- Tagesklinik in Riehen für Erwachsene
- Tagesklinik in Reinach für Erwachsene

PBL

- Tagesklinik für Krisenintervention und Abhängigkeitserkrankungen in Binningen
- Psychotherapeutische Tagesklinik in Münchenstein
- Zwei Tageskliniken in Liestal für Erwachsene
- Tagesklinische Plätze innerhalb der Abteilungen

Ergänzt werden die tagesklinischen Angebote in der GGR durch ein Angebot der Klinik Schützen in Rheinfelden. Eine Übersicht des tagesklinischen Angebots und der tagesklinischen Behandlungen ist in Tabelle 7 dargestellt.

²⁰ Die Zahlen für das Jahr 2021 des stationären Bereichs lagen zum Zeitpunkt der Erstellung noch nicht vor, weshalb die Zahlen für das Jahr 2020 verwendet wurden. Bei den Zahlen zum stationären Bereich handelt es sich um Fälle, welche im entsprechenden Jahr ausgetreten sind.

Tageskliniken	Anzahl Plätze 2021	Patient/innen (Herkunft auch ausserhalb der GGR)			Behandlungstage alle tagesklinische Angebote
		2020	2021	Durchschnitt (2020/2021)	2020
UPK Erwachsene	16	65	70	68	5'577
UPK Erwachsene in Abteilungen	k. A.	156	164	160	
UPK Kinder / Jugendliche	8	21	20	21	2'086
PBL Binningen	18	0	128	128	0
PBL Liestal	32	187	174	181	7'546
PBL Münchenstein	16	74	126	100	3'570
PBL in Abteilungen	7	128	128	128	1'063
Sonnenhalde Riehen	30	136	129	133	5'442
Sonnenhalde Reinach	20	50	64	57	4'577
Gesamt (ohne UPK Kinder / Jugendliche)	139	796	819	950	27'775

Tabelle 7 Übersicht tagesklinische Angebote in der GGR (Angaben Spitäler GGR)

Wie auch das stationäre Angebot (siehe Abbildung 6) konzentriert sich auch das tagesklinische Angebot auf die bevölkerungsreichen Gebiete der Stadt Basel, den Bezirk Arlesheim und den Bezirk Liestal. In der Abbildung 7 sind die tagesklinischen Angebote dargestellt.

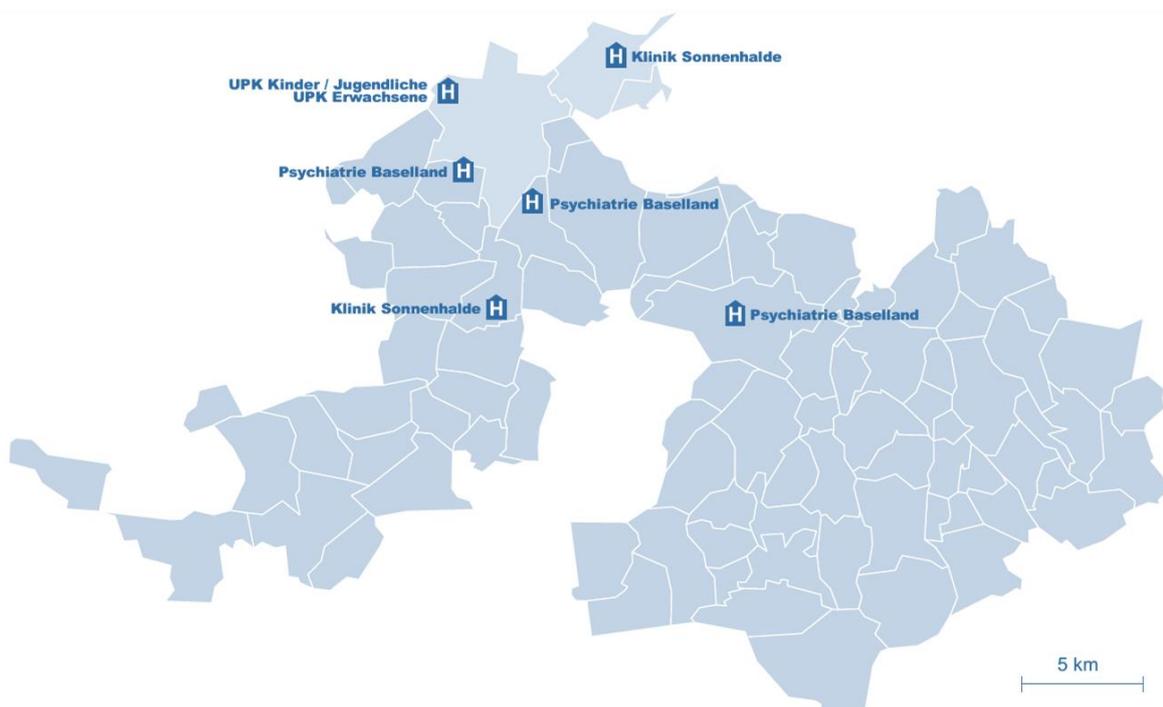


Abbildung 7 Übersicht der tagesklinischen Angebote in der GGR (eigene Darstellung)



Home Treatment

Ein weiteres intermediäres Angebot stellt das Home Treatment dar. Home Treatment ist eine intensive intermediäre Therapieform, bei der die Therapie in der Wohnumgebung der Patientinnen und Patienten stattfindet. Im Kanton Basel-Stadt startete das Projekt im Januar 2019. Es gibt zwei Formen des Home Treatments im Kanton Basel-Stadt: Home Treatment als Übergangsbehandlung nach einer stationären Behandlung und Home Treatment als längerfristige Behandlung. Die Übergangsbehandlung dauert maximal drei Monate. Seit Beginn bis Ende Mai 2022 wurden 586 Übergangsbehandlungen abgeschlossen (2019: 109 Fälle, 2020: 196 Fälle, 2021: 210 Fälle). Auch das Home Treatment bei der längerfristigen Behandlung folgt unmittelbar nach einer stationären Entlassung und verfolgt das Ziel einer langfristigen, zeitlich potenziell unbegrenzten ambulanten Behandlung. Seit Beginn bis Ende Mai 2022 wurden 86 solche Behandlungen abgeschlossen (2019: 16 Fälle, 2020: 30 Fälle, 2021: 28 Fälle). Durchschnittlich wurden bei der längerfristigen Behandlung in den letzten zwei Jahren jeweils ungefähr 50 bis 60 Patientinnen und Patienten pro Monat behandelt. Seit Beginn des Jahres 2022 beläuft sich die Anzahl auf rund 75 bis 85 Patientinnen und Patienten pro Monat. Bei den Übergangsbehandlungen wurden in den Jahren 2020, 2021 und bis Ende Mai 2022 ungefähr 50 bis 60 Patientinnen und Patienten pro Monat behandelt. Gesamthaft entspricht dies für das Jahr 2021 20'162 Behandlungstagen (2020: 17'582)²¹ (Angaben UPK).

Im Kanton Basel-Landschaft wird Home Treatment erst seit dem 1. Juli 2022 angeboten. Es stehen bis Ende 2022 vier und ab dem Jahr 2023 acht Behandlungsplätze zur Verfügung. Die Behandlung erfolgt durch dasselbe Team wie die Behandlung auf der offenen Kriseninterventionsstation. Die Behandlung kann im Gegensatz zum Kanton Basel-Stadt auch ohne vorgängige stationäre Behandlung durchgeführt werden und erfolgt insbesondere bei «Krisen». Bei einer vorgängigen stationären Therapie beginnt das Home Treatment spätestens zehn Tage nach dem stationären Eintritt.

Multisystemische Therapie

Die MST ist ein aufsuchendes Angebot für belastete Familien, welches durch die UPK angeboten wird. Es handelt sich dabei um eine intensive therapeutische Begleitung der Familie mit mehreren Behandlungsterminen pro Woche und einer durchgehenden Rufbereitschaft. Die Behandlung wird durch die Krankenversicherungen und im Kanton Basel-Stadt durch die kantonalen Behörden finanziert.²² In den Jahren 2019 bis 2021 standen jeweils 18 Behandlungsplätze zur Verfügung. Im Jahr 2021 wurden 43 Familien behandelt (2020: 37 Familien, 2019: 39 Familien). Ein grosser Anteil der

²¹ Die aufgeführten Behandlungstage entsprechen der Anzahl Arbeitstage aller Fälle zwischen Ein- und Austritt, wobei der Austrittstag miteinbezogen wurde. Bei stationären Aufenthalten während der Behandlung wurden die stationären Pflage tage abgezogen.

²² 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 28.07.2022).



behandelten Familien kommt aus dem Kanton Basel-Stadt (Angaben UPK). Die PBL bietet ebenfalls ein aufsuchendes Angebot für Jugendliche an.²³

2.3.4 Ambulantes Versorgungsangebot und Inanspruchnahme

Neben den schweizweiten Kennzahlen für die stationäre Leistungsanspruchnahme und dem stationären Angebot werden nachfolgend zusätzlich Kennzahlen zur ambulanten Leistungsanspruchnahme von psychiatrischen und psychologischen Psychotherapien und dem ambulanten Angebot dargestellt und anschliessend die beiden Leistungsbereiche in Beziehung gesetzt. Ein weiterer ambulanter Anbieter von psychiatrischer Pflege ist die Spitex. Spitex-Organisationen und Spitex-Einzelpersonen bieten neben der akutsomatischen Pflege und Betreuung auch psychiatrische Pflege und Betreuung an. Wie gross das Angebot ist, kann nicht angegeben werden.

Bemerkenswert ist die Altersverteilung der niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater in der GGR. Rund die Hälfte der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen sowie -psychiater in der GGR ist über 60 Jahre alt. Es ist folglich davon auszugehen, dass ein relevanter Teil davon in den kommenden Jahren die Tätigkeit beenden oder reduzieren wird. In der Erwachsenenpsychiatrie im Kanton Basel-Landschaft liegt der Anteil der Psychiaterinnen und Psychiater über 60 Jahren bei 58.4 Prozent. Jede zehnte Psychiaterin resp. jeder zehnte Psychiater ist im Kanton Basel-Landschaft älter als 70 Jahre. Mit rund 12.6 Prozent ist der Anteil der über 60-Jährigen im Kanton Basel-Stadt tiefer als in der restlichen Schweiz und im Kanton Basel-Landschaft (siehe Abbildung 8).

²³ Es handelt sich dabei vom Umfang um ein eher kleines Angebot, weshalb dieses für die weiteren Berechnungen nicht berücksichtigt wurde.

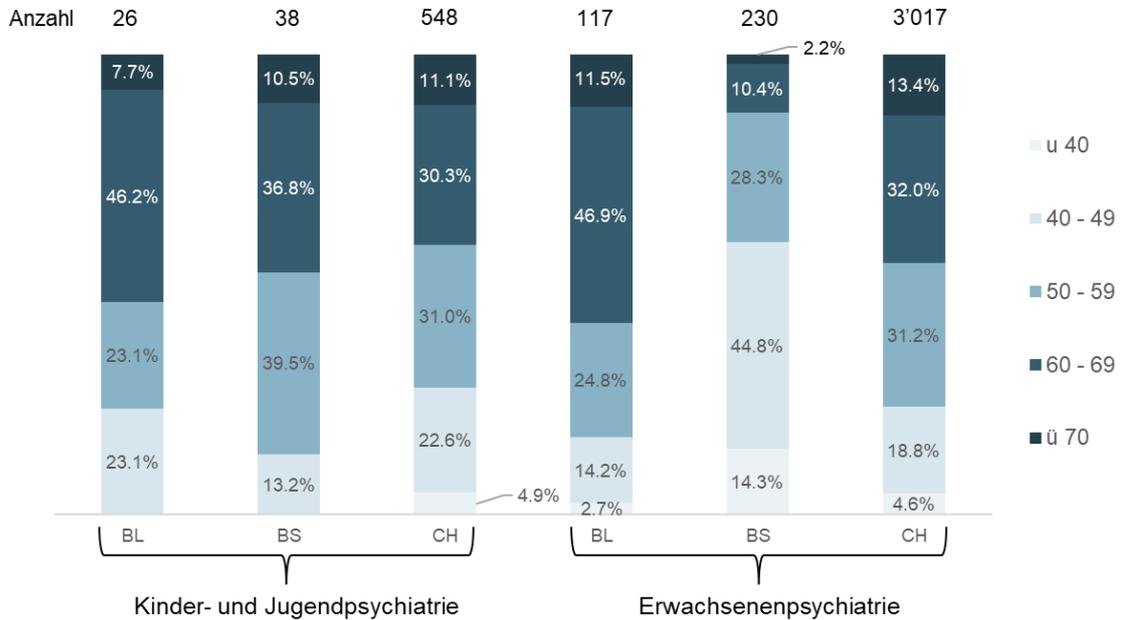


Abbildung 8 Altersverteilung niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater mit Berufsausübungsbewilligungen, Stand 2021 (Medizinische Dienste Gesundheitsdepartement Kanton Basel-Stadt, Kantonsärztlicher Dienst Gesundheits- und Volkswirtschaftsdirektion Kanton Basel-Landschaft, FMH, eigene Darstellung)

Vergleichbar zur stationären psychiatrischen Behandlung exportiert die GGR auch Leistungen in der ambulanten psychiatrischen und psychologischen Psychotherapie.²⁴ Von allen in der GGR erbrachten Leistungen werden 87.2 Prozent von Patientinnen und Patienten mit Wohnort in der GGR in Anspruch genommen. Die übrigen 12.8 Prozent verteilen sich auf Patientinnen und Patienten mit Wohnort ausserhalb der GGR. Die grosse Mehrheit der Patientinnen und Patienten mit Wohnort in der GGR lassen sich auch von Therapeutinnen und Therapeuten²⁵ in der GGR behandeln. Rund 94.4 Prozent des abgerechneten Leistungsvolumens wird von Therapeutinnen und Therapeuten mit Sitz in der GGR erbracht (siehe Abbildung 9).

²⁴ TARMED-Leistungen Kapitel 02, welche von delegiert tätigen psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten oder von Fachärztinnen oder Fachärzten in Psychiatrie und Psychotherapie im Rahmen der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) erbracht werden.

²⁵ Unter Therapeutinnen und Therapeuten werden hier sowohl Psychiaterinnen und Psychiater als auch psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten verstanden.

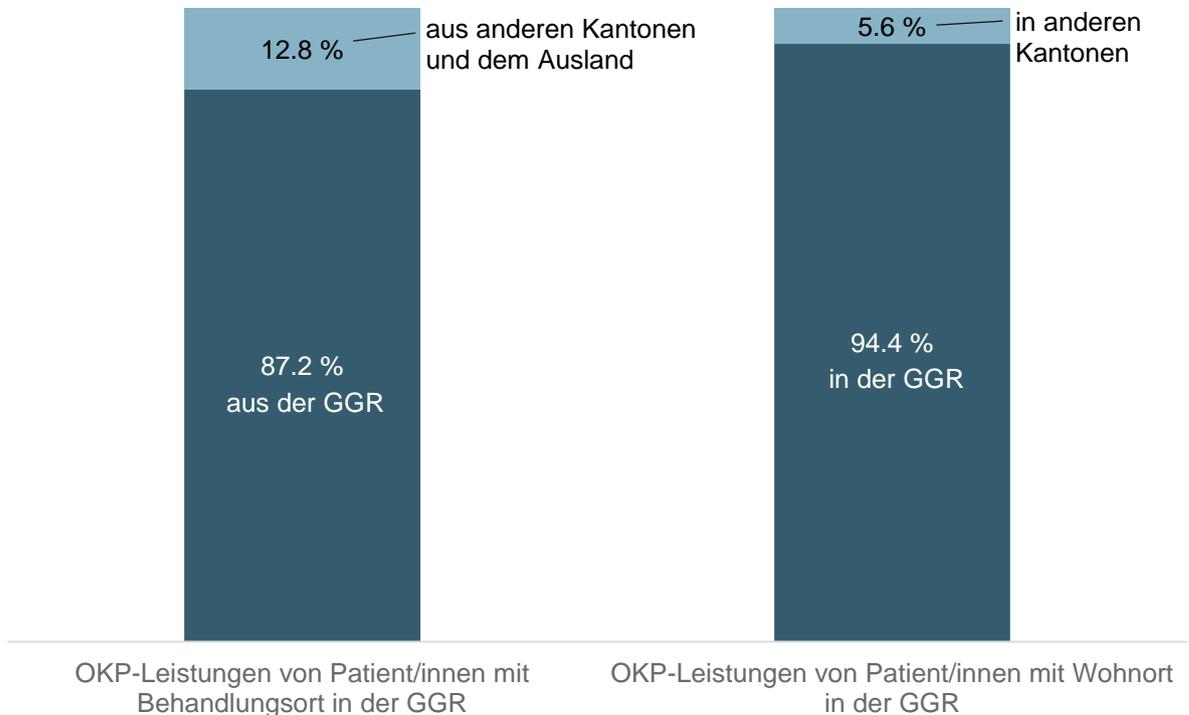


Abbildung 9 Leistungsfluss Leistungen Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) nach Behandlungsort und Wohnort, Datenjahr 2019 (SASIS AG, Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Kantonen Bundesamt für Gesundheit [BAG], eigene Darstellung)

Zwischen der Erwachsenenpsychiatrie (ab 18 Jahren) und der Kinder- und Jugendpsychiatrie unterscheiden sich die Anteile der Leistung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) von Patientinnen und Patienten mit Behandlungsort GGR fast nicht. Der Anteil der GGR-Bevölkerung, welcher in der GGR behandelt wird, ist in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit 97.4 Prozent etwas höher als in der Erwachsenenpsychiatrie (94.7 %).

Um die Inanspruchnahmen ambulanter psychotherapeutischer Behandlungen mit der restlichen Schweiz²⁶ zu vergleichen, wurde eine Analyse der OKP-Bruttoleistungen pro versicherte Person durchgeführt. In Abbildung 10 sind diese nach der Erbringung durch Praxen²⁷ und Spitäler sowie nach ärztlicher und nicht ärztlicher²⁸ Behandlung differenziert. In der Versorgung von Erwachsenen in Praxen übersteigt das Leistungsvolumen pro versicherte Person in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft das durchschnittliche Leistungsvolumen in der Schweiz, wobei die Differenz zum Schweizer Durchschnitt im Kanton Basel-Stadt höher ist als im Kanton Basel-Landschaft. Dies trifft auch auf die spitalambulante Versorgung zu, wobei die Differenz kleiner ist (siehe Abbildung 10).

²⁶ Es handelt sich hier um den Schweizer Durchschnitt exklusive der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft.

²⁷ Unter Praxen werden niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verstanden.

²⁸ Unter einer ärztlichen Behandlung wird eine psychiatrische Behandlung verstanden. Unter nicht ärztlicher Behandlung wird eine Behandlung durch eine psychologische Psychotherapeutin oder einen psychologischen Psychotherapeuten verstanden.

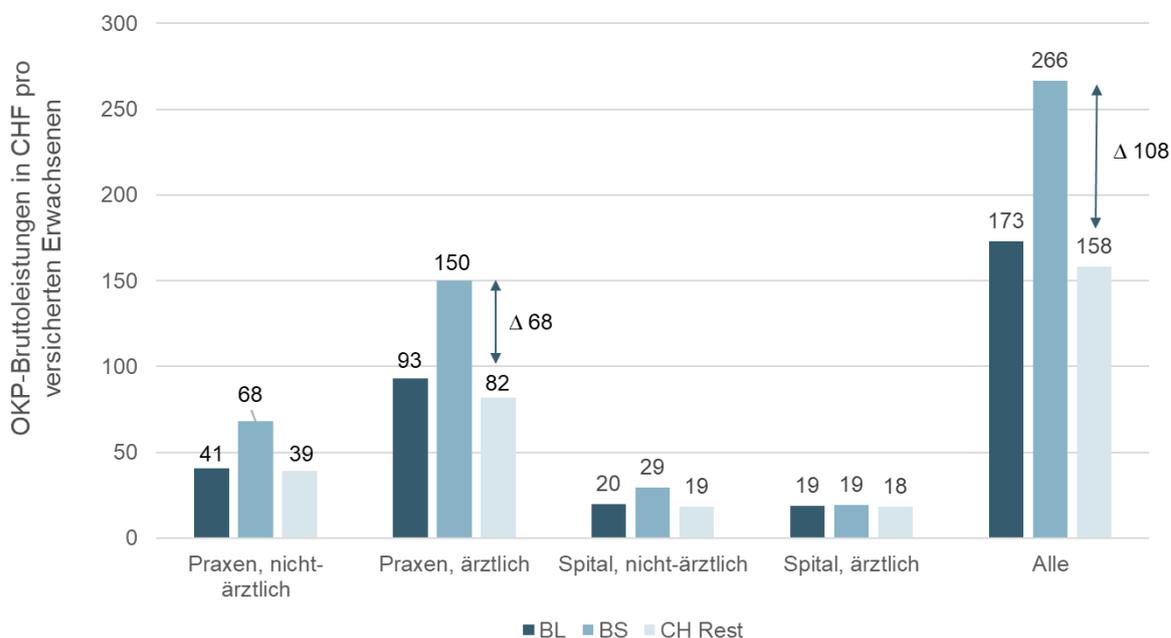


Abbildung 10 Summe der OKP-Bruttoleistungen der Wohnbevölkerung ab 19 Jahren der ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungen im Verhältnis zu den Versicherten für das Jahr 2019, CH Rest = alle Kantone ausser BS und BL (SASIS AG, Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Kantonen BAG, eigene Darstellung)

Bei den Kinder- und Jugendlichen²⁹ ist die Differenz zwischen der GGR und der restlichen Schweiz kleiner als in der Erwachsenenpsychiatrie (siehe Abbildung 11). Im Bereich der Kinder und Jugendlichen wurden in der GGR weniger nicht-ärztliche OKP-Leistungen als in der restlichen Schweiz im Verhältnis zur Anzahl versicherten Personen erbracht. Bei den ärztlichen OKP-Leistungen weist Basel-Stadt hingegen höhere OKP-Leistungen pro versicherte Person aus als die restliche Schweiz. Auch in den Spitälern wurden in der GGR verhältnismässig mehr OKP-Leistungen als in der restlichen Schweiz abgerechnet.

In der Erwachsenenpsychiatrie gibt es im Kanton Basel-Stadt (2.9 %) und der restlichen Schweiz (3.5 %) seit 2017 einen leichten Anstieg der ambulanten Therapien. Im Kanton Basel-Landschaft sind die Leistungen pro versicherte Person konstant geblieben. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind die Leistungen seit 2017 gestiegen (BL: 9.9 %, BS: 8.0 %, restliche CH: 5.6 %) (SASIS AG, Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Kantonen BAG).

