



Versorgungsbericht Psychiatrie SGARAITG 2026

Vernehmlassungsversion

**Datum:
24. September 2026**

«Es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit»

Was die Weltgesundheitsorganisation vor zwanzig Jahren festhielt, ist heute aktueller denn je ([WHO 2005](#), S.11). Psychische Gesundheit ist eine Grundlage dafür, dass Menschen lernen und arbeiten, Beziehungen gestalten und ihr Leben selbstbestimmt führen können. Der weitaus grösste Teil der Bevölkerung unserer vier Kantone erfreut sich einer guten psychischen Gesundheit. Und doch erlebt jede zweite Person im Lauf ihres Lebens selbst eine psychische Krise. Und niemand von uns lebt in einer Welt ohne psychische Erkrankungen – wir alle begegnen ihnen, in der eigenen Familie, im Freundeskreis, am Arbeitsplatz oder in der Nachbarschaft. Die Erhaltung der psychischen Gesundheit ist deshalb keine Angelegenheit einer Minderheit, sondern eine gemeinsame Aufgabe. Wer das offen anerkennt, nimmt der Erkrankung zugleich einen Teil ihres Stigmas.

Mit dem vorliegenden Versorgungsbericht betreten wir gemeinsam Neuland. Gestützt auf eine Verwaltungsvereinbarung erarbeiten die Kantone St.Gallen, Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden und Thurgau erstmals in der Schweiz eine Versorgungsplanung über vier Kantone hinweg – mit Versorgungsräumen, die sich an den Lebensräumen der Menschen orientieren statt an Kantonsgrenzen, und mit einem Blick, der die gesamte Behandlungskette umfasst. Dieser Pioniercharakter ist uns nicht Selbstzweck. Menschen in einer psychischen Krise fragen nicht nach Zuständigkeiten. Sie brauchen Hilfe dort, wo sie leben, und dann, wenn sie sie benötigen.

Hinter jeder Zahl dieses Berichts stehen Menschen – und es stehen Menschen dahinter, die täglich für sie da sind. Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen, Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeitende, Peers, Angehörige und viele weitere setzen sich mit grossem fachlichem Können und persönlichem Engagement für das Wohl psychisch erkrankter Menschen ein. Ihnen gebühren unser Dank und unsere Anerkennung. Die beste Planung bleibt Papier, wenn sie nicht von Menschen getragen wird, die sie mit Leben füllen.

So bedeutsam die Behandlung ist – noch wichtiger ist, dass psychische Belastungen gar nicht erst zur Krise werden. Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung in Familien, Schulen, Betrieben und Gemeinden bergen ein grosses Potenzial, das wir bislang erst in Ansätzen ausschöpfen. Jede Krise, die verhindert oder früh aufgefangen wird, erspart Leid und stärkt Lebensqualität.

Unsere Vision ist eine Region, in der psychische Gesundheit selbstverständlich gefördert wird, in der Krisen früh erkannt werden und Betroffene wohnortnah, rasch und in der passenden Intensität Unterstützung finden – ambulant, wo immer es möglich ist, stationär, wo es nötig ist. Der vorliegende Bericht ist ein wichtiger Schritt auf diesem Weg. Wir laden Sie ein, ihn mit uns weiterzugehen.

Urs Martin
Regierungsrat
Departement
Finanzen und
Soziales
Kanton Thurgau

Monika Rüegg Bless
Frau Statthalter
Gesundheits- und
Sozialdepartement
Kanton Appenzell
Innerrhoden

Yves Noël Balmer
Regierungsrat
Departement Gesundheit
und Soziales
Kanton Appenzell
Ausserrhoden

Bruno Damann
Regierungsrat
Gesundheitsdepartement
Kanton St.Gallen

Vorwort	3
Zusammenfassung	7
1 Ausgangslage und Rahmenbedingungen	12
1.1 Gesetzesgrundlagen	12
1.1.1 Bundesvorgaben	12
1.1.2 Kantonale Vorgaben	14
1.2 Übergeordnete Entwicklungen	17
1.3 Psychische Gesundheit der Bevölkerung der Planungsregion	17
1.4 Krankheitslast von psychischen Erkrankungen und Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention	18
1.5 Kantonsbeiträge Psychiatrie	21
1.6 Verwaltungsvereinbarung	25
1.7 Planungsgegenstand	25
2 Trends und Herausforderungen	27
2.1 Fachkräftemangel	27
2.2 Diversifizierung der eingesetzten Berufsgruppen	28
2.3 Erhöhte psychische Belastung und steigende Inanspruchnahme	28
2.4 Prävention und Früherfassung	29
2.5 Diversifizierung der Behandlungsangebote und -konzepte	29
2.6 Finanzierung	30
2.7 Koordination und Integration der Hilfsangebote sowie Interprofessionelle Zusammenarbeit	31
2.8 Digitale Technologien	31
3 Versorgungsräume: Patientenströme und Erreichbarkeit	32
3.1 Patientenströme	32
3.1.1 Erwachsenen- und Alterspsychiatrie	32
3.1.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie	33
3.2 Erreichbarkeit und Einzugsgebiete	35
3.2.1 Erwachsenenpsychiatrie	35
3.2.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie	38
3.3 Versorgungsräume	40
4 Angebote und Inanspruchnahme	45

4.1	Niedergelassenes Angebot und Inanspruchnahme	45
4.1.1	Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	46
4.1.2	Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	48
4.1.3	Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten	50
4.1.4	Psychiatrische Pflegefachfrauen und -männer	52
4.2	Intermediäres Angebot und Inanspruchnahme	53
4.2.1	Erwachsenen- und Alterspsychiatrie	53
4.2.2	Kinder- und Jugendpsychiatrie	56
4.3	Stationäres Leistungsangebot	60
4.3.1	Erwachsenen- und Alterspsychiatrie	61
4.3.2	Kinder- und Jugendpsychiatrie	63
4.4	Stationäre Inanspruchnahme	66
4.4.1	Erwachsenen- und Alterspsychiatrie	66
4.4.2	Kinder- und Jugendpsychiatrie	81
5	Schwerpunktthemen	89
5.1	Verlagerungspotenzial stationär-intermediär-ambulant	89
5.2	Adoleszentenpsychiatrie	91
5.3	Alterspsychiatrie	96
5.4	Versorgung von Patientinnen und -patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung	100
5.5	Fürsorgerische Unterbringungen	104
5.6	Schnittstellen Psychiatrie – Soziales – Bildung	106
6	Bedarfsprognose	109
6.1	Bisherige Prognosen für den Bereich Psychiatrie	109
6.2	Prognosemodell	111
6.2.1	Demografie	112
6.2.2	Verlagerung stationär – ambulant	114
6.2.3	Inanspruchnahme	115
6.2.4	CH-Benchmarking Verweildauer	117
6.3	Prognose stationär	120
6.4	Prognose intermediär	124
6.4.1	Prognoseparameter «Demografie»	125
6.4.2	Prognoseparameter «Trendfortschreibung Inanspruchnahme»	126
6.4.3	Prognoseparameter «Verlagerung stationär»	128
6.4.4	Prognoseparameter «Korrekturfaktor»	130
6.4.5	Gesamtprognose intermediär	132

6.5	Zusammenzug intermediäre und stationäre Prognose	135
7	Planungsmodell	137
7.1	Planungsgrundsätze	138
7.2	Eignungskriterien	140
7.2.1	Generelle Anforderungen	140
7.2.2	Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung	141
7.2.3	Qualität der Leistungserbringung	142
7.2.4	Versorgungsrelevanz der Leistungserbringer für die Planungsregion	142
7.2.5	Versorgungssicherheit	143
7.2.6	Leistungsgruppenspezifische Eignungskriterien	143
7.2.7	Auftragstypspezifische Eignungskriterien	145
7.2.8	Altersgruppenspezifische Eignungskriterien	151
7.3	Zuteilungskriterien	152
7.3.1	Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung	152
7.3.2	Qualität der Leistungserbringung	153
7.3.3	Erreichbarkeit für die Wohnbevölkerung der Planungsregion	153
7.3.4	Versorgungsrelevanz	153
7.3.5	Interdependenzen zwischen verschiedenen Leistungsbereichen und Leistungsgruppen	153
7.3.6	Sinnvolle Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich (inkl. Home-Treatment)	153
	Glossar	154
	Anhang 1: Verwendete Datenquellen	160
	Anhang 2: Methodik Bevölkerungsszenarien	161
	Anhang 3: Ausführungen über die Zulassungsvoraussetzungen für Leistungserbringer	163
	Anhang 4: Fallschwere in der Psychiatrie: Methodik und Resultate	167
	Anhang 5: Definitionen	169
	Abbildungsanhang	171
	Tabellenanhang	172
	Literaturverzeichnis	179

Mit diesem Bericht legen die Kantone St.Gallen, Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden und Thurgau (nachfolgend: Planungskantone) die erste über vier Kantone konsolidierte psychiatrische Versorgungsplanung der Schweiz vor. Sie umfasst eine Region mit rund 913'000 Einwohnerinnen und Einwohnern und betrachtet erstmals die gesamte Behandlungskette als zusammenhängendes System – von den niedergelassenen Fachpersonen über die intermediären Angebote bis zu den stationären Kliniken. Der Versorgungsbericht bildet die Grundlage für das Bewerbungsverfahren, die Vergabe der gemeinsamen Leistungsaufträge, den Erlass der gleichlautenden Spitalisten und für die Steuerung der kantonal mitfinanzierten intermediären Angebote. Der stationäre Bedarf lässt sich bis ins Jahr 2035 weitgehend stabil halten – aber nur, wenn es gelingt, das identifizierte Verlagerungspotenzial in den intermediären Bereich tatsächlich zu nutzen.

Grundlagen der Planung

Kapitel 1 steckt den rechtlichen und finanziellen Rahmen ab, innerhalb dessen sich die Planung bewegen muss. Es enthält die bundesrechtlichen Vorgaben aus KVG und KVV zur Bedarfsermittlung und zu den Planungskriterien, die ergänzenden einschlägigen kantonalen Rechtsgrundlagen und eine Übersicht der kantonalen Beiträge an die psychiatrischen Angebote. Es umschreibt zudem den Planungsgegenstand und begründet, weshalb die Planung über den stationären Bereich hinausgreift und auch die intermediären und niedergelassenen Strukturen einbezieht.

Kapitel 2 beschreibt in Kürze acht Entwicklungen, die das Umfeld der aktuellen Versorgungsplanung prägen und schweizweit wirken. Kapitel 3 leitet aus Patientenströmen und Erreichbarkeitsanalysen funktionale Versorgungsräume ab – bewusst unabhängig von den Kantonsgrenzen und abgestuft nach Versorgungsebene und Altersbereich. Es schafft damit die geografische Bezugsgrösse, auf der Angebotsdichte, Erreichbarkeit und Versorgungsrelevanz beurteilt und Leistungsaufträge zugeteilt werden.

Das heutige Versorgungssystem

Niedergelassener Bereich: stabile Zahlen, kritische Altersstruktur

Im Jahr 2025 verfügten 275 Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, 46 Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater sowie 336 psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten über eine aktive ZSR-Nummer in der Planungsregion. Der Wechsel zum Anordnungsmodell führte bei den psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu einem Zuwachs um 66 Prozent seit dem Jahr 2022. Die durchschnittlichen Arbeitspensen betragen 69 Prozent in der Psychiatrie, 46 Prozent in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 35 Prozent in der psychologischen Psychotherapie. Eine datenbasierte Schätzung ergab, dass das in der Planungsregion niedergelassene Therapiepersonal im Jahr 2025 knapp 40'000 Menschen im Rahmen von gut 450'000 Konsultationen behandelte. Die zu

Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abgerechneten Beträge je Einwohnerin und Einwohner aller drei Berufsgruppen stiegen zwischen 2021 und 2025 von 70 auf 90 Franken an.

Drei Befunde sind versorgungspolitisch bedeutsam. Erstens ist das Angebot räumlich sehr ungleich verteilt: Zwischen dem am besten und dem am schwächsten versorgten Versorgungsraum bestehen Unterschiede von mehr als dem zehnfachen. Zweitens deuten die Versorgungsgrade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in drei von vier Kantonen auf eine Unterversorgung hin (AI 23 Prozent, SG 64 Prozent, AR 79 Prozent¹); Mehr als 9 von 10 der neu zugelassenen Fachärztinnen und -ärzte wurden im Ausland ausgebildet. Drittens wird in beiden ärztlichen Disziplinen rund ein Viertel der Niedergelassenen in fünf Jahren 70 Jahre oder älter sein, womit Nachfolgeprobleme vorhersehbar sind.

Intermediärer Bereich: dichtes Netz, Differenzen zwischen Kantonen

Die Region verfügt in der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie über 15 Ambulatorien. Diese behandelten im Jahr 2025 27'768 Fälle im Rahmen von 182'786 Konsultationen mit einer jährlichen Wachstumsrate seit dem Jahr 2019 von rund 4 Prozent (Fälle) bzw. 0,7 Prozent (Konsultationen). Die Tageskliniken behandelten im Jahr 2025 2'859 Fälle im Rahmen von 94'692 Pflgetagen und 306 Tagesklinikplätzen. Gegenüber 2019 erfolgte eine jährliche Steigerung der Anzahl Fälle um 2,4 Prozent bzw. der Pflgetage um 4,2 Prozent. Aufsuchende Angebote bestehen bislang praktisch nur im Kanton Thurgau.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden in der Planungsregion 10 Ambulatorien betrieben. Diese behandelten im Jahr 2025 rund 7'600 Fälle gegenüber knapp 5'700 im Jahr 2019, was einem jährlichen Wachstum von 5 Prozent entspricht. Die vier Tageskliniken boten im Jahr 2025 52 Plätze an gegenüber 31 im Jahr 2019 und behandelten 183 Fälle mit 11'665 Pflgetagen, was einer jährlichen Veränderung von 2,5 Prozent entspricht. Zwischen dem Thurgau und den drei übrigen Kantonen bestehen ausgeprägte Unterschiede im Versorgungsmodell. Der Thurgau verfolgt konsequent die Strategie der ambulanten und intensivierten ambulanten Therapie und versorgt bevölkerungsbezogen die meisten Fälle, dies jedoch mit deutlich weniger Konsultationen je Fall (TG: 5; ARAISG: 14). Tagesklinisch verfügt der Kanton Thurgau über 32 Plätze gegenüber 20 in St.Gallen und der beiden Appenzell, obwohl dort gut doppelt so viele Kinder und Jugendliche leben. Aufsuchende Angebote schliesslich bestehen ausschliesslich im Thurgau. In den drei übrigen Kantonen existiert einzig der Konsiliar- und Liaisondienst der KJPSG für sozial- und sonderpädagogische Einrichtungen. Trotz der im Jahr 2024 eröffneten Jugendtagesklinik in Wattwil erscheint ein weiterer Ausbau der tagesklinischen und aufsuchenden Angebote in St.Gallen und der beiden Appenzell notwendig.

Stationärer Bereich: Inanspruchnahme wächst schneller als die Bevölkerung

Acht Spitalunternehmen an elf Standorten behandelten im Jahr 2024 rund 10'840 Erwachsene und 1'280 Minderjährige aus der Planungsregion. Die Region ist ein deutlicher Nettoimporteur: 20 Prozent der Erwachsenen- und 34 Prozent der Kinder- und Jugendfälle stammen von ausserhalb, allein 801 beziehungsweise 213 aus dem Kanton Zürich. Über 60 Prozent aller psychiatrischen Spitalaufenthalten von Liechtensteiner Patientinnen und Patienten in der Schweiz erfolgen in der Planungsregion. Umgekehrt lassen sich 9 Prozent der Erwachsenen- und 8 Prozent der Kinder- und Jugendfälle in Kliniken ausserhalb der Planungsregion behandeln.

¹ Der Versorgungsgrad des Kantons Thurgau liegt deutlich über 100 Prozent in erster Linie aufgrund des spitalambulanten Bereichs, der für 54 Prozent der Leistungsmenge aufkommt.

Zwischen 2019 und 2024 nahmen die Spitalaufenthalte in der Erwachsenenpsychiatrie um 13 Prozent auf rund 9'600 und die Pflage tage um 22 Prozent auf rund 346'000 zu. In der gleichen Periode stieg die Hospitalisationsrate von 12.2 auf 13.0 je 1'000 Erwachsene. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wuchsen Fälle und Pflage tage um je 37 Prozent auf 915 Fälle und 36'800 Pflage tage, die Hospitalisationsrate um 20 Prozent. Entgegen dem gesamtschweizerischen Trend verlängerte sich zugleich in der Planungsregion die durchschnittliche Verweildauer um 8 Prozent auf 36 Tage. Zwischen den Kantonen bestehen weiterhin erhebliche Unterschiede in den Hospitalisationsraten (Erwachsene: AR 147, TG 136, SG 127, AI 79 je 10'000).

Vertiefungen zu sechs Handlungsfeldern

Kapitel 5 vertieft inhaltlich sechs Themen, die für die Steuerung der Versorgung besonders relevant sind. Es sind dies das Verlagerungspotenzial zwischen stationärem, intermediärem und ambulantem Bereich, die Adoleszentenpsychiatrie, die Alterspsychiatrie sowie die Suchtmedizin, die Schnittstellen zwischen Psychiatrie, Sozialem und Bildung sowie die fürsorgerischen Unterbringungen (FU) in der Planungsregion. Das Kapitel liefert fachliche Begründungen für zentrale Annahmen des Prognosemodells sowie die Formulierung der Planungsgrundsätze und benennt Handlungsfelder, die sich über die Spitalliste allein nicht lösen lassen.

Der prognostizierte Bedarf bis 2035

Prognosemodelle

Die Prognose umfasst sowohl den intermediären wie auch den stationären Bereich. Während sich die Planungskantone im stationären Bereich auf das Zürcher Prognosemodell Psychiatrie abstützen und dieses weiterentwickeln, bestehen für den intermediären Bereich keine schweizweit anerkannten Prognosemodelle, auf die zurückgegriffen werden konnte. Die Planungskantone haben deshalb ein vollständig eigenes Prognosemodell entwickelt. Die Prognosen erfolgen bis ins Jahr 2035 und beinhalten ein Haupt-, ein Minimal- und ein Maximalszenario. Beide Modelle weisen vier Parameter auf, die auf die Zielwerte im Jahr 2035 einwirken.

Ergebnisse

Stationär wachsen die Fälle bis ins Jahr 2035 um 9 Prozent und die Pflage tage um 3 Prozent – bei einem Bevölkerungswachstum von gut 10 Prozent. Die Hospitalisationsrate bleibt praktisch unverändert. Hinter diesem Gesamtbild stehen unterschiedliche Entwicklungen je Altersgruppe. Die Erwachsenenpsychiatrie stagniert bei den Fällen (+2.4 Prozent) und geht bei den Pflage tagen zurück (–5.2 Prozent), während das Volumen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie um rund 35 Prozent und in der Alterspsychiatrie um rund 32 Prozent ansteigt.

Intermediär fällt das Wachstum deutlich höher aus. In den Ambulatorien und aufsuchenden Angeboten steigen die Fälle um 30 und die Konsultationen um 44 Prozent, in den Tageskliniken die Fälle um 27 und die Pflage tage um 29 Prozent. Daraus ergibt sich ein Mehrbedarf von rund 112 Tagesklinikplätzen sowie 62 Therapie-Vollzeitäquivalenten in der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie und 22 Tagesklinikplätze sowie knapp 22 Therapie-Vollzeitäquivalenten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Versorgungsbereich	Kennzahl	2024*	2035	Jährliche Veränderung in %	Veränderung absolut in %
Stationär	Fälle	10'507	11'466	+0.8%	+9%
	Pflegetage	382'471	394'244	+0.3%	+3%
	Verweildauer (Tage)	36.4	34.4	–0.5%	–5%
	Hospitalisationsrate**	11.5	11.4	–0.1%	–1%
Intermediär: Ambulatorien / aufsuchend	Fälle	35'600	46'330	+2.7%	+30%
	Konsultationen	263'208	379'134	+3.7%	+44%
Intermediär: Tageskliniken	Fälle	3'027	3'856	+2.5%	+27%
	Pflegetage	105'659	135'855	+2.5%	+29%
Referenz	Wohnbevölkerung	912'983	1'006'141	+0.9%	+10%

Quelle: SPIGES BFS, Daten Leistungserbringer, Prognose SGARAITG.

* Für die intermediären Angebote ist 2025 das Ausgangsjahr.

** Spitalaufenthalte je 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Vom Bedarf zum Leistungsauftrag

Kapitel 7 beschreibt, wie der ermittelte Bedarf im Rahmen des Bewerbungsverfahrens durch die Erteilung von entsprechenden Leistungsaufträgen gesichert werden soll. Es hält die Planungsgrundsätze fest, in denen die Planungskantone ihre Planungsziele und Schwerpunkte formulieren, definiert die Eignungskriterien, die ein Leistungserbringer erfüllen muss, um grundsätzlich für die Aufnahme in die Spitallisten zu qualifizieren, und legt die Zuteilungskriterien samt ihrer Gewichtung fest, nach denen ausgewählt wird, wenn die Bewerbungen den prognostizierten Bedarf übersteigen. Das Kapitel macht damit transparent und überprüfbar, nach welchen Massstäben über die Aufnahme in die Spitalliste entschieden wird. Für die Weiterentwicklung der Versorgung ist besonders bedeutsam, dass die angestrebte Verlagerung stationärer Leistungen in den intermediären Bereich dort doppelt verankert ist – als Planungsgrundsatz und als eigenständiges Zuteilungskriterium.

Zentrale Aussagen für die Weiterentwicklung der Versorgung

1. Die Verlagerung in den intermediären Bereich ist der entscheidende Hebel. Die Planungskantone haben in der stationären Prognose ein ungenutztes Verlagerungspotenzial von 15 bis 20 Prozent der heutigen Spitalaufenthalte identifiziert und dafür im stationären Hauptszenario 1'445 Fälle beziehungsweise rund 170 Betten veranschlagt und in der intermediären Prognose entsprechend berücksichtigt. Ob die Planung aufgeht, entscheidet sich daran, ob diese Verlagerung tatsächlich gelingt.

2. Umbau statt Ausbau. Der stationäre Kapazitätsbedarf bleibt bis ins Jahr 2035 nahezu konstant, obwohl die Bevölkerung um 10 Prozent wächst. Dieses Ergebnis ist kein Selbstläufer: Ohne Verlagerung und Angleichung der Verweildauern läge das Wachstum bei rund einem Viertel. Die Planung setzt damit bewusst auf eine Verschiebung von Ressourcen statt auf deren Aufstockung.

3. Der intermediäre Bereich wird zum Wachstumsträger. Ambulatorien, aufsuchende Angebote und Tageskliniken wachsen um 27 bis 44 Prozent. Ihr Ausbau muss der Verlagerung zeitlich vorausgehen, sonst steigt die stationäre Nachfrage ungewollt weiter an.

4. Die Finanzierung ist die entscheidende Bedingung. Intermediäre Leistungen sind über die OKP nicht kostendeckend abgegolten. Die Planungskantone sind bestrebt, in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern und den Krankenkassensicherern die Finanzierungsmodelle derart anzupassen, dass die Anreize zur intermediären Behandlung erhöht werden. Sie werden dazu parallel zum Versorgungsbericht weitere Überlegungen anstellen zur konkreten Umsetzung dieser Absicht. Die Leistungserbringer wiederum sind angehalten, die Kostendeckung durch die OKP-Tarife zu erhöhen. Verhandlungsgemeinschaften können dazu dienen. Umgekehrt müssen die Kantonsbeiträge für intermediäre Leistungen von jährlich rund 45 Millionen Franken verlässlich weitergeführt und dem prognostizierten Mehrbedarf angepasst werden. Die Einführung von EFAS ab dem Jahr 2028 und eine schweizweite Regelung der tagesklinischen Abgeltung können den Verlagerungsprozess positiv beeinflussen.

5. Aufsuchende Behandlung trägt den grössten Teil der Verlagerung. Rund 856 der 1'445 verlagerbaren Fälle sollen künftig aufsuchend betreut werden. Das Thurgauer StäB-Modell zeigt, dass dies bei voller Auslastung und minimalen Rückverlegungen funktioniert – ausserhalb des Kantons Thurgau fehlen solche Angebote bislang weitgehend.

6. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist der kritischste Bereich. Trotz unterstellter Verlagerung wächst der stationäre Bedarf um mehr als ein Drittel, während der niedergelassene Bereich Unterversorgung signalisiert. Erforderlich sind zusätzliche tagesklinische Plätze, aufsuchende Angebote in St.Gallen und beiden Appenzell sowie tragfähige Schnittstellen zu sozial- und sonderpädagogischen Einrichtungen.

7. Die Alterspsychiatrie wächst demografiegetrieben. Zwei Drittel des Bevölkerungswachstums entfallen auf die über 64-Jährigen; Fälle und Pflegetage steigen um rund 30 Prozent. Der Mehrbedarf soll wo immer möglich über Tageskliniken und gerontopsychiatrische Langzeitstrukturen statt über zusätzliche Klinikbetten gedeckt werden.

8. Die stationären Verweildauern bergen eine Wirtschaftlichkeitsreserve. Die Region liegt 2,8 Tage (SG/AR/AI) beziehungsweise 5.0 Tage (TG) über dem Deutschschweizer Mittel. Der Abbau von drei Vierteln dieser Differenz entspricht rund 21'600 Pflegetagen – ein Effekt, der ohne Abbau von Angeboten erzielbar ist.

1.1 Gesetzesgrundlagen

1.1.1 Bundesvorgaben

Die Kantone sind nach Art. 39 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (SR 832.10; abgekürzt KVG) verpflichtet, eine Spitalplanung und eine Spitalliste zu erstellen. Spitäler oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten dienen, sind zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zugelassen, wenn sie eine ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten (Bst. a), über das erforderliche Fachpersonal (Bst. b) und zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen und eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten (Bst. c). Im Weiteren muss ein Spital für die Zulassung der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind (Bst. d). Bst. e setzt voraus, dass die Spitäler oder die einzelnen Abteilungen in der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind. Schliesslich müssen sich die Spitäler seit dem 1. April 2020 einer zertifizierten Gemeinschaft (Stammgemeinschaft) für die Führung eines elektronischen Patientendossiers angeschlossen haben (Bst. f). Im Rahmen der Umsetzung der Pflegeinitiative erfolgte mit Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege (SR811.22) eine Ergänzung von Art.39 mit dem Absatz 1bis im Sinne einer Fremdänderung, die besagt, dass der Kanton im Leistungsauftrag nach Absatz 1 Buchstabe e insbesondere die zu erbringenden Ausbildungsleistungen im Bereich der praktischen Ausbildung von Pflegefachpersonen festlegt. In Absatz 2 werden die Kantone verpflichtet, ihre Planungen zu koordinieren. Absatz 2^{bis} schreibt vor, dass die hochspezialisierte Medizin durch die Kantone auf Basis einer gesamtschweizerischen Planung zu erfolgen habe. Schliesslich verpflichtet Absatz 2^{ter} den Bundesrat, einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit festzulegen.

Dieser Vorgabe ist der Bundesrat mit den Artikeln 58a-e in der Verordnung über die Krankenversicherung nachgekommen (SR 832.102, abgekürzt KVV; in Vollzug seit 1. Januar 2009). Unter Berücksichtigung der Erfahrungen mit den neuen Planungsinstrumenten und der Rechtsprechung nahm der Bundesrat mit Änderung vom 23. Juni 2021 eine Präzisierung der Planungskriterien vor (AS 2021 439, in Vollzug seit 1. Januar 2022).

Gemäss Art. 58b KVV ermitteln die Kantone den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten. Sie stützen sich namentlich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche und berücksichtigen dabei die für die Prognose des Bedarfs relevanten Einflussfaktoren (Abs. 1). Sie ermitteln das Angebot, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der von ihnen erlassenen Liste aufgeführt sind (Abs. 2). Sie bestimmen das Angebot, das durch die Aufführung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf der Spitalliste zu sichern ist, damit die Versorgung gewährleistet ist. Dieses Angebot entspricht dem nach Art. 58b Abs. 1 KVV ermittelten Versorgungsbedarfs ab-

züglich des nach Art. 58b Abs. 2 KVV ermittelten Angebots (Abs. 3). Bei der Bestimmung des auf der Liste zu sichernden Angebot berücksichtigen die Kantone insbesondere die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung, den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist sowie die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrages (Abs. 4). Für die Versorgung der versicherten Personen in Spitälern zur Behandlung psychiatrischer Krankheiten schreibt Art. 58c Bst. b KVV eine leistungs- oder kapazitätsorientierte Planung vor.

Weiter werden in Art. 58d die Kriterien festgelegt, welche bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Qualität zu beachten sind. Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Spitäler erfolgt durch Vergleiche der schweizergradbereinigten Kosten (Abs. 1). Die Beurteilung der Qualität der Spitäler erfolgt mittels Prüfung, ob auf Ebene der gesamten Einrichtung folgende Anforderungen erfüllt sind (Abs. 2):

- a) Vorhandensein des erforderlichen qualifizierten Personals.
- b) Nutzung eines geeigneten Qualitätsmanagementsystems.
- c) Vorhandensein eines geeigneten internen Berichts- und Lernsystems und Anschluss, wo ein solches besteht, an ein gesamtschweizerisch einheitliches Netzwerk zur Meldung von unerwünschten Ereignissen.
- d) Teilnahme an nationalen Qualitätsmessungen.
- e) Gewährleistung der Medikationssicherheit, insbesondere durch die elektronische Erfassung der verordneten und abgegebenen Arzneimittel.

Die Ergebnisse national durchgeführter Qualitätsmessungen können als Kriterien für die Auswahl der Einrichtungen berücksichtigt werden (Abs. 3). Bei der Beurteilung der Spitäler ist insbesondere auf die Nutzung von Synergien, auf die Mindestfallzahlen und auf das Potenzial der Konzentration von Leistungen für die Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Versorgung zu achten (Abs. 4). Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität kann sich auf aktuelle Beurteilungen anderer Kantone stützen (Abs. 5).

Nach Art. 58e KVV müssen die Kantone im Rahmen der Verpflichtung zur interkantonalen Koordination der Planungen nach Art. 39 Abs. 2 KVG insbesondere die nötigen Informationen über die Patientenströme auswerten und diese mit den betroffenen Kantonen austauschen (Bst. a) sowie das Potenzial der Koordination mit anderen Kantonen für die Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung im Spital berücksichtigen. (Bst. b). In Abs. 2 ist eine Auflistung der Tatbestände enthalten, die unter den Kantonen eine Koordinationspflicht auslösen.

Art. 58f KVV sieht vor, dass die Kantone auf ihrer Spitalliste die inner- und ausserkantonalen Einrichtungen aufführen, die notwendig sind, um das nach Art. 58b Abs. 3 KVV bestimmte Angebot sicherzustellen (Abs. 1). Auf den Listen wird für jeden Standort eines Spitalunternehmens das dem Leistungsauftrag entsprechende Leistungsspektrum in Form von zugeteilten Leistungsgruppen aufgeführt (Abs. 2 und 3). Für psychiatrische Spitäler sind in der KVV im Gegensatz zur Akutsumatik keine spezifischen Auflagen festgehalten. Vorbehalten bleiben Konkretisierungen der allgemeinen Planungskriterien von Art. 58d durch die Planungskantone im Rahmen der Anwendung ihres Ermessensspielraums.

Darüber hinaus können die Kantone den psychiatrischen Spitälern als Auflage ein Globalbudget nach Artikel 51 KVG erteilen oder maximale Leistungsmengen bzw. Kapazitäten vorschreiben, sofern damit weder Strukturerhaltung betrieben noch jeglicher Wettbewerb verhindert wird (Abs. 6). Schliesslich sind die Kantone verpflichtet,

mit der Erteilung der Leistungsaufträge sicherzustellen, dass die Spitäler keine ökonomischen Anreizsysteme praktizieren, die zu einer medizinisch nicht gerechtfertigten Mengenausweitung zulasten der OKP oder zur Umgehung der Aufnahmepflicht nach Artikel 41a KVG führen (Abs. 7).

Ergänzende bundesgesetzliche Vorgaben

Für die Versorgungsplanung von Relevanz sind weiterhin einerseits bundesgesetzgeberische Voraussetzungen zur eigenständigen Tätigkeit von einzelnen Gesundheitsberufen sowie der Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP (OKP-Zulassung) im ambulanten Bereich und andererseits um kantonale Steuerungsmöglichkeiten einzelner Berufsgruppen.

Bei den Voraussetzungen zur eigenständigen ambulanten Berufstätigkeit ist zwischen Vorgaben für einzelne Berufspersonen (Berufsausübungsbewilligungen, BAB) und solchen für Organisationen (Betriebsbewilligungen, BEB) zu unterscheiden. Zudem gilt es zwischen den Berufszulassungen und der Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zu unterscheiden. Eigenverantwortlich und wirtschaftlich selbstständig tätige Gesundheitsberufspersonen benötigen sowohl eine Berufsausübungsbewilligung wie eine OKP-Zulassung. Eigenverantwortlich tätige, aber angestellte Personen benötigen nur eine Berufsausübungsbewilligung, die OKP-Zulassung (und Abrechnung) erfolgt über eine Organisation der ambulanten Gesundheitspflege. Alle KVG-Leistungserbringer sind abschliessend in Art. 35 KVG aufgeführt. Schliesslich besteht für die Kantone mit Art. 55 KVG die Möglichkeit, Neuzulassungen von Leistungserbringern einzuschränken. Weitergehende Ausführungen zur Zulassungsthematik sind im Anhang 3 zu finden.

Herausforderungen aus BAB und BEB in intermediären Angeboten

Intermediäre Angebote sind wichtige Pfeiler der Versorgung. Während die Bundesvorgaben für niedergelassene Einzel- bzw. Gruppenpraxen nachvollziehbar und praktikabel sind, stellt das Bundesrecht die intermediären Leistungserbringer namentlich bezüglich Vorgaben zur Qualifikation und Dotation der Ärzteschaft und psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten teilweise vor grosse Probleme. Für intermediäre Angebotsstrukturen ausserhalb des Spitalperimeters besteht ein unauflösbares Spannungsverhältnis zwischen Aus- und Weiterbildungsauftrag und OKP-Zulassungsvoraussetzungen. Die Planungskantone beabsichtigen eine Harmonisierung der Bewilligungspraxis unter Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse der intermediären Leistungserbringer in der Psychiatrie.

1.1.2 Kantonale Vorgaben

Kanton St.Gallen

Für die Spitalplanung ist im Kanton St.Gallen namentlich das Gesetz über die Spitalplanung und -finanzierung (sGS 320.1 abgekürzt SPFG) massgebend. Für die Spitalverbunde kommen zudem verschiedene Bestimmungen des Gesetzes über die Spitalverbunde (sGS 320.5 abgekürzt GSV) zur Anwendung.

Das SPFG enthält ergänzende und präzisierende Ausführungen zur Spitalplanung und Spitalliste. Es überträgt die Kompetenz für den Erlass der Spitalplanung und der Spitalliste sowie die Erteilung der Leistungsaufträge an die Regierung (Art. 4). Nebst der Formulierung der Ziele der Spitalplanung, von Form und Inhalt der Spitalliste sowie der Leistungsaufträge werden im SPFG für die Erteilung von Leistungsaufträgen eine Reihe von Voraussetzungen genannt respektive Auflagen formuliert (Artikel 11 und 12). Es sind dies insbesondere:

- a) Vorgaben über die Zweckmässigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen;
- b) Verpflichtung zur Zusammenfassung medizinischer Leistungen zu integral zu erbringenden Leistungsgruppen;
- c) Verpflichtung zur Erbringung von Leistungen in Kooperation mit einem anderen Spital im Kanton oder ausserhalb des Kantons;
- d) Vorgaben über Indikatoren für das Reporting und weitere Grundsätze für das Controlling;
- e) Einhaltung von Mindestfallzahlen für bestimmte medizinische Leistungen;
- f) Sicherstellung einer Notfallaufnahme;
- g) Festlegung eines Mindestanteils an Patientinnen und Patienten aus dem Kanton, für deren stationären Behandlungen keine Zusatzleistungen in Rechnung gestellt werden;
- h) Bereitstellung einer unter Berücksichtigung der Betriebsgrösse und des kantonalen Bedarfs angemessenen Zahl an Aus- und Weiterbildungsplätzen für Fachleute in Berufen des Gesundheitswesens.

Schliesslich bildet Art. 24 die gesetzliche Grundlage für die Leistung von Kantonsbeiträgen an versorgungspolitisch notwendige, aber nicht kostendeckende ambulante OKP-Pflichtleistungen, an Nichtpflichtleistungen im Rahmen neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie an die Sicherstellung der regionalen Notfallversorgung.

Der Kanton St.Gallen hat keine kantonalen Ausführungsbestimmungen über die Zulassungsbeschränkungen einzelner Berufsgruppen erlassen.

Kanton Appenzell Ausserrhoden

Art. 52b des Gesundheitsgesetzes (bGS 811.1; abgekürzt GG) schreibt eine «mittel- und langfristige, jährlich fortgeschriebene Planung der stationären medizinischen und pflegerischen Versorgung der Einwohnerinnen und Einwohner» vor (Abs. 1). Der Kanton Appenzell Ausserrhoden koordiniert seine Planung mit anderen Kantonen. Für die Planung werden die aktuelle Versorgung, der absehbare Bedarf, das voraussichtliche Angebot und die Entwicklungsziele berücksichtigt sowie die Leistungsanbieter evaluiert (Abs. 3 und 4). Gemäss Art. 52b Abs. 4 GG werden namentlich «die Standards und die Qualität der medizinischen Versorgung, die Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit des Angebots, der Zugänglichkeit der Leistungen für die Bevölkerung sowie die langfristige Sicherung der Leistungen berücksichtigt».

Art. 52c GG verweist für die Einzelheiten der Spitalplanung auf das KVG (Abs. 1) und sieht vor, dass die Spitäler im Kanton Appenzell Ausserrhoden periodisch und öffentlich aufgefordert werden, ihre Leistungsangebote innert Frist einzureichen (Abs. 3). Bei Bedarf können auch ausserkantonale Spitäler zum Angebot eingeladen werden (Abs. 4). Die Spitalliste wird veröffentlicht (Abs. 5). Art. 52d GG regelt die Voraussetzungen für die Aufnahme der Spitäler in die Spitalliste und Art. 52e ff. GG bestimmen die Einzelheiten zum Leistungsauftrag. Nach Art. 7 Bst. c^{bis} GG bestimmt der Regierungsrat über die Spitalplanung und die Spitalliste. Er erteilt nach Art. 7 Bst. d GG die «Leistungsaufträge an die Spitäler und ähnliche Institutionen des Gesundheitswesens und regelt deren Finanzierung».

Der Kanton Appenzell Ausserrhoden hat keine kantonalen Ausführungsbestimmungen über die Zulassungsbeschränkungen einzelner Berufsgruppen erlassen.

Kanton Appenzell Innerrhoden

Gemäss Art. 3 Abs. 1 Bst. e) des Gesundheitsgesetzes (GS 800.000; abgekürzt GesG) überprüft die Standeskommission periodisch die Spitalplanung und erlässt gestützt darauf die Spitalliste. Art. 23 GesG besagt, dass die Standeskommission in Zusammenarbeit mit anderen Kantonen für eine bedarfsgerechte Planung im Bereich der Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sorgt. Grundlage und Planung bilden der aktuelle Stand der Versorgung sowie der zukünftige Bedarf und die voraussichtlichen Angebote. Gemäss Art. 23a GesG hat die Standeskommission aufgrund der stationären Planung die Spitalliste periodisch festzulegen. Die Spitalliste umfasst Spitäler, Kliniken und Geburtshäuser mit einem Leistungsauftrag für die stationäre medizinische Versorgung. Die Spitalliste sei in Leistungsbereiche und Leistungsgruppen zu gliedern. Das GesG verlangt weiter, dass für die Aufnahme in die Spitalliste die Erteilung eines Leistungsauftrags durch die Standeskommission vorausgesetzt wird (Art. 23a Abs. 3). Die Leistungsaufträge können an Spitäler erteilt werden, welche der Planung bestmöglich entsprechen, die im Leistungsauftrag näher definierten Aufnahmepflichten erfüllen, ihre Leistungsaufträge in der nötigen Qualität, wirtschaftlich und wirksam erfüllen, über eine medizinisch und technisch zeitgemässe Infrastruktur sowie für die vereinbarten Leistungen eine ausreichende Zahl von entsprechend qualifizierten Mitarbeitenden verfügen (Art. 23a Abs. 4 GesG). Die Standeskommission kann die Aufnahme in die Spitalliste mit besonderen Auflagen und Bedingungen verbinden. Art. 24 präzisiert Grundlagen der Leistungsvereinbarungen sowie die möglichen Auflagen und Bedingungen an die Leistungserbringer. Art 25 GesG regelt schliesslich die Mitwirkung der interessierten Kreise sowie der Leistungserbringer.

Der Kanton Appenzell Innerrhoden hat gestützt auf den Standeskommissionsbeschluss über die Zulassung zur Leistungserbringung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (832.012; abgekürzt StKB Zulassung OKP) für den Fachbereich «Handchirurgie» Höchstzahlen erlassen.

Kanton Thurgau

Gemäss Paragraph 28 Krankenversicherungsgesetz (RB 832.1, abgekürzt TG KVG) erlässt der Regierungsrat eine Spitalplanung im Sinne von Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG und den Ausführungsbestimmungen dazu als Grundlage für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung. Er überprüft die Spitalplanung periodisch und passt sie bei Bedarf nach Anhörung der Betroffenen an. Nach Paragraph 29 TG KVG erlässt der Regierungsrat gestützt auf die Spitalplanung eine nach Leistungsbereichen und Leistungsgruppen gegliederte Spitalliste im Sinne von Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG und den Ausführungsbestimmungen dazu. Er überprüft die Spitalliste periodisch und passt sie bei Bedarf nach Anhörung der Betroffenen an. Die Aufnahme eines Spitals auf die Spitalliste wird von der Erfüllung von Auflagen betreffend Qualität und Wirtschaftlichkeit im Sinne von Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG abhängig gemacht. Ein Spital kann auch für einzelne Leistungsgruppen oder einzelne Leistungen seines stationären Angebotes auf die Spitalliste aufgenommen werden.

Der Kanton Thurgau hat gestützt auf die Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (TG VEZL; RB 832.12) den Fachbereich «Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie» mit einer Zulassungsbeschränkung versehen.

1.2 Übergeordnete Entwicklungen

Mit der Einführung der Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 22. Dezember 2023 über die einheitliche Finanzierung der Leistungen ([BBl 2024 31](#), abgekürzt EFAS) sollen ab dem Jahr 2028 ambulante und stationäre Leistungen einheitlich finanziert werden. Während die Kantone bis anhin ausschliesslich stationäre Leistungen zu mindestens 55 Prozent finanzieren mussten, leisten sie neu einen einheitlichen Beitrag von 26,9 Prozent der Nettokosten (d. h. nach Abzug der Kostenbeteiligung) der stationären und ambulant erbrachten Leistungen direkt an die Versicherer. 73,1 Prozent der Nettokosten werden mit Prämien finanziert ([BAG 2026a](#)). Für den stationären Bereich hat dies zur Folge, dass der Finanzierungsanteil der Versicherer stark ansteigt. Umgekehrt sind die Kantone neu auch beitragspflichtig für alle ambulanten Leistungen. Der Gesetzgeber verspricht sich dadurch eine Stärkung der koordinierten Versorgung über die ganze Behandlungskette. Daraus entsteht ein Sparpotenzial zugunsten aller Finanzierungsträger, weil unnötige Behandlungen entfallen und insbesondere Spitalaufenthalte vermieden werden können.

Das von den eidgenössischen Räten am 21. März 2025 verabschiedete Kostendämpfungspaket 2 ([BBl 2025 1108](#)) enthält mit den neuen Bestimmungen zur harmonisierten Festlegung der Referenztarife eine Massnahme mit Bezug zur Spitalplanung ([BAG 2026b](#)). Auch wenn die abschliessenden Verordnungsformulierungen noch nicht bekannt sind und die Inkraftsetzung noch nicht erfolgt ist, so kann vorausgesagt werden, dass mit dieser Regelung der kantonsübergreifende Spitalwettbewerb nochmals intensiviert wird.

Im November hat die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) für den Bereich Spitalplanung einen Dreiphasenplan verabschiedet ([GDK 2025a](#)). Damit soll die Zusammenarbeit der Kantone in der Spitalplanung weiter ausgebaut werden. In der ersten Etappe wird erstmals in einer Gesamtsicht für die ganze Schweiz das bestehende Angebot für stationäre medizinische Leistungen analysiert. Gestützt darauf wird der zukünftige Bedarf prognostiziert – mit einem Planungshorizont von rund zehn Jahren. In der zweiten Etappe legen die Kantone neu gemeinsam fest, welche Behandlungen und Eingriffe zur Grundversorgung gehören und welche zur Spezialversorgung zählen. In der dritten Etappe werden für die Behandlungen und Eingriffe der Spezialversorgung schweizweit einheitliche Kriterien definiert, welche die Kantone bei der Vergabe von Leistungsaufträgen an die Spitäler zu beachten haben.

1.3 Psychische Gesundheit der Bevölkerung der Planungsregion

Der grossen Mehrheit der Menschen in der Schweiz geht es psychisch gut. So berichtete in der jüngsten Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2022 ([BfS, 2022](#), abgekürzt SGB) 92 Prozent von einer (sehr) guten Lebensqualität. Die Planungskantone St.Gallen und Appenzell Ausserrhoden wiesen dabei leicht signifikant überdurchschnittliche Werte auf, der Kanton Thurgau durchschnittliche. Für den Kanton Appenzell Innerrhoden liegen keine kantonsspezifischen Daten vor. Auf Ebene der Gesamtschweiz gaben drei von vier Personen an, dass es ihnen meistens psychisch gut geht.

Bei Aussagen zu psychischen Beschwerden ist zwischen Häufigkeiten psychischer Erkrankungen und Häufigkeiten von Symptomen zu unterscheiden. Erstere werden von Fachpersonen diagnostiziert, letztere von den Betroffenen angegeben. In der Schweiz existieren keine aktuellen systematischen epidemiologischen Studien zu Häufigkeiten von psychischen Krankheitsbildern. Hingegen kann in der Schweiz nachgewiesen werden, dass die Häufigkeit von psychischen Belastungen in Form

von Symptomen und die entsprechende Inanspruchnahme von Hilfsangeboten zunimmt ([OBSAN 2025](#)). Klare Hinweise für eine Verschlechterung zeigen sich bei jüngeren Menschen. Generell ist die psychische Belastung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Frauen höher als Männer) am höchsten und nimmt mit dem Alter ab ([BfS, 2022, G6](#)).

Der Bevölkerungsanteil, der im Rahmen der SGB angibt, dass er in den vergangenen 12 Monaten aufgrund eines psychischen Leidens in Behandlung war, ist schweizweit ansteigend (2012: 5,4 Prozent; 2022: 7,8 Prozent). Im Kanton Thurgau betrug die Zunahme 1,3 Prozentpunkte, von 5,8 Prozent auf 7,1 Prozent. Sowohl schweizweit wie auch in den vier Planungskantonen ist die Inanspruchnahme von psychiatrischen Hilfsangeboten durch Frauen deutlich höher als durch Männer. Am ausgeprägtesten gilt dies für die Alterskategorie der jungen Erwachsenen, wo 14 Prozent der jungen Frauen zwischen 15 und 24 Jahren aber nur 4,3 Prozent der jungen Männer innerhalb der letzten 12 Monate in Folge psychischer Probleme in Behandlung waren.

Die Suizidrate ist seit Jahrzehnten bei beiden Geschlechtern und allen Altersgruppen rückläufig ([Stulz et al. 2022](#)). Die vier Planungskantone verfügen über teilweise leicht signifikant höhere Suizidraten als der Schweizer Durchschnitt. Hingegen steigen die Raten der Suizidversuche, wobei die Zunahmen auf Schweizer Ebene insbesondere die Gruppe der jungen Frauen betrifft ([OBSAN 2024a](#)).

Die Überzeugung, einen Einfluss auf das eigene Leben zu haben, ist eine wichtige Ressource für die eigene Gesundheit und wird Kontrollüberzeugung genannt. Eine hohe Kontrollüberzeugung korreliert positiv mit dem psychischen Wohlbefinden. Aus der wissenschaftlichen Literatur ist bekannt, dass die Kontrollüberzeugung positiv korreliert mit dem Alter, dem Bildungsabschluss und der finanziellen Situation. Je höher das Alter, je höher der Bildungsabschluss und je höher das Einkommen, desto höher ist der Anteil an Personen mit einer hohen Kontrollüberzeugung in einer Bevölkerung. Gesamtschweizerisch hat der Anteil Personen mit einer hohen Kontrollüberzeugung in den letzten zwanzig Jahren von 39 auf 35 Prozent abgenommen. Umgekehrt hat der Anteil der Personen mit einer geringen Kontrollüberzeugung im gleichen Zeitraum von 21 auf 28 Prozent zugenommen. Drei der vier Planungskantone St.Gallen, Thurgau und Appenzell Ausserrhoden verfügen verglichen zum Schweizer Durchschnitt über bessere Werte, wobei nur die Werte von SG und AR signifikant sind ([BfS, 2022](#)).

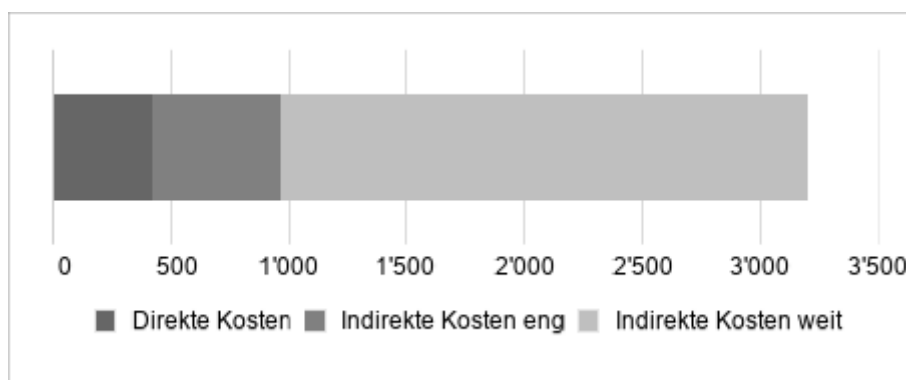
1.4 Krankheitslast von psychischen Erkrankungen und Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention

Im Verlauf eines Jahres ist bis zu einem Drittel der Schweizer Bevölkerung von psychischen Störungen betroffen ([Bundesrat 2016](#)). In der Fachwelt umstritten ist, wie hoch der effektiv behandlungsbedürftige Anteil ist. Aktuell wird ungefähr die Hälfte behandelt. Psychische Erkrankungen gehören damit zu den verbreitetsten Krankheitsbildern. Bei der Ermittlung der volkswirtschaftlichen Krankheitslast (Burden of disease) wird zwischen direkten und indirekten Kosten unterschieden. Unter die direkten Kosten fallen alle Ausgaben, die unmittelbar durch die Diagnose und Behandlung von psychischen Auffälligkeiten verursacht werden. Die indirekten Kosten beinhalten alle Produktivitätsverluste durch Arbeitsabsenzen, Arbeitsinaktivitäten und reduzierte Leistungsfähigkeit, vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben und damit verbundenen Invaliditätsleistungen sowie die Kosten von potenziell verlorenen Lebensjahren. Die indirekten Kosten sind deutlich schwieriger zu beziffern und können definitorisch enger oder breiter ausgestaltet werden. Für beiden Kostenblöcke gilt, dass sie stark vom Alter und von der Chronifizierung getrieben werden. Je jünger

eine Person an einer psychischen Störung erkrankt und je chronifizierter das Störungsbild ist, desto höhere direkte und insbesondere indirekte Kosten entstehen.

Gestützt auf nationale und internationale Publikationen können für die Planungsregion Werte für die direkten und indirekten Kosten von psychischen Störungen beziffert werden, wobei bei den indirekten Kosten aufgrund der methodischen Schwierigkeiten eine Spannbreite verwendet wird ([Maercker et al. 2013](#), [OECD 2014](#), [OBSAN 2025a](#))². In der Planungsregion verursachen psychische Erkrankungen jährlich rund 422 Mio. Franken direkte und zwischen 543 und 2'233 Mio. Franken indirekte Krankheitskosten (siehe Abbildung 1). Insgesamt resultiert für die vier Kantone eine Krankheitslast zwischen 0,965 und 3,198 Mia. Franken, was 1,4 bzw. 4,6 Prozent der kumulierten kantonalen Bruttoinlandprodukte der vier Kantone entspricht.

Abbildung 1: Direkte und indirekte Kosten von psychischen Erkrankungen in der Planungsregion je Jahr, in Mio. CHF



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von [OECD 2014](#), [Maercker et al. 2013](#), [BAG et al. 2015](#) und [OBSAN 2025](#).

Aufgrund der Bedeutung der indirekten Kosten sei an dieser Stelle kurz auf die Situation der IV-Berentungen aufgrund von psychischen Erkrankungen eingegangen. Nach einer starken Reduktion seit Anfang des 21. Jahrhunderts nimmt die Anzahl der IV-Rentenbeziehenden seit dem Jahr 2019 wieder zu. Die Zahl der IV-Neurenten je 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner steigt bereits seit dem Jahr 2014 an ([BSV 2026](#)). Der Anteil der IV-Rentenbeziehenden aus psychischen Gründen unter 25 Jahren hat sich in den letzten knapp 30 Jahren verfünffacht, derjenige der 25- bis 29-Jährigen verdreifacht ([OBSAN 2025a](#), S. 311). Diese Entwicklungen zeigen die Wichtigkeit einer integrierten Perspektive von psychischer Gesundheit und Arbeit. Einerseits ist bekannt, dass Arbeitsbedingungen psychische Krisen und sogar Krankheiten auslösen können. Umgekehrt stellen psychisch belastete Arbeitnehmende Vorgesetzte und Arbeitgeber vor grosse Herausforderungen, denen sie oftmals nicht adäquat begegnen. Schliesslich sind insbesondere Jugendliche und junge Erwachsene besonders förderungswürdig. Abgeschlossene Erstausbildungen und erfolgreiche Eintritte in die Arbeitswelt sind Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit bzw. umgekehrt sind desintegrierte Jugendliche und junge Erwachsene übermässig

² Maercker et al (2013), OECD (2014), OBSAN (2024). Die Ableitungen gehen davon aus, dass die Planungsregion eine identische Krankheitslast und Kostenstruktur wie der Schweizer Durchschnitt aufweist. Tatsächlich können Prävalenz, Versorgungsdichte, Altersstruktur und Lohnniveau regional abweichen. Die Werte sind daher als Grössenordnung und nicht als präzise kantonale Ist-Kosten zu verstehen.

stark gefährdet für die Entwicklung von psychischen Erkrankungen und entsprechenden langjährigen Folgekosten. Umgekehrt ist Arbeit nachweislich eine Ressource zur Gesundheit. So zeigen Studien, dass erwerbstätige Patientinnen und Patienten mit affektiven Störungen (v. a. Depression) — unabhängig vom Schweregrad — eine um Monate bis Jahre kürzere ambulante Behandlungsdauer haben als nicht erwerbstätige, und dass sie auch bei stationären Aufenthalten kürzere Hospitalisationsdauern aufweisen (OBSAN 2013).

Zur Verhütung von psychischen Krankheiten (Prävention) bzw. zur Förderung der psychischen Gesundheit (Gesundheitsförderung) wurden im Jahr 2022 schweizweit 289 Mio. Franken ausgegeben, wovon 230 Mio. Franken in die Suchtprävention und 59 Mio. Franken in die allgemeine Prävention psychischer Erkrankungen flossen (OBSAN 2025, S. 416). Für Prävention und Gesundheitsförderung sind in erster Linie die Kantone zuständig. Auf nationaler Ebene stimmt die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) die Aktivitäten der Kantone aufeinander ab und verfügt gestützt auf Art. 19 KVG über ein Mandat und Budget zur Förderung der Gesundheit bzw. Verhütung von Krankheiten (jährlicher OKP-Prämienzuschlag von Fr. 4.80.– je versicherte Person). Anteilsmässig würde dies für die Planungskantone Ausgaben von rund 30 Mio. Franken bedeuten. Ein bedeutender Teil dieser Ressourcen wird im Rahmen der Kantonalen Aktionsprogramme (KAP) unter Mitfinanzierung der Kantone in konkreten Projekten umgesetzt. In den Planungskantonen namentlich zu erwähnen ist das seit dem Jahr 2025 gemeinsam umgesetzte interkantonale Aktionsprogramm KAP (ARAI SG), das «Ostschweizer Forum für psychische Gesundheit» (ARAI SG), Aktivitäten des Zweckverbandes «Perspektive Thurgau» sowie das «Forum Betriebliches Gesundheitsmanagement» (ARAI SG TG). Wenn davon ausgegangen wird, dass sich die Ausgaben der vier Kantone bevölkerungsmässig anteilmässig zur gesamtschweizerisch ermittelten Summe von 289 Mio. Franken bewegen (30 Mio. Franken), so belaufen sich die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in den vier Kantonen schätzungsweise auf sieben Prozent der direkten bzw. 1,3 bis 5 Prozent der indirekten Kosten von psychischen Erkrankungen in der Planungsregion.

1.5 Kantonsbeiträge Psychiatrie

Im Jahr 2025 richteten die vier Kantone Beiträge in der Höhe von rund 192 Mio. Franken für die Abgeltung von psychiatrischen Behandlungen ihrer Kantonsbevölkerung in Spitälern, Tageskliniken, Ambulatorien oder zu Hause aus (Tabelle 1). Davon flossen knapp 28 Mio. Franken in die Behandlung von Kindern und Jugendlichen sowie 164 Mio. in solche für Erwachsene. Die Kantonsbeiträge an stationäre psychiatrische Spitalaufenthalte bilden mit 140 Mio. Franken die grösste Gruppe (73 Prozent). Knapp ein Viertel der Kantonsgelder fliessen in die Subventionierung von intermediären Angebotsstrukturen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist dieses Verhältnis ausgeglichen. Knapp 6,5 Mio. Franken erhielten verschiedene Leistungserbringer für Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) wie Beiträge an die Aus- und Weiterbildung der universitären Gesundheitsberufe, Beiträge an die Forschung, Dolmetscherkosten etc. Die Finanzierung der Spitalschulen ist nicht Teil der Aufstellung, da diese in den Kantonen von unterschiedlichen Kostenträgern (Bildung, Gemeinden, Gesundheitsdepartement) geleistet wird.

Tabelle 1: Kantonsbeiträge für die psychiatrische Versorgung nach Kanton in Mio. CHF, 2025

	SG	AR	AI	TG	Gesamt
Kinder- und Jugendpsychiatrie	15,6	2,9	0,4	8,9	27,8
Kantonsbeitrag stationär	6,9	1,6	0,2	4,5	13,2
Kantonsbeitrag intermediär	7,7	1,0	0,1	4,3	13,1
Gemeinwirtschaftliche Leistungen	1,0	0,3	0,02	0,2*	1,5
Erwachsenenpsychiatrie	94,5	10,6	1,2	58,0	164,3
Kantonsbeitrag stationär	71,5	8,1	1,2	46,0	126,8
Kantonsbeitrag intermediär	20,2	1,5		10,8	32,5
Gemeinwirtschaftliche Leistungen	2,8	1,0		1,2	5,0
Gesamt	110,0	13,5	1,6	66,9	192,1
Kantonsbeitrag stationär	78,5	9,6	1,4	50,5	140,0
Kantonsbeitrag intermediär	27,9	2,5	0,1	15,1	45,6
Gemeinwirtschaftliche Leistungen	3,7	1,4	0,02	1,4	6,5

Quellen: AfGVE SG, AfG AR, GD AI, DFS TG. Ohne Beiträge an die Spitalschulen.
* GWL für ärztliche Weiterbildung in KJP der PDT in den Beiträgen für Erwachsene enthalten

Alle vier Kantone leisten beträchtliche Subventionen an die intermediären Leistungen in Tageskliniken, Ambulatorien oder aufsuchenden Angeboten. Das prozentuale Verhältnis zwischen stationärem und intermediärem Kantonsbeitrag unterscheidet sich insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nach Kanton. St.Gallen ist der einzige Kanton, der einen höheren Beitrag an die intermediäre als an die stationäre Versorgung leistet. In der Erwachsenenpsychiatrie fällt der überproportionale GWL-Anteil des Kantons Appenzell Ausserrhoden an das PZA sowie das Fehlen der Beiträge an intermediäre Strukturen des Kantons Appenzell Innerrhoden auf, da dieser erst ab dem Jahr 2026 intermediäre Behandlungen des PZA und der PSG von Innerrhoder Patientinnen und Patienten mitfinanziert.

Kantonsbeitrag je Einwohnerin und Einwohner

Insgesamt leisten die Kantone im Durchschnitt Beiträge pro Kopf von mehr als Fr. 210.– für die Gewährleistung der psychiatrischen Versorgung in Spitälern, Tageskliniken, Ambulatorien und aufsuchenden Angeboten (Tabelle 2). In der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden die stationären und intermediären Angebote je hälftig finanziert. In der Erwachsenenpsychiatrie fliessen mehr als drei von vier Franken in den stationären Bereich. Dies hat mit dem höheren Anteil an stationären Spitalaufenthalten in der Erwachsenenpsychiatrie zu tun. Zwischen den Kantonen fallen die auffällig hohen Beiträge des Kantons Appenzell Ausserrhoden für den stationären Bereich und die tiefen Beiträge des Kantons Appenzell Innerrhoden auf. Letztere sind teilweise damit begründet, dass der Kanton AI erst ab dem Jahr 2026 die intermediären Angebote von ausserkantonalen Leistungserbringern mitfinanziert.

Tabelle 2: Kantonsbeiträge in Franken für die psychiatrische Versorgung je Einwohnerin und Einwohner nach Kanton und Leistungsangebot, 2025³

	SG	AR	AI	TG	Gesamt
Kinder- und Jugendpsychiatrie	149	257	110	154	157
stationär	66	141	72	77	74
Intermediär	74	85	32	74	74
Erwachsenenpsychiatrie	217	233	88	240	223
stationär	164	177	88	191	172
Intermediär	46	33	-	45	44
Gesamt	204	237	92	223	210
stationär	145	170	85	169	153
Intermediär	52	43	6	50	50

Quellen: AfGVE SG, AfG AR, GD AI, DFS TG. Ohne Beiträge an die Spitalschulen.

Jährlich werden in der Planungsregion gut 50'000 psychiatrische Fälle behandelt und von den Kantonen mitfinanziert – rund 10'500 stationär, knapp 3'000 tagesklinisch und rund 36'700 ambulant. Damit wird nur etwa jeder fünfte Fall stationär versorgt; in der Erwachsenenpsychiatrie ist es rund jeder vierte, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nur jeder zehnte.

Kantonsbeitrag je Fall

Die Kantonsbeiträge je Fall liegen im intermediären Bereich deutlich tiefer als im stationären Bereich (siehe Tabelle 3). Während auf Ebene der Planungsregion ein stationärer Fall die Kantone durchschnittlich rund Fr. 13'300.– kostete, betrug der Kantonsbeitrag für einen intermediären Fall rund Fr. 1'150.–. Für einen Fall der Erwachsenenpsychiatrie leisten die Kantone durchschnittlich fast Fr. 4'000.–, für einen Fall der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit rund Fr. 2'900.– deutlich weniger. Auffallend ist der tiefe durchschnittliche Beitrag des Kantons Thurgau an einen Fall der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Fr. 1'940.–) trotz stark ausgebauten und finanzierten intermediären Angeboten. Umgekehrt leistet der Kanton Thurgau mit Fr. 14'000.– den höchsten durchschnittlichen Beitrag in der stationären Erwachsenenpsychiatrie.

³ Ohne Beiträge an Spitalschulen, da diese in den Kantonen von unterschiedlichen Kostenträgern (Bildung, Gemeinden, Gesundheitsdepartement) geleistet werden.

Tabelle 3: Kantonsbeiträge je Fall und Kanton, 2024/2025⁴

	SG	AR	AI	TG	Gesamt
Kinder- und Jugendpsychiatrie	3'639	5'803	5'362	1'942	2'938
stationär	13'922	20'230	15'567	13'762	14'430
Intermediär	2'033	2'278	1'999	1'008	1'531
Erwachsenenpsychiatrie	3'810	4'600	5'154	4'339	4'036
stationär	12'928	12'046	11'183	14'024	13'222
Intermediär	1'047	923	-	1'070	1'044
Gesamt	3'838	4'000	7'609	3'558	3'760
stationär	13'010	12'900	11'726	14'000	13'327
Intermediär	1'210	1'199	591	1'051	1'149

Quellen: Angaben Leistungserbringer. AfGVE SG, AfG AR, GD AI, DFS TG. Ohne Beiträge an die Spitalschulen.

Der Ressourceneinsatz des Kantons je Fall ist je nach beanspruchtem Angebot sehr unterschiedlich. Auf Planungsebene fliessen 73 Prozent der Kantonsmittel in 21 Prozent der Fälle. Ein stationärer Fall kostet die Kantone gleichviel wie 12 intermediäre Fälle. Auch unter Berücksichtigung der Beiträge der Krankenversicherer ist es volkswirtschaftlich angezeigt, wo immer möglich stationäre Fälle unter Beibehaltung der Behandlungsqualität in den intermediären Bereich zu verlagern.

Modalitäten der Steuerung und Finanzierung

Innerhalb der Planungskantone bestanden bis anhin gewisse Unterschiede in der konkreten Ausgestaltung der Planung und Finanzierung der psychiatrischen Leistungen.

In den Kantonen St.Gallen, Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden erfolgte die Versorgungsplanung bis anhin leistungsorientiert auf Basis der Anzahl behandelten Patientinnen und Patienten sowie der dafür aufgewendeten Pflegetagen in Form einer Rahmenplanung. Gestützt darauf wurden die Spitalisten mit den zugelassenen Leistungsspektren je Leistungserbringer erlassen. Die Planung beschränkte sich auf die Festsetzung der Anzahl bedarfsnotwendigen Leistungsaufträge je Planungsbereich und -region. Auf eine direkte Mengensteuerung wurde verzichtet. Der Kanton St.Gallen hat für den intermediären Bereich ebenfalls Prognosen erstellt und das Leistungsangebot, nicht jedoch dessen Umfang, in den Leistungsaufträgen festgehalten. Die Finanzierung der intermediären Leistungen ist konsequent leistungsorientiert ausgestaltet auf Basis von beitragsberechtigten Ansätzen je Taxpunkt (TARMED/TARDOC, TP) bzw. Minute (Psychologische Psychotherapie, PP), wovon die Beiträge je TP bzw. Minute der Versicherer abgezogen werden. Die Kantone beider Appenzell haben zusätzlich Kostendächer je Leistungserbringer formuliert.

Der Kanton Thurgau gestaltete seine Versorgungsplanung im Bereich der Psychiatrie bis anhin kapazitätsorientiert aus. Die Konkretisierung erfolgte durch den Abschluss von fünfjährigen Rahmenvereinbarungen zur institutionsgebundenen Psychiatrie zwischen dem Kanton und der Spital Thurgau AG bzw. der Clenia Littenheid AG (2016-

⁴ GWL-Beiträge wurden nur auf Ebene der Gesamtsummen der KJP bzw. EP berücksichtigt, da eine eindeutige Zuordnung nicht zum stationären bzw. intermediären Bereich nicht immer möglich ist.

2020, 2021-2025). Die Rahmenvereinbarungen beinhalteten für den stationären Bereich Bettenhöchstzahlen für die beiden Leistungserbringer sowie maximale Platzangaben für tagesklinische Angebote und Spezialangebote im aufsuchenden Bereich. Die Maximalmengen waren verknüpft mit den maximalen Ansätzen des Kantonsbeitrags. Im stationären Bereich waren Beitragsreduktionen getrennt nach Altersbereich und Klinik für jedes weitere Bett vorgesehen. Die Spezialversorgung war keiner Kapazitätsbeschränkung unterstellt. Die Finanzierung der intermediären Angebote erfolgte mittels Pauschalen für definierte Angebote.

Im Gegensatz zur Akutsomatik erlauben die Bundesvorgaben eine kapazitätsbezogene Psychiatrieplanung (Art. 58c, Bst. b KVV). Art. 58, Abs. 6 KVV erlaubt es zudem den Kantonen, im Rahmen der Formulierung der Leistungsaufträge ein Globalbudget nach Art. 51 KVG mit maximalen Leistungsmengen oder maximalen Kapazitäten festzulegen «sofern diese weder strukturerhaltend sind noch jeglichen Wettbewerb verhindern». Eine Rechtsprechung dazu bzw. konkrete Umsetzungsbeispiele existieren im Bereich Psychiatrie jedoch nicht.

Schlussfolgerungen

Obige Ausführungen führen zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Die Planungskantone verfolgen im Rahmen der gemeinsamen Planung einen leistungsbasierten Ansatz ohne Festsetzung von Höchstmengen je Leistungserbringer oder Leistungsangebot.
2. Die Planungskantone sind bestrebt, in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern und den Krankenversicherern die Finanzierungsmodelle derart anzupassen, dass die Anreize zur intermediären Behandlung erhöht werden. Sie werden dazu parallel zum Versorgungsbericht weitere Überlegungen anstellen zur konkreten Umsetzung dieser Absicht.
3. Die Planungskantone sind bestrebt, im Rahmen der gemeinsamen Spitalplanung eine Harmonisierung der Kantonsbeiträge zu erreichen und – wo sinnvoll – Leistungsvereinbarungen für die Inanspruchnahme und Mitfinanzierung von intermediären Angeboten abzuschliessen.
4. Die Planungskantone streben auf das Jahr 2028 und die Einführung von EFAS eine Vereinheitlichung der Tagesklinik-Tarife an. Dazu werden die Leistungserbringer eingeladen, im Rahmen einer Verhandlungsgemeinschaft höhere einheitliche Tarife mit den Krankenversicherern auszuhandeln. Auf das Jahr 2028 steigt der stationäre Anteil zu Lasten der Versicherer von heute 45 Prozent auf rund 73 Prozent der ausgehandelten Tarife. Die Kantone übernehmen ab diesem Zeitpunkt knapp 27 Prozent der zwischen den Tarifpartnern ausgehandelten Abgeltungen für stationäre und intermediäre Leistungen und müssen weiterhin substanzielle Zusatzbeiträge an intermediäre Angebote leisten. Die bisherige Höhe der Tarife und Zusatzfinanzierungen ergäbe jedoch einen Kostenteiler für intermediäre Leistungen zulasten der Kantone von bis zu 77 Prozent. Die Versicherer würden von der Verlagerung profitieren, die Kantone müssten sie im Wesentlichen einseitig finanzieren.

1.6 **Verwaltungsvereinbarung**

Im November 2025 haben die Kantone Thurgau, St.Gallen, Appenzell Ausserrrhoden und Appenzell Innerrhoden eine Vereinbarung über die Zusammenarbeit in der Spitalplanung unterzeichnet. Darin verpflichten sich die vier Kantone, in den kommenden Jahren zeitlich gestaffelt je Bereich gemeinsame Planungsberichte zu erarbeiten und gestützt darauf gleichlautende Spitallisten zu erlassen. Zu diesem Zweck haben die Kantone einen Lenkungsausschuss (LA) mit den für das Gesundheitswesen zuständigen Vertreterinnen und Vertreter der vier Kantonsregierungen gebildet. Der LA ist das strategische Gremium, entscheidet Grundsatzfragen und verabschiedet alle relevanten Planungsdokumente innerhalb des Planungsprozesses. Für die operativen Arbeiten bildeten die Kantone eine Fachkommission (FK). Sie ist zuständig für die Erarbeitung der Planungen und setzt sich aus Mitarbeitenden der vier Kantone zusammen. Die Projektleitung wird vom Kanton St.Gallen sichergestellt. Die zuständigen kantonalen Departemente werden im Bericht als «Planungsbehörden» bezeichnet.

Die Kantone starten mit der Versorgungsplanung Psychiatrie, deren Erarbeitung in vier Etappen unterteilt ist. Bis Dezember 2026 wird ein Versorgungsbericht erstellt, der eine Darstellung der bestehenden Angebote sowie deren Bewertung, die Formulierung einer Bedarfsprognose sowie das zur Anwendung gelangende Planungsmodell einschliesslich der Planungskriterien und Anforderungen enthalten. Der Entwurf des Versorgungsberichts wird bei den Leistungserbringern, den betroffenen Nachbarkantonen sowie den Dachverbänden der Krankenversicherer vernehmlicht. Die zweite Etappe umfasst das Bewerbungsverfahren, im Rahmen dessen die bestehenden Listenspitäler sowie weitere Leistungserbringer die Gelegenheit erhalten, sich für einen Leistungsauftrag gemäss der vorgegebenen Planungssystematik zu bewerben. Die Evaluation der einzelnen Bewerbungen sowie die Redaktion dessen Ergebnisse im Strukturbericht umfassen die dritte Etappe. Der Entwurf des Strukturberichts wird wiederum bei den Leistungserbringern, den betroffenen Nachbarkantonen sowie den Dachverbänden der Krankenversicherer vernehmlicht. Gestützt darauf erfolgt die Finalisierung des Strukturberichts einschliesslich des definitiven Vorschlags für die identischen Spitallisten. Sodann erlassen die vier Kantonsregierungen die definitiven Spitallisten mit Involzugsetzung per 1. Januar 2028.