²⁹ Unter Kinder und Jugendlichen werden hier alle bis und mit 18 Jahre subsumiert.

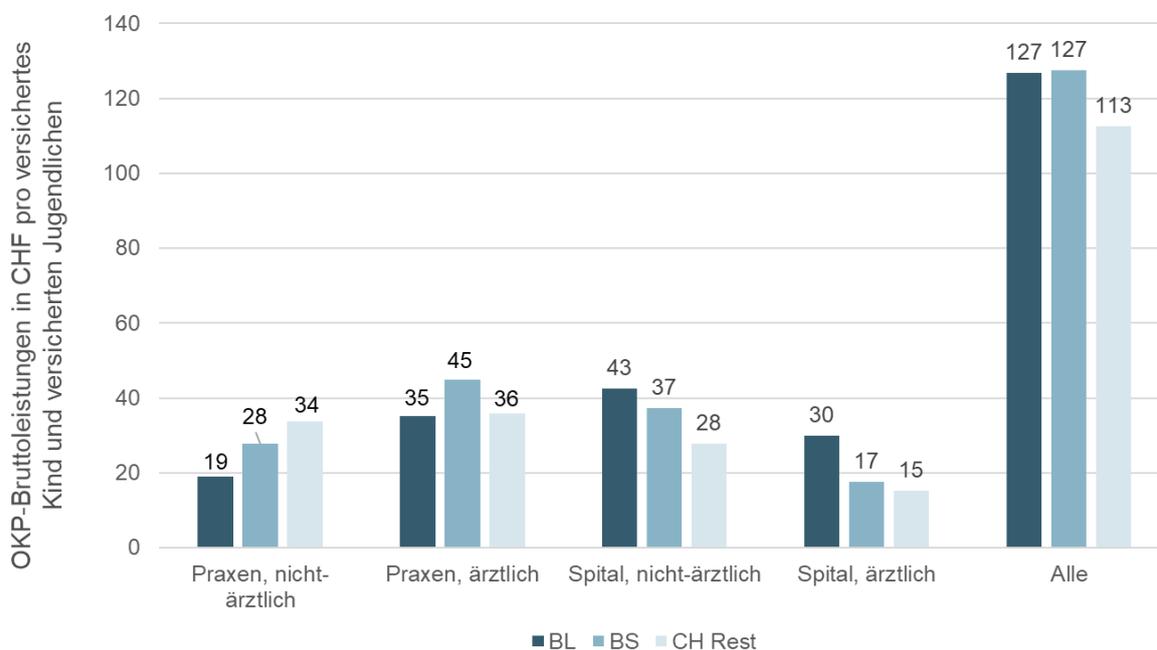


Abbildung 11 Summe der OKP-Bruttoleistungen der Wohnbevölkerung bis 19 Jahre der ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungen im Verhältnis zu den Versicherten für das Jahr 2019, CH Rest = alle Kantone ausser BS und BL (SASIS AG, Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Kantonen BAG, eigene Darstellung)

Unberücksichtigt bleibt bei dieser Betrachtung vorerst, dass möglicherweise die Bevölkerungsstruktur in der GGR von der Bevölkerungsstruktur der Schweiz abweicht und darin die höhere Leistungsanspruchnahme begründet ist. Mit der Umsetzung der nationalen Höchstzahlenverordnung erarbeitet das Obsan im Auftrag des BAG das nationale Regressionsmodell für die ambulante Versorgung, welches weitere Bevölkerungsmerkmale berücksichtigt (Eidgenössisches Departement des Innern EDI 2021). Die Berechnungen sind zum Zeitpunkt der Vernehmlassung und Veröffentlichung dieses Versorgungsplanungsberichts noch nicht öffentlich. Die vorläufigen Resultate weisen jedoch darauf hin, dass in der GGR in der ambulanten Psychiatrie auch nach Berücksichtigung weiterer Merkmale im Verhältnis zur restlichen Schweiz überdurchschnittlich viele Leistungen in Anspruch genommen werden. Es kann deshalb geschlussfolgert werden, dass die weiter oben beschriebene überdurchschnittliche Inanspruchnahme im stationären Bereich nicht auf eine unterdurchschnittliche ambulante und intermediäre Versorgung zurückgeführt werden kann. In Kapitel 4.1 wird das stationäre Angebot nochmals analysiert. Dabei werden jedoch weitere Merkmale, welche die überdurchschnittliche Inanspruchnahme erklären könnten, berücksichtigt.

Das Ziel der folgenden Analysen im Rahmen der vorliegenden Versorgungsplanung ist es zu klären, ob sich die hohe stationäre Leistungsanspruchnahme durch die Bevölkerungsmerkmale erklären lässt, ob sich dies über alle Leistungs- und Altersgruppen in gleicher Weise darstellt (siehe Kapitel 3.3 und 4.1) und welche zukünftige Leistungsentwicklung zu erwarten ist (siehe Kapitel 3.4 und 4.2).



2.4 Notfallversorgung

Der ambulante ärztliche Notfalldienst wird von niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern sichergestellt. Gemäss dem Fachkonzept Kinder- und Jugendpsychiatrie (Di Gallo et al. 2022) beteiligen sich im Kanton Basel-Stadt die Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater am allgemeinspsychiatrischen Notfalldienst. Im Kanton Basel-Stadt bieten die Universitären Psychiatrische Kliniken Kinder und Jugendliche (UPKKJ) den Notfalldienst für alle Patientinnen und Patienten an, die ins UKBB und ins USB kommen oder in einer Institution leben, mit der die UPKKJ einen Liaisonvertrag hat. Für Patientinnen und Patienten, die zu Hause oder in einer anderen Institution leben und nicht ins UKBB kommen oder gebracht werden können, ist der Notfalldienst der frei praktizierenden Psychiaterinnen und Psychiater zuständig. Im Kanton Basel-Landschaft leisten die Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater in freier Praxis ihren Notfalldienst jedoch nur für die Erwachsenenpsychiatrie. Für Kinder und Jugendliche wird er vom Notfalldienst der Kinder- und Jugendpsychiatrie der PBL geleistet. Dennoch gibt es im Kanton Basel-Landschaft aufgrund des Alters der zuständigen Ärzteschaft Probleme bei der Sicherstellung des Notfalldienstes (Alber et al. 2022, Baumgartner et al. 2022). Aktuell wird der ambulante Notfalldienst nachts teilweise von den Mobilien Ärzten übernommen. Gemäss dem Psychiatriekonzept (Baumgartner et al. 2022) wird sich durch das hohe Durchschnittsalter der Psychiaterinnen und Psychiater im ambulanten Bereich dieses Problem in den nächsten Jahren noch verschärfen.

Ergänzend zum ambulanten Notfalldienst bieten die PBL und die UPK eine Notfallversorgung an: Die Notfallversorgung der PBL ist während 24 Stunden an 365 Tagen gewährleistet. In der PBL am Standort Liestal erfolgt die Notfallversorgung in der Zentralen Aufnahme. Eine stationäre Aufnahme in die PBL ist in Notfallsituationen jederzeit möglich. Die weitere Notfallversorgung erfolgt jeweils vor Ort (in anderen Spitälern, Institutionen, Gefängnissen oder zu Hause). Hierfür hält die Kinder- und Jugendpsychiatrie der PBL einen assistenzärztlichen Vordergrund- und einen oberärztlichen Hintergrunddienst rund um die Uhr vor. Die Erwachsenenpsychiatrie deckt die Notfallversorgung mit einem assistenzärztlichen Vordergrunddienst am Tag und einem oberärztlichen Hintergrunddienst rund um die Uhr ab.

Die UPK bietet zwei Anlaufstellen an, wo Hilfesuchende ohne Voranmeldung Unterstützung erhalten. Zum einen die Akutambulanz des Gesundheitszentrums Psychiatrie an der Kornhausgasse 7 in Basel zu Bürozeiten und zum anderen die Zentrale Aufnahme an der Wilhelm Klein-Strasse 27 in Basel (Hauptcampus UPK) während 24 Stunden an 365 Tagen. Diese bietet Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen vollumfängliche Unterstützung an. Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt



es zudem für beide Kantone ein Notbettenkonzept für Notfallplatzierungen, welches insbesondere in der Krisenbewältigung wichtig ist (Di Gallo et al. 2022).

2.5 Ärztliche Aus- und Weiterbildung

Gemäss Psychiatriekonzept (Baumgartner et al. 2022) sind die Ausbildungszahlen in der Psychiatrie tief. Das Psychiatriekonzept empfiehlt in Anbetracht des Fachkräftemangels weitere Ausbildungsinitiativen. Die Qualität und Organisation der bestehenden Weiterbildung ist jedoch bereits gut (Baumgartner et al. 2022).

Im Jahr 2020 wurden in den baselstädtischen Spitälern der *Spitalliste Psychiatrie* vom 1. Juli 2021 Psychiaterinnen und Psychiater im Umfang von 56.7 Vollzeitäquivalenten weitergebildet.³⁰ In den Kliniken des Kantons Basel-Landschaft der gleichlautenden *Spitalliste Psychiatrie* waren im Jahr 2020 Ärztinnen und Ärzte im Umfang von 41.3 Vollzeitäquivalenten in Weiterbildung. Assistenz-Psychologinnen und -Psychologen wurden im Jahr 2020 in den Kliniken der GGR im Umfang von 72.9 Vollzeitäquivalenten weitergebildet (BS: 39.6, BL: 33.3) (Angaben der Spitäler im Rahmen der Gemeinwirtschaftlichen Leistungen).

³⁰ Fachspezifische Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten nach abgeschlossenem Studium.



3 Konzeptionelles Vorgehen

Das Kapitel 3 erläutert das konzeptionelle Vorgehen für die Erstellung der Bedarfsanalyse und -prognose. Die Bedarfsanalyse und -prognose analysieren die Daten der Psychiatrie basierend auf einer Einteilung in Leistungsbereiche und -gruppen. Die Kapitel 3.1 und 3.2 erläutern deshalb zunächst diese Einteilung, d. h. die Nomenklatur. Anschliessend werden die Methode der Berechnung der Bedarfsanalyse (Kapitel 3.3) und die Methode der Bedarfsprognose (Kapitel 3.4) beschrieben. Die Ergebnisse dieser Analysen (siehe Kapitel 4) dienen als Grundlage für die Erteilung der kantonalen Leistungsaufträge.

3.1 Nomenklatur

Die Nomenklatur der Spitalliste Psychiatrie des Kantons Bern (Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern 2017) wird in der GGR mit wenigen Anpassungen (Kapitel 3.2) übernommen.³¹ Die «Berner Systematik» der Spitalplanungsleistungsgruppen (SPLG) der Psychiatrie ist in Leistungsbereiche und -gruppen aufgeteilt. Es wird dabei zwischen zwei Versorgungsfunktionen unterschieden: Grundversorgung und elektive Versorgung. Daneben werden drei Altersgruppen unterschieden: Kinder- und Jugendpsychiatrie (0 bis 17 Jahre), Erwachsenenpsychiatrie (in der Regel ab 18 Jahren) und die Alterspsychiatrie (in der Regel ab 65 Jahren). Dies ergibt sechs Leistungsbereiche. Ergänzt werden diese sechs Leistungsbereiche durch den Leistungsbereich Straf- und Massnahmenvollzug (Forensik). In Abweichung zur Berner Systematik wurde in der GGR auf den Leistungsbereich «Personen mit einer geistigen Behinderung» verzichtet, dafür wurde um den Leistungsbereich «Mutter-Kind-Hospitalisationen» ergänzt und die Forensik an die Grundversorgung gebunden (mehr dazu siehe Kapitel 3.2). Es gibt folglich in der GGR acht Leistungsbereiche, vier in der Grundversorgung und vier in der elektiven Versorgung (siehe Tabelle 8).

³¹ Für detaillierte Ausführungen zur Systematik der SPLG Psychiatrie des Kantons Bern wird auf folgende zwei Dokumente verwiesen:

- Anforderungen und Erläuterungen SPLG Psychiatrie BE des Kantons Bern zuhanden der Listenspitäler zu den Leistungsaufträgen gemäss den Spitalplanungsleistungsgruppen (Version 2017_01.00).
- Leistungsspezifische Anforderungen SPLG Psychiatrie BE (Version 2017.1).

Die Dokumente der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern finden sich unter folgendem Link: <https://www.gsi.be.ch/de/start/themen/gesundheit/gesundheitsversorger/spitaeler-psychiatrie-rehabilitation/spitallisten.html> (abgerufen am 20.07.2022).

Leistungsbereich		Kürzel
Grundversorgung	Erwachsenenpsychiatrie	ER GRU
	Alterspsychiatrie	AE GRU
	Kinder- und Jugendpsychiatrie	KI/JU GRU
	Personen aus dem Straf- und Massnahmenvollzug (Forensik)	FOR GRU
Elektive Versorgung	Erwachsenenpsychiatrie	ER ELE
	Alterspsychiatrie	AE ELE
	Kinder- und Jugendpsychiatrie	KI/JU ELE
	Mutter-Kind-Hospitalisationen	MKH ELE

Tabelle 8 Leistungsbereiche gemäss der Systematik der SPLG Psychiatrie des Kantons Bern mit Anpassungen durch GGR-spezifische Leistungsbereiche

Gemäss der Berner Systematik werden in der GGR bei der Vergabe von Leistungsaufträgen Leistungsbereiche in Kombination mit Leistungsgruppen vergeben. Die Leistungsgruppen gliedern sich entlang der ICD-10. Es gibt in der Berner Systematik elf Leistungsgruppen, eingeteilt in die Diagnosen F0³², F10, F11-19, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8 und F9. Diese werden in der GGR ergänzt durch eine weitere Leistungsgruppe zu «Schweren Essstörungen» (mehr dazu siehe Kapitel 3.2). Die Leistungsgruppen sind in der Tabelle 9 beschrieben.

Um in der GGR einen Leistungsauftrag in der psychiatrischen stationären Grundversorgung zu erhalten, müssen in der Erwachsenenpsychiatrie folgende sechs Leistungsgruppen angeboten werden: FA, FD, F2, F3, F4, F6 (in Tabelle 9 dunkel hinterlegt). In der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Alterspsychiatrie bedarf es eines umfassenden Leistungsspektrums. Ein Leistungsauftrag für einen Leistungsbereich kann folglich in Kombination mit einem oder mehreren Leistungsgruppen vergeben werden. Die Einteilung der Fälle erfolgt anhand der Hauptdiagnosen der Berner Systematik. Der Unterschied zwischen der Grundversorgung und der elektiven Versorgung besteht zusätzlich zum grundsätzlich breiten Leistungsspektrum in der Grundversorgung insbesondere aus der Verfügbarkeit von ärztlichem Personal sowie der Erreichbarkeit und Aufnahmefähigkeit in Notfallsituationen und bei fürsorgerischen Unterbringungen.

³² Wie in Kapitel 2.3 beschrieben, werden auch die Fälle mit den Diagnosen G30-32 berücksichtigt. Diese werden zur Leistungsgruppe F0 gezählt.

Kürzel	Beschreibung der Leistungsgruppen
F0	Organische Störungen (Demenzerkrankungen, Delir und andere hirnorganische Störungen)
FA (F10)	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit)
FD (F11-F19)	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen (Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten und Drogen)
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis)
F3	Affektive Störungen (Depressionen, Manien, bipolare Störungen)
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (Angst-, Zwangsstörungen, somatoforme Störungen)
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren (Essstörungen, sexuelle Störungen, Schlafstörungen)
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (emotional instabile Persönlichkeitsstörung, paranoide Persönlichkeitsstörung, Impulskontrollstörungen)
F7*	Intelligenzstörungen (verschiedene Schweregrade von Intelligenzminderung)
F8	Entwicklungsstörungen (Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, schulischer Fertigkeiten, motorischer Funktionen)
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (hyperkinetisches Syndrom, Störung des Sozialverhaltens, Ticstörungen)
SES	Schwere Essstörungen

Tabelle 9 Leistungsgruppen gemäss der Systematik der SPLG Psychiatrie des Kantons Bern ergänzt durch die GGR-spezifische Leistungsgruppe «Schwere Essstörungen»³³ (Kanton Bern 2017, S. 13)
 *Nur in Verbindung mit dem Leistungsbereich Grundversorgung möglich.

3.2 Anpassung der Nomenklatur (Spezialbereiche)

Auf den aktuell gleichlautenden Spitalisten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft gibt es weitere Leistungsgruppen. Die meisten davon sind durch die Systematik der SPLG Psychiatrie des Kantons Bern genügend abgedeckt. Zwei Leistungsgruppen bildet die Systematik der SPLG Psychiatrie des Kantons Bern nach Ansicht der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion des Kantons Basel-Landschaft und des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt zu wenig detailliert ab. Um die Versorgung in der GGR mit den folgenden zwei Angeboten sicherzustellen, werden diese bei den Leistungsbereichen resp. Leistungsgruppen ergänzt (siehe Tabellen 8 und 9):

- Mutter-Kind-Hospitalisationen (Leistungsbereich)
- Schwere Essstörungen (Leistungsgruppe)

³³ Dunkel hinterlegt sind Leistungsgruppen, welche mindestens angeboten werden müssen, um in der Erwachsenenpsychiatrie den Leistungsbereich der Grundversorgung anbieten zu können.



Die Mutter-Kind-Hospitalisationen werden als Leistungsbereich aufgeführt, da mit diesem Leistungsbereich zusätzliche Anforderungen an die Betreuung des Kleinkinds geknüpft sind. Unter schweren Essstörungen werden diejenigen Fälle verstanden, welche aufgrund der Essstörung primär eine akutsomatische Behandlung benötigen. Hierfür bedarf es folglich ebenfalls spezifischer Anforderungen. Da es sich in beiden Bereichen um sehr wenige Fälle handelt (siehe Kapitel 4.3), wurden diese in der Bedarfsanalyse und -prognose nicht berücksichtigt. Es gibt aber dazu eine deskriptive Auswertung in Kapitel 4.3 und für die Leistungsgruppe «Schwere Essstörungen» wurde auch eine separate Prognose berechnet.

Im Gegensatz zur Berner Systematik wird auf einen eigenständigen Leistungsbereich für Personen mit einer geistigen Behinderung verzichtet. Der Grund liegt zunächst in der Schwierigkeit einer sinnvollen Abgrenzung dieses Leistungsbereichs. Naheliegend ist eine Definition über die Diagnosegruppe F7 der Intelligenzminderungen. Es gibt aber auch andere Diagnosen, welche ähnliche Bedürfnisse und somit Anforderungen stellen. Innerhalb der Diagnosegruppe F7 gibt es zudem ein grosses Spektrum bzgl. des Schweregrads der Intelligenzminderungen, womit von unterschiedlichen Bedürfnissen hinsichtlich der Anforderungen ausgegangen werden muss, zumal Menschen mit Intelligenzminderung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine erhöhte Prävalenz für einige somatische Krankheitsbilder, wie z. B. Epilepsie oder Demenz, aufweisen und klinisch eine Beeinträchtigung von Kognition, Sprache, sozialen Fähigkeiten und Motorik zeigen können. Zudem gibt es bereits die Leistungsgruppe F7. Um eine adäquate Versorgung für diese Diagnosegruppe sicherzustellen, wurde deshalb entschieden, die Leistungsgruppe nur an Grundversorger zu vergeben und dadurch die Anforderungen sicherzustellen.

Ebenfalls im Unterschied zur Berner Systematik wird die Forensik an die Grundversorgung und nicht an die elektive Versorgung gebunden. Dies wird durch die höheren Anforderungen in der Grundversorgung und das breitere Leistungsspektrum begründet.

3.3 Methode Bedarfsanalyse

Die Methode der Bedarfsanalyse lehnt sich in grossen Teilen an das Vorgehen des *Versorgungsplanungsberichts 2019: Gemeinsame Gesundheitsregion – Akutstationäre Versorgung* (Steiner et al. 2019) an. Im Folgenden wird eine kurze Einführung in die Methode gegeben. Eine ausführliche Beschreibung der Methode findet sich in den Kapiteln 3.1 und 3.2 des Versorgungsplanungsberichts 2019 (Steiner et al. 2019).

Das Ziel der Bedarfsanalyse ist die Ermittlung des Versorgungsbedarfs zum Zeitpunkt der analysierten Daten. Aufgrund der deskriptiven Statistiken in Kapitel 2.3 muss in der Region von einer erhöhten



Inanspruchnahme gegenüber dem schweizerischen Durchschnitt ausgegangen werden. Eine nachfrageseitige Begründung einer überdurchschnittlichen Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen ist, dass sich die demographischen Eigenschaften der Bewohnerinnen und Bewohner der Region von anderen Regionen unterscheiden. Eine mögliche angebotsseitige Erklärung ist die Grösse des Angebots. Hier wird die Annahme zugrunde gelegt, dass ein grösseres Angebot stärker genutzt wird, d. h. zu einer angebotsinduzierten Nachfrage führt. Um unterscheiden zu können, ob die Abweichung aus nachfrage- oder angebotsseitigen Unterschieden resultiert, wird in der Berechnung für nachfrageseitige Faktoren (z. B. Alter, Geschlecht) kontrolliert. Die verbleibende Abweichung kann als Anzeichen für angebotsinduzierte Nachfrage interpretiert werden.

3.3.1 Berechnungsmethode

Es wird eine Regression geschätzt, um den Versorgungsbedarf, korrigiert um die nachfrageseitigen Faktoren, zu berechnen. Die zu erklärende Variable (abhängige Variable) stellt die Leistungsmenge dar. Die Leistungsmenge wird in der Anzahl stationärer Fälle gemessen.³⁴ Da die zu erklärende Variable somit eine Zählvariable ist, wird eine Poisson-Regression gerechnet. Gegenüber der Methode der kleinsten Quadrate hat die Poisson-Regression den Vorteil, dass negative Vorhersagewerte vermieden werden können.

Als erklärende Variablen wurden vier Gruppen von Variablen berücksichtigt: Demographische Variablen, Variablen zum Gesundheitszustand, sozioökonomische Variablen und Variablen zum Wetter. Die ersten drei Gruppen von Variablen wurden bereits in der akutsomatischen Bedarfsanalyse verwendet.³⁵ Es ist davon auszugehen, dass diese Variablen auch im Bereich der Psychiatrie eine Rolle spielen können. Des Weiteren wurden Variablen zum Wetter getestet, da in verschiedenen Studien ein Zusammenhang zwischen dem Wetter und der psychischen Gesundheit der Bevölkerung gefunden wurde (Beecher et al. 2016).

In Abbildung 12 wird das Modell der Bedarfsanalyse visualisiert. In rechteckigen Formen befinden sich die beobachtbaren Variablen. Ganz links befinden sich die potenziellen Kontrollvariablen (Demographie, Gesundheitszustand etc.). Aus der Schätzung der Regression ergibt sich für jede berücksichtigte Kontrollvariable ein Parameter. Mittels dieser Parameter lässt sich die erwartete Anzahl Fälle schätzen. Die runden Formen im Modell stellen folglich durch die Berechnung erhaltene Grössen dar. Die Differenz aus der beobachteten Anzahl Fälle (rechteckige Form) und der erwarteten Anzahl Fälle (runde Form) ergibt die «Unerklärbare Differenz».

³⁴ Da die GGR relativ ähnliche durchschnittliche Pflgetage pro Fall wie der Schweizer Durchschnitt aufweist, kann davon ausgegangen werden, dass sich die Ergebnisse bei einer Berechnung mittels Pflgetage anstelle von Fällen nicht stark unterscheiden (siehe auch Tabelle 4).

³⁵ Für eine detaillierte Begründung der Relevanz dieser Variablen siehe Steiner et al. (2019), Kapitel 3.1.

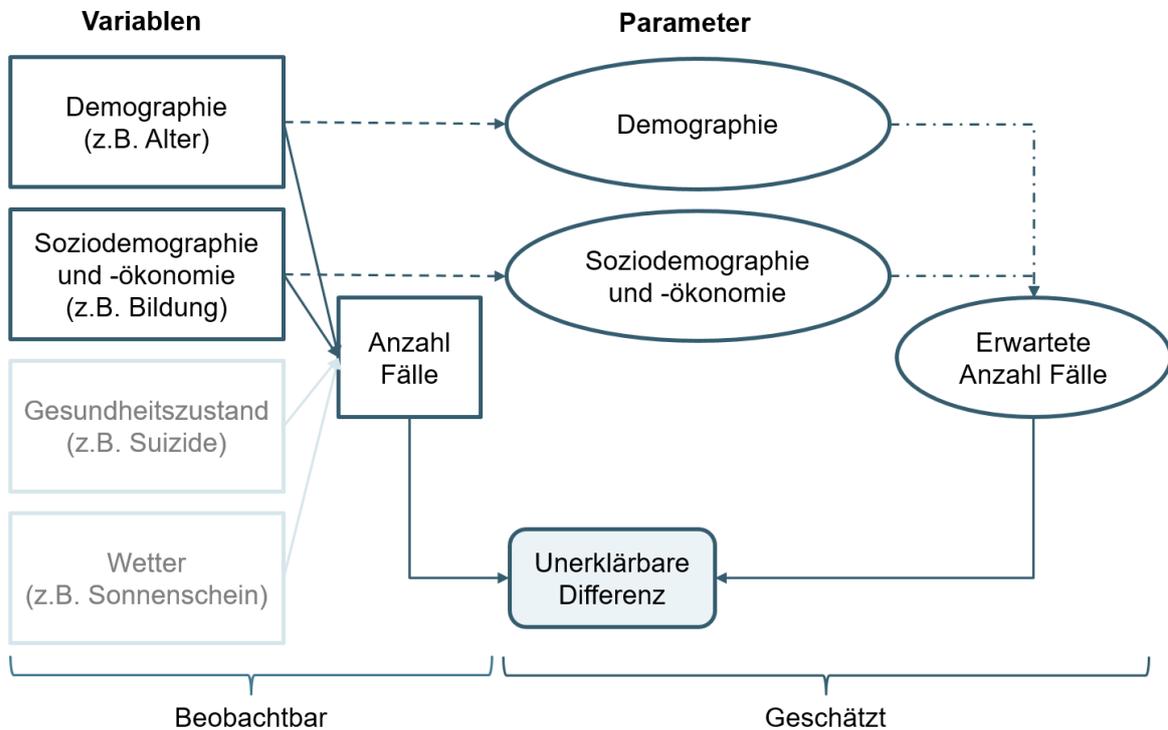


Abbildung 12 Modell der Bedarfsanalyse (eigene Darstellung)

In Abbildung 12 sind gewisse Kontrollvariablen heller eingefärbt. Diese wurden im finalen Modell nicht berücksichtigt (siehe Kapitel 3.3.2). Aus methodischer Sicht gibt es Kontrollvariablen, deren Verwendung problematisch sein kann. Für eine korrekte Interpretation der verbliebenen Varianz dürfen die Variablen zum einen nicht endogen sein, d. h. die Inanspruchnahme darf die Kontrollvariablen nicht beeinflussen, und zum anderen sollten diese nicht indirekt das Angebot (also die Über- oder Unterversorgung) abbilden. Eine detaillierte Beschreibung der verwendeten Kontrollvariablen findet sich im nächsten Unterkapitel (siehe Kapitel 3.3.2).

Die Analyseeinheit der Berechnung sind für fast alle der Variablen die MedStat-Regionen³⁶ und teilweise Daten auf Kantonsebene, nicht jedoch einzelne Einwohnerinnen und Einwohner. Mehr zu den verwendeten Daten findet sich im übernächsten Unterkapitel (siehe Kapitel 3.3.3). Das Modell, d. h. die Regressionsgleichung wird für alle Leistungsgruppen pro Altersgruppe der Systematik der SPLG Psychiatrie des Kantons Bern geschätzt, d. h. für jede einzelne SPLG und Altersgruppe.

³⁶ MedStat-Regionen erlauben die Zuordnung von hospitalisierten Personen zu einem geographischen Raum, welcher ausreichend gross ist, um die Anonymität zu gewährleisten, mehr Informationen unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/nomenklaturen/medsreg.html> (abgerufen am 25.03.2022).



3.3.2 Kontrollvariablen

Es gibt kein eindeutiges Kriterium, um zu bestimmen, ob eine Variable zur Standardisierung verwendet werden soll. Wenn eine Variable das Angebot mitabbildet, wird überstandardisiert. Mit jeder zusätzlichen Variable steigt folglich die Gefahr, dass (eventuell auch zufällig) das Angebot mitabgebildet wird. Entsprechend wird ein Modell mit wenigen Variablen einem Modell mit vielen Variablen vorgezogen. Vor allem bei nur kantonal verfügbaren Daten (im Gegensatz zu Daten auf Stufe Med-Stat-Region) ist fraglich, ob sie nicht zufällig mit der Angebotsstruktur der Kantone korrelieren und somit zur Überanpassung der Varianz beitragen.

Es werden folglich schrittweise Variablen oder Blöcke von Variablen in die Regression eingebaut. Die relevantesten Spezifikationen sind in Tabelle 10 aufgeführt. Die Entscheidung, ob eine Variable hinzugenommen resp. weggelassen werden sollte, erfolgte sowohl aufgrund von theoretischen Überlegungen als auch statistischen Kriterien. Als statistisches Mass wurden das Akaike-Informationskriterium (AIC)³⁷ angeschaut. Das AIC ist für alle Spezifikationen und Diagnosegruppen im Anhang in den Tabelle A.1 bis Tabelle A.3 aufgeführt.³⁸ Die theoretischen Überlegungen betreffen die Endogenität, Multikollinearität und die Korrelation mit dem Angebot.

Gleich wie beim Versorgungsplanungsbericht der Akutsomatik aus dem Jahr 2019 (Steiner et al. 2019) wurden die demographischen Variablen Alter, Geschlecht und Herkunft berücksichtigt. Es wurden weiter die gleichen soziodemographischen und -ökonomischen Variablen (Ausbildung, Haushaltgrösse und Ein-Personen-Haushalte) in das Modell integriert. Weggelassen wurden hingegen Merkmale zum Gesundheitszustand (Sterberate, Lebendgeburten). Diese Merkmale wurden nicht herangezogen, da sie in der Psychiatrie eine geringere Relevanz haben und im Gegensatz zu fast allen anderen Variablen nicht auf der Ebene von MedStat-Regionen verfügbar sind. Getestet wurde hingegen, ob die Suizidrate berücksichtigt werden sollte. Sowohl aufgrund der statistischen Kriterien als auch aufgrund von theoretischen Überlegungen (Endogenität) wurde aber davon abgesehen, diese Variable aufzunehmen.

Die Arbeitslosigkeit wurde bereits wie bei der Akutsomatik in gewissen Modellen einbezogen. Aufgrund des AIC, der allfälligen beidseitigen Kausalität sowie der Tatsache, dass diese Variable nur auf Kantonsebene verfügbar ist, wurde diese Variable nicht weiter berücksichtigt, obwohl sie die psychische Gesundheit beeinträchtigen kann (Paul und Moser 2009). Die beidseitige Kausalität begründet sich durch die Tatsache, dass Arbeitslosigkeit ein Stressfaktor und somit ein Risiko für eine

³⁷ Ein Informationskriterium dient mittels einer Berechnung dazu, zwischen Modellkomplexität und Anpassungsgüte des geschätzten Modells hinsichtlich der verwendeten Daten abzuwägen (Akaike 1973).

³⁸ Die Analysen zur Bestimmung der sinnvollsten Spezifikation wurden anhand der Daten des Jahres 2019 durchgeführt, da zum Zeitpunkt der Analysen das Jahr 2020 noch nicht zur Verfügung stand.



psychische Erkrankung ist, zugleich ist aber auch das Risiko höher, arbeitslos zu sein, wenn man psychisch erkrankt ist.

Für die Psychiatrie wurde das Regressionsmodell um Kontrollvariablen zum Wetter ergänzt. Damit wurde die Hypothese geprüft, ob das Wetter einen positiven Einfluss auf die psychische Gesundheit hat. Die Region Basel hat im Vergleich zu anderen Regionen der Schweiz tendenziell «gutes Wetter». Theoretisch sollten die Residuen (unerklärte Varianz) folglich durch die Hinzunahme der Wettervariablen steigen. Die Resultate zeigten jedoch den gegenteiligen Effekt. Aufgrund des Widerspruchs mit der Theorie wurde folglich auf die Wettervariablen verzichtet. Spezifikation 6 wurde daher nicht weiterverfolgt.

Zusätzlich wurden weitere Spezifikationen getestet, welche jedoch aus theoretischen oder statistischen Überlegungen nicht weiterverfolgt wurden. Es gibt Variablen, welche weiter hätten berücksichtigt werden können, wie z. B. das Einkommen, die Nettoerwerbsquote, die Religionszugehörigkeit der Bevölkerung oder die Sprache. Das Einkommen und die Nettoerwerbsquote sind potenziell endogen, d. h. die Kausalität könnte in beide Richtungen gehen (das Einkommen hat einen Einfluss auf den Gesundheitszustand, der Gesundheitszustand hat aber auch einen Einfluss auf das Einkommen). Ebenfalls wurde in Betracht gezogen, den Anteil der IV-Rentnerinnen und IV-Rentner als Kontrollvariable aufzunehmen. Auch in diesem Fall besteht jedoch die Gefahr, dass die Variable endogen oder mit dem Angebot korreliert ist. Die Variablen Religionszugehörigkeit und Sprache sind potenziell mit dem Grad der Urbanität korreliert, welche wiederum mit der Versorgungsdichte korreliert ist. Diese stellen somit Variablen dar, die indirekt angebotsseitige Einflüsse abbilden könnten. Das Ziel ist jedoch nur für nachfrageseitige Einflüsse zu kontrollieren. Des Weiteren sind die Variablen Religionszugehörigkeit und Sprache nur auf kantonaler Ebene verfügbar, was wie oben beschrieben ebenfalls das Risiko einer Verzerrung der Ergebnisse erhöht.

Das sinnvollste Modell aufgrund der oben beschriebenen Argumentation liefert Spezifikation 3 für alle Altersklassen. Somit erfolgt die Regression über die in Spezifikation 3 dargestellten Variablen.³⁹

³⁹ Die Eruiierung der Spezifikation erfolgte anhand von Daten aus dem Jahr 2019, da zu diesem Zeitpunkt die Daten für das Jahr 2020 noch nicht vorlagen.

Gruppen von Kontrollvariablen ⁴⁰	Quelle	Ebene	Spezifikationen					
			1	2	3	4	5 ⁴¹	6
Alter	STATPOP BFS	PLZ/MS-Region	X	X	X	X	X	X
Geschlecht	STATPOP BFS	PLZ/MS-Region	X	X	X	X	X	X
Herkunft	STATPOP BFS	PLZ/MS-Region	X	X	X	X	X	X
Ein-Personen-Haushalte	STATPOP BFS	PLZ/MS-Region		X	X	X	X	X
Haushaltsgrösse	STATPOP BFS	PLZ/MS-Region		X	X	X	X	X
Zivilstand	STATPOP BFS	PLZ/MS-Region		X	X	X	X	X
Bildung	Strukturerhebung BFS	Kanton			X	X	X	X
Arbeitslosigkeit	Arbeitslosenstatistik BFS	Kanton				X		
Suizide	Todesursachenstatistik BFS	Kanton					X	
Sonnenschein	MeteoSchweiz	Gitterkarten/MS-Region						X
Temperatur	MeteoSchweiz	Gitterkarten/MS-Region						X
Niederschlag	MeteoSchweiz	Gitterkarten/MS-Region						X
Globalstrahlung	MeteoSchweiz	Gitterkarten/MS-Region						X

Tabelle 10 Kontrollvariablen im Rahmen der Standardisierung, die Daten standen alle mindestens für das Jahr 2019 zur Verfügung, Ausnahme Suizidrate (siehe Tabelle A.4 im Anhang), MS-Region = MedStat-Region

3.3.3 Analyseeinheit und verwendete Daten

Eine Analyse auf Ebene von einzelnen Einwohnerinnen und Einwohnern ist mit dem verfügbaren Datenbestand nicht möglich. Um das Problem eines ökologischen Fehlschlusses⁴² zumindest teilweise abzumildern, werden die Daten auf der kleinstmöglichen räumlichen Ebene verwendet.

Die Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik (BFS) sind auf Ebene von MedStat-Regionen erhältlich. Die meisten Kontrollvariablen sind auf Ebene von Postleitzahlen erhältlich und können entsprechend zu MedStat-Regionen aggregiert werden. Die Analyseebene sind somit 705 geographische Einheiten, die vereinzelt mit nur kantonale verfügbaren Indikatoren ergänzt werden.

Die Daten zu den Fallzahlen werden von der Medizinischen Statistik bezogen. Die Bedarfsanalyse wurde für die Jahre 2018 bis 2020 berechnet. Es werden alle Fälle mit einer Hauptdiagnose aus dem Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen und G30-G32⁴³ Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems des Kapitels VI der ICD-10 abzüglich von allen Fällen berücksichtigt, die in der

⁴⁰ Eine detaillierte Auflistung aller Kontrollvariablen findet sich in Tabelle A.4 im Anhang.

⁴¹ Da es für eine statistische Berechnung inkl. der Kontrollvariable Suizide in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu wenig Suizide gibt, wurde die Spezifikation 5 in dieser Altersgruppe nicht berechnet.

⁴² Ein fehlerhafter Schluss auf einen Zusammenhang, der nur aufgrund einer räumlichen Aggregation zustande kommt.

⁴³ Analog zum Obsan wurden zusätzlich zum Kapitel F die Diagnosen G30-G32 der Sonstigen degenerativen Krankheiten des Nervensystems berücksichtigt (u. a. Alzheimer, was sowohl als F00 als auch G30 klassifiziert werden kann). Da zum Zeitpunkt der Analysen die Daten der forensischen G31- und G32-Fälle noch nicht zur Verfügung standen, konnten diese nicht ausgeschlossen werden. Da es in den Jahren 2018 bis 2020 jedoch schweizweit nur einen forensischen Fall mit einer dieser zwei Diagnosen als Hauptdiagnose gab, ist dies für das Resultat der Bedarfsanalyse vernachlässigbar.



Forensik behandelt wurden. Die Kontrollvariablen zur Demographie, Soziodemographie und -ökonomie sowie dem Gesundheitszustand wurden vom BFS geliefert. Die Wettervariablen wurden von MeteoSchweiz bezogen (siehe Tabelle 10).

3.3.4 Grenzen der Methodik

Die verwendete Methodik zur Isolierung der potenziell angebotsseitigen Faktoren hat einige Grenzen, die es bei der Interpretation der Resultate zu beachten gilt. Erstens ergibt das Resultat der Berechnung lediglich einen Vergleich zur Versorgung in der Schweiz und die Methode benötigt einen normativen Entscheid, um den Anteil der angebotsinduzierten Nachfrage gegenüber anderen Faktoren an verbleibenden Residuen festzulegen. Zweitens ist die Methode der räumlichen Aggregation (von Einzeldaten auf MedStat-Regionen) nicht unproblematisch, da die Möglichkeit eines «ökologischen Fehlschlusses» besteht (Skinner 2011). Drittens ist nicht abschliessend bestimmbar, wie viele und welche Kontrollvariablen berücksichtigt werden sollen, da Kontrollvariablen endogen sein oder auch die regionale Variation des Angebots widerspiegeln können. Entsprechend bleibt – trotz Standardisierung – eine Restunsicherheit bezüglich der tatsächlichen Über- und Unterversorgung.

Zudem geht das Modell von der Annahme aus, dass die vorhandene Versorgung auf die gesamte Schweiz gesehen, optimal ist. Falls es jedoch schweizweit bspw. eine Unterversorgung gäbe, so ist dies nicht im Modell abgebildet. Die Resultate zeigen folglich die Versorgung in der GGR relativ zur restlichen Schweiz. Das Modell sagt auch nichts über die Behandlungsergebnisse in der GGR aus. Eine Grösse, die das Ergebnis, d. h. den sogenannten «Outcome», anstelle eines rein quantitativen Outputs (behandelte Fälle) misst, wäre wünschenswert. Dadurch könnte überprüft werden, ob eine überdurchschnittliche Versorgung auch mit besseren Ergebnissen verbunden ist, was die überdurchschnittliche Versorgung rechtfertigen könnte. Daten für solche Grössen sind aktuell in der Schweiz für die Psychiatrie jedoch nicht verfügbar.⁴⁴ Es gibt zwar einige Grössen, welche approximativ für die Behandlungsqualität in der Region stehen könnten (z. B. Suizidraten, Fürsorgerische Unterbringung), diese sind aber ebenfalls mit Nachteilen verbunden. Die Suizidraten hängen wiederum stark von der Morbidität der Bevölkerung ab. Das Obsan berechnet zwar eine nach Alter und Geschlecht standardisierte Suizidrate, es werden jedoch keine weiteren Merkmale berücksichtigt.⁴⁵ Somit kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Suizidrate weniger eine Folge der Qualität des Angebots, sondern eine Folge der Morbidität der Bevölkerung ist. Die Schwelle zur Anordnung einer Fürsorgerischen Unterbringung ist je Kanton sehr unterschiedlich, weshalb ein Vergleich nicht sinnvoll ist.

⁴⁴ Patient-reported Outcome Measures (PROMs) wie z. B. ICHOM gibt es in der Psychiatrie bis anhin noch nicht standardmässig.

⁴⁵ Mehr zur standardisierten Suizidrate des Obsans unter: <https://ind.obsan.admin.ch/de/indicator/obsan/suizid-und-suizidhilfe> (abgerufen am 15.06.2022).

Ferner kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Diagnosestellung in der Psychiatrie je nach Klinik oder behandelnder Ärztin resp. behandelndem Arzt leicht variiert. Insbesondere beim Vorhandensein von mehreren psychiatrischen Diagnosen könnte es der Fall sein, dass die Einteilung in Haupt- und Nebendiagnosen unterschiedlich ausfallen könnte. Neben den Leistungsgruppen gilt es folglich auch das Gesamtbild der psychiatrischen Fälle zu betrachten.⁴⁶

Weiter gilt es bei der Interpretation der Ergebnisse eine gewisse Vorsicht anzuwenden, da im Bereich der Psychiatrie in gewissen Kantonen mehr Leistungen über Angebote des Gesundheitswesens und in gewissen Kantonen mehr Leistungen über Angebote des Sozialwesens erfolgen.

Im Hinblick auf die verwendete Nomenklatur wurde die Bedarfsanalyse nur für die elf in der Systematik des Kantons Bern verwendeten Leistungsgruppen berechnet. Die zusätzliche Leistungsgruppe (Schwere Essstörungen) weist sehr geringe Fallzahlen auf. Eine separate Berechnung scheint deshalb wenig sinnvoll. Die Fallzahlen werden aber in Kapitel 4.3 deskriptiv dargestellt.

Ausgehend von der Bedarfsanalyse, welche den Status quo analysiert, wird nachfolgend ein Blick in die Zukunft geworfen. Dafür wird im nächsten Kapitel die Methode der Bedarfsprognose erläutert.

3.4 Methode Bedarfsprognose⁴⁷

Das Vorgehen im Rahmen des Prognosemodells lässt sich in drei Arbeitsschritte gliedern (siehe Abbildung 13). In einem ersten Schritt werden die Hospitalisierungsraten nach Diagnosegruppen und Alter berechnet. In einem zweiten Schritt werden die in Schritt 1 berechneten Hospitalisierungsraten mit dem Referenzszenario der Bevölkerungsentwicklung der Jahre 2021 bis 2032 multipliziert. Dies ergibt eine erste Schätzung der zukünftig erwarteten Anzahl Fälle.⁴⁸ In Schritt 3 werden zwei

⁴⁶ Es besteht zudem die Möglichkeit einer leichten Überschätzung der Fälle in der GGR, da in der GGR die akutsomatische und psychiatrische Grundversorgung in unterschiedlichen Kliniken erfolgt. Dadurch entstehen bei einem Übertritt aus einem akutsomatischen Spital in ein psychiatrisches Spital zwei Fälle. In Regionen, in welchen sich die Akutsomatik und die Psychiatrie in einer Klinik befinden, ist dies nicht der Fall. Rund 30 Prozent der psychiatrischen Fälle, welche über SwissDRG abgerechnet werden, werden in eine psychiatrische Klinik verlegt (Medizinische Statistik BFS). Der Anteil der Fälle, welche in akutsomatischen Kliniken behandelt wird, ist mit durchschnittlich 7 Prozent jedoch nicht gross (siehe auch Fussnote in Kapitel 2.3.1).

⁴⁷ Im Gegensatz zur Bedarfsanalyse, in welcher die forensischen Fälle nicht berücksichtigt wurden, sind diese in der Bedarfsprognose enthalten (forensische Fälle: 2019: 76; 2020: 47 [Medizinische Statistik BFS]). Diese herauszufiltern wäre mit einem relativ grossen Aufwand verbunden gewesen, welcher im Vergleich zum Anteil der forensischen Fälle nicht gerechtfertigt schien.