1.7 **Planungsgegenstand**

Die vier beteiligten Kantone betreten mit dem gewählten gemeinsamen Planungsansatz in mehrerer Hinsicht Neuland. Erstens ist es schweizweit die erste Planung, die vier Kantone umfasst. Dabei erfolgen die nachfolgenden Ausführungen primär immer auf Ebene der gesamten Planungsregion: wo notwendig und sinnvoll ergänzt mit Angaben zu einzelnen geografischen Teilbereichen der Planungsregion. Zweitens wurde die geografische Strukturierung der Planungsregion wo sinnvoll unabhängig von den Kantonsgrenzen vorgenommen. Drittens hat die vorliegende Planung den Anspruch, eine ganzheitliche Perspektive einzunehmen und die spezialisierten Angebote für psychisch kranke Menschen angefangen von den niedergelassenen Leistungserbringern zu den intermediären Strukturen in Form von Ambulatorien, Tageskliniken und aufsuchenden Angeboten bis hin zu den Bettenangeboten der Kliniken zu berücksichtigen. Für eine ganzheitliche Betrachtung sprechen die Einführung von EFAS, die bestehende Subventionierung der intermediären Angebote durch die Planungskantone gestützt auf kantonale Rechtsgrundlagen⁵ sowie die gegenseitigen

⁵ Für TG: Paragraf 39 TG KVG und Paragraf 66 TG KVV; für SG: Artikel 24 SPFG; für AR: Art. 52l Gesundheitsgesetz, für AI: Art. 38c, Abs. 3 Gesundheitsgesetz.

Abhängigkeiten der drei Versorgungssysteme. Aufgrund der massgeblichen Mitfinanzierung leiten die Planungsbehörden deshalb auch eine Steuerungs-Kompetenz zur Angebotsdefinition und -sicherung für den niedergelassenen bzw. intermediären Bereich im Rahmen von Leistungsaufträgen ab. Dabei gilt, dass intermediäre Strukturen nur subsidiär zu den Leistungen der niedergelassenen Leistungserbringer angeboten werden dürfen und stationäre Angebote nur in Anspruch genommen werden sollen, wenn kein intermediäres Angebot die Behandlung ebenfalls sicherstellen könnte. Viertens löst eine interkantonale Versorgungsplanung in der Psychiatrie ein Bedarf für Harmonisierungen einer Anzahl weiterer Aspekte der kantonalen Gesundheitsversorgung aus: so bestehen beispielsweise Abhängigkeiten zu den kantonalen Finanzierungsmodellen der intermediären Angebote, zur Methodik der Festlegung der Referenztarife und zur Ausgestaltung der Vorgaben an die Leistungserbringer zur Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen.

Das Hilffssystem für Menschen mit psychischen Krankheiten in der Planungsregion ist einer Reihe von Trends und Herausforderungen ausgesetzt. Es handelt sich dabei durchwegs um schweizweite oder internationale Entwicklungen. Nachfolgend werden die wichtigsten kurz beschrieben.

2.1 Fachkräftemangel

Viele Gesundheitsberufe zeigen deutliche Anzeichen für einen Fachkräftemangel ([SECO](#) 2023). In der Psychiatrie sind drei Berufsgruppen davon betroffen: Das Pflegepersonal, Ärztinnen und Ärzte mit Weiterbildungstitel Psychiatrie und Psychotherapie sowie psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit oder ohne Weiterbildungstitel. Zwar haben sich gemäss OBSAN zwischen den Jahren 2013 und 2023 die Personalschlüssel (Verhältnis Personal zu Pflegetagen) für Ärztinnen und Ärzte sowie für Psychologinnen und Psychologen in den letzten 10 Jahren insgesamt verbessert (+4 bzw. + 59 Prozent) bzw. sind beim Pflege- und Betreuungspersonal weitgehend stabil geblieben ([OBSAN](#) 2024b). Bei der Interpretation des Personalschlüssels ist allerdings zu berücksichtigen, dass sich die Aufenthaltsdauer in der Psychiatrie im Laufe der Jahre kontinuierlich verkürzt hat, so dass den Behandelnden und Pflegenden insgesamt weniger Zeit für die Leistungserbringung an den einzelnen Patientinnen und Patienten zur Verfügung steht, was die Arbeitsbelastung potenziell erhöht. Hinzu kommt eine hohe Fluktuation des Personals in den Kliniken, was die Belastung der Mitarbeitenden erhöhen kann ([BASS](#) 2016). Ein weiterer Hinweis auf einen Fachkräftemangel ist der hohe Anteil an ausländischen Ärztinnen und Ärzten, die in der Psychiatrie und Psychotherapie tätig sind. Besonders problematisch sind dabei die sprachlichen und kulturellen Barrieren, welche die Behandlungsqualität beeinträchtigen können ([OBSAN](#) 2022a). Hinzu kommt ein Nachwuchsmangel. Die Zahl der in der Schweiz erworbenen Weiterbildungstitel in Psychiatrie reicht nicht aus, um den Bedarf zu decken. Im Fünfjahresdurchschnitt erfolgten in der Erwachsenenpsychiatrie jährlich 90 Erteilungen von Weiterbildungstiteln (Frauenanteil 60 Prozent) und 109 Anerkennungen von ausländischen Weiterbildungstiteln (Frauenanteil 48 Prozent) und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie jährlich 25 Erteilungen von Weiterbildungstiteln (Frauenanteil 70 Prozent) und 23 Anerkennungen von ausländischen Weiterbildungstiteln (Frauenanteil 60 Prozent). Zudem basierte die Hälfte der jährlich erteilten Weiterbildungstitel auf Inhaberinnen und Inhaber mit einem ausländischen Arztdiplom. Somit hat nur 20 Prozent der neu tätigen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater ihre Aus- und Weiterbildung in der Schweiz absolviert. In beiden Fachbereichen vermag die Weiterführung des Bestandes den zukünftigen Bedarf an Fachkräften nicht zu decken ([OBSAN](#) 2022a, [OBSAN](#) 2023). Eine Publikation hat auf Basis von sechs Indikatoren alle niedergelassenen Fachdisziplinen bezüglich ihrer Versorgungssituation bewertet ([Kaiser et al.](#) 2024). Dabei haben die beiden psychiatrischen Disziplinen am schlechtesten abgeschlossen. Jeder der sechs Indikatoren deutete auf eine Unterversorgung hin.

Vor diesem Hintergrund ist die Gewinnung und Bindung von ärztlichen, psychotherapeutischen und pflegerischen Fachkräften für die Leistungserbringer der Planungsregion mit grossen Schwierigkeiten verbunden. Die Tendenz zur Reduktion des

durchschnittlichen Beschäftigungsgrads sowie schlechte wirtschaftliche Verdienstaussichten im Vergleich zu anderen ärztlichen Fachdisziplinen verstärken die Personalknappheit. Gerade die stationäre Psychiatrie ist dabei nochmals besonders herausgefordert, da der 24-Stundenbetrieb während 365 Tagen im Jahr für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nochmals unattraktiver ist (Schicht-, Nacht- und Wochenend-Arbeit). Angesichts der zentralen Bedeutung des Pflege- und Therapie-Personals in der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gefährdet ein Fachkräftemangel direkt die Qualität der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung der Planungsregion.

2.2 Diversifizierung der eingesetzten Berufsgruppen

Aufgrund des Fachkräftemangels sind die Anbieter von psychiatrischen Hilfsangeboten in der Planungsregion gezwungen, die anfallenden pflegerischen und therapeutischen Aufgaben inskünftig unter den Berufsgruppen noch flexibler aufzuteilen («Skills- und Grade Mix») und betriebsinterne Vorkehrungen für die individuelle Weiterentwicklung jedes Mitarbeitenden hinsichtlich Aufgaben und Kompetenzen zu treffen. So wurde beispielsweise im Planungsraum ein Weiterbildungsgang für «Krisenexpertinnen und -experten» entwickelt für Personen mit pflegerischem, psychologischen oder heil-/sozial-pädagogischen Berufshintergrund. Mit der Einführung des Anordnungsmodells für psychologische Psychotherapie erfolgte im Jahr 2022 eine Aufwertung dieser Berufsgruppe. Dadurch können erfahrene Fachpsychologinnen und -psychologen unter ärztlicher Aufsicht respektive Absprache wichtige Aufgaben in der Führung von Stationen, Abteilungen sowie Ambulatorien übernehmen. Zudem können Advanced Practice Nurses (APN) in der Rolle von Clinical Nurse Specialist (CNS) oder Nurse Practitioner (NP) stationär, aufsuchend oder in Ambulatorien eine umfassende Patientenbetreuung sicherstellen. Die Wirksamkeit erweiterter Pflegerollen in der psychiatrischen Versorgung ist international gut belegt (u.a. [Turi et al. 2023](#), [Weissinger et al. 2024](#)). Schliesslich liegt Potenzial bei der Nutzung von Peers (Personen mit eigener Erfahrung in der Bewältigung von psychischen Erkrankungen) als zusätzliche Betreuungs- und Bezugspersonen (siehe auch Kapitel 2.5).

2.3 Erhöhte psychische Belastung und steigende Inanspruchnahme

Gesellschaftliche Entwicklungen führten in den letzten Jahren zu einer erhöhten psychischen Belastung der Bevölkerung der Planungsregion. Laut dem OBSAN wiesen im Jahr 2022 rund 10 Prozent der Bevölkerung mittelschwere bis schwere Depressionssymptome auf (2017: 9 Prozent) ([OBSAN 2025a](#)). Dies ist gekoppelt an eine steigende Nachfrage nach Leistungen zur Bewahrung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit (siehe auch Kapitel 1.3). Die Gründe für den Anstieg der psychischen Belastung sind vielfältig. Das Wissen darüber lückenhaft. Einflüsse aus der Arbeitswelt und anderen Lebensbereichen stellen höhere Anforderungen an die Einwohnerinnen und Einwohner der Planungsregion, um auf Probleme und Veränderungen mit Anpassung ihres Verhaltens reagieren zu können (Resilienz). Der Umgang mit Stressfaktoren respektive die Förderung von Lebensgewohnheiten mit positiven Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden nimmt an Bedeutung zu. Die Bandbreite zwischen psychischer Gesundheit und Krankheit ist dabei ein Kontinuum ohne starre Grenzen. Ohne einer Psychiatrisierung Vorschub leisten zu wollen, gilt es festzuhalten, dass die Zahl der Menschen mit (temporärem) Behandlungsbedarf aufgrund psychischer Belastungen in den letzten Jahren tendenziell zunahm und weiter zunehmen wird. Die sich daraus ergebende stärkere Inanspruchnahme manifestiert sich insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Insbesondere bei jungen Frauen im Alter von 15 bis 24 Jahren stieg die psychische Belastung

zwischen den Jahren 2017 und 2022 von 19 Prozent auf 29 Prozent markant an ([OBSAN 2025a](#)).

29

2.4 Prävention und Früherfassung

Dem steigenden Bedarf in der Bevölkerung für Hilfsangebote im Bereich der psychischen Gesundheit sollte vermehrt mit präventiven respektive früherkennenden Massnahmen begegnet werden. Bei der Stärkung der psychischen Gesundheit beziehungsweise der Abwehrkräfte gegen psychische Krisen spielen die Konzepte «Resilienz», «Selbstwirksamkeit/Kontrollüberzeugung» und «soziale Aufgehobenheit» eine zentrale Rolle. Ersteres beschreibt den Prozess, wie Menschen auf Probleme und Veränderungen mit Anpassung ihres Verhaltens reagieren können. Je besser dies einer Person gelingt, desto höher ist ihre Resilienz. Auch wenn die Wirkungszusammenhänge vielfältig und das Wissen darüber begrenzt sind, ist allgemein anerkannt, dass die Resilienz eines Menschen beeinflussbar ist. Das Konzept der Selbstwirksamkeit geht davon aus, dass der psychische Gesundheitszustand des einzelnen Menschen – neben der Befriedigung der Grundbedürfnisse – massgeblich vom subjektiven Gefühl abhängt, ob ein Gestaltungsspielraum im Leben besteht oder nicht. Die Befähigung der Menschen zur Führung eines selbstbestimmten Lebens ist deshalb zentral. Schliesslich müssen sich Menschen aufgehoben fühlen in sozialen Gemeinschaften. Dies geht von der Kernfamilie über Freundschaften bis zu Institutionen der Freizeitgestaltung. Neben der Stärkung der psychischen Gesundheit ist die Früherfassung von Menschen mit psychischen Auffälligkeiten zentral. Wichtig dabei sind die Entstigmatisierung von Hilfsangeboten für Menschen in psychischen Krisen wie auch die Sicherstellung des niederschweligen Zugangs. Gerade bei Kindern und Jugendlichen kann eine frühzeitige fachgerechte Hilfestellung hohe Kosten verhindern, die durch Chronifizierungen von psychischen Krankheiten entstehen⁶. Aber auch im Alter ist die frühzeitige und adäquate Behandlung und Beratung von betagten Personen mit psychischen Problemen und deren Angehörigen sehr gewinnbringend. Wichtige Akteure sind dabei die Hausärztinnen und Hausärzte. Auch die Fachpersonen und die institutionelle Psychiatrie könnten präventive Aufgaben übernehmen. Die Finanzierung von präventiven Leistungen und Früherfassungen sind aktuell nicht über die obligatorische Krankenversicherung (OKP) finanziert. Der Anreiz für medizinische Leistungserbringer für deren Verschreibung ist damit gering.

2.5 Diversifizierung der Behandlungsangebote und -konzepte

Im Bereich der Hilffssysteme für Personen mit psychischen Problemen ist eine zunehmende Spezialisierung der Angebote zu beobachten. Diese Entwicklung ist im Grundsatz sehr zu begrüessen. Die Ausgestaltung von standardisierten und auf spezielle Krankheitsbilder begrenzte ambulante und stationäre Angebote trug und trägt dazu bei, spezifischer auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten eingehen zu können und bessere Behandlungsergebnisse zu erzielen. Gleichzeitig besteht dadurch die Tendenz, dass sich Anbieter – oftmals in alternativen Versorgungssettings – auf Personengruppen mit milden und «einfacheren» psychischen Auffälligkeiten begrenzen und schwer erkrankte Personen gleichzeitig von den entsprechenden Angeboten ausschliessen. Das führt dazu, dass die Leistungserbringer mit Status Akut- und Vollversorger (AVV) mit Aufnahmepflicht tendenziell als Auffangbecken für letztere Patientengruppe fungieren, während erstere sich in alternativen Strukturen behandeln lassen. Dies kann negative Auswirkungen auf die Stigmatisierung der öffentlichen Hilffssysteme haben. In Zeiten von akutem Personalmangel ist zudem die

⁶ Siehe z.B. Projekt «[find-help](#)» bzw. «[Sozialnetz Thurgau](#)», die einen niederschweligen Zugang zu verschiedenen Unterstützungsangeboten bieten und auf einem gemeinsamen System beruhen. Von besonderer Bedeutung sind auch Personen im schulischen Umfeld (Lehrpersonen, Schulpsychologischer Dienst, Sozialarbeitende).

nachhaltige personelle Aufrechterhaltung von Spezialangeboten mit entsprechendem Fachpersonal eine grosse Herausforderung.

Auch die in der Psychiatrie verwendeten Behandlungskonzepte sind im Wandel. Neue Strömungen gesellen sich zu bewährten Ansätzen, stehen teilweise in Konkurrenz oder können sich gegenseitig ersetzen oder ablösen. Die Regel ist jedoch eine Differenzierung der Behandlungskonzepte und eine damit verbundene Koexistenz bzw. Verbindung von mehreren Ansätzen. Zahlreiche Angebote in der Planungsregion sind bereits nach dem Recovery-Modell (dt. Erholung, Genesung) ausgestaltet. Es handelt sich dabei um einen Behandlungsansatz, der das Genesungspotenzial der Betroffenen hervorhebt und unterstützt. Der Mensch mit seinen gesunden, aber auch kranken Anteilen steht im Mittelpunkt und die zur Gesundheit benötigte Hilfe und Unterstützung wird ganzheitlich betrachtet und organisiert. Der Ansatz ist somit stark patientenzentriert. Erkrankte engagieren sich für ihre eigene Gesundheit und streben für sich eine nachhaltige Veränderung an. Wichtige Prinzipien des Recovery-Modells sind die Hoffnung, dass Gesundheit möglich ist, die Betrachtung des sozialen Umfelds als entscheidende Genesungs-Ressource, die Individualität und Nicht-Linearität des Gesundungsprozesses und die Überzeugung, dass fachliche Unterstützung nur ein Faktor unter vielen anderen ist, der zur Gesundheit beitragen kann ([Leamy et al. 2011](#)).

2.6 Finanzierung

Die bestehenden Finanzierungsregelungen im Bereich der psychiatrischen Versorgungsstrukturen erfordern für die intermediären Angebote aufgrund der nichtkostendeckenden Entschädigung durch die Versicherer eine Zusatzfinanzierung durch die Kantone. Schweizweit wendeten die Kantone im Jahr 2021 rund 410 Millionen Franken auf, um intermediäre Angebote in der Psychiatrie zu subventionieren ([OBSAN 2024](#)). Die vier Planungskantone haben im Jahr 2025 rund 45 Millionen Franken an die Ausfinanzierung der intermediären Angebote geleistet (siehe auch Kapitel 0).

Mit diesen Beiträgen kann vermieden werden, dass aufsuchende und intermediäre Angebote, die für einen grossen Teil der Patientinnen und Patienten nachweislich wirksam und gleichzeitig kostengünstiger sind als stationäre Behandlungen, von den Unternehmen aus wirtschaftlichen Überlegungen nicht oder zu wenig gefördert werden. Für die Unternehmen ist es wichtig, dass Beiträge zur Unterstützung der intermediären Angebote nachhaltig geleistet werden, solange die Entschädigung durch die Versicherer nicht kostendeckend ist.

Integrierte Versorgungsbetrachtungen sind gerade in Hilfesystemen für Menschen mit psychischen Erkrankungen zentral. Oftmals wird integriertes Handeln der Leistungserbringer erschwert durch die fragmentierten, nicht aufeinander abgestimmten Finanzierungsregelungen und -logiken der einzelnen (Sozial-)Versicherungs-Systeme. Um Finanzierungsfragen rund um die Etablierung von Modellen der integrierten Versorgung zu klären, sind konkrete Pilotprojekte erforderlich.

Der Bundesrat hat diese Probleme in den Abgeltungssystemen in seinem Bericht «Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz» anerkannt ([Bundesrat 2016](#)). Lösungen müssen auf Bundesebene entwickelt werden. Die Einführung der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) per 1. Januar 2028 geht in diese Richtung. Die laufenden Arbeiten rund um die schweizweite Definition der tagesklinischen Angebote und deren Abgeltung ist ein weiterer Lösungsansatz. Auf kantonaler Ebene sind die Grundlagen für die Umsetzung von Projekten der integrierten Versorgung zu schaffen zum Beispiel in Form von Experimentierartikeln.

2.7 Koordination und Integration der Hilfsangebote sowie Interprofessionelle Zusammenarbeit

31

Menschen mit schweren psychiatrischen Problemen sind für die Bewältigung respektive für einen nachhaltigen Umgang mit ihrer Erkrankung auf ein vielfältiges Hilfsystem angewiesen. Verschiedene Entwicklungen führen dazu, dass eine ganzheitliche Sichtweise und Betreuung von Menschen mit psychischen Störungen fortlaufend anspruchsvoller und schwieriger zu bewerkstelligen sind. Umso wichtiger sind patientenzentrierte Kooperationen zwischen Institutionen und Berufsgruppen zum Wohl der Patientinnen und Patienten. Die Komplexität der Lebenswelten der Patientinnen und Patienten, organisatorische Dysfunktionen innerhalb von Hilfsystemen, falsch umgesetzter Finanzdruck und standespolitisch motivierte Widerstände gegen eine interprofessionelle Zusammenarbeit führen dazu, dass die Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen heute auch in der Planungsregion SGARAITG verbesserungsfähig ist.

2.8 Digitale Technologien

Auch die psychiatrischen Leistungserbringer stehen vor der grossen Herausforderung, die Möglichkeiten der digitalen Technologien in gewinnbringende konkrete Anwendungen für die Hilfsangebote für psychisch kranke Menschen zu transformieren. Einerseits müssen die Leistungserbringer Fragen der Finanzierbarkeit, der Datensicherheit und -schutzes sowie der digitalen Befähigung der Mitarbeitenden adressieren. Auf Systemsicht bestehen Herausforderungen bei der Interoperabilität der einzelnen Anwendungen, die inter-institutionelle digitale Behandlungspfade erschweren. Auf Ebene der Leistungserbringer kann grundsätzlich zwischen Anwendungen zur Digitalisierung von Arbeitsabläufen und -prozessen und solchen zur Digitalisierung der effektiven Behandlung unterschieden werden. Zur ersteren Kategorie gehören Digitale Assessment-Tools, Spracherkennung/-übersetzung zur Entlastung der Dokumentation, automatisiertes Codieren, digitales Belegungsmanagement und Kapazitätsplanung. Zur zweiten Gruppe gehören digitale Therapieprogramme und App-gestützte Interventionen (z. B. für Stimmungstracking, Schlaf, Angstbewältigung etc.), Telepsychiatrie / Videokonsultationen, Virtual Reality (VR) für Expositionstherapien (z. B. bei Phobien, PTBS), Digitale Psychoedukation für Patienten und Angehörige, Sensorbasiertes Monitoring (Bewegung, Schlaf, Herzrate) zur Früherkennung von Krisen und digitale Risikoeinschätzungs-Tools zur Unterstützung klinischer Entscheidungen sowie Anwendungen zur Förderung der Compliance (PatientIn-Fachperson). Dabei steht bei jeder Einführung jeweils die Verhältnismässigkeit im Vordergrund. Seit dem 1. Juli 2026 existiert im Anhang 2 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) eine digitale Gesundheitsanwendung zur kognitiven Verhaltenstherapie bei Depressionen (Deprexis).

Um die Versorgungsplanung zu strukturieren, wird die Planungsregion in funktionale Versorgungsräume unterteilt. Versorgungsräume werden ungeachtet administrativer Grenzen als Regionen definiert, in denen die Bevölkerung die geplanten Gesundheitsleistungen gewöhnlich in Anspruch nimmt oder zeitgerecht in Anspruch nehmen kann (Stulz et al. 2023). Als Basis dienen vergangene Patientenströme zwischen dem Wohn- und dem Behandlungsort beziehungsweise die Erreichbarkeit der einzelnen Angebote (Einzugsgebiete). Im Sinn einer abgestuften Versorgung ändern sich die Räume je nach Bereich (ambulante und intermediäre Versorgung, stationäre Akut- und Vollversorgung sowie stationäre Spezialversorgung⁷) und Altersgruppe (Erwachsene oder Kinder und Jugendliche). Der ambulante und intermediäre Bereich ist räumlich kleiner angelegt, weil die Reisezeiten wichtiger sind. Demgegenüber können stationäre Leistungen stärker gebündelt in grösseren Räumen in höherer Qualität und wirtschaftlicher erbracht werden. In Kapitel 3.1 werden nachfolgend die Patientenströme dargestellt. Kapitel 3.2 beinhaltet die Analysen zur Erreichbarkeit und zu den Einzugsgebieten. Gestützt darauf werden in Kapitel 3.3 die Versorgungsräume abgeleitet. Für weitere Informationen zu den Angebotsstrukturen wird auf die Einführungen in Kapitel 4.2 und 4.3 verwiesen.

3.1 Patientenströme

3.1.1 Erwachsenen- und Alterspsychiatrie

Intermediäre Versorgung

Intermediäre Leistungen werden üblicherweise wohnortsnah in Anspruch genommen. Daher wird auf

- die Wahlkreise im Kanton St.Gallen,
- die Regionen im Kanton Appenzell Ausser rhoden,
- die Regionen im Kanton Appenzell Inner rhoden und
- die Bezirke im Kanton Thurgau

(im Nachfolgenden der Einfachheit halber Regionen genannt) abgestellt. Fast jede Region verfügt über wenigstens ein Ambulatorium und eine Tagesklinik für Erwachsene⁸. Nicht zuletzt aufgrund der fehlenden Angebote bestehen im intermediären Bereich in der Region St.Gallen-Appenzell erhebliche Patientenströme, die mittels gegenseitiger Leistungsvereinbarungen gesichert sind.

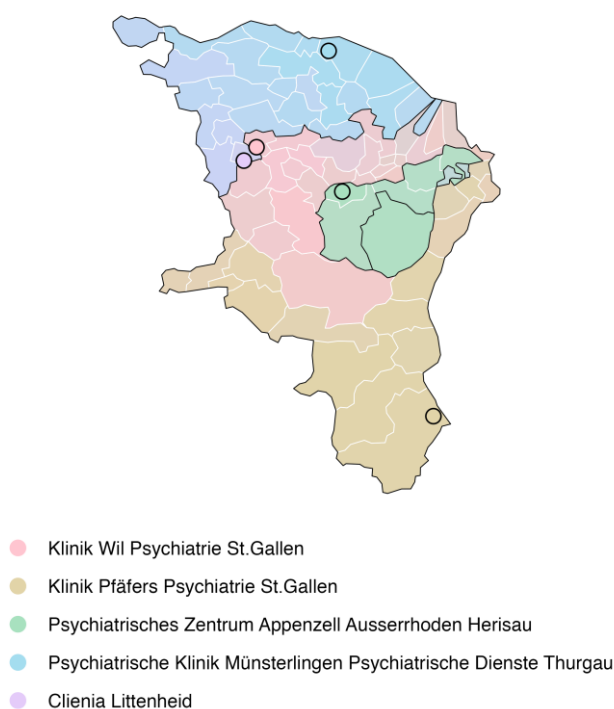
⁷ Im stationären Bereich wird zwischen der Akut- und Vollversorgung und der Spezialversorgung unterschieden (siehe Kapitel 7). Erstere bietet im 24-Stunden-Betrieb die Aufnahme, Abklärung und Erstversorgung von Patientinnen und Patienten in allen Leistungsbereichen und die spezialisierte Behandlung häufiger Störungsbilder an. Fürsorgerische Unterbringungen müssen zwingend aufgenommen werden. Letztere bietet von Montag bis Freitag zu Bürozeiten die elektive Aufnahme und die spezialisierte Behandlung von Patientinnen und Patienten in höchstens fünf Leistungsreichen an. Im Bereich der stationären Spezialversorgung wird die Planungsregion als ein Versorgungsraum behandelt.

⁸ Mit Ausnahme der Regionen Werdenberg, Mittelland, Inneres bzw. Äusseres Landeteil. In der Region Münchwilen besteht zwar ein Ambulatorium aber keine Tagesklinik.

Stationäre Akut- und Vollversorgung

Die Patientenströme in der stationären Akut- und Vollversorgung Erwachsener werden für die Planungsregion auf der Ebene der MedStat-Regionen in Abbildung 2 dargestellt⁹. Die Farbe einer jeden MedStat-Region ist eine Mischung der Farben der fünf Standorte gemäss der Inanspruchnahme im Jahr 2024. Wenn zwischen den MedStat-Regionen keine Unterschiede in der Verteilung der Fälle auf die Standorte beständen, wären alle gleichfarbig miteinander. Jedoch ist das Gegenteil der Fall: Die Patientenströme verlaufen in hohem Ausmass entlang der Kantons Grenzen. Des Weiteren ist der Kanton St.Gallen in einen nördlichen (Klinik Wil der PSG) und einen südlichen (Klinik Pfäfers der PSG) Bereich aufgeteilt. Keine solche Aufteilung lässt sich im Kanton Thurgau beobachten, obwohl es auch dort zwei Akut- und Vollversorgungskliniken gibt. Der Anteil der Clenia Littenheid fällt mit der Distanz auf unter 10 Prozent in der Bodenseeregion.

Abbildung 2: Patientenströme nach MedStat-Region, Erwachsenen- und Alterspsychiatrie, stationäre Akut- und Vollversorgung, Planungsregion, 2024



Quelle: Eigene Darstellung

3.1.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Intermediäre Versorgung

Im intermediären Bereich werden analog zur Erwachsenen- und Alterspsychiatrie die Regionen herangezogen. Es bestehen über die ganze Planungsregion verteilt 10 Ambulatorien, die jeweils für ein bestimmtes Einzugsgebiet die sozialpsychiatrische Versorgung für Kinder und Jugendliche gewährleisten. Im Unterschied zur Erwachsenen- und Alterspsychiatrie werden tagesklinische Behandlungen nur zentral angeboten (Weinfelden, Wattwil und St.Gallen). Die Kantone beider Appenzell werden von

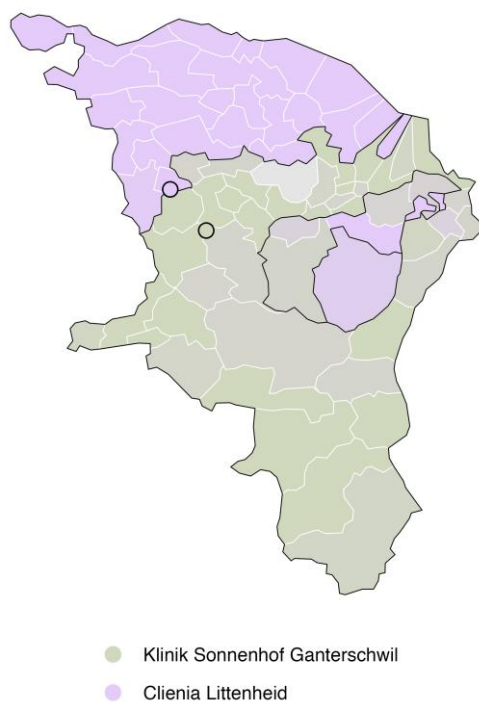
⁹ Die zugrunde liegenden Leistungsdaten sind im elektronischen Tabellenanhang detailliert aufgelistet.

Regionalstellen der Kinder- und Jugendpsychiatrie St.Gallen (KJPSG) versorgt. Für gewisse Spezialangebote bestehen überregionale Angebote mit entsprechenden Patientenströmen.

Stationäre Akut- und Vollversorgung

In der stationären Akut- und Vollversorgung von Kindern und Jugendlichen gibt es mit zwei Standorten (ohne die Psychiatrische Klinik Münsterlingen der PDT, die Kinder und Jugendliche erst ab 16 Jahren behandelt) zwangsläufig stärkere interkantonale Patientenströme (Abbildung 3¹⁰). Für die Versorgung der Kantone St.Gallen und Appenzell Ausserrhoden ist allen voran die Klinik Sonnenhof verantwortlich. Die Kantone Appenzell Innerrhoden und Thurgau werden erstrangig von der Clenia Littenheid versorgt. Bezüglich Farbgebung der Abbildung wird auf Kapitel 3.1.1 verwiesen.

Abbildung 3: Patientenströme nach MedStat-Region, Kinder- und Jugendpsychiatrie, stationäre Akut- und Vollversorgung, Planungsregion, 2024¹¹



Quelle: Eigene Darstellung

¹⁰ Die zugrunde liegenden Leistungsdaten sind im elektronischen Tabellenanhang detailliert aufgelistet.

¹¹ Aus der MedStat-Region Waldkirch (SG10) ist kein Fall vorhanden, weshalb die Region ungefärbt (hellgrau) ist.

3.2 Erreichbarkeit und Einzugsgebiete

Gemäss Art. 58b Abs. 4 Bst. b KVV haben die Kantone den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist zu gewährleisten. Die zeitliche Erreichbarkeit der psychiatrischen Angebote ist eine essenzielle Dimension des Planungskriteriums der Zugänglichkeit (siehe Kapitel 7). In erster Linie ist die Erreichbarkeit der stationären Akut- und Vollversorgungskliniken sowie der intermediären Angebote sicherzustellen (in Anlehnung an Empfehlung 6 der [GDK](#) zur Spitalplanung [GDK 2025b]). In der stationären Spezialversorgung sind die Spitalaufenthalte planbar und längere Reisezeiten somit vertretbar. Die niedergelassene Versorgung wird aufgrund der eng begrenzten Steuerungsmöglichkeiten der Kantone nicht berücksichtigt. Gestützt auf die Erreichbarkeit können potenzielle Einzugsgebiete der Versorgungsangebote gebildet werden. Eine Analyse des gegenwärtigen Stands der Erreichbarkeit und der Einzugsgebiete kann Aufschluss über das Potenzial für strukturelle Verbesserungen geben.

Den Ausgangspunkt der Erreichbarkeitsanalyse bilden die mittleren Reisezeiten von den Wohnorten zu den Standorten mit dem motorisierten Individualverkehr¹². Es gibt keine allgemeingültigen Bedingungen, unter denen die Erreichbarkeit als erfüllt gilt. Folgende Zielwerte werden angewendet:

Tabelle 4: Zielwerte für die Erreichbarkeit nach Bereich und Altersgruppe, Reisezeit Individualverkehr von Wohnort

	Erwachsenen- und Alterspsychiatrie	Kinder- und Jugendpsychiatrie
Stationäre Akut- und Vollversorgung	90 Prozent der Bevölkerung innerhalb 40 Minuten	90 Prozent der Bevölkerung innerhalb 60 Minuten
Intermediäre Versorgung	90 Prozent der Bevölkerung innerhalb 25 Minuten	90 Prozent der Bevölkerung innerhalb 25 Minuten

Die grossräumigere Organisation der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie ist der geringeren Leistungsmenge geschuldet. Zudem werden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wann immer möglich wohnortnahe ambulante Therapien angestrebt. Die Erreichbarkeit wird auf der Ebene der 73 MedStat-Regionen analysiert.

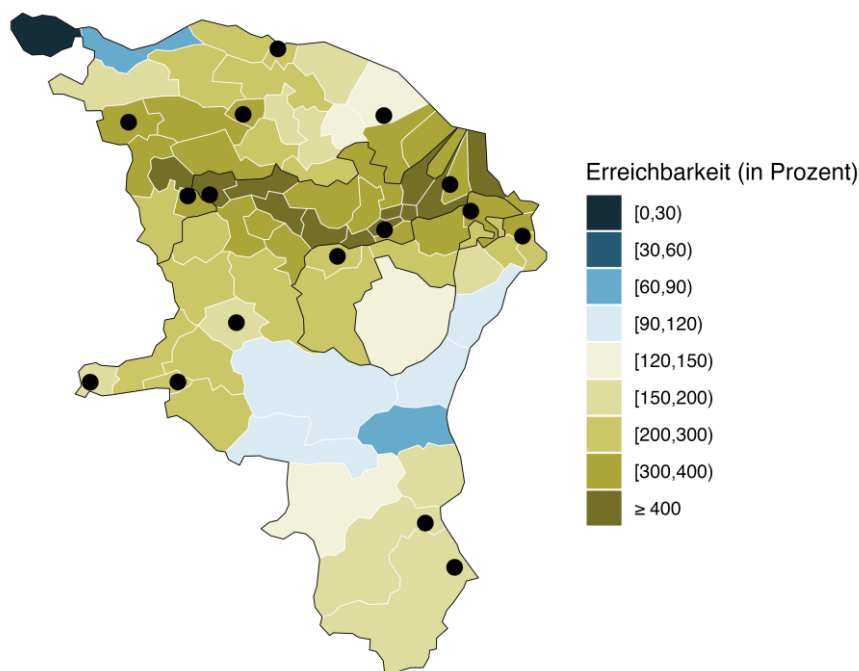
3.2.1 Erwachsenenpsychiatrie

Intermediäre Versorgung

Abbildung 4 zeigt für jede MedStat-Region den Anteil der Bevölkerung, der ein intermediäres Angebot innerhalb 25 Minuten erreicht. Die Anteile werden über alle Angebote hinweg summiert. Folglich können Werte von über 100 Prozent resultieren. In 70 (von gesamthaft 73) MedStat-Regionen ist der Zielwert (90 Prozent der Bevölkerung innerhalb 25 Minuten) erfüllt. In den MedStat-Regionen Werdenberg (SG22), Diessenhofen (TG13) und Seerücken (TG14) ist für mehr als 10 Prozent der Bevölkerung (31, 98 bzw. 23 Prozent) kein intermediäres Angebot innerhalb 25 Minuten erreichbar.

¹² Die Erreichbarkeitsanalysen wurden vom kantonalen Raubeobachter des Kantons St.Gallen in Zusammenarbeit mit dem Amt für Daten und Statistik des Kantons St.Gallen (DSSG) erstellt unter Verwendung von «[B](#)». Das für die Erreichbarkeit verwendete Tool heisst [r5r](#). Als Strassennetz wurde OpenStreetMap verwendet. Die Bevölkerungsdaten stammen vom BFS-STATPOP. Erstellung Erreichbarkeitspolygone (Isochronen): BUD-AREG, Verschnitt mit Bevölkerungsdaten: VD-DSSG.

Abbildung 4: Erreichbarkeit nach MedStat-Region, Erwachsenen- und Alterspsychiatrie, intermediäre Versorgung, Planungsregion, 2026



Quelle: Eigene Darstellung

Umgekehrt überschneiden sich in der Erwachsenenpsychiatrie die potenziellen Einzugsgebiete der intermediären Angebote wie folgt:

- In zehn MedStat-Regionen¹³ können 100 Prozent der Bevölkerung sowohl den Standort St.Gallen der PSG (Ambulatorium und Tagesklinik) als auch den Standort Herisau des PZA (Ambulatorium und Tagesklinik) innerhalb 25 Minuten erreichen. Obendrein bestehen Überschneidungen mit dem Standort Rorschach der PSG (Ambulatorium und Tagesklinik) und dem Standort Heiden des PZA (Ambulatorium).
- Der Standort Wil der PSG (Ambulatorium und Tagesklinik) und der Standort Sirnach der Clenia (Ambulatorium) decken neun MedStat-Regionen¹⁴ vollständig ab. 100 Prozent der dortigen Bevölkerung können Wil und Sirnach innerhalb 25 Minuten erreichen.

¹³ St.Gallen-Stadt (SG01), St.Gallen-Neudorf (SG02), St.Gallen-Heiligkreuz Rotmonten (SG03), St.Gallen-St.Georgen (SG04), St.Gallen-Bruggen Winkeln (SG05), Gaiserwald (SG06), Gossau (SG09), Waldkirch (SG10), Niederuzwil-Oberbürgen (SG37) und Herisau (AR04). Diese 10 MedStat-Regionen umfassen eine erwachsene Wohnbevölkerung von knapp 115'000 Menschen.

¹⁴ Gossau (SG09), Niederuzwil-Oberbürgen (SG37), Wil (SG40), Kirchberg (SG42), Thurgauer Oberland (TG01), Sirnach (TG02), Wiler Thurgau (TG03), Münchwilen-Wängi (TG04) und Aadorf-Matzingen (TG05). Diese neun MedStat-Regionen umfassen eine erwachsene Wohnbevölkerung von knapp 98'000 Menschen.

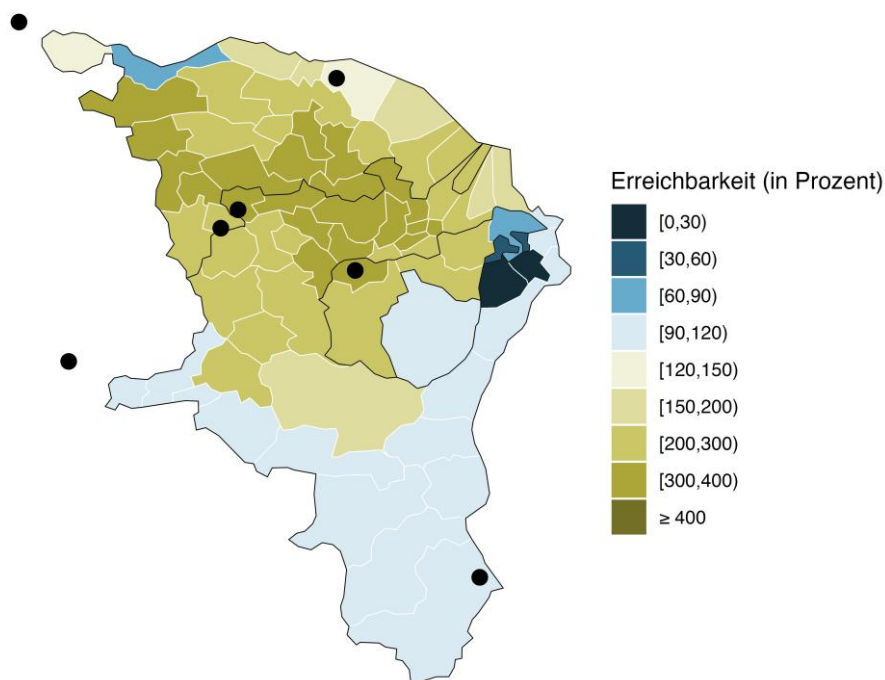
Stationäre Akut- und Vollversorgung

Die Erreichbarkeitswerte im stationären Bereich werden in Abbildung 5 dargestellt. In 68 (von 73) MedStat-Regionen liegt der Wert gegenwärtig bei 90 Prozent oder mehr der Bevölkerung, die eine stationäre Akut- und Vollversorgungsklinik innerhalb 40 Minuten erreichen können. Jedoch hängt die Zielerreichung in fünf MedStat-Regionen von ausserregionalen Leistungserbringern ab: in Eschenbach (SG28), Uznach (SG29), Rapperswil-Jona (SG30) und Gaster (SG31) von der Clenia Schlössli in Oetwil am See im Kanton Zürich¹⁵ und in Diessenhofen (TG13) vom Psychiatriezentrum Breitenau in Schaffhausen. Ohne ausserregionale Leistungserbringer betrügen die Werte 0 Prozent in Eschenbach, 3 Prozent in Uznach, 0 Prozent in Rapperswil-Jona, 4 Prozent in Gaster und 24 Prozent in Diessenhofen. Auf Ebene des Wahlkreises See-Gaster bzw. des Bezirks Münchwilen sind 19 bzw. 221 Prozent der Einwohnerinnen und Einwohner durch Leistungserbringer innerhalb der Planungsregion innerhalb von 40 Minuten erreichbar. In den vier MedStat-Regionen Rebstein (SG17), Altstätten (SG19), Appenzeller Vorderland (AR05) und Äusseres Landesteil (AI01) ist für einen grossen Teil der Bevölkerung (98, 85, 21 bzw. 42 Prozent) weder eine inner- noch eine ausserregionale Akut- und Vollversorgungsklinik innerhalb 40 Minuten erreichbar. Unter Berücksichtigung der Krisenintervention St.Gallen der PSG ist hingegen die Erreichbarkeit in erwähnten Regionen erfüllt. Die fünfte MedStat-Region mit einem zu tiefen Erreichbarkeitswert ist Seerücken (TG14). Mit 80 Prozent liegt der Wert nur wenig unter den angestrebten 90 Prozent. Ferner kann festgehalten werden, dass innerhalb 50 Minuten alle 73 MedStat-Regionen eine (inner- oder ausserregionale) Akut- und Vollversorgungsklinik erreichen können.

Erreichbarkeitswerte von über 200 Prozent weisen auf Überschneidungen der Einzugsgebiete in der stationären Erwachsenenpsychiatrie hin. Die Einzugsgebiete der Klinik Wil der PSG, des PZA in Herisau, der Clenia Littenheid und auch der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen der PDT überschneiden einander deutlich. Namentlich Wil und Littenheid liegen sehr nahe beieinander. Unter Ausschluss der ausserregionalen Kliniken weisen 43 MedStat-Regionen einen grösseren Wert als 200 Prozent auf. Diese 43 MedStat-Regionen umfassen knapp 430'000 erwachsene Einwohnerinnen und Einwohner.

¹⁵ Ein Grossteil der Bevölkerung in Eschenbach (82 Prozent), Uznach (92 Prozent), Rapperswil-Jona (91 Prozent) und Gaster (73 Prozent) kann auch das Sanatorium Kilchberg im Kanton Zürich innerhalb 40 Minuten erreichen.

Abbildung 5: Erreichbarkeit nach MedStat-Region, Erwachsenen- und Alterspsychiatrie, stationäre Akut- und Vollversorgung, Planungsregion, 2026



Quelle: Eigene Darstellung

3.2.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie

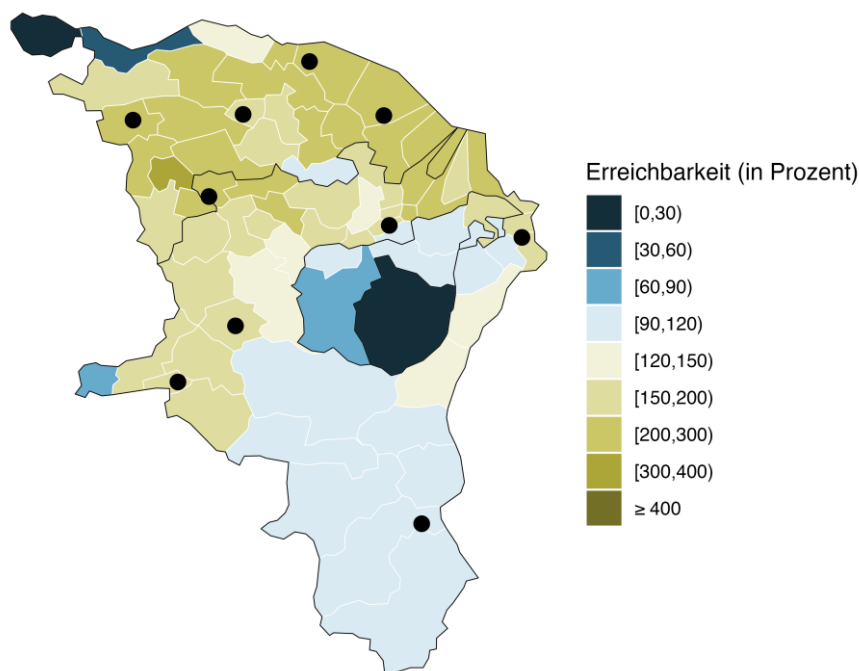
Intermediäre Versorgung

Abbildung 6 stellt die Erreichbarkeit der intermediären Angebote für die minderjährige Bevölkerung in der Planungsregion dar. In 69 (von 73) MedStat-Regionen können 90 Prozent oder mehr der Bevölkerung ein intermediäres Angebot innerhalb 25 Minuten erreichen¹⁶. In den drei MedStat-Regionen Inneres Landesteil (AI02), Diessenhofen (TG13) und Seerücken (TG14) liegt der Anteil der Bevölkerung deutlich unter dem Zielwert (14,0 bzw. 44 Prozent)¹⁷. In der verbleibenden MedStat-Region Appenzeller Hinterland (AR03) wird der Zielwert mit 82 Prozent dagegen nur knapp verfehlt. In der intermediären Versorgung der Kinder- und Jugendpsychiatrie bestehen kaum Überschneidungen der Einzugsgebiete innerhalb des Zielwertes von 25 Minuten.

¹⁶ Mit Einschluss der MedStat-Region Rapperswil-Jona (SG30), die einen Anteil der Bevölkerung von 90 Prozent aufweist und entsprechend in einem dunkleren Blau gefärbt ist.

¹⁷ Die Erreichbarkeitswerte in Prozenten für 30, 35 und 40 Minuten lauten für die drei Regionen wie folgt: Innerer Landesteil (71, 98 und 100); Diessenhofen (18, 98 und 100); Seerücken (167, 194, 200).

Abbildung 6: Erreichbarkeit nach MedStat-Region, Kinder- und Jugendpsychiatrie, intermediäre Versorgung, Planungsregion, 2026



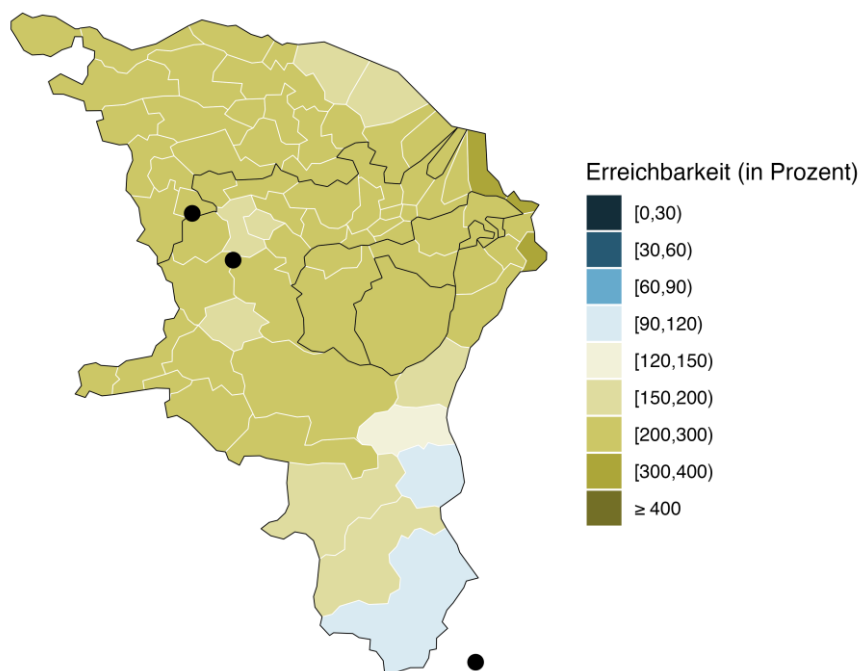
Quelle: Eigene Darstellung

Stationäre Akut- und Vollversorgung

Die gesamte minderjährige Bevölkerung in der Planungsregion kann eine kinder- und jugendpsychiatrische Akut- und Vollversorgungsklinik innerhalb 60 Minuten erreichen (Abbildung 7). Allerdings sind die vier MedStat-Regionen Werdenberg (SG22), Wartau (SG23), Bad Ragaz-Taminatal (SG24) und Sargans-Weisstannental (SG25) dabei auf einen ausserregionalen Leistungserbringer (Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Psychiatrischen Dienste Graubünden in Chur) angewiesen. Ohne lägen die Erreichbarkeitswerte bei 28 Prozent in Werdenberg, bei 0 Prozent in Wartau, bei 14 Prozent in Bad Ragaz-Taminatal und bei 67 Prozent in Sargans-Weisstannental. Auf Ebene des Wahlkreises Sarganserland beträgt der Erreichbarkeitswert innerhalb 60 Minuten 59 Prozent. Er steigt auf 99 Prozent innerhalb von 80 Minuten.

Während der Süden der Planungsregion von ausserregionalen Leistungserbringern abhängt, werden 53 MedStat-Regionen sowohl von der Klinik Sonnenhof in Gantereschwil als auch von der Clenia Littenheid zu 100 Prozent abgedeckt. Eine Optimierung der innerregionalen Standorte könnte die Erreichbarkeit wesentlich verbessern.

Abbildung 7: Erreichbarkeit nach MedStat-Region, Kinder- und Jugendpsychiatrie, stationäre Akut- und Vollversorgung, Planungsregion, 2026



Quelle: Eigene Darstellung

3.3 Versorgungsräume

Die (vergangenheitsbezogenen) Patientenströme stehen in einem gewissen Widerspruch zu den Einzugsgebieten der psychiatrischen Angebote in der Planungsregion. Solche Unterschiede können bestehen, weil Erstere auch noch von anderen Faktoren als der Erreichbarkeit bestimmt werden. Insbesondere die kantonalen Spitallisten bzw. die tarifliche Zugänglichkeit¹⁸, die Integration der Behandlungspfade¹⁹ und die Präferenzen der niedergelassenen Leistungserbringer hinsichtlich der Zuweisung haben einen Einfluss.

Gestützt auf die Analysen und Ausführungen in den Kapiteln 3.1 und 3.2 werden die MedStat-Regionen der Planungsregion für die kommende Planungsperiode je nach Altersgruppe und Angebot 13 bzw. 10 Versorgungsräume für die intermediären Angebote der Erwachsenen- bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie drei bzw. zwei Versorgungsräume für die stationären AVV-Angebote in der Erwachsenen- bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie 10 gemäss nachfolgenden unterteilt (die entsprechenden Tabellen mit den Zuordnungen sind in Tabelle 53 bis Tabelle 57 im Tabellenhang zu finden):

¹⁸ Wenn sich ein Psychiatriespital A in einem Planungskanton nicht auf der Spitalliste eines anderen Planungskantons B befindet und der Basispreis des Psychiatriespitals A über dem Referenztarif des Kantons B liegt, haben die Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons B (ohne Zusatzversicherung) bei (stationären) Wahlbehandlungen im Psychiatriespital A für einen Teil der Kosten selbst aufzukommen, was die Patientenströme aus dem Kanton B in das Psychiatriespital A dämpft. Im intermediären Bereich ist eine Leistungsvereinbarung zwischen dem Psychiatriespital A und dem Kanton B in der Regel eine Voraussetzung für die Inanspruchnahme.

¹⁹ Es kann sinnvoll sein, dass intermediäre Patientinnen und Patienten eines Psychiatriespitals A auch stationär vom Psychiatriespital A behandelt werden.

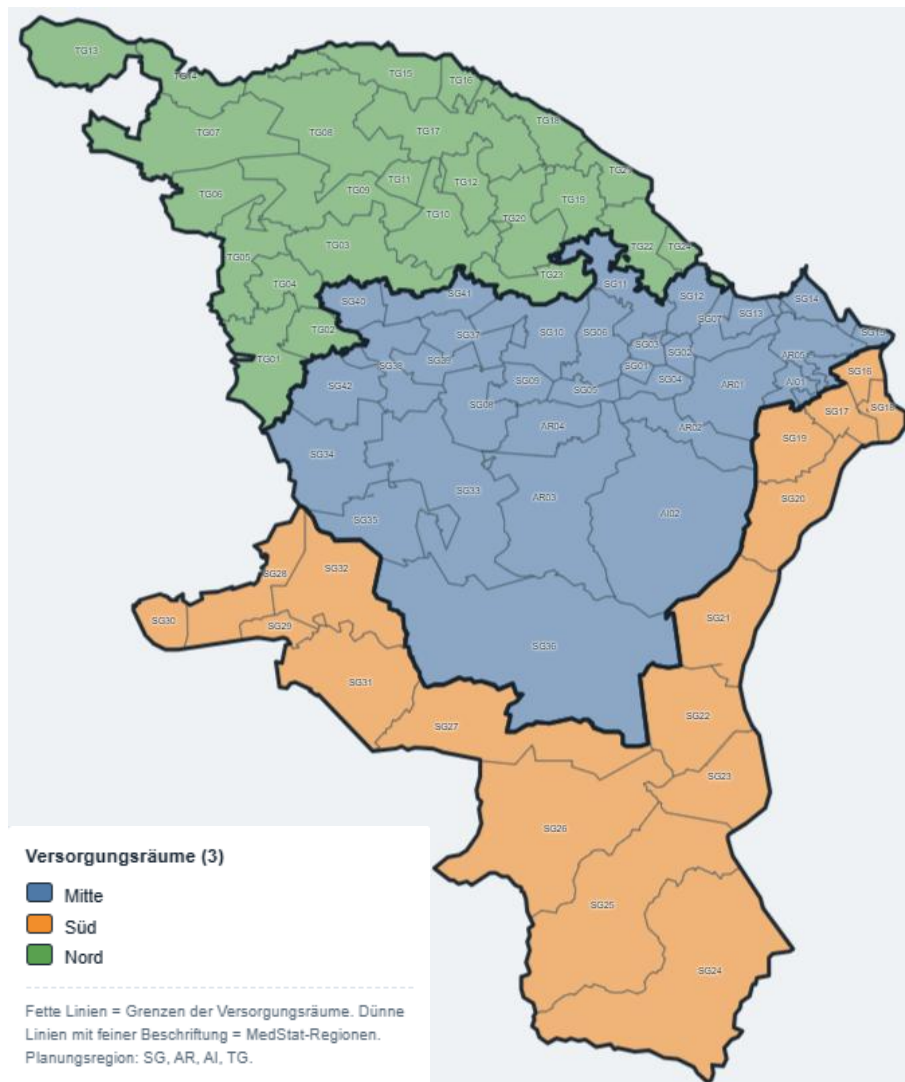
Die Versorgungsräume im intermediären Bereich werden auch im niedergelassenen Bereich angewendet. Grundsätzlich soll es einen intermediären Versorger beziehungsweise einen stationären Akut- und Vollversorger je Versorgungsraum geben. Schliesslich ist zu beachten, dass bei veränderten Gegebenheiten oder neuen Erkenntnissen eine Anpassung der Versorgungsräume angezeigt sein kann. So wird erwartet, dass die Patientenströme infolge der Zusammenarbeit der Planungskantone in der Spitalplanung mit der Zeit weniger stark entlang der Kantonsgrenzen verlaufen werden.

Abbildung 8: Versorgungsräume auf Basis MedStat-Regionen, Erwachsenenpsychiatrie intermediär, SGARAITG



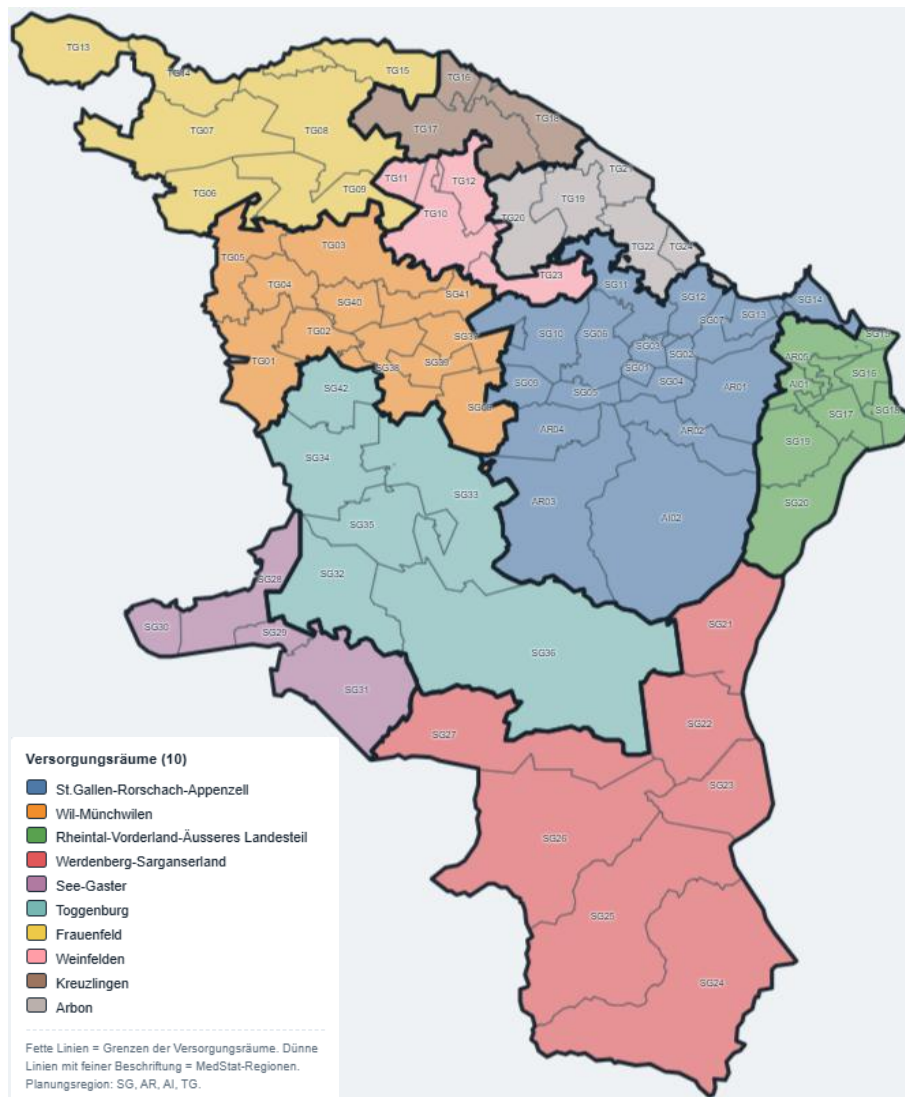
Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 9: Versorgungsräume auf Basis MedStat-Regionen, Erwachsenenpsychiatrie stationär, SGARAITG



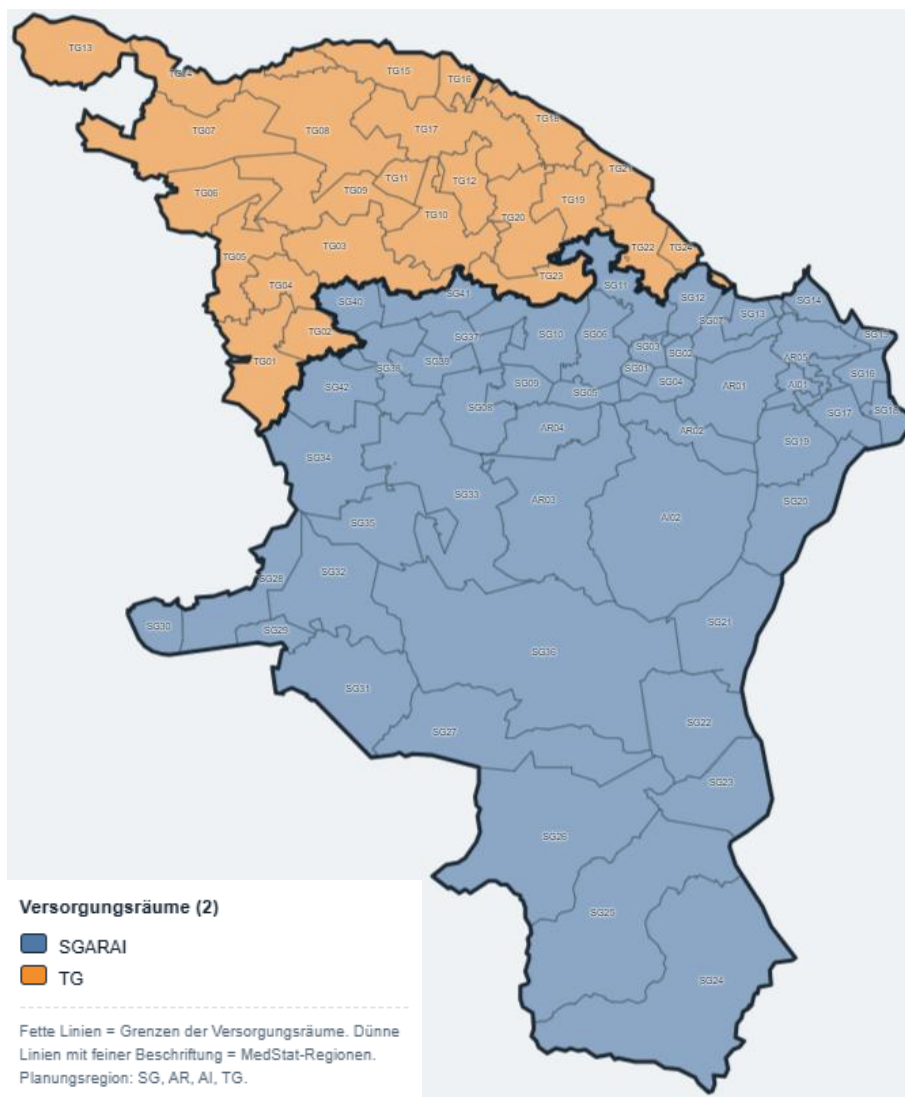
Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 10: Versorgungsräume auf Basis MedStat-Regionen, Kinder- und Jugendpsychiatrie intermediär, SGARAITG



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 11: Versorgungsräume auf Basis MedStat-Regionen, Kinder- und Jugendpsychiatrie stationär, SGARAITG



Quelle: Eigene Darstellung

Die Kantone St.Gallen, Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden und Thurgau bilden zusammen eine Planungsregion mit über 910'000 Einwohnerinnen und Einwohnern verteilt auf eine Fläche von 3'400 km². In diesem Kapitel werden die massgeblichen Angebote für in der Planungsregion wohnhaften Menschen mit psychischen Erkrankungen beschrieben. Entgegen der in bisherigen Planungsdokumenten verwendeten Darstellung folgt der Verlauf des Kapitels der Logik der Niederschwelligkeit und Angebotsnähe. Kapitel 4.1 beinhaltet deshalb die Angebote von niedergelassenen Berufsgruppen und die entsprechende Inanspruchnahme. Die erbrachten intermediären Leistungen in der Planungsregion werden im Kapitel 4.2 beschrieben. Sodann werden im Kapitel 4.3 die bestehenden stationären Angebotsstrukturen innerhalb der Planungsregion und im Kapitel 4.4 die von der Bevölkerung der Planungsregion beanspruchten stationären Leistungen dargestellt. Dabei wird primär immer die ganze Planungsregion als Analyse-Ebene verwendet und nach den Altersbereichen «Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)» sowie «Erwachsenen- und Alterspsychiatrie (EP-AP)» unterschieden. Ergänzt wird die Analyse mit Betrachtungen auf Ebene der vier Kantone. Weitergehende Auswertungen und Darstellungen sind in einem separaten elektronischen Tabellenverzeichnis enthalten, der Bestandteil des elektronischen Anhangs des Versorgungsberichts ist.

4.1 Niedergelassenes Angebot und Inanspruchnahme

Menschen mit psychischen Erkrankungen werden in erster Linie von niedergelassenen Berufsgruppen in Einzel- und Gruppenpraxen behandelt. Dazu gehören:

- Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie;
- Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie;
- Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten;
- Psychiatrische Pflegefachfrauen und -fachmänner.

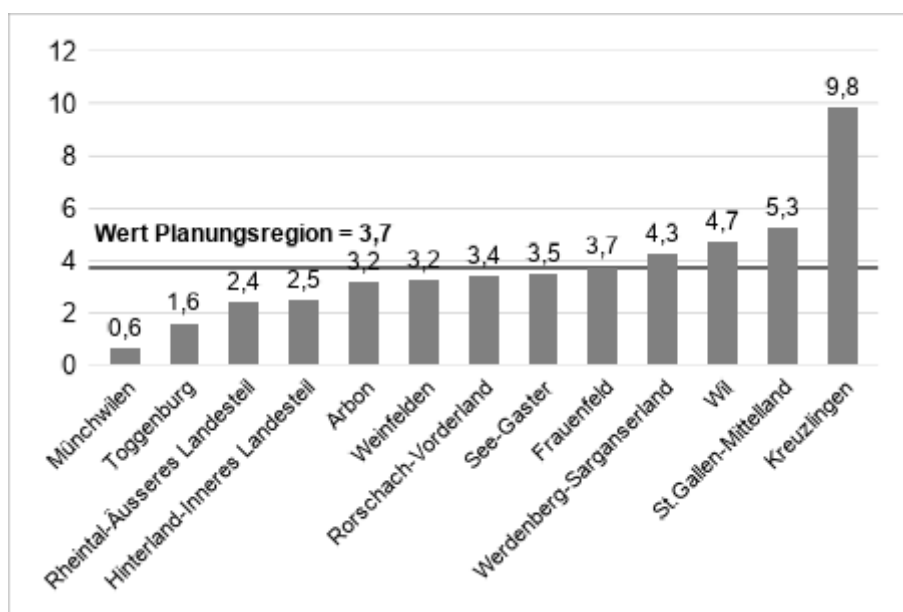
Niedergelassene Grundversorgerinnen und -versorger (Hausärztinnen und -ärzte und Kinderärztinnen und -ärzte) sowie die psychiatrischen Leistungen der Spitexorganisationen werden im Vorliegenden nicht dargestellt, obwohl auch sie einen essenziellen Beitrag zur psychischen Gesundheit leisten. Ihnen kommt insbesondere in der Früherkennung psychischer Erkrankungen und in der Behandlung und Pflege im höheren Alter eine Schlüsselrolle zu.

Die nachfolgenden Analysen stützen sich primär auf die Daten des Zahlstellenregisters (ZSR) und des Datenpools der SASIS (siehe Anhang 1: Verwendete Datenquellen für eine Beschreibung der Daten). Ergänzend werden die Daten des Tarifpools der SASIS, die Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS) des BFS, das Medizinal-, Psychologie- und Gesundheitsberuferegister des BAG sowie die Ärztestatistik des Berufsverbandes der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) herangezogen. Eine Unterteilung in Altersgruppen ist nur eingeschränkt möglich.

4.1.1 Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie

Im Jahr 2025 verfügten insgesamt 275 Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie über eine aktive ZSR-Nummer in einem der vier Planungskantone ([santéservices](#) 2026).²⁰ In Abbildung 12 ist ersichtlich, dass die Verteilung auf die Versorgungsräume in Bezug zur volljährigen Bevölkerung ungleich ist. Während der Versorgungsraum Kreuzlingen 10 Psychiaterinnen und Psychiater je 10'000 Einwohnerinnen und Einwohner aufweist (absolut 34), liegt die Anzahl in Münchwilen bei 0.6 (3). Insgesamt ist die Anzahl seit dem Jahr 2021 leicht um 5 Prozent (von 261 auf 275) gestiegen. Bevölkerungsbezogen ist sie ungefähr konstant bei 3.7 je 10'000 Einwohnerinnen und Einwohner geblieben. Damit liegt die Planungsregion als Ganzes laut einer Publikation von Avenir Suisse im oberen Mittelfeld der Schweiz ([Avenir Suisse](#) 2025).

Abbildung 12: Niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie je 10'000 Einwohnerinnen und Einwohner nach Versorgungsraum, Planungsregion, 2025



Quelle: ZSR santéservices 2026; aufbereitet von SGARAITG.

Neben der Anzahl sind das durchschnittliche Arbeitspensum der Psychiaterinnen und Psychiater und die effektiv geleisteten Konsultationen massgeblich. In der Planungsregion wurden im Jahr 2025 1'042 Konsultationen je Psychiaterin oder Psychiater geleistet (tarifpool 2025). Gemäss einem Bericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums beinhaltet ein Vollzeitpensum in der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie 1'507 Konsultationen ([OBSAN](#) 2007). Folglich beträgt das durchschnittliche Arbeitspensum in der Planungsregion 69 Prozent, was sich beinahe mit den Werten aus der MAS deckt (73 Prozent im jüngsten verfügbaren Datenjahr

²⁰ Aktiv heisst, dass im Jahr 2025 über die ZSR-Nummer effektiv Leistungen abgerechnet wurden. Anhand der verfügbaren Daten lässt sich nicht sagen, wie viele Fachpersonen (hier Psychiaterinnen und Psychiater) eine Gruppenpraxis umfasst. Deswegen werden reine Gruppenpraxen mit Einzelpraxen gleichgestellt, sodass die tatsächliche Anzahl der Fachpersonen etwas unterschätzt werden dürfte. Der Anteil der Gruppenpraxen liegt in allen Berufsgruppen und Jahren bei weniger als 10 Prozent. Gemischte Gruppenpraxen werden der Einfachheit halber gänzlich vernachlässigt.

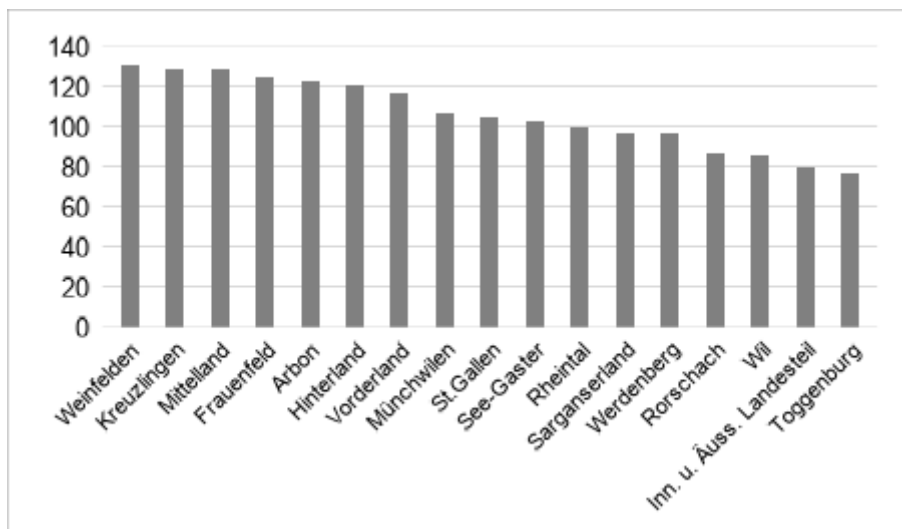
2024). Aus der gleichen Statistik geht hervor, dass das durchschnittliche Arbeitspensum seit dem Jahr 2018 praktisch konstant geblieben ist (2018: 71 Prozent; 2024: 73 Prozent)²¹. Zwischen den Kantonen der Planungsregion bestehen keine signifikanten Unterschiede im durchschnittlichen Arbeitspensum. Der zitierte Obsan-Bericht beinhaltet auch eine Schätzung der Anzahl Patientinnen und Patienten je Psychiaterin oder Psychiater für ein Vollzeitpensum (140 je Jahr). Demnach können die niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater in der Planungsregion gegenwärtig gut 26'000 Erwachsene mit psychischen Erkrankungen im Rahmen von 287'000 Konsultationen behandeln.