⁴⁸ Zusätzlich zur Schätzung der zukünftigen Anzahl Fälle pro Alters- und Diagnosegruppe wurde eine Prognose der zukünftigen Pflgetage berechnet. Dafür wurden die durchschnittlichen effektiven Pflgetage pro Fall der Jahre 2018 bis 2020 mit Wohnkanton in der GGR pro Alters- und Diagnosegruppe verwendet, d. h. es wurden die Pflgetage im entsprechenden Jahr von alldenjenigen Fällen gezählt, welche in diesem Kalender ausgetreten sind oder das ganze Kalenderjahr stationär behandelt wurden. Es wird dabei immer nur die Aufenthaltsdauer im entsprechenden Kalenderjahr berücksichtigt (maximal 366 Tage). Ein Fall, der bspw. am 26. Dezember 2019 eintritt und am 10. Januar 2020 austritt, wird im Jahr 2019 nicht berücksichtigt und im Jahr 2020 mit 10 Pflgetagen in die Analyse miteinbezogen. Um die durchschnittliche Aufenthaltsdauer zu berechnen, werden die ermittelten Pflgetage durch die Anzahl Fälle, welche im entsprechenden Jahr mindestens ein Tag stationär behandelt wurden, dividiert. Die durchschnittlichen Pflgetage wurden anschliessend mit den prognostizierten Fallzahlen multipliziert. Es wurde keine Veränderung der durchschnittlichen Pflgetage über die Zeit und hinsichtlich der Dynamiken angenommen.

weitere Einflussfaktoren (Steigende Inanspruchnahme, Ambulantisierung) in die Berechnung der Prognose integriert. In den folgenden Kapiteln werden die drei Schritte detailliert erläutert.

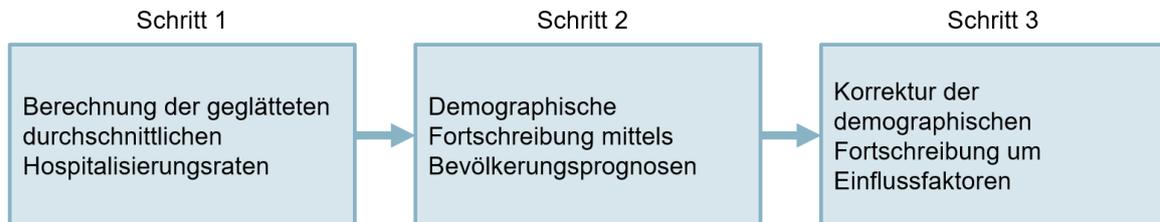


Abbildung 13 Vorgehen im Rahmen des Prognosemodells (eigene Darstellung)

Die resultierenden Ergebnisse werden für alle Hauptdiagnosen des Kapitels V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99) sowie Hauptdiagnosen im Bereich der Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems (G30-32) dargestellt. Zusätzlich werden die Prognosen unter Einbezug eines Schlüssels, der zwischen einer psychiatrischen und allen anderen Behandlungen unterscheidet, dargestellt. Der Schlüssel wurde anhand der Aufteilung der Pflagetage in Spitälern resp. Abteilungen der Psychiatrie resp. anderer Gesundheitsbereiche (Akutsomatik, Rehabilitation) berechnet.⁴⁹ Diese Auswertungen werden als Pflagetage in psychiatrischen Abteilungen bezeichnet.

3.4.1 Schritt 1: Berechnung der geglätteten durchschnittlichen Hospitalisierungsraten

Die durchschnittlichen Hospitalisierungsraten und Pflagetage werden pro Jahrgang und pro Diagnosegruppe berechnet. Die Altersverteilung der Hospitalisierungsraten wird anhand von drei Datenjahren (2018 bis 2020) geschätzt. Die Verwendung von drei Datenjahren ermöglicht eine Mässigung des Einflusses von Ausreisserwerten in einzelnen Datenjahren. Weiter werden die resultierenden Hospitalisierungsraten pro Altersjahr mit einer Glättungsfunktion über die Altersklassen bearbeitet, um Ausreisserwerte in spezifischen Altersjahren zu dämpfen, sodass Ausreisser in einzelnen Jahren kein zu starkes Gewicht erhalten. Es resultiert eine geschätzte Inanspruchnahmerate pro Altersjahr und Diagnosegruppe, die den Status quo der Jahre 2018 bis 2020 abbildet.

⁴⁹ Die Aufteilung wurde mittels der Variable «Tarif für die Abrechnung» aus der Medizinischen Statistik des BFS vorgenommen. Diejenigen Pflagetage, welche den Tarifen «TARPSY», «Andere Tarife stationäre Psychiatrie», «Pflagegabe» zugeordnet waren, wurden der Psychiatrie zugewiesen. Eine Ausnahme bilden die Pflagetage aus dem UKBB; diese wurden, auch wenn sie einem anderen Tarif zugewiesen sind, vollständig zu den psychiatrischen Fällen gerechnet.

3.4.2 Schritt 2: Demographische Fortschreibung mittels Bevölkerungsprognosen

Ein wichtiger Faktor für die Entwicklung der Fallzahlen ist die Entwicklung der Demographie. Für die Bedarfsabschätzung wird die mittlere Bevölkerungsprognose des BFS für die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt verwendet.⁵⁰ Die Bevölkerung in der GGR wird auch in den nächsten Jahren ansteigen. In den Jahren von 2020 bis 2029 wächst die Bevölkerung erwartungsgemäss um rund 23'400 Personen (+4.8 %). Mit rund 15.9 Prozent nimmt die Zahl der über 65-Jährigen zu. Auch die Zahl der Kinder und Jugendlichen steigt um rund 7.9 Prozent, während die Gruppe der Menschen im Alter von 18 bis 64 Jahren fast konstant bleibt (+0.1 %). Die Entwicklung der Bevölkerung in der GGR gemäss dem Referenzszenario ist in Tabelle 11 dargestellt.

Jahr	unter 18 Jahre		18 bis 64 Jahre		über 64 Jahre	
	Anzahl	Wachstum in %	Anzahl	Wachstum in %	Anzahl	Wachstum in %
2020	81'895	100.0	301'839	100.0	104'165	100.0
2021	82'946	101.3	301'915	100.0	105'606	101.4
2022	83'878	102.4	302'043	100.1	107'124	102.8
2023	84'755	103.5	302'236	100.1	108'656	104.3
2024	85'590	104.5	302'304	100.2	110'363	106.0
2025	86'266	105.3	302'305	100.2	112'302	107.8
2026	86'891	106.1	302'441	100.2	114'159	109.6
2027	87'435	106.8	302'433	100.2	116'244	111.6
2028	87'862	107.3	302'465	100.2	118'402	113.7
2029	88'338	107.9	302'234	100.1	120'772	115.9
2030	88'673	108.3	302'312	100.2	122'961	118.0
2031	89'116	108.8	302'171	100.1	125'069	120.1
2032	89'358	109.1	302'194	100.1	127'022	121.9

Tabelle 11 Bevölkerungsentwicklung in der GGR nach Altersklassen bis zum Jahr 2032 (Bevölkerungsszenarien BFS⁵¹)

Die aus Schritt 1 resultierten durchschnittlichen Hospitalisierungsraten und Pflegetage pro Alter und Diagnosegruppe werden anschliessend mit der gemäss Referenzszenario erwarteten Bevölkerung

⁵⁰ Für den Kanton Basel-Stadt liegen auch kantonale Bevölkerungsszenarien des Statistischen Amtes BS vor, für den Kanton Basel-Landschaft gibt es keine kantonal erstellten Bevölkerungsszenarien. Für die einheitliche Fortschreibung der Bevölkerung der beiden Kantone wurde auf die kantonalen Szenarien des BFS zurückgegriffen. Die Bevölkerungsprognose des BFS bezieht sich auf die ständige Wohnbevölkerung.

⁵¹ Es wurde jeweils das Referenzszenario aus den Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Kantone 2020-2050 des neuen Datensatzes (2019-2050) verwendet.



in den jeweiligen Altersgruppen multipliziert. Es resultiert eine erwartete Zahl künftiger Fälle pro Altersgruppe und Leistungsgruppe.

3.4.3 Schritt 3: Korrektur der demographischen Fortschreibung um Einflussfaktoren

Bei der Entwicklung der Bedarfsprognose werden Trends und Einflussfaktoren – soweit quantifizierbar – mitberücksichtigt. Da verschiedene Szenarien für die Zukunft denkbar sind, wurden für zwei Einflussfaktoren verschiedene Annahmen entwickelt, welche in drei Dynamiken zusammengefasst werden: «Hohe Dynamik», «Mittlere Dynamik» und «Gedämpfte Dynamik». Welche Annahmen berücksichtigt wurden, basiert auf der allgemeinen Situation der schweizweiten Versorgung und den Ergebnissen der Bedarfsanalyse. Im Folgenden werden die verschiedenen Einflussfaktoren und die dabei möglichen Annahmen beschrieben. Zudem wird begründet, welche Annahmen schliesslich berücksichtigt wurden.

Einflussfaktor Medizintechnik

Eine Studie im Auftrag des Kantons Zürich aus dem Jahr 2019 kommt zum Schluss, dass anders als in der Akutsomatik medizintechnische Entwicklungen in der Psychiatrie für den Prognosezeitraum keinen wesentlichen Einfluss auf die Fallzahlen haben werden (Höglinger et al. 2019). Entwicklungen wie der Einsatz von Behandlungs-Apps stehen noch am Anfang. Der Einflussfaktor Medizintechnik hat folglich keinen Einfluss auf die Prognose.

Einflussfaktor Epidemiologie

Im Versorgungsbericht zur Zürcher Spitalplanung 2023 (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 2021) wird festgehalten, dass zwar in einzelnen Bereichen (Essstörungen, Depressionen) eine Entwicklung feststellbar ist, durch den Einflussfaktor «Steigende Inanspruchnahme» (siehe nächstes Unterkapitel) wird diese Entwicklung aber teilweise bereits abgedeckt. Der Kanton Zürich sieht deshalb von einem eigenständigen Einflussfaktor ab. Es ist nicht wahrscheinlich, dass sich die epidemiologische Entwicklung grundsätzlich von derjenigen im Kanton Zürich unterscheidet, weshalb auch in der Prognose der GGR auf diesen Einflussfaktor verzichtet wird.

Einflussfaktor Steigende Inanspruchnahme

Gemäss Versorgungsbericht des Kantons Zürich (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 2021) sind sich sowohl Expertinnen und Experten als auch die Fachliteratur einig, dass der Hauptgrund für die steigenden Fallzahlen in der Psychiatrie die grössere Bereitschaft, Hilfe in Anspruch zu nehmen, ist (Entstigmatisierung). Dass dieser Anstieg nicht auf einer angebotsinduzierten Nachfrage basiert,



wird mit der deutlich weniger starken Veränderung der Kapazitäten begründet (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 2021).⁵²

Die Grundlage für die Berechnung des Einflussfaktors «Steigende Inanspruchnahme» bildet der Trend der Jahre 2012 bis 2020. Dafür werden Wachstumsraten pro Alter und Diagnosegruppe berechnet. Wegen der teilweise kleinen Fallzahlen in den untersuchten Kategorien sind die Wachstumsraten partiell ziemlich hoch. Aufgrund dieser teilweise sehr hohen Wachstumsraten, bedingt durch eine hohe Varianz im Vergleich zum Durchschnitt der Fallzahlen, wurde für Leistungsgruppen mit weniger als 20 Fällen pro Altersgruppe im Durchschnitt der Jahre 2018 bis 2020 die Wachstumsrate der Fallzahlen der gesamten Altersgruppe verwendet. Für die Leistungsgruppe F5 der Altersklasse unter 18 Jahren wurde trotz höherer Fallzahlen dieselbe Methode angewandt, da der Beginn der Reihe (2012) ein deutlicher Ausreisser nach unten war.

Die Veränderungen zwischen den Jahren 2017 zu 2018 wurden aufgrund der Einführung von TARPSY in der Altersgruppe der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie bei der Berechnung der durchschnittlichen Wachstumsraten nicht mitberücksichtigt.⁵³ In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde TARPSY erst im Jahr 2019 eingeführt, weshalb in dieser Altersgruppe die Veränderung zwischen den Jahren 2018 zu 2019 nicht berücksichtigt wurde.

Inwieweit die COVID-19-Pandemie die Dynamik der Entstigmatisierung kurzfristig erhöht, kann zum Zeitpunkt der Erstellung der Prognosen nicht abschliessend bewertet werden. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die offene Diskussion während der Pandemie zu einem Anstieg der Inanspruchnahme geführt hat. Da die Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Hilfe, d. h. der Entstigmatisierungseffekt mit zunehmender Entstigmatisierung abnehmen wird, werden die Wachstumsraten der Alters- und Diagnosegruppen reduziert. In der «Hohen Dynamik» wird von 67 Prozent, in der «Mittleren Dynamik» von 50 Prozent und in der «Gedämpften Dynamik» von 20 Prozent der bisherigen Wachstumsrate ausgegangen. Die ersten zwei Annahmen wurden aus der Versorgungsplanung des Kantons Zürich übernommen (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 2021). Die dritte Annahme (20 % der bisherigen Wachstumsrate) wurde angepasst, da in der GGR zumindest in einigen Diagnosegruppen von einer weit fortgeschrittenen Entstigmatisierung ausgegangen werden kann, wodurch in Zukunft ein weniger starker Anstieg als in anderen Schweizer Regionen erwartet werden darf.

⁵² In der GGR sind die Kapazitäten (Anzahl Planbetten in fünf Kliniken, in welchen die Daten für den genannten Zeitraum zur Verfügung standen) im Zeitraum 2012 bis 2020 um 9.4 Prozent gestiegen (Krankenhausstatistik BFS). Die Fallzahlen im entsprechenden Zeitraum (in denselben fünf Spitätern) sind weniger gestiegen (Medizinische Statistik BFS). Dies widerspricht zwar der Annahme von Zürich, da jedoch nicht mit Sicherheit eingeschätzt werden kann, ob die Kapazitäten aufgrund eines höheren Bedarfs oder aufgrund einer angebotsinduzierten Nachfrage gestiegen sind, wird die Annahme der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich übernommen.

⁵³ Da die Analyse der Daten Hinweise gibt, dass durch die Veränderung der Rahmenbedingungen (Einführung von TARPSY) die Wachstumsrate in den entsprechenden Jahren beeinflusst wurde, wird das entsprechende Jahr nicht berücksichtigt.



Einflussfaktor Ambulantisierung: Substitution stationär durch intermediär

Der Effekt des Einflussfaktors «Ambulantisierung» wird bestimmt durch die Möglichkeit, stationäre Behandlungen durch ambulante bzw. insbesondere intermediäre⁵⁴ Behandlungen zu substituieren. Im *Psychatriekonzept 2022* wird das Potenzial einer Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Leistungsbereich betont (Baumgartner et al. 2022). Diese Einschätzung deckt sich mit den Einschätzungen des Zürcher Vereins Psychiatrischer Chefärzte, welche die Gesundheitsdirektion Zürich im Versorgungsbericht 2021 der Prognose für die Psychiatrie zugrunde legt (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 2021). Die Einschätzung kommt zum Schluss, dass es in der Erwachsenenpsychiatrie ein Ambulantisierungspotenzial von 5 bis 20 Prozent gibt.

Im Gegensatz zur Akutsomatik ist es in der Psychiatrie nicht möglich, anhand der Daten der Medizinischen Statistik pro Fall abzuschätzen, ob dieser potenziell ambulant erbracht werden könnte. Auch gibt es keine einheitlichen «AVOS-Verordnungen» oder «-Verfügungen».⁵⁵ Aus diesem Grund wird über alle stationären psychiatrischen Leistungsbereiche der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie hinweg die gleiche Reduktion der stationären Fallzahlen angenommen. Der Grad der Ambulantisierung hängt davon ab, ob die Ambulantisierung aus medizinischer und politischer Sicht gefördert werden soll. Die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit tagesklinischer Strukturen konnte hinreichend durch die Resultate aus national und international anerkannten Studien nachgewiesen werden (Agarwalla und Kuechenhoff 2004, Kallert et al. 2004, Kallert et al. 2007a, Kallert et al. 2007b). Es zeigt sich, dass rund 30 Prozent der psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten in tagesklinischen Strukturen mindestens gleich wirksam und zweckmässiger behandelt werden können wie in stationären Strukturen. Ausserdem sinken die Fallkosten pro Patientin resp. Patient, da ein Behandlungstag in der Tagesklinik ca. halb so viel kostet wie ein Pfl egetag in einer stationären Einrichtung. Da in der GGR sowohl ein hohes medizinisches Potenzial als auch hohe politische Offenheit gegenüber der Ambulantisierung besteht, wird in der GGR von einem Ambulantisierungspotenzial von 25 Prozent bis zum Jahr 2032 ausgegangen und damit die oben gemachte Schätzung um fünf Prozentpunkte überschritten. Von einem Effekt auf die Aufenthaltsdauer wird hingegen nicht ausgegangen, da die Ambulantisierung die durchschnittliche Aufenthaltsdauer erhöhen oder senken könnte. Eine Erhöhung ist möglich durch einen Selektionseffekt, also durch die vollständige Ambulantisierung der Fälle mit kurzer Aufenthaltsdauer bei gleichbleibender Aufenthaltsdauer der Fälle

⁵⁴ Im vorliegenden Bericht wird unter Ambulantisierung v. a. eine Substitution durch intermediäre Angebote verstanden.

⁵⁵ Siehe Eingriffsspezifische Kriterienlisten «ambulant vor stationär» AVOS in der Akutsomatik, Basel-Stadt: <https://www.gesundheitsversorgung.bs.ch/spitaeler/Versorgungsmonitoring/avos.html>, Basel-Landschaft: <https://www.baselland.ch/politik-und-behorden/direktionen/volkswirtschafts-und-gesundheitsdirektion/amt-fur-gesundheit/spitaeler-und-therapieeinrichtungen/spitalversorgung/ambulant-vor-stationaer-avos> (abgerufen am 15.09.2022).

mit hoher Aufenthaltsdauer. Eine Reduktion wäre dann möglich, wenn ein gewichtiger Teil der hospitalisierten Personen im Vergleich zu heute früher entlassen und bspw. durch Home Treatment oder in einer Tagesklinik weiterbetreut werden könnte.

Die Ambulantisierung ist somit wie folgt Gegenstand der Dynamiken zur Bedarfsprognose. In der «Mittleren Dynamik» wird von einer Ambulantisierung von 15 Prozent der Fälle resp. Leistungen ausgegangen. Die «Gedämpfte Dynamik» beschreibt ein Szenario, in dem gegenüber dem Status quo in zwölf Jahren 25 Prozent der stationären Fälle resp. Leistungen in der Erwachsenenpsychiatrie ambulant erbracht werden. Die «Hohe Dynamik» geht von einer Substitution von fünf Prozent der stationären Fälle aus (siehe Tabelle 12). Die Faktoren wurden linear auf den ganzen Zeitraum (bis 2032) verteilt. So z. B. beträgt der Multiplikator der Variante «Mittlere Dynamik» bis zum Jahr 2032 0.85 (bei Abnahme von 15 %). Dieser Faktor sinkt jährlich vom Jahr 2021 um 0.0125 (0.15/12), d. h. der Faktor 2021 ist 0.9875, der Faktor 2022 ist 0.975 etc. Dieser Faktor betrifft nur die Erwachsenen- und Alterspsychiatrie.

Die Dynamiken unterscheiden sich folglich hinsichtlich der Ambulantisierung und der Bereitschaft von Erkrankten und ihres Umfeldes, Hilfe in Anspruch zu nehmen (siehe Tabelle 12). Je höher die Dynamik der Ambulantisierung und je geringer die Wachstumsrate der «Steigenden Inanspruchnahme» in der Region ist, umso gedämpfter wird die Dynamik der stationären Leistungsanspruchnahme sein.

Somit unterscheiden sich die drei genannten Dynamiken hinsichtlich der Ausprägung der zwei Stellgrößen wie folgt:

Dynamiken	Steigende Inanspruchnahme	Ambulantisierung ⁵⁶
Hohe Dynamik	2/3 (67 %) der Dynamik der letzten 10 Jahre	5 % über 12 Jahre
Mittlere Dynamik	1/2 (50 %) der Dynamik der letzten 10 Jahre	15 % über 12 Jahre
Gedämpfte Dynamik	1/5 (20 %) der Dynamik der letzten 10 Jahre	25 % über 12 Jahre

Tabelle 12 Dynamiken und Stellgrößen

Zu beachten ist, dass die Bedarfsprognose auf einer Extrapolation der Entwicklung der letzten Jahre basiert. In Bereichen, in welchen heute bereits eine hohe Leistungsanspruchnahme beobachtet wird, stellt sich die Frage, ob und inwieweit das Wachstum in Zusammenhang mit einer bereits erfolgten Entstigmatisierung steht. Da der Entstigmatisierungseffekt in der GGR in diesem Fall bereits stärker als in anderen Regionen der Schweiz fortgeschritten und damit das Potenzial für eine weitere Entstigmatisierung in den kommenden zehn Jahren geringer wäre, könnte die Dynamik der Leistungsanspruchnahme über den Demographieeffekt hinaus weit weniger ausgeprägt sein als in der Vergangenheit. Eine Möglichkeit, dies zu berücksichtigen, liegt in der Anwendung der Variante mit

⁵⁶ Dieser Einflussfaktor wird nur in der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie berücksichtigt.



einer gedämpften Dynamik auf Leistungsgruppen mit hohen relativen Fallzahlen. Für die Prognosen werden deshalb für die Leistungsbereiche Erwachsenen- und Alterspsychiatrie folgende Annahmen zugrunde gelegt:⁵⁷

- Die «Gedämpfte Dynamik» wird angewendet für Leistungsgruppen mit im Vergleich zur Schweiz signifikant höheren Leistungsmengen gemäss Bedarfsanalyse (siehe unterstrichene Leistungsgruppen in Tabelle 13 oder Tabelle A.5 im Anhang), als dies zu erwarten gewesen wäre.
- Die «Mittlere Dynamik» wird für alle übrigen Leistungsgruppen angewendet.

Für die Prognosen im Leistungsbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden für alle Leistungsgruppen die gleichen Annahmen getroffen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie muss schweizweit von einer Unterversorgung ausgegangen werden.⁵⁸ Eine überdurchschnittliche Versorgung wird folglich nicht auf eine weit fortgeschrittene Entstigmatisierung zurückgeführt, sondern auf eine grössere Unterversorgung anderer Regionen. Es wird deshalb in Zukunft mit einer relativ starken Dynamik (50 % der bisherigen Wachstumsrate) gerechnet. Zudem wird in dieser Altersgruppe keine Ambulantisierung von Fällen angenommen.

⁵⁷ Auf eine Kombination von Ausprägungen der Einflussfaktoren aus verschiedenen Dynamiken wird verzichtet. In Leistungsgruppen mit signifikant höheren Leistungsmengen kann angenommen werden, dass sowohl der Anstieg der Inanspruchnahme inskünftig gedämpft sein wird als auch, dass ein höheres Potenzial für eine Ambulantisierung vorliegt.