Um das Angebot dem Versorgungsbedarf gegenüberzustellen, können die Versorgungsgrade herangezogen werden, die das OBSAN für die Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich berechnet²². Ein Versorgungsgrad von 100 Prozent oder mehr ist ein Indiz für eine ausreichende oder überhöhte ambulante Versorgung in einem bestimmten Fachgebiet und einer Region. Die Abbildung auf nachfolgender Seite zeigt den Versorgungsgrad nach Regionen der Planungsregion im jüngsten verfügbaren Datenjahr 2022 (Tabelle 52 im Anhang beinhaltet auch die Herleitungen nach Kanton und Region). Das kleine Angebot im Bezirk (Versorgungsraum) Münchwilen scheint nicht mit einer Unterversorgung verbunden zu sein, denn der Versorgungsgrad beträgt 107 Prozent. Dagegen liegt der Versorgungsgrad im Bezirk Toggenburg, der ebenfalls über ein kleines Angebot verfügt (1.6 Psychiaterinnen und Psychiater je 10'000 Einwohnerinnen und Einwohner), bei 77 Prozent. Auch in den Bezirken Inneres Landesteil und Äusseres Landesteil (80 Prozent), Wil (86 Prozent) und Rorschach (87 Prozent) ergeben sich tiefe Versorgungsgrade. Die anderen Bezirke scheinen gut ambulant versorgt. Allerdings ist zu beachten, dass die Versorgungsgrade nicht nur den niedergelassenen, sondern auch den spitalambulantem Bereich inkludieren, der in der Planungsregion im gesamtschweizerischen Vergleich relativ gross ist dank der starken Förderung/Finanzierung durch die Kantone. Des Weiteren wird die Annahme getroffen, dass das Angebot auf der nationalen Ebene dem Bedarf entspricht, was insbesondere in der Psychiatrie und Psychotherapie fraglich ist.

²¹ Die Daten der SASIS lassen keine Rückschlüsse auf die zeitliche Entwicklung zu, weil die Konsultationen der Psychiaterinnen und Psychiater auch die delegierten Konsultationen der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten enthalten, die es seit dem Jahr 2023 rechtlich nicht mehr gibt.

²² Siehe [Bundesamt für Gesundheit](#). Die dort veröffentlichten Versorgungsgrade sind standortbezogen. Hingegen werden im Vorliegenden wohnortbezogene Versorgungsgrade ermittelt, wobei die Unterschiede gering sind. Die Versorgungsgrade basieren auf den tatsächlichen Leistungsmengen in Form der zulasten der OKP fakturierten Beträge, die durch die bedarfsadjustierten Leistungsmengen dividiert werden. Die bedarfsadjustierten Leistungsmengen werden mit einem Regressionsmodell geschätzt, das verschiedene erklärende Variablen (zum Beispiel das Geschlecht und die Morbidität) berücksichtigt, um regionale Unterschiede in den Bedarfen abzubilden.

Abbildung 13: Versorgungsgrad Psychiatrie und Psychotherapie nach Region, SGARAITG, 2022



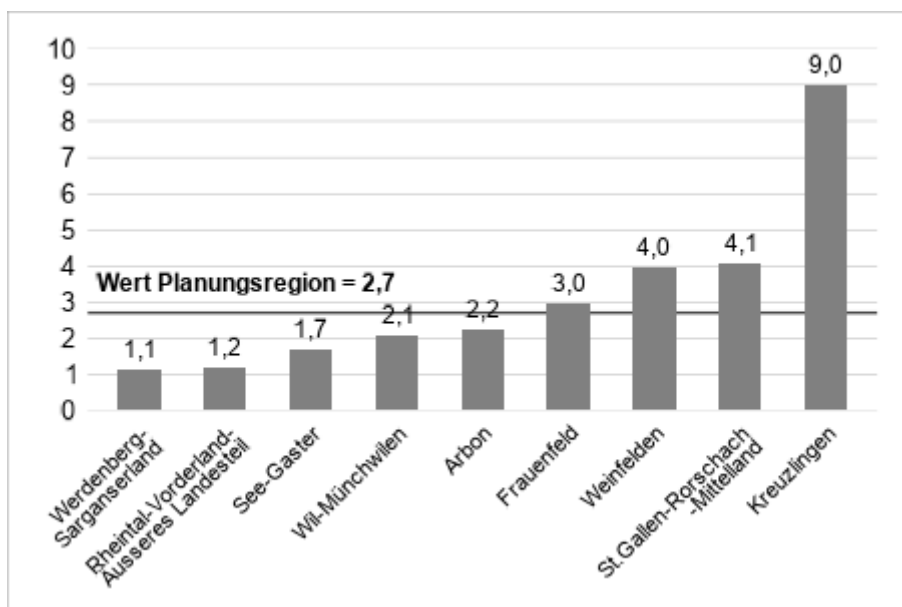
Quelle: Obsan/BSS 2024; Versorgungsgrade eigene Berechnung.

Zwischen 2021 und 2025 erhöhte sich das durchschnittliche Alter der niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie von 58 auf 60 Jahre. Ein Viertel wird in fünf Jahren 70 Jahre alt oder älter sein.

4.1.2 Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Im Jahr 2025 verfügten insgesamt 46 Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie über eine aktive ZSR-Nummer in einem der vier Planungskantone ([santéservices](#) 2026). Die Versorgungsräume unterscheiden sich bevölkerungsbezogen deutlich (Abbildung 14). Wieder schwingt der Versorgungsraum Kreuzlingen mit neun Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern je 10'000 Einwohnerinnen und Einwohner obenaus. Die Versorgungsräume Werdenberg-Sarganserland und Rheintal-Vorderland-Äusseres Landesteil haben die tiefsten Dichten an Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern (1,1 beziehungsweise 1,2 je 10'000 Einwohnerinnen und Einwohner). Gesamthaft hat sich die Anzahl seit dem Jahr 2021 um 21 Prozent (von 38 auf 46) erhöht. Die Anzahl Kinder und Jugendliche ist in der Planungsregion während der gleichen Zeitperiode um 4 Prozent gewachsen, sodass die Dichte leicht zugenommen hat (von 2,4 auf 2,7 je 10'000 Einwohnerinnen und Einwohner). 93 Prozent der neu zugelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern absolvierten ihre Ausbildung und 71 Prozent auch ihre Weiterbildung im Ausland (Deutschland oder Österreich).

Abbildung 14: Niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater je 10'000 Einwohnerinnen und Einwohner nach Versorgungsraum, Planungsregion, 2025



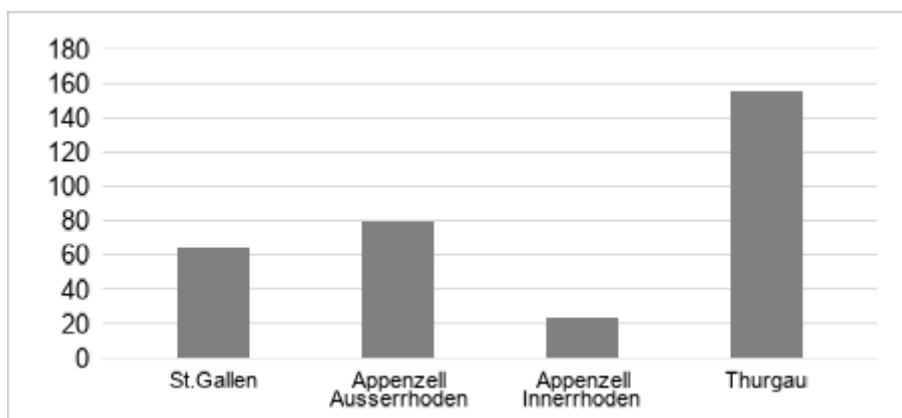
Quelle: santéservices 2026; aufbereitet von SGARAITG.

Für die Berechnung des durchschnittlichen Arbeitspensums wird wieder die Anzahl Konsultationen je Leistungserbringer verwendet (siehe Kapitel 4.1.1), die sich in der Planungsregion im Jahr 2025 auf 497 beläuft. Das OBSAN hat für ein Vollzeitpensum in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 1'092 Konsultationen ermittelt (OBSAN 2007). Daraus resultiert für die Planungsregion ein durchschnittliches Arbeitspensum von 46 Prozent. Auf Ebene der Planungskantone sind die Werte vergleichbar ähnlich. Die Anzahl Patientinnen und Patienten je Vollzeit Kinder- und -Jugendpsychiaterin oder -psychiater beträgt laut dem OBSAN 104 je Jahr. Folglich können in der Planungsregion gegenwärtig gut 2'000 Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen von den niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern im Rahmen von 23'000 Konsultationen behandelt werden.

Angesichts der Versorgungsgrade der Planungskantone im jüngsten verfügbaren Datenjahr 2022, die in der Abbildung auf nachfolgender Seite gefunden werden können, liegt die Vermutung nahe, dass eine Unterversorgung existiert (siehe Kapitel 4.1.1 für eine Erklärung der Versorgungsgrade).²³ Sogar unter Einbeziehung des spitalambulanten Bereichs liegen die Versorgungsgrade der Kantone Appenzell Innerrhoden (23 Prozent), St.Gallen (64 Prozent) und Appenzell Ausserrhoden (79 Prozent) deutlich unter 100 Prozent. Der Versorgungsgrad des Kantons Thurgau ist über 100 Prozent in erster Linie aufgrund des spitalambulanten Bereichs, der für 54 Prozent der Leistungsmenge aufkommt. Weiterhin ist die Annahme, dass der Bedarf auf der nationalen Ebene insgesamt gedeckt ist, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie noch weniger glaubwürdig.

²³ Im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sind die Versorgungsgrade auf der Ebene der Bezirke/Wahlkreise/Landesteile nicht verfügbar.

Abbildung 15: Versorgungsgrad Psychiatrie und Psychotherapie nach Kanton in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, SGARAITG, 2022



Quelle: Obsan/BSS 2024; Versorgungsgrade eigene Berechnung.

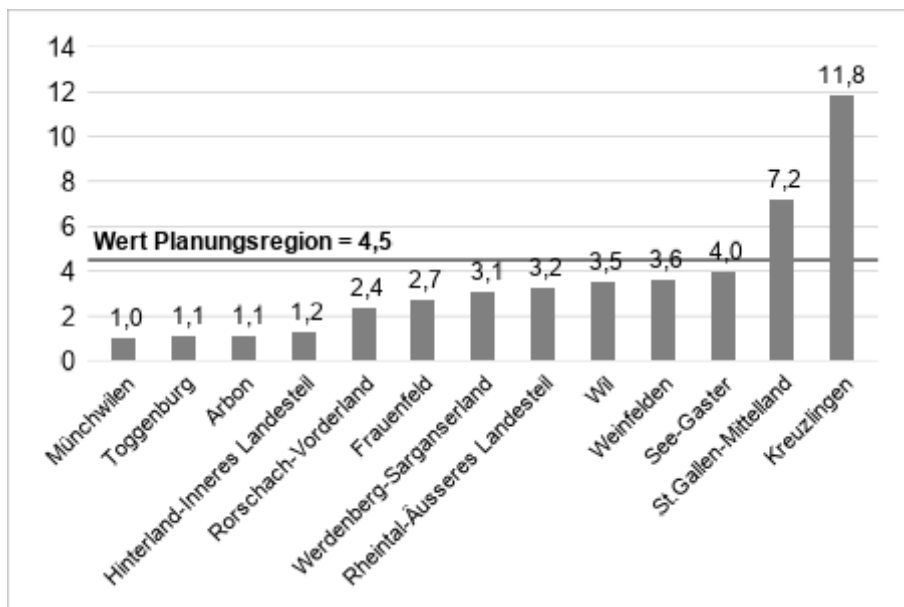
Zwischen 2021 und 2025 senkte sich das Durchschnittsalter der niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie von 61 auf 59 Jahre. Dennoch wird in fünf Jahren auch hier knapp ein Viertel 70 Jahre alt oder älter sein.

4.1.3 Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten

Die psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten können seit dem 1. Juli 2022 selbständig zulasten der OKP abrechnen (Wechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell). In der Planungsregion sind im Jahr 2025 336 Psychologinnen und Psychologen zur ambulanten Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen bzw. haben via eine entsprechende ZSR-Nummer in einem der vier Kantone Leistungen abgerechnet. Eine Differenzierung zwischen Angeboten für Kinder und Jugendliche und Erwachsene ist mit den verfügbaren Daten nicht möglich. In Bezug zur gesamten Bevölkerung der Planungsregion gibt es 3.6 Psychologinnen und Psychologen je 10'000 Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr 2025²⁴. In Abbildung 16 ist ersichtlich, dass auch bei den Psychologinnen und Psychologen bevölkerungsbezogen erhebliche Unterschiede zwischen den Versorgungsräumen existieren. Die Verteilung ist ähnlich wie bei den Psychiaterinnen und Psychiatern. Insgesamt ist die Anzahl der Psychologinnen und Psychologen seit dem Wechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell um 66 Prozent (von 202 auf 336) stark angestiegen.

²⁴ In Bezug zur volljährigen Bevölkerung gibt es 4.5 Psychologinnen und Psychologen je 10'000 Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr 2025. Die Dichte an Fachärztinnen und -ärzten für Psychiatrie und Psychotherapie ist also tiefer (3.7).

Abbildung 16: Niedergelassene psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten je 10'000 Einwohnerinnen und Einwohner nach Versorgungsraum (Erwachsenen- und Alterspsychiatrie), Planungsregion, 2025

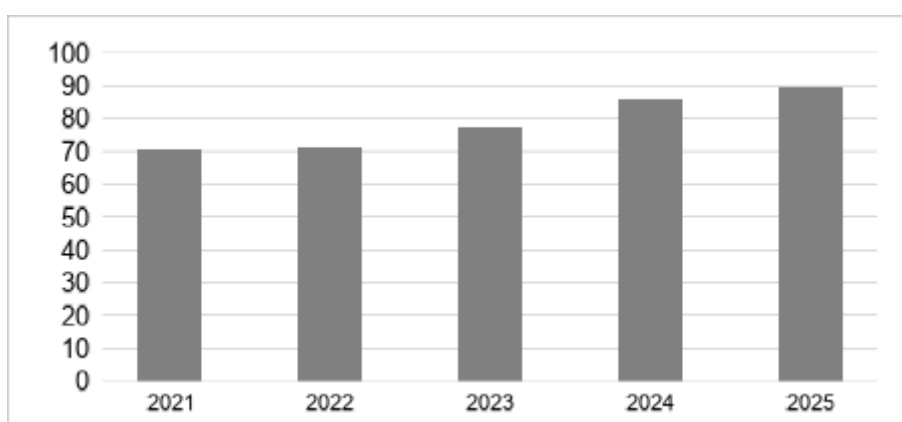


Quelle: santéservices 2026; aufbereitet von SGARAITG.

Insgesamt haben die niedergelassenen psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Jahr 2025 gemäss vorliegenden Abrechnungsdaten im Durchschnitt 426 Konsultationen je Jahr erbracht. Um das durchschnittliche Arbeitspensum zu berechnen, werden die Ergebnisse einer Strukturhebung des Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien (BASS) zur psychologischen Psychotherapie in der Schweiz im Jahr 2012 herangezogen (BASS 2012). Aus der Strukturhebung geht hervor, dass vollzeitbeschäftigte Psychologinnen und Psychologen jährlich im Durchschnitt 97 Patientinnen und Patienten mit 1'222 Konsultationen behandeln. Es ergibt sich ein durchschnittliches Arbeitspensum von 35 Prozent. Zwischen den Planungskantonen bestehen keine nennenswerten Unterschiede. Ein möglicher Grund für das tiefe durchschnittliche Arbeitspensum ist, dass Psychologinnen und Psychologen zum Teil auch Leistungen aus dem Bereich der freiwilligen Zusatzversicherungen erbringen und sich die von der SASIS ausgewiesene Anzahl Konsultationen auf die OKP beschränkt. Somit kann bei den Psychologinnen und Psychologen in der Planungsregion gegenwärtig von einer Behandlungskapazität von gut 11'400 Menschen mit psychischen Erkrankungen im Rahmen von 143'100 Konsultationen ausgegangen werden.

Schliesslich veranschaulicht Abbildung 17, wie sich die Leistungsmenge der fachärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten in der Planungsregion gesamthaft Form des abgerechneten Betrags je Einwohnerin oder Einwohner zu Lasten der OKP zeitlich entwickelt hat. Zwischen 2021 und 2025 stieg er von 70 auf 90 Franken an, was einer Zunahme um 27 Prozent entspricht. Daraus geht hervor, dass auch die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen im niedergelassenen Bereich in den letzten fünf Jahren deutlich zugenommen hat.

Abbildung 17: Abgerechneter Betrag je Einwohnerin oder Einwohner (in Franken), Planungsregion, 2021 bis 2025



Quelle: Datenpool SASIS; aufbereitet von SGARAITG.

4.1.4 Psychiatrische Pflegefachfrauen und -männer

Die Datenlage für aufsuchende psychiatrische Pflege ist sehr schlecht. Grundsätzlich können zwei Angebotstypen unterschieden werden. Einerseits erbringen Mitarbeitende von Spitex-Organisationen Leistungen der Psychiatriepflege. Insbesondere in den Kantonen Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden existiert ein diesbezügliches niederschwelliges Angebot. Andererseits leisten selbständig tätige Pflegefachfrauen und -männer aufsuchende psychiatrische Pflege und Betreuungsleistungen. Auch hier ist die Datenlage dünn. Auf Basis der Daten des ZSR von santéservices und aufgrund eigener Recherchen zum Tätigkeitsschwerpunkt konnten für das Jahr 2025 38 selbständig tätige Psychiatriepflegefachfrauen und -männer identifiziert werden, wovon 11 in mehreren Kantonen der Planungsregion zugelassen waren. Von den insgesamt 51 Zulassungen fielen 30 auf den Kanton St.Gallen, 15 auf den Kanton Thurgau und 5 auf den Kanton Appenzell Ausserrhoden. Es bestehen keine Angaben zu den Arbeitspensen und der Anzahl der betreuten Patientinnen und Patienten.

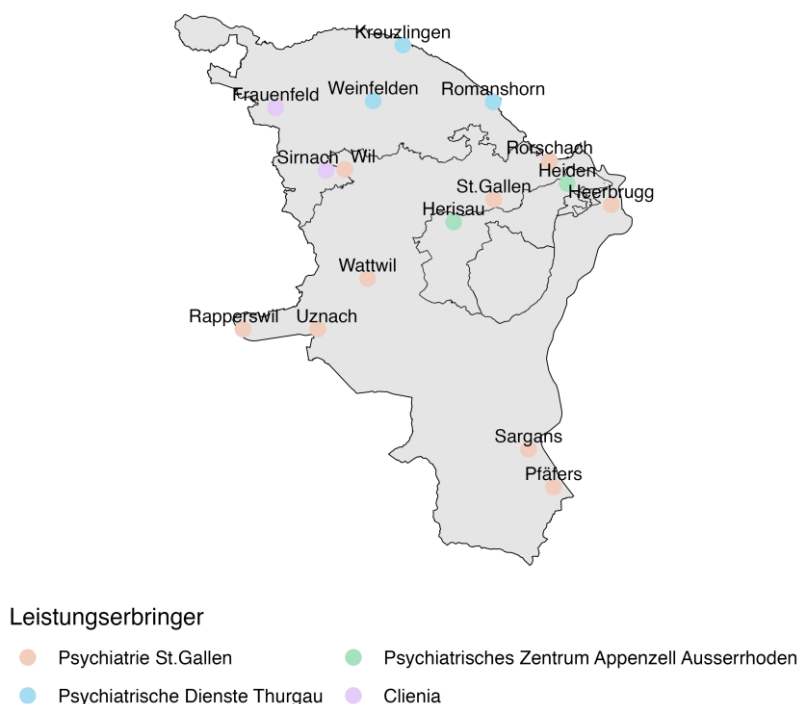
4.2 Intermediäres Angebot und Inanspruchnahme

Im Nachfolgenden werden die Leistungen der sozialpsychiatrischen Tageskliniken, Ambulatorien und aufsuchenden Angebote in der Planungsregion nach Altersgruppe unterschieden beschrieben. Die Beschreibung beschränkt sich auf Angebote, die von den Planungskantonen mitfinanziert werden. Weil intermediäre Leistungen meist in Wohnortsnähe beansprucht werden, lässt sich annehmen, dass es sich zugleich annähernd um die intermediäre Inanspruchnahme der Bevölkerung der Planungsregion handelt.

4.2.1 Erwachsenen- und Alterspsychiatrie

Abbildung 18 führt die Standorte der intermediären erwachsenen- und alterspsychiatrischen Angebote in der Planungsregion auf. Die Planungsregion verfügt über ein dichtes Netz sozialpsychiatrischer Angebote in Form von Ambulatorien und Tageskliniken (insgesamt 16 Anlaufstellen). Die Psychiatrischen Dienste Thurgau (PDT) haben als einziger Leistungserbringer alterspsychiatrische Tageskliniken (in Romanshorn, Frauenfeld und Weinfelden). Zusätzlich bieten die PDT im Kanton Thurgau diverse aufsuchende Leistungen an, während solche Angebote in den anderen drei Kantonen nicht oder nur punktuell existieren. Zur Sicherstellung der intermediären Versorgung bestehen in den Kantonen St.Gallen, Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden Leistungsvereinbarungen mit der Psychiatrie St.Gallen (PSG) und dem Psychiatrischen Zentrum Appenzell Ausserrhoden (PZA). Der Kanton Thurgau hat mit den PDT und der Clenia Leistungsvereinbarungen abgeschlossen.

Abbildung 18: Intermediäre erwachsenen- und alterspsychiatrische Angebotsstruktur, Planungsregion, 2026



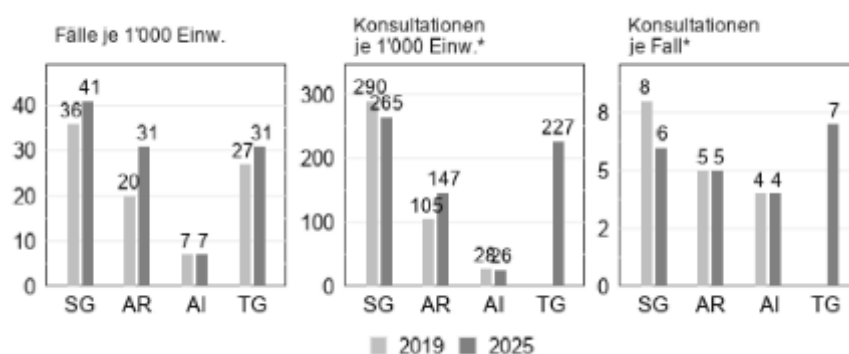
Quelle: Eigene Darstellung

Ambulatorien

In den Ambulatorien der Psychiatriezentren werden Patientinnen und Patienten behandelt, für die keine therapeutische Lösung bei den niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern und Psychologinnen und Psychologen gefunden werden kann. Insgesamt wurden in der Planungsregion im Jahr 2025 27'768 Fälle im Rahmen von 182'786 Konsultationen behandelt. Seit dem Jahr 2019 mit 22'517 Fällen wuchs die absolute Leistungsmenge durchschnittlich um rund 4 Prozent je Jahr.

Auch relativ zur (volljährigen) Bevölkerung verzeichneten die Ambulatorien mehr Fälle im Jahr 2025 als im Jahr 2019 (Abbildung 19). Im Kanton St.Gallen werden überproportional mehr Fälle behandelt und Konsultationen durchgeführt als in den anderen Kantonen. Zu beachten ist, dass beim Kanton Thurgau die aufsuchenden Angebote separat ausgewiesen werden (siehe unten). Ein möglicher Grund für die auffallend tiefe Leistungsmenge des Kantons Appenzell Innerrhoden ist der Bedarf. So wird vom OBSAN die bedarfsadjustierte psychiatrische ambulante Leistungsmenge je versicherte Einwohnerin oder versicherten Einwohner im Kanton Appenzell Innerrhoden tiefer als in den anderen drei Kantonen geschätzt (siehe Tabelle 52, [OBSAN 2022b](#)). Die tiefe Leistungsmenge des Kantons Appenzell Innerrhoden kann auch darin begründet liegen, dass erst im Jahr 2026 eine Leistungsvereinbarung mit der PSG in Kraft getreten ist. Dazu ist die Erreichbarkeit schlechter (namentlich in der Medstat-Region Inneres Landesteil). Demgegenüber hat der Kanton Appenzell Ausserrhoden seit dem Jahr 2024 eine Leistungsvereinbarung mit der PSG, was wahrscheinlich ein Grund für den starken Anstieg der Leistungsmenge ist.²⁵

Abbildung 19: Fälle und Konsultationen in Ambulatorien nach Wohnkanton, Erwachsenen- und Alterspsychiatrie, Planungsregion, 2019 und 2025



a Daten TG 2019 nicht verfügbar. Quelle: Daten Leistungserbringer, aufbereitet von SGARAITG.

Während sich die Anzahl Fälle je 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner im Kanton St.Gallen erhöhte, senkte sich die Anzahl Konsultationen je 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner leicht und somit auch je Fall von acht auf sechs. Zumindest im südlichen Teil sei laut PSG ein Grund der Fachkräftemangel. In den Kantonen Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden blieb die Anzahl Konsultationen je Fall beinahe konstant, allerdings auf tiefem Niveau (fünf beziehungsweise vier). Im Kanton Thurgau wurde ein Fall innerhalb eines Jahres im Rahmen von durchschnittlich sieben Konsultationen behandelt.

²⁵ Die bedarfsadjustierte Leistungsmenge je versicherte Einwohnerin oder versicherten Einwohner im Kanton Appenzell Ausserrhoden beträgt 70 Franken im Jahr 2019 und 70 Franken im Jahr 2022.

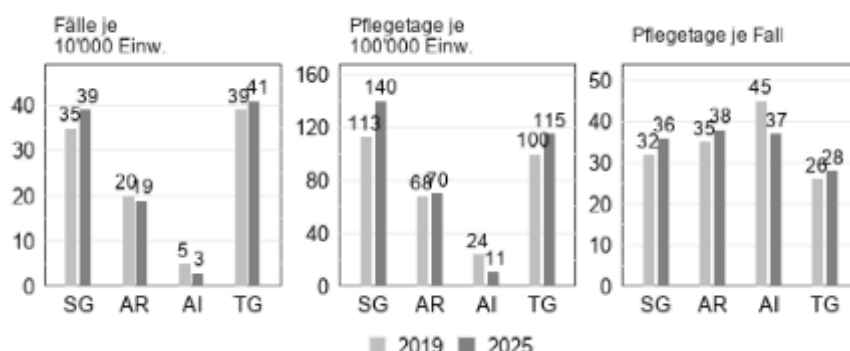
Tageskliniken

Wenn die konventionelle ambulante Behandlung nicht (mehr) ausreicht, stellt die tagesklinische Behandlung eine wichtige Alternative zum Spitalaufenthalt dar. Zudem erfolgen tagesklinische Behandlungen oft im Anschluss an Spitalaufenthalte. So können Spitalaufenthalte teils verkürzt werden. Tagesklinische Behandlungen haben den Vorteil, dass die sozialen Beziehungen und die Autonomie der Patientinnen und Patienten weitgehend erhalten bleiben und laufend ein Transfer zwischen Therapie und Alltag stattfinden kann. Ausserdem ist die tagesklinische Behandlung erheblich kostengünstiger.

In der Planungsregion existierten im Jahr 2025 insgesamt 306 Tagesklinik-Plätze, in denen 2'859 Fälle im Rahmen von 94'692 Pflēgetagen behandelt wurden. Im Vergleich zum Jahr 2019 mit 268 Plätzen standen 14 Prozent mehr Plätze zur Verfügung. Das Wachstum bei den Fällen war fast gleich (15 Prozent) und bei den Pflēgetagen höher (28 Prozent), sodass sich die durchschnittliche Behandlungsdauer von 30 auf 33 Tage (um 11 Prozent) verlängerte.

Auch in relativen Zahlen erhöhte sich das tagesklinische Angebot für Erwachsene zwischen den Jahren 2019 und 2025 von 38 auf 41 Plätze je 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Wie in Abbildung 20 ersichtlich, behandelten die Kantone St.Gallen und Thurgau in den Tageskliniken ähnlich viele Fälle je 10'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Die Leistungsmenge in den Kantonen Appenzell Ausserrrhoden und Appenzell Innerrhoden ist bevölkerungsbezogen deutlich kleiner. Sodann ist die durchschnittliche Behandlungsdauer im Kanton Thurgau kürzer. Gründe dafür können unterschiedliche Ausrichtungen und Behandlungskonzepte sein. Insbesondere die spitalgebundenen Tageskliniken scheinen sich zu unterscheiden, denn unter deren Ausschluss besteht beinahe kein Unterschied (35 Pflēgetage je Fall im Kanton Thurgau und 37 in den anderen drei Kantonen im Jahr 2025).

Abbildung 20: Fälle und Pflēgetage in Tageskliniken nach Wohnkanton, Erwachsenen- und Alterspsychiatrie, Planungsregion, 2019 und 2025



Quelle: Daten Leistungserbringer, aufbereitet von SGARAITG.

Aufsuchende Angebote

Im Rahmen aufsuchender Angebote werden die Leistungen direkt am Wohnort der Patientinnen und Patienten erbracht. Die Ausgestaltung solcher Leistungen kann vielfältig sein. Auch Leistungen im Bereich der Psychiatriepflege werden von intermediären Leistungserbringern subsidiär zu Spitex-Organisationen und niedergelassenen Leistungserbringern angeboten. Statistisch separat ausgewiesen werden die Leistungen ausschliesslich von den PDT:

- Intensive Case Management: Angebot für langanhaltend schwer psychisch kranke Menschen, die vorübergehend oder längerfristig eine umfassende Behandlung und Betreuung benötigen.
- Poststationäre Übergangsbehandlung: Angebot, das einen guten Übergang zwischen der stationären und der ambulanten Behandlung gewährleisten soll.

Zwischen den Jahren 2019 und 2025 verdoppelte sich die Anzahl Fälle fast von 408 auf 750 (von 179 Fällen je 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner auf 303).

Darüber hinaus führten die PDT im Jahr 2025 das Angebot der stationsäquivalenten Behandlung (StäB) für das Einzugsgebiet der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen ein. Die StäB erreicht eine stationäre Behandlungsintensität und ermöglicht somit bei klinischer Indikation für einen Spitalaufenthalt den Verbleib im häuslichen Umfeld. Folglich wird die stationäre Angebotsstruktur entlastet. Ein weiterer Vorteil sind die geringeren Kosten. Insgesamt wurden 79 Patientinnen und Patienten behandelt. Mit 2'917 Behandlungstagen waren die acht angebotenen Plätze (2'920 Behandlungstage) voll ausgelastet. Insbesondere Frauen in frühen Familienphasen scheinen zu profitieren. Das Angebot erweist sich als tragfähig: Lediglich zwei Fälle mussten in das stationäre Setting verlegt werden. Auf Mitte des Jahres 2026 hin wurden acht zusätzliche Plätze geschaffen (und gleichzeitig sechs stationäre Betten abgebaut).

4.2.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die intermediäre kinder- und jugendpsychiatrische Angebotsstruktur wird in Abbildung 21 dargestellt. Die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste St.Gallen (KJPD)²⁶ stellen die Versorgung in den Kantonen St.Gallen, Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden auf der Grundlage von Leistungsvereinbarungen sicher (sechs Ambulatorien, eine Tagesklinik für Kinder in der Stadt St.Gallen und eine Tagesklinik für Jugendliche in Wattwil)²⁷. Im Kanton Thurgau sind die PDT zuständig (vier Ambulatorien, eine Tagesklinik für Kinder in Münsterlingen, eine Tagesklinik für Jugendliche in Münsterlingen und aufsuchende Angebote). Der Kanton Thurgau verfolgte bisher in der Kinder- und Jugendpsychiatrie konsequent die Strategie der ambulanten sowie der intensivierten ambulanten Therapie.

²⁶ Ab 1. Juli 2026: Fusion mit Kinder- und Jugendpsychiatrischem Zentrum Sonnenhof in Ganterschwil zu Kinder- und Jugendpsychiatrie St.Gallen (KJPSG).

²⁷ Die Regionalstelle Uznach stellt ihren Betrieb Ende des Jahres 2026 ein. Die Kinder und Jugendliche aus der Region See-Gaster werden durch die Regionalstellen Wattwil und Sargans versorgt. Im Anschluss erfolgt eine grundlegende Überprüfung der Versorgungsoptionen für die Region See-Gaster.

Abbildung 21: Intermediäre kinder- und jugendpsychiatrische Angebotsstruktur, Planungsregion, 2026



Regionalstelle Uznach bis Ende 2026. Quelle: Eigene Darstellung

Ambulatorien

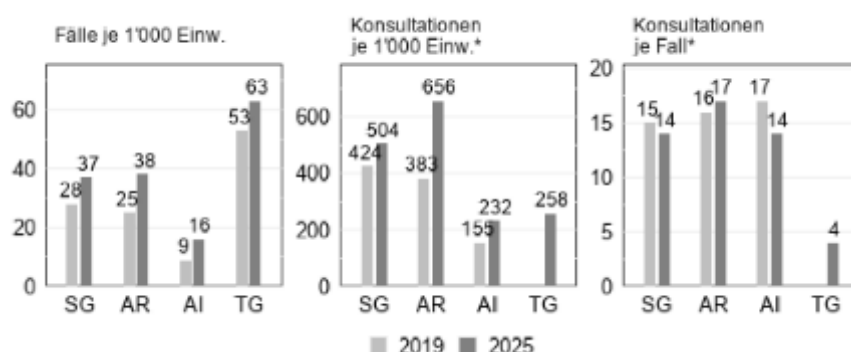
Insgesamt behandelten die Ambulatorien KJPSG im Jahr 2019 2'984 Fälle, 2025 waren es 4'108 (+ 38 Prozent). Die Anzahl Fälle der Ambulatorien der PDT erhöhte sich von 2'697 auf 3'496 (+ 30 Prozent).²⁸ In über 95 Prozent der Fälle wohnten die Patientinnen und Patienten der KJPSG in den Kantonen St. Gallen, Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden. Das Gleiche gilt für die PDT und den Kanton Thurgau.

Die Fälle der KJPSG verteilten sich nicht ganz entsprechend den (minderjährigen) Bevölkerungsanteilen auf die einzelnen Kantone St. Gallen, Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden, wie in Abbildung 22 erkennbar. Unterproportional wenige Fälle stammten aus dem Kanton Appenzell Innerrhoden (in jedem Jahr seit 2019). Im Kanton Thurgau wurden bevölkerungsbezogen die meisten Fälle versorgt, aber mit weniger Konsultationen. Die resultierenden Unterschiede in den Anzahl Konsultationen je Fall bleiben auch auf der Ebene der einzelnen Regionalstellen bestehen. Die Gründe können vielfältig sein. Eine Möglichkeit ist, dass die PDT grundsätzlich eine andere Rolle als die KJPSG einnehmen. Eventuell lenken Erstere ihre Anstrengungen vornehmlich auf die Abklärung, die Zuweisung an Niedergelassene und die Überbrückungsbehandlung hin, Letztere dagegen auch auf die längerfristige Behandlung. So ist das Zentrum für Abklärung und Kurztherapie der PDT explizit auf eine zeitnahe Einschätzung dringlicher Anmeldungen und Kurzabklärungen und -behandlungen mit höchstens fünf Konsultationen ausgerichtet. Eine andere Möglichkeit ist, dass die PDT mehr Gruppentherapien durchführen. Ein Teil der Unterschiede

²⁸ Abbildung 49 im Abbildungsanhang schlüsselt die intermediären kinder- und jugendpsychiatrischen Fälle im Kanton Thurgau von 2019 bis 2025 nach Angebotstypen auf (ohne Tageskliniken).

kann allenfalls auch auf abweichende Falldefinitionen zwischen den Leistungserbringern zurückgeführt werden.

Abbildung 22: Fälle und Konsultationen in Ambulatorien nach Wohnkanton, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Planungsregion, 2019 und 2025



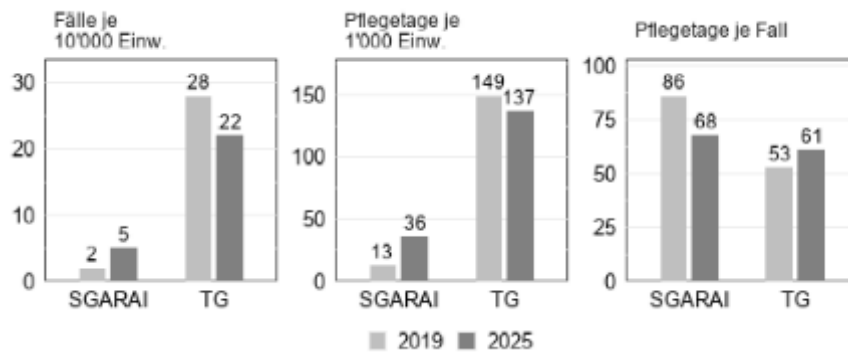
*Daten TG 2019 nicht verfügbar. Quelle: Daten Leistungserbringer, aufbereitet von SGARAITG.

Ein Teil der in Abbildung 22 aufgeführten Leistungen wurde im Rahmen der Konsiliar- und Liaisondienste für sozial- und sonderpädagogische Einrichtungen erbracht (siehe Kapitel 5.6). Die KJPSG versorgten in den letzten fünf Jahren jährlich zwischen 70 und 90 Fälle im Rahmen von durchschnittlich 23 Konsultationen. In den nächsten Jahren soll das Angebot ausgebaut werden. Auch die PDT haben Kooperationen mit pädagogischen Institutionen.

Tageskliniken

Die PDT haben mit 32 Plätzen ein wesentlich grösseres tagesklinisches Angebot für Kinder und Jugendliche als die KJPSG mit 20 Plätzen. Im Jahr 2019 waren es 24 Plätze. Die KJPSG boten im Jahr 2019 sieben Plätze für Kinder an, die seitdem um einen Platz für Kinder und zwölf Plätze für Jugendliche erweitert worden sind (Eröffnung Tagesklinik für Jugendliche in Wattwil im Oktober 2024). Somit konnten die KJPSG im Jahr 2025 fast viermal mehr Fälle (60) als noch 2019 (16) behandeln. Alle Patientinnen und Patienten stammten aus den Kantonen St.Gallen, Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden (mit starken Schwankungen zwischen den einzelnen Kantonen über die Zeit, weshalb auf eine Darstellung auf der Kantons-ebene verzichtet wird). Die Tageskliniken der PDT behandelten im Jahr 2019 142 und 2025 123 Fälle, wobei über 90 Prozent der Fälle im Kanton Thurgau wohnhaft waren. Umso stärker unterscheiden sich die bevölkerungsbezogenen Zahlen, wie Abbildung 23 zeigt. Obwohl mit der Errichtung der Tagesklinik für Jugendliche eine wichtige Versorgungslücke in den Kantonen St.Gallen, Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden geschlossen werden konnte, scheint ein weiterer Ausbau notwendig.

Abbildung 23: Fälle und Pflegetage in Tageskliniken nach Wohnkanton, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Planungsregion, 2019 und 2025²⁹



Quelle: Daten Leistungserbringer, aufbereitet von SGARAITG.

Zusätzlich eröffnete im Kanton Thurgau im Jahr 2022 im Rahmen eines Pilotprojekts eine spezialisierte Tagesklinik für die intensive Frühintervention bei Kindern mit schweren Autismus-Spektrum-Störungen im Vorschulalter, deren Wirksamkeit heute wissenschaftlich breit anerkannt ist. Die Tagesklinik hat vier Plätze und wird über die Invalidenversicherung und das Departement für Erziehung und Kultur finanziert. Die Tagesklinik behandelt bisher lediglich Fälle aus dem Kanton Thurgau (unter anderem aufgrund der Erreichbarkeit, die bei der betreffenden Altersgruppe besonders wichtig ist).

Aufsuchende Angebote

Die PDT bieten namentlich die folgenden aufsuchenden Behandlungen für Kinder und Jugendliche an:

- Multisystemische Therapie: Therapieform für Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens, die sich in zahlreichen wissenschaftlichen Untersuchungen als hoch effektiv und effizient erwiesen hat. Damit wurden im Jahr 2025 175 Kinder und Jugendliche aus dem Kanton Thurgau behandelt.
- Intensivierte systemische Therapie: Angebot für Familien mit von Vernachlässigung und Misshandlung betroffenen Kindern und Jugendlichen. Ziel ist, dass die Eltern die Obhut behalten können oder zusammen ein Versorgungsplan entwickelt werden kann. Im Jahr 2025 wurden 101 Kinder und Jugendliche und deren Familien behandelt. Drei Prozent waren im Kanton St.Gallen wohnhaft (der Rest im Kanton Thurgau). In vorherigen Jahren reichte der Anteil der im Kanton St.Gallen wohnhaften Kinder und Jugendliche bis zu 13 Prozent.
- Aufsuchende Familientherapie: Familienbasierte Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit schweren Zwangs-, Angst- und Essstörungen. Im Jahr 2025 wurden 384 Kinder und Jugendliche behandelt.

In den Kantonen St.Gallen, Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden bestehen derzeit mit Ausnahme des Konsiliar- und Liaisondiensts der KJPSG für sozial- und sonderpädagogische Einrichtungen keine aufsuchenden Angebote.

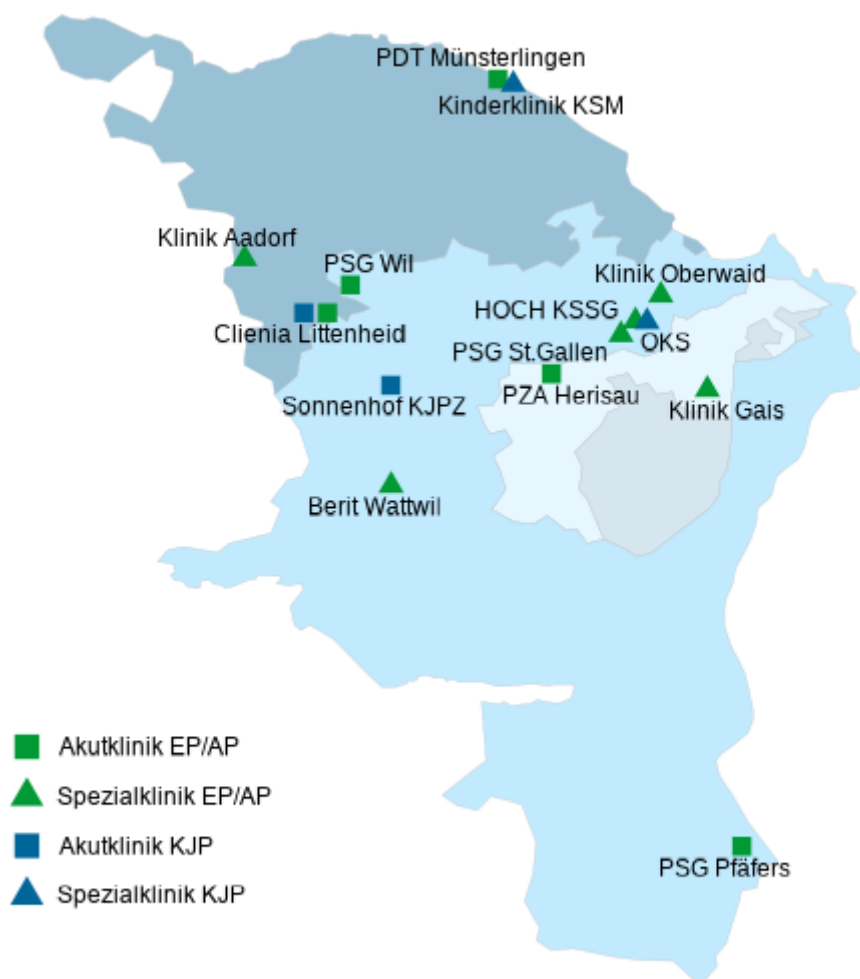
²⁹ Ohne Tagesklinik für Autismus-Spektrum-Störungen PDT.

4.3 Stationäres Leistungsangebot

60

Abbildung 24 gibt einen Überblick über die bestehenden stationären Leistungsangebote innerhalb der Planungsregion. In der Erwachsenenpsychiatrie verfügt die Planungsregion über fünf akutpsychiatrische Vollversorgungskliniken: die Kliniken Wil und Pfäfers der PSG, das PZA in Herisau, die Psychiatrische Klinik Münsterlingen der PDT und die Clenia Littenheid. Ergänzt wird das Angebot mit sechs Spezialklinik-Angeboten. Für Kinder und Jugendliche bestehen zwei akutpsychiatrische Vollversorgungskliniken: die Klinik Sonnenhof in Ganterenschwil und die Clenia Littenheid. Ferner betreibt die Psychiatrische Klinik Münsterlingen der PDT eine Station für junge Erwachsene ab 16 und bis zu 25 Jahren (Adoleszentenpsychiatrie). Ergänzt wird dieses Angebot mit drei Spezialangeboten: der Kinderklinik des Kantonsspitals Münsterlingen, dem Romerhuus und der Station B-Ost des OKS.

Abbildung 24: Stationäre Leistungsangebote innerhalb der Planungsregion



4.3.1 Erwachsenen- und Alterspsychiatrie

Im aktuellen vollständig verfügbaren Datenjahr 2024 boten in den vier Planungskantonen insgesamt acht Spitalunternehmen stationäre psychiatrische Leistungen an 11 Spitalstandorten an. Das primäre Angebot in der stationären Erwachsenen- und Alterspsychiatrie wird durch die fünf Vollversorger PDT, Littenheid, PSG Wil, PZA und PSG Pfäfers sichergestellt. Der Standort St.Gallen ist spezialisiert auf kürzere Kriseninterventions-Aufenthalte. Ergänzend dazu decken die innerregionalen Spezialangebote der Privatklinik Oberwaid und der Klinik Gais den wachsenden Teil der Psychosomatik und der Stressfolgeerkrankungen ab. Die Berit Klinik Wattwil führt ein Spezialangebot im Bereich der Alkoholentwöhnung und die Klinik Aadorf weist Schwerpunkte in der Behandlung von Essstörungen und Stressfolgeerkrankungen auf.

Die nachfolgende Tabelle enthält ausgewählte Kennzahlen für das Jahr 2024 der Listenspitäler in der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie innerhalb der Planungsregion. Alle Listenspitäler zusammen behandelten knapp 10'850 Fälle stationär, wovon 8'700 einen Wohnsitz innerhalb der Planungsregion aufwiesen (80 Prozent). Die Verteilung der ausserregionalen Patientinnen und Patienten auf die einzelnen Leistungserbringer ist sehr unterschiedlich und reicht von 74 Prozent im Fall der Klinik Aadorf bis zu zwei Prozent beim Standort St.Gallen der PSG. Spezialversorger weisen generell einen höheren Anteil an ausserregionalen Patientinnen und Patienten auf. Bei den Leistungserbringern mit Vollversorger-Status weist einzig die Clenia Littenheid AG mit 36 Prozent einen namhaften Anteil an ausserregionalen Fällen auf. Schliesslich besteht beim Standort Pfäfers der PSG die Besonderheit, dass dieser Standort 137 Fälle aus dem Fürstentum Liechtenstein behandelte, was mehr als 50 Prozent aller psychiatrischen Spitalaufenthalte in der Schweiz von Bürgerinnen und Bürgern des Fürstentums Liechtenstein umfasst.

Tabelle 5: Kennzahlen der psychiatrischen Leistungserbringer in der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie innerhalb der Planungsregion, 2024

Kanton	Spital	Fälle Total	Fälle SGAR- AITG	% SGAR- AITG	% Rest- CH	% Aus- land	% HP/P	% FU	% Not- fälle	Ø DMI	Ø Alter
TG	Psychiatrische Dienste Thurgau (PDT)	2'414	2'164	90%	10%	1%	0%	25%	48%	43.507	44.6
SG	Psychiatrie St.Gallen (PSG) Standort Wil	1'972	1'894	96%	3%	1%	0%	38%	55%	39.989	46.9
SG	Psychiatrie St.Gallen (PSG) Standort Pfäfers	1'714	1'466	86%	6%	9%	0%	33%	52%	33.334	46.9
TG	Clenia Littenheid AG	1'573	1'015	65%	35%	1%	4%	14%	24%	45.988	42.9
AR	Psychiatrisches Zentrum Herisau (PZAR)	911	841	92%	7%	1%	3%	20%	49%	32.118	46.1
AR	Klinik Gais AG	885	479	54%	45%	1%	14%	0%	0%	35.274	50.8
SG	Privatklinik Oberwaid	476	295	62%	36%	2%	23%	0%	0%	36.718	49.8
SG	Psychiatrie St.Gallen (PSG) Standort St. Gallen	342	336	98%	2%	0%	0%	1%	3%	20.136	39.2
TG	Privatklinik Aadorf AG	314	82	26%	73%	1%	34%	0%	0%	60.505	41.6
SG	Berit Klinik Wattwil	234	131	56%	44%	0%	1%	0%	0%	24.886	49.4
SG	OKS, Romerhuus, KJPZ ³⁰	7	6	-	-	-	-	-	-	-	-
Gesamtergebnis		10'842	8'709	80%	18%	2%	4%	22%	37%	38.873	45.8

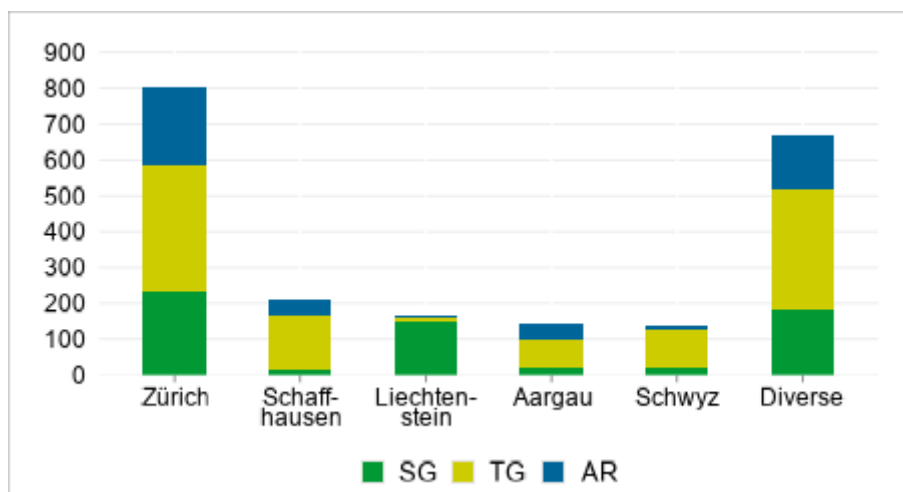
Quelle: SPIGES, Bundesamt für Statistik

³⁰ Das Ostschweizer Kinderspital, das Romerhuus und die Klinik Sonnenhof (KJPZ) sind Leistungserbringer der Kinder- und Jugendpsychiatrie, können jedoch im Einzelfall auch Jugendliche über das 18. Lebensjahr hinaus behandeln. Da die Abgrenzung nach Alter erfolgt, fallen Einzelfälle von Einrichtungen der KJP in die Erwachsenenpsychiatrie und umgekehrt. Aufgrund der kleinen Fallzahlen wurde auf die Darstellung der Kennzahlen verzichtet.

Viele Zusatzversicherungsprodukte gelten nicht für den Psychatriebereich. Die Anzahl der stationär behandelten Patientinnen und Patienten mit Halbprivat- und Privatversicherung liegt deshalb mit 4 Prozent viel tiefer als in den Bereichen Akutsonn- atik und Rehabilitation. Nur drei Spezialversorger-Kliniken weisen Zusatzversiche- rungsraten im zweistelligen Bereich auf (Privatkliniken Aadorf und Oberwaid mit 34 bzw. 23 Prozent und Klinik Gais mit 14 Prozent). Nur die Akutversorger-Kliniken PSG mit den Standorten Wil und Pfäfers, PDT, Clenia Littenheid und PZA nehmen rund um die Uhr Notfälle auf, wobei in jeder Klinik jede/jeder zweite Patientin und Patient notfallmässig behandelt wird. Einzig die Clenia Littenheid weist eine nur halb so hohe Rate auf (24 Prozent bzw. 32 Prozent bei ausschliesslicher Betrachtung der SGARAITG-Patientinnen und Patienten). Die Spezialversorger-Kliniken wiederum be- handeln ausschliesslich elektive Patientinnen und Patienten. Gesamthaft werden da- mit 37 Prozent aller stationär behandelten Patientinnen und Patienten in den SGARAITG-Kliniken notfallmässig eingewiesen. Das gleiche Bild zeigt sich bei den Aufnahmen von Patientinnen und Patienten mit einer Fürsorgerischen Unterbringung (FU). Nur Vollversorger-Kliniken nehmen Patientinnen und Patienten mit FU auf. Es bestehen jedoch Unterschiede zwischen den Vollversorger-Kliniken hinsichtlich de- ren Anteile. Während die Klinik Wil der PSG einen FU-Anteil von 38 Prozent aufweist, beträgt derjenige der Clenia Littenheid mit 14 Prozent wenig mehr als ein Drittel. Schliesslich gibt der durchschnittliche DMI je Klinik einen Hinweis auf die Länge der Spitalaufenthalte. Die beiden Thurgauer Vollversorger-Kliniken weisen dabei höhere Werte auf als die restlichen Vollversorger. Die Privatklinik Aadorf verfügt mit Abstand über den höchsten DMI, was mit den behandelten Krankheitsbildern (Essstörungen) und den Therapieangeboten zusammenhängt. Letzteres ist stark psychotherapeu- tisch ausgerichtet mit langen Spitalaufenthalte. Aus dem durchschnittlichen Alter je Leistungserbringer lassen sich gewisse Aussagen zu Schwerpunkten einzelner Klini- ken für bestimmte Altersgruppen ableiten. So spricht die Krisenintervention St.Gallen der PSG insbesondere jüngere Patientinnen und Patienten an (39 Jahre) gegenüber den Vollversorger-Kliniken mit höheren Altersdurchschnitten zwischen 45 und 47 Jahren. Die Ausnahme bildet die Clenia Littenheid mit einem Altersdurchschnitt von 43 Jahren. Umgekehrt weist die Klinik Gais als einzige Klinik einen Altersdurchschnitt über 50 Jahren aus, obwohl die Klinik über keinen Leistungsauftrag für die Behand- lung von Patientinnen und Patienten über 65 Jahren verfügt. Dies hängt wohl damit zusammen, dass die Klinik wenig bis keine junge Erwachsene behandelt.

Neben den Patientinnen und Patienten aus der Planungsregion behandelten die psy- chiatrischen Einrichtungen der vier Planungskantone in der Erwachsenenpsychiatrie gut 2'100 Patientinnen und Patienten aus anderen Kantonen oder aus dem Ausland, was einem Fünftel aller stationären Spitalaufenthalte in der Planungsregion ent- spricht. Aus nachfolgender Abbildung sind die wichtigsten Herkunftskantone von Patientinnen und Patienten ausserhalb der Planungsregion mit Spitalaufenthalten in- nerhalb der Planungsregion zu entnehmen. Mit Abstand am meisten Patientinnen und Patienten stammen aus dem Kanton Zürich (801 Fälle), was 5 Prozent aller Zür- cher Spitalaufenthalte in der Psychiatrie entspricht. Zahlenmässig deutlich kleiner sind die Zuflüsse aus dem Kanton Schaffhausen (213 Fälle), dem Fürstentum Liech- tenstein (166 Fälle) und den Kantonen Aargau (143 Fälle) und Schwyz (139 Fälle). Hingegen sind die prozentualen Anteile der SGARAITG-Leistungserbringer an den gesamthaften Spitalaufenthalten der jeweiligen Kantone deutlich grösser. Für die Kantone Schaffhausen und Schwyz betragen die Anteile 19 bzw. 13 Prozent. Mehr als 60 Prozent aller psychiatrischen Spitalaufenthalte von erwachsenen Einwohne- rinnen und Einwohner aus dem Fürstentum Liechtenstein in der Schweiz erfolgen in psychiatrischen Kliniken der Planungsregion SGARAITG.

Abbildung 25: Spitalaufenthalte in Kliniken der Planungsregion von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz ausserhalb der Planungsregion, Erwachsenenpsychiatrie, 2024



Quelle: SPIGES, Bundesamt für Statistik

4.3.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Wenn immer möglich sollten Kinder und Jugendliche für psychiatrische oder psychotherapeutische Massnahmen in ihrem angestammten sozialen und schulischen Umfeld belassen werden. Stationäre Aufenthalte sind die grosse Ausnahme und sind dann angezeigt, wenn die Ressourcen des Umfelds der Kinder und Jugendlichen für die Bewältigung der psychischen Auffälligkeiten (temporär) erschöpft sind oder wenn für die Kinder und Jugendlichen zu Zwecken der Diagnostik und Therapie zwischenzeitlich ein alternatives Lebensumfeld notwendig ist.

Im aktuellen vollständig verfügbaren Datenjahr 2024 boten in den vier Planungskantonen insgesamt vier Spitalunternehmen stationäre psychiatrische Leistungen für Kinder und Jugendliche an sechs Spitalstandorten bzw. -abteilungen an. Die Planungsregion verfügt mit der Clenia Littenheid und der Klinik Sonnenhof über zwei Leistungsanbieter, die abgesehen von der Forensik das gesamte Spektrum der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen anbieten. Die Psychiatrische Klinik Münsterlingen behandelt junge Erwachsene ab dem Alter 16 auf einer spezifisch ausgerichteten Station für Adoleszentenpsychiatrie. Ergänzend dazu versorgten zahlreiche Leistungserbringer der Erwachsenenpsychiatrie einzelne Jugendliche bei Engpässen. Kinder und Jugendliche, die nebst einer psychischen Erkrankung auch körperliche (somatische) Beschwerden aufweisen, werden im Ostschweizer Kinderspital (OKS) und in der daran angegliederten eigenständigen Therapiestation Romerhuus bzw. in der Kinderklinik des Kantonsspitals Münsterlingen (KSM) stationär therapiert.

Die nachfolgende Tabelle enthält ausgewählte Kennzahlen für das Jahr 2024 der psychiatrischen Listenspitäler in der Kinder- und Jugendpsychiatrie innerhalb der Planungsregion. Daraus ist zu entnehmen, dass alle Listenspitäler³¹ zusammen knapp 1'300 Fälle stationär behandelten, wovon 840 einen Wohnsitz innerhalb der Planungsregion aufwiesen (66 Prozent). Die Verteilung der ausserregionalen Patientinnen und Patienten auf die einzelnen Leistungserbringer ist sehr unterschiedlich

³¹ Einschliesslich der Fälle von minderjährigen Patientinnen und Patienten, die in Leistungserbringern der Erwachsenenpsychiatrie behandelt wurden.

und reicht von 57 Prozent im Fall der Clienia Littenheid bis zu drei Prozent bei der Kinderklinik des Kantonsspitals Münsterlingen. Die Clienia Littenheid behandelt somit mehr Kinder und Jugendliche von ausserhalb der Versorgungsregion als von innerhalb.

Tabelle 6: Kennzahlen der psychiatrischen Leistungserbringer in der Kinder- und Jugendpsychiatrie innerhalb der Planungsregion, 2024

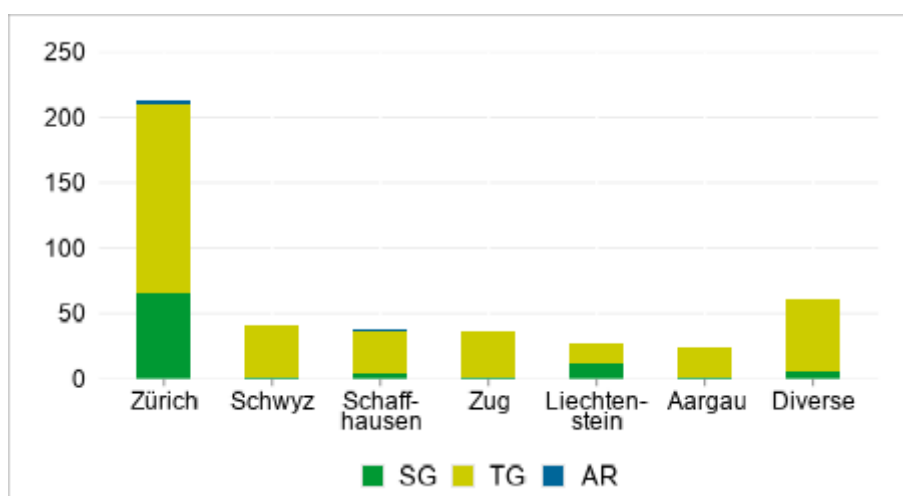
Kanton	Spital	Fälle Total	Fälle SGAR AITG	% SGAR- AITG	% Rest- CH	% Aus- land	% HP/P	% FU	% Not- fälle	Ø DMI	Ø Al- ter
TG	Clienia Littenheid AG	551	236	43%	54%	3%	1%	30%	54%	63.189	15.1
SG	Klinik Sonnenhof (KJPZ)	359	290	81%	19%	0%	0%	40%	63%	63.256	14.7
TG	Psychiatrische Dienste Thurgau (PDT)	88	70	80%	19%	1%	0%	15%	24%	58.982	17.5
SG	Ostschweizer Kinderspital (OKS)	86	74	86%	7%	7%	16%		64%	30.685	13.1
SG	Kantonsspital Münsterlingen - Kinderklinik KSM	66	64	97%	2%	2%	14%		42%	32.612	13.3
SG	Romerhuus (OKS)	36	34	94%	0%	6%	8%	0%	0%	94.026	14.9
SG	Psychiatrie St.Gallen (PSG) – Standort Pfäfers	28	24	86%	4%	11%	0%	50%	54%	20.191	18.0
SG	Psychiatrie St.Gallen (PSG) – Standort Wil	27	25	93%	4%	4%	0%	41%	63%	20.572	17.9
TG	Klinik Aadorf AG	18	7	39%	61%	0%	17%	0%	0%	74.003	17.4
AR	Psychiatrisches Zentrum Herisau (PZA)	15	10	67%	33%	0%	7%	67%	67%	10.200	17.7
SG	Psychiatrie St.Gallen (PSG) - Standort St. Gallen	6	6	100%	0%	0%	0%	0%	0%	19.697	17.8
SG	Berit Klinik Wattwil	1	1	100%	0%	0%	0%	0%	0%	26.703	18.0
Gesamtergebnis		1'281	840	66%	32%	2%	3%	32%	52%	56.929	15.2

Quelle: SPIGES, Bundesamt für Statistik

Jeder zweite psychiatrische Spitalaufenthalt eines Kindes oder Jugendlichen erfolgt notfallmässig. Die PDT weisen mit 24 Prozent einen deutlich unterdurchschnittlichen Notfalleintrittsgrad auf. Im Gegensatz zur Erwachsenenpsychiatrie existieren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – abgesehen vom Romerhuus – keine ausschliesslich elektiv tätige Leistungserbringer. Die regionalen Leistungserbringer weisen eine durchschnittliche FU-Quote von 32 Prozent auf. Spitzenreiter unter den spezialisierten Kliniken ist die Klinik Sonnenhof mit zwei von fünf Eintritten per FU, gefolgt von der Clienia Littenheid (30 Prozent) und der PDT mit 16 Prozent. Die beiden Kinderkliniken (KSM Münsterlingen und OKS) nehmen keine FU-Einweisungen auf. Die Kinder und Jugendlichen verfügen verglichen mit der Erwachsenenpsychiatrie über höhere DMI. Spitzenreiter ist das Romerhuus, das auf lange psychotherapeutische Behandlungen insbesondere von Essstörungen spezialisiert ist.

Die Leistungserbringer der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelten im Jahr 2024 440 Patientinnen und Patienten mit Wohnort ausserhalb der Planungsregion. Dies entspricht gut einem Drittel aller stationären Spitalaufenthalte (Abbildung 26). Insbesondere die Clenia Littenheid sowie die Klinik Sonnenhof nehmen damit eine wichtige Rolle in der stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus anderen Kantonen ein. Aus Abbildung 26 sind die wichtigsten Herkunftskantone von Patientinnen und Patienten ausserhalb der Planungsregion mit Spitalaufenthalten innerhalb der Planungsregion zu entnehmen. Mit Abstand am meisten Kinder und Jugendliche stammen aus dem Kanton Zürich (213 Fälle), was 12 Prozent aller Zürcher Spitalaufenthalte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie entspricht. Zahlenmässig deutlich kleiner sind die Zuflüsse aus den Kantonen Schwyz (41 Fälle), Schaffhausen (38 Fälle), Zug (36 Fälle), dem Fürstentum Liechtenstein (27 Fälle) sowie dem Kanton Aargau (24 Fälle). Hingegen sind die prozentualen Anteile der SGARAITG-Leistungserbringer an den gesamthaften Spitalaufenthalten der jeweiligen Kantone deutlich grösser (Schaffhausen 54 Prozent, Schwyz 33 Prozent, Zug 31 Prozent). Fast zwei Drittel aller Spitalaufenthalte von Kindern und Jugendlichen aus dem Fürstentum Liechtenstein in der Schweiz erfolgen in psychiatrischen Kliniken der Planungsregion SGARAITG.

Abbildung 26: Spitalaufenthalte in Kliniken der Planungsregion von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz ausserhalb der Planungsregion, Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2024



Quelle: SPIGES, Bundesamt für Statistik

4.4 Stationäre Inanspruchnahme

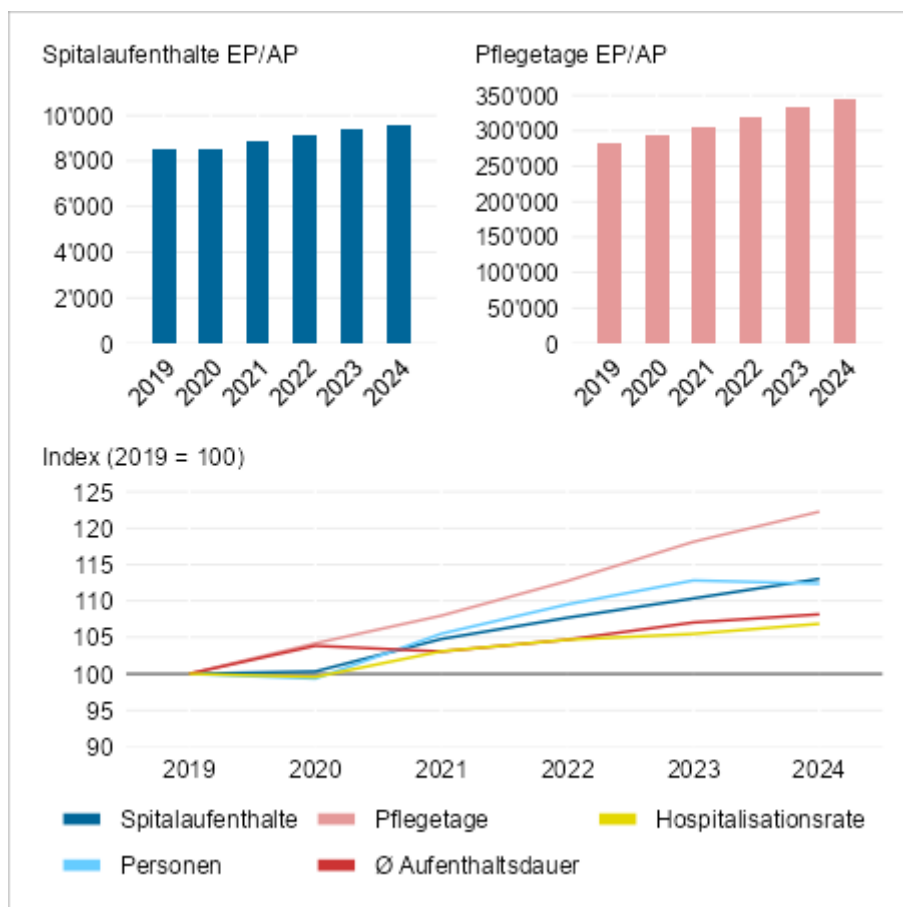
66

Nachfolgend wird die stationäre Inanspruchnahme der Bevölkerung der vier Kantone unabhängig vom Standort der Leistungserbringung anhand verschiedener Dimensionen dargestellt und analysiert. Dabei wird im Planungsbericht immer die Ebene der Planungsregion verwendet. Alle nachfolgenden Abbildungen und Tabellen sind im separat verfügbaren Tabellenanhang auch auf Ebene der vier Kantone sowie der Versorgungsregionen einsehbar.

4.4.1 Erwachsenen- und Alterspsychiatrie

Im Jahr 2024 wurden für die erwachsene Bevölkerung der vier Planungskantone knapp 9'600 psychiatrische Spitalaufenthalte mit knapp 346'000 Pflegetagen und einer durchschnittlichen Verweildauer von 36 Tagen verzeichnet. Damit entfallen auf 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner der Planungsregion 13 Spitalaufenthalte. Seit dem Jahr 2019 stiegen sowohl die Zahl der Spitalaufenthalte (+1'106; +13 Prozent) wie auch die Zahl der geleisteten Pflegetage (+62'940; +22,3 Prozent). Da das Bevölkerungswachstum bei den Erwachsenen (+5,7 Prozent) seit dem Jahr 2019 tiefer ausfiel als der Zuwachs bei den Spitalaufenthalten (+13 Prozent), ist die Hospitalisationsrate je 1'000 erwachsene Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr 2024 (13,0) höher als im Jahr 2019 (12,2).

Abbildung 27: Entwicklung der psychiatrischen Spitalaufenthalte, der Pflegetage und durchschnittlichen Verweildauer der erwachsenen Bevölkerung der Planungsregion seit dem Jahr 2019, absolut und indexiert (100 = 2019)



Quelle: SPIGES, Bundesamt für Statistik

Seit dem Jahr 2019 stieg die durchschnittliche Verweildauer an (+8 Prozent), wobei die St.Galler Kantonsbevölkerung ein deutlich kleineres Wachstum (+4 Prozent) aufwies als die anderen Kantone (AR: +9 Prozent, AI: +16 Prozent, TG: +15 Prozent). Gründe dafür sind in Entwicklungen einzelner Kliniken zu suchen (PZA -4 Prozent, PDT +14 Prozent und Clenia Littenheid +23 Prozent, PSG Pfäfers -5 Prozent, PSG Wil +5 Prozent).

Die Zahl der stationären Spitalaufenthalte ist zwischen 2019 und 2024 in der Planungsregion um 13 Prozent angewachsen. Ein Teil des Wachstums ist auf statistische Umklassierungen von im Jahr 2019 noch zur Rehabilitation gezählten psychosomatischen Fällen zurückzuführen, die innerhalb des Beobachtungszeitraums neu mit TARPSY abgerechnet werden und zum Behandlungsbereich der Psychiatrie gezählt werden. Die Fallzunahme ist zwischen den Kantonen ungleich verteilt. Der Kanton St.Gallen verfügte über das höchste Wachstum (+16 Prozent), gefolgt von den Kantonen Appenzell Innerrhoden (+14), Appenzell Ausserrhoden (+13) und Thurgau (+8). Betrachtet man diese Steigerung zusammen mit der Hospitalisationsrate, so ist zu erkennen, dass eine gewisse Angleichung stattfand, wobei gleichzeitig immer noch grosse Unterschiede bestehen. Der Kanton AI weist im Jahr 2024 die mit Abstand tiefste Rate auf (7,3), gefolgt von SG (12,7), TG (13,6) und AR (14,7).

Die Zahl der beanspruchten Pfl egetage ist zwischen den Jahren 2019 und 2024 auf Ebene der Planungsregion um mehr als ein Fünftel angestiegen. Das höchste Wachstum von einem Drittel wies der Kanton Appenzell Innerrhoden auf. Die Entwicklung der drei anderen Kantone liegt mit 21 Prozent (SG), 23 Prozent (AR) und 24 Prozent (TG) nahe beieinander.

Entwicklung nach Leistungserbringer

Die fünf Vollversorger PDT, Littenheid, PSG Wil (einschliesslich St.Gallen), PZA und PSG Pfäfers decken zusammen im Jahr 2024 80 Prozent der Inanspruchnahme der Bevölkerung der vier Planungskantone ab. Sechs Jahre früher betrug dieser Anteil noch 85 Prozent. Die grösste absolute Fallzahlzunahme verzeichnete die Privatklinik Oberwaid (+295), gefolgt vom Standort Pfäfers der PSG (+217), der Klinik Gais (+161), des PZA (+155) und der PDT (+123). Die Klinik Aadorf wies im Beobachtungszeitraum als einzige Klinik innerhalb der Planungsregion eine leicht rückläufige Fallzahlentwicklung auf. Bei den ausserregionalen Leistungserbringern muss wiederum zwischen Vollversorger-Kliniken und Spezialangeboten unterschieden werden. Erstere blieben im Beobachtungszeitraum volumenmässig stabil. Die wichtigsten Leistungserbringer sind die Klinik Waldhaus der PDGR (GR), die Clenia Schlössli (ZH), die Integrierte Psychiatrie Winterthur (ZH), das Sanatorium Kilchberg (ZH) sowie das Psychiatriezentrum Breitenau (SH). Deren Fallzahlen blieben abgesehen vom Sanatorium Kilchberg unverändert. Bei den Spezialangeboten ist einerseits das wachsende Angebot im Bereich psychosomatische Rehabilitation/Stressfolgeerkrankungen mit den Angeboten der Hochgebirgsklinik Davos (GR), des Rehabilitationszentrums Seewis (GR), dem Seeklinikum Brunnen (SZ), der Rehaklinik Braunwald (GL) sowie dem Zürcher RehaZentrum Davos (GR) zu erwähnen. Andererseits bestehen verschiedene ausserregionale Spezialangebote, die von der Bevölkerung der Planungsregion in Anspruch genommen werden. Spezifisch zu erwähnen ist dabei die Forel Klinik mit einem Angebot für Abhängigkeitserkrankungen, die Clinica Holistica (GR), die Privatklinik Hohenegg (ZH) sowie die Klinik SGM Langenthal (BE) für Stressfolgeerkrankungen. Schliesslich bieten verschiedene Standorte der Psychiatrischen Universitäts-Klinik Zürich (ZH) spezialisierte bis hochspezialisierte Angebote für die Bevölkerung der Planungsregion an.