⁵⁸ Diese Annahme wird getroffen, da im Bericht *Gesundheit in der Schweiz – Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene: Nationaler Gesundheitsbericht 2020* des Obsans auf Studien verwiesen wird, welche eine Überlastung der psychiatrischen Kliniken im Kinder- und Jugendbereich feststellen (siehe Obsan [2020] S. 288f).



4 Ergebnisse

In den nachfolgenden Ausführungen werden die methodischen Vorüberlegungen (Kapitel 3) auf die psychiatrische Versorgung der Wohnbevölkerung der GGR angewendet.

4.1 Bedarfsanalyse

Ausgehend von den in Kapitel 3.3 dargestellten methodischen Grundlagen der Regression werden in Tabelle 13 die entsprechenden Resultate dargestellt. Es wurde dafür der Mittelwert der Ergebnisse der drei Jahre 2018 bis 2020 genommen, um allfällige Schwankungen, welche bspw. aufgrund der COVID-19-Pandemie im Jahr 2020 entstanden sein könnten, auszugleichen. Die Tabelle weist für die jeweiligen Leistungs- und Altersgruppen (18 bis 64 Jahre = Erwachsenenpsychiatrie, über 64 Jahre = Alterspsychiatrie, unter 18 Jahre = Kinder- und Jugendpsychiatrie) die Fallzahl, die Über- bzw. Unterschreitung der erwarteten Leistungsmenge sowie die prozentuale Abweichung aus. Unterstrichene Abweichungen sind für das Jahr 2019 statistisch signifikant. In der Erwachsenenpsychiatrie ist die effektive Inanspruchnahme in der GGR um 22.0 Prozent höher, als im Vergleich zur gesamten Schweiz zu erwarten gewesen wäre. In der Alterspsychiatrie ergibt sich für die Summe der Leistungsgruppen eine Abweichung von 22.7 Prozent und für die Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Abweichung in Höhe von 23.9 Prozent. Grundsätzlich bleibt festzuhalten, dass die hohen Hospitalisierungsraten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft (siehe Kapitel 2.3.1) nicht durch soziodemographische und -ökonomische Merkmale der Bevölkerung in der GGR zu begründen sind.



Altersgruppen		18 bis 64 Jahre			über 64 Jahre			unter 18 Jahre		
Leistungsgruppen		Fallzahl 2018 - 2020 (D)	über/unter erwarteter Leistungsmenge	über/unter in %	Fallzahl 2018 - 2020 (D)	über/unter erwarteter Leistungsmenge	über/unter in %	Fallzahl 2018 - 2020 (D)	über/unter erwarteter Leistungsmenge	über/unter in %
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen	98	23	<u>31.2</u>	1'022	227	<u>28.6</u>	-	-	-
FA	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1'040	208	<u>25.0</u>	173	32	22.5	22	5	30.6
FD	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	512	134	<u>35.3</u>	26	9	<u>49.0</u>	14	4	33.6
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	834	31	3.8	115	-1	-1.2	13	2	16.2
F3	Affektive Störungen	1'535	222	<u>16.9</u>	446	76	<u>20.4</u>	109	26	32.1
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	899	236	<u>35.6</u>	186	32	<u>20.8</u>	83	12	16.6
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	62	2	2.9	-	-	-	44	21	<u>89.5</u>
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	528	165	<u>45.4</u>	13	-2	-14.5	15	0	-0.9
F7	Intelligenzstörungen	22	-19	-45.8	-	-	-	-	-	-
F8	Entwicklungsstörungen	14	2	14.9	-	-	-	-	-	-
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	13	-2	-12.7	-	-	-	65	6	11.0
Gesamt		5'558	1'001	22.0	1'986	367	22.7	376	72	23.9

Tabelle 13 Ergebnisübersicht Bedarfsanalyse Psychiatrie für das Jahr 2020, Spezifikation 3, D = Durchschnitt, unterstrichene Abweichungen signifikant für das Jahr 2019⁵⁹

4.2 Bedarfsprognose

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Bedarfsprognose unter Berücksichtigung der Annahmen gemäss den verschiedenen Dynamiken («Gedämpfte Dynamik», «Mittlere Dynamik» und «Hohe Dynamik») vorgestellt. Gemäss der Prognose zur Bevölkerungsentwicklung wird in der GGR ein Anstieg von 487'900 Einwohnerinnen und Einwohnern per Ende Jahr 2020 um 4.8 Prozent auf

⁵⁹ Für die Berechnung der Bedarfsanalyse wurden die Datenjahre 2018 bis 2020 der Medizinischen Statistik verwendet. Für die Kontrollvariablen wurden Daten aus dem entsprechenden Jahr verwendet (für eine Übersicht der verwendeten Daten siehe Tabelle 10). Bei fünf oder weniger Beobachtungen wurden die Werte nicht dargestellt, sondern ein Strich eingefügt.

rund 511'300 Einwohnerinnen und Einwohner per Ende Jahr 2029 erwartet (siehe Abbildung 14). Im Vergleich dazu wächst die gesamte Schweiz im gleichen Zeitraum um 7.7 Prozent.

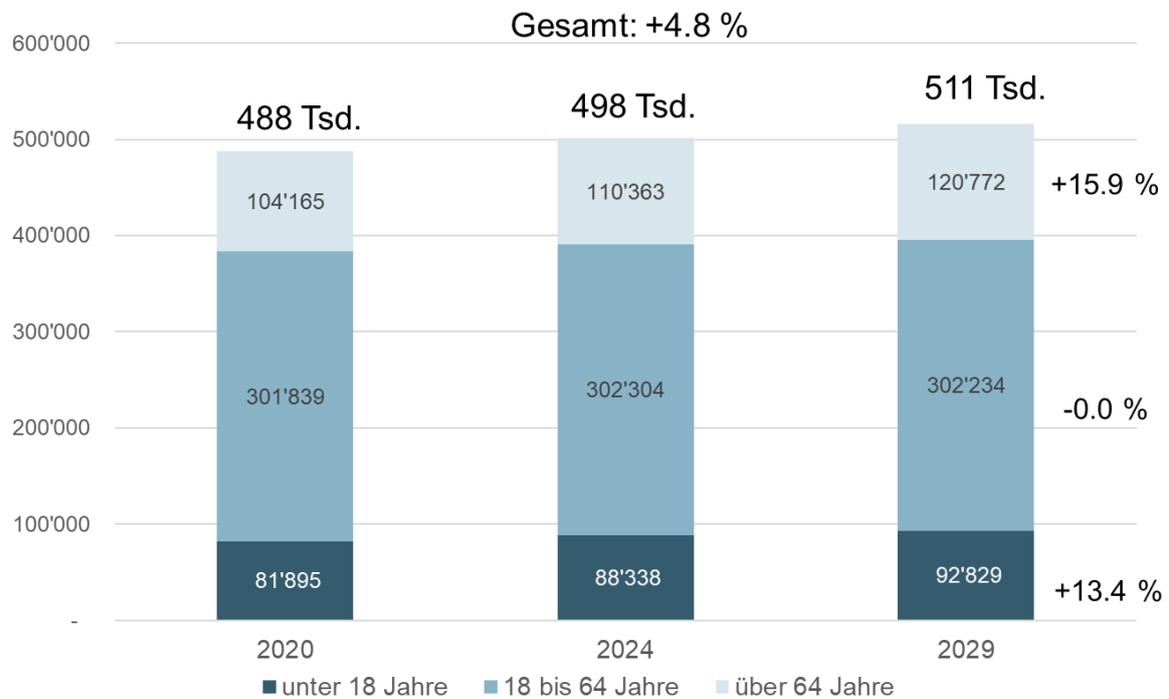


Abbildung 14 Bevölkerungsentwicklung in der GGR bis 2029, Tsd. = Tausend (Bevölkerungsszenarien BFS, eigene Darstellung)

Während die Zahl der unter 18-Jährigen bis ins Jahr 2029 um 13.4 Prozent steigt, bleibt die Zahl der 18- bis 64-Jährigen konstant. Deutlich steigen wird die Zahl der älteren Menschen in der GGR. Die Zahl der Personen im Alter von 65 und mehr Jahren steigt um rund 16'600 (+15.9 %). Im Vergleich zur gesamten Schweiz fällt die Alterung der Bevölkerung in der GGR leicht unterdurchschnittlich aus (CH: 24.2 %, GGR: 15.9 %). Dabei wird insbesondere die Zahl der Hochaltrigen (über 80 Jahren) deutlich zunehmen. Die tendenziell jüngere Bevölkerung in der Kernstadt Basel gleicht die starke Alterung in der Agglomeration aus. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Bevölkerung in der GGR wächst und älter wird.

Zusätzlich zur Bevölkerungsentwicklung wird der Trend durch die zwei Einflussfaktoren «Steigende Inanspruchnahme» und «Ambulantisierung» beeinflusst. Den Effekt des Einflussfaktors «Steigende Inanspruchnahme» auf die Entwicklung der Austritte aus der stationären psychiatrischen Behandlung in den verschiedenen Dynamiken zeigt Tabelle 14.

Altersgruppe	Entwicklung Austritte 2012 bis 2020 pro Jahr ⁶⁰	Ohne demographische Entwicklung pro Jahr	Zunahme «Gedämpfte Dynamik» pro Jahr (20 %)	Zunahme «Mittlere Dynamik» pro Jahr (50 %)	Zunahme «Hohe Dynamik» pro Jahr (67 %)
unter 18 Jahre	3.4 %	2.5 %	0.0 %	1.2 %	1.9 %
18 bis 64 Jahre	2.5 %	2.0 %	0.4 %	1.1 %	1.5 %
über 64 Jahre	4.1 %	3.0 %	0.6 %	1.4 %	1.9 %

Tabelle 14 Wachstumsraten pro Jahr des Einflussfaktors «Steigende Inanspruchnahme» über alle Leistungsgruppen (STATPOP, Medizinische Statistik)⁶¹

Die Spalte «Entwicklung der Austritte» enthält die tatsächliche Entwicklung der Fallzahlen pro Jahr und pro Altersgruppe. Die Spalte «Ohne demographische Entwicklung» zeigt die Fallzunahme pro Jahr, welche nicht durch die demographische Entwicklung bestimmt wurde. Die nachfolgenden drei Spalten stellen vor, welche prozentuale Zunahme durch eine höhere Inanspruchnahme (d. h. ohne demographische Entwicklung) in Zukunft für die jeweilige Altersgruppe über alle Leistungsgruppen zu erwarten ist. Diese jährlichen Zunahme-Quoten werden für jede Leistungs- und Altersgruppe ermittelt (Ausnahme Leistungsgruppen mit sehr geringen Fallzahlen). In der «Mittleren Dynamik» wird eine Wachstumsrate, welche 50 Prozent der Wachstumsrate der beobachteten Entwicklung der Jahre 2012 bis 2020 (ohne Demographie) entspricht, angenommen.

Beispiel: In die Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen steigen die Fallzahlen pro Jahr (im Zeitraum 2012 bis 2020) um 2.5 Prozent. Davon sind 0.5 Prozentpunkte auf die Demographie und 2.0 Prozentpunkte auf eine steigende Inanspruchnahme zurückzuführen. Die «Mittlere Dynamik» reduziert diesen nicht demographisch bedingten Wachstumsimpuls auf eine Wachstumsrate von 1.1 Prozent pro Jahr.

Für die Erwachsenen- und Alterspsychiatrie werden je nach Leistungsgruppe jeweils die «Gedämpfte Dynamik» oder die «Mittlere Dynamik» angewendet (siehe Kapitel 3.4.3). In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird jeweils die «Mittlere Dynamik» berücksichtigt.

Zusätzlich zu diesem Effekt wird in der Alters- und Erwachsenenpsychiatrie in Abhängigkeit der Resultate der Bedarfsanalyse je Leistungsgruppe eine Ambulantisierung von entweder 25 Prozent («Gedämpfte Dynamik») oder 15 Prozent («Mittlere Dynamik») angenommen. Unter Berücksichtigung der Einflussfaktoren ergeben sich nach Altersklassen die in den nachfolgenden Kapiteln 4.2.1 bis 4.2.4 dargestellten bedarfsgerechten Leistungsmengen.

⁶⁰ Dies entspricht der Entwicklung, ohne der Veränderung zwischen den Jahren, in welchen TARPSY eingeführt wurde.

⁶¹ Dass die Werte in der Tabelle nicht exakt 20, 50 resp. 67 Prozent der Wachstumsrate «Ohne demographische Entwicklung pro Jahr» entsprechen, hängt damit zusammen, dass in Leistungsgruppen mit kleinen Fallzahlen nicht die Wachstumsrate dieser Alters- und Leistungsgruppe, sondern die Wachstumsrate der Altersgruppe über alle Leistungsgruppen verwendet wird.

4.2.1 Prognose – Gesamtübersicht

Die Resultate der Bedarfsprognose ergeben einen Rückgang der stationären psychiatrischen Pflegetage bis zum Jahr 2029 über alle Altersgruppen von 6.9 Prozent. Dabei sind die oben beschriebenen Einflussfaktoren (Bevölkerungsentwicklung, Steigende Inanspruchnahme und Ambulantisierung) entsprechend berücksichtigt. Dies entspricht rund 16'000 stationären Pflegetagen, welche durch die Wohnbevölkerung der beiden Basler Kantone weniger in Anspruch genommen werden. Während die Zahl der Pflegetage der Altersgruppe von 18 bis 64 Jahren um rund 21'400 Tage sinkt, wird die Zahl der Pflegetage in der Altersgruppe der über 64-Jährigen um rund 1'700 Tage und in der Altersgruppe der unter 18-Jährigen um rund 3'700 Tage steigen (siehe Abbildung 15).

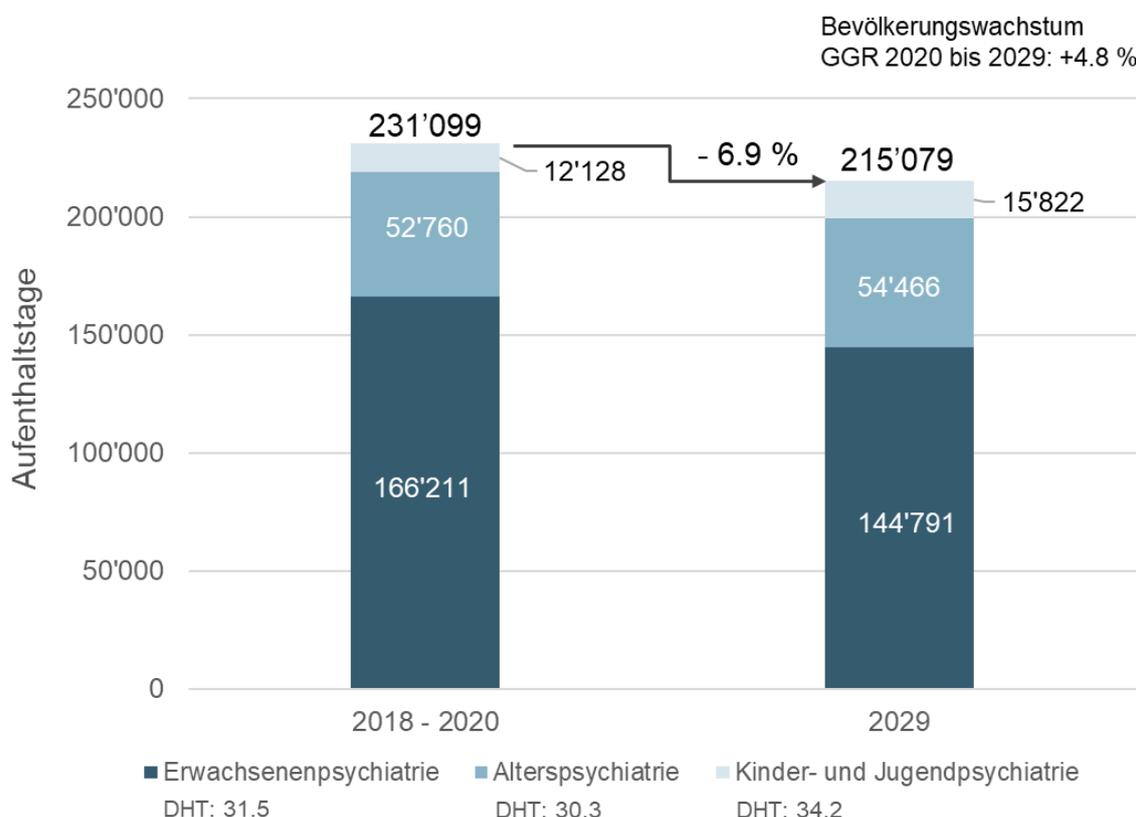


Abbildung 15 Entwicklung der Pflegetage über alle Altersgruppen, DHT = Durchschnittliche Hospitalisationstage (basierend auf den Auswertungen in Kapitel 4.2.2 bis 4.2.4, eigene Darstellung)

Die nachfolgenden Tabellen stellen die Entwicklung nach Leistungsgruppen für die genannten Altersgruppen differenziert vor. Pro Altersgruppe werden jeweils drei Tabellen dargestellt. Die erste Tabelle enthält die Prognose der Fallzahlen und die zweite Tabelle die Prognose der Pflegetage. Die dritte Tabelle stellt ebenfalls die Pflegetage dar; es werden jedoch nur Fälle berücksichtigt, welche in psychiatrischen Abteilungen behandelt wurden (siehe Kapitel 3.4 Beschreibung des verwendeten



Schlüssels).⁶² Bei fünf oder weniger Beobachtungen wurden die Werte für die Leistungsgruppe nicht dargestellt, sondern ein Strich eingefügt.

4.2.2 Prognose Erwachsenenpsychiatrie

Die Prognose der Leistungsentwicklung in der Erwachsenenpsychiatrie kommt zum Ergebnis, dass die stationäre Leistungsmenge bis zum Jahr 2029 gegenüber dem Durchschnitt der Jahre 2018 bis 2020 sinkt. Die Resultate unterscheiden sich je nach Leistungsgruppe. So ist von einem Rückgang der Leistungsmengen in den fallzahlstarken Leistungsbereichen wie FA, F3, F4 und F6 gegenüber dem Durchschnitt der Jahre 2018 bis 2020 auszugehen. Eine stabile Entwicklung der Fallzahlen wird in der Leistungsgruppe F2 erwartet (siehe Tabelle 15a). Veränderungsraten werden für den Zeitraum des Mittelwerts der Jahre 2018 bis 2020 gegenüber dem Jahr 2029 dargestellt.

⁶² Die nachfolgenden Analysen wurden mittels der Medizinischen Statistik, der STATPOP und den Bevölkerungsszenarien des BFS berechnet.



Altersgruppe 18 bis 64 Jahre		Bedarfsanalyse			Bedarfsprognose					
					Fallzahlen					
Leistungsgruppen		Fallzahl 2018 - 2020 (D)	über/unter erwarteter Leistungsmenge	über/unter in %	Ist	2021	2024	2029	Entwicklung Ist-2029 In %	2032
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen	98	23	31.2	98	93	85	71	-27	63
FA	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1'040	208	25.0	1'040	1'018	956	851	-18	789
FD	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	512	134	35.3	512	498	473	435	-15	411
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	834	31	3.8	834	867	868	867	4	866
F3	Affektive Störungen	1'535	222	16.9	1'535	1'517	1'423	1'267	-17	1'176
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	899	236	35.6	899	897	869	820	-9	788
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	62	2	2.9	62	61	57	52	-17	49
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	528	165	45.4	528	516	487	448	-15	424
F7	Intelligenzstörungen	22	-19	-45.8	22	20	18	16	-29	14
F8	Entwicklungsstörungen	14	2	14.9	14	14	13	14	2	14
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	13	-2	-12.7	13	14	14	14	3	14
Gesamt		5'558	1'001	22.0	5'558	5'515	5'265	4'854	-13	4'608

Tabelle 15a Leistungsprognose Erwachsenenpsychiatrie, Fälle, D = Durchschnitt, Ist = Durchschnitt der Jahre 2018 bis 2020

Die Leistungsmenge in Pfl egetagen (Tabelle 15b) geht gegenüber der Basis der Jahre 2018 bis 2020 ebenfalls zurück. Die Leistungsmenge sinkt um ca. 21'400 Pfl egetage (-13 %).

Altersgruppe 18 bis 64 Jahre		Bedarfsanalyse			Bedarfsprognose					
					Pfl egetage					
Leistungsgruppen		Fallzahl 2018 - 2020 (D)	über/unter erwarteter Leistungsmenge	über/lunter in %	Ist	2021	2024	2029	Entwicklung Ist-2029 in %	2032
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen	98	23	31.2	2'682	2'588	2'366	1'982	-26	1'756
FA	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1'040	208	25.0	22'322	21'858	20'527	18'264	-18	16'937
FD	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	512	134	35.3	13'288	12'910	12'262	11'267	-15	10'654
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaft e Störungen	834	31	3.8	32'265	32'280	32'302	32'254	0	32'224
F3	Affektive Störungen	1'535	222	16.9	54'586	53'994	50'671	45'108	-17	41'862
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	899	236	35.6	19'821	19'656	19'050	17'980	-9	17'274
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	62	2	2.9	2'478	2'438	2'270	2'062	-17	1'936
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	528	165	45.4	17'282	16'738	15'817	14'554	-16	13'775
F7	Intelligenzstörungen	22	-19	-45.8	615	565	511	438	-29	400
F8	Entwicklungsstörungen	14	2	14.9	452	439	433	451	0	456
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	13	-2	-12.7	420	432	431	433	3	433
Gesamt		5'558	1'001	22.0	166'211	163'900	156'639	144'791	-13	137'707

Tabelle 15b Leistungsprognose Erwachsenenpsychiatrie, Pfl egetage, D = Durchschnitt, Ist = Durchschnitt der Jahre 2018 bis 2020

Die Leistungsmenge in Pfl egetagen (Tabelle 15c) beschränkt auf psychiatrische Abteilungen (d. h. ohne Behandlungen in Spitälern oder Abteilungen der Akutsomatik oder Rehabilitation) sinkt gegenüber der Basis des Durchschnitts der Jahre 2018 bis 2020 anteilig zur Gesamtleistungsmenge um ca. 20'400 Pfl egetage (-13 %).