Tabelle 7: Psychiatrische Spitalaufenthalte, Pflegetage und mittlere Verweildauer (VWD) der erwachsenen Bevölkerung der Planungsregion nach Leistungserbringer, 2019 und 2024 (Leistungserbringer >20 Fälle)

Spital	Fälle 2019	Fälle 2024	Pflegetage 2019	Pflegetage 2024	VWD 2019	VWD 2024
Psychiatrische Klinik Münsterlingen, TG	2'041	2'164	69'202	83'260	33.9	38.5
PSG - Standort Wil, SG	1'886	1'894	64'213	67'558	34.0	35.7
PSG - Standort Pfäfers, SG	1'249	1'466	40'832	45'629	32.7	31.1
Clienia Littenheid AG, TG	1'013	1'014	32'302	39'963	31.9	39.4
Psychiatrisches Zentrum Herisau PZAR, AR	686	841	21'831	26'419	31.8	31.4
Klinik Gais AG, AR	318	479	10'506	17'007	33.0	35.5
PSG - Standort St. Gallen, SG	333	336	5'402	6'596	16.2	19.6
Privatklinik Oberwaid, SG	-	295	-	10'556	-	35.8
Berit Klinik Wattwil, SG	133	131	3'063	3'349	23.0	25.6
Forel Klinik AG, ZH	87	98	3'428	4'327	39.4	44.2
Clinica Holistica Engiadina SA, GR	103	83	4'169	3'282	40.5	39.5
Klinik Aadorf AG, TG	95	82	5'146	3'693	54.2	55.7
Hochgebirgsklinik Davos AG, GR	-	66	-	3'693	-	56.0
Rehabilitationszentrum Seewis, GR	-	61	-	3'140	-	51.5
PDGR, Klinik Waldhaus, GR	56	59	1'379	3'881	24.6	65.8
Clienia Schölssli AG, ZH	37	46	1'316	1'343	35.6	29.2
Privatklinik Hohenegg AG, ZH	45	43	1'736	2'066	38.6	48.0
Sanatorium Kilchberg, ZH	28	42	886	1'463	31.6	34.8
AMEOS Seeklinikum Brunnen AG, SZ	20	34	676	1'200	33.8	35.3
Klinik SGM Langenthal, BE	16	30	568	1'197	35.5	39.9
PUK Zürich, ZH	20	26	452	613	22.6	23.6
Restliche Leistungserbringer CH	320	302	15'597	15'409	48.7	51.0
Gesamt	8'486	9'592	282'704	345'644	33.3	36.0

Quelle: SPIGES, Bundesamt für Statistik

Spitalleistungsbereiche und -gruppen

Das Psychiatrieleistungsgruppenkonzept in der Version 2024 klassiert alle psychiatrischen Spitalaufenthalte in 18 Leistungsbereiche (PLB) und 26 Leistungsgruppen (PLG). Die Überlieger und diverse Hauptdiagnosen ausserhalb der psychiatrischen Krankheitsbilder werden in den nachfolgenden Analysen nicht berücksichtigt. Aus nachfolgender Tabelle ist zu entnehmen, dass drei Leistungsbereiche mehr als 70 Prozent der Spitalaufenthalte vereinen. 35 Prozent der Spitalaufenthalte fallen in die Krankheitsbilder Depressive Störungen, Dysthymien, Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen, 22 Prozent haben ihre Ursache in Abhängigkeitskrankheiten und 15 Prozent der Hospitalisationen liegen Krankheitsbilder aus dem Formenkreis der psychotischen und bipolaren Störungen zu Grunde. Weitere Bereiche mit namhaften stationären Fällen sind die Leistungsbereiche Demenzen und Delire sowie

Persönlichkeitsstörungen (je 6 Prozent) sowie Angst-, Zwangs- und Belastungsstörungen (5 Prozent). Die restlichen Krankheitsbilder weisen jeweils Anteile von kleiner gleich 1 Prozent auf. Der grösste Zuwachs an Fällen fiel zwischen den Jahren 2022 und 2024 im Leistungsbereich «ABH Abhängigkeitserkrankungen» an (+194), gefolgt von den Bereichen «PERS Persönlichkeitsstörungen» (+61), «DEPR Depressive Störungen» (+43), «DEMD Demenzen und Delire» (+36) sowie «AZB Angst-, Zwangs- und Belastungsstörungen» (+34). Umgekehrt waren in den beiden Leistungsbereichen «DISS Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen» (-25) sowie «PBS Psychotische und bipolare Störungen und Zylothymien» (-12) die grössten Fallzahlrückgänge zu verzeichnen.

Tabelle 8: Fälle nach Psychiatrieleistungsgruppen, Erwachsenenbevölkerung der Planungsregion, 2022-2024

PLB	PLG	2022	2023	2024	Diff. absolut	Diff. in %	An- teil in %
BPPSYCH	Psychiatrie Überlieger, Alzheimer, Diverse	765	803	888	122	16%	9%
	BPUEB – Überlieger	701	751	851	150	21%	9%
	BPALZ - Alzheimer/Parkinson	11	12	3	-8	-73%	<1%
	BPAND - Diverse Diagnosen	53	40	34	-19	-36%	<1%
ABH	Abhängigkeitserkrankungen	1'884	2'086	2'078	194	10%	22%
	ABH1 - Alkohol, Medikamente und Nikotin	1'333	1'397	1'390	57	4%	14%
	ABH2 – Illegale Drogen	542	675	680	138	25%	7%
	ABH3 – nicht substanzgebunden	9	14	8	-1	-11%	<1%
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung	21	20	21	-	-	<1%
AUTI	Autismusspektrumstörungen	23	18	28	5	22%	<1%
AZB	Angst-, Zwangs- und Belastungsstörungen	398	417	432	34	9%	5%
	AZB1 - Angststörungen und phobische Störungen	128	139	148	20	16%	2%
	AZB2 - Zwangsstörungen, Störungen der Impulskontrolle und Ticstörungen	45	50	54	9	20%	1%
	AZB3 - Posttraumatische Belastungsstörungen	225	228	230	5	2%	2%
DEMD	Demenzen und Delire	512	486	548	36	7%	6%
DEPR	Depressive Störungen, Dysthymien, Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen	3'294	3'314	3'337	43	1%	35%
DISS	Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	75	70	50	-25	-33%	1%
ESSS	Anorexien, Bulimien, Binge Eating Störungen und Adipositas	66	55	60	-6	-9%	1%
FOR	Forensische Psychiatrie	73	57	81	8	11%	1%
	FOR1 - Stationärer Massnahmenvollzug (Einweisende Instanz: Justizbehörden)	73	57	81	8	11%	1%
	FOR2 - Krisenintervention bei Haft und U-Haft	-	-	-			
INTE	Behandlung von Patienten mit intellektuellen Beeinträchtigungen	47	37	40	-7	-15%	<1%
KIND	Säuglings- und kinderspezifische Störungen	-	-	2	2	-	-
MUKI	Mutter-Kind-Behandlungen	19	22	20	1	5%	<1%

PLB	PLG	2022	2023	2024	Diff. absolut	Diff. in %	An- teil in %
PBS - Psychotische und bipolare Störungen		1'422	1'441	1'410	-12	-1%	15%
	PBS1 - Schizophrenien, schizotype und wahnhaftige Störungen, Katatonien	1'068	1'104	1'078	10	1%	11%
	PBS2 - Manien, bipolare Störungen und Zylothymien	354	337	332	-22	-6%	3%
PERS - Persönlichkeitsstörungen		531	529	592	61	11%	6%
SCHL - Nichtorganische Schlafstörungen		6	7	5	-1	-17%	<1%
SEXS - Störungen in Verbindung mit Sexualität		1	2	-	-1	-	-
SOZI - Störungen des Sozialverhaltens		2	-	-	-2	-	-
Gesamt		9'139	9'364	9'592	453	5%	100%

Quelle: Medizinische Statistik/SPIGES, Bundesamt für Statistik

Hospitalisationsraten

Der Kanton Appenzell Ausserrhoden verfügt in der Erwachsenenpsychiatrie mit 147 Spitalaufenthalte je 10'000 Einwohnerinnen und Einwohner über eine überdurchschnittliche und der Kanton Appenzell Innerrhoden mit 79 um eine unterdurchschnittliche Hospitalisationsrate im schweizweiten Vergleich. Die beiden Kantone St.Gallen und Thurgau befinden sich mit 127 bzw. 136 Spitalaufenthalte im schweizerischen Durchschnitt.

Schweregrad

In der stationären Psychiatrie fehlt ein aussagekräftiger und standardisiert verfügbarer Index der Fallschwere der behandelten Patientinnen und Patienten. TARPSY beinhaltet zwar einen Schweregrad-Indikator (Psychiatric Severity Level, PSL), dieser kommt jedoch ausschliesslich innerhalb der einzelnen Psychiatric-Cost-Groups (PCG) zur Anwendung, erlaubt somit keinen Vergleich über die einzelnen Gruppen hinaus und ist zudem wenig diskriminierend.

Ein alternativer Ansatz besteht darin, für jede Patientin und jeden Patienten auf Basis der jeweiligen HoNOS³² /HoNOSCA³³ -Einstufung einen Score zu bilden. Es handelt sich dabei um zwei klinische Instrumente zur Erfassung des Schweregrads psychischer und psychosozialer Probleme bei Erwachsenen (HoNOS) bzw. Kindern und Jugendlichen (HoNOSCA). Es stehen 12 (HoNOS) bzw. 13 (HoNOSCA) Dimensionen zur Auswahl mit je einer Skala von «0 kein Problem» bis «4 schweres Problem». Dabei kann durch Summierung der Punkte der einzelnen Dimensionen ein Score je Patientin und Patient berechnet werden. Der maximale Score beträgt für HoNOS 48 und für HoNOSCA 52 Punkte. Für die Berechnung des Scores werden einzig die Beurteilung der Behandelnden zum Zeitpunkt des stationären Eintritts verwendet. Für weitere Ausführungen zur Methodik und detaillierte Resultate wird auf Anhang 4: Fallschwere in der Psychiatrie: Methodik verwiesen.

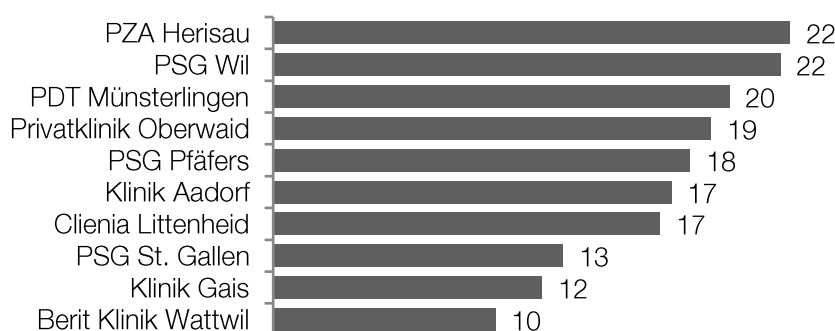
Die durchschnittliche Fallschwere aller innerregional behandelten SGARAITG-Fälle beläuft sich auf 18,9 HoNOS-Punkte (Abbildung 28). Die Berit Klinik Wattwil weist mit 9,6 den tiefsten, das PZA Herisau den höchsten Wert auf. Die Streuung zwischen den Leistungserbringern ist beträchtlich. Die AVV-Leistungserbringer weisen tendenziell einen höheren Score auf. Auffällig sind der hohe Werte der Privatklinik Oberwaid,

³² Health of the Nation Outcome Scales.

³³ Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents.

der tiefe Wert der Clenia Littenheid und der sehr tiefe Wert des PSG-Standortes St.Gallen. Es bleibt unklar, welcher Anteil der Unterschiede effektiv ursächlich in der Fallschwere der Patientinnen und Patienten und welcher in Unterschieden der Codierintensität und -qualität liegen.

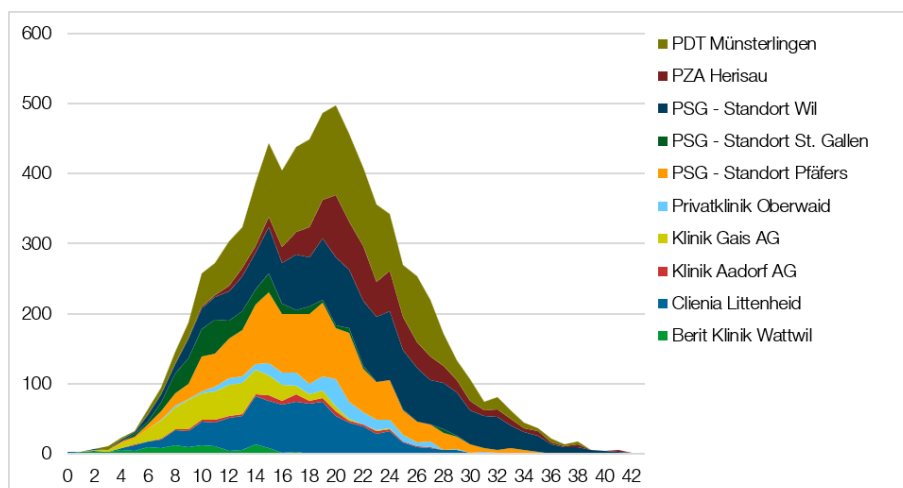
Abbildung 28: Durchschnittliche Fallschwere (HoNOS) je Leistungserbringer, SGARITG, Erwachsenenpsychiatrie, 2024



Quelle: SPIGES, Bundesamt für Statistik

Betrachtet man die Verteilung der Häufigkeit der Punktezahl, so bestehen zwischen den Leistungserbringern grosse Unterschiede (Abbildung 29). Drei Viertel der Fälle der Berit Klinik Wattwil weisen einen Score von 11 oder weniger auf. Gegenüber dem Gesamtbild eine «Schiefverteilung» gegen links weisen auch die Klinik Gais und der PSG-Standort St.Gallen auf. Eine Schiefverteilung gegen rechts weisen umgekehrt die AVV-Kliniken auf, am ausgeprägtesten das PZA Herisau auf: Es behandelt kaum Patientinnen und Patienten mit einem Score unter 10 und weist eine Massierung von Fällen zwischen 19 und 25 auf. Die Klinik Wil verfügt über die grösste Spannweite und einen überproportionalen Anteil an Fällen mit Score > 30 Punkten. Der schwerste Fall wies im Jahr 2024 42 von 48 möglichen Punkten auf. Es besteht keinerlei Korrelation zwischen Fallschwere und Verweildauer, wie aus der im Anhang hervorgeht.

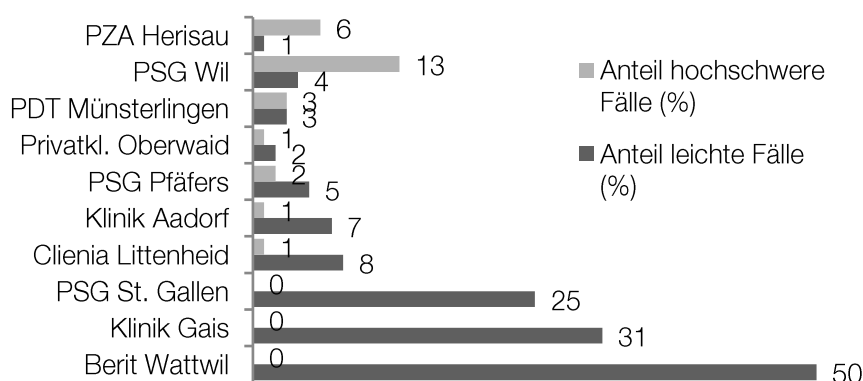
Abbildung 29: Verteilung der Fälle je Punktezahl und Leistungserbringer, SGARITG, Erwachsenenpsychiatrie, 2024



Quelle: SPIGES, Bundesamt für Statistik

Insgesamt werden in der Erwachsenenpsychiatrie 568 Fälle (7 Prozent) als leicht (Score < 10) und 368 Fälle (5 Prozent) als hochschwer (Score > 30) ausgeschieden. Anteilsmässig am meisten leichte Fälle weist die Klinik Gais auf (24 Prozent), gefolgt vom Standort St.Gallen der PSG (14 Prozent), der Clenia Littenheid (13 Prozent) sowie den Standorten Pfäfers und Wil (je 12 Prozent) und der PDT Münsterlingen und der Berit Klinik Wattwil (je 11 Prozent). Betrachtet man das Verhältnis innerhalb des Leistungserbringers zwischen leichten Fällen und allen behandelten Fällen, so führt mit Abstand die Berit Klinik Wattwil mit 50 Prozent Anteil an leichten Fällen, gefolgt von der Klinik Gais (31 Prozent) und dem Standort St.Gallen der PSG (25 Prozent). Alle anderen weisen Werte im tiefen einstelligen Bereich auf. Umgekehrt weist der Standort Wil anteilmässig mit 59 Prozent am meisten hochschwere Fälle auf, gefolgt von den PDT Münsterlingen (18 Prozent) und dem PZA Herisau (14 Prozent). Die höchsten Anteile an hochschweren Fällen am Total aller behandelten Fälle weisen die Klinik Wil (13 Prozent) gefolgt vom PZA Herisau (6 Prozent) und der PDT (3 Prozent) auf.

Abbildung 30: Anteile leichte Fälle (Score < 10) und hochschwere Fälle (Score > 30) je Leistungserbringer, SGARAITG, Erwachsenenpsychiatrie, 2024



Quelle: /SPIGES, Bundesamt für Statistik

Die PLG BPALZ (27,0), KIND (24,0), DEMD (22,9), FOR1 (21,7), ABH2 (21,2) und PBS1 (20,7) verfügen über die höchsten durchschnittlichen Fallschweren (Tabelle 9). Umgekehrt weisen die PLG MUKI (13,1), AZB1 (15,2), SCHL und ESS (je 15,5) sowie AZB2 (16,6) die tiefsten durchschnittlichen Fallschweren auf. In den meisten PLG existieren sowohl leichte wie auch hochschwere Fälle (siehe Tabelle nachfolgende Seite). Keine hochschweren Fälle weisen die PLG ABH3, ADHS, AUTI, AZB2, ESS, KIND, MUKI und SCHL auf. Umgekehrt weisen die PLG ABH3, BPALZ, KIND und SCHL keine leichten Fälle auf. Abgesehen von AZB2, AUTI und ESS handelt es sich alles um PLG mit weniger als 20 Fällen. PLG mit einem überproportionalen Anteil an leichten Fällen sind MUKI (18 Prozent), ADHS (17 Prozent), ESS (16 Prozent), AZB1 (15 Prozent), DISS (12 Prozent) und DEPR (10 Prozent). Mehr als 50 Prozent aller leichter Fälle fallen in die PLG DEPR, gefolgt von ABH1 (18 Prozent) und PBS1 (9 Prozent). Umgekehrt weisen DEMD (14 Prozent), FOR1 (10 Prozent), PBS1 (8 Prozent) und ABH2 (7 Prozent) und INTE (6 Prozent) überdurchschnittlich viel hochschwere Fälle auf und fallen 85 Prozent aller hochschweren Fälle auf fünf PLG: PBS1 (22 Prozent), DEMD (20 Prozent), DEPR (17 Prozent), ABH1 und 2 (je 13 Prozent).

**Tabelle 9: Durchschnittliche Fallschwere, leichte und hochschwere Fälle nach Psychiatrieleis-
tungsgruppen, Planungsregion, 2024**

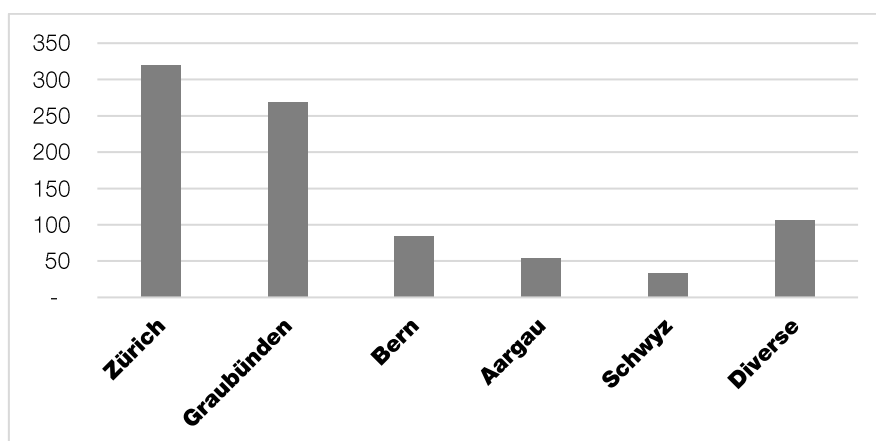
Psychiatrieleistungsgruppe	Fälle	Fall- schwere	Leichte Fälle	Anteil Total leichte Fälle	Anteil leichte Fälle PLG	Hoch- schwere Fälle	Anteil To- tal hoch- schwere Fälle	Anteil hoch- schwere Fälle PLG
ABH1 - Abhängigkeitserkrankungen: Alkohol, Medikamente und Nikotin	1'256	18.8	104	18%	8%	48	13%	4%
ABH2 - Abhängigkeitserkrankungen: Drogen	658	21.2	28	5%	4%	47	13%	7%
ABH3 - Abhängigkeitserkrankungen: nicht sub- stanzgebunden	5	17.0	-	0%	0%	-	0%	0%
ADHS - Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts- störung	18	17.6	3	1%	17%	-	0%	0%
AUTI - Autismusspektrumstörungen	28	19.0	1	0%	4%	-	0%	0%
AZB1 - Angststörungen und phobische Störun- gen	130	15.2	20	4%	15%	2	1%	2%
AZB2 - Zwangsstörungen, Störungen der Im- pulskontrolle und Ticstörungen	38	16.6	3	1%	8%	-	0%	0%
AZB3 - Posttraumatische Belastungsstörungen	214	19.7	2	0%	1%	6	2%	3%
BPALZ - Alzheimer, Parkinson	3	27.0	-	0%	0%	1	0%	33%
BPAND - Diverse Diagnosen	21	21.7	1	0%	5%	1	0%	5%
DEMD - Demenzen und Delire	538	22.9	4	1%	1%	75	20%	14%
DEPR - Depressive Störungen, Dysthymien, Be- lastungsreaktionen und Anpassungsstörungen	2'959	17.1	292	51%	10%	62	17%	2%
DISS - Dissoziative, somatoforme und Schmerz- störungen	33	16.8	4	1%	12%	1	0%	3%
ESSS - Anorexien, Bulimien, Binge Eating Stö- rungen und Adipositas	45	15.5	7	1%	16%	-	0%	0%
FOR1 - Stationärer Massnahmenvollzug (Einwei- sende Instanz: Justizbehörden)	42	21.5	2	0%	5%	4	1%	10%
INTE - Behandlung von Patienten mit intellektu- ellen Beeinträchtigungen	36	20.1	1	0%	3%	2	1%	6%
KIND - Säuglings- und kinderspezifische Störun- gen	2	24.0	-	0%	0%	-	0%	0%
MUKI - Mutter-Kind-Behandlungen	11	13.1	2	0%	18%	-	0%	0%
PBS1 - Schizophrenien, schizotype und wahn- hafte Störungen, Katatonien	1'021	20.7	50	9%	5%	82	22%	8%
PBS2 - Manien, bipolare Störungen und Zyk- lothymien	308	18.2	23	4%	7%	13	4%	4%
PERS - Persönlichkeitsstörungen	557	19.8	21	4%	4%	24	7%	4%
SCHL - Nichtorganische Schlafstörungen	2	15.5	-	0%	0%	-	0%	0%
Gesamt	7'925	18.9	568	100%	7%	368	100%	5%

Quelle: Medizinische Statistik, Bundesamt für Statistik

Patientenströme

Gut 880 oder rund 9 Prozent der psychiatrischen Spitalaufenthalte der Bevölkerung im Erwachsenenalter der vier Planungskantone erfolgten im Jahr 2024 in 57 Spitalstandorten ausserhalb der Planungsregion. Knapp 90 Prozent der Spitalaufenthalte fallen auf die fünf Kantone Zürich, Graubünden, Bern, Aargau und Schwyz.

Abbildung 31: Patientenströme Erwachsenenpsychiatrie nach Zielkanton, 2024



Quelle: SPIGES, Bundesamt für Statistik

20 ausserregionale Leistungserbringer vereinen im Jahr 2024 82 Prozent der psychiatrischen Spitalaufenthalte ausserhalb der Planungsregion im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie (siehe Tabelle nachfolgende Seite). Zusätzliche 37 Leistungserbringer teilen sich die Versorgung der 157 restlichen ausserregionalen stationären psychiatrischen Aufenthalte der Bevölkerung der vier Planungskantone. Es handelt sich fast ausschliesslich um freiwillige Wahlbehandlungen, was aus den tiefen durchschnittlichen Werten der Raten der fürsorgerischen Unterbringung (8 Prozent) und des Notfallanteils (14 Prozent) für ausserregionale Leistungserbringer hervorgeht. Einzelne Kliniken weisen einen weit überdurchschnittlichen Anteil an zusatzversicherten Patientinnen und Patienten auf (Privatklinik Hohenegg, Clenia Schlössli, Sanatorium Kilchberg, Klinik Waldhaus, Clinica Holistica Susch).

Tabelle 10: Fälle und weitere Kenndaten der Spitalaufenthalte der erwachsenen Bevölkerung der Planungsregion in den wichtigsten psychiatrischen Spitälern ausserhalb der Planungsregion, 2024

Spital	Fälle	Pflege- tage	Ver- weil- dauer	DMI	% HP/P	% FU	% Not- fälle	Ø Alter
Forel Klinik AG, ZH	98	4'327	44.2	0.923	0%	0%	0%	47
Clinica Holistica Susch, GR	83	3'282	39.5	0.914	24%	0%	1%	46
Hochgebirgsklinik Davos AG, GR	66	3'693	56	0.942	11%	0%	0%	48
Rehabilitationszentrum Seewis, GR	61	3'140	51.5	0.943	10%	0%	0%	53
PDGR Klinik Waldhaus, GR	59	3'881	65.8	1.115	27%	10%	27%	46
Clienia Schlössli AG, ZH	46	1'343	29.2	1.182	57%	24%	30%	58
Privatklinik Hohenegg AG, ZH	43	2'066	48	0.93	72%	0%	0%	46
Sanatorium Kilchberg, ZH	42	1'463	34.8	1.022	31%	5%	17%	50
AMEOS Seeklinikum Brunnen, SZ	34	1'200	35.3	0.963	9%	0%	0%	49
Klinik SGM, BE	30	1'197	39.9	0.929	0%	3%	0%	50
PUK Zürich, ZH	26	613	23.6	1.148	0%	39%	50%	36
Psychiatriezentrum Breitenau, SH	18	345	19.2	1.11	0%	33%	78%	38
PUK Rheinau, ZH	17	4'264	250.8	1.024	0%	0%	0%	36
Rehaklinik Braunwald, GL	16	615	38.4	0.995	0%	0%	0%	48
Klinik Arlesheim AG, BL	16	653	40.8	0.97	13%	0%	0%	48
Zürcher RehaZentrum Davos, GR	15	549	36.6	0.966	7%	0%	0%	49
entero Klinik für Suchttherapie Ent- wöhnung, Eglistwil, AG	14	1'515	108.2	0.845	0%	0%	7%	35
UPK Basel, BS	14	366	26.1	1.204	0%	21%	57%	41
Integr. Psych. Winterthur Ipw, ZH	14	802	57.3	1.049	21%	0%	14%	37
Privatklinik Meiringen, BE	13	491	37.8	1.005	8%	0.0%	8%	41

Quelle: SPIGES, Bundesamt für Statistik

In sechs Psychiatrieleistungsgruppen ist der Versorgungsanteil der ausserregionalen Leistungserbringer höher als 20 Prozent (siehe Tabellen auf nachfolgender Seite). Davon weisen zwei weniger als 10 Fälle insgesamt auf (ABH3 und SCHL). Auch die übrigen PLG weisen tiefe Fallzahlen auf. Spitzenreiter beim ausserregionalen Versorgungsanteil sind die Mutter-Kind-Behandlungen (MUKI), dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen (DISS) sowie Zwangsstörungen, Störungen der Impulskontrolle und Ticstörungen (AZB2) und Essstörungen (ESSS). Teilweise sind diese Angebote bereits heute gesichert durch Erteilung von ausserregionalen Leistungsaufträgen (z.B. FOR1, ABH3 und MUKI).

Tabelle 11: Psychiatrie-Leistungsgruppen (PLG) in der Erwachsenenpsychiatrie mit mehr als 20 Prozent Anteilen an Spitalaufenthalten in Kliniken ausserhalb der Planungsregion, 2024

Psychiatrieleistungsgruppe	Austritte Total	Davon innerre-gional	Davon ausserre-gional	in %
ABH3 - Abhängigkeitserkrankungen: nicht substanzgebunden	8	5	3	38%
AZB2 - Zwangsstörungen, Störungen der Impulskontrolle und Ticstörungen	54	38	16	30%
DISS - Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	50	33	17	34%
ESSS - Anorexien, Bulimien, Binge Eating Störungen und Adipositas	61	45	16	26%
FOR1 - Stationärer Massnahmenvollzug (Einweisende Instanz: Justizbehörden)	81	63	18	22%
MUKI - Mutter-Kind-Behandlungen	20	11	9	45%
SCHL - Nichtorganische Schlafstörungen	5	2	3	60%

Quelle: SPIGES, Bundesamt für Statistik

Gemäss Tabelle 12 und Tabelle 13 erfüllen ein bzw. zwei Leistungserbringer in je einer Leistungsgruppe das doppelte Kriterium der Versorgungsrelevanz, wonach ein Leistungsbringer mindestens 10 Prozent Versorgungsanteil und mindestens 10 Fälle entweder am Gesamtvolumen der Spitalaufenthalte aller vier oder eines einzigen Kantons je Psychiatrieleistungsgruppe aufweisen muss.

Tabelle 12: Ausserregionale Leistungserbringer in der Erwachsenenpsychiatrie mit ≥ 10 Prozent Anteilen an Spitalaufenthalten Bevölkerung SGARITG und ≥ 10 Fälle je Psychiatrie-Leistungsgruppe (PLG), 2024

Kürzel	Leistungserbringer	Austritte Total	Davon Leistungser-bringer	in %
AZB2	Sanatorium Kilchberg	54	11	20%

Quelle: SPIGES, Bundesamt für Statistik

Tabelle 13: Ausserregionale Leistungserbringer in der Erwachsenenpsychiatrie mit ≥ 10 Prozent Anteilen an Spitalaufenthalten von mindestens einer Kantonsbevölkerung SGARITG und ≥ 10 Fälle je Psychiatrie-Leistungsgruppe (PLG), 2024

Kürzel	Leistungserbringer	Austritte Kanton	Davon Leis-tungser-bringer	in %
ABH1	Forel Klinik	TG: 559	56	10%
AZB2	Sanatorium Kilchberg	SG: 40	10	25%

Quelle: SPIGES, Bundesamt für Statistik

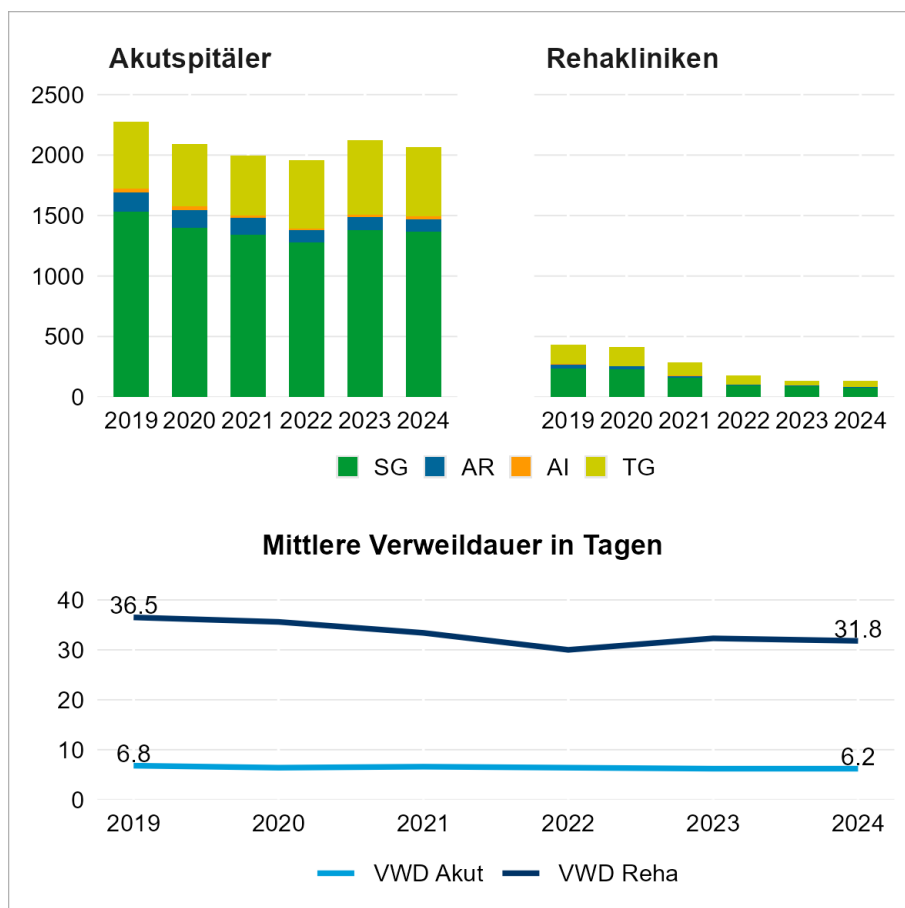
Akutspitäler und Rehakliniken

Personen mit psychischen Erkrankungen werden auch in somatischen Akutspitälern und in Rehabilitationskliniken behandelt. Die angebotenen Behandlungsspektren in Akutspitälern und Rehakliniken richten sich an unterschiedlichste Patientengruppen. Darin beinhaltet sind u.a. Kurzaufenthalte von Personen mit psychischen Erkrankungen in Akutspitälern aufgrund einer somatischen Komplikation, Spitalaufenthalte aufgrund von akuten Drogenintoxikationen und entsprechenden Entwöhnungen, Behandlungen von organischen Störungen namentlich bei Betagten, Essstörungen sowie Stressfolgeerkrankungen und deren (psycho)-somatischen (Begleit-) Erkrankungen.

In den letzten Jahren fand ein Aufbau von Versorgungsangeboten für Personen mit Stressfolgeerkrankungen (Burnout, Depressionen) und somatoformen Belastungsstörungen ausserhalb der klassischen psychiatrischen Versorgungsstrukturen statt. Die Kliniken Gais und Oberwaid führen schon seit Beginn der Erhebungsperiode (Jahr 2019) eine Abteilung für psychosomatische Rehabilitation. Seit dem 1. Juli 2020 figuriert die Klinik Oberwaid auch auf der Spitalliste Psychiatrie des Kantons St. Gallen mit einem Leistungsauftrag für die Hauptdiagnose-Gruppen F3, F4 und F5 beschränkt auf psychosomatische Krankheitsbilder. Die über TARPSY abgerechneten Spitalaufenthalte werden der spezialisierten psychiatrischen Versorgung zugeteilt (siehe auch Anhang 5: Definitionen). Im vorliegenden Kapitel werden im Bereich der Rehabilitation somit ausschliesslich Fälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose mit Abrechnung über ST Reha berücksichtigt.

Im Jahr 2024 fanden in den Planungskantonen 2'206 stationäre Behandlungen von erwachsenen Patientinnen und Patienten mit psychiatrischer Hauptdiagnose in Akutspitälern (2'069) oder Rehakliniken (137) statt (siehe Abbildung 32 nächste Seite). Insgesamt erfolgte zwischen 2019 und 2024 ein Rückgang der Anzahl erwachsenen Personen mit psychiatrischer Hauptdiagnose in Akutspitälern um jährlich rund 1,5 Prozent (von 2'273 auf 2'069) resp. um jährlich rund 19 Prozent (von 430 auf 137) in Rehakliniken. Dieser Rückgang kann teilweise damit erklärt werden, dass ab dem Jahr 2018 gewisse Rehakliniken Teile ihre psychosomatischen Patientinnen und Patienten über TARPSY abrechnen.

Abbildung 32: Entwicklung der Anzahl Patientinnen und Patienten mit psychiatrischer Hauptdiagnose in Akutspitälern und Rehakliniken und ihre mittlere Verweildauer, Erwachsenenpsychiatrie, Planungsregion, 2019-2024



Quelle: SPIGES, Bundesamt für Statistik

Die mittlere Verweildauer der Patientinnen und Patienten mit psychiatrischer Hauptdiagnose in Akutspitälern sank fast durchgehend von 6,8 Tagen im Jahr 2019 auf 6,2 Tage im Jahr 2024. Auch in den Rehakliniken ist ein klarer Abwärtstrend sichtbar. Die mittlere Verweildauer betrug im Jahr 2019 noch 36,5 Tage, bis ins Jahr 2024 sank sie auf 31,8 Tage.

Tabelle 14: Patientinnen und Patienten mit psychiatrischer Hauptdiagnose nach Leistungserbringer, Akutsomatik, Planungsregion, 2024

Leistungserbringer	Austritte	Pflegetage	Mittlere Verweildauer
HOCH Kantonsspital St.Gallen, SG	509	3'894	7.7
Spital Thurgau Kantonsspital Münsterlingen, TG	273	1'291	4.7
HOCH Spital Wil, SG	204	1'080	5.3
Spital Thurgau Kantonsspital Frauenfeld, TG	154	637	4.1
HOCH Spital Altstätten, SG	149	1'195	8.0
Berit Klinik Wattwil, SG	140	497	3.6

Leistungserbringer	Austritte	Pflegetage	Mittlere Verweildauer
HOCH Spital Linth, SG	129	1'178	9.1
Geriatrische Klinik, SG	90	1'380	15.3
HOCH Spital Grabs, SG	89	220	2.5
SVAR Spital Herisau, AR	81	270	3.3
Spital Walenstadt, SG	43	275	6.4
Universitätsspital Zürich, ZH	25	130	5.2
Spital Männedorf, ZH	21	138	6.6
Kantonsspital Graubünden, GR	18	100	5.6
Diverse	144	538	3.7
Gesamt	2'069	12'823	6.2

Quelle: SPIGES, Bundesamt für Statistik

90 Prozent der Spitalaufenthalte von Einwohnerinnen und Einwohnern der Planungsregion mit psychiatrischer Hauptdiagnose in Akutspitälern erfolgten im Jahr 2024 bei Leistungserbringern innerhalb der Planungsregion. 740 Fälle wiesen eine Suchterkrankung auf, davon 236 Entzugsbehandlungen. 191 Fälle wurden in spezialisierten Abteilungen der Akutgeriatrie in der Geriatrischen Klinik St.Gallen, den HOCH Spitalstandorten Altstätten, Grabs, Linth und Wil sowie dem Spital Walenstadt und dem Spital Herisau behandelt, wovon 137 organisch bedingte psychische Störungen (Delir/Demenz) aufwiesen. Diese Patientinnen und Patienten wiesen eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von gut 14 Tagen auf. Weitere knapp 400 Fälle mit Delir-/Demenzdiagnose wurden in Akutstationen von Akutspitälern mit einer durchschnittlichen Verweildauer von gut 7 Tagen behandelt. Zusätzliche 400 Spitalaufenthalte stammten aus dem Krankheitsbereich «F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen», wovon rund die Hälfte aus dem Formenkreis der somatoformen Störungen. Rund 50 Fälle aus dem Störungskreis «F64 Transsexualismus» und gut 20 Fälle mit Anorexie-/Bulimie-Erkrankungen (F50).

Tabelle 15: Patientinnen und Patienten mit psychiatrischer Hauptdiagnose nach Leistungserbringer, Rehabilitation, Planungsregion, 2024

Leistungserbringer	Austritte	Pflegetage	Mittlere Verweildauer
Privatklinik Gais, AR	36	1'026	28.5
Privatklinik Oberwaid, SG	30	1'074	35.8
Rehaklinik Zihlschlacht, TG	20	920	46.0
Center da Sanda Engiadina Bassa, GR	8	226	28.3
Zürcher RehaZentrum Davos, GR	7	291	41.6
Klinik St. Katharinental, TG	7	160	22.9
Reha-Zentrum Valens, SG	5	170	34.0
Rehaklinik Dussnang, TG	5	109	21.8
Diverse	19	379	19.9
Gesamt	137	4'355	31.8

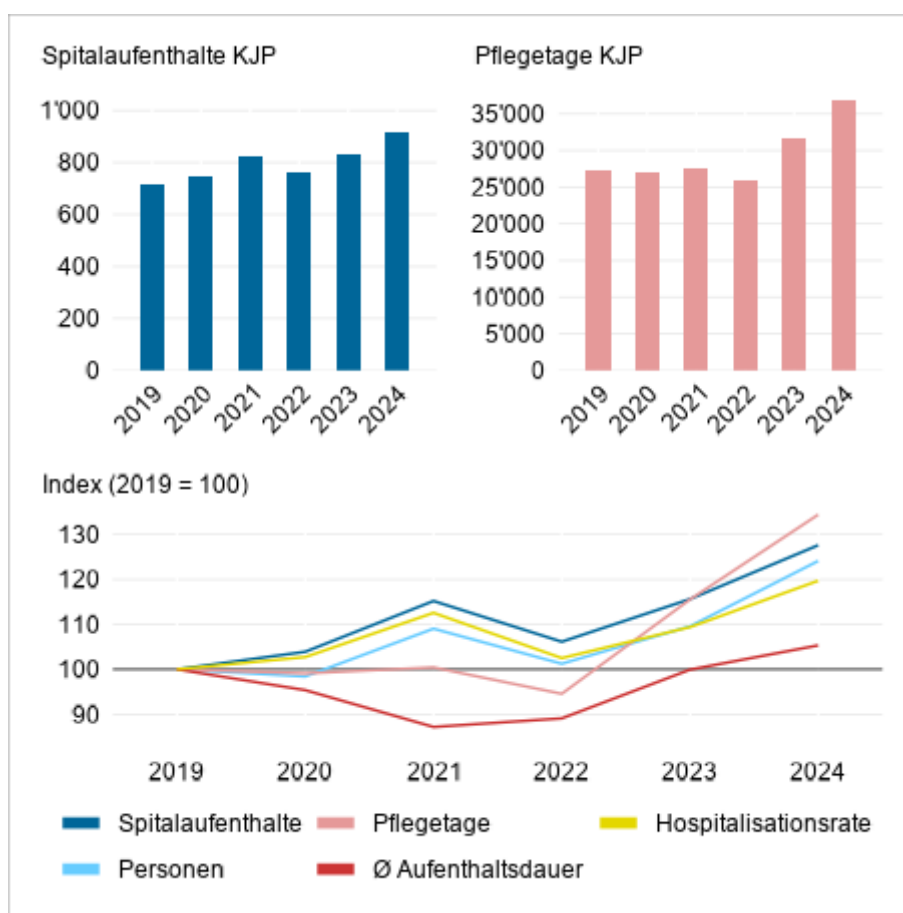
Quelle: SPIGES, Bundesamt für Statistik

82 Prozent der Aufenthalte von Einwohnerinnen und Einwohnern der Planungsregion mit psychiatrischer Hauptdiagnose in der Rehabilitation erfolgten im Jahr 2024 bei Leistungserbringern innerhalb der Planungsregion. Ein grosser Teil dieser Behandlungen erfolgte dabei in Rehakliniken mit Leistungsauftrag für psychosomatische Rehabilitation (Privatkliniken Oberwaid und Gais). Die Rehaklinik Zihlschlacht behandelte insbesondere Patientinnen und Patienten mit organisch bedingten psychischen Störungen (Demenz/Delir).

4.4.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Im Jahr 2024 wurden für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre der vier Planungskantone insgesamt 915 psychiatrische Spitalaufenthalte mit knapp 36'800 Pflegetagen und einer durchschnittlichen Verweildauer von 40,2 Tagen verzeichnet. Damit entfallen auf 1'000 Kinder und Jugendliche der Planungsregion 5,2 Spitalaufenthalte. Seit dem Jahr 2019 stieg die Inanspruchnahme stark an: die Zahl der Spitalaufenthalte und der Pflegetage um je 37 Prozent (+198; +9'369). Da das Bevölkerungswachstum bei den Kindern und Jugendlichen seit dem Jahr 2019 tiefer ausfiel (+6,6 Prozent) als der Zuwachs bei den Spitalaufenthalten (+37 Prozent), ist die Hospitalisationsrate je 10'000 Kinder und Jugendliche zwischen den Jahren 2019 und 2024 um 20 Prozent von 43 auf 52 angestiegen.

Abbildung 33: Entwicklung der psychiatrischen Spitalaufenthalte, der Pflegetage und durchschnittlichen Verweildauer sowie Hospitalisationsrate, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Planungsregion, 2019-2024, absolut und indexiert (100 = 2019)



Quelle: SPIGES, Bundesamt für Statistik

Die durchschnittliche Verweildauer stieg auf Ebene der Planungsregion zwischen den Jahren 2019 und 2024 nur leicht um 5 Prozent an. Im Kanton Appenzell Ausserrhoden nahm sie um 30 Prozent zu, im Kanton Appenzell Innerrhoden um 27 Prozent ab, wobei hier aufgrund der kleinen Fallzahlen Ausreisser grosse Auswirkungen auf den Durchschnittswert haben. Im Kanton St.Gallen blieb die Verweildauer unverändert, im Kanton Thurgau nahm sie leicht um 8 Prozent zu.

Aus der Abbildung 33 ist insbesondere auch ersichtlich, dass die Dynamik der Entwicklung in den Jahren 2023 und 2024 stark zugenommen hat. Sowohl die Spitalaufenthalte wie auch die Pflēgetage sind stark angestiegen. Grund dafür sind unterschiedliche Entwicklungen bei den Fallzahlen und den Pflēgetagen. Der Kanton Thurgau wies sowohl eine unterdurchschnittlich Fall- wie auch Pflēgetage-Entwicklung auf (+13 bzw. +23 Prozent). Die Versorgungskliniken des Kantons Thurgau in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (PDT und Littenheid) trugen beide im gleichen Umfang zu diesem stark überdurchschnittlichen Anstieg der Pflēgetage bei. Die Entwicklungen in den anderen Kantonen waren gleichläufiger (SG: Fälle und Pflēgetage +36 bzw. +35 Prozent; AR: Fälle und Pflēgetage +60 bzw. +69 Prozent) oder umgekehrt (AI: Fälle und Pflēgetage +214 bzw. +44 Prozent).

Die Anzahl stationär behandelten Kinder und Jugendliche nahm im Beobachtungszeitraum auf Ebene der Planungsregion um 28 Prozent zu. Während der Kanton Thurgau mit 13 Prozent eine unterdurchschnittliche Steigerungsrate aufweist (von 287 auf 325), haben sich die Fälle im Kanton Appenzell Innerrhoden auf tiefem Niveau fast verdoppelt (von 9 auf 15) und sind diejenigen des Kantons Appenzell Ausserrhoden um 34 Prozent angestiegen (von 56 auf 75). Im Kanton St.Gallen nahm die Zahl der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Fälle um 37 Prozent zu (von 365 auf 500).

Betrachtet man diese Steigerung zusammen mit der Entwicklung der Hospitalisationsrate (+20 Prozent seit dem Jahr 2019), so ist zu erkennen, dass auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine gewisse Angleichung zwischen den Planungskantonen stattfand. Der Kanton Appenzell Ausserrhoden weist im Jahr 2024 die höchste Rate auf (6,7), gefolgt von Thurgau (5,6), St.Gallen (4,8) und Appenzell Innerrhoden (4,6).

Entwicklung nach Leistungserbringer

Die nachfolgende Tabelle listet alle Leistungserbringer der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit mehr als 10 Fällen aus der Planungsregion auf. Im Jahr 2024 decken die zwei Vollversorger Clenia Littenheid und KJPZ unter Berücksichtigung der Adoleszentenpsychiatriestation der PDT 65 Prozent der stationären Inanspruchnahme von Kindern und Jugendlichen aus der Planungsregion ab. Sechs Jahre früher betrug dieser Anteil noch 60 Prozent. Ergänzt wird das Angebot durch die psychosomatischen Angebote der spezialisierten Leistungserbringer der Kinder- und Jugendmedizin des KSM und des OKS (einschliesslich Romerhuus). Deren Marktanteile ging im Beobachtungszeitraum von 27 auf 19 Prozent zurück. Die grössten absoluten Fallzahlzunahme verzeichneten die Klinik Sonnenhof (+86), die Clenia Littenheid (+62) und die PDT (+16). Schliesslich ist auf das Angebot der Hochgebirgsklinik Davos zu verweisen. Dieses existierte im Jahr 2019 noch nicht. Im Jahr 2024 wurden 29 Kinder und Jugendliche aus der Planungsregion stationär behandelt. Die restlichen Leistungserbringer mit Ausnahme der Kinderklinik des KSM (-15) und des OKS (-10) verfügten im Jahr 2024 gegenüber dem Jahr 2019 über praktisch unveränderte Patientenzahlen aus der Planungsregion.

Tabelle 16: Psychiatrische Spitalaufenthalte, Pflegetage und mittlere Verweildauer (VWD) der minderjährigen Bevölkerung der Planungsregion nach Leistungserbringer, 2019 und 2024 (Leistungserbringer >10 Fälle)

Spital	Fälle 2019	Fälle 2024	Pflegetage 2019	Pflegetage 2024	VWD 2019	VWD 2024
Klinik Sonnenhof KJPZ, SG	204	290	10'730	12'903	52.6	44.5
Clienia Littenheid AG, TG	175	237	6'704	9'547	38.3	40.3
Ostschweizer Kinderspital (OKS), SG	84	74	1'287	1'468	15.3	19.8
Psychiatrische Klinik Münsterlingen, TG	53	69	2'405	3'473	45.4	50.3
Kantonsspital Münsterlingen KSM, Kinderklinik, TG	78	63	1'261	1'360	16.2	21.6
Romerhuus (OKS), SG	31	34	1'803	2'432	58.2	71.5
Hochgebirgsklinik Davos AG, GR	-	29	-	1'372	-	47.3
PSG - Klinik Wil, SG	19	25	409	600	21.5	24.0
PSG - Klinik Pfäfers, SG	15	24	365	417	24.3	17.4
Psychiatrisches Zentrum AR, Herisau, AR	19	10	365	121	19.2	12.1
Restliche Leistungserbringer CH	39	60	2'068	3'073	53.0	51.2
Gesamt	717	915	27'397	36'766	38.2	40.2

Quelle: Medizinische Statistik, Bundesamt für Statistik

Spitalleistungsbereiche und -gruppen

Das Psychiatrieleistungsgruppenkonzept in seiner Version 2024 klassiert alle Spitalaufenthalte in 18 Leistungsbereiche (PLB) und 26 Leistungsgruppen (PLG). Die Überlieger und diverse Hauptdiagnosen ausserhalb der psychiatrischen Krankheitsbilder werden in den nachfolgenden Analysen nicht berücksichtigt.

Aus der Tabelle auf nachfolgender Seite ist zu entnehmen, dass fast zwei von fünf stationären Spitalaufenthalten bei Kindern und Jugendlichen aufgrund eines Störungsbildes aus dem PLB «DEPR Depressive Störungen, Dysthymien, Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen» erfolgen. Schwerpunkte bestehen überdies in den PLB «PERS Persönlichkeitsstörungen» (10 Prozent), «AZB Angst-, Zwangs- und Belastungsstörungen» (7 Prozent), «ESSS Essstörungen» (6 Prozent) sowie «ADHS Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung» und «ABH Abhängigkeitserkrankungen» (je 5 Prozent).

Der grösste Zuwachs an Fällen zwischen den Jahren 2022 und 2024 war im Leistungsbereich «DEPR Depressive Störungen, Dysthymien, Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen» (+75) zu verzeichnen, gefolgt von den Bereichen «PERS Persönlichkeitsstörungen» (+35) und «ADHS Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung» (+23). Umgekehrt wiesen die Leistungsbereiche «SOZI Störungen des Sozialverhaltens» (-16), «KIND - Säuglings- und kinderspezifische Störungen» (-14) und «AZB2 Zwangsstörungen, Störungen der Impulskontrolle und Ticstörungen» (-10) die grössten Fallzahlrückgänge auf.

Tabelle 17: Fälle nach Psychiatrieleistungsgruppen, minderjährige Bevölkerung der Planungsregion, 2022-2024

84

PLB	PLG	2022	2023	2024	Diff. absolut	Diff. in %	An- teil in %
BPPSYCH	Psychiatrie Basispaket (Überlieger, Alzheimer, Diverse)	65	84	96	31	48%	10%
	BPUEB - Überlieger	62	84	95	33	53%	10%
	BPALZ - Alzheimer/Parkinson	-	-	-			
	BPAND - Diverse Diagnosen	3	-	1	-2	-67%	<1%
ABH	Abhängigkeitserkrankungen	40	43	43	3	8%	5%
	ABH1 - Alkohol, Medikamente und Nikotin	20	21	23	3	15%	3%
	ABH2 - Illegale Drogen	20	22	20	-	0%	2%
	ABH3 - nicht substanzgebunden	-	-	-			
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung	23	32	46	23	100%	5%
AUTI	Autismusspektrumstörungen	15	11	21	6	40%	2%
AZB	Angst-, Zwangs- und Belastungsstörungen	60	35	60	-	0%	7%
	AZB1 - Angststörungen und phobische Störungen	20	20	29	9	45%	3%
	AZB2 - Zwangsstörungen, Störungen der Impulskontrolle und Ticstörungen	15	8	5	-10	-67%	1%
	AZB3 - Posttraumatische Belastungsstörungen	25	7	26	1	4%	3%
DEMD	Demenzen und Delire	-	3	3			
DEPR	Depressive Störungen, Dysthymien, Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen	275	323	350	75	27%	38%
DISS	Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	24	21	27	3	13%	3%
ESSS	Anorexien, Bulimien, Binge Eating Störungen und Adipositas	59	66	59	-	0%	6%
FOR	Forensische Psychiatrie	6	9	7	1	17%	1%
	FOR1 - Stationärer Massnahmenvollzug (Einweisende Instanz: Justizbehörden)	6	9	7	1	17%	1%
	FOR2 - Krisenintervention bei Haft und U-Haft						
INTE	Behandlung von Patienten mit intellektuellen Beeinträchtigungen	2	1	3	1	50%	<1%
KIND	Säuglings- und kinderspezifische Störungen	60	58	46	-14	-23%	5%
MUKI	Mutter-Kind-Behandlungen	-	-	-	7	47%	2%
PBS	Psychotische und bipolare Störungen	15	19	22	7	47%	2%
	PBS1 - Schizophrenien, schizotype und wahnhaftige Störungen, Katatonien	12	13	18	6	50%	2%
	PBS2 - Manien, bipolare Störungen und Zylothymien	3	6	4	1	33%	<1%
PERS	Persönlichkeitsstörungen	60	86	95	35	58%	10%
SCHL	Nichtorganische Schlafstörungen	4	-	1	-3	-75%	<1%
SEXS	Störungen in Verbindung mit Sexualität	4	-	-	-4	-100%	-
SOZI	Störungen des Sozialverhaltens	52	38	36	-16	-31%	4%
Gesamt		761	829	915	154	20%	100%

Quelle: Medizinische Statistik/SPIGES, Bundesamt für Statistik

Die tabellarische Darstellung der Austritte aufgeschlüsselt nach den Leistungsgruppen und Herkunftskantonen ist im Tabellenanhang enthalten.

Alter

In Tabelle 18 werden die kinder- und jugendpsychiatrischen Spitalaufenthalte nach Alter der Patientinnen und Patienten sowie nach Leistungserbringer dargestellt. Kleinkinder (0-5 Jahre) werden primär im Zusammenhang mit somatischen Auffälligkeiten (OKS, KS Münsterlingen) oder im Rahmen von Mutter-Kind-Behandlungen (Hochgebirgsklinik Davos) stationär betreut. Mit jedem weiteren Lebensjahr ist die Zahl der stationären Behandlungen zunehmend. Leistungserbringer der Erwachsenenpsychiatrie behandeln ausschliesslich Jugendliche rund um den 18. Geburtstag. Die Psychiatrische Klinik Münsterlingen beginnt frühestens bei Alter 16 mit der Behandlung. Abgesehen von der Hochgebirgsklinik Davos sind auch die ausserregionalen Spitalbehandlungen konzentriert auf Jugendliche auf dem Weg ins Erwachsenenalter.

Tabelle 18: Psychiatrische Klinikaufenthalte nach Alter und Leistungserbringer, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Planungsregion, 2024

Leistungserbringer	Alter											Gesamt
	0-5	6-9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Klinik Sonnenhof, SG	-	12	2	8	16	28	40	53	55	71	5	290
Clienia Littenheid, TG	2	3	3	2	11	16	44	34	32	53	37	237
OKS, SG	7	4	2	4	2	11	11	15	11	6	1	74
PDT, TG	-	-	-	-	-	-	-	-	7	18	44	69
KS Münsterlingen, TG	1	3	2	6	3	12	16	14	5	1	-	63
Romerhuus (OKS), SG	-	-	-	-	1	9	4	8	5	5	2	34
Hochgebirgsklinik Davos, GR	4	9	1	1	2	4	2	3	2	1	-	29
PSG - Klinik Wil, SG	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	23	25
PSG - Klinik Pfäfers, SG	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	23	24
PZAR, AR	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3	6	10
Diverse	-	-	-	-	-	-	7	3	5	22	23	60
Gesamt	14	31	10	21	35	80	124	130	123	183	164	915

Quelle: SPIGES, Bundesamt für Statistik

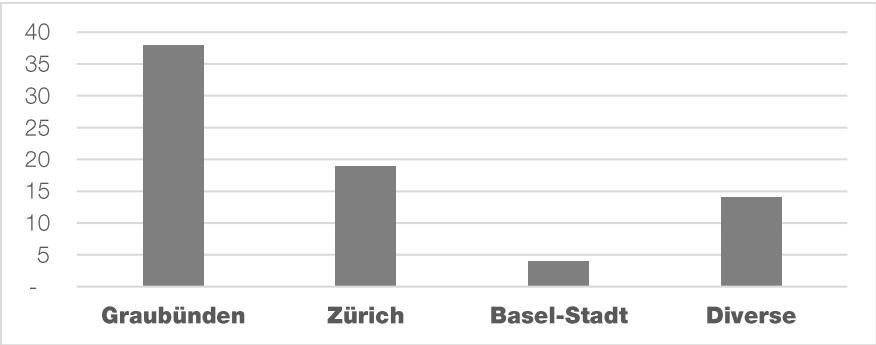
Hospitalisationsraten

Der Kanton Appenzell Ausserrhoden verfügt mit 67 Spitalaufenthalten je 10'000 Kinder und Jugendliche im schweizerischen Vergleich über eine überdurchschnittliche Hospitalisationsrate. Die anderen Kantone weisen mit 56 (TG), 48 (SG) und 46 (AI) Spitalaufenthalten je 10'000 Kinder und Jugendliche tiefere Werte aus.

Patientenströme

75 psychiatrische Spitalaufenthalte der Bevölkerung im Kinder- und Jugendalter der vier Planungskantone erfolgten im Jahr 2024 in 21 Spitalstandorten ausserhalb der Planungsregion. Dies entspricht acht Prozent aller Spitalaufenthalten. Drei Viertel davon wurden in Kliniken in den Kantonen Zürich oder Graubünden behandelt.

Abbildung 34: Patientenströme Kinder- und Jugendpsychiatrie nach Zielkanton, 2024



Quelle: SPIGES, Bundesamt für Statistik

Als einziger Leistungserbringer weist die Hochgebirgsklinik Davos mit 29 Spitalaufenthalten mehr als 10 Fälle aus der Planungsregion auf. Es handelt sich um eine Spezialklinik, die auf die Behandlung von psychosomatischen Krankheitsbildern spezialisiert ist. Die PDGR und die IPW verfügen über ein kinder- und jugendpsychiatrisches Vollversorgungsangebot. Die UPK Basel betreibt in der Deutschschweiz die einzige Jugendforensik-Station. Das KIPSI Zürich und das USZ behandeln Kinder und Jugendliche mit kombinierten somatischen und psychischen Störungsbildern. Schliesslich kombiniert die Modellstation SOMOSA sozialpädagogische und jugendpsychiatrische Betreuungs- und Behandlungsleistungen für hochkomplexe Fälle, die einer intersystemischer Zusammenarbeit zwischen Sozialpädagogik und Jugendpsychiatrie bedürfen. Die Aufenthaltsdauern der Forensik-Fälle der UPK und der Modellstation SOMOSA sind deutlich höher als in regulären kinder- und jugendpsychiatrischen Angeboten.

Tabelle 19: Fälle und weitere Kenndaten der Spitalaufenthalte in den wichtigsten psychiatrischen Spitälern ausserhalb der Planungsregion, Kinder und Jugendliche, Bevölkerung der Planungsregion, 2024 (> 2 Fälle)

Spital	Fälle	Pflege-tage	Verweil-dauer	DMI	% HP/P	% FU	% Not-fälle	Ø Alter
Hochgebirgsklinik Davos AG, GR	29	1'372	47.3	68.301	-	-	-	10.2
PDGR Klinik Waldhaus, GR	8	116	14.5	23.207	-	50%	49%	15.3
IPW Winterthur, ZH	6	159	26.5	33.457	-	50%	61%	17.0
UPK Basel, BS	4	558	139.5	433.791	25%	-	13%	16.5
KISPI Zürich, ZH	4	194	48.5	92.745	-	-	-	17.5
Universitätsspital Zürich (USZ), ZH	4	261	65.3	62.287	-	-	-	17.8
Modellstation SOMOSA, ZH	3	587	195.7	162.630	-	-	-	15.3

Spital	Fälle	Pflege- tage	Verweil- dauer	DMI	% HP/P	% FU	% Not- fälle	Ø Alter
Diverse	17	593	35	34.183	6%	35%	47%	16.9
Gesamt	75	3'840	51.2	73.346	2.7%	17.6%	24%	14.1

Quelle: SPIGES, Bundesamt für Statistik

In drei Psychiatrieleistungsgruppen ist der Versorgungsanteil der ausserregionalen Leistungserbringer höher als 20 Prozent (siehe Tabelle 7). Davon weisen zwei weniger als 10 Fälle insgesamt auf (AZB2 und FOR1). In der PLG ADHS wurden im Jahr 2024 10 stationäre Fälle in Kliniken ausserhalb der Planungsregion behandelt.

Tabelle 20: Psychiatrie-Leistungsgruppen (PLG) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit mehr als 20 Prozent Anteilen an Spitalaufenthalten in Kliniken ausserhalb der Planungsregion, 2024

Psychiatrieleistungsgruppe	Austritte Total	Davon innerre- gional	Davon aus- serregio- nal	in %
ADHS - Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung	46	36	10	22%
AZB2 - Zwangsstörungen, Störungen der Impulskontrolle und Ticstörungen	5	4	1	20%
FOR1 - Stationärer Massnahmenvollzug (Einweisende Instanz: Justizbehörden)	7	4	3	43%

Quelle: SPIGES, Bundesamt für Statistik

Keiner der ausserregionalen Leistungserbringer erfüllt in je einer Leistungsgruppe das doppelte Kriterium der Versorgungsrelevanz, wonach ein Leistungsbringer mindestens 10 Prozent Versorgungsanteil und mindestens 10 Fälle entweder am Gesamtvolumen der Spitalaufenthalte aller vier oder eines einzigen Kantons je Psychiatrieleistungsgruppe aufweisen muss.

Akutspitäler und Rehakliniken

Eine Analyse der Austritte mit psychiatrischer Hauptdiagnose von Kindern und Jugendlichen aus der Planungsregion zeigt, dass solche Behandlungen nur vereinzelt in Akutspitälern erfolgen (siehe nachfolgende Tabelle). Von insgesamt 53 Austritten sind 15 aufgrund von dissoziative Störungsbildern (F43/4), 12 Aufenthalte aufgrund von akuten Intoxikationen (Alkohol/Cannabis) und drei aufgrund von Magersucht erfolgt. 15 der 53 Fälle wurden zur Weiterbehandlung in eine psychiatrische Klinik überwiesen, weitere neun in ein anderes Akutspital oder in eine Rehaklinik. Die Anzahl der Kinder und Jugendlichen, die mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose in einer akutsomatischen Einrichtung behandelt wurden, nahm zwischen dem Jahr 2019 (64 Austritte) und dem Jahr 2024 (53 Austritte) leicht ab.

Tabelle 21: Patientinnen und Patienten mit psychiatrischer Hauptdiagnose, Kinder und Jugendliche, Akutsomatik, Bevölkerung der Planungsregion, 2024

Leistungserbringer	Austritte	Pflegetage	Mittlere Verweildauer
HOCH Kantonsspital St.Gallen, SG	9	47	5.2
Kantonsspital Graubünden (KSGR), GR	8	199	24.9
HOCH Spital Wil, SG	5	5	1.0
HOCH Spital Altstätten, SG	4	4	1.0
Kantonsspital Winterthur, ZH	4	57	14.3
HOCH Spital Grabs, SG	3	4	1.3
SVAR Spital Herisau, AR	3	3	1.0
Kispi Zürich, ZH	3	25	8.3
HOCH Spital Linth, SG	2	2	1.0
Klinik Lengg, ZH	2	5	2.5
Diverse	10	19	1.9
Gesamt	53	370	7.0

Quelle: SPIGES, Bundesamt für Statistik

In der Rehabilitation existiert mit der Hochgebirgsklinik Davos ein einziger Leistungserbringer, der Kinder und Jugendliche aus der Planungsregion behandelt. Von insgesamt 13 Spitalaufenthalten fallen fünf in den Bereich dissoziative Bewegungsstörungen (F444), also Bewegungsauffälligkeiten wie Lähmungen oder unkontrollierte Bewegungen als Reaktion auf emotionale Belastungen. Einer der 12 Fälle wurde zur Weiterbehandlung in eine Rehabilitationsklinik überwiesen. Die psychiatrischen Behandlungen in der Rehabilitation nahmen zwischen 2019 und 2024 von einem auf 13 Austritte zu. Die Hochgebirgsklinik Davos verfügt vom Standortkanton Graubünden auch über einen Leistungsauftrag für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Wie weiter oben ersichtlich, behandelte sie unter diesem Leistungsauftrag auch 29 Kinder und Jugendliche aus der Planungsregion SGARAITG.

Tabelle 22: Patientinnen und Patienten mit psychiatrischer Hauptdiagnose, Rehabilitation, Kinder und Jugendliche, Bevölkerung Planungsregion, 2024

Leistungserbringer	Austritte	Pflegetage	Mittlere Verweildauer
Hochgebirgsklinik Davos	13	758	58.3

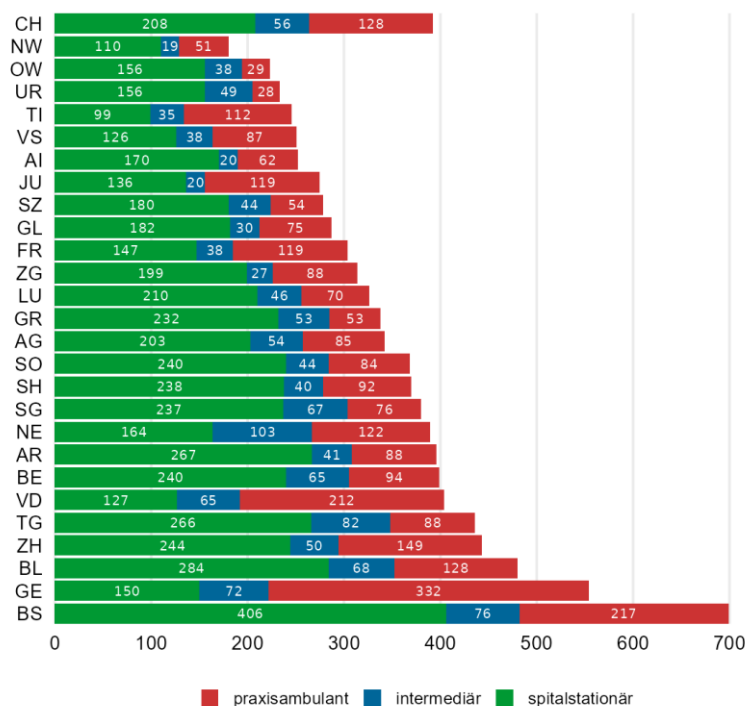
Quelle: SPIGES, Bundesamt für Statistik

5.1 Verlagerungspotenzial stationär-intermediär-ambulant

Die deutschsprachige Schweiz verfügt im europäischen Vergleich über eine hohe stationäre Inanspruchnahme ([Eurostat 2026](#), [Borghini et al. 2020](#)). Die meisten Kantone finanzieren gleichzeitig sozialpsychiatrische intermediäre Angebotsstrukturen mit. Leistungserbringer haben jedoch keine finanziellen Anreize, die Verlagerung in den intermediären Bereich voranzutreiben und stationäre Kapazitäten zu schliessen. Gleichzeitig ist bekannt, dass eine intermediäre Behandlung kostengünstiger ausfällt als eine stationäre (Kapitel 1.5).

Aus einer Publikation des OBSAN geht hervor ([OBSAN 2024c](#)), dass drei von vier Kantonen der Planungsregion überdurchschnittliche Finanzvolumen je versicherte Person für den stationären Bereich aufweisen (TG/AR: 266/267; SG: 237, CH: 208). Gleichzeitig werden in je zwei Kantonen überdurchschnittlich viel (SG/TG) bzw. wenig (AR/Al) Geld für intermediäre psychiatrische Angebote aufgewendet. Schliesslich sind in allen vier Planungskantonen die Ausgaben der OKP je versicherte Person für psychiatrische und psychotherapeutische Leistungen von Niedergelassenen unterdurchschnittlich (AR/TG: 88; SG: 76; Al 62; CH: 128).

Abbildung 35: Leistungsvolumen Psychiatrie in Franken je versicherte Person nach Angebotsstruktur und Wohnkanton, 2021



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

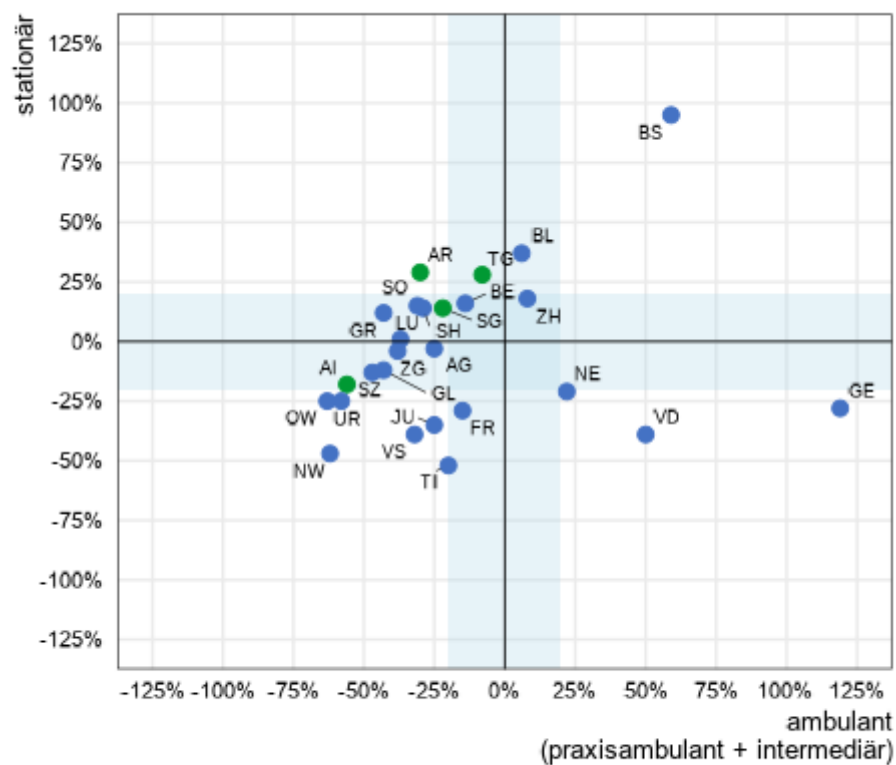
Datenstand: 16.8.2023

Quelle: OBSAN, 2024c, gr-d-14.09.13

Werden das stationäre und das ambulante Leistungsvolumen je Kopf und Kanton einander gegenübergestellt, so fällt auf, dass gegenüber dem Schweizer Durchschnitt drei von vier Planungskantonen (AR/TG/SG) im 3. Quadranten zu liegen kommen. Dieser ist charakterisiert durch ein überdurchschnittliches stationäres Leistungsvolumen und ein unterdurchschnittliches ambulantes Leistungsvolumen. Der Kanton Appenzell Innerrhodens liegt im 1. Quadranten, der ein unterdurchschnittliches Leistungsvolumen im stationären wie auch ambulanten Bereich aufweist.

Vor dem Hintergrund, dass ein stationärer Behandlungstag am teuersten ist, macht es volkswirtschaftlich Sinn, vorhandene Verlagerungspotenziale vom stationären in den intermediären Angebotsteil zu nutzen. Dies würde tendenziell eine Verschiebung vom 3. in den 2. Quadranten bedeuten.