Altersgruppe 18 bis 64 Jahre		Anteil der gesamten Pfl egetage, welche in psychiatrischen Abteilungen behandelt werden	Bedarfsprognose					
			Pfl egetage					
Leistungsgruppen			Ist	2021	2024	2029	Entwicklung Ist-2029 in %	2032
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen	90 %	2'411	2'327	2'127	1'782	-26	1'578
FA	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	96 %	21'372	20'928	19'653	17'486	-18	16'216
FD	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	99 %	13'160	12'786	12'143	11'158	-15	10'552
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaft e Störungen	100 %	32'225	32'241	32'263	32'215	0	32'184
F3	Affektive Störungen	96 %	52'674	52'103	48'897	43'528	-17	40'396
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	80 %	15'793	15'662	15'179	14'326	-9	13'764
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	88 %	2'174	2'140	1'992	1'809	-17	1'699
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	99 %	17'096	16'558	15'647	14'397	-16	13'627
F7	Intelligenzstörungen	100 %	615	565	511	438	-29	400
F8	Entwicklungsstörungen	100 %	452	439	433	451	0	456
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	99 %	417	429	428	430	3	430
Gesamt			158'390	156'177	149'272	138'020	-13	131'302

Tabelle 15c Leistungsprognose Erwachsenenpsychiatrie beschränkt auf psychiatrische Abteilungen, Pfl egetage, Ist = Durchschnitt der Jahre 2018 bis 2020

4.2.3 Prognose Alterspsychiatrie

Aufgrund des starken Anstiegs der Population von Menschen im Alter von über 64 Jahren in der GGR (Abbildung 14) ist bis zum Jahr 2029 gegenüber der Basis (Durchschnitt 2018 bis 2020) mit einem Anstieg der stationären Fallzahlen in fallzahlstarken Leistungsgruppen zu rechnen (gesamthaf +3.5 %). Dieser Anstieg betrifft insbesondere die Leistungsgruppe F0 (+5.0 %), in welcher rund 50 Prozent aller Fälle der Alterspsychiatrie zuzuordnen sind (siehe Tabelle 16a). Dämpfend auf das Gesamtwachstum wirkt der Rückgang (-3.3 %) bei den affektiven Störungen (F3).

Altersgruppe über 64 Jahre		Bedarfsanalyse			Bedarfsprognose					
					Fallzahlen					
Leistungsgruppen		Fallzahl 2018 - 2020 (D)	über/unter erwarteter Leistungsmenge	über/unter in %	Ist	2021	2024	2029	Entwicklung Ist-2029	2032
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen	1'022	227	28.6	1'022	1'058	1'069	1'073	5	1'067
FA	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	173	32	22.5	173	175	175	180	4	178
FD	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	26	9	49.0	26	26	25	25	-6	24
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	115	-1	-1.2	115	119	126	142	23	150
F3	Affektive Störungen	446	76	20.4	446	446	439	432	-3	422
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	186	32	20.8	186	186	184	183	-2	179
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	-	-	-	-	-	-	-	-	-
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	13	-2	-14.5	13	14	15	16	23	17
F7	Intelligenzstörungen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
F8	Entwicklungsstörungen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt		1'986	367	22.7	1'986	2'028	2'038	2'054	3	2'043

Tabelle 16a Leistungsprognose Alterspsychiatrie, Fälle, D = Durchschnitt, Ist = Durchschnitt der Jahre 2018 bis 2020

Die Leistungsmenge in Pflēgetagen (Tabelle 16b) steigt gegenüber der Basis des Durchschnitts der Jahre 2018 bis 2020 ebenfalls an. Die Leistungsmenge steigt um ca. 1'700 Pflēgetage (+3.2 %).

Altersgruppe über 64 Jahre		Bedarfsanalyse			Bedarfsprognose					
					Pflēgetage					
Leistungsgruppen		Fallzahl 2018 - 2020 (D)	über/unter erwarteter Leistungsmenge	über/lunter in %	Ist	2021	2024	2029	Entwicklung Ist-2029 in %	2032
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen	1'022	227	28.6	21'426	22'185	22'414	22'495	5	22'383
FA	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	173	32	22.5	3'523	3'561	3'577	3'661	4	3'623
FD	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	26	9	49.0	585	568	557	547	-6	532
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	115	-1	-1.2	4'517	4'670	4'954	5'558	23	5'885
F3	Affektive Störungen	446	76	20.4	17'884	17'889	17'603	17'294	-3	16'922
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	186	32	20.8	4'021	4'027	3'989	3'956	-2	3'885
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	-	-	-	-	-	-	-	-	-
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	13	-2	-14.5	507	534	564	623	23	648
F7	Intelligenzstörungen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
F8	Entwicklungsstörungen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt		1'986	367	22.7	52'759	53'729	53'968	54'466	3	54'224

Tabelle 16b Leistungsprognose Alterspsychiatrie, Pflēgetage, D = Durchschnitt, Ist = Durchschnitt der Jahre 2018 bis 2020

Die Leistungsmenge in Pflēgetagen (Tabelle 16c) beschränkt auf psychiatrische Abteilungen (d. h. ohne Behandlungen in Spitälern oder Abteilungen der Akutsomatik oder Rehabilitation) steigt gegenüber der Basis des Durchschnitts der Jahre 2018 bis 2020 anteilig zur Gesamtleistungsmenge um rund 1'700 Pflēgetage (+3.9 %) an.

Altersgruppe über 64 Jahre		Anteil der gesamten Pflegetage, welche in psychiatrischen Abteilungen behandelt werden	Bedarfsprognose					
			Pflegetage					
Leistungsgruppen			Ist	2021	2024	2029	Entwicklung Ist-2029 in %	2032
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen	77 %	16'405	16'986	17'162	17'224	5	17'138
FA	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	88 %	3'111	3'144	3'158	3'232	4	3'199
FD	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	84 %	492	478	469	461	-6	447
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	99 %	4'468	4'619	4'900	5'497	23	5'821
F3	Affektive Störungen	95 %	16'968	16'968	16'972	16'701	-2	16'055
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	70 %	2'804	2'808	2'782	2'759	-2	2'709
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	-	-	-	-	-	-	-
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	98 %	498	525	555	613	23	637
F7	Intelligenzstörungen	-	-	-	-	-	-	-
F8	Entwicklungsstörungen	-	-	-	-	-	-	-
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt			44'770	45'553	46'024	46'516	4	46'036

Tabelle 16c Leistungsprognose Alterspsychiatrie beschränkt auf psychiatrische Abteilungen, Pflegetage, Ist = Durchschnitt der Jahre 2018 bis 2020

4.2.4 Prognose intermediärer Behandlungsbedarf in der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie

Unter Berücksichtigung der eingeführten Annahmen zur Ambulantisierung in der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie ist mit einem Anstieg der Behandlungstage durch intermediäre Angebote bis zum Jahr 2029 von 73.7 Prozent gegenüber dem Jahr 2020 auszugehen. Dies entspricht rund 38'342

Tagen, welche durch die Wohnbevölkerung der beiden Basler Kantone in Anspruch genommen werden. Wenn die Annahme getroffen wird, dass 100 Prozent des Ambulantisierungspotenzials intermediär behandelt wird, bedarf es 158 zusätzlicher intermediärer Plätze bis ins Jahr 2029 (siehe Abbildung 16).

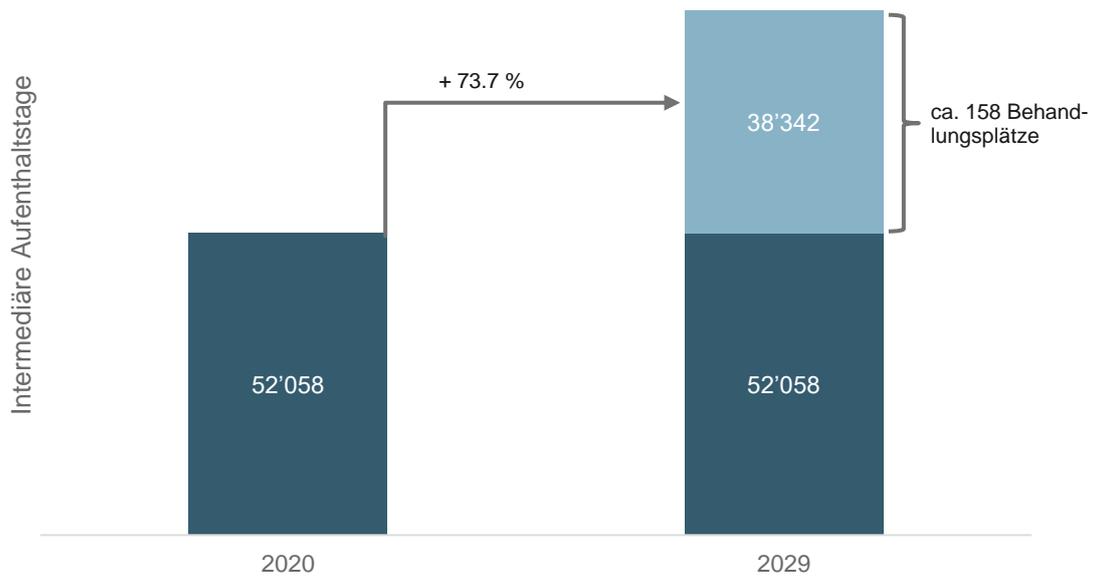


Abbildung 16 Prognose des intermediären Behandlungsbedarfs in der GGR bis 2029 (basierend auf den Resultaten der Bedarfsprognose und Angaben Spitäler zum intermediären Bereich, eigene Darstellung)

Die Schätzung des intermediären Bedarfs beruht auf der Annahme einer Auslastung der Kapazitäten von 93 Prozent sowie einer durchschnittlichen intermediären Behandlungsdauer pro Patientin resp. Patient, welcher der stationären Behandlungsdauer entspricht.

4.2.5 Prognose Kinder- und Jugendpsychiatrie

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie steigen die Fallzahlen um 29.7 Prozent. Die fallzahlenstarke Leistungsgruppe F3 wird um die Hälfte steigen. Dieser Trend setzt sich voraussichtlich auch bis zum Jahr 2032 fort (siehe Tabelle 17a).

Altersgruppe unter 18 Jahre		Bedarfsanalyse			Bedarfsprognose					
					Fallzahlen					
Leistungsgruppen		Fallzahl 2018 - 2020 (D)	über/unter erwarteter Leistungsmenge	über/unter in %	Ist	2021	2024	2029	Entwicklung Ist-2029	2032
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FA	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	22	5	30.6	22	24	26	28	26	28
FD	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	14	4	33.6	14	15	17	19	32	20
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	13	2	16.2	13	16	17	19	46	21
F3	Affektive Störungen	109	26	32.1	109	112	134	173	58	199
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	83	12	16.6	83	84	84	81	-2	79
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	44	21	89.5	44	45	50	56	28	59
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	15	0	-0.9	15	21	23	26	69	28
F7	Intelligenzstörungen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
F8	Entwicklungsstörungen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	65	6	11.0	65	67	68	68	6	68
Gesamt		376	72	23.9	376	398	435	487	30	520

Tabelle 17a Leistungsprognose Kinder- und Jugendpsychiatrie, Fälle, D = Durchschnitt, Ist = Durchschnitt der Jahre 2018 bis 2020

Die Leistungsmenge in Pflēgetagen (Tabelle 17b) steigt gegenüber der Basis der Jahre 2018 bis 2020 ebenfalls an. Die Leistungsmenge steigt um ca. 3'700 Pflēgetage (+30.5 %).

Altersgruppe unter 18 Jahre		Bedarfsanalyse			Bedarfsprognose					
					Pflēgetage					
Leistungsgruppen		Fallzahl 2018 - 2020 (D)	über/unter erwarteter Leistungsmenge	über/lunter in %	Ist	2021	2024	2029	Entwicklung Ist-2029 in %	2032
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FA	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	22	5	30.6	53	59	63	67	26	69
FD	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen	14	4	33.6	230	242	268	304	32	324
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	13	2	16.2	423	494	547	616	46	656
F3	Affektive Störungen	109	26	32.1	3'737	3'840	4'590	5'921	58	6'831
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	83	12	16.6	1'780	1'805	1'813	1'751	-2	1'699
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	44	21	89.5	2'248	2'337	2'563	2'866	28	3'035
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	15	0	-0.9	499	670	743	841	69	898
F7	Intelligenzstörungen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
F8	Entwicklungsstörungen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	65	6	11.0	2'853	2'940	3'002	3'018	6	3'001
Gesamt		376	72	23.9	12'128	12'773	14'019	15'822	30	16'977

Tabelle 17b Leistungsprognose Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pflēgetage, D = Durchschnitt, Ist = Durchschnitt der Jahre 2018 bis 2020

Die Leistungsmenge in Pflēgetagen (Tabelle 17c) beschränkt auf psychiatrische Abteilungen (d. h. ohne Behandlungen in Spitälern oder Abteilungen der Akutsomatik oder Rehabilitation) steigt gegenüber der Basis des Durchschnitts der Jahre 2018 bis 2020 anteilig zur Gesamtleistungsmenge ebenfalls um ca. 3'700 Pflēgetage (+30.4 %) an.



Altersgruppe unter 18 Jahre		Anteil der gesamten Pflege- tage, welche in psychiatri- schen Abtei- lungen behan- delt werden	Bedarfsprognose					
			Pflegetage					
Leistungsgruppen			Ist	2021	2024	2029	Ent- wick- lung Ist- 2029 in %	2032
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen	-	-	-	-	-	-	-
FA	Psychische und Verhaltens- störungen durch Alkohol	75 %	40	44	47	50	26	52
FD	Psychische und Verhaltens- störungen durch andere psy- chotrope Substanzen	100 %	230	242	268	304	32	324
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	100 %	423	494	547	616	46	656
F3	Affektive Störungen	100 %	3'737	3'840	4'590	5'921	58	6'831
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	100 %	1'779	1'804	1'812	1'750	-2	1'698
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	100 %	2'238	2'327	2'552	2'855	28	3'022
F6	Persönlichkeits- und Verhal- tensstörungen	99 %	492	661	733	830	69	886
F7	Intelligenzstörungen	-	-	-	-	-	-	-
F8	Entwicklungsstörungen	-	-	-	-	-	-	-
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	100 %	2'853	2'940	3'002	3'018	6	3'001
Gesamt			12'098	12'738	13'981	15'781	30	16'934

Tabelle 17c Leistungsprognose Kinder- und Jugendpsychiatrie beschränkt auf psychiatrische Abteilungen, Pflegetage, Ist = Durchschnitt der Jahre 2018 bis 2020



4.3 Spezialbereiche

In diesem Kapitel werden der Leistungsbereich «Mutter-Kind-Hospitalisationen» und die Leistungsgruppe «Schwere Essstörungen» dargestellt. Diese wurden zwar in der Bedarfsanalyse und -prognose nicht separat betrachtet, jedoch in der Nomenklatur in einem eigenständigen Leistungsbereich oder einer eigenständigen Leistungsgruppe dargestellt. Insbesondere die tiefe Fallzahl in diesem Bereich resp. dieser Gruppe macht eine separate Analyse mittels Regressionsmodell wenig sinnvoll. Die deskriptive Auswertung ermöglicht aber eine Einordnung des Bedarfs.

4.3.1 Leistungsbereich Mutter-Kind-Hospitalisationen

Da aus der Medizinischen Statistik des BFS nicht hervorgeht, wie viele Mutter-Kind-Hospitalisationen aufgrund einer psychiatrischen Behandlung der Mutter erfolgt sind, wurden diese Daten direkt bei der einzigen Klinik erhoben, welche bis anhin einen Leistungsauftrag in der GGR dafür hatte. Im Jahr 2021 hat die Klinik Sonnenhalde zehn Fälle behandelt. Davon waren acht Fälle aus der GGR. Wie viele Fälle mit Wohnkanton in der GGR ausserhalb der GGR behandelt werden, ist nicht bekannt.

4.3.2 Leistungsgruppe «Schwere Essstörungen»

Unter «Schweren Essstörungen» werden Essstörungen subsumiert, welche neben einer psychiatrischen bzw. psychosomatischen primär eine akutsomatische Behandlung benötigen. Eine exakte Abgrenzung, was alles eine schwere Essstörung ausmacht, ist vielschichtig. In der GGR werden pro Jahr ungefähr zehn bis 15 erwachsene Patientinnen und Patienten mit solchen schweren Essstörungen stationär behandelt, davon haben ungefähr fünf bis zehn Patientinnen und Patienten den Wohnort in der GGR. Ausserhalb der GGR wurden 2020 weniger als fünf Personen mit Wohnort in der GGR mit einer Haupt- oder Nebendiagnose F50 behandelt. Im Bereich der Kinder und Jugendlichen handelt es sich um ungefähr 35 bis 40 Patientinnen und Patienten, die in der GGR behandelt wurden. Davon sind rund 25 bis 30 Fälle in der GGR wohnhaft. (Medizinische Statistik BFS)

Die Auswertungen nach Haupt- und Nebendiagnosen F50 ermöglichen eine erste Einordnung der aktuellen Fallzahlen. Das Behandlungsangebot für «Schwere Essstörungen» kann jedoch nicht nur Patientinnen und Patienten zu Gute kommen, welche wegen einer ursprünglich psychischen Erkrankung eine akutsomatische Behandlung benötigen. Das Angebot ermöglicht auch die Behandlung von Fällen, welche aufgrund anderer Erkrankungen zu einem sehr tiefen Body-Mass-Index (BMI) geführt haben. Bspw. wurden im USB im Jahr 2021 13 solcher Fälle behandelt (Angabe USB im Rahmen der Gemeinwirtschaftlichen Leistungen). Beim Entscheid, ob eine Behandlung in diesem Rahmen erfolgt, spielt dabei weniger die Haupt- oder Nebendiagnose eine Rolle, als vielmehr ob dieses Angebot eine passgenaue und zielführende Behandlung erlaubt.

Ausgehend von 30 Fällen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und zehn Fällen in der Erwachsenenpsychiatrie wurde eine Bedarfsprognose geschätzt. Die Aufenthaltsdauer wurde wiederum als über die Zeit konstant angenommen und beträgt bei den Kindern und Jugendlichen durchschnittlich 65.3 Tage und in der Erwachsenenpsychiatrie 18.0 Tage.⁶³ Die Bedarfsprognose für die Jahre 2024, 2029 und 2032 für die Leistungsgruppe «Schwere Essstörungen» ist in Tabelle 18 abgebildet. Es ist darauf hinzuweisen, dass bei so kleinen Fallzahlen eine Prognose eine höhere Unsicherheit aufweist. Die Prognose ist folglich als Orientierung zu sehen.

Altersgruppe		Ausgangslage	2021	2024	2029	2032
Kinder- und Jugendpsychiatrie	Fälle	30	31	34	38	40
	Pflegetage	1959	2022	2200	2452	2594
Erwachsenenpsychiatrie	Fälle	10	10	10	9	9
	Pflegetage	180	178	172	163	157

Tabelle 18 Bedarfsprognose «Schwere Essstörungen» (STATPOP, Bevölkerungsszenarien BFS, Medizinische Statistik BFS und Angaben im Rahmen der Gemeinwirtschaftlichen Leistungen)⁶⁴

⁶³ Für die Aufenthaltsdauer wurde in der Erwachsenenpsychiatrie die durchschnittliche Aufenthaltsdauer aus den Angaben zu den Gemeinwirtschaftlichen Leistungen zu den «Schweren Essstörungen» des USB berücksichtigt. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie resultiert die Zahl aus der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer der Fälle im UKBB mit der Diagnose F50 Essstörungen gemäss der Medizinischen Statistik des BFS.

⁶⁴ Für die demographische Entwicklung wurde hier die generelle Entwicklung der Altersgruppe der 10- bis 17-Jährigen resp. der 18- bis 64-Jährigen berücksichtigt. Der Einflussfaktor «Steigende Inanspruchnahme» wurde in der Erwachsenenpsychiatrie mittels der Wachstumsrate der gesamten F5-Diagnosegruppe berücksichtigt. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde die Wachstumsrate über alle psychiatrischen Hauptdiagnosen herangezogen (siehe auch Kapitel 3.4.3). Da die Leistungsgruppe «Schwere Essstörungen» in jedem Fall einer stationären Aufnahme bedarf, wurde der Einflussfaktor «Ambulanzisierung» nicht berücksichtigt.



5 Einordnung der Ergebnisse und Fazit

5.1 Einordnung der Ergebnisse

In der stationären psychiatrischen Versorgung übersteigt die in der GGR aktuell vorhandene die im Vergleich zum Schweizer Durchschnitt zu erwartende Leistungsanspruchnahme. Diese unerwartet hohe Leistungsanspruchnahme ist sehr wahrscheinlich nicht durch regionale demographische, soziodemographische und -ökonomische Faktoren erklärbar, da in der Bedarfsanalyse diverse solche Einflussfaktoren miteinbezogen wurden. Auch im ambulanten Bereich ist die Inanspruchnahme durch die GGR-Bevölkerung überdurchschnittlich. Die Inanspruchnahme in der GGR ist somit schweizweit einzigartig. Gleichzeitig ist aber zum heutigen Zeitpunkt und aufgrund der vorliegenden Zahlen kaum feststellbar, welche Leistungsanspruchnahmen – in der GGR oder in der übrigen Schweiz – einer optimalen Versorgung entsprechen.

Die sehr hohe stationäre Leistungsanspruchnahme in der Psychiatrie wird auch von Seiten der Fachpersonen kritisch gesehen. Im Psychiatriekonzept wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass – soweit es medizinisch vertretbar ist – eine psychiatrische Behandlung ambulant erfolgen sollte (Baumgartner et al. 2022). Die sehr hohe stationäre Leistungsanspruchnahme in der Region trägt dieser Anforderung nicht genügend Rechnung. Dieser hohe Grad der stationären Leistungsanspruchnahme bei leicht überdurchschnittlich langen Aufenthaltsdauern kann als Qualitäts- oder Finanzierungsproblem interpretiert werden, bspw. im Übergang vom einen zum nächsten Behandlungsangebot durch fehlende oder zu wenig vorhandene intermediäre Angebote.

Eine weitere mögliche Interpretation des relativ hohen Grads der Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen in der GGR ist, dass die Inanspruchnahme gesellschaftlich «erwünscht» ist, weniger stigmatisiert ist und die Bevölkerung niederschwellig Hilfe sucht. Die langen Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz bzw. -termin zeigen auf, dass ein weiterer Bedarf an psychiatrischen Leistungen trotz der im Vergleich zur restlichen Schweiz überdurchschnittlichen regionalen Inanspruchnahme vorhanden ist.

Die Prognose geht davon aus, dass bis zum Ende des Jahrzehnts der Bedarf an stationären Behandlungen in der Erwachsenenpsychiatrie leicht sinkt, während in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in der Alterspsychiatrie auch weiter mit einem Anstieg des stationären Bedarfs zu rechnen ist. Aufgrund der Annahme zur Ambulantisierung erfordert dies unter Status quo-Bedingungen einen weiter steigenden personellen Ressourceneinsatz in der gesamten psychiatrischen Versorgung.



Es ist bekannt, dass die Leistungsanspruchnahme insbesondere der Kantone Waadt und Genf in der stationären Versorgung unterdurchschnittlich und dafür in der ambulanten Versorgung weit überdurchschnittlich ist. Dies würde dem Paradigma «ambulant vor stationär» (AVOS) zumindest aus statistischer Sicht gerecht werden.