Abbildung 36: Ambulantes und stationäres Leistungsvolumen in Franken (Abweichung zum Schweizer Durchschnitt in Prozent), 2021



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

Datenstand: 16.8.2023 / Visualisierung: DSSG

Quelle: OBSAN, 2024c, gr-d-14.09.1

Es bestehen verschiedene internationale Leitlinien mit Definitionen von Behandlungen, die in der Regel nicht stationär zu erbringen sind, es sei denn, es lägen zusätzliche Kriterien vor ([WHO 2021](#), [NICE guideline 2022](#), [DGPPN \[Schizophrenie und Depression\] 2026](#), [American Association of Community Psychiatrists 2010](#), [OECD 2021](#)). Dies gilt insbesondere für folgende Behandlungsspektren:

- 1. Standard-Psychotherapiebehandlungen bei Depressionen (leicht bis mittelgradig), Angststörungen, Anpassungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen (ohne akute Krise).
- 2. Medikamentöse Einstellungen (ohne Komplikationen) von Antidepressiva, Antipsychotika (stabile Situation) und Stimmungsstabilisatoren.
- 3. Suchtbehandlungen (Standardfälle) bei Alkoholabhängigkeit (ohne schwere Entzugsgefahr), Substitutionstherapie und Rückfallprophylaxe.
- 4. Langzeitbehandlungen stabiler schwerer Erkrankungen bei Schizophrenie und bipolarer Störung (Erhaltungsphase).

Die vorliegende Versorgungsplanung soll das Verlagerungspotenzial quantifizieren sowie Wege und Instrumente aufzeigen, damit diese Verlagerungen in den nächsten Jahren effektiv erschlossen werden. Dazu zählen auch Massnahmen zur Veränderung der Finanzierungsmodelle, damit die Verlagerung begünstigt wird.

5.2 **Adoleszentenpsychiatrie**

Die Adoleszenzpsychiatrie (oder auch Transitionspsychiatrie) bezeichnet die psychiatrische Versorgung an der Schnittstelle zwischen Jugend- und Erwachsenenalter. Die Altersspanne der Adoleszenz ist nicht einheitlich definiert, wird jedoch in diesem Kapitel auf das Alter von 15 bis 25 Jahre festgelegt. Gemäss nationalem Gesundheitsbericht 2025 geben schweizweit neun von zehn 16- bis 25-Jährigen an, mit ihrem Leben zufrieden zu sein (OBSAN 2025a). Allerdings berichtet auch ein Fünftel dieser Altersgruppe von mittelschweren bis schweren depressiven Symptomen, wobei junge Frauen besonders betroffen sind (OBSAN, 2025, S. 98/S. 75). Typische Problemstellungen, die während der Adoleszenz auftreten können, sind in nachfolgender Tabelle abgebildet, wobei je nach Alterssubgruppe unterschiedliche Problemstellungen dominant sind.

.....
Tabelle 23: Problemindikatoren Adoleszenz nach Altersgruppe

15-18 Jahre	19-21 Jahre	22-25 Jahre
• Schulabsentismus • Fehlende Zukunftsaussichten • Umgang mit sozialem Druck • Identitätskrisen • Ablösungskonflikte • Familiäre Machtumkehr • Problematischer Peerkreis • Fehlende Unterstützung • Sexuelle Orientierung • Traumata aus der Kindheit • Zwangsstörungen • Suchtmittelkonsum	• Erwartungsdruck durch Erreichung der Volljährigkeit • Beziehungskonflikte • Ausbildungsabbrüche • Ziel-/Planlosigkeit • Fehlende Tagesstruktur • Konflikte mit Eltern • Umgang mit sozialem Druck • Autonomiethemen • Finanzielle Probleme • Suchtmittelmissbrauch • Delinquenz	• Fehlende Ausbildung • Perspektivenlosigkeit • Häusliche Gewalt • Delinquenz • Verschuldung • Sucht-/Konsumverhalten • Nicht verarbeitete Entwicklungsaufgaben • Beziehungsprobleme • Eigener Nachwuchs • Gescheiterte berufliche/ gesellschaftliche Integration • Leben in virtuellen Welten • Tag-/Nachtumkehrung • Psychiatrische Diagnosen • IV Abklärung

Quelle: Kanton St.Gallen 2023

Die Phase der Adoleszenz (als Übergangsphase zwischen dem Jugend- und Erwachsenenalter) ist eine besonders vulnerable Phase für psychische Krisen und die Entwicklung von psychischen Erkrankungen. Untersuchungen zeigen, dass Essstö-

rungen, selbstverletzendes Verhalten, Angsterkrankungen, Suchterkrankungen, Delinquenz oder Schizophrenie ihren Anfang häufig in der Adoleszenz nehmen ([Fegert et al. 2021](#)). Drei Viertel aller psychischen Störungen manifestieren sich in dieser Entwicklungsphase zum ersten Mal ([OECD 2021](#), S. 171). Die Ursachen psychischer Erkrankungen sind multifaktoriell. Für die Entstehung werden biologische Faktoren (z.B. genetische Belastung, Stoffwechselveränderungen im Gehirn), familiäre Bedingungen (z.B. Eltern mit einer chronischen Krankheit, häusliche Gewalt) oder belastende Lebenserfahrungen in der Vergangenheit (z.B. Sorgerechtskonflikte, Umzug, Tod eines wichtigen Menschen) verantwortlich gemacht. Psychische Beeinträchtigungen können die Bewältigung wichtiger Entwicklungsaufgaben (Identitätsfindung, Berufsausbildung, soziale Integration, Partnerschaft usw.) behindern und Folgen bis weit in das Erwachsenenalter haben ([Asselmann et. al., 2018](#)).

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt nach system- und familientherapeutischen Konzepten. Die ganze Familie wird in die Therapie einbezogen und die Patientin, der Patient wird als Teil des Systems gesehen und behandelt. Die Eltern spielen zudem eine wichtige Rolle im Entscheid der psychiatrischen Behandlung des Jugendlichen. Des Weiteren sind Entwicklungsaufgaben, wie Identitätsfindung und Bildungsherausforderungen zentrale Aspekte der Behandlung. Demgegenüber liegt in der Erwachsenenpsychiatrie der Fokus vermehrt auf individualisierter Diagnostik und störungsspezifischen Behandlungsansätzen. Entwicklungspsychologische Fragen treten gegenüber der Behandlung und Bewältigung der konkreten Erkrankungen eher in den Hintergrund. Hingegen kommen störungsorientierte psycho- und sozialtherapeutische Interventionsmethoden sowie der begleitenden psychopharmakologischen Therapie eine höhere Bedeutung zu. Für die bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist es unabdingbar, sich sowohl an den kinder- und jugendpsychiatrischen als auch an den erwachsenenpsychiatrischen Ansätzen zu orientieren. Einzeln werden sie den Bedürfnissen nicht ausreichend gerecht. Während der kinder- und jugendpsychiatrische Ansatz die vernetzte und systemische Sicht- und Arbeitsweise einbringt, welche die Familie, aber auch das übrige soziale Netz (Schulen, Ausbilder, Vorgesetzte etc.) in die Therapie miteinbezieht, steht der erwachsenenpsychiatrische Ansatz für mehr Selbstbestimmtheit und Unabhängigkeit. Beides ist nötig, da sich die Jugendlichen genau in diesem Spannungsfeld zwischen noch bestehenden Abhängigkeiten und Autonomie befinden. Zusätzlich ist in dieser Lebensphase der Austausch und die Interaktion mit Gleichaltrigen von grosser Bedeutung, was ergänzend für altersgruppenspezifische Leistungsangebote spricht.

Die im Jahr 2024 insgesamt rund 1'800 behandelten Patientinnen und Patienten der Planungsregion zwischen 15 und 25 Jahren verteilen sich auf 56 Leistungserbringer, wobei sich 86 Prozent der Fälle auf sieben Leistungserbringer konzentrieren (siehe Tabelle nachfolgende Seite). Bei den Minderjährigen (15-17-Jährige) verteilen sich 436 stationäre Aufenthalte auf insgesamt 26 Leistungserbringer, wobei sich 92 Prozent der Fälle auf sieben Leistungserbringer konzentrieren. Die durchschnittliche Verweildauer der Jugendlichen und jungen Erwachsenen unterscheidet sich dabei zwischen den Einrichtungen stark. Besonders kurze Aufenthalte zwischen durchschnittlich 17 und 20 Tagen findet man bei den akutsomatischen Leistungserbringern Kantonsspital Münsterlingen und beim Ostschweizer Kinderspital, wie auch bei dem auf Kriseninterventionen spezialisierten PSG Standort in St.Gallen. Besonders lange Aufenthalte hingegen sind in der Klinik Aadorf und im Romerhuus des Ostschweizer Kinderspitals zu verzeichnen (durchschnittliche Verweildauer zwischen 62 und 63 Tagen). In der Klinik Aadorf kann dies mit dem Schwerpunkt auf die Behandlung von Essstörungen und Stressfolgeerkrankungen erklärt werden. Auch das Romerhuus ist auf lange psychotherapeutische Behandlungen, insbesondere von Essstörungen, spezialisiert.

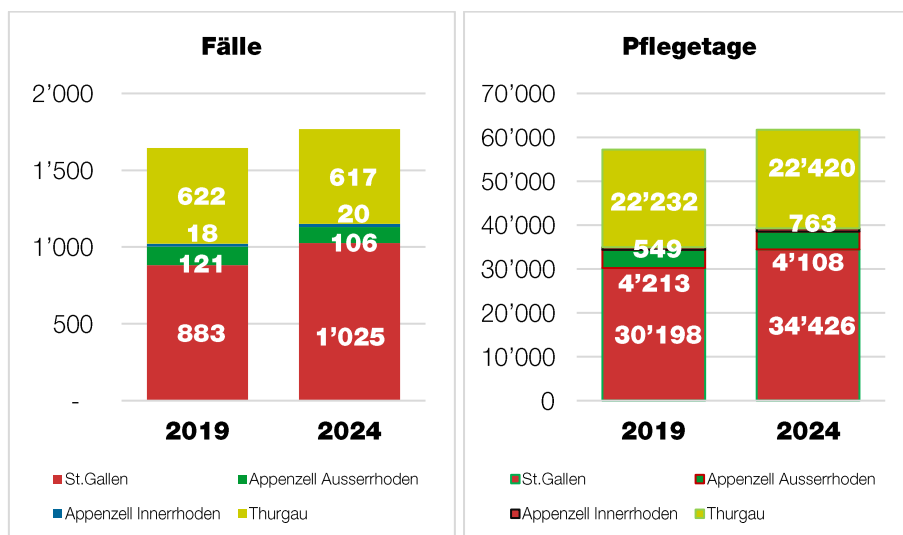
Tabelle 24: Fälle, Pfl egetage, Verweildauer, Day-Mix und Day-Mix je Pfl egetag, Adoleszenzpsychiatrie (15-25-Jährige), SGARAITG, 2024

	Fälle	Pfl egetage	VWD	DMI je Pfl egetag
PDT Münsterlingen, TG	342	13'253	38.8	1.106
Clenia Littenheid AG, TG	317	11'227	35.4	1.236
PSG – Standort Wil, SG	266	8'603	32.3	1.119
PSG – Standort Pfäfers, SG	228	7'117	31.2	1.123
Klinik Sonnenhof KJPZ, SG	188	6'424	34.2	1.502
PZA, Herisau, AR	102	3'071	30.1	1.149
PSG – Standort St. Gallen, SG	72	1'458	20.3	1.074
OKS, SG	33	686	20.8	1.651
Klinik Aadorf AG, TG	23	1'458	63.4	1.053
OKS – Romerhuus, SG	22	1'365	62.0	1.317
Kantonsspital Münsterlingen, TG	20	347	17.4	1.661
Klinik Gais AG, AR	20	707	35.4	0.964
Diverse	135	6'001	44.5	1.144
Gesamt	1'768	61'717	34.9	1.197

Quelle: SPIGES, Bundesamt für Statistik

Zwischen den Jahren 2019 und 2024 erfolgte auf Ebene der Planungsregion eine Erhöhung der Anzahl stationär behandelten Adoleszenten und Pfl egetage um je 8 Prozent. Das Wachstum war fast ausschliesslich in den Kantonen St.Gallen und Appenzell Innerrhoden.

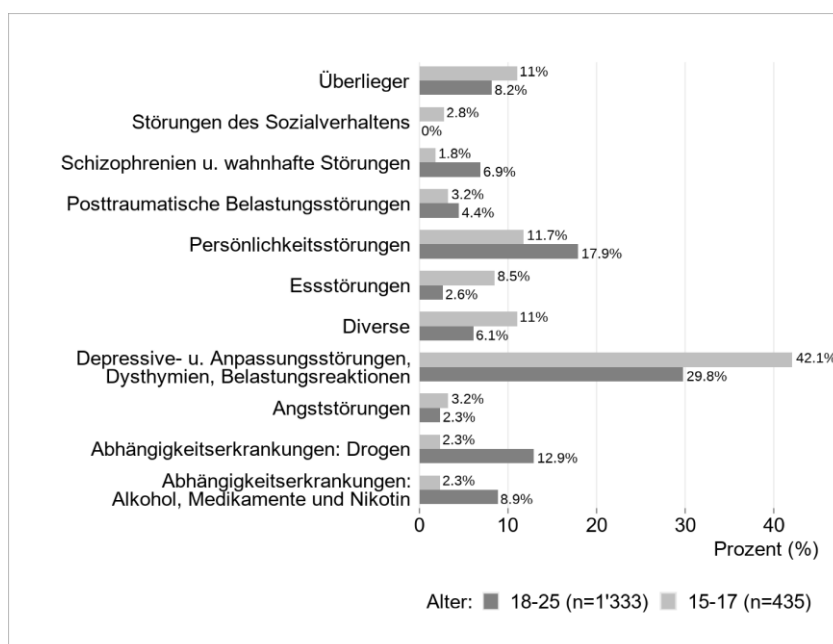
Abbildung 37: Entwicklung Fälle und Pflegetage nach Kanton, Adoleszenzpsychiatrie SGARAITG, 2019-2024



Quelle: SPIGES, Bundesamt für Statistik

Sowohl bei den minderjährigen Jugendlichen zwischen 15 und 17 Jahren als auch bei den jungen Erwachsenen zwischen 18 und 25 Jahren fallen die meisten Erkrankungen in die Leistungsgruppe der Depressiven Störungen, Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen sowie der Persönlichkeitsstörungen. Diese beiden Gruppen machen jeweils rund die Hälfte aller stationären psychiatrischen Behandlungen aus. Bei der jüngeren Altersgruppe sind jedoch die Essstörungen präsenter, während bei den jungen Erwachsenen Abhängigkeitserkrankungen im Zusammenhang mit Drogen, Alkohol, Medikamenten und Nikotin häufiger behandelt werden.

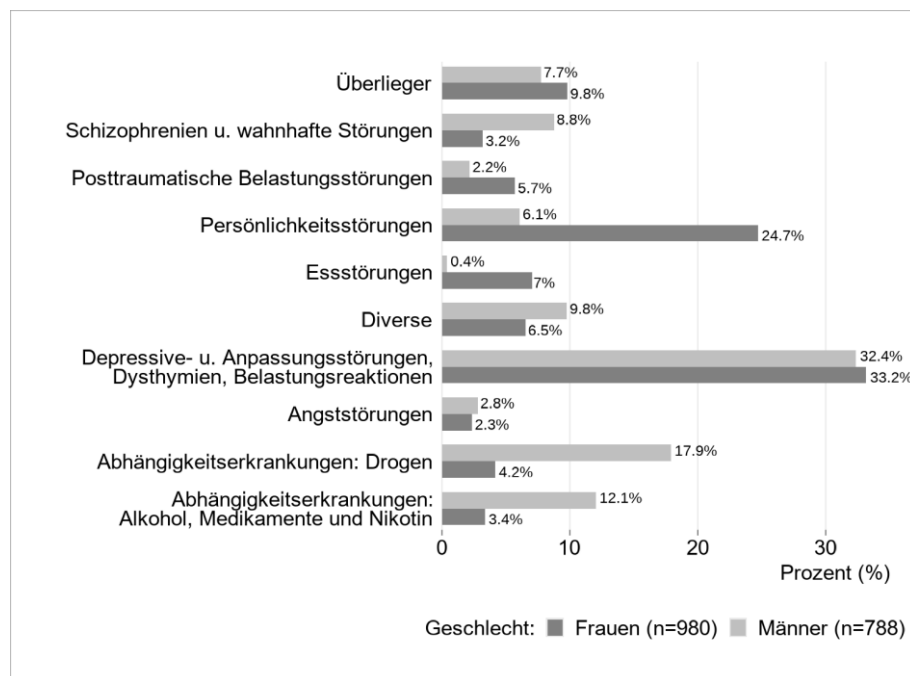
Abbildung 38: Fälle nach Psychiatrieleistungsgruppe und Altersgruppe, Adoleszenzpsychiatrie SGARAITG, 2024



Quelle: SPIGES, Bundesamt für Statistik

Es bestehen auch Unterschiede nach Geschlecht (Abbildung 39). Während bei beiden Geschlechtern die Depressiven Störungen dominieren, leidet ein Viertel der jungen Frauen an Persönlichkeitsstörungen, bei Männern sind dies gerade einmal vier Prozent. Ebenfalls stark überrepräsentiert sind die jungen Frauen bei den Essstörungen sowie bei den posttraumatischen Belastungsstörungen. Die jungen Männer hingegen leiden zu rund einem Fünftel an einer Abhängigkeit von Drogen, Alkohol, Medikamenten oder Nikotin, was bei den jungen Frauen nur sieben Prozent aller Fälle ausmacht. Überrepräsentiert sind die jungen Männer auch bei den Schizophrenien und wahnhaften Störungen.

Abbildung 39: Fälle nach Psychiatrielleistungsgruppe und Geschlecht, Adoleszenzpsychiatrie SGARAITG, 2024



Quelle: SPIGES, Bundesamt für Statistik

Das BAG hat im Jahr 2020 eine Bestandaufnahme über die stationären und tagesklinischen Angebote in der Adoleszenzpsychiatrie in der Schweiz erstellen lassen ([von Wyl et al. 2020](#)). Diese zeigt auf, dass in der Planungsregion nur die Clenia Littenheid (stationär) und die PDT in Münsterlingen (stationär, tagesklinisch) spezialisierte Angebote in der Adoleszenzpsychiatrie anbieten. Der Kanton St.Gallen erstellte im Jahr 2023 ein Rahmenkonzept «Adoleszentenpsychiatrie», worin fünf Handlungsfelder zur Schaffung von Behandlungsstrukturen für Adoleszente, die ihren Bedürfnissen und dem individuellen Reifegrad entsprechen, skizziert wurden ([Kanton St.Gallen 2023](#)).

Der Wechsel von der Jugend- in die Erwachsenenpsychiatrie führt mit dem Erreichen der Volljährigkeit zu einem Bruch in der Behandlungskontinuität ([Kanton St.Gallen 2023](#)). Es wird davon ausgegangen, dass rund ein Drittel der Jugendlichen zwischen 15 und 25 Jahren mit psychiatrischen Spitalaufenthalten von einem spezialisierten Leistungsangebot für Adoleszente profitieren würden. Insbesondere bei 18 bis 21-jährigen Patientinnen und Patienten wird ein erhöhter Bedarf an spezialisierten Angeboten wahrgenommen.

5.3 Alterspsychiatrie

Gemäss nationalem Gesundheitsbericht 2025 geben schweizweit über 90 Prozent der Bevölkerung über 65 Jahren an, über eine gute bis sehr gute Lebensqualität zu verfügen (OBSAN 2025, S. 144). Der Zeitverlauf der Indikatoren zur psychischen Gesundheit der betagten Bevölkerung ist stabil. Depressionssymptome, psychische Belastung und Symptome einer Angststörung sind bei älteren Menschen weniger verbreitet als in den anderen Altersgruppen. Dafür sind kognitive Erkrankungen – insbesondere verschiedene Demenzformen – eine grosse Belastung für die ältere Bevölkerung. Für die psychiatrische Versorgung besonders relevant sind eine Reihe von psychiatrischen Symptomen, die im Rahmen von Demenerkrankungen auftreten können (sogenannte behaviorale und psychische Symptome der Demenz, BPSD). Das Auftreten von Demenzerkrankungen nimmt mit fortschreitendem Alter stark zu. Internationale Schätzungen gehen von 1 Prozent bei den 60- bis 69-Jährigen, 5 Prozent bei den 70- bis 79-Jährigen, 16 Prozent bei den 80- bis 89-Jährigen und 40 Prozent bei den Personen ab 90 Jahren. Die Häufigkeit ist tendenziell eher rückläufig.

Stationäre Versorgung

Die drei Vollversorger-Kliniken PDT, PSG und PZAR bieten an vier Standorten spezialisierte stationäre alterspsychiatrische Angebote an. Dabei werden alle Krankheitsbilder einschliesslich der BPDS abgedeckt. Die Clenia Littenheid bietet ebenfalls eine alterspsychiatrische Station an, deren Angebot richtet sich jedoch primär an Personen über 60 Jahren mit moderaten Krankheitsbildern.

Tabelle 25: Fälle, Pflegetage, Verweildauer, Day-Mix und Day-Mix je Pflegetag, Alterspsychiatrie, SGARAITG, 2024

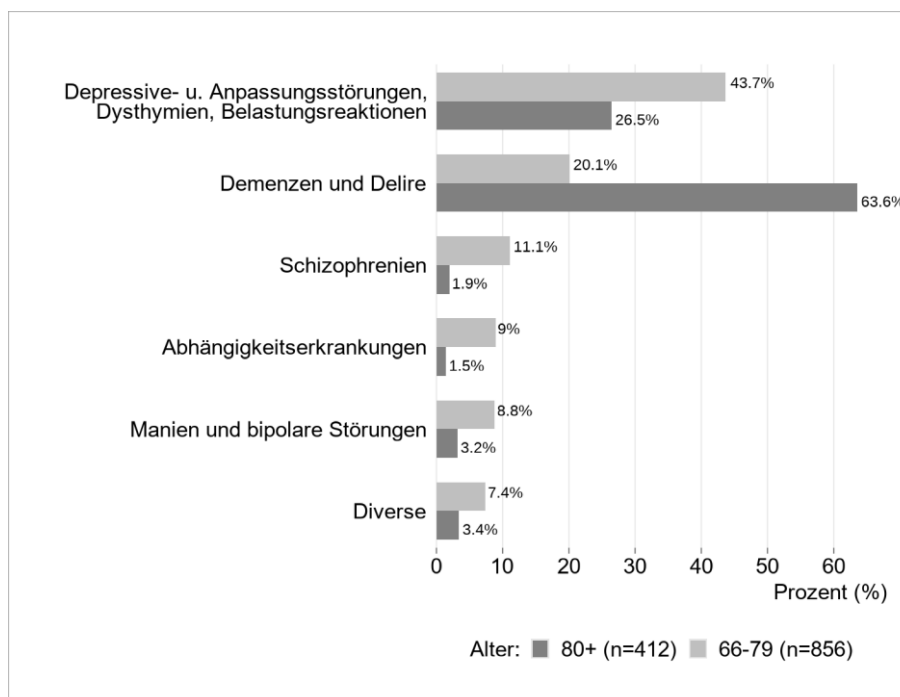
	Fälle	Pflege- tage	VWD	DM	DMI je Pflegetag
PSG - Standort Wil, SG	363	13'600	37.5	15'634.090	1.171
Psychiatrische Klinik Münsterlingen, TG	320	11'462	35.8	12'295.830	1.178
PSG - Standort Pfäfers, SG	255	7'317	28.7	7'746.240	1.183
Clenia Littenheid AG, TG	149	6'288	42.2	6'430.510	1.082
Psychiatrisches Zentrum AR, AR	124	3'731	30.1	4'445.880	1.138
Klinik Gais AG, AR	54	1'775	32.9	1'749.830	0.956
Privatklinik Oberwaid, SG	28	961	34.3	840.710	0.938
Clenia Schlössli AG, ZH	18	494	27.4	655.680	1.239
Berit Klinik Wattwil, SG	11	258	23.5	215.450	1.033
Sanatorium Kilchberg, Kilchberg, ZH	11	370	33.6	417.510	1.002
Diverse	59	2'150	36.4	3'052.520	1.420
Gesamt	1'392	48'406	34.8	53'484.250	1.142

Quelle: SPIGES, Bundesamt für Statistik; Hinweis: Die Spalte DM beinhaltet nur die Werte der Austritte (A-Fälle). Die anderen Spalten umfassen auch die Über- und Langlieger (B- und C-Fälle). Eine rechnerische Herleitung der Spalte DMI je Pflegetag ist deshalb nicht möglich.

Von den im Jahr 2024 insgesamt rund 1'400 stationär behandelten gerontopsychiatrischen Patientinnen und Patienten der Planungsregion waren ein Drittel (447 Spitalaufenthalte) 80 Jahre oder älter. Die Spitalaufenthalte der Altersgruppe unter 80 Jahre verteilen sich auf 31 Leistungserbringer, diejenigen der über 80-jährigen nur

noch auf 11 Einrichtungen. Aus der Tabelle auf nachfolgender Seite geht hervor, dass mit steigendem Alter die Krankheitsbilder Demenzen und Delire stark zunehmen. 90 Prozent der Spitalaufenthalte von Patientinnen und Patienten mit Alter 80 oder älter fallen auf die beiden Krankheitsgruppen «DEM Demenzen und Delire» (63 Prozent) und DEPR Depressive Störungen, Dysthymien, Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen (27 Prozent). Bei den unter 80-jährigen sind die Krankheitsbilder deutlich vielfältiger: Dominant sind depressive Erkrankungen, gefolgt von dementiellen Erkrankungen, Schizophrenien, Abhängigkeitskrankheiten sowie Manien und bipolare Störungen.

Abbildung 40: Fälle nach Psychiatrielleistungsgruppe und Altersgruppe, Alterspsychiatrie, SGARAITG, 2024



Quelle: SPIGES, Bundesamt für Statistik, ohne Überlieger

Intermediäre Angebote

Bei den intermediären Angeboten kann zwischen Memory Kliniken/Gedächtnissprechstunden, Tageskliniken, Konsiliar- und Liaisondiensten sowie weiteren aufsuchenden/therapeutischen Angeboten unterschieden werden.

Memory Kliniken

In der Planungsregion existieren eine Vielzahl von Memory Kliniken und Gedächtnissprechstunden, oftmals spitalbasiert (Akutsomatik, Geriatrie oder Psychiatrie). Es bestehen aber auch zahlreiche Angebote von niedergelassenen Leistungserbringern. Allein in der Vereinigung «Swiss Memory Clinics» sind zehn Mitglieder mit mindestens 16 Standorten aus der Planungsregion registriert. Die Anzahl der Anbieter kann auf eine Überversorgung hinweisen.

Alterspsychiatrische Tageskliniken

Der Kanton Thurgau verfügt über drei spezialisierte alterspsychiatrische Tageskliniken. Im Kanton St.Gallen bestehen zwei geriatrische Tageskliniken der Geriatrischen Klinik sowie mehrere Tageskliniken der PSG, in denen teilweise auch Plätze für Menschen mit gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern angeboten werden. Der Kanton Appenzell Ausserrhoden verfügt über keine dedizierte Alterstagesklinik. Im Rahmen der Erschliessung von Verlagerungspotenzialen wäre die Schaffung von zusätzlichen Tagesklinikplätzen erwünscht.

Konsiliar- und Liaisondienste

In den Kantonen St.Gallen und Thurgau bestehen konsiliar- und liaisonpsychiatrische Angebote für Pflegeheime, betrieben von der PSG bzw. den PDT sowie für die Bezirke Münchwilen und Frauenfeld von der Clenia Littenheid. In St.Gallen sind damit rund 70 Prozent der Heime abgedeckt. Alle Thurgauer Pflegeheime müssen eine Vereinbarung mit einem psychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienst vorweisen. Das PZA bietet für verschiedene Pflegeheime gerontopsychiatrische Konsile an.

Die PSG und die PDT betreiben zudem einen allgemeinen Konsiliar- und Liaisondienst für Akutspitäler (Wil, Grabs, Uznach bzw. Münsterlingen und Frauenfeld). Das Kantonsspital St.Gallen verfügt über eine eigene Klinik für Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie. Diese Angebote haben keinen besonderen Schwerpunkt in der Alterspsychiatrie.

Ambulante/aufsuchende gerontopsychiatrische Angebote

Die PDT und die PSG bieten in ihren Ambulatorien an fast allen Orten gerontopsychiatrische Spezialsprechstunden an. Das PZA führt eine solche Spezialsprechstunden am Standort Herisau. Im Kanton Thurgau existiert zudem ein flächendeckendes Angebot der aufsuchenden Demenzberatung.

Die Alterspsychiatrie in der Planungsregion steht vor verschiedenen Herausforderungen:

1. Die psychiatrische Klinik ist ein spezifisches, vergleichsweise seltenes Setting für Demenzkranke – primär bei schwerwiegenden BPSD, bei denen der Pflegeheimrahmen überfordert ist, oder bei psychiatrischen Begleiterkrankungen wie schwerer Depression. In der Planungsregion besteht ein Potenzial für den weiteren Ausbau von intermediären gerontopsychiatrischen Angeboten. Zu häufig erfolgen aktuell noch stationäre psychiatrische Aufnahmen auch bei Fällen, die bei besserem ambulantem oder intermediärem Angebot hätten abgefangen werden können. Auch in der Gerontopsychiatrie bestehen deshalb Verlagerungspotenziale in den intermediären und aufsuchenden Bereich. Voraussetzung dafür sind das Vorhandensein bzw. der Aufbau von entsprechenden Angeboten (aufsuchend und tagesklinisch). Gleichzeitig ist auch die Schnittstelle zur Spitex sehr wichtig. Hier könnten Fachteams Psychiatrie und spezialisierte Pflegefachpersonen in der Rolle von Advanced Practice Nurse (APN) für eine koordiniertere und kontinuierlichere Betreuung am Wohnort der Patientinnen und Patienten sorgen.
2. Gleichzeitig nimmt die Anzahl der Personen über 65 Jahren in den nächsten Jahren demografisch bedingt stark zu. Auch wenn die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen unter der älteren Bevölkerung tiefer ist gegenüber anderen Altersgruppen, entsteht in dieser Altersgruppe ein zusätzlicher Bedarf für psychiatrische Hilfsangebote. Wie in Punkt 1 erwähnt, soll dieser zusätzliche Bedarf insbesondere für psychisch erkrankte Menschen unter 80 Jahren ohne BPSD intermediär oder ambulant gedeckt werden.

3. Insbesondere für die hochbetagten Menschen mit psychischen Erkrankungen ist die Vernetzung mit der Akutsomatik und namentlich mit der Geriatrie eine Herausforderung. In der Planungsregion fehlen derzeit psychiatrische Fachabteilungen in Akutspitälern/Akutgeriatrien³⁴. Gerontopsychiatrische Fachkompetenzen sind in der Regel auf psychiatrische Fachkliniken konzentriert, was die Versorgung von Menschen mit kombinierter somatisch-psychiatrischer Problematik erschwert. Umso wichtiger sind gut ausgebaute Konsiliar- und Liaisondienste an Akutspitälern.
4. Da ein grosser Teil der hochbetagten Personen mit Demenzerkrankungen in Einrichtungen der Langzeitpflege lebt, sind Konsiliar- und Liaisonpsychiatrische Angebote für (demente) Bewohnerinnen und Bewohner in Langzeiteinrichtungen und die Unterstützung des Betreuungspersonals von grosser Bedeutung. Bei Demenzerkrankungen können neben kognitiven Störungen eine Reihe von psychiatrischen Symptomen auftreten (BPSD). Therapie der ersten Wahl sind nicht-pharmakologische Therapien. Schweizweit wurde im Jahr 2022 jedoch der Hälfte aller Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner mit einer Demenzdiagnose Antipsychotika verabreicht, im Gegensatz zu einem Viertel bei den übrigen Bewohnerinnen und Bewohner in Langzeiteinrichtungen ([OBSAN](#) 2024d). Antipsychotika können bei Menschen mit Demenz zu potenziell schwerwiegenden Nebenwirkungen und einer erhöhten Mortalitätsrate führen. In der Schweiz bestehen Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie (SGAP) für die Diagnostik und Therapie der BPSD ([Savaskan](#) 2024). Aktuell sind unter den Antipsychotika nur zwei Substanzen (Haloperidol und Risperidon) für die Behandlung von PBDS zugelassen. Der Einsatz anderer Substanzen erfolgt «Off-Label». Eine Behandlung mit Antipsychotika sollte gemäss Behandlungsempfehlungen mit der niedrigstmöglichen Dosis, unter engmaschiger Kontrolle, zeitlich begrenzt und unter Berücksichtigung der allgemeinen Leitlinien des Psychopharmakaeinsatzes im Alter erfolgen (ebd.).
5. Im gerontopsychiatrischen Bereich stellt die stationäre Behandlung (hoch)betagter Menschen mit Multimorbidität eine besondere Herausforderung dar. Die Kombination von psychiatrischer Erkrankung, somatischen Begleiterkrankungen und sozialem Unterstützungsbedarf erfordert intensive interprofessionelle Betreuung, die personalintensiver ist als in der Allgemeinpsychiatrie. Es bestehen jedoch innerhalb von TARPSY keine spezifischen Abteilungen für die Gerontopsychiatrie.

³⁴ Die geografische Nähe der PDT zum Kantonsspital Münsterlingen sowie die eigenständige Klinik für Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie innerhalb des KSSG, jedoch ohne eigene Betten, kompensieren diese Lücke zu einem gewissen Grad.

5.4 Versorgung von Patientinnen und -patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung

Die nachfolgenden Ausführungen unterscheiden grundsätzlich zwischen Suchtmedizin (KVG finanziert) und Suchttherapie/-betreuung (nicht KVG finanziert). Der Fokus liegt dabei auf der Suchtmedizin. Für detailliertere Ausführungen zur Entwicklung und Herausforderung der gesamten Suchthilfe in den vier Kantonen wird auf die im Jahr 2023 veröffentlichten Berichte im Auftrag der Konferenz der kantonalen Beauftragten für Suchtfragen (KKBS) verwiesen (Stremmlow et al. 2023, SODK 2022 [Kantonspor-traits für die Kantone St.Gallen, Appenzell Ausserrhoden und Thurgau]).

Stationäre Angebote der Suchtmedizin/-therapie

Aus der Bevölkerung der Planungsregion beanspruchten im Jahr 2024 rund 2'100 Patientinnen und Patienten aufgrund einer psychischen Störung durch psychotrope Substanzen während rund 59'000 Pflegetagen mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 57,8 Tagen ein psychiatrisches stationäres Angebot zu Lasten der OKP (Tabelle 26). Bei einer angenommenen Bettenauslastung von 90 Prozent entspricht dies 146 Betten. Zwei Drittel der Spitalaufenthalte betreffen psychische Störungen aufgrund von legalen Substanzen (Alkohol, Medikamente, «ABH1 Abhängigkeitserkrankungen: Alkohol, Medikamente und Nikotin»), ein Drittel illegale Substanzen («ABH2 Abhängigkeitserkrankungen: Drogen»). Spitalaufenthalte aufgrund von nicht substanzgebundenen Abhängigkeiten bewegen sich im ein- bzw. tiefen zweistelligen Bereich. Derzeit existiert innerhalb der Planungsregion kein entsprechendes stationäres Spezialangebot. Ein solches besteht an den UPK Basel.

Zwischen den Jahren 2019 und 2024 nahm der Anteil der Hospitalisationen verursacht durch illegale Substanzen im Verhältnis zu legalen Substanzen stärker zu (ABH1 +17 Prozent; ABH2 +38 Prozent). Bei den Pflegetagen war die Entwicklung umgekehrt. In ABH2 fand eine deutliche Verkürzung der Verweildauer statt (-3,4 Tage), während bei ABH1 die durchschnittliche Aufenthaltsdauer um fast 3 Tage anstieg. Die Gründe dafür sind nicht klar. Es könnte mit der Zunahme von Patientinnen und Patienten mit einer bestimmten Substanzabhängigkeit (z.B. Kokain) und einem entsprechenden Kapazitätsengpass, dem seitens der Leistungserbringer mit einer Senkung der Behandlungsdauer begegnet wurde, zusammenhängen oder mit der Einführung von neuen Behandlungskonzepten.

Tabelle 26: Entwicklung Fälle, Pflegetage und Verweildauer von Suchtpatientinnen und -patienten nach PLG, Planungsregion, 2019-2024

	Veränderung 2019-2024 absolut	Veränderung 2019-2024 in Prozent
Fälle		
ABH1	+202	+17%
ABH2	+193	+38%
Pflegetage		
ABH1	+9'060	+30%
ABH2	+3'617	+23%
Verweildauer		
ABH1	+2,8 Tage	25.0 zu 27.8
ABH2	-3,4 Tage	31.0 zu 27.6

Quelle: SPIGES, Bundesamt für Statistik

Fast neun von zehn psychiatrischen Spitalaufenthalten aufgrund von psychotropen Substanzen der Bevölkerung der Planungsregion erfolgen in einem der fünf innerregionalen Leistungserbringer mit Auftragstyp «Akut- und Vollversorgung» (siehe Tabelle nächste Seite). Ergänzt wird die Versorgung durch das Kurzzeit-Entwöhnungsprogramm für Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit der Berit Klinik Wattwil und das Angebot für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung der Forel Klinik beschränkt auf legale Substanzen. Zwischen den Leistungserbringern bestehen einzelne spezifische Unterschiede. So weisen die beiden Thurgauer Vollversorger-Kliniken höhere Anteile an Patientinnen und Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen aufgrund legaler Substanzen auf. Weiter haben die Forel Klinik (Entzug und Entwöhnung) und das Spezialangebot der entero Klinik Egliswil (Entwöhnung) deutlich längere durchschnittliche Verweildauern. Psychiatrische Patientinnen und Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung weisen gegenüber dem Gesamtdurchschnitt einen leicht unterdurchschnittlichen Anteil an Einweisungen auf Basis einer fürsorgerischen Unterbringung (FU) von 20 Prozent auf, die nur 12 Prozent der Pflegetage auf sich vereinen.

Tabelle 27: Fälle, Pflegetage und Verweildauer von Patientinnen und -patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung nach Leistungserbringer und PLG, Planungsregion, 2024

Leistungserbringer	Fälle	Pflegetage	VWD	Psychiatrieleistungsgruppe			
				ABH1	Anteil	ABH2	Anteil
PDT, TG	568	15'900	28.0	391	69%	176	31%
PSG - Standort Wil, SG	475	13'466	28.3	266	56%	207	44%
PSG - Standort Pfäfers, SG	340	7'935	23.3	210	62%	128	38%
PZAR, AR	230	5'779	25.1	125	54%	105	46%
Clienia Littenheid, TG	206	5'511	26.8	149	72%	57	28%
Berit Klinik Wattwil, SG	124	3'250	26.2	124	100%		0%
Forel Klinik ZH	84	3'912	46.6	84	100%		0%
entero Klinik, Egliswil, AG	15	1'592	106.1	9	60%	6	40%
OKS, SG	10	20	2.0	10	100%		0%
Diverse	69	1'675	24.3	45	65%	21	30%
Gesamt	2'121	59'040	27.8	1'413	67%	700	33%

Quelle: SPIGES, Bundesamt für Statistik

Innerhalb der Planungsregion bestehen bei den Leistungserbringern mit Auftragstyp «Akut- und Vollversorgung» insgesamt acht spezialisierte Bettenstationen für die Behandlung von Patientinnen und -patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung. Die PDT Münsterlingen (Suchtfachklinik ReThur) sowie die PSG an den Standorten Wil und Pfäfers verfügen je über eine Station spezialisiert auf Patientinnen und Patienten mit Dualdiagnosen. Die Berit Klinik Wattwil betreibt ein Angebot ausschliesslich für Alkoholranke Patientinnen und Patienten. Die Forel Klinik ist eine Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen und behandelt ausschliesslich Patientinnen und Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen aufgrund von legalen Substanzen.

Ergänzend dazu bestehen in der Planungsregion zwei Einrichtungen für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung mit Anerkennung durch die Interkantonale Vereinbarung für soziale Einrichtungen (IVSE Bereich C) und entsprechender Finanzierung ausserhalb des KVG. Die Einrichtung Mühlhof ist ein spezialisiertes Zentrum für stationäre Therapie und Rehabilitation für Erwachsene mit einer Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit (Frauen und Männer, ca. 20–60 Jahre) mit 25 Plätzen. Die Therapiedauer beträgt üblicherweise vier bis sechs Monate und ist individuell anpassbar. Das Rehabilitationszentrum Lutzenberg, bietet 30 Plätze für Klientinnen und Klienten mit einer Abhängigkeitserkrankung im Alter von 14 bis 45 Jahren an. Es handelt sich um eine Langzeittherapie mit dem übergeordneten Ziel der beruflichen und sozialen Reintegration. Das Rehabilitationszentrum Lutzenberg wird basierend auf einem Konkordat durch die Kantone Appenzell A.Rh., Appenzell I.Rh., St.Gallen, Schaffhausen und Thurgau sowie dem Fürstentum Liechtenstein getragen. Neben den beiden innerregionalen Einrichtungen für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen werden weitere ausserregionale Facheinrichtungen mit IVSE Anerkennung genutzt. Die Aufenthalte in diesen Einrichtungen werden kantonsindividuell von Kanton und Gemeinden finanziert.

Intermediäre Angebote der Suchtmedizin/-therapie

Drei der vier Anbieter mit Angebotstyp «Akut- und Vollversorgung» verfügen auch über psychiatrische Sprechstunden für Abhängigkeitserkrankungen. Kein Anbieter führt hingegen spezifische Tageskliniken. Im Kanton St.Gallen deckt die Stiftung Suchthilfe St.Gallen wichtige Bereiche der ambulanten Suchtmedizin und -therapie ab. Neben zahlreichen Spezialangeboten betreibt die Stiftung einen eigenen ambulanten psychiatrischen Dienst sowie die Medizinisch-Soziale Hilfestellen 1 (heroingestützte Behandlung) und 2 (Opioid-Antagonisten-Therapien (OAT)). Im Kanton Thurgau besteht seit dem Jahr 2024 ein aufsuchendes stationsäquivalentes psychiatrisches Behandlungsangebot (StäB, Home Treatment), das von den PDT angeboten wird und insbesondere Patientinnen und -patienten mit Abhängigkeitserkrankungen an ihrem Wohnort behandelt. Im Kanton Thurgau sind die psychosozialen ambulanten Angebote für Menschen mit Suchtproblematiken im Gemeindezweckverband «Perspektive Thurgau» gebündelt. Die Suchtmedizin einschliesslich OAT wird von der niedergelassenen Ärzteschaft, subsidiär von den PDT, abgedeckt. Eine heroingestützte Substitutionsbehandlung wird nicht angeboten. Im Kanton St.Gallen bestehen eine Vielzahl von kommunalen bis regionalen Suchtfachstellen in Form von Zweckverbänden. Zudem werden in St.Gallen die OAT neben der Stiftung Suchthilfe von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten erbracht³⁵. Da zahlreiche langjährige niedergelassene Hausärztinnen und -ärzte mit OAT in Pension gehen, erarbeitet eine Arbeitsgruppe des Gesundheitsdepartements neue Lösungsansätze. In den Kantonen Appenzell Ausserrhoden und Innerrhoden bestehen ebenfalls Suchtfachstellen und die OAT werden durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sichergestellt. Für Details wird auf die Kantonsporträts im Rahmen der schweizweiten Studie der KKBS verwiesen ([SODK 2022](#)).

³⁵ Von insgesamt rund 800 OAT werden 200 von der Stiftung Suchthilfe und 600 von Hausärztinnen und -ärzten durchgeführt.

Herausforderungen

Die schweizweite Bewertung der aktuellen Strukturen der Suchthilfe hat die drei Kantone St.Gallen, Appenzell Ausserrhoden und Thurgau als «Vernetzungskantone» klassiert mit mittlerem bis stark ausdifferenziertem Angebot und einer guten Angebotsverflechtung mit anderen Kantonen in beide Richtungen³⁶. Bezüglich Steuerung der Suchthilfe teilte die Studie Appenzell Ausserrhoden in den Typ 1 (Basissteuerung) und St.Gallen sowie Thurgau in den Typ 2 (Erweiterte Basissteuerung) ein. In allen Kantonen fehlen Elemente der Fallsteuerung. Darüber hinaus kann festgehalten werden, dass die Planungskantone grundsätzlich über ein ausdifferenziertes Angebot für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen verfügen.

Arbeiten rund um die zukünftige Weiterentwicklung der suchtmmedizinischen Versorgungsstrukturen in der Planungsregion sind namentlich folgende Aspekte zu berücksichtigen:

1. Zuweilen wird über die Zuweisung in stationäre Einrichtungen mehr aufgrund des Finanzierungsmechanismus und der notwendigen Kostenbeteiligung der Kostenträger als aufgrund der Indikation entschieden. Das HSLU-Kantonsporträt zum Kanton St.Gallen hält diesbezüglich fest, dass ein Trend zur Medizinalisierung und Sektorisierung der Abhängigkeitserkrankungen erkennbar sei: «Im Zusammenhang mit den Anreizen der Finanzierungsmechanismen wird eine zunehmende Gewichtsverschiebung von sozialtherapeutischen zu KVG finanzierten sozialmedizinischen Angeboten und eine zunehmende Trennung von Sozialarbeit und Medizin beobachtet. Sucht ist aber meist sowohl ein medizinisches als auch ein soziales Problem» ([HSLU 2022](#) S.38).
2. Zukunftsweisende Versorgungsformen bestehen auch für Patientinnen und -patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung in niederschwelligen und aufsuchenden Angeboten (Home Treatment), Angebote im Bereich des institutionellen Wohnens, der ambulanten Begleitung in Privatwohnungen (Housing First) sowie der Risikominimierung und Überlebenshilfe. Diese Angebote sollten in der Planungsregion ausgebaut werden, teilweise substituierend zur stationären Suchtmmedizin.
3. Die Zusammenarbeit unter den verschiedenen Akteurinnen und Akteuren in der Suchthilfe sollte langfristig geplant und möglichst formalisiert und institutionalisiert werden z. B. im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung, um die Verbindlichkeit für die Mitglieder zu erhöhen.
4. Die Auswirkungen der Zunahme von «neuen» Substanzen (z. B. Fentanyl/Crack) auf die bestehenden (psychiatrischen) Versorgungsstrukturen sind unbekannt und müssen monitorisiert werden.
5. Die flächendeckende Organisation der OAT ist aufgrund des Fachkräftemangels herausfordernd, insbesondere in Kantonen, wo die intermediäre Psychiatrie bis anhin keine diesbezügliche Versorgungsrolle übernahm. Wo notwendig, sollen intermediäre Anbieter inskünftig bei der Bereitstellung dieses Angebots eine grössere Rolle einnehmen.

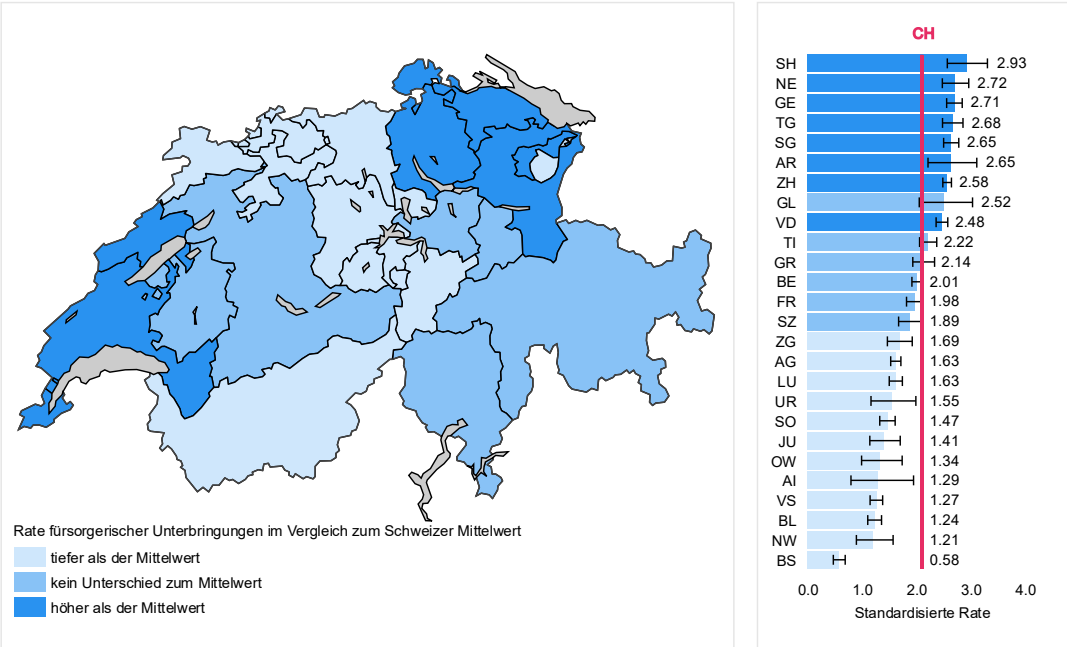
³⁶ Der Kanton Appenzell Innerrhoden hat an der Studie aufgrund der sehr tiefen Fallzahlen und der Tatsachen, dass sich das innerkantonale Angebot auf die kantonale Suchtberatungsstelle beschränkt und die Patientinnen und Patienten die ergänzenden ausserkantonalen Angebote in Anspruch nehmen, nicht teilgenommen.

5.5 **Fürsorgerische Unterbringungen**

Die fürsorgerische Unterbringung (FU) ist eine Massnahme des Kindes- bzw. Erwachsenenschutzrechts (KESR), durch die eine Person gegen ihren Willen in eine geeignete stationäre Einrichtung eingewiesen wird, wenn sie an einer psychischen Störung, geistigen Beeinträchtigung oder schwerer Verwahrlosung leidet und eine notwendige Behandlung oder Betreuung nicht anders gewährleistet werden kann. Als Rechtsgrundlage dienen gesamtschweizerisch Artikel 426 ff. des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB). Die allermeisten FU erfolgen in psychiatrische Kliniken. Grundsätzlich liegt die Kompetenz zur Verfügung der FU bei der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB). Die Kantone können jedoch zusätzlich Ärztinnen und Ärzte bzw. Ärztegruppen bezeichnen, die neben der KESB eine Unterbringung für maximal sechs Wochen anordnen können. Es bestehen keine nationalen Statistiken über die Anzahl der nach Personengruppen unterschiedenen angeordneten FU ([Morandi et al. 2021](#))³⁷.

Abgesehen vom Kanton Appenzell Innerrhoden verfügen die Planungskantone schweizweit über FU-Raten je 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner, die zu den höchsten in der Schweiz gehören (Abbildung 41). Im Jahr 2024 erfolgten im Kanton St.Gallen 26 Prozent, im Kanton Thurgau 25 Prozent, im Kanton Appenzell Auserrhoden 21 Prozent und im Kanton Appenzell Innerrhoden 19 Prozent aller Spitalaufenthalte in psychiatrischen Kliniken durch eine Einweisung mittels FU.

Abbildung 41: Standardisierte FU-Raten je Kanton, 2024

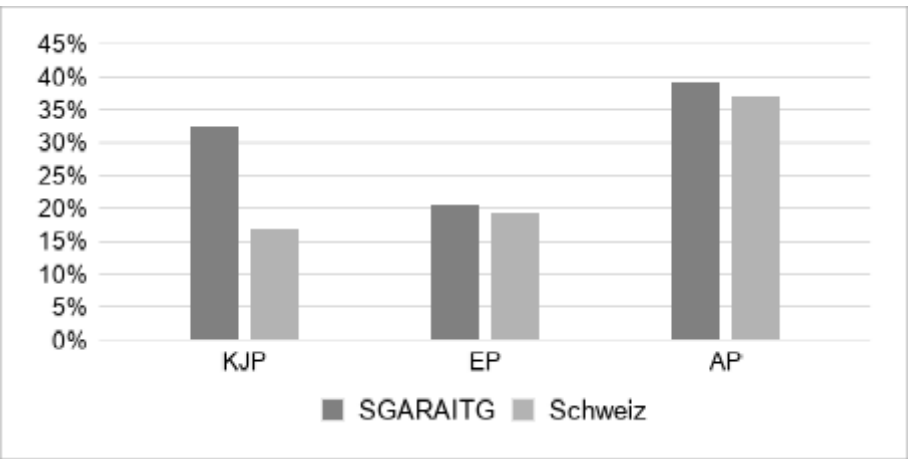


Quelle: [OBSAN 2025b](#)

³⁷ Für den Kanton St.Gallen liegt eine Statistik der Kantonspolizei über die Zahl der Einsätze im Zusammenhang mit Fällen mit einer potenziellen FU-Aussprechung. Zwischen 2017 und 2025 nahm diese Zahl um mehr als 50 Prozent zu (von 759 auf 1'141, d.h. gut drei je Tag), wobei der Anteil von effektiv ausgesprochenen FU von 36 auf 41 Prozent zunahm ([40.26.03](#), Bericht der Regierung, Polizeiliche Sicherheit: etappierter Ausbau der Kantonspolizei ,S. 33 und Abbildung 9 im Anhang 3).

Schweizweit steigt die FU-Rate mit dem Alter. Die überdurchschnittlichen FU-Raten der vier Planungskantone sind massgeblich auf deutlich höhere Werte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zurückzuführen (siehe Abbildung nächste Seite). Im Jahr 2024 erfolgten in der Klinik Sonnenhof 45 Prozent aller Eintritte von Kindern und Jugendlichen aus der Planungsregion per FU. Kein einziger spezialisierter Leistungserbringer der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Schweiz weist einen annähernd gleich hohen Wert auf. Die Clenia Littenheid weist in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bezogen auf die Planungsregion einen FU-Anteil von 27 Prozent auf, die PDT einen solchen von 16 Prozent.

Abbildung 42: FU-Raten je Altersgruppe Planungsregion SGARAITG und CH, 2024



Quelle: SPIGES, Bundesamt für Statistik

Die Gründe für die Unterschiede zwischen den Kantonen sind zahlreich. Vieles deutet darauf hin, dass ein Zusammenhang besteht zwischen dem Kreis der befugten Personen innerhalb des Kantons, die FU aussprechen können, und der Höhe der FU-Rate. Je kleiner der Kreis von Personen, desto tiefer ist tendenziell die FU-Rate. Verschiedene Studien identifizieren die Erfahrung und die Aus- bzw. Weiterbildung der anordnenden Personen als Faktor sowohl der Qualität und der Quantität der FU. Eine vom Bundesamt für Justiz in Auftrag gegebene Studie über die Umsetzung der FU im Rahmen der Revision des KESR hat ergeben, dass in den fünf untersuchten Kantonen Baselland, Graubünden, Tessin, Waadt und Zürich mehr als 80 Prozent der FU durch Ärztinnen und Ärzte und 20 Prozent durch die KESB ausgesprochen wurden ([Bundesamt für Justiz 2022](#)). Von den «ärztlichen» FU wurden nur etwa 20 Prozent durch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ausgesprochen. Die gleiche Studie bemängelt die nach wie vor grosse (kantonale) Heterogenität bei der Umsetzung der FU. Eine weitere Publikation kommt zum Schluss, dass patientenbezogenen Risikofaktoren bei der Erklärung von Unterschieden der FU-Raten zwischen Versorgungsregionen ein deutlich geringeres Gewicht zukomme als Merkmalen der Versorgungsregion, der allgemeinen Behandlungsqualität und weiteren Gründen ([Theodoridou et al. 2020](#)). Die Autorenschaft nimmt an, dass die Anwendung von Zwang durch Behandlungskulturen/-traditionen und Einstellungen der im psychiatrischen Versorgungssystem tätigen Personen beeinflusst – und damit letztlich auch potenziell reduziert werden könne. In diesem Zusammenhang sprechen sie sich für die schweizweite Formulierung von spezifischen Leitlinien zur Vermeidung von Zwang in der Psychiatrie aus. Schliesslich werden Gründe für niedrige FU-Raten auch im Vorhandensein bzw. der Abwesenheit von

differenzierten Strukturen gerade ausserhalb des medizinischen Hilfesystems eruiert. FU werden nicht zuletzt mangels intakten sozialen Hilfesystemen bzw. adäquaten Platzierungsmöglichkeiten in Sozial-Einrichtungen ausgesprochen. Dies gilt namentlich für die Situation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Planungsregion.

Im Kanton St.Gallen ist grundsätzlich die Kompetenz für das Aussprechen der ärztlichen FU nach Art. 429 ZGB auf die Amtsärztinnen und -ärzten beschränkt (Art. 34, Abs. 1 Einführungsgesetz zur Bundesgesetzgebung über das Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, sGS 912.5 abgekürzt EG-KES). Das GD hat aber einer Reihe von weiteren Fachärztinnen und -ärzten diese Kompetenz ebenso erteilt. Alle anderen zugelassenen Ärztinnen und Ärzte im Kanton verfügen ausschliesslich über die Kompetenz, eine FU von maximal fünf Tagen bei Gefahr in Verzug anzuordnen (Art.34, Abs. 2 EG-KES). Diese «kleine» FU kann von Amtsärztinnen und -ärzten oder der KESB auf Antrag der Einrichtung verlängert werden (Art.35 EG-KES). Derzeit sind Bestrebungen im Gang, ein System analog zu den anderen drei Kantonen einzuführen. Zudem werden die PSG ab Frühling 2027 an Werktagen während den Bürozeiten FU-Beurteilungen durchführen. In den Kantonen Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden und Thurgau dürfen alle zur selbständigen Berufsausübung zugelassenen Ärztinnen und Ärzte eine ärztliche FU gemäss Art. 429 ZGB anordnen (Gesetzesgrundlagen: AR: Art. 57a Gesetz über die Einführung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches, bGS 211.1 EG zum ZGB, AI: Art. 25 EG zum ZGB (GS211.000), TG: § 94 Kindes- und Erwachsenenschutzverordnung RB 211.24 abgekürzt KESV). Folgerichtig besteht in diesen drei Kantonen keine «kleine» FU.

Bezüglich Datenverfügbarkeit auf kantonaler Ebene zu Anzahl und Verhältnis der von den verschiedenen Personengruppen ausgesprochenen FU bestehen in den Planungskantonen gemäss Übersichtspublikation unterschiedliche Praktiken ([Morandi et al 2021, S. 21ff](#)). AR, AI und SG haben angegeben, nur FU der KESB zu erheben. TG wies eine Datenerhebung auch für ärztliche FU aus.

5.6 Schnittstellen Psychiatrie – Soziales – Bildung

Die Schnittfläche zwischen den beiden Hilffssystemen Gesundheit und Soziales gewinnt aufgrund von verschiedenen gesellschaftlichen Entwicklungen an Bedeutung. Sehr viele Personen in sozialen Einrichtungen weisen auch psychische Verhaltensauffälligkeiten/herausfordernde Verhalten oder gar eine psychiatrische Erkrankung auf. Die Herausforderung besteht insbesondere darin, im sozialen Hilfesystem ausreichend psychiatrische Angebote bereitzustellen bzw. die sozialen Berufsgruppen bei der Bewältigung von herausforderndem psychosozialen Verhalten ihrer Klientinnen und Klienten auch psychiatrisch zu unterstützen. Dies ist heute nicht ausreichend der Fall, was dazu führt, dass psychiatrische Kliniken auch Personen aufnehmen müssen, die ursächlich keine stationäre psychiatrische Behandlung benötigen aber aus verschiedenen Gründen nicht von sozialen Institutionen betreut werden können (Platzierung anstatt Behandlung). Umgekehrt würden viele psychisch kranke Menschen von niederschweligen psychosozialen Massnahmen profitieren, was heute oft nicht umsetzbar ist (Stichwort «Social Prescribing» dt. «Soziales Rezept»³⁸). Nachfolgend wird auf ausgewählte Personengruppen spezifisch eingegangen.

³⁸ In der Medizin besteht mit dem Überweisungs- und Delegationsmodell ein gut funktionierendes «Zusammenarbeitsmodell» durch Rezeptüberweisungen für Medikamente, therapeutische Überweisungen oder Überweisungen an ärztliche und pflegerische Disziplinen. Für soziale Problemlagen bei Patientinnen und Patienten gibt es hingegen keine standardisierten und breit akzeptierten Strukturen für Überweisungen an Unterstützungsleistungen aus dem Sozial- und Kommunalwesen wie z.B. durch ein «Soziales Rezept». Erste Pilotprojekte zum «Sozialen Rezept» laufen in ein-

Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

In der Schweiz weisen fremdplatzierte Kinder und Jugendliche eine sehr hohe psychische und psychosoziale Belastung aus. Bei drei von vier Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in sozialpädagogischen Einrichtungen wurde in einer Längsschnittstudie eine psychische Störung festgestellt. Gleichzeitig ist auch die Häufigkeit von substanzbezogenen Störungen in dieser Gruppe von Jugendlichen und jungen Erwachsenen sehr hoch ([OBSAN 2025a](#), S. 97). Gleiches gilt für Kinder und Jugendliche mit Lern- und Verhaltensschwierigkeiten bzw. Entwicklungsstörungen und Behinderungen, die sonderpädagogische Angebote besuchen. Zu oft kommt es in den Planungskantonen zu nicht indizierten Spitalaufenthalten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mangels Überforderung der sozialen Einrichtungen, was wiederum die sehr knappen stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Ressourcen für Kinder und Jugendliche mit Behandlungsbedarf blockiert und überdies Kinder und Jugendliche mit sozialen Verhaltensauffälligkeiten gegen ihren Willen und entgegen fachlicher Notwendigkeiten psychiatrisiert und stigmatisiert. Um diese Situation zu entschärfen, braucht es

- eine grösseres liaisonpsychiatrisches Angebot in den sozialen Einrichtungen;
- die Schaffung von geschlossenen Plätzen für aggressiv-dissoziale Kinder und Jugendliche in sozial-/sonderpädagogischen Einrichtungen mit Aufnahme-pflicht, hoher Personalausstattung, sowohl als Langzeiteinrichtungen wie auch als niederschwellige Angebote für Krisenintervention,
- eine Änderung in der Jugendhilfe, wonach die Wahl der Unterbringung unabhängig von den grundsätzlich rückzahlbaren Fürsorgeleistungen erfolgen kann.

Weiter verbessern aufsuchende Angebote der multisystemischen Therapie gemäss Kapitel 4.2.2 die Versorgung von verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen.

Erwachsene mit kognitiven Beeinträchtigungen und chronisch psychisch kranke Menschen

Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen weisen hohe Häufigkeiten von psychiatrischen Begleiterkrankungen auf. Gleichzeitig sind bei dieser Personengruppe die Diagnose und die Behandlung von psychischen Erkrankungen sehr anspruchsvoll und bedürfen spezifisches Fachwissen. Es ist allgemein anerkannt, dass die psychiatrische Behandlung dieser Personengruppe wenn immer möglich im angestammten Umfeld erfolgen soll ([NICE guideline 2016](#)). Stationäre akutpsychiatrische Aufenthalte sind möglichst zu vermeiden. Eine adäquate heilpädagogisch-(liaison)psychiatrische Betreuung der Personen und des Behandlungsteams vor Ort ist wichtig und noch nicht im gesamten Planungsraum garantiert.

Eine weitere Personengruppe umfasst die chronisch psychisch kranken Menschen, die auf eine langfristige stationäre Betreuung angewiesen sind (psychische Behinderung). Aufgrund der zunehmenden Lebensdauer kommen altersbedingte Erkrankungen hinzu.

zelen Hausarztpraxen in der Schweiz. Dabei können Hausärztinnen und -ärzte ihren Patientinnen und Patienten Gartenarbeit, Museumsbesuche, einen Tanzkurs, den Beitritt zu einer Wandergruppe oder auch einen Termin in einer bestimmten nichtmedizinischen Beratungsstelle verschreiben.

Die Planungskantone verfügen grundsätzlich über ein gut ausgebautes Grundangebot für die Betreuung von Menschen mit kognitiven und psychischen Behinderungen. Innerhalb der zwei oben beschriebenen Personengruppen gibt es jedoch Menschen mit einem besonders erhöhten Unterstützungsbedarf, der deutlich über die reguläre Angebotsformen und Finanzierung hinausgeht. Es handelt sich um Personen, die aufgrund von massiven herausfordernden Verhaltensweisen, Komorbiditäten und eingeschränkten sozio-emotionalen Fähigkeiten (temporär) eine Intensivbetreuung benötigen, die im Rahmen eines regulär finanzierten Grundangebots nicht angemessen abgedeckt werden kann. Die Planungskantone sind gefordert, inskünftig eine Angebotsdifferenzierung zu prüfen mit:

- der Schaffung von Intensivplätzen in ausreichender Anzahl;
- der Möglichkeit von befristeter Zusatzfinanzierung von Einzelfällen im Regelsetting;
- dem Aufbau von Time-Out-Plätzen und mobilen Kriseninterventionen.
- dem Ausbau von pflegerischen Kompetenzen in den Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigung und Aufnahme von Plätzen auf die Pflegeheimliste.

In diesem Kapitel werden die Prognosen der bisherigen kantonalen Spitalplanungen der IST-Entwicklung gegenübergestellt (Kapitel 6.1), das Planungsmodell der gemeinsamen Planung erläutert (Kapitel 0) und dessen konkrete Resultate für das Zieljahr 2035 dargestellt (Kapitel 6.3). Kapitel 6.4 enthält die Bedarfsabschätzungen zum intermediären Angebot. Schliesslich vereint das Kapitel 6.5 die Prognosen für beide Bereiche

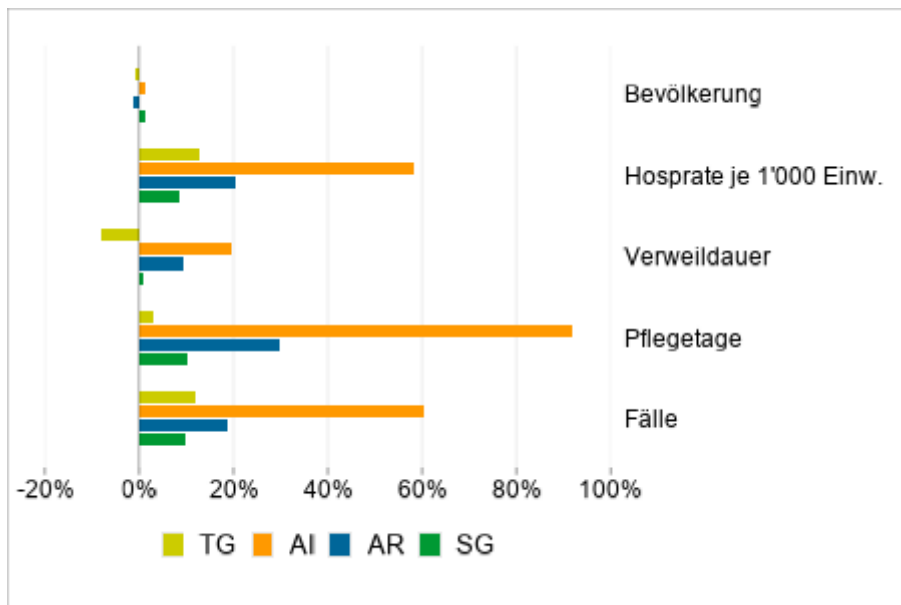
6.1 Bisherige Prognosen für den Bereich Psychiatrie

Alle vier Kantone verfügen über bestehende Prognosen zur Entwicklung des Bedarfs ihrer jeweiligen Kantonsbevölkerung an psychiatrischen stationären Spitalleistungen. Die Planungsdokumente stammen jedoch aus unterschiedlichen Jahren und weisen voneinander abweichende Planungshorizonte auf. Im Einzelnen präsentiert sich die Situation wie folgt:

1. Der Kanton Thurgau formulierte eine Prognose im Versorgungs- und Strukturbericht 2012 mit einem Planungshorizont bis ins Jahr 2020. Gestützt darauf wurden mit den innerkantonalen Vollversorgerkliniken fünfjährige Rahmenvereinbarungen abgeschlossen (2016-2020; 2021-2025). Darin wurden aktualisierte Prognosen des OBSAN verwendet, wobei die Entwicklung der Jahre 2015-2020 gedämpft mit einem Bevölkerungswachstum von 1 Prozent berücksichtigt wurde und ab dem Jahr 2021 das Bevölkerungs-Szenario "Schwächere Zuwanderung" angenommen wurde. Weiter wurde das prognostizierte Wachstum in der Alterspsychiatrie durch Tagesklinikplätze kompensiert. Das jüngste Prognoseszenario deckt die Jahre 2024 bis 2035 ab. Dabei wurden das Bevölkerungswachstum sowie die Entwicklungen der Anzahl Spitalaufenthalte bzw. Pflegetage ausschliesslich auf Basis der demografischen Entwicklung prognostiziert ([Kanton Thurgau 2011](#)).
2. Der Kanton Appenzell Innerrhoden verfasste einen Versorgungsbericht 2012 mit einem Planungshorizont bis ins Jahr 2020. Aufgrund der sehr tiefen Fallzahlen wurde darin auf eine spezifische Prognose der Anzahl Spitalaufenthalte für den Bereich Psychiatrie verzichtet. Es wurde ausschliesslich das Bevölkerungswachstum prognostiziert ([Kanton Appenzell Innerrhoden 2012](#)).
3. Der Kanton Appenzell Ausserrhoden hat im Jahr 2020 einen Versorgungsbericht mit Bedarfsprognose bis ins Jahr 2030 publiziert. Ausgangsjahr der Prognose war das Jahr 2016. Dabei wurden das Bevölkerungswachstum sowie die Entwicklungen der Anzahl Spitalaufenthalte bzw. Pflegetage prognostiziert ([Kanton Appenzell Ausserrhoden 2020](#)).
4. Der Kanton St.Gallen formulierte in seiner Psychiatriekonzeption 2022 eine Prognose bis ins Jahr 2030. Ausgangsjahr der Prognose war das Jahr 2020. Dabei wurden das Bevölkerungswachstum sowie die Entwicklungen der Anzahl Spitalaufenthalte bzw. Pflegetage anhand von drei Einflussfaktoren prognostiziert ([Kanton St.Gallen 2022](#)).

Zur besseren Vergleichbarkeit wurden für alle vier Prognosen die jährlichen Veränderungsraten je Kennzahl – wo vorhanden – berechnet und auf das Vergleichsjahr 2024 «standardisiert» angewendet. Es resultiert somit ein Prognosewert für das Jahr 2024, welcher der effektiven Inanspruchnahme gegenübergestellt wird. Abbildung 43 fasst je Kanton die prozentuale Abweichung zwischen dem IST- und dem Prognose-Wert für die einzelnen Kennzahlen im Jahr 2024 zusammen. Bei der Abschätzung der Bevölkerungsentwicklung lagen zwei Kantone mit ihren Prognosen über (TG und AR) und zwei unter der effektiven Entwicklung (SG und AI). Die Abweichungen sind jedoch tief. Die höchsten prozentualen Abweichungen weist der Kanton Appenzell Innerrhoden auf, was zwei Gründe hat: einerseits stützt sich die Berechnung auf eine kleine Grundgesamtheit und andererseits beruht die Prognose ausschliesslich auf der Bevölkerungsentwicklung. Alle vier Kantone weisen sowohl für die Entwicklung der Fallzahlen wie auch der stationären Pflegetage eine beträchtliche Differenz zwischen der IST-Entwicklung und der Prognose auf. Die IST-Entwicklung verlief in allen Kantonen umfangreicher als in den Prognosen abgeschätzt. Mit anderen Worten: die Prognosen waren zu konservativ ausgestaltet oder aber die prognostizierten Verlagerungen in den intermediären und ambulanten Bereich sind nicht im erwarteten Ausmass erfolgt. Einzig bei der durchschnittlichen Verweildauer der Thurgauer Bevölkerung ist der IST-Verlauf aufgrund der Bettenlimitierungen weniger stark als in der Prognose vorausgesagt.

Abbildung 43: Abweichung in Prozent der IST-Werte 2024 gegenüber den Prognosewerten 2024 der jeweiligen Kantonsprognosen



Quellen: TG: Bedarfsprognose OBASAN; AI: Versorgungsbericht 2012; AR: Versorgungsbericht 2020; SG: Psychiatriekonzeption 2022

6.2 Prognosemodell

Die Planungskantone basieren ihre Prognose für das Jahr 2035 grundsätzlich auf dem Prognosemodell Psychiatrie des Kantons Zürich aus seiner Spitalplanung 2023 (Kanton Zürich 2023). Es besteht aus den Einflussfaktoren «Demografie», «Verlagerung stationär-ambulant» und «Inanspruchnahme». In Abweichung zum Zürcher Prognosemodell wird zusätzlich als Einflussfaktor ein Benchmarking der durchschnittlichen Verweildauer innerhalb der Deutschschweizer Kantone je Psychiatrieleistungsgruppe verwendet. Auf den Bereich der Forensik und das Angebot für Mütter und Kinder (PLG MUKI) wird ausschliesslich der Demografie-Parameter angewendet.

Die Parameter wirken im Modell teilweise spezifisch je nach Geografie oder Altersklasse. Die Prognose erfolgt auf Einzelfallebene. Das Planungsmodell weist als Ausgangsjahr 2024 und als Prognosehorizont das Jahr 2035 auf. Es beinhaltet ein Haupt-, ein Minimal- und ein Maximalszenario, wobei die einzelnen Einflussfaktoren so zugeordnet werden, dass das Minimalszenario im Vergleich zum Ausgangsjahr die tiefste und das Maximalszenario die höchste Veränderungsrate aufweisen.

Als Übersicht enthält die Tabelle 28 die im Prognosemodell verwendeten Parameter sowie die jährlichen Veränderungswerte.

Tabelle 28: Parameter und jährliche Veränderungswerte des Prognosemodells Psychiatrie der Planungskantone

Parameter	Hauptszenario	Minimalszenario	Maximalszenario
Demografie:	+0.8%	+0.5%	+1.1%
SG	+0.9%	+0.5%	+1.2%
AR	+0.1%	-0.1%	+0.3%
AI	+0.6%	+0.4%	+0.7%
TG	+0.9%	+0.5%	+1.3%
Verlagerung stationär - ambulant:	-1.3%	-1.9%	-0.8%
Kinder- und Jugendliche	-0.9%	-1.5%	-0.5%
Erwachsene	-1.4%	-2.0%	-0.9%
Betagte	-1.0%	-1.5%	-0.5%
Inanspruchnahme	+1.3%	+0.9%	+1.8%
Kinder und Jugendliche	+2.7%	+1.8%	+3.6%
Erwachsene	+1.3%	+0.8%	+1.7%
Betagte	+0.7%	+0.4%	+1.0%
CH-Benchmarking Verweildauer:	-0.5%	-0.7%	-0.4%
Erwachsene	-0.7%	-0.9%	-0.5%

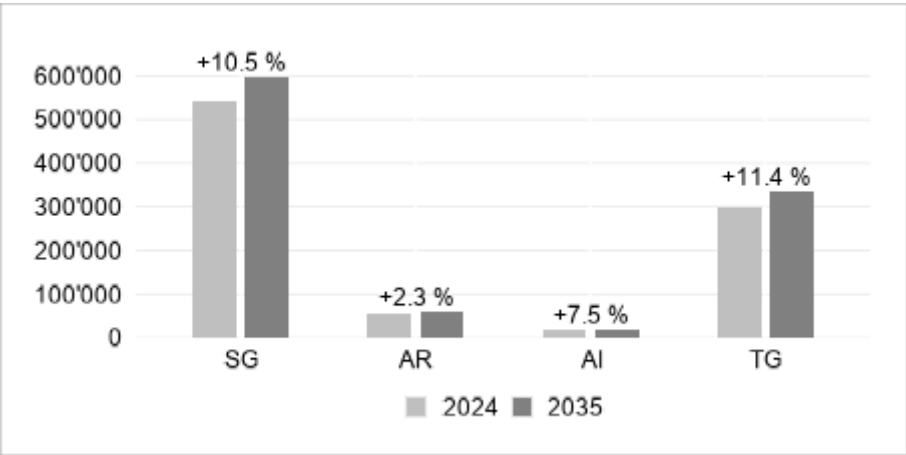
Quelle: Prognose SGARAITG, Kinder und Jugendliche: 0 bis 18 Jahre, Erwachsene: 19-65, Betagte: 66 Jahre und älter

6.2.1 Demografie

Für die Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden und Thurgau werden die kantonalen Bevölkerungsszenarien 2025-2055 des Bundesamtes für Statistik (BFS) verwendet (BFS 2025). Für den Kanton St.Gallen kommt das kantonale Bevölkerungsszenario des Amtes für Daten und Statistik (DSSG) mit Basis 2024 zur Anwendung (Kanton St.Gallen 2025). Für grundlegende Ausführungen zur Methodik der Bevölkerungsszenarien wird auf «Anhang 2: Methodik verwiesen.

Das Szenario Trend geht davon aus, dass die Bevölkerung der Planungsregion bis ins Jahr 2035 um rund 93'000 Menschen auf gut 1 Million Personen anwächst (SG: 596'595; AR: 58'031; AI: 17'982; TG: 333'533). Gegenüber dem Jahr 2024 mit einer ständigen Wohnbevölkerung von knapp 913'000 Personen entspricht das einem Anstieg von 10 Prozent. Innerhalb des Kantons St.Gallen bestehen regionale Unterschiede in den Bevölkerungsszenarien. Aus Abbildung 44 ist ersichtlich, dass die Bevölkerungsentwicklung auch je Kanton unterschiedlich ausfällt. Das höchste Wachstum mit +11,5 Prozent verzeichnet der Kanton Thurgau, gefolgt vom Kanton St.Gallen mit +10,5 Prozent, dem Kanton Appenzell Innerrhoden mit +7,5 Prozent und dem Kanton Appenzell Ausserrhoden mit +2,3 Prozent.

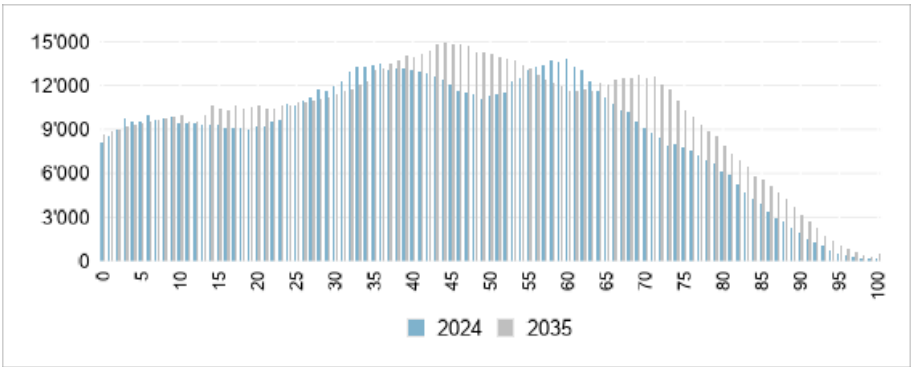
Abbildung 44: Bevölkerungswachstum je Kanton, 2024-2035



Quelle: Kantone TG, AR und AI: Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Kantone 2025-2055, Referenzszenario BR-00-2025, Kanton SG: BevSzen-SG-P25-2025-2055

Neben der absoluten Zunahme der Anzahl Einwohnerinnen und Einwohner wird sich die Bevölkerung der Planungsregion in den nächsten zehn Jahren in ihrer Altersstruktur weiter verändern (siehe Abbildung 45 nächste Seite). Die Anteile der höheren Altersklassen an der Gesamtbevölkerung nehmen jeweils stark zu. So steigt der Anteil der über 64-Jährigen im Hauptszenario von 19,7 Prozent auf 24 Prozent im Jahr 2035. Zwei Drittel des Bevölkerungswachstums erfolgt in der Altersgruppe der über 64-Jährigen. In absoluten Zahlen steigt in der Planungsregion die Bevölkerung im Pensionsalter zwischen 2024 und 2035 um rund 61'200 Menschen, während die Bevölkerung zwischen 19 und 64 Jahren nur um gut 24'000 Personen anwächst.

Abbildung 45: Anzahl Einwohnerinnen und Einwohner je Einjahresaltersklasse, Kantone St.Gallen, Appenzell Ausserrhodens, Appenzell Innerrhodens und Thurgau, 2024 und 2035



Quelle: Kantone TG, AR und AI: Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Kantone 2025-2055, Referenzszenario BR-00-2025, Kanton SG: BevSzen-SG-P25-2025-2055

Der Prognoseparameter «Demografie» ist hauptsächlich für die Bevölkerung über 65 Jahre mit einem jährlichen Wachstum der Fälle von 2,7 Prozent (bezogen auf das Jahr 2024) von Relevanz. Die zahlenmässig grösste Bevölkerungsgruppe der Erwachsenen wächst bis ins Jahr 2035 nur um 0,4 Prozent je Jahr.

Der Einflussfaktor des Bevölkerungswachstums – isoliert betrachtet – führt im Hauptszenario im Jahr 2035 zu zusätzlich knapp 990 Spitalaufenthalten (Min: 560 Spitalaufenthalte; Max: 1'400 Spitalaufenthalte) und gut 11'400 Pflegetagen (Min: -9'750 Tage; Max: 32'900 Tage). Aus der Tabelle 29 sind die aggregierten Resultate auf Ebene der einzelnen Kantone unterteilt in die drei Altersgruppen zu entnehmen. Aufgrund des unterschiedlichen Bevölkerungswachstums unterscheiden sich die Resultate je nach Kanton. Der grösste Zuwachs erfolgt auf Ebene der Planungsregion in der Alterspsychiatrie (+ 500 Fälle; +16'700 Pflegetage) aufgrund der demografischen Überalterung der Bevölkerung. Die Detailergebnisse des Einflussfaktors «Demografie» auf Ebene der einzelnen Leistungsgruppen sind in der Tabelle 58 im Tabellenanhang zu finden.

Tabelle 29: Einflussfaktor Demografie auf Prognose nach Kanton, Hauptszenario 2024-2035

Region	Fälle 2024	Fälle 2035	Veränderung absolut	Veränderung in %	Pflegetage 2024	Pflegetage 2035	Veränderung absolut
SG	6'032	6'627	595	9.9%	212'061	222'070	10'009
KJP	499	552	53	10.6%	20'482	22'369	1'887
EP	4'735	5'008	273	5.8%	164'857	164'326	-531
AP	798	1'067	269	33.7%	26'722	35'376	8'654
AR	747	754	7	0.9%	27'138	25'851	-1'287
KJP	77	83	6	7.8%	3'327	3'532	205
EP	590	573	-17	-2.9%	21'266	19'277	-1'989
AP	80	98	18	22.5%	2'545	3'042	497
AI	121	129	8	6.6%	4'196	4'193	-3
KJP	15	15	0	0.0%	556	539	-17
EP	82	83	1	1.2%	3'047	2'897	-150

Region	Fälle 2024	Fälle 2035	Verände- rung absolut	Verände- rung in %	Pflegetage 2024	Pflegetage 2035	Verände- rung absolut	114
AP	24	31	7	29.2%	593	758	165	
TG	3'607	3'985	378	10.5%	139'076	141'727	2'651	
KJP	324	378	54	16.7%	12'462	14'570	2'108	
EP	2'794	2'915	121	4.3%	108'141	101'292	-6'849	
AP	489	692	203	41.5%	18'473	25'865	7'392	
Gesamt	10'507	11'495	988	9.4%	382'471	393'842	11'371	
KJP	915	1'028	113	12.4%	36'827	41'009	4'182	
EP	8'201	8'578	377	4.6%	297'311	287'792	-9'519	
AP	1'391	1'889	498	35.8%	48'333	65'040	16'707	

Quelle: SPIGES BFS, Prognose SGARAITG; KJP: 0 bis 18 Jahre, EP: 19-65, AP: 66 Jahre und älter (Alter im Erhebungsjahr)

6.2.2 Verlagerung stationär – ambulant

Die Fachliteratur und Erfahrungen aus anderen Ländern weisen darauf hin, dass in der Schweiz und auch in der Planungsregion ein ungenutztes Verlagerungspotenzial vom stationären in den ambulanten Bereich besteht ([Heekeren et al. 2020](#), [Hudson 2019](#), [Bundesrat 2016](#)). Eine Umfrage beim Zürcher Verein Psychiatrischer Chefärzte (ZVPC) bezifferte das Potenzial auf 15 bis 20 Prozent der aktuellen Spitalaufenthalte unter der Bedingung, dass tagesklinische und ambulante Versorgungsangebote in ausreichendem Mass vorhanden und deren kostendeckende Finanzierung garantiert sind ([Kanton Zürich 2021](#), S. 112). In der Kinder- und Jugendpsychiatrie bestehen gewisse Fehlplatzierungen von Kindern und Jugendlichen in der stationären Psychiatrie, die in alternativen sozial-/sonderpädagogischen Einrichtungen mit therapeutischer Ausrichtung besser aufgehoben wären. Weitere Ausführungen zum Verlagerungspotenzial sind im Kapitel 5.1 zu finden.

Da wenig Evidenz für Verlagerungspotenziale von Patientengruppen mit spezifischen Merkmalen (Diagnose, Aufenthaltsdauer) vorliegen, werden die Parameter für jede Leistungsgruppe uniform angewendet (Ausnahme Forensik und MUKI). Im Hauptszenario wird bis ins Jahr 2035 von der Realisierung eines Verlagerungspotenzials von 15 Prozent der aktuellen Fallzahl der Erwachsenenpsychiatrie ausgegangen (Minimal: 20 Prozent; Maximal: 10 Prozent). In der Kinder- und Jugendpsychiatrie und in der Alterspsychiatrie wird im Hauptszenario mit einem Verlagerungspotenzial von 10 Prozent (Minimal: 15 Prozent; Maximal: 5 Prozent) gerechnet. Für den Prognosezeitraum ergeben sich somit in der Erwachsenenpsychiatrie jährliche Veränderungsraten von -1,5 Prozent im Hauptszenario bzw. -2 und -1 Prozent im Minimal- bzw. Maximalszenario bzw. in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Alterspsychiatrie von -1 Prozent im Hauptszenario und -1.5 sowie -0.5 Prozent im Minimal- bzw. Maximalszenario.

Tabelle 30: Einflussfaktor Verlagerung auf Prognose nach Kanton, Hauptszenario 2024-2035

Region	Fälle 2024	Fälle 2035	Veränderung absolut	Veränderung in %	Pflegetage 2024	Pflegetage 2035	Veränderung absolut
SG	6'032	5'199	-833	-13.8%	212'061	175'346	-36'715
AR	747	644	-103	-13.8%	27'138	22'431	-4'707
AI	121	105	-16	-13.3%	4'196	3'475	-721
TG	3'607	3'114	-493	-13.7%	139'076	111'983	-27'093
Gesamt	10'507	9'062	-1'445	-13.8%	382'471	313'234	-69'237

Quelle: SPIGES BFS, Prognose SGARAITG

Tabelle 30 zeigt, dass die isolierte Anwendung dieses Verlagerungseffektes bis ins Jahr 2035 zu einer Reduktion in der Höhe von 1'450 stationären Fällen bzw. fast 70'000 Pflegetagen führt. Bei einer Bettenauslastung von 90 Prozent entspricht dies einem Bettenvolumen von 170 Betten auf Ebene der Planungsregion bzw. einem Rückgang der behandelten Patientinnen und Patienten um 14 Prozent. Die Detailergebnisse des Einflussfaktors «Verglagerung stationär-ambulant» auf Ebene der einzelnen Leistungsgruppen sind in der Tabelle 59 im Tabellenanhang ersichtlich.

6.2.3 Inanspruchnahme

Als Fortschreibung der Entwicklung in den letzten Jahren und basierend auf der Fachliteratur wird analog zum Kanton Zürich davon ausgegangen, dass die generelle Inanspruchnahme von psychiatrischen stationären und intermediären Hilfsangeboten in den nächsten Jahren weiter zunimmt (siehe auch Kapitel 2 Trends und Herausforderungen, [Kanton Zürich](#) 2021). Die Stärke dieses Effektes wird für die Kantone ARAISG anhand der durchschnittlichen Steigerung der stationären Fallzahlen der jeweiligen Kantonsbevölkerung in den Jahren 2019 bis 2024 je Altersbereich ermittelt. Für den Kanton Thurgau werden zum Ausgleich der bisher geltenden Mengensteuerung die Jahre 2019 bis 2025 verwendet. Dabei werden die Werte der Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden und St.Gallen (ARAISG) zusammengefasst und die Werte des Kantons Thurgau separat betrachtet. Nachfolgende Tabelle fasst die Entwicklungen der Spitalaufenthalte je Kantonsgruppe und je Altersgruppe zusammen. Es fällt auf, dass der Kanton Thurgau durchwegs tiefere Steigerungsraten im Beobachtungszeitraum aufwies als die restlichen Planungskantone. Während die stationären Fälle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in den drei Kantonen ARAISG jährlich um 6,5 Prozent zunahm, belief sich der Anstieg im Kanton Thurgau nur auf 3,1 Prozent. Auch in der Erwachsenenpsychiatrie betrug die jährliche Steigerung im Kanton Thurgau nur etwas mehr als die Hälfte von derjenigen der drei Kantone ARAISG (+1,7 gegenüber +3,0 Prozent). Während in der stationären Alterspsychiatrie im Kanton Thurgau – aufgrund der Schaffung von zusätzlichen Tagesklinikplätzen – nur eine ganz leichte Steigerung der stationären Fälle zu beobachten (+0,4 Prozent) war, verzeichneten die anderen drei Kantone eine jährliche Steigerung von +2,9 Prozent.

Tabelle 31: Herleitung Prognoseparameter «Inanspruchnahme» nach Region und Altersbereich

Alters- gruppe	Region	Fälle 2019	Fälle 2024	Jährliche Veränderung 2019-2024 in %	Jährliche Veränderung in %		
					Haupt- szenario	Minimal- szenario	Maximal- szenario
KJP	ARAI SG	430	591	+6.5	+3.3	+2.2	+4.3
KJP	TG	287	346	+3.1	+1.6	+1.0	+2.1
EP	ARAI SG	4'659	5'408	+3.0	+1.5	+1.0	+2.0
EP	TG	2'556	2'824	+1.7	+0.8	+0.6	+1.1
AP	ARAI SG	780	902	+2.9	+1.0	+0.5	+1.5
AP	TG	491	504	+0.4	+0.1	+0.05	+0.2
Total	ARAI SG	5'869	6'901	+3.3	1.6	1.1	2.2
Total	TG	3'334	3'674	+2.0	1.0	0.6	1.3

Quelle: SPIGES BFS, Prognose SGARAITG, KJP: 0 bis 18 Jahre, EP: 19-65, AP: 66 Jahre und älter (Alter im Erhebungsjahr)

Für die Prognose wird bis ins Jahr 2035 im Hauptszenario für die Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie die Erwachsenenpsychiatrie eine jährliche Zunahme um die Hälfte der effektiven jährlichen Veränderungsrate von 2019 bis 2024 angenommen. Im Minimalszenario ist die Zunahme auf einen Drittel, im Maximalszenario auf zwei Drittel festgelegt. Für die Alterspsychiatrie werden leicht tiefere Werte angenommen: Im Hauptszenario ein Drittel, im Minimalszenario 17 Prozent und im Maximalszenario 50 Prozent. Über alle Spitalaufenthalte hinweg ergibt dies im Hauptszenario eine jährliche Wachstumsrate für den Kanton Thurgau von 1 Prozent bzw. für die Kantone ARAISG von 1,6 Prozent.

Aus der nachfolgenden Tabelle ist zu entnehmen, dass die Fortschreibung der steigenden Inanspruchnahme isoliert betrachtet zu einem Fallzahlwachstum auf Ebene der gesamten Planungsregion von rund 1'640 Fällen und gut 34'000 Pflegetagen führt. Umgerechnet in Betten bedeutet dies ein Wachstum von 84 Bettenplätzen bei einer Auslastung von 90 Prozent. In der nachfolgenden Tabelle sind die Resultate zudem nach Kanton und Altersbereich aufgeschlüsselt.

Tabelle 32: Einflussfaktor «Inanspruchnahme» auf Prognose nach Kanton und Altersgruppe, Hauptszenario 2024-2035

Region	Fälle 2024	Fälle 2035	Veränderung absolut	Pflegetage 2024	Pflegetage 2035	Veränderung absolut
Kinder und Jugendliche	915	1'211	311	36'827	49'525	12'698
SG	499	711	212	20'482	29'206	8'724
AR	77	110	33	3'327	4'747	1'420
AI	15	21	6	556	793	237
TG	324	384	60	12'462	14'779	2'317
Erwachsene	8'201	9'427	1'226	297'311	315'133	17'822
SG	4'735	5'578	843	164'857	182'012	17'155
AR	590	695	105	21'266	23'389	2'123
AI	82	97	15	3'047	3'364	317
TG	2'794	3'058	264	108'141	106'368	-1'773

Region	Fälle 2024	Fälle 2035	Veränderung absolut	Pflegetage 2024	Pflegetage 2035	Veränderung absolut
Betagte	1'391	1'500	109	48'333	51'970	3'637
SG	798	887	89	26'722	29'716	2'994
AR	80	89	9	2'545	2'831	286
AI	24	27	3	593	660	67
TG	489	497	8	18'473	18'763	290
Gesamt	10'507	12'153	1'646	382'471	416'627	34'156
SG	6'032	7'176	1'144	212'061	240'933	28'872
AR	747	893	146	27'138	30'967	3'829
AI	121	145	24	4'196	4'817	621
TG	3'607	3'940	333	139'076	139'911	835

Quelle: SPIGES BFS, Prognose SGARAITG. KJP: 0 bis 18 Jahre, EP: 19-65, AP: 66 Jahre und älter (Alter im Erhebungsjahr)

Die Auswirkungen des Prognoseparameters «Inanspruchnahme» auf die einzelnen Psychiatrieleistungsgruppen sind im Tabellenanhang in Tabelle 60 zu finden.

6.2.4 CH-Benchmarking Verweildauer

Es wurde ein Vergleich der durchschnittlichen Verweildauern je PLG der Planungskantone mit den Werten der Deutschschweizer Kantone erstellt³⁹. Um eine möglichst robuste Datenbasis zu haben, wurden die Datenjahre 2022 bis 2024 verwendet. Geografisch wurden die Kantone ARAISG zusammengefasst und der Kanton Thurgau separat betrachtet. Das Benchmarking berücksichtigt ausschliesslich die Erwachsenenpsychiatrie. Um den Einfluss von statistischen Ausreissern im Benchmarking zu neutralisieren, wurden PLG mit weniger als 6 Fällen aus dem Benchmarking ausgeschlossen. Für die Kantone ARAISG bzw. TG betrifft dies je vier PLG.

Gemäss nachfolgender Tabelle weisen über alle Leistungsbereiche hinweg beide Regionen im Beobachtungszeitraum eine um fünf (TG) bzw. 2,8 (ARAISG) Tage höhere durchschnittliche Verweildauer auf als der Durchschnitt aller Patientinnen und Patienten aller Deutschschweizer Kantone. Auffällig und jeweils rot markiert sind insbesondere die durchwegs höheren Werte beider Regionen in den vier PLG «AZB2 - Zwangsstörungen, Störungen der Impulskontrolle und Ticstörungen», «AZB3 - Posttraumatische Belastungsstörungen», «DEPR - Depressive Störungen, Dysthymien, Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen» und «PERS - Persönlichkeitsstörungen». Weiter bemerkenswert sind die hohen Werte des Kantons Thurgau bei den Angst- und Zwangsstörungen (AZB1 und AZB2), den Schizophrenien, den Abhängigkeitserkrankungen illegaler Drogen (ABH2), den Schmerz- und Angststörungen (DISS und AZB1) und den Überliegern/Diverse Diagnosen. Schliesslich weist die Region ARAISG eine hohe durchschnittliche Verweildauer in den PLG «ADHS» und «AUTI» auf, während sie im Kanton Thurgau aufgrund der gut ausgebauten intermediären Angebote v.a. bei «AUTI» deutlich unterdurchschnittlich sind.

³⁹ Da die Westschweizer Kantone ihr stationäres Angebot stärker auf die Akutpsychiatrie ausgelegt haben, verfügen diese über deutlich tiefere durchschnittliche Verweildauern. Eine Berücksichtigung im Benchmarking ist deshalb nicht angezeigt.

Tabelle 33: Durchschnittliche Verweildauer (VWD) der Kantone ARAISG und TG verglichen mit den Deutschschweizer-Durchschnittswerten je Psychiatrieleistungsgruppe, 2022-2024

Leistungsbereich	Durchschnittliche Verweildauer 2022-2024		
	TG	ARAISG	CH
Gesamt	36.6	34.4	31.7
BPUEB - Überlieger	45.8	41.4	39.5
BPALZ - Alzheimer/Parkinson	zkF	zkF	42.5
BPAND - Diverse Diagnosen	30.7	20.9	12.8
ABH1 - Abhängigkeitserkrankungen: Alkohol, Medikamente und Nikotin	28.3	29.4	27.4
ABH2 - Abhängigkeitserkrankungen: Drogen	29.2	26.1	25.7
ABH3 - Abhängigkeitserkrankungen: nicht substanzgebunden	38.1	28.1	38.3
ADHS - Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung	33.6	43.0	34.6
AUT1 - Autismusspektrumstörungen	28.7	35.2	31.2
AZB1 - Angststörungen und phobische Störungen	37.1	31.2	30.4
AZB2 - Zwangsstörungen, Störungen der Impulskontrolle und Ticstörungen	48.2	45.0	40.7
AZB3 - Posttraumatische Belastungsstörungen	50.6	52.3	42.0
DEMD - Demenzen und Delire	24.5	35.7	33.9
DEPR - Depressive Störungen, Dysthymien, Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen	36.1	35.6	31.6
DISS - Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	42.2	32.2	32.5
ESSS - Anorexien, Bulimien, Binge Eating Störungen und Adipositas	49.2	54.4	56.1
FOR1 - Stationärer Massnahmenvollzug (Einweisende Instanz: Justizbehörden)			
FOR2 - Krisenintervention bei Haft und U-Haft			
INTE - Behandlung von Patienten mit intellektuellen Beeinträchtigungen	25.0	26.6	31.7
KIND - Säuglings- und kinderspezifische Störungen	0.0	zkF	0.0
MUKI - Mutter-Kind-Behandlungen	69.6	54.9	44.3
PBS1 - Schizophrenien, schizotype und wahnhaftige Störungen, Katatonien	44.1	34.8	33.0
PBS2 - Manien, bipolare Störungen und Zykllothymien	36.7	32.9	31.0
PERS - Persönlichkeitsstörungen	36.5	34.2	26.4
SCHL - Nichtorganische Schlafstörungen	zkF	21.7	21.3
SEXS - Störungen in Verbindung mit Sexualität	zkF	zkF	44.8
SOZI - Störungen des Sozialverhaltens	zkF	zkF	15.0

Quelle: SPIGES BFS

zkF: zu kleine Fallzahlen und deshalb vom Benchmarking ausgeschlossen.

Angeichts der Resultate scheint es angezeigt, bei der Abschätzung der Entwicklung der Anzahl Pflgetage eine Angleichung der Werte der zwei Regionen TG und ARAISG an den Durchschnitt der anderen Deutschschweizer Kantone zu berücksichtigen. Davon ausgenommen sind die Leistungsbereiche Forensik und MUKI. Für das Trendszenario wird deshalb davon ausgegangen, dass 75 Prozent der jeweiligen Differenzen bei den Verweildauern je Leistungsbereich zwischen dem Regionen-

Wert und dem Durchschnittswert der anderen Kantone bis ins Jahr 2035 entfallen wird (-0,7 Prozent jährlich). Für das Minimalszenario wird mit 100 Prozent (-1 Prozent jährlich) und für das Maximalszenario mit 50 Prozent (-0,5 Prozent jährlich) gerechnet.

Da der Kanton Thurgau die höchsten durchschnittlichen Aufenthaltsdauern aufweist, resultiert auch die grösste prozentuale Reduktion (-7,5 Prozent). Umgekehrt verhält es sich beim Kanton Appenzell Innerrhoden, bei dem mit 4,4 Prozent der tiefste Rückgang zu verzeichnen ist (Tabelle 34). Insgesamt resultiert ein Rückgang der Pflgetage um knapp 6 Prozent bzw. 21'500 Pflgetage, wenn im Hauptszenario 75 Prozent der bestehenden Unterschiede zwischen den durchschnittlichen Verweildauern der Planungskantone und dem Durchschnittswert der Deutschschweizer Kantone abgebaut würde. Die Auswirkungen des Prognoseparameters «DCH-VWD-Benchmarking» auf die einzelnen Psychiatrieleistungsgruppen sind im Tabellenanhang in Tabelle 61 zu finden.

Tabelle 34: Einflussfaktor «DCH-AHD-Benchmarking» auf die Prognose nach Kanton und Altersgruppe, Hauptszenario 2024-2035

Region	Pflegetage 2024	Pflegetage 2035	Veränderung absolut	Veränderung in %
Erwachsene	297'311	275'735	-21'576	-7.3%
SG	164'857	155'220	-9'637	-5.8%
AR	21'266	19'987	-1'279	-6.0%
AI	3'047	2'861	-186	-6.1%
TG	108'141	97'667	-10'474	-9.7%
Gesamt	382'471	360'895	-21'576	-5.6%
SG	212'061	202'424	-9'637	-4.5%
AR	27'138	25'859	-1'279	-4.7%
AI	4'196	4'010	-186	-4.4%
TG	139'076	128'602	-10'474	-7.5%

Quelle: SPIGES BFS, Prognose SGARAITG

6.3 Prognose stationär

120

Nachfolgend werden die Resultate der Bedarfsprognose nach Altersgruppe, Leistungsgruppe, Planungsregion, Kanton und Region dargestellt. Gemäss Tabelle 35 veranschlagt die Prognose bis ins Jahr 2035 über alle Altersgruppen der Bevölkerung der Planungsregion ein Wachstum der stationären Fallzahlen von 9 Prozent (+959 Fälle), ein Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer um 5.5 Prozent (von 36,4 auf 34,4 Tage) und eine Zunahme der Pflegeetage um gut 3 Prozent (+11'773 Tage). Die Anzahl Spitalaufenthalte je 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner verändert sich auf Ebene Planungsregion und über alle Altersgruppen nur minimal von 11,5 auf 11,4. Die Prognoseresultate unterscheiden sich deutlich zwischen den Altersgruppen. In der Erwachsenenpsychiatrie bremst der Verlagerungseffekt die Zunahme aus der steigenden Inanspruchnahme sowie dem Bevölkerungswachstum, weshalb der Anstieg der Fälle um 2,4 Prozent sehr moderat ausfällt. Die Pflegeetage in der Erwachsenenpsychiatrie entwickeln sich gar rückläufig (-5 Prozent). Umgekehrt wird in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bis ins Jahr 2035 ein Zuwachs der Fälle und Pflegeetage um je gut einen Drittel prognostiziert (+323 Fälle und +12'681 Pflegeetage). Das Wachstum ist fast ausschliesslich auf die Trendfortschreibung der Inanspruchnahme zurückzuführen. In der Alterspsychiatrie erfolgt ein leicht tieferes Wachstum: Treiber sind das hohe demografische Wachstum und die Trendfortschreibung der Inanspruchnahme. Gebremst wird das Wachstum durch die Verlagerungsannahme. In der Alterspsychiatrie wird insgesamt eine Zunahme um 440 Fälle (+32 Prozent) und um knapp 14'600 Pflegeetage veranschlagt.

Tabelle 35: Prognoseergebnis Psychiatrie stationär nach Altersgruppe und Parameter, Planungsregion, Hauptszenario, 2024-2035

	Parameter	2024	2035	jährliche Veränderung	Differenz in Prozent
Planungsregion	Fälle	10'507	11'466	0.8%	9.1%
	Pflegeetage	382'471	394'244	0.3%	3.1%
	Verweildauer	36.4	34.4	-0.5%	-5.5%
	Bevölkerung	912'983	1006141	0.9%	10.2%
	Hosprate*	11.5	11.4	-0.1%	-1.0%
Kinder- und Jugendpsychiatrie	Fälle	915	1'238	2.8%	35.3%
	Pflegeetage	36'827	49'508	2.7%	34.4%
	Verweildauer	40.2	40	0.0%	-0.5%
	Bevölkerung	177'231	184'782	0.4%	4.3%
	Hosprate*	5.2	6.7	2.4%	29.8%
Erwachsenenpsychiatrie	Fälle	8'201	8'398	0.2%	2.4%
	Pflegeetage	297'311	281'837	-0.5%	-5.2%
	Verweildauer	36.3	33.6	-0.7%	-7.4%
	Bevölkerung	566'918	592'234	0.4%	4.5%
	Hosprate*	14.5	14.2	-0.2%	-2.0%
Alterspsychiatrie	Fälle	1'391	1'831	2.5%	31.6%
	Pflegeetage	48'333	62'899	2.4%	30.1%
	Verweildauer	34.8	34.3	-0.1%	-1.4%
	Bevölkerung	168'834	229'125	2.8%	35.7%
	Hosprate*	8.2	8.0	-0.3%	-3.0%

Quelle: SPIGES BFS; Prognose SGARAITG. * Anzahl Spitalaufenthalte je 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner der jeweiligen Altersgruppe.
KJP: 0 bis 18 Jahre, EP: 19-65, AP: 66 Jahre und älter (Alter im Erhebungsjahr)

In Tabelle 36 ist die Gesamtprognose aufgeschlüsselt nach den Planungskantonen dargestellt. Teilweise bestehen beträchtliche Unterschiede zwischen den kantonalen Entwicklungen. Über alles gesehen verfügt der Kanton St.Gallen über das höchste prozentuale stationäre Fall- und Pflagestage-Wachstum. Gründe dafür sind das starke Bevölkerungswachstum und die hohe Steigerung der Inanspruchnahme aufgrund der Trendfortschreibung zwischen 2019 und 2024. Umgekehrt weist der Kanton Thurgau trotz höchstem Bevölkerungswachstum das tiefste Fallwachstum und eine negative Entwicklung der Pflagestage auf, was auf die tiefen Werte der Trendfortschreibung der Inanspruchnahme (insbesondere in der Alterspsychiatrie) und die hohe Korrektur der mittleren Verweildauer aufgrund des Benchmarkings zurückzuführen ist. Es resultiert sogar eine leicht rückläufige Hospitalisationsrate je 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Für den Kanton Appenzell Ausserrhoden wiederum werden ein sehr tiefes Bevölkerungswachstum und eine moderate Trendfortschreibung prognostiziert. Kombiniert mit einer überdurchschnittlichen Korrektur der durchschnittlichen Verweildauer aufgrund des Benchmarkings resultieren eine bescheidene Wachstumsrate der Fälle und ein minimaler Rückgang der Pflagestage. Ausgehend von einem sehr tiefen Niveau (Hospitalisationsrate von 7,2) werden für den Kanton Appenzell Innerrhoden überdurchschnittliche Fall- und Pflagestage-Steigerungen prognostiziert, die primär auf der Fortschreibung einer ansteigenden Inanspruchnahme zwischen den Jahren 2019 und 2024 sowie einem robusten Bevölkerungswachstum basieren.

Tabelle 36: Ergebnis Gesamtprognose nach Kanton, Hauptszenario, 2024-2035

	Parameter	2024	2035	Differenz in Prozent	Differenz absolut
St.Gallen	Austritte	6'032	6'798	12.7%	766
	Pflagestage	212'061	228'879	7.9%	16'818
	Verweildauer	35.2	33.7	-4.2%	-1.5
	Bevölkerung	540'036	596'595	10.5%	56'559
	Hosprate*	11.2	11.4	2.0%	0.2
Appenzell Ausserrhoden	Austritte	747	779	4.3%	32
	Pflagestage	27'138	26'907	-0.8%	-231
	Verweildauer	36.3	34.5	-5.0%	-1.8
	Bevölkerung	56'705	58'031	2.3%	1'326
	Hosprate*	13.2	13.4	2.0%	0.3
Appenzell Innerrhoden	Austritte	121	133	10.1%	12
	Pflagestage	4'196	4'354	3.8%	158
	Verweildauer	34.7	32.7	-5.7%	-2.0
	Bevölkerung	16'733	17'982	7.5%	1'249
	Hosprate*	7.2	7.4	2.4%	0.2
Thurgau	Austritte	3'607	3'756	4.1%	149
	Pflagestage	139'076	134'103	-3.6%	-4'973
	Verweildauer	38.6	35.7	-7.4%	-2.9
	Bevölkerung	299'509	333'533	11.4%	34'024
	Hosprate*	12.0	11.3	-6.5%	-0.8

Quelle: SPIGES BFS; Prognose SGARITG. * Anzahl Spitalaufenthalte je 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner der jeweiligen Altersgruppe

Die Prognoseresultate unterscheiden sich zudem deutlich zwischen den Altersgruppen (Tabelle 37). Der Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie wächst aufgrund der Trendfortschreibung sowie des prognostizierten demografischen Wachstums. Innerhalb der Erwachsenenpsychiatrie zeigt sich ein heterogenes Bild zwischen den einzelnen Altersgruppen. Im Gegensatz zu den 19 bis 40-Jährigen sowie den 51 bis 60-Jährigen wird für die Altersgruppe der 41 bis 50-Jährigen ein Bevölkerungswachstum prognostiziert. Entsprechend weist diese Altersgruppe als einzige innerhalb der Erwachsenenpsychiatrie ein kombiniertes Fall- und Pfl egetage-Wachstum auf. In der Alterspsychiatrie potenzieren sich zwei Entwicklungen: das höchste Bevölkerungswachstum und eine hohe Trendfortschreibung.

Tabelle 37: Ergebnis Gesamtprognose nach Altersgruppe, Planungsregion, Hauptszenario, 2024-2035

	Fälle 2024	Fälle 2035	Differenz absolut	Diffe- renz in %	Pflege- tage 2024	Pflege- tage 2035	Differenz absolut	Diffe- renz in %
0 bis 18 Jahre	915	1'238	323	35.3%	36'827	49'508	+12'681	34.4%
19 bis 30 Jahre	2'100	2'129	29	1.4%	76'819	71'536	-5'283	-6.9%
31 bis 40 Jahre	1'979	1'907	-72	-3.6%	72'811	65'430	-7'381	-10.1%
41 bis 50 Jahre	1'745	2'057	312	17.9%	60'663	66'867	+6'204	10.2%
51 bis 60 Jahre	1'732	1'703	-29	-1.7%	63'873	58'084	-5'789	-9.1%
61 bis 70 Jahre	1'039	1'082	43	4.1%	38'039	38'065	+26	0.1%
71 bis 80 Jahre	608	796	188	30.9%	21'521	28'148	+6'627	30.8%
81+	389	554	165	42.4%	11'918	16'606	+4'688	39.3%
Gesamt	10'507	11'466	959	9.1%	382'471	394'244	11'773	3.1%

Quelle: SPIGES BFS; Prognose SGARAITG

Auf Ebene der einzelnen Psychiatrie-Leistungsgruppen weisen die Diagnosegruppen mit hohem Anteil an minderjährigen oder betagten Patientinnen und Patienten die grössten Zuwachsraten an Fällen auf (siehe Tabelle auf nachfolgender Seite). Die prozentual grössten Wachstumsraten bis ins Jahr 2035 weisen die Leistungsgruppen «DEM Demenzen und Delire», «BPALZ - Alzheimer, Parkinson», «KIND - Säuglings- und kinderspezifische Störungen», «SOZI - Störungen des Sozialverhaltens» (je rund 30 Prozent), «ESSS - Anorexien, Bulimien, Binge Eating Störungen und Adipositas» und «ADHS - Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung» (je rund 20 Prozent). Die grössten Zunahmen in absoluten Zahlen sind in den Leistungsgruppen «DEPR - Depressive Störungen, Dysthymien, Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen» (+338 Fälle), «Demenzen und Delire» (+164 Fälle), BPUEB – Überlieger« (+87 Fälle) und «ABH1 - Abhängigkeitserkrankungen: Alkohol, Medikamente und Nikotin» (+74 Fälle) zu erwarten. Diese vier Leistungsgruppen umfassen mehr als zwei Drittel des gesamten Fallzahlwachstums von 959 Spitalaufenthalten bis ins Jahr 2035.

Tabelle 38: Ergebnis Gesamtprognose nach Leistungsgruppe, Planungsregion, Hauptszenario, 2024-2035

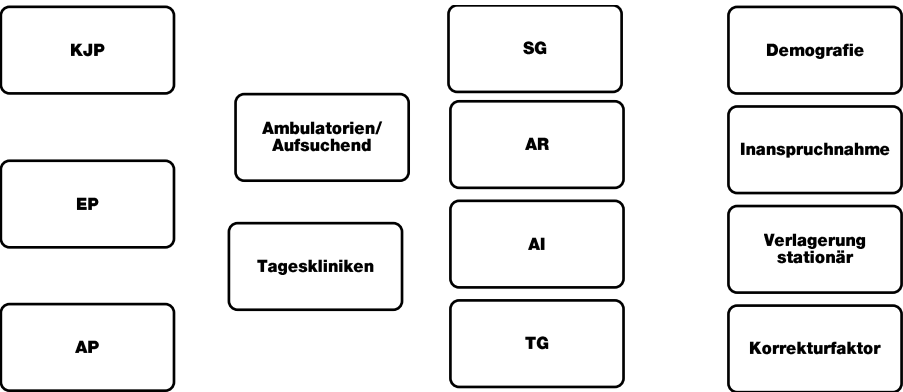
Leistungsbereich	Fälle 2024	Fälle 2035	Diff. absolut	Diff. in %	Pflege- tage 2024	Pflege- tage 2035	Diff. absolut	Diff. in %
BPUEB - Überlieger	945	1'032	87	9.2%	40'325	42'141	1'816	4.5%
BPALZ - Alzheimer, Parkinson	3	4	1	30.7%	95	113	18	19.1%
BPAND - Diverse Diagnosen	35	40	5	13.0%	1'079	807	-272	-25.2%
ABH1 - Abhängigkeitserkrankungen: Alko- hol, Medikamente und Nikotin	1'413	1'487	74	5.2%	39'389	39'964	575	1.5%
ABH2 - Abhängigkeitserkrankungen: Drogen	700	724	24	3.5%	19'315	19'177	-138	-0.7%
ABH3 - Abhängigkeitserkrankungen: nicht substanzgebunden	8	8	0	2.2%	336	343	7	2.0%
ADHS - Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivi- tätsstörung	67	81	14	20.7%	3'320	3'862	542	16.3%
AUTI - Autismusspektrumstörungen	49	57	8	15.3%	2'366	2'757	391	16.5%
AZB1 - Angststörungen und phobische Stö- rungen	178	200	22	12.5%	6'177	6'722	545	8.8%
AZB2 - Zwangsstörungen, Störungen der Impulskontrolle und Ticstörungen	59	64	5	8.4%	2'664	2'751	87	3.3%
AZB3 - Posttraumatische Belastungsstörun- gen	256	272	16	6.1%	13'248	12'098	-1'150	-8.7%
DEMD - Demenzen und Delire	551	715	164	29.8%	16'840	21'581	4'741	28.2%
DEPR - Depressive Störungen, Dysthymien, Belastungsreaktionen und Anpassungsstö- rungen	3'687	4'025	338	9.2%	132'319	134'031	1'712	1.3%
DISS - Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	77	89	12	15.7%	1'856	2'035	179	9.6%
ESSS - Anorexien, Bulimien, Binge Eating Störungen und Adipositas	119	143	24	20.0%	6'835	8'203	1'368	20.0%
FOR1 - Stationärer Massnahmenvollzug (Ein- weisende Instanz: Justizbehörden)	88	92	4	4.1%	13'806	13'919	113	0.8%
INTE - Behandlung von Patienten mit intel- lektuellen Beeinträchtigungen	43	47	4	8.4%	1'189	1'238	49	4.1%
KIND - Säuglings- und kinderspezifische Störungen	48	63	15	31.4%	2'681	3'473	792	29.5%
MUKI - Mutter-Kind-Behandlungen	20	21	1	2.8%	1'159	1'171	12	1.0%
PBS1 - Schizophrenien, schizotype und wahnhafte Störungen, Katatonien	1'096	1'147	51	4.6%	39'330	38'687	-643	-1.6%
PBS2 - Manien, bipolare Störungen und Zyklothymien	336	365	29	8.5%	11'700	12'438	738	6.3%
PERS - Persönlichkeitsstörungen	687	740	53	7.7%	24'282	23'923	-359	-1.5%
SCHL - Nichtorganische Schlafstörungen	6	7	1	8.7%	184	207	23	12.5%
SOZI - Störungen des Sozialverhaltens	36	47	11	30.7%	1'976	2'605	629	31.8%
Gesamtergebnis	10'507	11'466	959	9.1%	382'471	394'244	11'773	3.1%

Quelle: SPIGES BFS; Prognose SGARAITG

6.4 Prognose intermediär

Für die Prognose des Bedarfs an Leistungen der intermediären Angebote (Tageskliniken, Ambulatorien und aufsuchende Angebote) in der Planungsregion bestehen keine schweizweit anerkannten Prognosemodelle, auf die zurückgegriffen werden kann. Die Dimensionierung und Ausgestaltung der intermediären Angebotsstrukturen in einem Versorgungsraum sind abhängig vom bestehenden stationären und niedergelassenen Leistungsangebot, von Finanzierungsmechanismen respektive medizinischen Behandlungskonzepten und von soziodemografischen Aspekten der Bevölkerung. Nicht zuletzt haben die Kantone einen massgeblichen Einfluss auf deren Entwicklung aufgrund der von ihnen geleisteten Zusatzfinanzierung. In Anlehnung an das stationäre Prognosemodell entwickelten die Planungskantone ein Prognosemodell zur Abschätzung der Entwicklung der intermediären Leistungen. Abbildung 46 fasst die wichtigsten Eckpunkte des Modells zusammen. Es unterscheidet zwischen vier Prognoseparametern, drei Altersgruppen (KJP, EP und AP), zwei Angebotstypen (Ambulatorien/aufsuchend und Tageskliniken) und vier geografischen Regionen (Kantone). Grundsätzlich fliessen in die Prognose ausschliesslich intermediäre Angebote ein, die von einem der vier Planungskantone im Rahmen einer Leistungsvereinbarung finanziert werden.

Abbildung 46: Eckpunkte Prognosemodell intermediär



Quelle: Eigene Darstellung

Die Unterteilung der Leistungsdaten in die Altersgruppen Erwachsenen- und Alterspsychiatrie (ab 65 Jahren) ist innerhalb der Planungsregion nicht durchgehend möglich, da die Mehrzahl der intermediären Angebote für Erwachsene keine strikte Einteilung nach Alter aufweisen (separate Angebotsstrukturen) und die vorliegenden Leistungsdaten keine Angaben zum Alter enthalten. Eine Ausnahme bilden die tagesklinischen Angebote im Kanton Thurgau, die für Erwachsene unter und über 65 Jahren unterteilt werden können. Um trotzdem Prognosewerte für die beiden Altersgruppen zu erhalten, werden die gesamthaft vorhandenen Leistungsdaten der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie analog zur Aufteilung im stationären Bereich aufgeschlüsselt. Im stationären Bereich weisen drei der vier Kantone im Jahr 2024 sehr ähnliche Verhältnisraten zwischen Spitalaufenthalten von Erwachsenen und solchen von Personen älter als 65 Jahre. Sie bewegen sich zwischen 87:13 bis 85:15. Einzig der Kanton Appenzell Innerrhoden weist ein deutlich höheres Verhältnis auf, das jedoch aufgrund der tiefen absoluten Fallzahlen mit einem hohen Konfidenzintervall versehen ist. Für die Prognose wird für alle Kantone ein Verhältnis von 86:14 verwendet. Einzig für das tagesklinische Angebot im Thurgau werden die effektiven

Werte verwendet, da dort ein separates Angebot in Form von alterspsychiatrischen Tageskliniken existiert.

6.4.1 Prognoseparameter «Demografie»

Der demografische Einflussfaktor wirkt kantonsspezifisch auf Basis der kantonalen Bevölkerungsszenarien aufgeschlüsselt nach Altersgruppen gleichmässig auf die beiden Angebotstypen analog zum stationären Bereich. Aus Tabelle 39 ist zu entnehmen, dass für den Kanton Appenzell Ausserrhoden aufgrund der negativen Bevölkerungsentwicklung bei der Bevölkerung unter 65 Jahren mit einer Stagnation der Fall- und Konsultations-/Pflegetagsvolumen gerechnet wird. Alle anderen Kantone weisen bis ins Jahr 2035 ein Wachstum im einstelligen Prozentbereich auf mit leichten Unterschieden je nach Ausprägung des IST-Angebotes im Jahr 2025. Auf Ebene der Planungsregion erhöht sich bis ins Jahr 2035 der Bedarf aufgrund der demografischen Entwicklung um 7 Prozent bei den Ambulatorien und um 10 Prozent bei den Tageskliniken.

Tabelle 39: Einflussfaktor Demografie auf Prognose intermediär nach Kanton und Angebotstyp, Hauptszenario 2025-2035

Region	Fälle 2025	Fälle 2035	Verände- rung absolut	Konsultationen/ Pflegetage* 2024	Konsultationen/ Pflegetage* 2035	Verände- rung absolut
SG	23'797	25'649	+1'852			
Ambulatorien	22'013	23'715	+1'702	169'676	181'640	+11'964
Tageskliniken	1'784	1'934	+150	65'775	71'228	5'453
AR	1'931	1'924	-7			
Ambulatorien	1'837	1'830	-7	13'869	13'708	-161
Tageskliniken	94	94	0	3'667	3'666	-1
AI	157	163	+6			
Ambulatorien	152	158	6	1'075	1'111	+36
Tageskliniken	5	5	0	211	219	+8
TG	12'742	13'792	+1'050			
Ambulatorien	11'598	12'496	+898	78'588	84'863	+6'275
Tageskliniken	1'144	1'296	+152	36'006	40'811	+4'805
Gesamt	38'627	41'528	+2'901			
Ambulatorien	35'600	38'197	+2'597	263'208	281'321	+18'113
Tageskliniken	3'027	3'329	+302	105'659	115'924	+10'265

Quelle: Angaben Leistungserbringer, Prognose SGARAITG; * Konsultationen für Ambulatorien und Pflegetage für Tageskliniken.

6.4.2 Prognoseparameter «Trendfortschreibung Inanspruchnahme»

Für den Einflussfaktor «Inanspruchnahme» wird analog zum stationären Prognosemodell auf die Entwicklung zwischen den Jahren 2019 und 2025 abgestellt und ein prozentualer Anteil bis ins Jahr 2035 fortgeschrieben. Dieser Ansatz wird ausschliesslich auf die Ambulatorien angewendet, da der Tagesklinik-Bereich mit fixen Einheiten operiert, die nur sehr eingeschränkt in ihrer Dimensionierung angepasst werden können. Die Tagesklinik-Einheiten werden durch die Parameter «Demografie» (Kapitel 6.4.1) und «Verlagerung stationär» (Kapitel 0) prognostiziert. Zudem besteht mit dem Parameter «Korrekturfaktor» die Möglichkeit, Tagesklinik-Einheiten als Ganze in die Bedarfsabschätzung zu integrieren (siehe Kapitel 6.4.4). Tabelle 40 enthält die Herleitung der verwendeten Werte für den Parameter «Inanspruchnahme» je Kanton. Daraus geht hervor, dass die ambulanten und aufsuchenden Angebote über alle Altersgruppen hinweg zwischen den Jahren 2019 und 2025 jährliche Wachstumsraten von 4 Prozent (Fälle) bzw. 1.6 Prozent (Konsultationen) aufwiesen. Der Kanton Appenzell Ausserrhoden verfügte über das stärkste Wachstum. Das tiefe Wachstum der Konsultationen im Kanton St.Gallen resultiert aus der Summe eines Rückgangs in der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie und einem leicht höheren Zuwachs in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Analog zum stationären Bereich wird im Hauptszenario eine Fortschreibung von der Hälfte des jährlichen Wachstums für die nächsten zehn Jahre angenommen (ein Drittel im Minimal- und zwei Drittel im Maximalszenario).

Tabelle 40: Herleitung Einflussfaktor Inanspruchnahme nach Kanton, 2019-2025

Region	2019	2025	Jährliche Veränderung	Hauptszenario	Min.	Max.
SG						
Fälle	17'647	22'013	3.8%	1.9%	1.2%	1.9%
Konsultationen	161'256	169'676	0.9%	0.4%	0.3%	0.4%
AR						
Fälle	1'175	1'837	7.7%	3.9%	2.6%	3.9%
Konsultationen	8'621	13'869	8.2%	4.1%	2.7%	4.1%
AI						
Fälle	120	152	4.0%	2.0%	1.3%	2.0%
Konsultationen	833	1'075	4.3%	2.2%	1.4%	2.2%
TG						
Fälle	9'214	11'598	3.9%	2.0%	1.3%	2.6%
Konsultationen	68'050	78'588	2.4%	1.2%	0.8%	1.6%
Gesamt						
Fälle	28'156	35'600	4.0%	2.0%	1.3%	2.6%
Konsultationen	238'760	263'208	1.6%	0.8%	0.5%	1.1%

Quelle: Angaben Leistungserbringer

Der Einfluss des Prognosefaktors isoliert auf die Prognose der Leistungen in Ambulatorien oder aufsuchend wird in Tabelle 41 detailliert dargestellt. Daraus geht hervor, dass auf Ebene der Planungsregion im Hauptszenario mit knapp 8'000 zusätzlichen Fällen und gut 27'300 Konsultationen zu rechnen ist, wenn die Entwicklung zwischen den Jahren 2019 und 2025 hälftig fortgeschrieben wird. Die höchsten Wachstumsraten weist der Kanton Appenzell Ausserrhoden auf, bei dem für das Jahr 2035 fast eine Verdoppelung der Fälle und Konsultationen abgeschätzt wird. Während bei der Fallzahl die Verteilung innerhalb der Altersbereiche fast identisch ist, werden bei den Konsultationen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie – abgesehen vom Kanton Thurgau – deutlich höhere Wachstumswerte prognostiziert.

Tabelle 41: Einflussfaktor Inanspruchnahme auf Prognose intermediär nach Kanton und Altersgruppe und Angebotstyp Ambulatorien, Hauptszenario 2025-2035

Region	Fälle 2025	Fälle 2035	Ø absolut	Ø Prozent	Konsultationen 2025	Konsultationen 2035	Ø absolut	Ø Prozent
SG	22'013	26'558	4'545	21%	169'676	179'460	9'784	6%
KJP	3'707	4'880	1'173	32%	51'856	64'283	12'427	24%
EP	15'743	18'643	2'900	18%	101'325	99'053	-2'272	-2%
AP	2'563	3'035	472	18%	16'495	16'125	-370	-2%
AR	1'837	2'686	849	46%	13'869	21'009	7'140	51%
KJP	407	622	215	53%	7'009	11'663	4654	66%
EP	1'230	1'775	545	44%	5'900	8'037	2137	36%
AP	200	289	89	45%	960	1'308	348	36%
AI	152	196	44	29%	1'075	1'381	306	28%
KJP	51	88	37	73%	721	1'033	312	43%
EP	87	93	6	7%	304	300	-4	-1%
AP	14	15	1	7%	50	49	-1	-2%
TG	11'598	14'112	2'514	22%	78'588	88'697	10'109	13%
KJP	3'096	3'476	380	12%	14'441	15'741	1300	9%
EP	7'312	9'148	1'836	25%	55'166	62'743	7'577	14%
AP	1'190	1'489	299	25%	8'981	10'214	1233	14%
Gesamt	35'600	43'553	7'953	22%	263'208	290'547	27'339	10%
KJP	7'261	9'066	1'805	25%	74'027	92'719	18'692	25%
EP	24'372	29'658	5'286	22%	162'696	170'132	7'436	5%
AP	3'967	4'828	861	22%	26'485	27'696	1211	5%

Quelle: Angaben Leistungserbringer, Prognose SGARAITG. KJP: 0 bis 18 Jahre, EP: 19-65, AP: 66 Jahre und älter (Alter im Erhebungsjahr)

6.4.3 Prognoseparameter «Verlagerung stationär»

Im stationären Prognosemodell wird im Hauptszenario bis ins Jahr 2035 von der Realisierung eines Verlagerungspotenzials in der Erwachsenenpsychiatrie von 15 Prozent der aktuellen Fallzahl bzw. in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in der Alterspsychiatrie von je 10 Prozent ausgegangen (Minimal: 20/15 Prozent; Maximal: 10/5 Prozent). Diese zusätzlichen Fälle gilt es in der Prognose des intermediären Bereichs zu berücksichtigen. Im Rahmen der Prognose muss ein Aufteilungsschlüssel der verlagerbaren Fälle auf die einzelnen Angebotstypen bestimmt werden. Dazu liegen den Planungsbehörden keine systematischen Erfahrungswerte vor. Für den Kinder- und Jugendbereich wird deshalb angenommen, dass 60 Prozent der verlagerten Fälle bis ins Jahr 2035 in alternativen sozial- bzw. sonderpädagogischen Einrichtungen und je 20 Prozent durch Tagesklinik-Angebote bzw. aufsuchende Angebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie betreut werden. Für den Erwachsenenbereich wird davon ausgegangen, dass 70 Prozent der verlagerbaren Fälle neu aufsuchend und 30 Prozent in Tageskliniken behandelt werden. Schliesslich gehen die Planungsbehörden in der Alterspsychiatrie davon aus, dass inskünftig 40 Prozent der ehemals stationär behandelten Patientinnen und Patienten in Tageskliniken und 60 Prozent in gerontopsychiatrischen Langzeiteinrichtungen versorgt werden. Für die Quantifizierung der zusätzlichen Konsultationen bzw. Pflgetagen muss für jeden Verlagerungsfall eine Annahme zum «Therapie-Umfang» getroffen werden. In der Erwachsenenpsychiatrie wird angenommen, dass jeder zusätzliche ambulante Verlagerungsfall aufsuchend während 30 Tagen behandelt wird. Dies mit dem Erfahrungswert des Thurgauer Projektes «Stationsäquivalente aufsuchende Behandlung StäB», bei welchem die durchschnittliche Behandlungsdauer 30 Konsultationen (Behandlungstage) beträgt. Da eine aufsuchende Konsultation zeitlich aufwändiger ist als eine ordentliche Konsultation in einem Ambulatorium, werden für jede aufsuchende Konsultation zwei weitere Konsultationen dazugerechnet. Damit ergeben sich gesamthaft 90 Konsultationen je Verlagerungsfall. Für die in die Tageskliniken verlagerten Fälle werden in Anlehnung an die durchschnittlichen Verweildauern der bestehenden tagesklinischen Angebote für die Kinder- und Jugendpsychiatrie 60, für die Erwachsenenpsychiatrie 35 und für die Alterspsychiatrie 30 Pflgetage veranschlagt. In der nachfolgenden Tabelle sind die Resultate der Herleitung der Zuleitung der Verlagerungsfälle aus dem stationären Bereich in die verschiedenen Angebote der intermediären Strukturen je Kanton und Altersgruppe aufgelistet.

Tabelle 42: Herleitung Einflussfaktor Verlagerung nach Kanton, Hauptszenario

Region	Verlager- bare Fälle Total 2035	davon aufsuchend	davon Tagesklinik	davon andere	Konsulta- tionen 2035	Pflegetage 2035
SG	833	488	214	39	45'213	8'969
KJP	50	10	10	30	893	595
EP	704	492	211	-	44'321	7'387
AP	80	-	32	48		987
AR	103	63	31	9	5'638	1'108
KJP	8	2	2	5	139	92
EP	87	61	26	-	5'500	917
AP	11	-	3	5		99
AI	16	10	4	2	792	175
KJP	1	1	0	0	27	18
EP	12	9	4		765	128
AP	2	-	1	1		30
TG	493	295	130	48	26'564	5'320
KJP	32	6	6	19	576	384
EP	413	289	124	-	25'988	4'331
AP	49	-	20	29		605
Gesamt	1'445	856	379	98	78'208	15'573
KJP	91	19	18	54	1'635	1'089
EP	1'216	851	365	-	76'574	12'763
AP	142	-	56	83	-	1'721

Quelle: Eigene Darstellung, Berechnungen SGARAITG auf Basis Daten Leistungserbringer

Nachfolgende Tabelle stellt isoliert den Einflussfaktor «Verglagerung» auf die Werte für die Ambulatorien/aufsuchenden Angeboten und Tageskliniken im Jahr 2035 dar. Während die Anzahl Fälle in den Ambulatorien/aufsuchenden Angeboten gering um durchschnittlich 2,4 Prozent ansteigen, wird bei den Konsultationen ein Anstieg um knapp 30 Prozent abgeschätzt. Dies hat damit zu tun, dass der grosse Teil der aus dem stationären Bereich verlagerten Patientinnen und Patienten aufsuchend betreut wird mit entsprechend hohem Aufwand an Konsultationen. Bei den Tageskliniken wird über alles gesehen sowohl bei den Pflegetagen wie auch bei den Fällen mit einem Zuwachs von knapp 15 Prozent gerechnet.

Tabelle 43: Einflussfaktor Verlagerung auf Prognose intermediär nach Kanton und Angebotstyp, Hauptszenario 2025-2035

Region	Ambulatorien/Aufsuchend			Tageskliniken		
	2025	2035	Ø in Prozent	2025	2035	Ø in Prozent
SG						
Fälle	22'013	22'515	2.3%	1'784	2'037	14.2%
Konsultationen/ Pflegetage	169'676	214'889	26.6%	65'775	74'744	13.6%
AR						
Fälle	1'837	1'900	3.4%	94	125	33.0%
Konsultationen/ Pflegetage	13'869	19'507	40.7%	3'667	4'775	30.2%
AI						
Fälle	152	161	5.9%	5	10	100.0%
Konsultationen/ Pflegetage	1'075	1'867	73.7%	211	386	82.9%
TG						
Fälle	11'598	11'893	2.5%	1'144	1'294	13.1%
Konsultationen/ Pflegetage	78'588	105'152	33.8%	36'006	41'326	14.8%
Gesamt						
Fälle	35'600	36'469	2.4%	3'027	3'466	14.5%
Konsultationen/ Pflegetage	263'208	341'415	29.7%	105'659	121'231	14.7%

Quelle: Daten Leistungserbringer, Prognose SGARAITG

6.4.4 Prognoseparameter «Korrekturfaktor»

Unter diesem Parameter erfolgen spezifische Korrekturen für einzelne Angebotstypen oder Kantone aufgrund von spezifischen Gegebenheiten bzw. Entwicklungen. Es werden drei Korrekturen unterschieden, wobei diese jeweils für alle drei Prognoseszenarien identisch zur Anwendung gelangen:

1. Korrektur «Angebotsstruktur»: Bereits geplante oder in Aussicht gestellte konkrete Angebotsprojekte sollten in die Prognose einbezogen werden. Dies betrifft nachfolgende Angebote:
 - a) Errichtung einer Tagesklinik für Jugendliche in Sargans: Zur Entlastung des stationären Bereichs sowie zur Milderung der Unterversorgung der Versorgungsregion Süd in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist im Kanton St.Gallen die Eröffnung einer zweiten Tagesklinik für Jugendliche in Sargans geplant. Analog zur bestehenden Tagesklinik für Jugendliche in Wattwil wird mit einem Leistungsumfang von jährlich 45 Fällen und rund 2'700 Pfelegetagen gerechnet. Diese kommen ausschliesslich St.Galler Jugendlichen zugute. Für die Prognose der Fälle bzw. Pfelegetage der Altersgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie im Kanton St.Gallen wird deshalb ein jährlicher Korrekturfaktor von 6,4 Prozent bzw. 5,7 Prozent verwendet.

2. Korrektur «Ambulanter Versorgungsgrad»: In Kapitel 4.1 wurden die ambulanten Versorgungsgrade dargestellt. Es handelt sich dabei um eine schweizweit vergleichende Darstellung des Ausmasses der ambulanten psychiatrischen Versorgung. Über- oder unterdurchschnittliche Werte geben Hinweise auf eine Über- oder Unterversorgung. Der Korrekturfaktor wird nicht auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie angewandt, da erstens die ausgewiesenen Werte mit gewissen Fragezeichen verbunden sind, zweitens schweizweit eine allgemein anerkannte Unterversorgung herrscht, womit der Wert 100 nicht als bedarfsgerecht bezeichnet werden kann und drittens die interkantonalen Patientenströme aufgrund der kleinen Anzahl der Leistungserbringer zu Verzerrungen der Kantonswerte führen. Für die Erwachsenen- und Alterspsychiatrie wird im Rahmen der Prognose jeweils die Hälfte der Abweichung je Kanton vom schweizweiten Mittel als Korrekturfaktor der intermediären Prognose zu den Ambulatorien/aufsuchenden Angeboten berücksichtigt. Nachfolgende Tabelle fasst die Korrekturen zusammen:

Kanton	Altersgruppe	Versorgungsgrad	Korrekturfaktor	Jährlicher Korrekturfaktor
St.Gallen	EP-AP	97	0%	0.0%
Appenzell Ausserrhoden	EP-AP	122	-10%	-1.0%
Appenzell Innerrhoden	EP-AP	80	10%	+1.0%
Thurgau	EP-AP	124	-10%	-1.0%

Quelle: Daten Leistungserbringer, OBSAN und BSS 2025

3. Korrektur «Erfolgte Verlagerungsbestrebungen»: Bis anhin bestanden ausschliesslich im Kanton Thurgau Bestrebungen zur konkreten Umsetzung des Verlagerungspotenzials vom stationären in den intermediären Bereich. Der Ausbau von Tagesklinik-Plätzen und die Einführung von StäB erfolgten in den vergangenen Jahren substituierend zum stationären Bereich⁴⁰. Im Prognoseparameter «Inanspruchnahme» wurde der Ausbau von StäB zu 50 Prozent berücksichtigt und bis ins Jahr 2035 fortgeschrieben, nicht hingegen die Tageskliniken. Es erfolgt deshalb eine Korrektur der Prognose für den Kanton Thurgau in Form eines Abzugs von 50 Fällen und 2'700 Konsultationen auf dem Prognoseergebnis der Erwachsenenpsychiatrie 2035 für die Ambulatorien (aufgeteilt auf Erwachsenen- und Alterspsychiatrie gemäss in Kapitel 6.4 ermitteltem Schlüssel).

Alle Korrekturfaktoren zusammen betrachtet beeinflussen die Prognose für das intermediäre Angebot gemäss Tabelle 44. Auf Ebene der Planungsregion resultiert für die Ambulatorien ein leichter Rückgang der behandelten Fälle und geleisteten Konsultationen von 2,9 Prozent (-1'029 Fälle) bzw. 3,6 Prozent (-9'521 Konsultationen). Der Kanton St.Gallen erfährt keine Veränderung bei den Ambulatorien, die Kantone Thurgau und Appenzell Ausserrhoden eine negative Entwicklung und der Kanton Appenzell Innerrhoden eine positive. Die Unterschiede in den prozentualen Veränderungen sind durch die unterschiedlichen Anteile der Kinder- und Jugendpsychiatrie

⁴⁰ Konkret wurden seit dem Jahr 2020 zwei alterspsychiatrische Tageskliniken in Frauenfeld und Romanshorn eröffnet und sechs stationäre Bettenplätze mit acht aufsuchenden Behandlungsplätzen ersetzt mit folgendem Leistungsvolumen:

StäB: Acht StäB-Betten zu 225 Behandlungstagen bzw. 675 Konsultationen (ein Behandlungstag entspricht drei Konsultationen) und 100 Fälle ergeben 5'400 Konsultationen und 100 Fälle.

Tageskliniken: Zwei alterspsychiatrische Tageskliniken mit 6 (Frauenfeld) bzw. 9 Plätzen (Romanshorn) und 1'500 bzw. 2'250 Pflgetagen und 44 bzw. 89 Fällen.

sowie durch die Mitberücksichtigung des Korrekturfaktors «Erfolgte Verlagerungsbestrebungen» im Kanton Thurgau zu erklären. Bei den Tageskliniken verfügt ausschliesslich der Kanton St.Gallen aufgrund der Berücksichtigung einer geplanten Tagesklinik für Jugendliche über einen Veränderungswert.

Tabelle 44: Einflussfaktor «Korrekturfaktor» auf Prognose intermediär nach Kanton und Angebotstyp, Hauptszenario 2025-2035

Region	Ambulatorien			Tageskliniken		
	2025	2035	Ø in Prozent	2025	2035	Ø in Prozent
SG						
Fälle	22'013	22'013	0.0%	1'784	1'829	2.5%
Konsultationen/ Pflage tage	169'676	169'676	0.0%	65'775	68'475	4.1%
AR						
Fälle	1'837	1'694	-7.8%	0	0	
Konsultationen/ Pflage tage	13'869	13'183	-4.9%	0	0	
AI						
Fälle	152	162	6.6%	0	0	
Konsultationen/ Pflage tage	1'075	1'110	3.3%	0	0	
TG						
Fälle	11'598	10'702	-7.7%	0	0	
Konsultationen/ Pflage tage	78'588	69'718	-11.3%	0	0	
Gesamt						
Fälle	35'600	34'571	-2.9%	1'784	1'829	2.5%
Konsultationen	263'208	253'687	-3.6%	65'775	68'475	4.1%

Quelle: Daten Leistungserbringer, Prognose SGARAITG?

6.4.5 Gesamtprognose intermediär

Bis ins Jahr 2035 veranschlagt die Prognose in der Tabelle 45 für die Ambulatorien und aufsuchenden Angebote sowie für die Tageskliniken über alle Altersgruppen der Bevölkerung der Planungsregion ein Wachstum der Fallzahlen um 30 Prozent (+10'700 Fälle) bzw. 27 Prozent (+829), was jährlichen Wachstumsraten von 2,7 bzw. 2,5 Prozent entspricht. Damit einhergehend ist ein Wachstum der Konsultationen in den Ambulatorien/aufsuchenden Diensten um jährlich 3,7 Prozent (+116'000) bzw. der Pflage tage in Tageskliniken von 2,5 Prozent (+30'200). Umgerechnet in Tagesklinikplätze bzw. Vollzeitäquivalente in den Ambulatorien beträgt der Mehrbedarf bis ins Jahr 2035 auf Ebene der Planungsregion 134 Plätze bzw. 62 VZÄ im Bereich der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie und knapp 22 VZÄ im Bereich der Kinder und Jugendlichen⁴¹.

⁴¹ Berechnungsgrundlage Tageskliniken: 30'196 zusätzliche Pflage tage dividiert durch 225 Betriebstage eines Tagesklinikplatzes ergeben rund 124 Plätze, wovon 22 auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie, knapp 74 auf die Erwachsenen- und knapp 39 auf die Alterspsychiatrie entfallen.

Berechnungsgrundlage Ambulatorien:

Erwachsenen- und Alterspsychiatrie: 92'224 zusätzliche Konsultationen dividiert durch ein Leistungsvolumen von 1'500 Konsultationen je VZÄ ergeben 62 zusätzliche VZÄ. Die Plausibilisierungsrechnung via Anzahl Fälle führt zum gleichen Resultat: 8'544 zusätzliche Fälle dividiert durch ein Leistungsvolumen von 140 Fällen je VZÄ ergeben 61 zusätzliche VZÄ.

Bezogen auf die Altersgruppen bestehen gewisse Unterschiede. In der Erwachsenenpsychiatrie ist ein übermässiger Anstieg der Konsultationen zu verzeichnen. Grund dafür sind die angenommenen Verlagerungen von zusätzlichen schweren Fällen aus dem stationären Bereich, die in diesem Altersbereich inskünftig aufsuchend behandelt werden sollen. Aufgrund der demografischen Entwicklung steigt die Anzahl der Fälle in der Alterspsychiatrie überproportional an gegenüber den anderen beiden Altersgruppen.

Tabelle 45: Prognoseergebnis Psychiatrie intermediär nach Altersgruppe und Angebotstyp auf Ebene Planungsregion, Hauptszenario, 2025-2035

Ambulatorien/Aufsuchend	Parameter	2025	2035	Differenz absolut	Differenz in Prozent
Planungsregion	Fälle	35'600	46'330	10'730	30%
	Konsultationen	263'208	379'134	115'926	44%
Kinder- und Jugendpsychiatrie	Fälle	7'261	9'448	2'187	30%
	Konsultationen	74'027	97'729	23'702	32%
Erwachsenenpsychiatrie	Fälle	24'372	30'759	6'387	26%
	Konsultationen	162'696	246'819	84'123	52%
Alterspsychiatrie	Fälle	3'967	6'124	2'157	54%
	Konsultationen	26'485	34'586	8'101	31%
Tageskliniken	Parameter	2025	2035	Differenz absolut	Differenz in Prozent
Planungsregion	Fälle	3'027	3'856	829	27%
	Pflegetage	105'659	135'855	30'196	29%
Kinder- und Jugendpsychiatrie	Fälle	183	266	83	45%
	Pflegetage	11'665	16'597	4'932	42%
Erwachsenenpsychiatrie	Fälle	2'265	2'743	478	21%
	Pflegetage	74'720	91'276	16'556	22%
Alterspsychiatrie	Fälle	579	847	268	46%
	Pflegetage	19'274	27'981	8'707	45%

Quelle: Daten Leistungserbringer, Prognose SGARAITG

Kinder- und Jugendpsychiatrie: 23'702 zusätzliche Konsultationen dividiert durch ein Leistungsvolumen von 1'100 Konsultationen je VZÄ ergeben 21,5 zusätzliche VZÄ Therapeutinnen und Therapeuten. Die Plausibilisierungsrechnung via Anzahl Fälle führt zu einem fast identischen Resultat: 2'187 zusätzliche Fälle dividiert durch ein Leistungsvolumen von 104 Fällen je VZÄ ergeben 21 zusätzliche VZÄ.

In nachfolgender Tabelle wird die Prognose für die intermediären Bereiche nach Kanton aufgeschlüsselt. Generell weisen die Konsultationen in den Ambulatorien gegenüber den Fällen ein höheres Wachstum auf. Dies liegt daran, dass die prognostizierten schweren Fälle aus dem stationären Bereich einen höheren Konsultationsaufwand aufweisen als der durchschnittliche ambulante Fall. Auch die prozentual überproportionalen Anstiege der Kantone beider Appenzell bei den Konsultationen in den Ambulatorien ist damit zu begründen. Beide Kantone wiesen bis anhin tiefe Konsultationen je Fall auf, die mit den zusätzlichen prognostizierten aufsuchenden Konsultationen stark erhöht werden. Zudem besteht im Kanton Appenzell Innerrhoden eine überdurchschnittliche Trendfortschreibung aufgrund des Wachstums der intermediären Inanspruchnahme in den Jahren 2019 bis 2025. Bei den Tageskliniken verlaufen die Entwicklungen je Kanton sehr ähnlich. Aufgrund der überdurchschnittlichen Trendfortschreibung weist der Kanton Appenzell Innerrhoden das höchste Wachstum auf.