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse könnten die folgenden Punkte mögliche Handlungsoptionen für die kommenden Jahre sein. Das konkrete weitere Vorgehen folgt in Kapitel 6.

- Die bestehenden stationären Angebote in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Alterspsychiatrie sollen sichergestellt werden, um die erwartete steigende stationäre Nachfrage abdecken zu können.
- Fälle, bei welchen aufgrund der Absprachefähigkeit und des Umfelds eine intermediäre Behandlung möglich ist, sollen konsequent durch solche Angebote behandelt werden. Damit wird eine höhere Ambulantisierungsquote in der Erwachsenenpsychiatrie (vgl. Baumgartner et al. 2022, Kapitel 2.2.2) erreicht.
- In der stationären Versorgung der Erwachsenenpsychiatrie soll eine Konzentration auf nicht im häuslichen Umfeld behandelbare psychiatrische Patientinnen und Patienten stattfinden. Dafür ist eine Konsolidierung des stationären Angebotes, der Infrastruktur und des Personals sowie eine Umschichtung der personellen und finanziellen Ressourcen in «neue» intermediäre flächendeckende Angebote der Kliniken notwendig (vgl. Baumgartner et al. 2022). Eine Umschichtung in den intermediären Bereich soll auch in der Alterspsychiatrie stattfinden, auch wenn aufgrund der demographischen Entwicklung zugleich das stationäre Angebot leicht ausgebaut werden soll.

Eine weitere Interpretation der vorliegenden Ergebnisse folgt aus der Feststellung, dass eine überdurchschnittliche Inanspruchnahme bei gleichzeitig vorhandenen Wartezeiten zunächst widersprüchlich erscheint. Eine mögliche Erklärung könnte jedoch sein, dass Menschen mit psychischen Problemen in der GGR nicht versorgungsstufengerecht versorgt werden. Dies könnte zur Folge haben, dass gewisse Fälle ressourcenintensiver behandelt werden, als dies in der übrigen Schweiz der Fall ist.

Sollte die These zutreffen, dass die Patientinnen und Patienten in der GGR ressourcenintensiv behandelt werden, hat dies zur Folge, dass neben der Umsetzung der oben genannten Handlungsoption drei weitere Handlungsoptionen in Betracht gezogen werden sollten.

- Zum einen, dass eine deutliche Stärkung der nicht-medizinischen (niedrigschwelligen) Angebote notwendig ist (vgl. Baumgartner et al. 2022).



- Zum anderen wäre zeitnah eine fachgesellschaftliche Diskussion darüber zu führen, ob und wann psychische Probleme eine medizinische Behandlung erfordern, sodass eine indikations- und bedarfsgerechte Ressourcenallokation gelingt.
- Des Weiteren soll überprüft werden, inwiefern bei länger andauernden, ambulanten Psychotherapien eine Zweitmeinung erfolgen könnte. Es muss zwar nach 30 Behandlungen eine Kostengutsprache bei den Krankenkassen eingeholt werden, jedoch muss auch aus Versorgungssicht sichergestellt sein, dass Therapien nur so lange wie medizinisch notwendig durchgeführt werden. Aus Versorgungssicht ist dies vor allem relevant, da das Angebot an ambulanten Psychotherapien knapp ist.

Diese 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. Im Hinblick auf die stationäre Planung lassen die Ergebnisse des Versorgungsplanungsberichts alle oben erläuterten Interpretationen zu. Die zunehmend knappen Personalressourcen in der Psychiatrie – bei weiter steigender Nachfrage – lassen es eher nachrangig erscheinen, welche Interpretation präferiert wird. Um mittelfristig die fachlich hochwertige psychiatrische Versorgung zu sichern und den gesellschaftlichen Realitäten Rechnung tragen zu können, bedarf es der konsequenten Umsetzung einer Verlagerung in den ambulanten und insbesondere intermediären Bereich.

Die Verlagerung in den intermediären Bereich führt neben der teilweise effektiveren Behandlung auch zu Kosteneinsparungen über den Bereich der OKP hinaus (frühere Wiederaufnahme der Arbeit, Verhindern von Arbeitsplatzverlust etc.). Eine Umsetzung der oben aufgeführten Massnahmen erfüllt folglich die Ziele einer optimalen Versorgung als auch der Kosteneffizienz. Um die Versorgung insbesondere auch im intermediären Bereich weiterhin zu wahren, bedarf es zudem der Sicherstellung der Finanzierung und des Starts einer Ausbildungs- und Wiedereinstiegsoffensive aller beteiligten Berufsgruppen (vgl. Baumgartner et al. 2022). Letzteres wird aktuell u. a. durch die Umsetzung der Pflegeinitiative in der GGR vorangetrieben. Die Verlagerung hat Konsequenzen hinsichtlich der Art der kantonalen Ausgaben. Im stationären Bereich fallen die Ausgaben aufgrund des KVG an (vgl. Art. 49 Abs. 1 und Art. 49a KVG). Im intermediären Bereich gibt es keinen analogen kantonalen Anteil. Die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft beteiligen sich aber bereits heute an solchen Angeboten mittels Gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Eine Verlagerung führt deshalb dazu, dass sich die kantonalen Ausgaben verschieben. Um die Verlagerung zu erreichen, bedarf es deshalb –



unter den aktuellen bundesrechtlichen Rahmenbedingungen – Gemeinwirtschaftlicher Leistungen. Mittelfristig ist zudem eine Lösung mittels Experimentierartikel⁶⁵ denkbar.

5.2 Fazit

Neben dem Ausbau an stationären Angeboten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Alterspsychiatrie bedarf es in der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie eines deutlichen Ausbaus des intermediären Angebots. Damit soll sichergestellt werden, dass die Annahme einer Ambulantisierung, d. h. Verlagerung von ungefähr 16 Prozent der stationären Nachfrage des Jahres 2029 in den intermediären Bereich in der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie, möglich ist.

Abbildung 17 zeigt die gesamthafte Entwicklung von intermediären und stationären Behandlungstagen zwischen dem Jahr 2020 und dem Jahr 2029 auf. In allen drei Altersgruppen steigt die Zahl der Behandlungstage in der Psychiatrie bis zum Jahr 2029 an. Während die Zahl der Pflégetage in der stationären Erwachsenenpsychiatrie um 21'400 sinkt, werden die Behandlungstage in den intermediären Angeboten der Erwachsenenpsychiatrie um rund 28'200 Behandlungstage steigen. In der Alterspsychiatrie werden die Pflégetage in der stationären Versorgung um rund 1'700 Tage ansteigen. Der Anstieg ist somit weniger stark wie in der intermediären Versorgung (+10'200). In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist von einem Anstieg der stationären Pflégetage von rund 3'700 auszugehen. Eine Annahme zur Ambulantisierung wurde hier nicht getroffen, weshalb keine Verlagerung im Rahmen der stationären Planung angestrebt wird. Dies schliesst jedoch nicht aus, dass ein Ausbau des intermediären Bereichs in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgrund bspw. der ambulanten Planung in den nächsten Jahren erfolgt. Für die gesamte GGR-Wohnbevölkerung wird ein Anstieg von 22'300 Behandlungstagen erwartet.

⁶⁵ Siehe dazu Medienmitteilung vom BAG vom 11. März 2022 zu Kostendämpfung im Gesundheitswesen: Bundesrat schickt weitere Massnahmen in die Vernehmlassung, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-87513.html> (abgerufen am 09.09.2022).

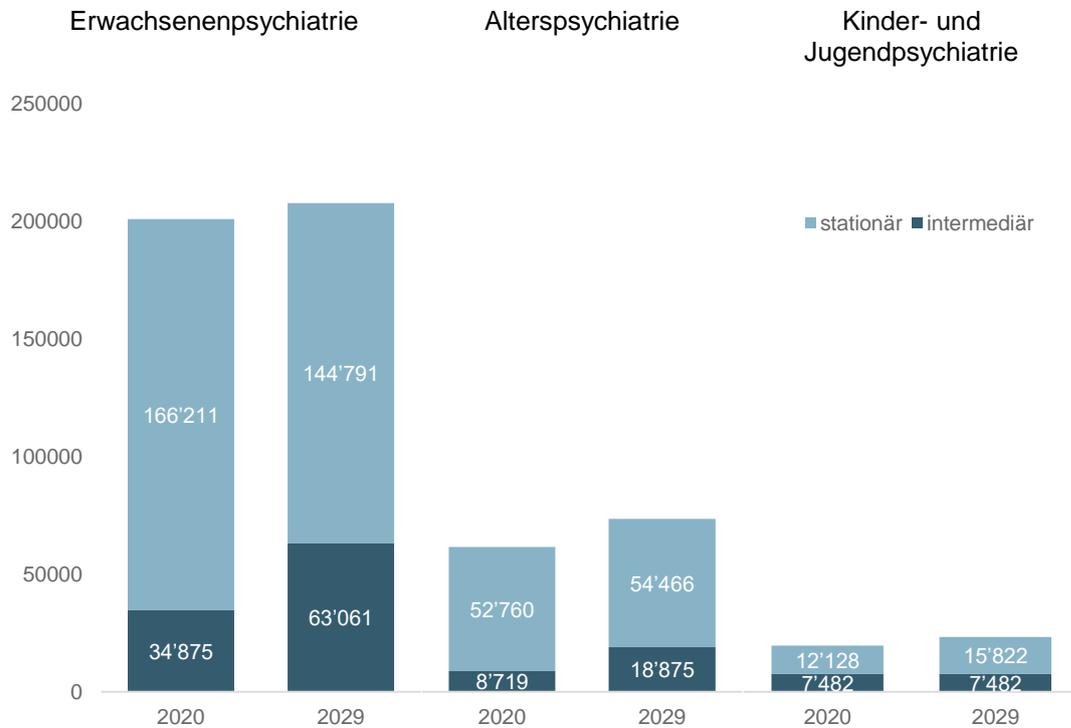


Abbildung 17 Entwicklung der Behandlungstage in der Psychiatrie nach Altersgruppen bis zum Jahr 2029 gegenüber dem Jahr 2020⁶⁶ (basierend auf den Ergebnissen der Bedarfsanalyse, Bedarfsprognose und den Angaben zum intermediären Bereich, eigene Darstellung)

Dies bedeutet, dass in der Erwachsenenpsychiatrie ohne die Annahme einer Ambulantisierung eine Inanspruchnahme von 172'977 Pflergetagen im stationären Bereich erwartet werden. Mit der Annahme der Ambulantisierung werden ungefähr 16 Prozent dieser erwarteten Pflergetage in den intermediären Bereich verlagert. Dies entspricht einem Volumen von 28'186 Behandlungstagen (siehe Abbildung 18).

⁶⁶ Es gibt aktuell noch kein intermediäres Angebot in der Alterspsychiatrie. Im tagesklinischen Bereich findet jedoch keine explizite Abgrenzung der Altersgruppen statt. Die Aufteilung zwischen Alters- und Erwachsenenpsychiatrie für das Jahr 2020 ist geschätzt. Es wurde angenommen, dass rund 80 Prozent der intermediären Pflergetage auf die Erwachsenenpsychiatrie und rund 20 Prozent auf die Alterspsychiatrie entfallen. Bei den stationären Pflergetagen wurde der Durchschnitt der Jahre 2018 bis 2020 verwendet.

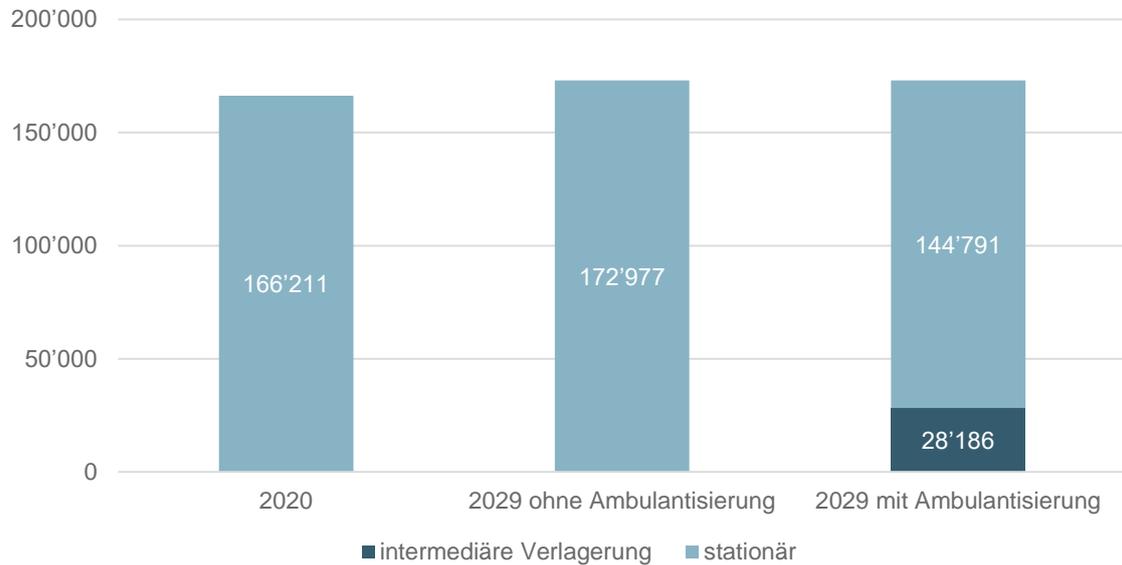


Abbildung 18 Prognose des Umfangs der Ambulantisierung im Jahr 2029 in der Erwachsenenpsychiatrie in Behandlungstagen (basierend auf Bedarfsanalyse und Bedarfsprognose, eigene Darstellung)

In der Alterspsychiatrie wird ohne die Annahme der Ambulantisierung eine Nachfrage von 64'622 Pfl egetagen im stationären Bereich prognostiziert. Mit der Annahme der Ambulantisierung werden ebenfalls rund 16 Prozent der Fälle im intermediären Bereich behandelt; dies entspricht 10'156 Pfl egetagen (siehe Abbildung 19).

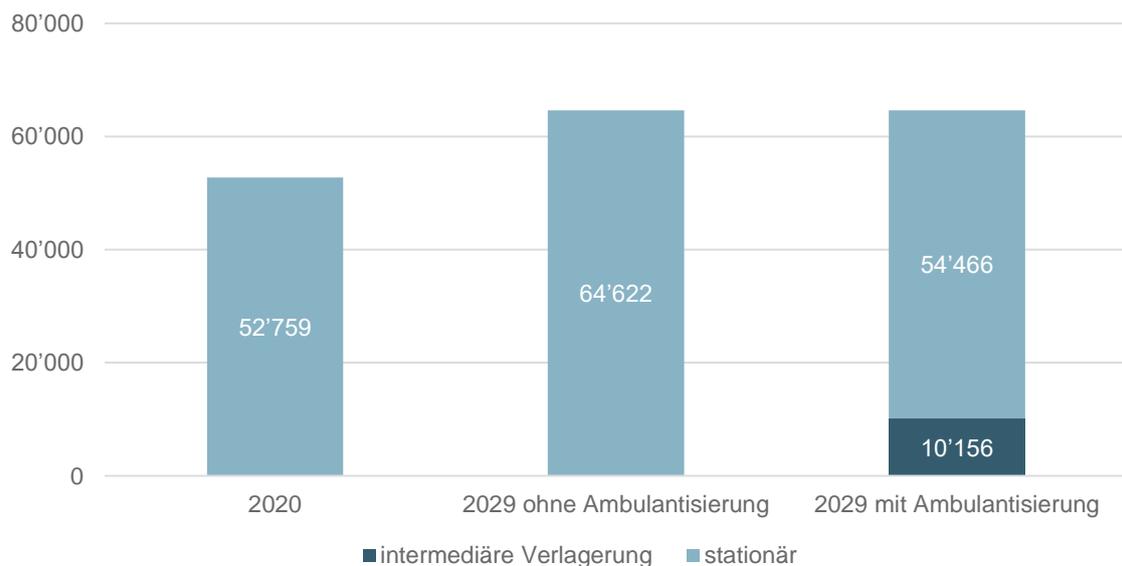


Abbildung 19 Prognose des Umfangs der Ambulantisierung im Jahr 2029 in der Alterspsychiatrie in Behandlungstagen (basierend auf Bedarfsanalyse und Bedarfsprognose, eigene Darstellung)

Aufgrund der Umsetzung der eingeführten Annahmen zur Ambulantisierung in der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie ist folglich mit einem Anstieg der Behandlungstage durch intermediäre Angebote bis zum Jahr 2029 von rund 74 Prozent gegenüber dem Jahr 2020 auszugehen. Dies entspricht 38'342 Tagen, welche durch die Wohnbevölkerung der beiden Basler Kantone im Jahr 2029 zusätzlich in Anspruch genommen werden sollen.

Die angesprochene Verlagerung von stationären zu intermediären Behandlungen wird dadurch erreicht, dass behandlungsbedürftige Menschen nicht stationär, sondern vermehrt intermediär in Tageskliniken oder durch ein aufsuchendes Angebot (z. B. Home Treatment) behandelt und medizinisch betreut werden. Wird davon ausgegangen, dass intermediäre Angebote eine Auslastung von 93 Prozent haben und das Angebot an allen Werktagen geöffnet ist, dann werden für die 38'342 Behandlungstage, welche vom stationären in den intermediären Bereich verlagert werden, rund 158 zusätzliche Behandlungsplätze benötigt (siehe Abbildung 20).⁶⁷ Davon entfallen rund 42 Plätze auf die Alterspsychiatrie.

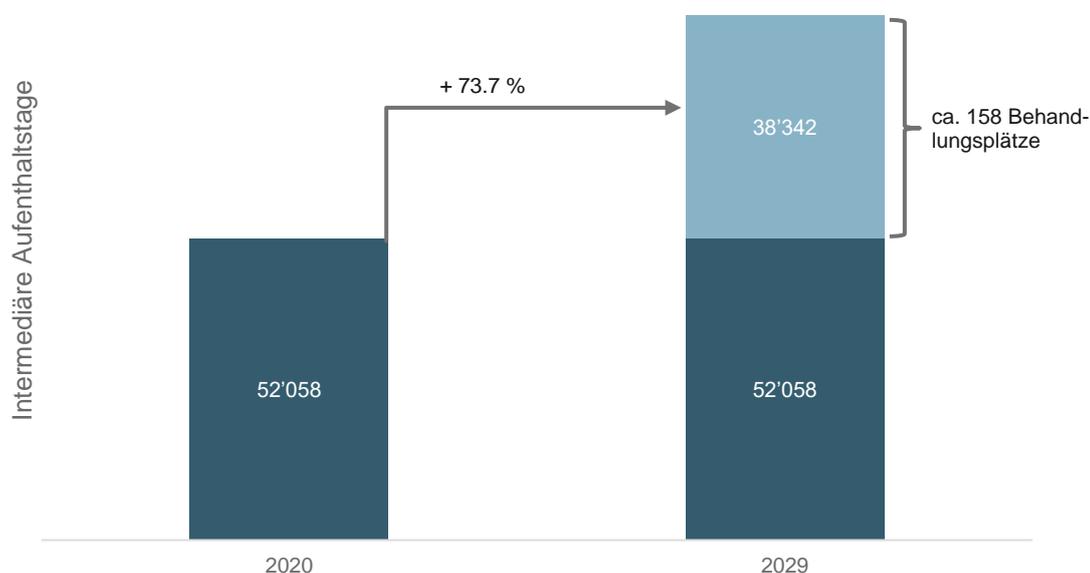


Abbildung 20 Prognose des intermediären Behandlungsbedarfs in der GGR bis 2029 (basierend auf den Resultaten der Bedarfsprognose und Angaben Spitäler, eigene Darstellung)

⁶⁷ Für die Berechnung wurde davon ausgegangen, dass ein stationärer Pflgeetag durch einen intermediären Behandlungstag ersetzt wird. Da im intermediären Bereich die Behandlungsdauer ungefähr 25 Prozent höher als im stationären Bereich ist, kann diese Zahl als Minimum verstanden werden. Wird die längere Aufenthaltsdauer berücksichtigt, dann würden rund 200 zusätzliche Behandlungsplätze benötigt. Inwiefern die verlagerten Fälle ebenfalls eine solch längere Aufenthaltsdauer aufweisen werden, lässt sich jedoch zum aktuellen Zeitpunkt schwer abschätzen.



Wie die Verlagerung vom stationären in den intermediären Bereich in die Erstellung der gleichlautenden Spitallisten in der Psychiatrie einfließen soll, wird in Kapitel 6 vorgestellt.



6 Psychiatrieplanung 2024 – Das weitere Vorgehen

Den gleichlautenden Spitallisten der Akutsomatik der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt des Jahres 2021 liegen die bedarfsorientierten Leistungsmengen gemäss dem Versorgungsplanungsbericht für die Akutsomatik vom Jahr 2019 zugrunde. Der vorliegende Versorgungsplanungsbericht für die psychiatrische Versorgung legt den Schwerpunkt der Analysen ebenfalls 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 wie auch in der Planung der gleichlautenden Spitallisten der Akutsomatik vom 1. Juli 2021 eine leistungsorientierte Planung durchführen. Die leistungsorientierte Planung wird durch einen Verlagerungsdialog ergänzt. Der Verlagerungsdialog hat das Ziel, ungefähr 16 Prozent an stationären Pflagetagen des Jahres 2029 in den intermediären Bereich zu verlagern.

Die leistungsorientierte Planung basiert auf den Ergebnissen der Bedarfsprognose aus Kapitel 4.2. In Kapitel 5 wurden diese Ergebnisse u. a. anhand der verschiedenen Empfehlungen aus den Handlungsfeldern aus dem Psychatriekonzept und den fünf Fachkonzepten eingeordnet. Diese bilden eine qualitative Orientierung für die Psychatrieplanung. Aus all diesen Berechnungen und Empfehlungen resultiert ein Fazit (siehe Kapitel 5.2), welches die Grundlage für das weitere Vorgehen legt.

Die Umsetzung der leistungsorientierten Planung erfolgt in zwei Schritten:

Schritt 1: Das Bewerbungsverfahren der Spitäler für Leistungsaufträge (Kapitel 6.1)

Schritt 2: Der Verlagerungsdialog von stationär zu ambulant bzw. intermediär (Kapitel 6.2)

6.1 Das Bewerbungsverfahren für Leistungsaufträge

Die gleichlautenden Spitallisten Psychiatrie werden per 1. Januar 2024 in Kraft treten. Sämtliche psychiatrischen 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 haben den Bewerbungsprozess synchronisiert und standardisiert. Dazu wurde eine Bewerbungsdatei 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 Tarifsystems 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;
- 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 19 dargestellt.