Tabelle 46: Prognoseergebnis Psychiatrie intermediär nach Kanton und Angebotstyp auf Ebene Planungsregion, Hauptszenario, 2025-2035

Ambulatorien	Parameter	2025	2035	Differenz absolut	Differenz in Prozent
Planungsregion	Fälle	35'600	46'330	10'730	30%
	Konsultationen	263'208	379'134	115'926	44%
St.Gallen	Fälle	22'013	29'216	7'203	33%
	Konsultationen	169'676	238'260	68'584	40%
Appenzell Ausserrhoden	Fälle	1'837	2'548	711	39%
	Konsultationen	13'869	26'537	12'668	91%
Appenzell Innerrhoden	Fälle	152	225	73	48%
	Konsultationen	1'075	2'328	1'253	117%
Thurgau	Fälle	11'598	14'341	2'743	24%
	Konsultationen	78'588	112'008	33'420	43%
Tageskliniken	Parameter	2025	2035	Differenz absolut	Differenz in Prozent
Planungsregion	Fälle	3'027	3'856	829	27%
	Pflegetage	105'659	135'855	30'196	29%
St.Gallen	Fälle	1'784	2'263	479	27%
	Pflegetage	65'775	84'142	18'367	28%
Appenzell Ausserrhoden	Fälle	94	125	31	33%
	Pflegetage	3'667	4'763	1096	30%
Appenzell Innerrhoden	Fälle	5	10	5	100%
	Pflegetage	211	404	193	91%
Thurgau	Fälle	1'144	1'458	314	27%
	Pflegetage	36'006	46'546	10'540	29%

Quelle: Daten Leistungserbringer, Prognose SGARAITG

6.5 **Zusammenzug intermediäre und stationäre Prognose**

Tabelle 47 fasst die Resultate der Bedarfsprognosen für den stationären (Kapitel 6.3) und den intermediären Bereich (Kapitel 6.4) zusammen. Daraus geht hervor, dass die veranschlagten jährlichen Wachstumsraten für die behandelten Patientinnen und Patienten bei den Tageskliniken und Ambulatorien mehr als dreimal so hoch ausfallen wie im stationären Bereich (2,7 bzw. 2,5 gegenüber 0,8 Prozent). Noch grösser ist die jährliche Zunahme bei den ambulanten Konsultationen (+3,7 Prozent) gegenüber den stationären Pflgetagen (+0,3 Prozent). Dies entspricht dem Willen der Planungskantone, die Versorgung inskünftig verstärkt auf den intermediären Bereich auszurichten. Während im stationären Bereich der Anstieg knapp dem jährlichen Bevölkerungsanstieg entspricht, werden die ambulanten und tagesklinischen Leistungen aufgrund der angestrebten Verlagerung deutlich höher prognostiziert.

Tabelle 47: Zusammenzug stationäre und intermediäre Prognose Planungsregion, Hauptszenario, 2024-2025

Planungsregion		2024*	2035	Jährliche Veränderung	Differenz in Prozent
Stationäres Angebot	Fälle	10'507	11'466	0.8%	9.1%
	Pflegetage	382'471	394'244	0.3%	3.1%
	Verweildauer	36.4	34.4	-0.5%	-5.5%
	Bevölkerung	912'983	1'006'141	0.9%	10.2%
	Hosprate*	11.5	11.4	-0.1%	-0.9%
Ambulatorien/aufsuchend	Fälle	35'600	46'330	2.7%	30.1%
	Konsultationen	263'208	379'134	3.7%	44.0%
Tagesklinik	Fälle	3'027	3'856	2.5%	27.4%
	Pflegetage	105'659	135'855	2.5%	28.6%

* für intermediäre Angebote 2025.
Quelle: Daten Leistungserbringer, Prognose SGARAITG

Die Entwicklungen der Gesamtprognosen je Kanton sind unterschiedlich, wie aus der nachfolgenden Tabelle hervorgeht. Bei den Ambulatorien und aufsuchenden Angeboten weisen der Kanton Appenzell Innerrhoden die höchsten (+4,0 Prozent) und der Kanton Thurgau die tiefsten (+2,1 Prozent) jährlichen Wachstumsraten auf. Bei den Tagesklinik-Fällen sind beim Kanton Appenzell Innerrhoden die stärksten (+7,6 Prozent) und beim Kanton St.Gallen die schwächsten jährlichen Anstiege (+2,2 Prozent) zu verzeichnen.

Tabelle 48: Zusammenzug stationäre und intermediäre Prognose nach Kanton, Hauptszenario, 2024-2025

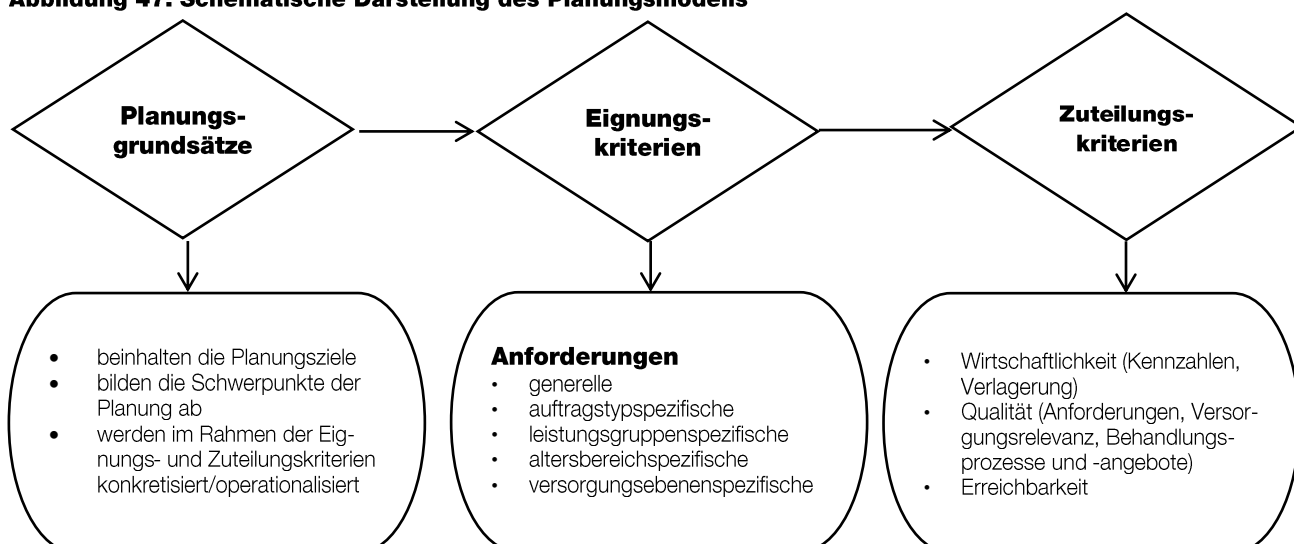
St.Gallen		2024*	2035	Jährliche Veränderung	Differenz in Prozent
Stationäres Angebot	Fälle	6'032	6'798	1.1%	13%
	Pflegetage	212'061	228'879	0.7%	8%
	Verweildauer	35.2	33.7	-0.4%	-4%
	Bevölkerung	540'036	596'595	0.9%	10%
	Hosprate*	11.2	11.4	0.2%	2%
Ambulatorien/aufsuchend	Fälle	22'013	29'216	2.9%	33%
	Konsultationen	169'676	238'260	3.5%	40%
Tagesklinik	Fälle	1'784	2'263	2.4%	27%
	Pflegetage	65'775	84'142	2.5%	28%
Appenzell Ausserrhoden		2024*	2035	Jährliche Veränderung	Differenz in Prozent
Stationäres Angebot	Fälle	747	779	0.4%	4%
	Pflegetage	27'138	26'907	-0.1%	-1%
	Verweildauer	36.3	35.2	-0.3%	-3%
	Bevölkerung	56'705	58'031	0.2%	2%
	Hosprate*	13.2	13.6	0.3%	3%
Ambulatorien/aufsuchend	Fälle	1'837	2'548	3.3%	39%
	Konsultationen	13'869	26'537	6.7%	91%
Tagesklinik	Fälle	94	125	2.9%	33%
	Pflegetage	3'667	4'763	2.6%	30%
Appenzell Innerrhoden		2024*	2035	Jährliche Veränderung	Differenz in Prozent
Stationäres Angebot	Fälle	121	133	0.9%	10%
	Pflegetage	4'196	4'354	0.3%	4%
	Verweildauer	34.7	32.7	-0.5%	-6%
	Bevölkerung	16'733	17'982	0.7%	7%
	Hosprate*	7.2	7.4	0.2%	2%
Ambulatorien/aufsuchend	Fälle	152	225	4.0%	48%
	Konsultationen	1'075	2'328	8.0%	117%
Tagesklinik	Fälle	5	10	7.2%	100%
	Pflegetage	211	404	6.7%	91%
Thurgau		2024*	2035	Jährliche Veränderung	Differenz in Prozent
Stationäres Angebot	Fälle	3'607	3'756	0.4%	4%
	Pflegetage	139'076	134'103	-0.3%	-4%
	Verweildauer	38.6	35.7	-0.7%	-7%
	Bevölkerung	299'509	333'533	1.0%	11%
	Hosprate*	12.0	11.3	-0.5%	-8%
Ambulatorien/aufsuchend	Fälle	11'598	14'341	1.9%	24%
	Konsultationen	78'588	112'008	3.3%	43%
Tagesklinik	Fälle	1'144	1'458	2.2%	27%
	Pflegetage	36'006	46'546	2.4%	29%

* für intermediäre Angebote 2025. Quelle: Daten Leistungserbringer, Prognose SGARAITG

Die Kantone sind gemäss Art. 39 KVG verpflichtet, eine Spitalliste zu erstellen. Diese umfasst die für die Deckung des Bedarfs der Kantonsbevölkerung notwendigen Leistungserbringer. Die Aufnahme in eine kantonale Spitalliste berechtigt das Listenspital zur Abrechnung der stationären Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) für die gesamte Bevölkerung der Schweiz. Die Erstellung der Spitalliste basiert auf einer Versorgungsplanung. Die zu berücksichtigenden Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit sind in Art. 58ff. KVV aufgeführt. In der konkreten Ausgestaltung der vorgegebenen Planungskriterien verfügen die Kantone über einen grossen Ermessensspielraum, wobei Qualität und Wirtschaftlichkeit gleich hoch zu gewichten sind. Nachfolgend wird das im Rahmen der Versorgungsplanung Psychiatrie SGARAITG zur Anwendung kommende Planungsmodell erläutert.

Das Planungsmodell beinhaltet die drei Elemente «Planungsgrundsätze», «Eignungskriterien» sowie «Zuteilungskriterien» (siehe Abbildung 47). Die Planungsgrundsätze umfassen die grundlegenden Prinzipien, die im Rahmen der Versorgungsplanung zur Anwendung gelangen sollen (Kapitel 7.1). Sie müssen mit den KVG-Vorgaben konform sein, beinhalten die Planungsziele der Planungskantone und strukturieren die Planungsregion. Vielfach werden die Planungsgrundsätze in den Eignungs- und Zuteilungskriterien konkretisiert. Die Eignungskriterien vereinen verschiedene Anforderungen, die ein Leistungserbringer erfüllen muss, damit er grundsätzlich qualifiziert für die Aufnahme in die Spitalliste (Kapitel 7.2). Aus der Erfüllung aller Eignungskriterien kann der Leistungserbringer jedoch kein Recht auf Aufnahme in die Spitalliste ableiten. Im Rahmen der Zuteilung wird die Bedarfsgerechtigkeit der Bewerbungen eingeschätzt. Dabei wird im Rahmen der Prognose ermittelte Bedarf dem im Rahmen der Bewerbungen eingereichten Leistungsvolumen gegenübergestellt. Falls die Bewerbungen den prognostizierten Bedarf in einer Leistungsgruppe übersteigen, erfolgt die Auswahl der geeigneten Leistungserbringer im Rahmen einer Bewertung der Erfüllung der Zuteilungskriterien basierend auf Qualität und Wirtschaftlichkeit (Kapitel 7.3).

Abbildung 47: Schematische Darstellung des Planungsmodells



7.1 Planungsgrundsätze

138

Die Planungsbehörden formulieren eine Reihe von Planungsgrundsätzen, an denen sich die Vergabe der Leistungsaufträge orientiert bzw. die als Grundlage dienen für die Ausgestaltung der Eignungs- und Zuteilungskriterien. Für die Versorgungsplanung Psychiatrie SGRARAITG werden nachfolgende Planungsgrundsätze formuliert:

Die Leistungserbringung zu Gunsten der psychisch kranken Bevölkerung der Planungskantone muss wirtschaftlich, zweckmässig und wirksam erfolgen

Die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung wird im Rahmen der Versorgungsplanung sowohl auf Ebene des Versorgungssystems wie auch des einzelnen Leistungserbringers beurteilt. Auf Ebene des Versorgungssystems erfolgt die Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit durch die planerische Nutzung von (inner-/über-)betrieblichen Synergien (u.a. Formulierung von Mindestfallzahlen), den Beitrag der einzelnen Leistungserbringer an die Nutzung des Verlagerungspotenzials und die Beschränkung der Anzahl Leistungserbringer. Die Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit auf Ebene der Leistungserbringer wird durch die Anwendung von betriebswirtschaftlichen Kennzahlen beurteilt.

Die Leistungserbringung zu Gunsten der psychisch kranken Bevölkerung der Planungskantone muss in der notwendigen Qualität erfolgen

Die Qualität der Leistungserbringung wird im Rahmen der Versorgungsplanung sowohl auf Ebene des Versorgungssystems wie auch des einzelnen Leistungserbringers beurteilt. Auf Ebene des Versorgungssystems erfolgt die Sicherstellung der Qualität durch die Zulassung einer bedarfsgerechten Anzahl von Leistungen/Kapazitäten unter Berücksichtigung der Möglichkeiten von inner- bzw. überbetrieblichen Schwerpunktbildungen. Damit kann angesichts der Personalknappheit eine nachhaltige und qualitative hochstehende Leistungserbringung gewährleistet werden. Zudem wird auf die Kapazitäten einer integrierten, bevorzugt innerbetrieblichen, Erbringung von Leistungen über mehrere Behandlungssettings hinweg Wert gelegt. Auf Ebene der Leistungserbringer erfolgt die Sicherstellung der Qualität im Rahmen der Versorgungsplanung insbesondere durch die Formulierung von Prozess- und Strukturvorgaben, die Überprüfung von national/regional durchgeführten Qualitätsmessungen (ANQ/Qualitätsvertrag) sowie den unternehmensspezifischen Beitrag zur Aus- und Weiterbildung des Fachpersonals.

Im Rahmen der Versorgungsplanung sind sinnvolle Verlagerungen von stationären Leistungen in den intermediären Bereich anzustreben

Innerhalb der Planungsregion besteht ein ungenutztes Potenzial von verlagerbaren stationären Behandlungen in den ambulanten Versorgungsbereich. Dieses soll mit dem Auf- oder Ausbau von geeigneten intermediären Angeboten (stationsäquivalente aufsuchende Behandlungen, Home Treatment, Tagesklinken, Ambulatorien, liaisonpsychiatrische Leistungen) weiter vorangetrieben werden. Soweit dafür unter wirtschaftlicher Leistungserbringung keine kostendeckenden ambulanten Abgeltungen der OKP erzielt werden können, sind seitens der Kantone angemessene Subventionen sicherzustellen. Die Erschliessung von Verlagerungspotenzialen ist wirtschaftlich sinnvoll, da ein stationärer Behandlungstag teurer ist als intermediäre Behandlungsangebote. Zudem können mit einer Verlagerung in den ambulanten Bereich die für das Personal unattraktiven Nacht- und Wochenenddienste reduziert werden. Besonderes Ambulantisierungspotenzial lässt sich generell für geplante stationäre Psychotherapiebehandlungen identifizieren. Dabei bilden die depressiven

Störungen die grösste Patientengruppe. Auch Angststörungen und Zwangserkrankungen gelten als intermediär gut behandelbar. Weiter sind die Möglichkeiten innerhalb der Gruppe von chronisch psychisch kranken Menschen mit Schizophrenien/Psychosen der intermediären und insbesondere aufsuchenden Behandlung als Alternativen zum stationären Aufenthalt noch nicht ausgeschöpft. Das skizzierte Verlagerungspotenzial betrifft insbesondere die Erwachsenenpsychiatrie. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie bestehen gewisse Fehlplatzierungen von Kindern und Jugendlichen in der stationären Psychiatrie, die in alternativen sozial-/sonderpädagogischen Einrichtungen mit therapeutischer Ausrichtung besser aufgehoben wären. In der Alterspsychiatrie soll der steigende Bedarf aufgrund der demografischen Alterung der Bevölkerung wenn immer möglich durch die Schaffung von zusätzlichen intermediären Angeboten und gerontopsychiatrischen Langzeiteinrichtungen gedeckt werden.

Der Zugang innert nützlicher Frist für die Wohnbevölkerung der Planungsregion muss gewährleistet sein

Vorgaben zur Erreichbarkeit der psychiatrischen Angebote für die Wohnbevölkerung werden ausschliesslich für stationäre Leistungserbringer des Auftragsstyps «Akut- und Vollversorgung (AVV)» sowie die intermediären Anlaufstellen formuliert. Dabei wird zwischen den Altersgruppen KJP und EP/AP unterschieden:

Kinder- und Jugendpsychiatrie: Für 90 Prozent der Bevölkerung je Versorgungsraum ist ein stationärer Leistungserbringer mit Auftragsstyp Akut- und Vollversorgung innerhalb von 60 Minuten respektive ein kinder- und jugendpsychiatrisches Ambulatorium innerhalb von 25 Minuten erreichbar.

Erwachsenenpsychiatrie: Für 90 Prozent der Bevölkerung je Versorgungsraum ist ein stationärer Leistungserbringer mit Auftragsstyp Akut- und Vollversorgung innerhalb von 40 Minuten respektive ein Psychiatrie-Zentrum innerhalb von 25 Minuten erreichbar.

Im Rahmen des Zuteilungsverfahrens werden zusätzlich die Wartezeiten und der Anteil Selbsteinweisungen berücksichtigt.

Die Kosten für Vorhalteleistungen werden im Rahmen der Versorgungsplanung minimiert

Im Bereich der Psychiatrie sind Vorhalteleistungen ausschliesslich im Rahmen der Gewährleistung von Notfallangeboten rund um die Uhr und entsprechender Aufnahmekapazität von Relevanz. Als Minimalvorgabe muss je stationärem Versorgungsraum mindestens ein AVV-Anbieter vorhanden sein.

Die Versorgungsrelevanz der Leistungserbringer für die Planungsregion wird anhand von Schwellenwerten ermittelt

Die Grösse der vier Kantone erlaubt die Sicherstellung eines umfassenden Leistungsspektrums innerhalb der Planungsregion. Die Bedarfsdeckung erfolgt deshalb in erster Linie innerhalb der Region. Ergänzend dazu kann der Zugang zu (hoch-)spezialisierten Angeboten punktuell ausserregionally sichergestellt werden durch Erteilung von Leistungsaufträgen an Anbieter ausserhalb der Planungsregion. Für die Operationalisierung der Versorgungsrelevanz kommen sowohl für inner- wie ausserregionale Anbieter Schwellenwerte unterteilt nach Altersgruppe und Auftragsstyp zur Anwendung. Die Versorgungsrelevanz ist ein Eignungskriterium. Bei einer Nichterfüllung bleibt der Zugang des Bewerbers zum Zuteilungsverfahren verwehrt. Die Planungskantone können Ausnahmen formulieren.

Die Weiterentwicklung der stationären Versorgungsstrukturen erfolgt primär durch Spezialisierungen und Verlagerungen

Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass die Planungsregion heute über ein differenziertes und bedarfsgerechtes stationäres Angebot verfügt. Punktuell besteht ein Bedarf an neuen Angeboten gemäss Schwerpunkt Kapitel. Die grösste Herausforderung besteht jedoch in der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, damit vorhandene Verlagerungspotenziale vom stationären in den intermediären Bereich realisiert werden können. Bewerbungen ohne bisheriges bzw. gerichtlich limitiertes Angebot werden anhand von Plandaten evaluiert. Die Planungsgrundlagen umfassen Angaben zu den durchschnittlichen Vollzeitäquivalenten (Gesamtbetrieb und Leistungsbereich), den geplanten Leistungsmengen (Planbetten, stationäre Austritte und Pflage tage) sowie den hausindividuellen Tarifen (Basisfallwert/Day-Mix-Index und Tagespauschalen). Die Wirtschaftlichkeitsprüfung basiert auf den mutmasslichen schweregradbereinigten Tages- und Fallkosten für den stationären Bereich gemäss Plankostenrechnung. Die Prüfung wird im Sinne einer Plausibilisierung der Daten vorgenommen.

Soweit vorhanden, werden Konzentrationspotenziale von Leistungen über die Kantons Grenzen hinaus genutzt

Das Potenzial für überkantonale Versorgungsräume ist derzeit angesichts der Angebotsstrukturen im Bereich AVV nur eingeschränkt vorhanden. In Kapitel 3 wurden teilweise überkantonale Versorgungsräume gebildet. Darüber hinaus würde die weitere Bildung von überkantonalen Versorgungsräumen strukturelle Entscheide/Massnahmen bedingen. Im Auftragsstyp «Spezialversorgung» bildet die Planungsregion als Ganzes ein Versorgungsraum.

7.2 Eignungskriterien

Die Eignungskriterien beinhalten unterschiedliche Anforderungen, die ein Leistungserbringer erfüllen muss, damit er grundsätzlich qualifiziert für die Aufnahme in die Spitalliste. Diese Anforderungen sind genereller Natur oder spezifisch je Auftragsstyp, Psychiatrieleistungsgruppe oder Altersbereich. Basis dazu bilden die generellen und leistungsgruppenspezifischen Anforderungen für die Spitallisten Psychiatrie SGARAITG. Aus der Erfüllung aller Anforderungen allein kann kein Anrecht auf einen Leistungsauftrag abgeleitet werden. Umgekehrt bedeutet die Nichterfüllung einer Anforderung nicht automatisch ein Ausschluss vom Bewerbungsverfahren. Die Planungsbehörden können im Einzelfall Auflagen formulieren und/oder auch befristete Leistungsaufträge erteilen, um den entsprechenden Leistungserbringern die nachträgliche Erfüllung von Anforderungen zu ermöglichen.

7.2.1 Generelle Anforderungen

Im Rahmen der generellen Anforderungen an die Listenspitäler der Spitallisten Psychiatrie SGARAITG werden namentlich folgende Vorgaben gemacht:

- a) Die Leistungsaufträge werden befristet und standortbezogen erteilt.
- b) Die Leistungserbringer können die Leistungsaufträge mit einer Kündigungsfrist von sechs Monaten auf Ende Dezember auflösen.
- c) Die Auslagerung von medizinischen Leistungen an Dritte ausserhalb des Spitals ist ausgeschlossen. Die Auslagerung von medizinischen Supportleistungen ist zulässig, soweit die Versorgungssicherheit nicht gefährdet wird.
- d) Die Listenspitäler sind verpflichtet, im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und Kapazitäten sämtliche Patientinnen und Patienten der Planungsregion nach rechtsgleichen Kriterien und medizinischer Dringlichkeit sowie unabhängig von Versi-

cherungsklasse oder Schweregrad einer Erkrankung aufzunehmen und zu behandeln. Bei Platzmangel ist das Listenspital verpflichtet, für die akutstationär bedürftige Patientinnen und Patienten aus der Planungsregion eine alternative stationäre Aufnahmemöglichkeit zu suchen. Für Notfälle besteht eine dringliche Beistandspflicht.

- e) Das Listenspital muss die Erbringung des gesamten Spektrums seines Leistungsauftrags sicherstellen. Das Spital ist zur Meldung an die Planungsbehörden verpflichtet, wenn der Leistungsauftrag nicht mehr vollumfänglich erbracht werden kann.
- f) Das Listenspital beachtet im Rahmen seiner Leistungserbringung die medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie für medizinische Wissenschaften (SAMW).
- g) Das Listenspital kann weitere Leistungen anbieten, sofern dadurch die Erfüllung der kantonalen Leistungsaufträge nicht beeinträchtigt wird. Ausgeschlossen sind stationäre Leistungen der Psychiatrieleistungsgruppenkonzept der Spitalisten Psychiatrie SGARAITG, für die es keinen Leistungsauftrag hat.
- h) Das Listenspital verfügt über ein Aus- und Weiterbildungskonzept für universitäre und nicht-universitäre Gesundheitsberufe. Aus- und Weiterbildungsverpflichtungen richten sich nach den Regelungen des Standortkantons des Listenspitals. Der Leistungsauftrag gemäss Art. 36a Abs. 3 KVG ist zu erfüllen.
- i) Zur Überprüfung der korrekten Umsetzung der Kodierrichtlinien ist das Listenspital verpflichtet, jährlich eine Kodierrevision durchzuführen.
- j) Die Planungskantone überprüfen die Einhaltung der Leistungsaufträge. Für Behandlungen ausserhalb des Leistungsauftrags erfolgt eine finanzielle Rückforderung, falls das Listenspital den Ausnahmecharakter der Behandlungen nicht nachweisen kann. In diesem Zusammenhang sind den Planungskantonen vom Listenspital alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Unterlagen zeitgerecht vorzulegen.

7.2.2 Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung

Es werden folgende Anforderungen an die Leistungserbringer formuliert:

- a) Fallschwerebereinigten Tages- bzw. Fallkosten nach Auftragstyp und Altersbereich dürfen nicht höher sein als ermittelter Benchmark.
- b) REKOLE-Zertifizierung
- c) Rechnungslegung gemäss Swiss GAAP FER
- d) Beitrag an die Verlagerung von stationären Leistungen
- e) Erreichbarkeit der ambulanten und stationären Angebote

Ergänzend zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit werden die EBITDA(R)-Marge, die Eigenkapitalquote sowie die Reservequote herangezogen. Ein Bewerber kann auch bei Nichterfüllung eines oder mehrerer Kriterien unter Vorbehalt als geeignet eingestuft werden.

7.2.3 Qualität der Leistungserbringung

Es werden folgende Anforderungen an die Leistungserbringer formuliert:

- Vorhandensein betriebsweites Qualitätssicherungssystem mit Zertifizierung (Qualitätskonzept, Risikomanagementkonzept)
- Geeignetes internes Berichts- und Lernsystem und Vorhandensein eines Zwischenfallmeldesystems
- Teilnahme an nationalen Qualitätssicherungsmessungen
- Vorhandensein Konzept Gewährleistung Medikationssicherheit, insb. elektronische Erfassung Arzneimittel
- Nutzung von Synergien und Potenzial der Konzentration von Leistungen
- Integrierte Behandlungsprozesse und -angebote (wohnnah Ambulatorien, intermediäre Strukturen, Tagesklinik, stationäre Behandlungsstruktur)
- Vernetzung mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringern, Fähigkeit medizinische Komplikationen selbständig oder in einer vereinbarten Kooperation mit einem nachgelagerten Leistungserbringer zu bewältigen
- Vorhandensein von Qualitätsverträgen der Leistungserbringer-Verbände mit Versicherern
- Regelmässige Patienten-/ Angehörigen-/ Personal-/ Zuweiser-Befragungen (veröffentlicht)
- Vorhandensein von Behandlungskonzepten für ausgewählte Patientengruppen, ev. institutionenübergreifend
- Vorhandensein von Kooperationsverträgen mit den wichtigsten vor- und nachgelagerten Institutionen
- Vorhandensein von qualifiziertem Personal in ausreichender Dotation (Vorgehen ZH, haben genaue Definition)
- Vorhandensein eines ausreichend dotierten Sozialdienstes/ Case Management
- Vorhandensein strukturierter patientenbezogener Behandlungsprozesse
- Vorhandensein Konzept Suizidprävention, Gewaltprävention, Umgang mit Gewaltereignissen
- Vorhandensein Kooperation mit Dolmetscherdienst
- Vorhandensein Hygienekonzept
- Vorhandensein Notfallkonzept

7.2.4 Versorgungsrelevanz der Leistungserbringer für die Planungsregion

Es werden folgende Anforderungen an die Leistungserbringer formuliert für die grundsätzliche Berücksichtigung im Planungsverfahren:

Leistungserbringer innerhalb Planungsregion

- Auftragstyp AVV: einen Versorgungsanteil von mindestens 20 Prozent am Gesamtvolumen der Spitalaufenthalte eines der vier Kantone SGARAITG, berechnet über die letzten zwei verfügbaren Datenjahre.
- Auftragstyp SPV: In mindestens einer PLG⁴² je Altersgruppe einen Versorgungsanteil von mindestens 10 Prozent und 10 Fällen am Gesamtvolumen der Spitalaufenthalte der vier Kantone SGARAITG, berechnet über die letzten zwei verfügbaren Datenjahre.

⁴² BPSYCH ausgenommen.

Leistungserbringer ausserhalb Planungsregion

- Auftragsstyp AVV und SPV: In mindestens einer PLG⁴³ je Altersgruppe einen Versorgungsanteil von mindestens 10 Prozent und 10 Fällen am Gesamtvolumen der Spitalaufenthalte aller vier oder einem der vier Kantone SGARAITG, berechnet über die letzten zwei verfügbaren Datenjahre.

Für Spezialangebote (SPV) kann im Bedarfsfall von den oben formulierten Schwellenwerten abgewichen werden.

7.2.5 Versorgungssicherheit

Es werden folgende Anforderungen an die Leistungserbringer formuliert:

- a) Beitrag an die Aus- und Weiterbildung der universitären und nichtuniversitären Berufe des Gesundheitswesens.
- b) Kontinuierliche und langfristige Bereitschaft zur Aufrechterhaltung der beantragten Leistungsgruppen.
- c) Im Pandemiefall: Vorgaben des Epidemiengesetzes, des Pandemieplans Schweiz sowie des Standortkantons, des Bevölkerungs- und Zivilschutzgesetzes und des Bevölkerungsschutzgesetzes berücksichtigen und umsetzen.
- d) Konzept für Strom-Mangellage, z.B. funktionierender IT-Betrieb, Betrieb muss min. zwei Wochen zu 80 Prozent gewährleistet werden können.
- e) Mindestvorrat an Schutzmasken, Handschuhen, Desinfektionsmitteln und Medikamenten.
- f) Das Listenspital befolgt bei der Beschaffung, der Inbetriebnahme und beim Betrieb von IT-Fremdsystemen die Anforderungen des Leitfadens von H+ Die Spitäler der Schweiz über die IT-Sicherheit von Fremdsystemen. Das Listenspital setzt die Ende Juli 2022 vom Nationalen Zentrum für Cybersicherheit (NCSC) veröffentlichten Mindestanforderungen an die Cybersicherheit für Unternehmen im Gesundheitswesen um.

7.2.6 Leistungsgruppenspezifische Eignungskriterien

Für insgesamt sieben Leistungsbereiche oder -gruppen werden leistungsgruppenspezifische Zusatzanforderungen an die potenziellen Leistungserbringer als Bedingung für die Aufnahme in die Spitalliste und die Erteilung eines Leistungsauftrags gestellt (für eine Übersicht siehe Tabelle auf nachfolgender Seite). Im Vordergrund stehen dabei spezifische Leistungsgruppen für Kinder und Betagte sowie die Forensik. Bei drei Leistungsbereichen wird für das Pflegepersonal mindestens ein Fünftel mit Spezialqualifikationen vorausgesetzt (DEMD, KIND, FOR1-2). Für vier Gruppen werden spezifische Behandlungskonzepte vorgeschrieben und für drei Bereiche werden – falls nicht intern sichergestellt – vertragliche Kooperationen mit anderen Leistungserbringern vorausgesetzt. Für die Leistungsbereiche MUKI «Mutter-Kind-Behandlung» und FOR «Forensische Psychiatrie» bestehen zusätzlich infrastrukturelle Vorgaben. Schliesslich werden die Bereiche DEMD «Delire und Demenzen» und KIND «Säuglings- und kinderspezifische Störungen» mit den Altersbereichen «Gerontopsychiatrie» respektive «Kinder- und Jugendpsychiatrie» verknüpft, d.h. diese Leistungsgruppen können nur in Verbindung mit dem jeweiligen Altersbereich erteilt werden.

⁴³ BPSYCH ausgenommen.

Tabelle 49: Anforderungen an die Leistungserbringer gemäss Leistungsbereich/-gruppe

Leistungsgruppen	Personal	Vorhandene Angebote	Kooperation	Infrastruktur	Sonstiges	Verknüpfte Leistung
DEMD Demenzen und Delire	Mindestens 20 Prozent des Pflegefachpersonals HF/FH mit alterspsychiatrisch relevantem Certificate of Advanced Studies (CAS), z.B. in gerontologischer Pflege, oder eine äquivalente Weiterbildung oder in Ausbildung dazu					Nur in Verbindung mit dem Altersbereich Gerontopsychiatrie
ABH1-3 Abhängigkeitserkrankungen		Leitliniengerechte Behandlung der häufigsten Dualdiagnosen (die Abhängigkeitserkrankung stellt bei Eintritt jedoch den Hauptbehandlungsgrund dar)				
ESSS Essstörungen		Interdisziplinäres Konzept für Extremkranke (z.B. sehr tiefer Body Mass Index)	Mit einem somatischen Akutspital			
MUKI Mutter-Kind- Behandlungen	Pflegefachpersonal HF/FH verfügt über mindestens zwei Jahre Erfahrung in Säuglings- und Kleinkindpflege	Leitliniengerechte Behandlung der Grunderkrankung der Mutter gewährleistet Individuelle pädagogische Anleitung und Unterstützung bei der Mutter-Kind-Interaktion	Mit Wochenbett- und Stillberater/-in	Infrastruktur für Säuglings- und Kleinkindpflege ist vorhanden	Betreuung des Kindes durch Klinikpersonal während Therapieaufnahme der Mutter gewährleistet	
SCHL Nichtorganische Schlafstörungen			Mit Schlaflabor			
KIND Säuglings- und kinderspezifische Störungen	Mindestens 20 Prozent der Pflegefachpersonals HF/FH und/oder Sozialpädagogen haben ein kinder- und jugendpsychiatrisch relevantes Certificate of Advanced Studies (CAS), z.B. in kinder- und jugendpsychiatrischer Pflege, oder eine äquivalente Weiterbildung oder sind in Ausbildung dazu					Nur in Verbindung mit dem Altersbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie
FOR1-2 Forensische Psychiatrie	Mindestens 20 Prozent des Pflegefachpersonals HF/FH mit forensisch-psychiatrisch relevantem Certificate of Advanced Studies (CAS) oder eine äquivalente Weiterbildung oder in Ausbildung dazu	Spezifisch forensische Diagnostik inklusive Risikoassessment und -prognostik sowie ausreichendes Angebot an deliktpräventiv orientierten Therapien		Strukturelle, bauliche und organisatorische Voraussetzungen erfüllen Sicherheitsanforderungen gemäss verordneten Sicherheitsdispositivs		

7.2.7 Auftragstypspezifische Eignungskriterien

Das Psychiatrieleistungsgruppenkonzept (PLG) differenziert zwischen den Auftrags-typen «Akut- und Vollversorgung» (AVV) sowie «Spezialversorgung» (SPV) verbunden mit jeweils unterschiedlichen Anforderungen. Die beiden Versorgungstypen unterscheiden sich hinsichtlich des angebotenen Leistungsspektrums, der Aufnahme-pflicht, der Eintrittsart sowie der Verfügbarkeit des Fachpersonals.

Der Auftragstyp «AVV» muss die Aufnahme von Patientinnen und Patienten in Akut-stationen während 24 Stunden und 365 Tagen gewährleisten. Dementsprechend ist auch eine Verfügbarkeit vor Ort rund um die Uhr von qualifiziertem Personal vorge-schrieben. Kliniken mit diesem Auftragstyp müssen auch Patientinnen und Patienten mit FU-Einweisung aufnehmen sowie jene mit Fremd- und Selbstgefährdung versor-gen. Spitäler mit AVV-Leistungsauftrag verfügen über ein umfassendes Leistungs-spektrum. Sie müssen mindestens eine Akutstation mit je 15 Betten je Altersbereich aufweisen (Kinder- und Jugendpsychiatrie 8 Betten).

Demgegenüber sind Kliniken mit dem Auftragstyp «SPV» ausgerichtet auf die ge-plante Aufnahme von Patientinnen und Patienten mit spezifischen Krankheitsbildern. Die Anzahl Leistungsaufträge ist beschränkt auf maximal fünf Leistungsbereiche. Für diesen Auftragstyp besteht keine generelle Aufnahmepflicht. Die Kliniken sind grund-sätzlich frei in der Definition des Indikationsspektrums ihrer Patientinnen und Patien-ten, die stationär behandelt werden. Die Aufnahme von Patientinnen und Patienten erfolgt werktags während den Bürozeiten und basiert auf Freiwilligkeit (keine Zwangseinweisungen). Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf Selbst- oder Fremdgefährdung werden von Kliniken dieses Versorgungstyps nicht während eines längeren Zeitraums behandelt.

In Tabelle 50 sind die grundlegenden Anforderungen an die beiden Auftragstypen aufgelistet. Dabei werden die Minimal-Anforderungen an die Dotation und Qualifikation des ärztlichen, psychologischen und pflegerischen Personals bestimmt. Weitere Punkte sind die somatische Versorgung, die Aufnahmebereitschaft, die Eintrittsart sowie Anforderungen an die Infrastruktur. Die Vorgaben der Planungskantone weichen von denjenigen des Kantons Zürich in folgenden Bereichen des Auftragstyps «AVV» leicht ab:

1:1-Betreuung: Im Unterschied zum Kanton Zürich muss die 1:1-Betreuung nicht örtlich auf jeder Station erfolgen, sondern muss innerhalb des Leistungserbringers gewährleistet werden. Zusätzlich schreiben die Planungskantone die Beachtung der Vorgaben zur 1:1 Betreuung der S3-Leitlinie «Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen» ([DGPPN 2018](#)) wie auch die Empfehlungen der akademischen Fachgesellschaft Psychiatriische Pflege des Schweizerischen Vereins für Pflegewissenschaft ([APSI-VFP 2019](#)) zur Intensivbetreu-ung erwachsener Menschen in psychiatrischer Behandlung als handlungsleitend vor. Bezüglich Fixierung wird es als erforderlich angesehen, dass eine kontinuierliche 1:1-Betreuung mit persönlichem Kontakt für die Dauer der Massnahme gewährleistet ist. Auch bei Isolierung ist eine engmaschige Überwachung unverzichtbar. Die mögliche Beendigung der Massnahme muss in regelmässigen Abständen überprüft werden. Bei Isolierung ist ein angemessener zwischenmenschlicher Kontakt sicherzustellen. «Betreuung» ist dabei nicht so zu verstehen, dass lediglich eine Person neben dem psychisch erkrankten Menschen sitzt, die eine Kontroll- oder Sicherungsfunktion ein-nimmt. Vielmehr ist eine persönliche therapeutische Begleitung durch eine qualifi-zierte Person erforderlich, die bei der Bewältigung der Krise hilft und zur Linderung der negativen Folgen der freiheitsbeschränkenden Massnahmen beiträgt.

Internistische Präsenz: Die initiale Anforderung des Kantons Zürich wurde umformuliert und bezüglich Visite präzisiert. In den Planungskantonen wird für den Auftrags-**typ** AVV eine internistische konsiliarische Verfügbarkeit und bei Bedarf eine Intervention vor Ort innert 30 Minuten (Kooperationsvertrag vorhanden) an Stelle einer ständigen ärztlichen Präsenz vor Ort während den Bürozeiten verlangt. Zudem wurde der Begriff Kurvenvisite präzisiert: Alle Patientinnen und Patienten werden einmal wöchentlich ohne persönliches Aufsuchen anhand der Dokumentation mit den fallführenden Behandelnden zusammen visitiert und bei Bedarf (Indikationsstellung) persönlich untersucht.

Ärztliche Präsenz: Grundsätzlich gilt für alle Leistungserbringer für den Auftrags-**typ** «AVV» die Sicherstellung der ärztlichen Präsenz vor Ort rund um die Uhr mit fachärztlichem Hintergrunddienst. In den Planungskantonen ist jedoch in begründeten Fällen ein System von Krisenexperten und -expertinnen vor Ort mit unterschiedlichem Berufshintergrund aber spezifischer Krisenweiterbildung in Kombination mit einem fachärztlichen Hintergrunddienst äquivalent.

Tabelle 50: Anforderungen an die Leistungserbringer gemäss Auftragstyp

Auftragstyp	AVV Akut- und Vollversorgung	SPV Spezialversorgung
Personal im ärztlichen Bereich		
Leitung und Stellvertretung	Zu mindestens 80 Stellenprozenten ist Personal mit folgenden Qualifikationen fest angestellt, sofern ein Leistungsauftrag für die entsprechende Altersgruppe besteht: Erwachsenenpsychiatrie: FMH Psychiatrie und Psychotherapie Adoleszentenpsychiatrie: FMH Kinder- und Jugendpsychiatrie UND FMH Psychiatrie und Psychotherapie Kinder- und Jugendpsychiatrie: FMH Kinder- und Jugendpsychiatrie Gerontopsychiatrie: FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Schwerpunkttitle Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie Forensische Psychiatrie, alle Altersbereiche: FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Schwerpunkttitle Forensische Psychiatrie und Psychotherapie der FMH oder äquivalente Zusatzausbildung.	
		Die Stellvertretung kann auch durch eine Psychologin/einen Psychologen mit abgeschlossener Weiterbildung in Psychotherapie erfolgen.
Dienstärzte/ Dienstärztinnen	Eine diensthabende Ärztin/ein diensthabender Arzt ist jederzeit am Spitalstandort. Zudem ist ein fachärztlicher Hintergrunddienst sichergestellt. In begründeten Fällen ist ein System von Krisenexperten und –expertinnen vor Ort mit unterschiedlichem Berufshintergrund aber spezifischer Krisenweiterbildung in Kombination mit einem fachärztlichen Hintergrunddienst äquivalent.	Die diensthabende Ärztin/der diensthabende Arzt ist von Montag bis Freitag von 8-17 Uhr am Spitalstandort. Ausserhalb dieser Zeiten ist dieser/diese jederzeit erreichbar und bei medizinischer Notwendigkeit innerhalb von 60 Minuten am Spitalstandort. Zudem ist ein fachärztlicher Hintergrunddienst sichergestellt.
Personal im psychologischen Bereich		
Psychologisches Fachpersonal	- Auf jeder Station ist der Zugang zu Assistenz- und Fachpsychologinnen und -psychologen (eidg. anerkannte Psychotherapeut/in) gewährleistet. - Mindestens 25 Prozent aller angestellten psychologischen Fachpersonen verfügen über einen Weiterbildungstitel gemäss Psychologieberufegesetz (eidg. anerkannte Psychotherapeut/in) - Der Betrieb verfügt über ein Konzept für psychologische Fachpersonen zur Weiterbildung zur eidg. anerkannten Psychotherapeut/in	- Auf jeder Station ist der Zugang zu Assistenz- und Fachpsychologinnen und -psychologen (eidg. anerkannte Psychotherapeut/in) gewährleistet. - Mindestens 25 Prozent aller angestellten psychologischen Fachpersonen verfügen über einen Weiterbildungstitel gemäss Psychologieberufegesetz (eidg. anerkannte Psychotherapeut/in) - Der Betrieb verfügt über ein Konzept für psychologische Fachpersonen zur Weiterbildung zur eidg. anerkannten Psychotherapeut/in
Personal im pflegerischen Bereich		

Auftragstyp	AVV Akut- und Vollversorgung	SPV Spezialversorgung
Dotation	- Auf jeder Akutstation ist täglich rund um die Uhr mindestens eine Pflegefachperson mit einem im Sinne von Art. 49 Bst. a KVV anerkannten Diplom anwesend. - Pro zwei Nicht-Akutstationen ist täglich rund um die Uhr mindestens eine solche Pflegefachperson anwesend. Die Patientensicherheit muss jederzeit gewährleistet sein.	- Pro zwei Nicht-Akutstationen ist täglich rund um die Uhr mindestens eine solche Pflegefachperson anwesend. Die Patientensicherheit muss jederzeit gewährleistet sein.
Erreichbarkeit	Qualifiziertes Fachpersonal (Tertiärstufe) ist telefonisch an 24 Stunden pro Tag und 365 Tagen im Jahr erreichbar, um erste Beratungs- und Triage-Leistungen zu erbringen.	Qualifiziertes Fachpersonal (Tertiärstufe) ist telefonisch von Montag bis Freitag von 8 bis 17 Uhr erreichbar, um erste Beratungs- und Triageleistungen zu erbringen. Kriseninterventionszentren: Qualifiziertes Fachpersonal (Tertiärstufe) ist telefonisch an 24 Stunden pro Tag und 365 Tagen im Jahr erreichbar, um erste Beratungs- und Triage-Leistungen zu erbringen.
Aufnahmebereitschaft	Die Aufnahme, diagnostische Abklärung und Erstversorgung von Patientinnen und Patienten inklusive Notfallpatientinnen und -patienten aller Leistungsbereiche durch qualifiziertes Fachpersonal (Tertiärstufe) ist an 24 Stunden pro Tag und 365 Tagen im Jahr gewährleistet.	Die elektive Aufnahme von Patientinnen und Patienten ausgewählter Leistungsbereiche durch qualifiziertes Fachpersonal (Tertiärstufe) ist Montag bis Freitag von 8 bis 17 Uhr gewährleistet. Kriseninterventionszentren: Bei medizinischer Indikation ist eine Aufnahme innerhalb von 24 Stunden nach Anmeldung gewährleistet.
Eintrittsart	Die Aufnahme, diagnostische Abklärung und Erstversorgung von Patientinnen und Patienten mit geplantem und ungeplantem Eintritt, mit Selbst- und /oder Fremdgefährdung und mit fürsorglicher Unterbringung ist gewährleistet.	Am Spitalstandort sind mindestens geplante Eintritte sichergestellt. Die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Selbst- und Fremdgefährdung und mit fürsorglicher Unterbringung kann nach Möglichkeit erfolgen, wobei die Sicherheit der Patientin/ des Patienten wie der Mitpatientinnen/-patienten jederzeit sichergestellt werden muss.
Behandlungsangebot	In der Forensischen Psychiatrie erfolgt die Behandlung psychisch kranker Personen im Massnahmenvollzug und Kriseninterventionen bei Patientinnen und Patienten in Freiheitsentzug. Ein spezialisiertes Behandlungsangebot in der Erwachsenen-/Gerontopsychiatrie für mindestens folgende Leistungsbereiche ist vorhanden: - Demenzen und Delire - Abhängigkeitserkrankungen	In der Forensischen Psychiatrie erfolgt die Behandlung psychisch kranker Personen im Massnahmenvollzug und Kriseninterventionen bei Patientinnen und Patienten in Freiheitsentzug. Das spezialisierte Behandlungsangebot umfasst Leistungsaufträge in maximal fünf Leistungsbereichen.

Auftragstyp	AVV Akut- und Vollversorgung	SPV Spezialversorgung
Internistischer Dienst	- Psychotische und bipolare Störungen - Depressive Störungen und Anpassungsstörungen - Angst-, Zwangs- und posttraumatische Belastungsstörungen - Persönlichkeitsstörungen Das Behandlungsangebot in der Kinder- und Jugendpsychiatrie umfasst Patientinnen und Patienten aller Leistungsbereiche ausser Demenzen und Delire, Mutter-Kind-Behandlungen und Forensische Psychiatrie.	Das Behandlungsangebot der Kriseninterventionszentren umfasst in der Regel alle Leistungsbereiche ausser Mutter-Kind-Behandlungen und Forensische Psychiatrie. Die Behandlungsdauer beträgt für Erwachsene in der Regel maximal 14 Tage.
	Erwachsenen- und Gerontopsychiatrie: - Von Montag bis Freitag 8.00 bis 17.00 Uhr ist ein Facharzt/eine Fachärztin Allgemeine Innere Medizin konsiliarisch erreichbar. Bei Bedarf ist er/sie innerhalb von 30 Minuten vor Ort (schriftliche Kooperationsvereinbarung). - Eine wöchentliche internistische Kurvenvisite (d.h. ohne persönliches Aufsuchen aller Patientinnen und Patienten) mit zuständigem fallführendem Behandler findet statt. Bei Indikationsstellung erfolgt zusätzlich eine persönliche Untersuchung der Patientin oder des Patienten.	Erwachsenen- und Gerontopsychiatrie: - Von Montag bis Freitag 8.00 bis 17.00 Uhr ist ein Facharzt/eine Fachärztin Allgemeine Innere Medizin mindestens telefonisch erreichbar (schriftliche Kooperationsvereinbarung). - Eine wöchentliche internistische Kurvenvisite (d.h. ohne persönliches Aufsuchen aller Patientinnen und Patienten) mit zuständigem fallführendem Behandler findet statt. Bei Indikationsstellung erfolgt zusätzlich eine persönliche Untersuchung der Patientin oder des Patienten.
	Kinder- und Jugendpsychiatrie: In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird mindestens mit einem Facharzt/einer Fachärztin Pädiatrie kooperiert, der/die von Montag bis Freitag 8.00 bis 17.00 Uhr telefonisch erreichbar ist (schriftliche Kooperationsvereinbarung).	Kinder- und Jugendpsychiatrie: In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird mindestens mit einem Facharzt/einer Fachärztin Pädiatrie kooperiert, der/die von Montag bis Freitag 8.00 bis 17.00 Uhr telefonisch erreichbar ist (schriftliche Kooperationsvereinbarung).
	Alle: Für medizinische Notfälle gelten die Regelungen gemäss betriebsinternem Notfallkonzept.	Kriseninterventionszentren: Von Montag bis Freitag 8.00 bis 17.00 Uhr ist ein Facharzt/eine Fachärztin Allgemeine Innere Medizin mindestens telefonisch erreichbar (schriftliche Kooperationsvereinbarung). Alle: Für medizinische Notfälle gelten die Regelungen gemäss betriebsinternem Notfallkonzept.

Auftragstyp	AWV Akut- und Vollversorgung	SPV Spezialversorgung
	Forensische Psychiatrie: - An mindestens zwei Tagen/Woche ist von 8.00 bis 17.00 Uhr ein Facharzt/eine Fachärztin Allgemeine Innere Medizin vor Ort. An den anderen Tagen ist ein Facharzt/eine Fachärztin mindestens von 8.00 bis 17.00 Uhr telefonisch erreichbar. - Eine wöchentliche internistische Kurvenvisite (d.h. ohne persönliches Aufsuchen aller Patientinnen und Patienten) mit zuständigem fallführendem Behandler findet statt. Bei Indikationsstellung erfolgt zusätzlich eine persönliche Untersuchung des Patienten.	
Infrastruktur	Eine auf die spezifische Patientengruppe ausgerichtete Infrastruktur ist vorhanden u.a. hinsichtlich: - Mobilität und Kognition - spezifischer Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen - Patientinnen/Patienten mit hoher Selbst- und Fremdgefährdung	Eine auf die spezifische Patientengruppe ausgerichtete Infrastruktur ist vorhanden u.a. hinsichtlich: - Mobilität und Kognition - spezifischer Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen
Stationen/Betten	Die Anforderungen gemäss Behindertengleichstellungsgesetz, insbesondere des behindertengerechten Bauens (SIA Norm 500) sind derart eingehalten, dass jederzeit Patientinnen und Patienten aufgenommen werden können	
1:1-Betreuung	Mindestens je eine Akutstation pro Altersbereich mit jeweils mindestens einem Intensivzimmer bei einer Stationsgrösse von mindestens 15 Betten (Kinder- und Jugendpsychiatrie mindestens 8 Betten) ist vorhanden. Dabei wird eine Akutstation definiert als eine Station, auf der 24 Stunden pro Tag und 365 Tage im Jahr die Aufnahme, diagnostische Abklärung und mindestens die Erstversorgung für Patientinnen und Patienten aller Leistungsbereiche erfolgt und die fakultativ schliessbar ist. Auf jeder Station ist der Zugang zu einer 1:1-Betreuung innerhalb des Leistungserbringers zu gewährleisten. Dabei sind die Vorgaben zur 1:1 Betreuung der S3-Leitlinie «Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen» (DGPPN 2018) wie auch die Empfehlungen des Schweizerischen Vereins für Pflegewissenschaft (VEP 2019) zur Intensivbetreuung erwachsener Menschen in psychiatrischer Behandlung handlungsleitend.	

7.2.8 Altersgruppenspezifische Eignungskriterien

Gewisse Anforderungen sind gekoppelt an eine spezifische Altersgruppe. Im Unterschied zum Kanton Zürich unterscheiden die Planungskantone neben den Altersgruppen «Kinder- und Jugendpsychiatrie», «Erwachsenenpsychiatrie» und «Alterspsychiatrie» auch die «Adoleszentenpsychiatrie». Letztere umfasst Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 15 und 25 Jahren mit psychischen Erkrankungen und spezifischen Problemstellungen rund um das Erwachsenwerden.

Namentlich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und in der Alterspsychiatrie bestehen zusätzliche Vorgaben für die stationären Leistungserbringer bei der Qualifikation des ärztlichen und pflegerischen Personals und der Infrastruktur (Spitalschule, Memory Clinic). In der Regel umfasst der Leistungsauftrag die zugeteilte Altersgruppe. In Ausnahmefällen dürfen bei medizinischer Notwendigkeit auch jüngere bzw. ältere Patientinnen und Patienten behandelt werden. In der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen ab Alter 65 werden die altersgruppenspezifischen Anforderungen des Kantons Zürich differenzierter formuliert. Für Leistungserbringer des Auftragsstyps AVV wird für die Behandlung von betagten Patientinnen und Patienten die Verfügbarkeit eines festangestellten Kaderarztes mit Schwerpunkttitle Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie sowie ein Mindestanteil von 20 Prozent des Pflegepersonals mit alterspsychiatrisch relevantem Zertifikat z.B. in gerontologischer Pflege (CAS) oder einer äquivalenten internen oder externen Fort- oder Weiterbildung vorausgesetzt. Diese Leistungserbringer müssen auch multimorbide Patientinnen und Patienten und solche mit organischen psychischen Störungen (BPDS) stationär behandeln können. Hingegen sind Leistungserbringer mit Auftragsstyp «SPV» für die Behandlung von Patientinnen und Patienten über dem Alter 65 zugelassen, wenn es sich nicht um gerontopsychiatrische Krankheitsbilder handelt, die Behandlung keine spezifischen geriatrischen Kenntnisse benötigt und die Patientinnen und Patienten jünger als 80 Jahre alt sind. Nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die altersgruppenspezifischen Vorgaben.

Tabelle 51: Anforderungen an die Leistungserbringer gemäss Altersbereich

	Kinder- und Jugendpsychiatrie KP/JP	Adoleszentenpsychiatrie AdO	Erwachsenenpsychiatrie EP	Alterspsychiatrie AP
Definition	0 bis 17 Jahren	15 bis 25 Jahre	18 bis 64 Jahren	Ab 65 Jahren und Patientinnen und Patienten mit einer dementiellen oder anderweitigen hirnorganischen Erkrankung unabhängig vom Alter.
Leitung und Stellvertretung	FMH Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Festanstellung von mindestens 80 Stellenprozenten.	FMH Kinder- und Jugendpsychiatrie ODER FMH Psychiatrie und Psychotherapie mit Festanstellung von mindestens 80 Stellenprozenten und Kader des anderen Weiterbildungstitels	FMH Psychiatrie und Psychotherapie mit Festanstellung von mindestens 80 Stellenprozenten.	FMH Psychiatrie und Psychotherapie und Schwerpunkttitle Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie mit Festanstellung von mindestens 80 Stellenprozenten.
Pflegefachpersonal, Sozialpädagogen/-innen	Mindestens 20 Prozent des Pflegefachpersonals und/oder Sozialpädagogen verfügen über ein kinder-	Mindestens 20 Prozent des Pflegefachpersonals und/oder Sozialpädagogen verfügen über ein kinder-		Mindestens 20 Prozent der fest angestellten Pflegefachpersonen verfügen über ein alterspsychiatrisch relevantes Certificate of Advanced

	Kinder- und Jugendpsychiatrie KP/JP	Adoleszenten- psychiatrie AdO	Erwachsenen- psychiatrie EP	Alterspsychiatrie AP
	und jugendpsychiatrisch relevantes Certificate of Advanced Studies (CAS), z.B. in kinder- und jugendpsychiatrischer Pflege, oder eine äquivalente Weiterbildung abgeschlossen oder sind in der Ausbildung dazu.	und jugendpsychiatrisch relevantes Certificate of Advanced Studies (CAS), z.B. in kinder- und jugendpsychiatrischer Pflege, oder eine äquivalente Weiterbildung abgeschlossen oder sind in der Ausbildung dazu.		Studies (CAS), z.B. in gerontologischer Pflege, oder eine äquivalente Weiterbildung abgeschlossen oder sind in der Ausbildung dazu.
Psychologisches Fachpersonal	Mindestens 25 Prozent des psychologischen Fachpersonals verfügt über einen Weiterbildungstitel in psychologischer Psychotherapie oder einen äquivalenten ausländischen Weiterbildungsabschluss.	Mindestens 25 Prozent des psychologischen Fachpersonals verfügt über einen Weiterbildungstitel in psychologischer Psychotherapie oder einen äquivalenten ausländischen Weiterbildungsabschluss.	Mindestens 25 Prozent des psychologischen Fachpersonals verfügt über einen Weiterbildungstitel in psychologischer Psychotherapie oder einen äquivalenten ausländischen Weiterbildungsabschluss	Mindestens 25 Prozent des psychologischen Fachpersonals verfügt über einen in psychologischer Psychotherapie oder einen äquivalenten ausländischen Weiterbildungsabschluss. Mindestens ein/eine Titelträger/in verfügt über den Weiterbildungstitel «Neuropsychologie».
Memory Clinic				Memory Clinic vor Ort oder in Kooperation ist vorhanden
Infrastruktur	Eine Spitalschule mit festangestellten PädagogInnen und/oder Sozialpädagogen für schulpflichtige Kinder/Jugendliche ist vorhanden (ausgenommen Kriseninterventionszentren für Kinder und Jugendliche).	Für Adoleszente in Ausbildung ist der Zugang zu einem spitalpädagogischen Angebot mit festangestellten PädagogInnen und/oder Sozialpädagogen für schulpflichtige Kinder/Jugendliche gewährleistet		

7.3 Zuteilungskriterien

Falls die Bewerbungen den prognostizierten Bedarf in einer Leistungsgruppe übersteigen, erfolgt eine Auswahl der Leistungserbringer auf Basis einer Reihe von Zuteilungskriterien auf Basis von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Erreichbarkeit, deren Erfüllungsgrad für jeden Bewerber individuell ermittelt wird. Die Bewertung der einzelnen Kriterien erfolgt anhand von je Kriterium individuell gestalteten Punkteskalen.

7.3.1 Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung

Es wird die Höhe der Schweregradbereinigte Tageskosten und schweregradbereinigte Fallkosten der Bewerber, unterschieden nach AVV und SPV sowie nach KJP & EP/AP, verglichen. Dabei sind alle Leistungserbringer mit Fall-DMI < 50 grundsätzlich miteinander vergleichbar, Kliniken mit Fall DMI >50 müssen individuell betrachtet werden.

Der Beitrag zur Erschliessung von Synergien und zum Verlagerungspotenzial fliesst in die Beurteilung ein.

7.3.2 Qualität der Leistungserbringung

Die Qualität wird anhand von folgenden Dimensionen ermittelt:

- ANQ Messungen zur Symptomreduktion (HONOS/HONOSCA): Bewertung der Höhe der Symptomreduktion (ausschliesslich Eigenbewertung). Je höher die Reduktion der Symptomreduktion, je höher die Einstufung.
- Fallschwere: Bewertung der Höhe der Fallschwere. Je höher die Fallschwere gegenüber Durchschnitt, je höher die Einstufung auf der Skala.
- Vorhandensein einer vertikalen Behandlungskette (intermediäre Angebote in Form von Ambulatorien/Tageskliniken, aufsuchende Angebote, Liaisonpsychiatrische Angebote): Bewertung des Ausbaugrads einer unternehmensinternen Behandlungskette. Je höher der Ausbaugrad, je höhere Einstufung auf der Skala.
- Beitrag zur Aus- und Weiterbildung: Bewertung der Höhe des Beitrags in Form von Anzahl Aus-/Weiterbildungsplätzen und Anzahl angebotener Aus-/Weiterbildungsrichtungen. Je höher/diverser, desto höhere Einstufung auf der Skala.

7.3.3 Erreichbarkeit für die Wohnbevölkerung der Planungsregion

Die Erreichbarkeit wird anhand von vier Dimensionen ermittelt:

- Zugänglichkeit des Angebots für die Bevölkerung der Planungsregion: Anzahl Personen, die Angebote im Rahmen der definierten Werte erreichen können. Je höher die Anzahl Personen, je höher die Einstufung auf der Punkteskala.
- Wartefristen AVV: Notfälle müssen umgehend aufgenommen werden können.
- Versicherungsstatus: Keine Selektion gemäss Versicherungsstatus, auf einen fixen Anteil zusatzversicherter PatientInnen wird jedoch verzichtet. Übermässige VVG-Anteile geben Negativpunkte. Ansonsten neutral.
- Anteil Selbsteinweisungen <20 Prozent: Anteile mit >20 Prozent geben Negativpunkte. Ansonsten neutral. Ausnahme: Leistungserbringer mit erwünschtem hohem Anteil an Selbsteinweisungen.

7.3.4 Versorgungsrelevanz

Die Versorgungsrelevanz wird anhand des bisherigen Versorgungsanteils in der jeweiligen PLG gemessen. Je höher der bisherige Versorgungsanteil, je höher die Punktzahl.

7.3.5 Interdependenzen zwischen verschiedenen Leistungsbereichen und Leistungsgruppen

Leistungserbringer, die eine horizontale Behandlungskette anbieten können (horizontal: breites stationäres Behandlungsspektrum) werden bevorzugt. Je mehr erbrachte PLG, desto höhere Einstufung auf Punkteskala.

7.3.6 Sinnvolle Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich (inkl. Home-Treatment)

Das Kriterium wird anhand der Anzahl bereits umgesetzten oder sich in Planung befindenden innovativen Programmen bzw. Angeboten zur Reduktion von stationären Aufenthalten, z.B. stationsäquivalente aufsuchende Angebote, Home Treatment, Ausbau von ambulanten Angeboten, Ausbau/Errichtung von sozialpädagogischen/sonderpädagogischen Angebotsstrukturen mit psychiatrischem Behandlungsangebot etc. gemessen. Es erfolgt eine Bewertung des Innovationsgrads der Angebote des Bewerbers bzw. des Konzeptes bei formulierten Absichten. Je höher der Innovationsgrad, je höher die Punktezahl auf der Skala.

Begriff	Erklärung
Adoleszenzpsychiatrie	Psychiatrische Versorgung an der Schnittstelle zwischen Jugend- und Erwachsenenalter, wird im vorliegenden Bericht auf das Alter von 15 bis 25 Jahren festgelegt
Advanced Practice Nurse (APN)	Eine Advanced Practice Nurse (APN) ist ein Überbegriff für eine spezialisierte Pflegefachperson mit einem Masterabschluss, die durch erweiterte klinische Kompetenzen und Entscheidungsfähigkeiten komplexe pflegerische Aufgaben übernimmt. Weitere Spezialisierungen sind die Rollen des Clinical Nurse Specialist (CNS) vorwiegend im Spitalbereich und die Nurse Practitioner (NP) im Bereich der Primärversorgung.
AfGVE SG	Amt für Gesundheitsversorgung im Gesundheitsdepartement des Kantons St.Gallen. Zuständig für Planung und Finanzierung der stationären Gesundheitsversorgung der St.Galler Bevölkerung
AfG AR	Amt für Gesundheit im Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Appenzell Ausserrhoden. Zuständig für Planung und Finanzierung der stationären Gesundheitsversorgung der Ausserrhoder Bevölkerung
AfG TG	Amt für Gesundheit im Departement Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau. Zuständig für Planung und Finanzierung der stationären Gesundheitsversorgung der Thurgauer Bevölkerung
AHD/WWD	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer/Verweildauer. Rechnerisch ermittelt, indem die Pflegetage eines Patientenkollektivs durch die Anzahl der Fälle dividiert werden.
Akutsomatik	Behandlung, Therapie und Pflege von Patientinnen und Patienten mit organischen (somatischen) Krankheitsleiden.
Akutspital	Einrichtung oder Abteilung zur stationären Behandlung, Therapie und Pflege von Patientinnen und Patienten mit somatischen Erkrankungen
Akut- und Vollversorgung (AVV)	Leistungsauftragstyp in der Psychiatrieplanung. Leistungserbringer mit AVV gewährleisten eine umfassende psychiatrische Versorgung von Menschen mit akuten und schweren psychischen Erkrankungen. Sie stellen eine 24-Stunden-Aufnahmebereitschaft an 365 Tagen sicher, einschliesslich der Behandlung bei fürsorgerischer Unterbringung sowie Selbst- oder Fremdgefährdung.
Ambulatorium	Einrichtung für die ambulante psychiatrische Versorgung von Patientinnen und Patienten mit erhöhtem oder komplexem Behandlungsbedarf, der durch niedergelassene Fachpersonen nicht oder nicht ausreichend abgedeckt werden kann. Die Behandlung umfasst typischerweise psychiatrische Abklärungen, medikamentöse Behandlung, Psychotherapie und Krisenintervention.
Amtsarzt/ Amtsärztin	Ärztliche Fachpersonen, die gesundheitspolizeiliche und gerichtsärztliche Aufgaben wahrnehmen, Behörden in medizinischen Fragestellungen unterstützen und unter anderem Beurteilungen im Zusammenhang mit fürsorgerischen Unterbringungen vornehmen.
Anordnungsmodell	Modell der psychologischen Psychotherapie, bei dem zugelassene psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung

Begriff	Erklärung
	hin selbstständig zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sind. Es löste das bisherige Delegationsmodell (siehe Glossar → Delegationsmodell) per 1. Januar 2023 ab.
Aufsuchende Angebote	Aufsuchende Angebote werden direkt am Wohnort der Patientinnen und Patienten erbracht. Sie ermöglichen insbesondere Menschen mit erschwertem Zugang zur psychiatrischen Versorgung (z.B. Personen mit eingeschränkter Mobilität) eine bedarfsgerechte Behandlung.
Benchmark	Benchmark (dt. „Massstab“) oder Benchmarking (= Massstäbe setzen) bezeichnet eine vergleichende Analyse mit einem festgelegten Referenzwert (z.B. Perzentil, Median).
BFS	Bundesamt für Statistik. Zuständig für die obligatorischen Statistiken der stationären Betriebe des Gesundheitswesens
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation. Sie beinhaltet alle Prozeduren und Eingriffe, die in Schweizer Spitäler codiert werden können. Jährliche Aktualisierung.
Day-Mix (DM)	Summe aller Kostengewichte (siehe Glossar → Kostengewicht) eines definierten Patientenkollektivs
Day-Mix-Index (DMI)	Summe aller Kostengewichte (siehe Glossar → Kostengewicht) eines definierten Patientenkollektivs dividiert durch die Summe der Verweildauer dieser Fälle (= durchschnittliches Kostengewicht pro Tag)
Delegationsmodell	Modell, bei dem psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unter fachlicher Verantwortung und Aufsicht einer Ärztin oder eines Arztes tätig sind. Die psychotherapeutischen Leistungen wurden dabei über die ärztliche Praxis der OKP abgerechnet. Das Modell wurde per 1.1.2023 durch das Anordnungsmodell (siehe Glossar → Anordnungsmodell) abgelöst.
Delir	Akut auftretender Zustand von schwerer Verwirrtheit und Desorientierung, der häufig bei älteren und schwer erkrankten Menschen auftritt.
Demografie	Lehre, die sich mit der Entwicklung der Bevölkerung befasst. Je nach Annahmen zur Fruchtbarkeit und Sterblichkeit einer Bevölkerungsgruppe sowie zu deren Zu- und Abwanderung werden Prognosen über die zahlenmässige Entwicklung der Bevölkerungsgruppe formuliert.
Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	Psychische Störungen mit Beeinträchtigung des Bewusstseins, der Wahrnehmung oder des Gedächtnisses (dissoziative Störungen), körperliche Beschwerden ohne ausreichende organische Erklärung (somatoforme Störung) oder anhaltende Schmerzen, bei denen psychische bzw. psychosoziale Faktoren eine wesentliche Rolle spielen (Schmerzstörungen).
DSSG	Amt für Daten und Statistik des Kantons St.Gallen. Kantonales Kompetenzzentrum für Statistik. Entwickelte das Bevölkerungsszenario für den Kanton St.Gallen und zeichnete sich für die Datenaufbereitung und -auswertung verantwortlich
Dysthymie	Chronische depressive Störung mit einer über längere Zeit bestehenden gedrückten Stimmung, gekennzeichnet durch verminderter Antrieb, Erschöpfung und weiteren depressive Symptomen.
EFAS	Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen. Per 1.1.2028 werden ambulante und stationäre Gesundheitsleistungen nach einem einheitlichen Finanzierungsschlüssel gemeinsam von Kantonen und Krankenversicherern finanziert.

Begriff	Erklärung
Elektiv	In der Medizin verwendet für die Bezeichnung von Behandlungen, deren Zeitpunkt planbar/frei wählbar ist. Im Gegensatz dazu stehen notfallmässige/nicht-elektive Behandlungen.
Essstörungen (Anorexie, Bulimie, Binge Eating Störung)	Anorexie ist durch eine starke Einschränkung der Nahrungsaufnahme und ein deutlich zu niedriges Körpergewicht gekennzeichnet. Bei Bulimie treten wiederkehrende Essanfälle mit anschliessend kompensatorischen Massnahmen wie Erbrechen oder übermässigem Sport auf. Bei der Binge-Eating-Störung kommt es ebenfalls zu wiederkehrenden Essanfällen, jedoch ohne kompensatorische Massnahmen.
Fallpauschalensystem/Diagnoseklassifikationssystem (z.B. TARPSY)	Abgeltungssystem, welches einzelne stationäre Aufenthalte anhand von bestimmten Kriterien (z.B. Alter, Geschlecht, Diagnose, Behandlung) in medizinisch und ökonomisch möglichst homogene Diagnosegruppen klassiert. Fallpauschalensysteme können unterschiedlichen Zwecken dienen. Namentlich werden sie für die pauschale Abgeltung/Finanzierung von Klinikaufhalten verwendet (siehe auch Glossar → TARPSY).
Forensik, psychiatrische	Befasst sich mit der Behandlung und Begutachtung von Personen mit psychischen Störungen, welche Straftaten begonnen haben, z.B. Beurteilung der Schuldfähigkeit und Rückfallgefahr.
Fürsorgerische Unterbringung (FU)	Zwangsweise Unterbringung einer Person in einer geeigneten stationären Einrichtung aufgrund einer psychischen Störung, geistigen Beeinträchtigung oder schwerer Verwahrlosung, wenn die notwendige Behandlung oder Betreuung nicht anders gewährleistet werden kann.
GA AI	Gesundheitsamt im Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Appenzell Innerrhoden. Zuständig für Planung und Finanzierung der stationären Gesundheitsversorgung der Innerrhoder Bevölkerung
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL)	Leistungen, die ein Spitalunternehmen anbieten muss, deren Kosten jedoch nicht anrechenbar sind für die Ermittlung des Basispreises gemäss TARPSY GWL werden vom Kanton separat abgegolten.
Geriatric/Akutgeriatric	Altersheilkunde. Lehre innerhalb der Medizin, welche sich spezifisch mit der Behandlung von betagten Patientinnen und Patienten befasst. Geriatric Patientinnen und Patienten sind alt (in der Regel über 85 Jahre), leiden an mehreren (chronischen) Krankheiten (Multimorbidität), weisen einen hohen Grad von Gebrechlichkeit (Frail) auf und verfügen über ein Verbesserungspotenzial. Akutgeriatric Fälle befinden sich nach einer akuten Erkrankung in Behandlung, z.B. in einem Spital oder in einer nachgelagerten Institution.
Gerontopsychiatrie	Psychiatrischer Fachbereich, der sich mit der Diagnostik, Behandlung und Betreuung psychischer Erkrankungen bei älteren Menschen befasst, z.B. Demenz, Depressionen.
Hospitalisation	Stationärer Klinik-/Spitalaufenthalt
Hospitalisationsrate	Anzahl der stationären Klinikaustritte im Verhältnis zu einem definierten Bevölkerungskollektiv (meist standardisiert je 1'000 oder 10'000 Einwohnerinnen und Einwohner)
ICD-10-GM	Diagnoseklassifikation der WHO. Abkürzung für "International Classification of Diseases" Version 10. mit deutschen Anpassungen ("German Modification"). Wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geführt und bildet alle anerkannten Krankheitsbilder ab.

Begriff	Erklärung
Intermediäre Angebote	Ambulante oder teilstationäre Angebote, die zwischen der ambulanten und der stationären Behandlung liegen. Dazu gehören z.B. Tageskliniken, Nachtkliniken und aufsuchende psychiatrische Angebote (siehe Glossar → aufsuchende Angebote).
Katatonie	Psychiatrisches Syndrom mit ausgeprägten Störungen von Bewegung, Verhalten und Reaktion auf die Umwelt, z.B. Bewegungsstarre, Mutismus (anhaltendes Schweigen), starke motorische Unruhe oder wiederholte Bewegungen.
Konsiliarpsychiatrie	Psychiatrische Mitbeurteilung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit somatischen und zusätzlichen psychischen Erkrankungen im Rahmen einer fachpsychiatrischen Mitbeurteilung in Zusammenarbeit mit der behandelnden bzw. betreuenden Person.
Kostengewicht	Jede Diagnosegruppe eines Fallpauschalensystems (siehe Glossar → Fallpauschalensystem) wird mit einem Kostengewicht hinterlegt, welches die durchschnittlichen Kosten der entsprechenden Diagnosegruppen im Verhältnis zu den Durchschnittskosten der totalen Anzahl von Fällen angibt. Dabei werden den (z.B. nationalen) Durchschnittsfallkosten ein Kostengewicht von 1 zugeteilt. Diagnosegruppen mit Kostengewichten < 1 weisen somit unterdurchschnittliche Kosten auf, während Fallgruppen mit einem Kostengewicht > 1 überdurchschnittlich teuer sind.
Kriseninterventionszentrum (KIZ)	Psychiatrische Einrichtung zur kurzfristigen und intensiven Behandlung von Menschen in akuten psychischen Krisen. Ziel ist es, die Krise zu stabilisieren, weshalb die stationären Aufenthalte kurz sind.
Leistungsauftrag	Der Leistungsauftrag gemäss Art. 39 KVG umfasst mehrere Elemente: • Spitalliste: Sie beinhaltet das medizinische Spektrum, in dem ein Spitalunternehmen zur stationären Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zugelassen ist. Sie wird von der Regierung (SG), dem Regierungsrat (AR, TG) oder der Standeskommission (AI) erlassen. • Allgemeine Anforderungen an die Listenspitäler: Sie umfassen allgemein gültige Auflagen für die Spitalunternehmen. Sie werden von der Regierung (SG), dem Regierungsrat (AR, TG) oder der Standeskommission (AI) hoheitlich festgesetzt. • Leistungsgruppenspezifische und weitergehende leistungsgruppenspezifische Anforderungen: Darin werden spezifische Anforderungen an die Leistungserbringung je Leistungsgruppe formuliert. Sie werden von der Regierung (SG), dem Regierungsrat (AR, TG) oder der Standeskommission (AI) hoheitlich festgesetzt. • Leistungsvereinbarung: Darin werden namentlich Sonderaufgaben für einzelne Spitalunternehmen sowie die Abgeltungen für gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) geregelt. Die Leistungsvereinbarung ist spitalindividuell und verhandelbar.
Leistungserbringer	Personen oder Organisationen, die Gesundheitsleistungen für Patientinnen und Patienten erbringen, z.B. Ärztinnen und Ärzte, psychiatrische Kliniken, Psychotherapeutinnen und -therapeuten
Liaisonpsychiatrie	Psychiatrische Fachperson(en) werden von der behandelnden/betreuenden Einrichtung systematisch und dauerhaft im Rahmen von festgelegten Prozeduren in die Betreuung und Behandlung von Patientinnen und Patienten/ Bewohnerinnen und Bewohner/ Klientinnen und Klienten einbezogen.
Median	Der Median halbiert eine Datenmenge in zwei gleich grosse Hälften. Der Median entspricht dem 50. Perzentil.
MedStat	Medizinische Statistik des Bundesamtes für Statistik (BFS)

Begriff	Erklärung
MedStat-Regionen	Geografische Regionen der Schweiz, die vom BFS i.d.R. aus mehreren Gemeinden gebildet werden, um regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung darzustellen.
Memory Klinik	Spezialisierte Einrichtung zur Abklärung von Gedächtnis- und anderen Hirnfunktionsstörungen, etwa bei Demenz, durch Spezialistinnen und Spezialisten wie Neurologen/Neurologinnen, Psychiater/innen, Geriater/innen und Neuropsychologen/Neuropsychologinnen. Häufig sind auch Beratungen und Unterstützungsangebote für Betroffene und Angehörige vorhanden.
Nachtklinik	Teilstationäres Angebot, in dem Patientinnen und Patienten abends und über Nacht in der Klinik betreut und behandelt werden, tagsüber jedoch nach Hause gehen.
Niedergelasse Leistungserbringer	Ambulant tätige Fachpersonen oder Praxen, die ärztliche Leistungen ausserhalb von Spitälern erbringen, in der Psychiatrie insbesondere Psychiaterinnen und Psychiater sowie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.
Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)	Gesetzlich vorgeschriebene Grundversicherung der Schweiz
Pädiatrie	Kinderheilkunde. Im vorliegenden Bericht wird die Spitalversorgung für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr als Pädiatrie bezeichnet.
Patientenstrom	Bewegung von Patientinnen und Patienten zwischen verschiedenen Leistungserbringern und Versorgungsregionen.
Perzentil	Durch Perzentile (dt. „Hundertstelwerte“), wird eine Verteilung in 100 gleich grosse Teile zerlegt. Das 40. Perzentil einer Datenmenge entspricht dem Wert, unterhalb dessen 40 Prozent aller Fälle liegen.
Psychiatrische Leistungsgruppe (PLG)	Gruppe von psychiatrischen Behandlungsleistungen, die aufgrund ähnlicher Krankheitsbilder oder Behandlungsanforderungen zusammengefasst werden und z.B. für die Planung des stationären psychiatrischen Versorgungsangebots verwendet werden.
Psychosomatik	Lehre der Zusammenhänge zwischen körperlichen Störungen/Symptomen/Krankheitsbildern und der Psyche. Daraus abgeleitet werden spezifische Behandlungskonzepte für ausgewählte Patientinnen- und Patientengruppen erstellt.
Qualitätsmanagementsystem (QMS)	Strukturiertes Steuerungssystem für ein Unternehmen, welches alle Prozesse, Richtlinien und Verantwortlichkeiten enthält, die nötig sind, um die Qualität dauerhaft sicherzustellen und zu verbessern.
Referenztarif	Maximaler Tarif, bis zu dem die Kantone und Krankenversicherungen eine ausserkantonale stationäre Wahlbehandlung vergüten. Ist der Tarif des gewählten Spitals höher, muss der Patient/die Patientin die Kosten selbst tragen oder über eine Zusatzversicherung abdecken.
Schizophrenie, schizotype Störungen	Schizophrenie ist eine psychische Erkrankung mit Störungen von Denken, Wahrnehmung und Verhalten, häufig verbunden mit Wahnvorstellungen und Halluzinationen. Schizotype Störungen bezeichnen dieselben Störungen, jedoch bleibt der Bezug zur Realität grundsätzlich erhalten (keine Wahnvorstellungen und Halluzinationen).
Sozialpsychiatrie	Psychiatrische Versorgung, die neben der psychischen Erkrankung auch soziale, familiäre und gesellschaftliche Lebensumstände berücksichtigt und die soziale Teilhabe sowie die Selbstständigkeit der Betroffenen fördert.

Begriff	Erklärung
Spezialversorgung (SPV)	Leistungsauftragstyp in der Psychiatrieplanung. Kliniken mit SPV-Auftrag sind auf die geplante Aufnahme von Patientinnen und Patienten mit spezifischen Krankheitsbildern ausgerichtet und können maximal fünf Leistungsbereiche anbieten. Es besteht keine generelle Aufnahmepflicht seitens der Klinik; die Aufnahme erfolgt werktags während der Bürozeiten und basiert auf Freiwilligkeit der Patientinnen und Patienten.
Spitalleistungsgruppenkonzept (SPLG)	Von den Kantonen Bern und Zürich entwickeltes Instrument, welches alle stationären Spitalaufenthalte zu Planungszwecken einer Leistungsgruppe zuordnet. Jede Leistungsgruppe ist mit Anforderungen an das Personal, die Infrastruktur und an die Abläufe verknüpft.
Spitalliste	Liste der Leistungserbringer, die zur stationären Versorgung der Bevölkerung zugelassen sind und entsprechende Leistungsaufträge erhalten. Sie bildet die Grundlage für die stationäre psychiatrische Versorgungsplanung.
Stammgemeinschaft	Zusammenschluss von Gesundheitsfachpersonen und -einrichtungen, der Patientinnen und Patienten den Zugang zum elektronischen Patientendossier ermöglicht und dessen Betrieb sowie die Verwaltung der Zugriffsrechte organisiert.
Tagesklinik	Teilstationäres Angebot, in dem Patientinnen und Patienten tagsüber in der Klinik behandelt werden, abends und nachts jedoch nach Hause gehen.
TARMED / TARDOC	Schweizweit gültige Tarifstruktur für die Abrechnung von ambulant erbrachten medizinischen Leistungen zu Lasten der Sozialversicherer. 2026 wurde TARMED durch die neue Tarifstruktur TARDOC abgelöst.
TARPSY	In der Schweiz entwickeltes Fallpauschalensystem (siehe auch Glossar → Fallpauschalensystem) für die stationäre psychiatrische Versorgung. Es basiert auf leistungsbezogenen Tagespauschalen und berücksichtigt insbesondere die Diagnose und den Schweregrad der Behandlung.
Überlieger	Patientinnen und Patienten, deren stationärer Aufenthalt über den Jahreswechsel hinaus andauert und somit in mindestens zwei Kalenderjahren erfasst werden.
Versorgungsregion	Analyserahmen zur Darstellung der Inanspruchnahme der psychiatrischen Versorgungsleistungen einer definierten Bevölkerungsgruppe.
Vollzeitäquivalente (VZÄ)	Vollzeitäquivalente geben an, wie viele Vollzeitstellen dem Arbeitsumfang der beschäftigten Person entsprechen. Eine Person, die z.B. 50% arbeitet, entspricht 0.5 VZÄ.
Zahlstellenregister (ZSR)	Das ZSR enthält alle medizinischen Leistungserbringer, die zur Tätigkeit zugelassen der OKP zugelassen sind.
Zusatzversicherte (ZV)	Zusatzversicherungen im stationären Bereich beinhalten den Aufenthalt in einem Zweier- oder Einzelzimmer respektive die Behandlung durch die Chefarztin/den Chefarzt oder eine Leitende Ärztin/einen leitenden Arzt. Bei zusatzversicherten Patientinnen und Patienten erfolgt die Leistungsabgeltung auf Basis der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP, Allgemeine Abteilung) und zusätzlich auf Basis von Zusatzversicherungen gemäss Versicherungstragsgesetz (VVG, Halbprivat- oder Privatabteilung).
Zyklothymie	Psychische Störungen mit wiederkehrenden Schwankungen der Stimmung zwischen leicht gehobener und leicht gedrückter Stimmung, ohne die Ausprägung einer Manie oder einer schweren Depression zu erreichen.

Datenquelle	Beschrieb
Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) BFS, Ab 2024: SPIGES	Schweizweite Vollerhebung des Bundesamtes für Statistik über alle Spitalaufenthalte. Beinhaltet für jeden Spitalaufenthalt Patienten- und Behandlungsmerkmale
Krankenhausstatistik (KS) BFS	Schweizweite Vollerhebung des Bundesamtes für Statistik über alle Strukturdaten der Spitäler der Schweiz
Fallkostenstatistik (FKS) TARPSY	Schweizweite Vollerhebung über alle Leistungs- und patientenbezogenen Kosten auf Einzelfallebene
Patientendaten Spital ambulant (PSA) des BFS	Schweizweite Vollerhebung des Bundesamtes für Statistik über alle ambulanten Leistungen der Spitäler. Basiert auf den Abrechnungsdaten.
Zahlstellenregister (ZSR), Datenpool und Tarifpool von santéservices	Das ZSR enthält die medizinischen Leistungserbringer, die zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen sind. Der Datenpool umfasst alle über die OKP abgerechneten Leistungen (einschliesslich der Kostenbeteiligung der versicherten Person). Der Tarifpool enthält die fakturierten Leistungen der OKP (in Abgrenzung zu den abgerechneten Leistungen der OKP) und der Abdeckungsgrad ist etwas tiefer.
Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren des Bundesamtes für Statistik (MAS) des BFS	Schweizweite Vollerhebung über die Strukturdaten der niedergelassenen medizinischen Leistungserbringer.
Medizinaregister (MedReg), Psychologieberuferegister (PsyReg), Gesundheitsberuferegister (GesReg) und Nationales Register der Gesundheitsberufe (NaReg) des Bundesamtes für Gesundheit	Register der jeweiligen Berufsgruppe mit: MedReg: abgeschlossenem Studium, erworbenen Weiterbildungs- und Punkttiteln sowie Fähigkeitsausweisen und erteilten kantonalen Berufsausübungsbewilligungen von Medizinalpersonen. PsyReg: erworbenem Weiterbildungstitel und kantonalen Berufsausübungsbewilligungen von psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten. GesReg: Abschlüssen folgender Gesundheitsfachpersonen: Pflegefachfrau HF / Pflegefachmann HF, Bachelor of Science in Pflege, Bachelor of Science in Physiotherapie, Bachelor of Science in Ergotherapie, Bachelor of Science in Hebamme, Bachelor of Science in Ernährung und Diätetik, Bachelor of Science in Optometrie, Master of Science in Osteopathie. NaReg: Logopädin EDK / Logopäde EDK, Master of Science FH in Ergotherapie, Master of Science FH in Hebamme, Master of Science FH in Physiotherapie, Master of Science FH in Pflege / Master of Science in Nursing, Master of Science FH in Ernährung und Diätetik, Naturheilpraktikerin / Naturheilpraktiker mit eidgenössischem Diplom, Aktivierungsfachfrau / Aktivierungsfachmann HF, Biomedizinische Analytikerin / biomedizinischer Analytiker HF, Bachelor of Science in Biomedizinischer Labordiagnostik, Dentalhygienikerin / Dentalhygieniker HF, Drogistin / Drogist HF, Fachfrau / Fachmann Radiologie HF, Bachelor of Science in Medizinisch-technischer Radiologie, Fachfrau / Fachmann Operationstechnik HF, Orthoptistin / Orthoptist HF, Podologin / Podologe HF, Rettungssanitäterin / Rettungssanitäter HF, Augenoptikerin / Augenoptiker EFZ, Podologin / Podologe EFZ, Medizinische Masseurin / medizinischer Masseur mit eidg. Fachausweis
Ärztestatistik des Berufsverbandes der Schweizer Ärztinnen und Ärzte	Mitgliederstatistik des Berufsverbandes der Ärztinnen und Ärzte:
Bevölkerungsstatistik (STATPOP) des BFS	Schweizweite Statistik über Stand und Struktur der Wohnbevölkerung am Jahresende und den Bevölkerungsbewegungen während des Kalenderjahres

Für die Bevölkerung der beiden Appenzell und des Kantons Thurgau wird auf die kantonsspezifischen Bevölkerungsszenarien des Bundesamtes für Statistik abgestellt (BFS-Szenarien AR/BR/CR-00-2025, 2025-2055). Weitere Ausführungen zur Methodik der BFS-Szenarien können der Grundpublikation des BFS entnommen werden (BFS 2025). Für den Kanton St.Gallen kommen die regionalisierten Bevölkerungsszenarien des Amtes für Daten und Statistik (DSSG) aus der Szenarioberechnung BevSzen-SG-P25-2025-2055 zur Anwendung. Das Modell wurde vom DSSG erstmals mit der statistischen Programmiersprache R und unter Verwendung des Packages «[propop](#)», das unter der Leitung von Statistik Aargau entwickelt wurde, berechnet.

Die regionalisierten Bevölkerungsszenarien zum Kanton St.Gallen beruhen – wie jene des BFS – auf einem Kohorten-Komponenten-Modell. Hierbei wird die Bevölkerung nach Geburtsjahr, Geschlecht sowie weiteren Merkmalen wie der Staatsangehörigkeit in Kohorten unterteilt. Diese werden anschliessend jahresweise anhand von Geburtenzahlen und kohortenspezifischen Zahlen zu den Sterbefällen, Zuzügen und Wegzügen (Komponenten) fortgeschrieben. Das Modell arbeitet mit deterministischen Annahmen, d.h. die Bevölkerungsentwicklung wird für jedes Projektionsjahr anhand vorgegebener absoluter Zahlen, Raten und Quoten berechnet. Das St.Galler Modell wird auf Ebene Gemeinden gerechnet und umfasst drei Szenarien. Das Bevölkerungsszenario «Trend» schreibt in punkto Wanderung, Fruchtbarkeit und Sterblichkeit die in den letzten Jahren beobachteten Trends in die Zukunft fort. Das Bevölkerungsszenario «Hoch» geht im Vergleich zum Trendszenario von einer höheren Nettozuwanderung, einer höheren Fruchtbarkeit und einer höheren Lebenserwartung aus. Das Bevölkerungsszenario «Tief» legt hingegen eine tiefere Nettozuwanderung, eine tiefere Fruchtbarkeit und eine niedrigere Lebenserwartung als im Trendszenario zugrunde. Die Entwicklung der zentralen Parameter des Prognosemodells sind in der Tabelle auf der nachfolgenden Seite zusammengefasst.

Zentrale Parameter für ausgewählte Prognosezeitpunkte, Szenario Trend, Kanton St.Gallen

162

Parameter		2025	2040	2055
durchschnittliche Kinderzahl pro Frau	Schweizerinnen	1.41	1.44	1.45
	Ausländerinnen	1.77	1.78	1.79
durchschnittliches Alter der Mutter bei Niederkunft	Schweizerinnen	32.3	32.9	33.1
	Ausländerinnen	30.9	31.4	31.7
Einbürgerungen	Ausländer total	1.4%	1.3%	1.4%
Lebenserwartung	Schweizer	82.1	84.1	85.1
	Schweizerinnen	85.9	87.5	88.7
	Ausländer	82.4	84.3	85.7
	Ausländerinnen	85.7	87.4	88.7
Wanderungssaldo interkantonal	Schweizer	+383	+561	+605
	Schweizerinnen	+202	+480	+607
	Ausländer	–8	+107	+142
	Ausländerinnen	–39	+88	+139
Wanderungssaldo international	Schweizer	–142	–111	–112
	Schweizerinnen	–130	–107	–109
	Ausländer	+2'310	+2'035	+1'964
	Ausländerinnen	+1'734	+1'684	+1'781

Quelle: Amt für Daten und Statistik Kanton St.Gallen, wBevSzen-SG-P25-ref-2025-2055

Anhang 3: Ausführungen über die Zulassungsvoraussetzungen für Leistungserbringer

163

Berufsausübungsbewilligungen

Die für die psychiatrischen Hilfsangebote zentralen Berufsgruppen sind die Ärztinnen und Ärzte mit Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie (SR 811.11 Medizinalberufegesetz, abgekürzt MedBG), die psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten (SR 935.81 Psychologieberufegesetz, abgekürzt PsyG) sowie Pflegefachfrauen und -männer (Höhere Fachschule oder Bachelor of Science) mit Nachdiplom/Weiterbildung in Psychiatriepflege⁴⁴ (SR 811.21 Gesundheitsberufegesetz, abgekürzt GesBG).

Alle drei Gesetze regeln die Kompetenzen der Absolventinnen und Absolventen sowie den Inhalt der Aus- bzw. Weiterbildung mit geschütztem Titel (Akkreditierung), sehen eine kantonale Bewilligungspflicht für die eigenverantwortliche Berufsausübung vor, definieren die Berufspflichten und schreiben die Führung je eines zentralen Registers vor (MedReg, PsyReg bzw. NAREG/Gesundheitsberuferegister). Im einzelnen lauten die Bewilligungsvoraussetzungen wie folgt:

1. Vorliegen eines eidgenössischen oder anerkannten ausländischen (Weiter-)Bildungsabschlusses:

Medizinalberufegesetz: Abgeschlossenes Medizinstudium und eidgenössischer Weiterbildungstitel «Psychiatrie und Psychotherapie» bzw. «Kinder- und Jugendpsychiatrie».

Psychologieberufegesetz: Abgeschlossenes Psychologiestudium und eidgenössischer Weiterbildungstitel in Psychotherapie.

Gesundheitsberufegesetz: Studiengang in Pflege (FH, UH, HF). Die Vertiefung in Psychiatriepflege ist bundesrechtlich nicht spezifisch geregelt.

2. Beherrschung einer Landessprache:

Medizinalberufegesetz: Gesuchstellerin/Gesuchsteller muss über die notwendigen Sprachkenntnisse für die jeweilige Berufsausübung verfügen (Art.33a). Art.11a Medizinalberufeverordnung präzisiert, dass die universitäre Medizinalperson in der Sprache, in der sie den Beruf ausübt, mindestens die Hauptinhalte komplexer Texte zu konkreten und abstrakten Themen verstehen muss. Sie muss an Diskussionen im eigenen Fachgebiet teilnehmen und sich dazu spontan und fliessend äussern können, sodass ein Gespräch mit Hauptsprachlerinnen und -sprachlern ohne grössere Anstrengungen auf beiden Seiten gut möglich ist. Dies entspricht dem Niveau B2. Art. 11b erlaubt zudem, dass universitäre Medizinalpersonen ihren Beruf unter fachlicher Aufsicht ausüben können, ohne die Sprachkenntnisse nach Artikel 11a nachzuweisen, wenn:

⁴⁴ z.B. Fachperson für Psychiatriepflege HFP, Fachexpertin/-experte in Psychiatriepflege HFP, CAS Psychiatrische Pflege, Fachweiterbildung psychiatrische Pflege und Betreuung (FWPSY)

- a. die Sicherstellung der Patientenversorgung es erfordert;
- b. keine universitäre Medizinalperson gefunden werden konnte, welche diese Sprachkenntnisse nachweisen kann; und
- c. die Patientensicherheit gewährleistet ist.

Diese Personen müssen innerhalb eines Jahres die erforderlichen Sprachkenntnisse nachweisen. Die Eintragung des Nachweises erfolgt durch die MEBEKO (Art.11c).

Gesundheitsberufegesetz: Gesuchstellerin/Gesuchsteller muss eine Amtssprache des Kantons beherrschen, für den die Bewilligung beantragt wird. Keine weiteren Ausführungsbestimmungen.

Psychologieberufegesetz: Gesuchstellerin/Gesuchsteller muss eine Landessprache beherrschen. Keine weiteren Ausführungsbestimmungen.

3. Persönliche Qualifikationen:

In allen drei Gesetzen wird eine identische Formulierung verwendet: Die Bewilligung wird erteilt, wenn die Gesuchstellerin oder der Gesuchsteller vertrauenswürdig ist sowie physisch und psychisch Gewähr für eine einwandfreie Berufsausübung bietet.

Die Ausstellung der Berufsausübungsbewilligungen erfolgt durch die Kantone. Die Bewilligungspraxis innerhalb der Kantone ist unterschiedlich. Die Planungskantone streben eine Harmonisierung ihrer Bewilligungspraxen an.

OKP-Zulassungen

In Art. 35 KVG werden sämtliche Leistungserbringer zu Lasten der OKP aufgeführt. Darunter fallen auch die drei für die psychiatrische Versorgung relevanten Berufsgruppen FA Psychiatrie und Psychotherapie/FA Kinder- und Jugendpsychiatrie (Bst. a und n.), psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten (Bst. e.) sowie Pflegefachfrauen/-männer FH/UH/HF mit Spezialisierung in Psychiatrie (Bst. d^{bis}). Alle drei können wirtschaftlich eigenständig oder als Organisation zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassen werden. Die OKP-Zulassungen werden kantonal erteilt (Art. 36 KVG). Für die Ärztinnen und Ärzte werden in Art. 37 KVG besondere Voraussetzungen aufgeführt, während für alle anderen Berufsgruppen die Zulassungsvoraussetzungen ausschliesslich auf Verordnungsebene präzisiert werden (KVV). Im Detail lauten die Voraussetzungen für die drei Berufsgruppen wie folgt:

Ärztinnen und Ärzte (Art. 37 KVG, Art. 55a KVG und Art. 38 KVV)

Sie müssen mindestens drei Jahre im beantragten Fachgebiet an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben. Sie weisen die in ihrer Tätigkeitsregion notwendige Sprachkompetenz mittels einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung nach. Die Nachweispflicht entfällt für Ärzte und Ärztinnen, welche über einen der folgenden Abschlüsse verfügen:

- a. eine schweizerische gymnasiale Maturität, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war;
- b. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes eidgenössisches Diplom für Ärzte und Ärztinnen;
- c. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes und nach Artikel 15 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006¹¹⁵ anerkanntes ausländisches Diplom.

Die Kantone können Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe a, die über einen der folgenden eidgenössischen Weiterbildungstitel in Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder einen als gleichwertig anerkannten ausländischen Weiterbildungstitel verfügen, von der Anforderung, während mindestens drei Jahren an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet zu haben, ausnehmen, wenn auf dem Kantonsgebiet in den betroffenen Bereichen eine Unterversorgung besteht.

In Art. 38 KVV wird nochmals auf die kantonale Berufsausübungsbewilligung, den Weiterbildungstitel sowie die Erfüllung der Qualitätsanforderungen gemäss Art. 58g verwiesen. Bezüglich notwendiger Sprachkompetenz im Sinne von Artikel 37 Absatz 1 KVG, wird präzisiert, dass die Auflage erfüllt ist, wenn sie in der Sprache ihrer Tätigkeitsregion (entspricht Niveau C1):

- a. die Hauptinhalte komplexer Texte zu konkreten oder abstrakten Themen verstehen und deren implizite Bedeutungen erfassen;
- b. sich spontan und fliessend ausdrücken können, ohne öfter nach Worten suchen;
- c. die Sprache wirksam und flexibel gebrauchen und sich klar und strukturiert zu komplexen Sachverhalten äussern können.

Sie müssen sich zudem einer Stammgemeinschaft nach Artikel 11 Buchstabe a des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (SR 816.1, abgekürzt EPDG) angeschlossen haben.

Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen (Art. 35 Abs.2 Bst. n, Art. 37 KVG Art. 39 KVV)

Einrichtungen in der Erwachsenenpsychiatrie werden nur zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassen, wenn die dort tätigen Ärzte und Ärztinnen die Voraussetzungen nach Art. 37 Absätzen 1 und 1bis Art. erfüllen. D.h. dass alle Ärztinnen und Ärzte mindestens drei Jahre im beantragten Fachgebiet an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben und der Nachweis der Sprachkompetenz vorliegt. Für Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie gilt nur letzteres.

Auch Einrichtungen der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte müssen sich einer Stammgemeinschaft nach Artikel 11 Buchstabe a des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (SR 816.1, abgekürzt EPDG) angeschlossen haben.

Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten (Art. 36a KVG, Art. 50c KVV)

In Art. 36a KVG werden die generellen Zulassungsvoraussetzungen genannt und in Art. 50c KVV die spezifischen für die Tätigkeit zu Lasten der OKP. Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten müssen über eine klinische Erfahrung von drei Jahren, davon mindestens 12 Monate in psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtungen, die über eine der folgenden Anerkennungen des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) verfügen:

1. ambulante oder stationäre Weiterbildungsstätte der Kategorie A, B oder C nach dem Weiterbildungsprogramm «Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie» vom 1. Januar 2024²⁰¹ oder der Kategorien A oder B nach den Schwerpunktprogrammen «Alterspsychiatrie und -psychotherapie», «Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie», «Forensische Psychiatrie und Psychotherapie» und «Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen» in der am 1. Januar 2024 geltenden Fassung;

2. Weiterbildungsstätte der Kategorien A, B oder C nach dem Weiterbildungsprogramm «Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie» vom 1. Juli 2006/203 in der Fassung vom 20. Dezember 2018.

- a. Sie üben ihren Beruf selbstständig und auf eigene Rechnung aus.
- b. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.

Organisationen der psychologischen Psychotherapie (Art. 52e KVV)

Sie benötigen eine Bewilligung nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind. Sie müssen ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festlegen. Sie erbringen ihre Leistungen durch Personen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 50c Buchstaben a und b erfüllen (Klinische Erfahrung von drei Jahren, davon mindestens 12 Monate in psychotherapeutisch-psychiatrischer Einrichtung, anerkannte Weiterbildungsstätte). Sie verfügen über die für die Leistungserbringung notwendige Infrastruktur und sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g KVV erfüllen.

Psychiatrie-Pflegefachfrauen/-männer (Art. 36a KVG, Art. 49 KVV)

Sie benötigen eine kantonale Bewilligung für die Berufsausübung als Pflegefachmann oder Pflegefachfrau nach Artikel 11 oder eine nach Artikel 34 Absatz 1 GesBG anerkannte Bewilligung. Die Anforderungen an die Erteilung lauten wie folgt:

1. Nachweis einer praktischen Tätigkeit während zwei Jahren:
 - a. bei einem Pflegefachmann oder einer Pflegefachfrau, der oder die nach dieser Verordnung zugelassen ist;
 - b. in einem Spital oder in einem Pflegeheim, unter der Leitung eines Pflegefachmanns oder einer Pflegefachfrau, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt; oder
 - c. in einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause, unter der Leitung eines Pflegefachmanns oder einer Pflegefachfrau, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt.
2. Selbständige Ausübung des Berufs auf eigene Rechnung.
3. Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g KVV.

Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 51 KVV Bst. a-e)

Sie benötigen eine Zulassung nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind und verfügen über einen entsprechenden kantonalen Leistungsauftrag. Der örtlich, zeitlich, sachlich und personelle Tätigkeitsbereich ist festgelegt und das angestellte Personal verfügt eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende Ausbildung. Die Organisation verfügt über die für die Leistungserbringung notwendige Infrastruktur und erfüllt die Qualitätsanforderungen nach Art. 58g KVV.

Zulassungsbeschränkung (Art. 55a und b KVG)

Für die Berufsgruppen der Ärztinnen und Ärzte und Pflegefachfrauen und -männer bestehen für die Kantone zudem Möglichkeiten, keine neuen OKP-Zulassungen mehr zu erteilen. Die entsprechenden Vorgaben sind in Art. 55a (Ärztenschaft) bzw. Art. 55b (Pflegepersonal) enthalten. Für die Ärzteschaft müssen die Kantone zudem die Vorgaben der Verordnungen über die Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich ([SR 832.107](#)) und über die Festlegung der regionalen Versorgungsgrade je medizinisches Fachgebiet im ambulanten Bereich ([SR 832.107.1](#)) berücksichtigen.

Anhang 4: Fallschwere in der Psychiatrie: Methodik und Resultate

Die Daten zur Bildung des Scores zur Fallschwere stammen aus SPIGES aus dem Jahr 2024. Die HoNOS/HoNOSCA-Werte werden als Nebenbehandlungen mit den CHOP-Codes 94.A1.1 bis 94.A1.C9 bzw. 94.A2.1 bis 94.A2.D9 codiert. Es wurden nur die Spitalaufenthalte der Bevölkerung der Planungsregion innerhalb der Versorgungsregion verwendet. Nur die A-Fälle (Austritte im Erhebungsjahr) verfügen grundsätzlich über die entsprechenden Angaben. In der Erwachsenenpsychiatrie wiesen sechs Fälle verteilt auf drei Leistungserbringer Werte von 0 auf, die ausgeschlossen wurden. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie weisen alle Fälle des OKS (86) und der Kinderklinik Münsterlingen (65) 0-Werte auf. Auch diese Fälle wurden nicht berücksichtigt in der Auswertung. Die Vollständigkeit der Daten präsentiert sich wie folgt:

	Fälle SGARAITG innerregional	davon mit HoNOS/ HoNOSCA	Anteil in %	Anzahl Fälle mit HoNOS/ HoNOSCA = 0	Anzahl Fälle für Auswertung	Anteil in %
KJP	840	756	90%	151	605	72%
EP-AP	8'709	7'929	91%	6	7'923	91%
Gesamt	9'549	8'685	91%	157	8'528	89%

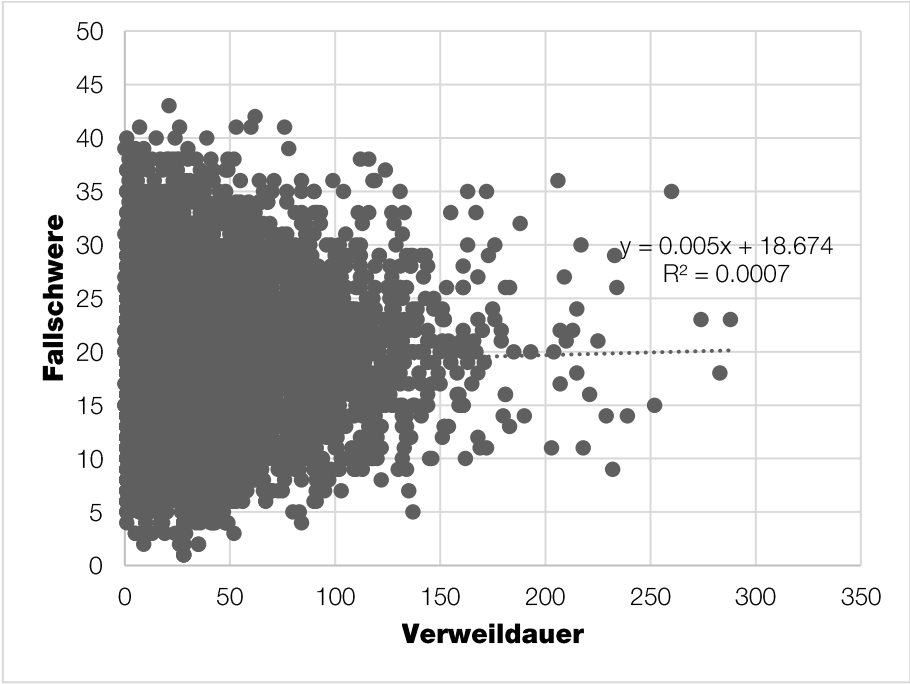
Quelle: SPIGES 2024, Eigene Berechnungen

Es wurden nachfolgende Indikatoren berechnet:

Indikator	Definition
Fallschwere je PatientIn	Summe aller HoNOS/HoNOSCA-Punkte je Patient
Fallschwere je Leistungserbringer	Summe aller Fallschweren der PatientIn
Durchschnittliche Fallschwere je Leistungserbringer	Summe aller Fallschweren je PatientIn dividiert durch die Anzahl Fälle des Leistungserbringers
Gewichtete Fallschwere je PatientIn	Summe aller HoNOS/HoNOSCA-Punkte je Patient multipliziert mit der Anzahl Dimensionen mit Ausprägung > «0»
Gewichtete Fallschwere je Leistungserbringer	Summe aller gewichteten Fallschweren
Durchschnittliche gewichtete Fallschwere je Leistungserbringer	Summe aller gewichteten Fallschweren je PatientIn dividiert durch die Anzahl Fälle des Leistungserbringers
Anteil Fallschwere < Durchschnitt je Leistungserbringer	Anteil Fälle mit Fallschwere < ARAISG-Durchschnitt
Anzahl leichte Fälle je Leistungserbringer	Summe aller Fälle mit Fallschwere je PatientIn < 10 je Leistungserbringer
Anteil LE leicht	Anteil der leichten Fälle am Total der Fälle je Leistungserbringer

Indikator	Definition
Anteil leichte Fälle je Leistungserbringer am Total der leichten Fälle (Anteil Total I)	Summe aller Fälle mit Fallschwere je PatientIn < 10 je Leistungserbringer dividiert durch Total aller Fälle mit Fallschwere < 10
Anteil Total insgesamt	Anteil Fälle je Leistungserbringer am Total der Fälle insgesamt
Anzahl hochschwere Fälle je Leistungserbringer	Summe aller Fälle mit Fallschwere > 30 je Leistungserbringer
Anteil LE hochschwer	Anteil der hochschweren Fälle am Total der Fälle je Leistungserbringer
Anteil hochschwere Fälle je Leistungserbringer am Total der hochschweren Fälle	Summe aller Fälle mit Fallschwere > 30 dividiert durch Total aller Fälle mit Fallschwere > 30

Abbildung 48: Punktdiagramm mit Verweildauer (x-Achse) und Fallschwere (y-Achse) für alle Fälle mit HoNOS > 0 und Verweildauer < 365 Tage, SGARAITG, Erwachsenenpsychiatrie, 2024



Quelle: SPIGES 2024, Eigene Berechnungen

Der vorliegende Planungsbericht stützt sich auf Daten der medizinischen Statistik (MedStat) bzw. SPIGES des BFS. In die Analyse einbezogen wurden alle stationären Fälle der Typen A, B und C⁴⁵ mit Wohnkanton Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Thurgau oder St.Gallen (Medstat-Regionen «AR1-AR5», «AI1-AI2», «TG1-32» und «SG01-SG42»). Als psychiatrische Fälle gelten alle Austritte in Leistungserbringern der [BFS-Krankenhaustypologie](#) K21 (Psychiatrische Kliniken) sowie alle Behandlungen in anderen Einrichtungen mit einer Hauptkostenstelle M500 "Psychiatrie" oder mit den Ausprägungen der Variable «V4.8.V01 Abrechnungstarif» «5 TARPSY» oder «6 Andere Tarife stationäre Psychiatrie». Zusätzlich wurden die Fälle von Kindern, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen des Ostschweizer Kinderspitals (BUR-Standort_52042519) und des Kantonsspitals Münsterlingen (BUR-Standort_52489118) mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose ("F"-Diagnosen gemäss ICD-GM-10) berücksichtigt. Die Pflage tage wurden jeweils begrenzt auf das Erhebungsjahr (Austrittsdatum im Erhebungsjahr – Eintrittsdatum im Erhebungsjahr - Urlaub). Die Altersgruppen werden gestützt auf das Alter im Erhebungsjahr unterschieden. Für eine Übersicht wird auf das Flussdiagramm auf der nachfolgenden Seite verwiesen.

⁴⁵ A-Fälle: Austritt im Erhebungsjahr; B-Fälle: Eintritt im Erhebungsjahr ohne Austritt im Erhebungsjahr; C-Fälle: Eintritt vor Erhebungsjahr ohne Austritt im Erhebungsjahr.

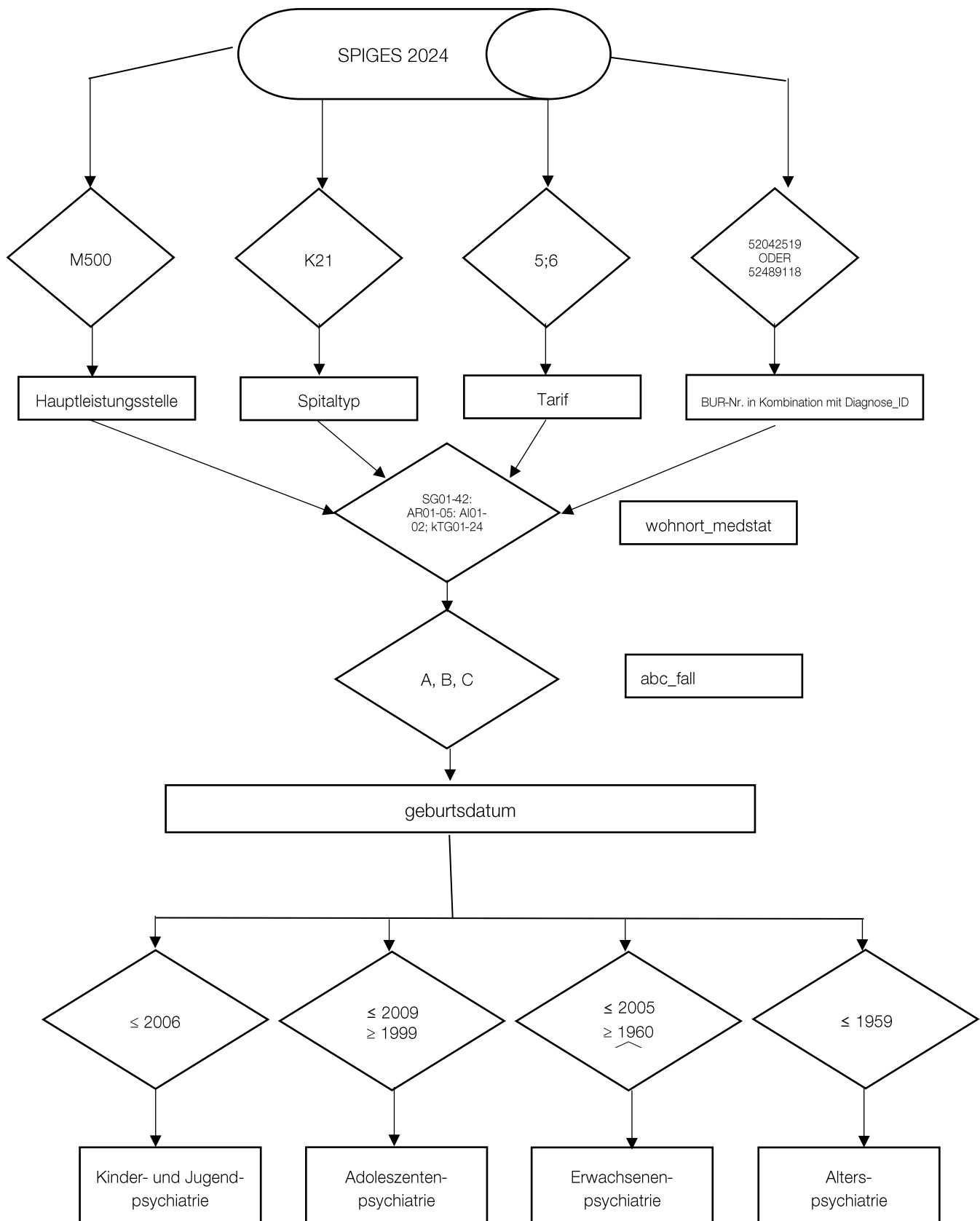


Abbildung 49: Intermediäre Fälle nach Angebotstyp (ohne Tageskliniken), Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kanton Thurgau, 2019 bis 2025

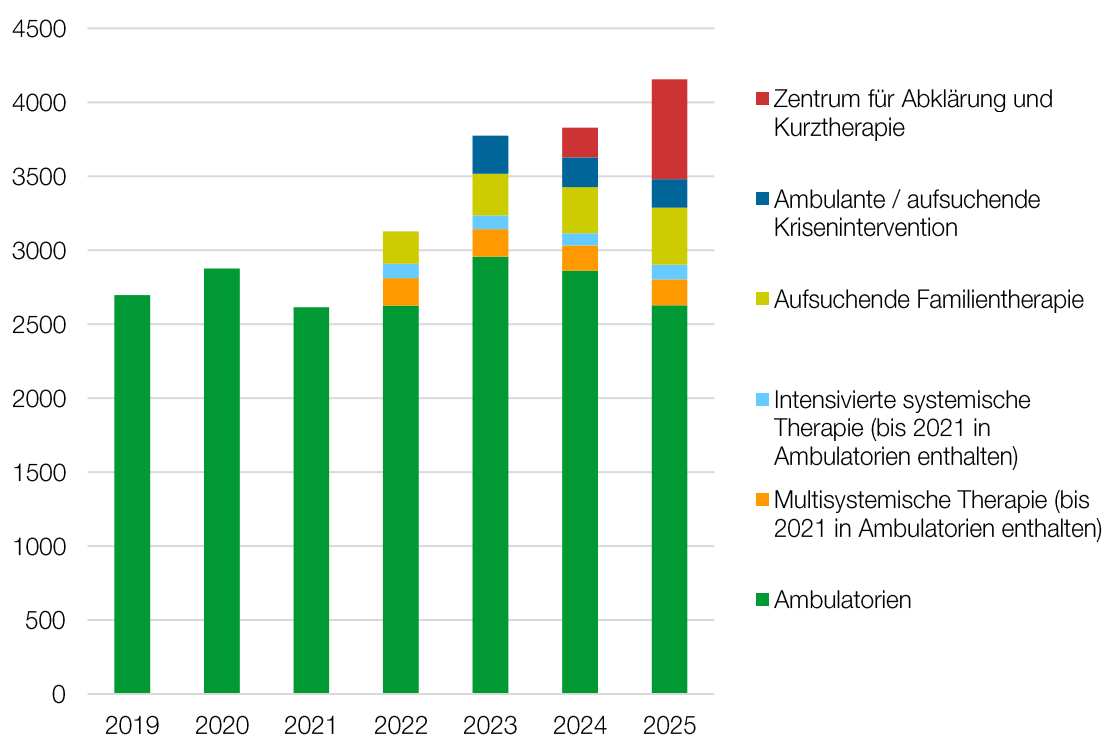


Tabelle 52: Versorgungsgrad Psychiatrie und Psychotherapie nach Kanton und Region, Planungsregion, 2022

Wohnkanton	Tatsächliche Leistungsmenge je versicherte Person (in Franken)	Bedarfsadjustierte Leistungsmenge je versicherte Person (in Franken)	Versorgungsgrad (in Prozent)
St.Gallen	81	84	97
Appenzell Ausserrhoden	85	70	122
Appenzell Innerrhoden	52	65	80
Thurgau	96	78	124

Versorgungsraum	Tatsächliche Leistungsmenge je versicherte Person (in Franken)	Bedarfsadjustierte Leistungsmenge je versicherte Person (in Franken)	Versorgungsgrad (in Prozent)
Weinfelden	93	71	131
Kreuzlingen	119	92	129
Mittelland	82	63	129
Frauenfeld	91	73	125
Arbon	108	87	123
Hinterland	91	75	121
Vorderland	80	69	117
Münchwilen	70	66	107
St.Gallen	105	100	105
See-Gaster	76	74	103
Rheintal	82	82	100
Werdenberg	83	86	97
Sarganserland	76	78	97
Rorschach	79	90	87
Wil	68	80	86
Inneres und Äusseres Landestheil	52	65	80
Toggenburg	54	70	77

Quelle: Obsan/BSS 2024; Versorgungsgrade eigene Berechnung.

Tabelle 53: Versorgungsgrade Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nach Kanton, Planungsregion, 2022

Wohnkanton	Tatsächliche Leistungsmenge je versicherte Person (in Franken)	Bedarfsadjustierte Leistungsmenge je versicherte Person (in Franken)	Versorgungsgrad (in Prozent)
St.Gallen	19	30	64
Appenzell Ausserrhoden	23	29	79
Appenzell Innerrhoden	8	32	23
Thurgau	52	34	155

Quelle: Obsan/BSS 2024; Versorgungsgrade eigene Berechnung.

Tabelle 54: Versorgungsräume, Erwachsenen- und Alterspsychiatrie, intermediäre und niedergelassene Versorgung

Versorgungsraum	MedStat-Regionen	Einwohnerinnen und Einwohner (Erwachsene)
St.Gallen-Mittelland	SG01–SG06, SG09–SG11, AR02	114'754
Rorschach-Vorderland	SG07, SG12–SG14, AR01, AR05	58'735
Wil	SG08, SG37–SG41	63'368
Rheintal-Äusseres Landesteil	SG15–SG20, AI01	62'214
Werdenberg-Sarganserland	SG21–SG27	72'850
See-Gaster	SG28–SG31	48'511
Toggenburg	SG32–SG36, SG42	43'773
Hinterland-Inneres Landesteil	AR03–AR04, AI02	32'165
Münchwilen	TG01–TG05	47'050
Frauenfeld	TG06–TG09, TG13–TG15	72'134
Weinfelden	TG10–TG12, TG23	31'098
Kreuzlingen	TG16–TG18	34'537
Arbon	TG19–TG22, TG24	56'643

Tabelle 55: Versorgungsräume, Erwachsenen- und Alterspsychiatrie, stationäre Akut- und Vollversorgung

Versorgungsraum	MedStat-Regionen	Einwohnerinnen und Einwohner (Erwachsene)
Mitte	SG01–SG15, SG33–SG42, AR01–AR05, AI01–AI02	310'571
Süd	SG16–SG32	183'406
Nord	TG01–TG24	241'462

Tabelle 56: Versorgungsräume, Kinder- und Jugendpsychiatrie, intermediäre und niedergelassene Versorgung

Versorgungsraum	MedStat-Regionen	Einwohnerinnen und Einwohner (Kinder und Jugendliche)
St.Gallen-Rorschach-Appenzell	SG01–SG07, SG09–SG14, AR01–AR05, AI01–AI02	47'245
Wil-Münchenwil	SG08, SG37–SG41, TG01–TG05	28'650
Rheintal-Vorderland-Äusseres Landsteil	SG15–SG20, AR05, AI01	16'858
Werdenberg-Sarganserland	SG21–SG27	17'787
See-Gaster	SG28–SG31	11'783
Toggenburg	SG32–SG36, SG42	9'152
Frauenfeld	TG06–TG09, TG13–TG15	16'918
Weinfelden	TG10–TG12, TG23	7'591
Kreuzlingen	TG16–TG18	7'771
Arbon	TG19–TG22, TG24	13'544

Tabelle 57: Versorgungsräume, Kinder- und Jugendpsychiatrie, stationäre Akut- und Vollversorgung

Versorgungsraum	MedStat-Regionen	Einwohnerinnen und Einwohner (Kinder und Jugendliche)
SGARAI	SG01–SG42, AR01–AR05, AI01–AI02	119'145
TG	TG01–TG24	58'026

Tabelle 58: Einflussfaktor «Demografie» auf die Austritte und Pflegetage der Planungsbevölkerung je Psychiatrieleistungsgruppe (PLG), Hauptszenario, 2024-2035

Leistungsbereich	Austritte 2024	Austritte 2035	Diff. absolut	Diff. in %	Pflege- tage 2024	Pflege- tage 2035	Diff. absolut
BPUEB - Überlieger	945	1'032	87	9.2%	40'325	41'721	1'396
BPALZ - Alzheimer, Parkinson	3	4	1	33.3%	95	113	18
BPAND - Diverse Diagnosen	35	40	5	14.3%	1'079	821	-258
ABH1 - Abhängigkeitserkrankungen: Alkohol, Medikamente und Nikotin	1'413	1'520	107	7.6%	39'389	41'018	1'629
ABH2 - Abhängigkeitserkrankungen: Drogen	700	728	28	4.0%	19'315	19'270	-45
ABH3 - Abhängigkeitserkrankungen: nicht substanzgebunden	8	8	0	0.0%	336	348	12
ADHS - Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung	67	73	6	9.0%	3'320	3'451	131
AUTI - Autismuspektrumstörungen	49	52	3	6.1%	2'366	2'457	91
AZB1 - Angststörungen und phobische Störungen	178	197	19	10.7%	6'177	6'578	401
AZB2 - Zwangsstörungen, Störungen der Impulskontrolle und Ticstörungen	59	64	5	8.5%	2'664	2'711	47
AZB3 - Posttraumatische Belastungsstörungen	256	272	16	6.3%	13'248	12'194	-1'054
DEMD - Demenzen und Delire	551	738	187	33.9%	16'840	22'296	5'456
DEPR - Depressive Störungen, Dysthymien, Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen	3'687	4'031	344	9.3%	132'319	134'885	2'566
DISS - Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	77	84	7	9.1%	1'856	1'987	131
ESSS - Anorexien, Bulimien, Binge Eating Störungen und Adipositas	119	129	10	8.4%	6'835	7'383	548
FOR1 - Stationärer Massnahmenvollzug (Einweisende Instanz: Justizbehörden)	88	92	4	4.5%	13'806	13'919	113
INTE - Behandlung von Patienten mit intellektuellen Beeinträchtigungen	43	46	3	7.0%	1'189	1'236	47
KIND - Säuglings- und kinderspezifische Störungen	48	51	3	6.3%	2'681	2'803	122
MUKI - Mutter-Kind-Behandlungen	20	21	1	5.0%	1'159	1'171	12
PBS1 - Schizophrenien, schizotype und wahnhaft Störungen, Katatonien	1'096	1'166	70	6.4%	39'330	39'334	4
PBS2 - Manien, bipolare Störungen und Zykllothymien	336	372	36	10.7%	11'700	12'716	1'016
PERS - Persönlichkeitsstörungen	687	730	43	6.3%	24'282	23'163	-1'119
SCHL - Nichtorganische Schlafstörungen	6	6	0	0.0%	184	208	24
SOZI - Störungen des Sozialverhaltens	36	38	2	5.6%	1'976	2'058	82
Gesamtergebnis	10'507	11'495	988	9.4%	382'471	393'842	11'371

Quelle: SPIGES BFS, Prognose SGARAITG

Tabelle 59: Einflussfaktor «Verlagerung stationär – ambulant» auf die Austritte und Pflegetage der Planungsbevölkerung je Psychiatrieleistungsgruppe (PLG), Hauptszenario, 2021-2031

Leistungsbereich	Austritte 2024	Austritte 2035	Diff. absolut	Diff. in %	Pflege- tage 2024	Pflege- tage 2035	Diff. absolut
BPUEB - Überlieger	945	814	-131	-13.9%	40'325	32'891	-7'434
BPALZ - Alzheimer, Parkinson	3	3	0	-10.0%	95	86	-10
BPAND - Diverse Diagnosen	35	30	-5	-14.0%	1'079	615	-464
ABH1 - Abhängigkeitserkrankungen: Alkohol, Medikamente und Nikotin	1'413	1'206	-207	-14.6%	39'389	32'350	-7'039
ABH2 - Abhängigkeitserkrankungen: Drogen	700	596	-104	-14.8%	19'315	15'991	-3'324
ABH3 - Abhängigkeitserkrankungen: nicht substanzgebunden	8	7	-1	-14.4%	336	288	-48
ADHS - Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung	67	59	-8	-11.6%	3'320	2'835	-485
AUTI - Autismusspektrumstörungen	49	43	-6	-12.9%	2'366	2'030	-336
AZB1 - Angststörungen und phobische Störungen	178	154	-24	-13.3%	6'177	5'141	-1'036
AZB2 - Zwangsstörungen, Störungen der Impulskontrolle und Ticstörungen	59	51	-8	-14.1%	2'664	2'159	-505
AZB3 - Posttraumatische Belastungsstörungen	256	219	-37	-14.5%	13'248	9'801	-3'447
DEMD - Demenzen und Delire	551	490	-61	-11.0%	16'840	14'891	-1'949
DEPR - Depressive Störungen, Dysthymien, Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen	3'687	3'176	-511	-13.9%	132'319	106'269	-26'050
DISS - Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	77	67	-10	-12.4%	1'856	1'555	-301
ESSS - Anorexien, Bulimien, Binge Eating Störungen und Adipositas	119	104	-15	-12.6%	6'835	5'988	-847
FOR1 - Stationärer Massnahmenvollzug (Einweisende Instanz: Justizbehörden)	88	88	0	0.0%	13'806	13'806	0
INTE - Behandlung von Patienten mit intellektuellen Beeinträchtigungen	43	37	-6	-14.5%	1'189	1'013	-176
KIND - Säuglings- und kinderspezifische Störungen	48	43	-5	-10.2%	2'681	2'406	-275
MUKI - Mutter-Kind-Behandlungen	20	20	0	0.0%	1'159	1'159	0
PBS1 - Schizophrenien, schizotype und wahnhaftige Störungen, Katatonien	1'096	938	-158	-14.4%	39'330	31'558	-7'772
PBS2 - Manien, bipolare Störungen und Zyklothymien	336	290	-46	-13.6%	11'700	9'821	-1'879
PERS - Persönlichkeitsstörungen	687	589	-98	-14.2%	24'282	18'642	-5'640
SCHL - Nichtorganische Schlafstörungen	6	5	-1	-13.3%	184	160	-24
SOZI - Störungen des Sozialverhaltens	36	32	-4	-10.0%	1'976	1'778	-198
Gesamtergebnis	10'507	9'062	-1'445	-13.8%	382'471	313'234	-69'237

Quelle: SPIGES BFS, Prognose SGARAITG

Tabelle 60: Einflussfaktor «Inanspruchnahme» auf die Austritte und Pflegetage der Bevölkerung der Planungsregion je Psychiatrieleistungsgruppe (PLG), Hauptszenario 2024-2035

Leistungsbereich	Austritte 2024	Austritte 2035	Diff. absolut	Diff. in %	Pflege- tage 2024	Pflege- tage 2035	Diff. absolut
BPUEB - Überlieger	945	1'096	151	15.9%	40'325	44'613	4'288
BPALZ - Alzheimer, Parkinson	3	3	0	11.2%	95	106	11
BPAND - Diverse Diagnosen	35	40	5	14.9%	1'079	818	-261
ABH1 - Abhängigkeitserkrankungen: Alkohol, Medikamente und Nikotin	1'413	1'619	206	14.5%	39'389	43'323	3'934
ABH2 - Abhängigkeitserkrankungen: Drogen	700	816	116	16.6%	19'315	21'919	2'604
ABH3 - Abhängigkeitserkrankungen: nicht substanzgebunden	8	9	1	15.0%	336	385	49
ADHS - Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung	67	84	17	24.9%	3'320	4'043	723
AUTI - Autismusspektrumstörungen	49	61	12	24.2%	2'366	2'952	586
AZB1 - Angststörungen und phobische Störungen	178	209	31	17.1%	6'177	6'978	801
AZB2 - Zwangsstörungen, Störungen der Impulskontrolle und Ticstörungen	59	69	10	16.6%	2'664	2'939	275
AZB3 - Posttraumatische Belastungsstörungen	256	299	43	16.7%	13'248	13'317	69
DEMD - Demenzen und Delire	551	602	51	9.2%	16'840	18'277	1'437
DEPR - Depressive Störungen, Dysthymien, Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen	3'687	4'273	586	15.9%	132'319	142'225	9'906
DISS - Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	77	93	16	20.9%	1'856	2'092	236
ESSS - Anorexien, Bulimien, Binge Eating Störungen und Adipositas	119	150	31	26.1%	6'835	8'631	1'796
FOR1 - Stationärer Massnahmenvollzug (Einweisende Instanz: Justizbehörden)	88	88	0	0.0%	13'806	13'806	0
INTE - Behandlung von Patienten mit intellektuellen Beeinträchtigungen	43	50	7	17.4%	1'189	1'396	207
KIND - Säuglings- und kinderspezifische Störungen	48	66	18	37.7%	2'681	3'705	1'024
MUKI - Mutter-Kind-Behandlungen	20	20	0	0.0%	1'159	1'159	0
PBS1 - Schizophrenien, schizotype und wahnhaftige Störungen, Katatonien	1'096	1'260	164	15.0%	39'330	42'320	2'990
PBS2 - Manien, bipolare Störungen und Zyklothymien	336	382	46	13.5%	11'700	12'820	1'120
PERS - Persönlichkeitsstörungen	687	808	121	17.6%	24'282	25'814	1'532
SCHL - Nichtorganische Schlafstörungen	6	7	1	19.6%	184	209	25
SOZI - Störungen des Sozialverhaltens	36	50	14	38.0%	1'976	2'782	806
Gesamtergebnis	10'507	12'153	1'646	15.7%	382'471	416'627	34'156

Quelle: SPIGES BFS, Prognose SGARAITG

Tabelle 61: Einflussfaktor «DCH-Benchmarking Verweildauer» auf die Pflegetage der Bevölkerung der Planungsregion je Psychiatrieleistungsgruppe (PLG), Hauptszenario 2024-2035

Leistungsgruppe	Pflege- tage 2024	VWD 2024	Pflege- tage 2035	VWD 2035	Diff. absolut	Diff. in %
BPUEB - Überlieger	40'325	42.7	38'140	40.4	-2'185	-4.8
BPALZ - Alzheimer, Parkinson	95	31.7	95	31.7	0	0.0
BPAND - Diverse Diagnosen	1'079	30.8	716	20.4	-363	-33.2
ABH1 - Abhängigkeitserkrankungen: Alkohol, Medikamente und Nikotin	39'389	27.9	37'919	26.8	-1'470	-3.8
ABH2 - Abhängigkeitserkrankungen: Drogen	19'315	27.6	18'778	26.8	-537	-2.7
ABH3 - Abhängigkeitserkrankungen: nicht substanzgebunden	336	42.0	336	42.0	0	0.0
ADHS - Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung	3'320	49.6	3'203	47.8	-117	-3.5
AUT1 - Autismusspektrumstörungen	2'366	48.3	2'317	47.3	-49	-2.2
AZB1 - Angststörungen und phobische Störungen	6'177	34.7	5'925	33.3	-252	-4.4
AZB2 - Zwangsstörungen, Störungen der Impulskontrolle und Ticstörungen	2'664	45.2	2'501	42.4	-163	-6.3
AZB3 - Posttraumatische Belastungsstörungen	13'248	51.8	11'475	44.8	-1'773	-13.4
DEMD - Demenzen und Delire	16'840	30.6	16'743	30.4	-97	-0.6
DEPR - Depressive Störungen, Dysthymien, Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen	132'319	35.9	123'316	33.4	-9'003	-6.9
DISS - Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	1'856	24.1	1'782	23.1	-74	-4.1
ESSS - Anorexien, Bulimien, Binge Eating Störungen und Adipositas	6'835	57.4	6'835	57.4	0	0.0
FOR1 - Stationärer Massnahmenvollzug (Einweisende Instanz: Justizbehörden)	13'806	156.9	13'806	156.9	0	0.0
INTE - Behandlung von Patienten mit intellektuellen Beeinträchtigungen	1'189	27.7	1'189	27.7	0	0.0
KIND - Säuglings- und kinderspezifische Störungen	2'681	55.9	2'681	55.9	0	0.0
MUKI - Mutter-Kind-Behandlungen	1'159	58.0	1'159	58.0	0	-19.0
PBS1 - Schizophrenien, schizotype und wahnhafte Störungen, Katatonien	39'330	35.9	36'854	33.6	-2'476	-6.3
PBS2 - Manien, bipolare Störungen und Zyklotymien	11'700	34.8	11'335	33.7	-365	-3.1
PERS - Persönlichkeitsstörungen	24'282	35.3	21'630	31.5	-2'652	-10.9
SCHL - Nichtorganische Schlafstörungen	184	30.7	184	30.7	0	0.0
SOZI - Störungen des Sozialverhaltens	1'976	54.9	1'976	54.9	0	0.0
Gesamtergebnis	382'471	36.4	38'140	34.3	-21'635	-5.7

Quelle: SPIGES BFS, Prognose ARAISG

American Association of Community Psychiatrists (2010), Level of Care Utilization System for Psychiatric and Addiction Services, Adult Version 20.

Asselmann, E., Wittchen, H.-U., Lieb, R. & Beesdo-Baum, K. (2018), Sociodemographic, clinical, and functional long-term outcomes in adolescents and young adults with mental disorders, Acta Psychiatr. Scand. 137, 6–17.

Avenir Suisse (2025), Schwieriger Zugang zu Psychiatern, trotz viel Angebot, Blogbeitrag, Zürich.

Bundesamt für Gesundheit BAG, GDK, Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (2015), Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Handlungsfelder: Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik, Bern.

Bundesamt für Gesundheit BAG (2026a), KVG-Änderung: Einheitliche Finanzierung der Leistungen, Bern.

Bundesamt für Gesundheit BAG (2026b), KVG-Änderung: Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2, Bern.

Büro BASS (2012), Strukturerhebung zur psychologischen Psychotherapie in der Schweiz 2012: Angebot, Inanspruchnahme und Kosten, Bern.

Büro BASS (2016), Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz, BAG, Bern.

Bundesamt für Statistik BFS (2006), Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens: Krankenhaustypologie, Neuchâtel.

Bundesamt für Statistik BFS (2022), Schweizerische Gesundheitsbefragung 2022. Übersicht, Neuchâtel.

Bundesamt für Statistik BFS (2025), Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz und der Kantone 2025–2055, Neuchâtel.

Borghini, A., Seghieri, C., Brodo, L. & Breschi, M. (2020), Variations in use and access of mental health services in Europe, European Journal of Public Health 30(5).

Bundesamt für Sozialversicherungen (2026), IV: Ursachen des Rentenanstiegs, Hintergrunddokument, Bern.

Bundesrat (2016), Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz: Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255), Fassung vom 11. März 2016, Bern.

DGPPN Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (2018), S3-Leitlinie «Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen», Langversion – Fassung vom 10.09.2018.

DGPPN Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (2026), [Leitlinien](#).

Fegert, J. M., Streeck-Fischer, A. & Freyberger, H. J (2009), [Adoleszenzpsychiatrie: Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters](#), 5(1), 113-115.

Fegert, J. M., Hauth, I., Banaschewski, T., Driessen, M. & König, E. (2021), [Einführung in die Transitionspsychiatrie](#), ProTransition/Forum Gesundheitsstandort BW/ Universitätsklinikum Ulm.

Gesundheitsdepartement Kanton St.Gallen (2023), [Rahmenkonzept Adoleszentenpsychiatrie: Grundlage zur Entwicklung psychiatrischer Versorgungsstrukturen und -Angebote im ambulanten und stationären Bereich](#), St.Gallen.

GDK (2025a), [Dreiphasenplan der GDK](#), Bern.

GDK (2025b), [Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung](#), Revidierte Version genehmigt am 27.11.2025, Bern.

Heekeren, K., Antoniadis, S., Habermeyer, B., Obermann, C., Kirschner, M., Seifritz, E., Rössler, W. & Kawohl, W. (2020). [Psychiatric Acute Day Hospital as an Alternative to Inpatient Treatment](#), Front. Psychiatry 11:471.

HSLU Hochschule Luzern (2022), [Angebote und Steuerung der Suchthilfe im Kanton St.Gallen mit Fokus auf «Therapie, Beratung und Wohnen»](#). Projekt «Grundlagen für die Steuerung im Bereich der Suchthilfe», Luzern.

Hudson (2019). [Deinstitutionalization of mental hospitals and rates of psychiatric disability: An international study](#). Health & Place 56, 70-79.

Kaiser B, Legler V, Frey M, Schönleitner T (2024), [Indikatoren für die ambulante Versorgungssituation nach Fachgebiet](#), Schlussbericht, Basel.

Kanton Appenzell Ausserrhoden (2020), [Versorgungsbericht 2020 Kanton Appenzell Ausserrhoden \(OBSAN-Bericht 14/2019\)](#), Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.

Kanton Appenzell Innerrhoden (2012), [Spitalplanung 2012 – Versorgungsbericht](#), Appenzell.

Kanton St.Gallen (2022), [Psychiatriekonzeption 2022](#), St.Gallen.

Kanton St.Gallen (2025), [Bevölkerungsszenarien Kanton, Regionen, Gemeinden](#), St.Gallen.

Kanton Thurgau (2011), [Kanton Thurgau Spitalplanung 2012 Versorgungs- und Strukturbericht mit Spitallisten ab 1. Januar 2012](#), Frauenfeld.

Kanton Zürich (2021), [Zürcher Spitalplanung 2023. Versorgungsbericht](#), Zürich.

Kanton Zürich (2023), [Zürcher Spitalplanung 2023. Strukturbericht](#), Zürich.

- Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., Williams, J. & Slade, M. (2011), [Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis](#) British Journal of Psychiatry 199(6), 445-452.
- Maercker, A., Perkonig, A., Preisig, M., Schaller, K. & Weller, M. (2013), [The cost of disorders of the brain in Switzerland: an update from the European Brain Council Study for 2010](#), Swiss Medical Weekly 2013, 143.
- Morandi, S., Silva, B. & Masson, A. (2021), [Nationale Zahlen zur fürsorglichen Unterbringung in der Schweiz: Bestandesaufnahme und Perspektiven](#), Department of Psychiatry, Lausanne University Hospital.
- NICE guideline (2016), [Mental health problems in people with learning disabilities: prevention, assessment and management](#), Final version.
- NICE guideline (2022), [Depression in adults: treatment and management](#).
- OECD (2014), [Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz](#), Forschungsbericht Nr.12/13.
- OECD (2021), [A New Benchmark for Mental Health Systems. Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health](#), OECD Health Policy Studies, Paris.
- Pereira, R. H. M., Saraiva, M., Herszenhut, D., Braga, C. K. V. & Conway, M. W. (2021), [r5r: Rapid Realistic Routing on Multimodal Transport Networks with R5 in R](#), Findings.
- R Core Team (2025), R: A Language and Environment for Statistical Computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria.
- santéservices (2025), [Zahlstellenregister \(ZSR\)](#), Bern.
- Savaskan, E. (2024), [Empfehlungen für die Diagnostik und Therapie der Behavioralen und Psychischen Symptome der Demenz \(BPSD\)](#), PRAXIS 113 (2), 34-43.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium [Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse](#), Document de travail 22, BFS, Neuchâtel.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN) (2013), [Depressionen in der Schweiz. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration](#) (Obsan Bericht 56), BFS, Neuchâtel
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN) (2022), [Zukünftiger Bestand und Bedarf an Fachärztinnen und -ärzten in der Schweiz](#) (OBSAN-Bulletin 04/2022), BFS, Neuchâtel.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN) (2023), [Zukünftiger Bestand und Bedarf an Fachärztinnen und -ärzten in der Schweiz](#) (OBSAN-Bulletin 05/2023), BFS, Neuchâtel.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN) (2024a), [Suizidales Erleben und Verhalten](#) (OBSAN-Bulletin 08/2024), BFS, Neuchâtel.

- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN) (2024b), Étude d'accompagnement à l'introduction de TARPSY (OBSAN-Bulletin 14/2024), BFS, Neuchâtel.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN) (2024c), Angebotsstrukturen in der psychiatrischen Versorgung: Regionale Unterschiede im Versorgungsmix (OBSAN-Bulletin 03/2024), BFS, Neuchâtel.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN) (2024d), Psychopharmaka in der Demenzbehandlung (Obsan Bulletin 01/2024), BFS, Neuchâtel.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN) (2025a), Psychische Gesundheit in der Schweiz: Entwicklung, Förderung, Prävention und Versorgung. Nationaler Gesundheitsbericht 2025, BFS, Neuchâtel.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN) (2025b), Fürsorgerische Unterbringung in Schweizer Psychiatrien, BFS, Neuchâtel.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN) und BSS Volkswirtschaftliche Beratung (2025), Weiterentwicklung der Methodik und Aktualisierung der regionalen Versorgungsgrade. Grundlagen für die Festlegung von Höchstzahlen in der ambulanten ärztlichen Versorgung (Obsan Bericht 16/2024), BFS, Neuchâtel.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN) (2026), Psychische Gesundheit, Kennzahlen 2024 (Obsan Bulletin 02/26), BFS, Neuchâtel.
- SECO (2023), Indikatorensystem Arbeitskräftesituation. Methodische Grundlagen und Ergebnisse, Arbeitspapier, Grundlagen für die Wirtschaftspolitik Nr. 40, Bern.
- Socialdesign und Forschungsgruppe Mental Health Care and Service Research (2022), Evaluation der Bestimmungen zur fürsorgerischen Unterbringung (FU; Art. 426 ff. ZGB), im Auftrag des Bundesamtes für Justiz BJ.
- SODK (2022), Kantonsportraits, Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren, Bern.
- StremLOW, J.; Eder, M., Knecht, D., Wyss, S. (2023), Grundlagen der (inter-)kantonalen Steuerung der Suchthilfe, Schlussbericht, Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, Luzern.
- Stulz, N., Hepp, U., Kupferschmid, S., Raible-Destan, N. & Zwahlen, M. (2022), Trends in suicide methods in Switzerland from 1969 to 2018: an observational study, Swiss Med Wkly 152:4950.
- Stulz, N., Jörg, R., Reim-Gautier, C., Bonsack, C., Conus, P., Evans-Lacko, S., Gabriel-Felleiter, K., Heim, E., Jäger, M., Knapp, M., Richter, D., Schneeberger, A., Thornicroft, G., Traber, R., Wieser, S., Tuch, A., & Hepp, U. (2023), Mental health service areas in Switzerland, International Journal of Methods in Psychiatric Research 32(1).
- Theodoridou, A., Hotzy, F. & Jäger, M. (2020), Fürsorgerische Unterbringung in der Schweiz: Hintergründe, Unterschiede, Strategien, Schweizerische Zeitschrift für Psychiatrie + Neurologie, 03/2020.

- Turi, E., McMenamin, A., Kueakomoldej, S., Kurtzman, E. & Poghosyan, L. (2023), The Effectiveness of Nurse Practitioner Care for Patients with Mental Health Conditions in Primary Care Settings: A systematic review, Nursing Outlook, 71(4).
- von Wyl, A., Chew Howard, E., Wade-Bohleber, L., Passalacqua, S., Schneebeil, L., Haemmerle, P & Andreae, A. (2020), Stationäre und tagesklinische Angebote der psychiatrischen Gesundheitsversorgung an der Schnittstelle des Jugend- und Erwachsenenalters in der Schweiz: eine Bestandesaufnahme bestehender Angebote im Auftrag des BAG, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur.
- VFP Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft (2019), Intensivbetreuung erwachsener Menschen in psychiatrischer Behandlung: Empfehlungen, 1. Auflage, Bern.
- Weissinger, G.-M., Brom, H., Macneal, L. & Petoskey, C. (2024), Psychiatric Mental Health Nurse Practitioner Job and Patient Outcomes: A Scoping Review, The Journal for Nurse Practitioners 20(6).
- WHO (2005), Mental health: facing the challenges, building solutions, Report from the WHO European Ministerial Conference.
- WHO (2021), Guidance on community mental health services. Promoting person-centred and rights-based approaches, Genf.

Impressum

Herausgeber

Gemeinsame Versorgungsplanung Psychiatrie SGARAITG

Verfasser/-in

Roland Unternährer Appenzeller, Leiter Spitalplanung (Redaktion), SG

Dorian Böhler, Fachspezialist Spitalplanung (Redaktion), SG

Dr. Hedwig Prey, Amt für Daten und Statistik (Datenaufbereitung und -auswertung), SG

Fachkommission

Mathias Cajochen, Departementssekretär, Gesundheits- und Sozialdepartement, AI
 Franz Bach, Leiter Amt für Gesundheit, Departement Gesundheit und Soziales, AR
 (bis 31. Juli 2026)

Karin Frischknecht, Leiterin Amt für Gesundheit, Departement für Finanzen und Soziales, TG

Chantal Kleiner, Leiterin Abteilung Spitalversorgung, Departement Gesundheit und Soziales, AR

Susanna Schuppisser, stv. Leiterin Amt für Gesundheit, Departement für Finanzen und Soziales, TG

Dr.med. Henrik Berthel, Leiter Medizinische Dienste / Kantonsarzt, Departement Gesundheit und Soziales, AR (ab Mai 2026)

Dieser Bericht wurde erstellt unter Verwendung von künstlicher Intelligenz bei Recherche- und Synthesearbeiten sowie bei der Datendarstellung.