Datum	Thema
12. Dezember 2022	Start Bewerbungsverfahren; Publikation im Kantonsblatt BS, Amtsblatt BL und in der Fachzeitschrift Competence H+
31. Januar 2023	Abschluss Bewerbungsverfahren
Februar 2023 – April 2023	Evaluation und Analyse der Bewerbungen
Mai 2023 – Juli 2023	Gespräche mit Leistungserbringern, rechtliches Gehör inkl. Versand prov. Spitallisten
September 2023 – Oktober 2023	Genehmigung definitiver Spitallisten durch die beiden Regierungen BS und BL
1. Januar 2024	Inkrafttreten der gleichlautenden Spitallisten

Tabelle 19 Ablauf Bewerbungsverfahren

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 fünf unter Kapitel 6.2 aufgelisteten Leistungsbereichen erhalten.

6.2 Verlagerungsdialog von stationär zu intermediär

Um das Ziel einer Ambulantisierung bzw. einer Verlagerung in den intermediären Bereich zu erreichen, führen die beiden Kantone einen Verlagerungsdialog ein. Der Verlagerungsdialog von stationär zu intermediär wird für die zwei Altersgruppen Erwachsenen- und Alterspsychiatrie durchgeführt. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird es keinen Verlagerungsdialog geben, da auch keine Annahme zur Ambulantisierung getroffen wurde. Betroffen vom Verlagerungsdialog sind Spitäler, welche einen Leistungsauftrag in mindestens einem der fünf folgenden Leistungsbereichen erhalten:

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

Ziel des Verlagerungsdialogs ist es, gemeinsam mit den Kliniken die Verlagerung vom stationären in den intermediären Bereich gemäss dem Fazit in Kapitel 5.2 zu erreichen. Der Verlagerungsdialog startet, sobald feststeht, welche Spitäler mindestens einen der fünf oben aufgeführten Leistungsbereiche erhalten. 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. Als Zielgrösse der Verlagerung für die einzelnen Spitäler dient die Angabe je Altersgruppe, inwiefern sich der stationäre und intermediäre Bereich bis ins Jahr 2029 entwickeln sollen (siehe Abbildungen 18 und 19). Dies bedeutet, dass Spitäler in der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie (Leistungsaufträge für ER GRU, AE GRU, MKH ELE, AE GRU und/oder AE ELE) ungefähr 16 Prozent der stationären Pflergetage des Jahres 2029 in den intermediären Bereich verlagern sollen. Überschlagsmässig bedeutet dies für ein Spital, das im Jahr 2020 Patientinnen und Patienten in der stationären Erwachsenenpsychiatrie im Umfang von rund 50'000 Pflergetagen behandelt hat, im Jahr 2029 ohne Ambulantisierung mit ungefähr 52'000 Pflergetagen rechnen könnte (Wachstum von rund 4 %). Mit



der Ambulantisierung entfallen ungefähr 16 Prozent auf den intermediären Bereich, d. h. es würden davon rund 43'500 Pflégetage stationär und 8'500 Behandlungstage intermediär in Anspruch genommen.

Bei den prozentualen Vorgaben handelt es sich um Zielgrössen. Wird im Dialog mit den Spitälern festgestellt, dass in einer Leistungsgruppe oder in einem Leistungsbereich mehr resp. weniger Verlagerungspotenzial besteht, wird dies im Dialog berücksichtigt und die Zielgrössen können angepasst werden. Die Ergebnisse inkl. der allenfalls angepassten Zielgrössen des Verlagerungsdialogs werden schriftlich in einem Anhang zur Leistungsvereinbarung festgehalten. Offene Finanzierungsfragen hinsichtlich einer kantonalen Beteiligung werden im Verlauf des weiteren Prozesses noch beantwortet.

Die Zielgrössen werden mittels eines Monitorings seitens der beiden Kantone regelmässig überprüft. Werden bei einem Spital Abweichungen zwischen den erbrachten Pflégetagen und der Zielgrösse festgestellt, wird mit dem entsprechenden Spital der Dialog gesucht. Dem Spital wird die Möglichkeit gegeben, die Abweichung zu erklären.

Die Kooperationsfähigkeit, der Beitrag des Spitals zur Zielerreichung der Verlagerung sowie die schriftlich festgehaltenen Ergebnisse können in der nächsten Planung der Spitallisten Psychiatrie (voraussichtlich per 1. Januar 2028) berücksichtigt werden. Verweigert ein Spital am Verlagerungsdialog teilzunehmen, kann das Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt resp. die Volks- und Gesundheitsdirektion des Kantons Basel-Landschaft den Entzug oder einen Teilentzug des Leistungsauftrags auch vor Ablauf der Vertragsdauer der Leistungsvereinbarung prüfen und vornehmen.

Die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt haben mit dem Verlagerungsdialog einen partnerschaftlichen Ansatz gewählt, welcher auch in Zukunft die Versorgung in der Region sicherstellt und welcher es den Kliniken ermöglicht, ein qualitativ hochwertiges Angebot zum Wohl der Patientinnen und Patienten anzubieten.



7 Literaturverzeichnis

- Agarwalla, P., und Kuechenhoff, J. (2004). Evaluation of treatment at the Basel Psychotherapeutic Day Clinic. *Psychotherapeut* 49(4).
- Akaike, H. (1973). Maximum likelihood identification of Gaussian autoregressive moving average models. *Biometrika* 60(2), 255-265.
- Alber, C., Gotsmann, L., Natsch, T., Otth, S., Tenés Reino, S. und Trost, S. (2022). Fachkonzept Alterspsychiatrie 2022. (unveröffentlicht)
- Barbui, C., Papola, D. und Saraceno, B. (2018). Forty years without mental hospitals in Italy. *International Journal of Mental Health Systems* 12, 42.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2022). ICD-10-GM Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsproblem, German Modification. https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-GM/_node.html (abgerufen am 20.07.2022).
- 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)
- Beecher, Mark E., Eggett, D., Erikson, D., Rees, L. B., Bingham, J., Klundt, J., Bailey, R. J., Rippinger, C., Kirchhoefer, J., Gibson, R., Griner, D., Cox, J. C. und Boardman, R. D. (2016). Sunshine on my shoulders: Weather, pollution, and emotional distress. *Journal of affective disorders* 205, 234-238.
- Di Gallo, A., Fürstenau, R., Köhli, S., Müller, S. und Stadler, C. (2022). Fachkonzept Kinder- und Jugendpsychiatrie. (unveröffentlicht)
- Eidgenössisches Departement des Innern EDI (2021). Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich (Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von Leistungserbringern): Wortlaut und Kommentar.
- Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2021). Zürcher Spitalplanung 2023: Versorgungsbericht 2021.
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2017). Anforderungen und Erläuterungen SPLG Psychiatrie BE des Kantons Bern zuhanden der Listenspitäler zu den Leistungsaufträgen gemäss den Spitalplanungsleistungsgruppen (Version 2017_01.00): Psychiatrie.
- GDK (2022). Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung.
- Höglinger, M., Huber, A. und Eichler, K. (2019). Entwicklung Medizintechnik 2019 bis 2030: Stationäre Rehabilitation und 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.
- 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.
- Metcalfe, J. und Drake, R. (2020). National levels of human development and number of mental hospital beds. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 29, e167, 1-7.
- Kanton Bern (2017). Anforderungen und Erläuterungen SPLG Psychiatrie BE des Kantons Bern zuhanden der Listenspitäler zu den Leistungsaufträgen gemäss den Spitalplanungsleistungsgruppen (Version 2017_01.00) Psychiatrie.
- Obsan (2020). Gesundheit in der Schweiz – Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Nationaler Gesundheitsbericht 2020. Bern: Hogrefe Verlag.
- Paul, K. I., und Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational behavior* 74(3), 264-282.
- 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 (2019). Versorgungsplanungsbericht 2019: Gemeinsame Gesundheitsregion – Akutstationäre Versorgung. Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt und Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion des Kantons Basel-Landschaft.
- WHO (2022). Psychiatric hospital beds per 100'000. https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_488-5070-psychiatric-hospital-beds-per-100-000/visualizations/#id=19551&tab=graph (abgerufen am 28.07.2022).



8 Abbildungsverzeichnis

- Abbildung Z.1 Bevölkerungsentwicklung in der GGR bis 2029
- Abbildung Z.2 Entwicklung der Behandlungstage in der Psychiatrie nach Altersgruppen bis zum Jahr 2029 gegenüber dem Jahr 2020
- Abbildung 1 Bausteine und Prozess zur Erarbeitung der aktualisierten gleichlautenden Spitalisten Psychiatrie
- Abbildung 2 Die politische Gliederung der Nordwestschweiz
- Abbildung 3 Die politische Gliederung des Kantons Basel-Stadt
- Abbildung 4 Bevölkerungsentwicklung der ständigen Wohnbevölkerung in der GGR nach Altersstruktur
- Abbildung 5 Patientenstromanalyse, Datenjahr 2020
- Abbildung 6 Übersicht der Spitäler mit stationären psychiatrischen Behandlungen in der GGR
- Abbildung 7 Übersicht der tagesklinischen Angebote in der GGR
- Abbildung 8 Altersverteilung niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater mit Berufsausübungsbewilligungen, Stand 2021
- Abbildung 9 Leistungsfluss Leistungen Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) nach Behandlungsort und Wohnort, Datenjahr 2019
- Abbildung 10 Summe der OKP-Bruttoleistungen der Wohnbevölkerung ab 19 Jahren der ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungen im Verhältnis zu den Versicherten für das Jahr 2019
- Abbildung 11 Summe der OKP-Bruttoleistungen der Wohnbevölkerung bis 19 Jahre der ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungen im Verhältnis zu den Versicherten für das Jahr 2019
- Abbildung 12 Modell der Bedarfsanalyse
- Abbildung 13 Vorgehen im Rahmen des Prognosemodells
- Abbildung 14 Bevölkerungsentwicklung in der GGR bis 2029
- Abbildung 15 Entwicklung der Pflagestage über alle Altersgruppen
- Abbildung 16 Prognose des intermediären Behandlungsbedarfs in der GGR bis 2029
- Abbildung 17 Entwicklung der Behandlungstage in der Psychiatrie nach Altersgruppen bis zum Jahr 2029 gegenüber dem Jahr 2020
- Abbildung 18 Prognose des Umfangs der Ambulantisierung im Jahr 2029 in der Erwachsenenpsychiatrie in Behandlungstagen
- Abbildung 19 Prognose des Umfangs der Ambulantisierung im Jahr 2029 in der Alterspsychiatrie in Behandlungstagen



Abbildung 20 Prognose des intermediären Behandlungsbedarfs in der GGR bis 2029



9 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Kennzahlen der Bezirke des Kantons Basel-Landschaft per 31. Dezember 2021
Tabelle 2	Die bevölkerungsstärksten Gemeinden der GGR
Tabelle 3	Hospitalisierungsrate bei psychischen Erkrankungen (in sämtlichen Versorgungsbereichen), standardisierte Rate (nach Alter und Geschlecht) pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner (hier Fälle)
Tabelle 4	Dauer der Spitalaufenthalte in Tagen nach Leistungsgruppen in der Schweiz 2019
Tabelle 5	Spitäler in der GGR, welche stationäre psychiatrische Behandlungen abgerechnet haben, Datenjahr 2020
Tabelle 6	Planbetten
Tabelle 7	Übersicht tagesklinische Angebote in der GGR
Tabelle 8	Leistungsbereiche gemäss der Systematik der SPLG Psychiatrie des Kantons Bern mit Anpassungen durch GGR-spezifische Leistungsbereiche
Tabelle 9	Leistungsgruppen gemäss der Systematik der SPLG Psychiatrie des Kantons Bern ergänzt durch die GGR-spezifische Leistungsgruppe Schwere Essstörungen
Tabelle 10	Kontrollvariablen im Rahmen der Standardisierung, die Daten standen alle mindestens für das Jahr 2019 zur Verfügung, Ausnahme Suizidrate
Tabelle 11	Bevölkerungsentwicklung in der GGR nach Altersklassen bis zum Jahr 2032
Tabelle 12	Dynamiken und Stellgrössen
Tabelle 13	Ergebnisübersicht Bedarfsanalyse Psychiatrie für das Jahr 2020, Spezifikation 3
Tabelle 14	Wachstumsraten pro Jahr des Einflussfaktors «Steigende Inanspruchnahme» über alle Leistungsgruppen
Tabelle 15a	Leistungsprognose Erwachsenenpsychiatrie, Fälle
Tabelle 15b	Leistungsprognose Erwachsenenpsychiatrie, Pflagetage
Tabelle 15c	Leistungsprognose Erwachsenenpsychiatrie beschränkt auf psychiatrische Abteilungen, Pflagetage
Tabelle 16a	Leistungsprognose Alterspsychiatrie, Fälle
Tabelle 16b	Leistungsprognose Alterspsychiatrie, Pflagetage
Tabelle 16c	Leistungsprognose Alterspsychiatrie beschränkt auf psychiatrische Abteilungen, Pflagetage
Tabelle 17a	Leistungsprognose Kinder- und Jugendpsychiatrie, Fälle



Tabelle 17b	Leistungsprognose Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pflagetage
Tabelle 17c	Leistungsprognose Kinder- und Jugendpsychiatrie beschränkt auf psychiatrische Abteilungen, Pflagetage
Tabelle 18	Bedarfsprognose «Schwere Essstörungen»
Tabelle 19	Ablauf Bewerbungsverfahren
Tabelle A.1	AIC für die Erwachsenenpsychiatrie, Analyse basierend auf den Daten der Bedarfsanalyse, Datenjahr 2019
Tabelle A.2	AIC für die Alterspsychiatrie, Analyse basierend auf den Daten der Bedarfsanalyse, Datenjahr 2019
Tabelle A.3	AIC für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, Analyse basierend auf den Daten der Bedarfsanalyse, Datenjahr 2019
Tabelle A.4	Verwendete Kontrollvariablen für die Bedarfsanalyse
Tabelle A.5	Übersicht der verwendeten Dynamiken in der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie



10 Abkürzungsverzeichnis

§	Paragraph
%	Prozent
Abs.	Absatz
AG	Aargau
AI	Appenzell Innerrhoden
AIC	Akaike-Informationskriterium
AR	Appenzell Ausserrhoden
Art.	Artikel
AVOS	ambulant vor stationär
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BE	Bern
BFS	Bundesamt für Statistik
BL	Basel-Landschaft
BMI	Body-Mass-Index
BS	Basel-Stadt
Bst.	Buchstabe
ca.	circa
CH	Schweiz
D	Durchschnitt
d. h.	das heisst
DHT	Durchschnittliche Hospitalisationstage
etc.	et cetera
FR	Freiburg
GDK	Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GE	Genf
GL	Glarus
GR	Graubünden
inkl.	inklusive
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision
IV	Invalidenversicherung
JU	Jura
k. A.	keine Angabe
KSBL	Kantonsspital Baselland



KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
LU	Luzern
M	Median
MST	Multisystemische Therapie
NE	Neuenburg
NW	Nidwalden
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
OW	Obwalden
PBL	Psychiatrie Baselland
PROMs	Patient-reported Outcome Measures
SG	St. Gallen
SH	Schaffhausen
SO	Solothurn
STATPOP	Statistik der Bevölkerung und der Haushalte
SZ	Schwyz
TG	Thurgau
TI	Tessin
Tsd.	Tausend
u. a.	unter anderem
UAFP	Universitäre Altersmedizin Felix Platter
UKBB	Universitäts-Kinderspital beider Basel
UPK	Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
UPKKJ	Universitäre Psychiatrische Kliniken Kinder und Jugendliche
UR	Uri
USB	Universitätsspital Basel
VD	Waadt
VS	Wallis
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z. B.	zum Beispiel
ZG	Zug
ZH	Zürich

11 Anhang

Diagnosegruppe	Spezifikationen					
	1	2	3	4	5	6
F0	2542.52	2515.20	2514.27	2516.27	2514.66	2487.01
FA	6792.89	6407.39	6253.51	6229.74	6207.92	6122.09
FD	5407.09	4908.02	4687.90	4683.12	4689.71	4500.58
F2	8117.46	7256.42	7199.31	7198.47	7200.39	7032.17
F3	6396.39	6205.67	6056.00	6057.58	6052.54	5779.60
F4	5472.00	5219.94	5030.36	4993.47	5024.61	4824.24
F5	2461.37	2432.47	2434.29	2413.35	2436.20	2394.92
F6	4851.99	4814.48	4718.17	4719.25	4654.44	4574.97
F7	2261.28	2248.65	2227.86	2216.09	2207.85	2194.92
F8	1163.08	1155.80	1141.96	1131.85	1142.32	1127.31
F9	1113.36	1109.15	1106.99	1104.57	1107.09	1112.84

Tabelle A.1 AIC für die Erwachsenenpsychiatrie, Analyse basierend auf den Daten der Bedarfsanalyse, Datenjahr 2019

Diagnosegruppe	Spezifikationen					
	1	2	3	4	5	6
F0	5615.16	5408.96	5227.30	5165.10	5227.37	4999.87
FA	3227.87	3157.59	3141.26	3142.60	3142.67	3146.51
FD	1026.94	1014.91	1009.69	1011.61	1011.57	1011.21
F2	2870.81	2790.57	2761.61	2763.58	2763.59	2732.67
F3	3921.55	3886.54	3875.78	3863.08	3877.77	3857.06
F4	3124.47	3114.72	3111.51	3111.54	3113.24	3082.21
F5	434.56	440.91	431.81	428.40	433.79	434.51
F6	1157.00	1133.68	1087.08	1064.16	1087.53	1066.21
F7	273.51	279.12	278.05	276.88	279.73	276.82
F8	46.96	51.48	53.73	55.65	55.43	61.51
F9	208.05	212.70	216.46	216.42	218.07	219.97

Tabelle A.2 AIC für die Alterspsychiatrie, Analyse basierend auf den Daten der Bedarfsanalyse, Datenjahr 2019



Diagnosegruppe	Spezifikationen				
	1	2	3	4	6
F0	315.75	319.19	315.85	308.67	320.27
FA	1267.98	1267.40	1270.54	1271.29	1270.91
FD	841.27	840.94	840.41	841.76	839.86
F2	985.28	976.67	967.42	968.74	969.58
F3	2712.01	2677.55	2641.65	2643.64	2601.69
F4	2609.88	2607.19	2610.53	2608.36	2576.10
F5	1667.38	1672.47	1676.17	1671.69	1639.33
F6	1207.07	1210.69	1214.53	1214.47	1220.35
F7	197.10	195.14	192.19	193.97	193.72
F8	1023.59	1007.60	1003.60	991.71	987.35
F9	2560.20	2556.71	2536.13	2537.56	2464.62

Tabelle A.3 AIC für die Kinder- und Jugendpsychiatrie⁶⁸, Analyse basierend auf den Daten der Bedarfsanalyse, Datenjahr 2019

⁶⁸ Da es für eine statistische Berechnung inkl. der Kontrollvariable Suizide in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu wenig Suizide gibt, wurde die Spezifikation 5 in dieser Altersgruppe nicht berechnet.



Gruppe von Kontrollvariablen	Verwendete Variablen		
	Erwachsenenpsychiatrie	Alterspsychiatrie	Kinder- und Jugendpsychiatrie
Alter	Einwohner/innen im Alter von 18 bis 24 Jahren Einwohner/innen im Alter von 55 bis 64 Jahren	Einwohner/innen im Alter von 65 bis 74 Jahren Einwohner/innen im Alter von 85 oder mehr Jahren	Einwohner/innen im Alter von 0 bis 5 Jahren Einwohner/innen im Alter von 14 bis 17 Jahren
Geschlecht	Männliche Einwohner im Alter von 18 bis 64 Jahren	Männliche Einwohner im Alter von 65 oder mehr Jahren	Männliche Einwohner im Alter von 0 bis 17 Jahren
Herkunft	Ausländische Einwohner/innen im Alter von 18 bis 64 Jahren	Ausländische Einwohner/innen im Alter 65 oder mehr Jahren	Ausländische Einwohner/innen im Alter von 0 bis 17 Jahren
Ein-Personen-Haushalte	Anzahl Ein-Personen-Haushalte	Anzahl Ein-Personen-Haushalte	Anzahl Ein-Personen-Haushalte
Haushaltsgrösse	Durchschnittliche Haushaltsgrösse	Durchschnittliche Haushaltsgrösse	Durchschnittliche Haushaltsgrösse
Zivilstand	Verwitwete Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren Geschiedene Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren	Verwitwete Personen im Alter von 65 oder mehr Jahren Geschiedene Personen im Alter von 65 oder mehr Jahren	Verwitwete Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren Geschiedene Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren
Bildung	Anteil Personen mit primärem Bildungsabschluss Anteil Personen mit Hochschulabschluss	Anteil Personen mit primärem Bildungsabschluss Anteil Personen mit Hochschulabschluss	Anteil Personen mit primärem Bildungsabschluss Anteil Personen mit Hochschulabschluss
Arbeitslosigkeit	Arbeitslosenquote	Arbeitslosenquote	Arbeitslosenquote
Suizide	Suizidrate (Durchschnitt 2015-2018)	Suizidrate (Durchschnitt 2015-2018)	
Sonnenschein	Bevölkerungsgewichtete Sonnenscheindauer	Bevölkerungsgewichtete Sonnenscheindauer	Bevölkerungsgewichtete Sonnenscheindauer
Temperatur	Bevölkerungsgewichtete Temperatur	Bevölkerungsgewichtete Temperatur	Bevölkerungsgewichtete Temperatur
Niederschlag	Bevölkerungsgewichteter Niederschlag	Bevölkerungsgewichteter Niederschlag	Bevölkerungsgewichteter Niederschlag
Globalstrahlung	Bevölkerungsgewichtete Globalstrahlung	Bevölkerungsgewichtete Globalstrahlung	Bevölkerungsgewichtete Globalstrahlung

Tabelle A.4 Verwendete Kontrollvariablen für die Bedarfsanalyse



	Gedämpfte Dynamik	Mittlere Dynamik
Erwachsenen- psychiatrie	<p>F0: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen</p> <p>FA: Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit)</p> <p>FD: Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen (Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten und Drogen)</p> <p>F3: Affektive Störungen</p> <p>F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen</p> <p>F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen</p>	<p>F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen</p> <p>F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren</p> <p>F7: Intelligenzstörungen</p> <p>F8: Entwicklungsstörungen</p> <p>F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend</p>
Alterspsychiatrie	<p>F0: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen</p> <p>FD: Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen (Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten und Drogen)</p> <p>F3: Affektive Störungen</p> <p>F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen</p>	<p>FA: Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit)</p> <p>F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen</p> <p>F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren</p> <p>F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen</p> <p>F7: Intelligenzstörungen</p> <p>F8: Entwicklungsstörungen</p> <p>F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend</p>

Tabelle A.5 Übersicht der verwendeten Dynamiken in der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie