

OBSAN BERICHT

07/2025

Monitoring zur Neuregelung der psychologischen Psychotherapie

Zweiter Bericht im Auftrag
des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Alexandre Tuch, Fabienne B. Fischer, Reto Jörg



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

Das **Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)** ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Obsan analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind unter www.obsan.ch zu finden.

Impressum

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Auftraggeber

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Autorinnen und Autoren

- Alexandre Tuch, Obsan
- Fabienne B. Fischer, Obsan
- Reto Jörg, Obsan

Unter Mitarbeit von

- Marc Bill und Barbara Fischer (beide Polynomics), im Rahmen eines vom Obsan vergebenen Mandats zur methodischen und konzeptuellen Beratung.
- Anja Kässner, Thierry Berthoud, Olivier Hulliger, Raffaella Marti (Bundesamt für Gesundheit, BAG)

Dank des Herausgebers

Die Autoren danken Cornelia Meier (prio.swiss, ehemals santésuisse) sowie Marc Bill und Barbara Fischer (Polynomics) herzlich für ihre wertvollen Hinweise und Rückmeldungen zur Klärung der Ursachen für die Abweichungen zwischen den im ersten Monitoringbericht (erstellt von Polynomics im Auftrag des BAG) ausgewiesenen und den von santésuisse berechneten Mehrkosten. Ebenso danken sie für die Unterstützung bei der Validierung der im vorliegenden Bericht dokumentierten Ergebnisse. Ein besonderer Dank gilt auch Silvia Ryser und Oliver Grolimund (SASIS AG) für ihre fachliche Beratung zum Tarif- und Datenpool sowie für die Prüfung der entsprechenden Angaben im Bericht.

Projektleitung Obsan

Alexandre Tuch

Projektleitung BAG

Anja Kässner

Reihe und Nummer

Obsan Bericht 07/2025

Zitierweise

Tuch, A., Fischer, F.B. & Jörg, R. (2025). *Monitoring zur Neuregelung der psychologischen Psychotherapie. Zweiter Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)* (Obsan Bericht 07/2025). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte/ Informationen

www.obsan.ch

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, CH-2010 Neuchâtel, obsan@bfs.admin.ch, Tel. +41 58 463 60 45

Layout

Obsan

Grafiken

Obsan

Titelbild

iStock.com/Matjaz_Slanic

Titelseite

Bundesamt für Statistik (BFS), Publishing und Diffusion PUB

Online

www.obsan.ch → Publikationen

Print

www.obsan.ch → Publikationen
Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel,
order@bfs.admin.ch, Tel. +41 58 463 60 60
Druck in der Schweiz

Copyright

Obsan, Neuchâtel 2025
Wiedergabe unter Angabe der Quelle
für nichtkommerzielle Nutzung gestattet

BFS-Nummer

873-2507

ISBN

978-2-940670-71-0



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

Monitoring zur Neuregelung der psychologischen Psychotherapie

Zweiter Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Autorinnen und Autoren Alexandre Tuch, Fabienne B. Fischer, Reto Jörg

Herausgeber Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Neuchâtel 2025

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	4	4	Ergebnisse	16
Résumé	6			
1 Ausgangslage	8			
1.1 Wechsel zum «Anordnungsmodell»	8	4.1	Kostenentwicklung	16
1.2 Erster Monitoringbericht	8	4.2	Ursachen der Kostensteigerung	18
1.3 Abweichende Ergebnisse zum Ausmass des Kostenwachstums	8	4.2.1	Versichertenkollektiv	18
1.4 Auftrag Obsan	8	4.2.2	Langfristiger (linearer) Trend im Kostenwachstum	18
		4.2.3	Tarifeffekt	19
		4.2.4	Fazit zu den Ursachen der Kostensteigerung	19
2 Psychologische Psychotherapie	9	4.3	Indikatoren zu Entwicklungen der Versorgungssituation	20
2.1 Delegationsmodell	9	4.3.1	Anzahl Leistungserbringer	20
2.2 Anordnungsmodell	9	4.3.2	Vollzeitäquivalente	20
2.3 Weitere Leistungserbringer	11	4.3.3	Versorgungsdichte	21
2.4 Leistungen ausserhalb der OKP	11	5	Fazit	23
3 Daten und Methoden	12	6	Literaturverzeichnis	25
3.1 Datenquelle	12	7	Anhang	26
3.2 Analysezeitraum	12	7.1	Ergänzende Analysen zur Kostenentwicklung	26
3.3 Grundgesamtheit	12	7.1.1	Kosten im Delegationsmodell	26
3.4 Zeitbezug der Leistungsdaten	12	7.1.2	Kosten im Anordnungsmodell	27
3.5 Definition und Abgrenzung der Leistungen	13	7.1.3	Leistungen in An- und Abwesenheit des Patienten respektive der Patientin	28
3.5.1 Ambulante psychologisch-psychotherapeutische Leistungen	13	7.1.4	Leistungen in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung	28
3.5.2 Übrige ambulante psychiatrische-psychotherapeutische Leistungen	14	7.1.5	Regionale Unterschiede in der Kostenentwicklung	29
3.6 Hochrechnungen	14	7.2	Vergleich Berechnungsmethoden Polynomics vs. santésuisse	30
3.6.1 Hochrechnung TP auf DP	14	7.2.1	Ausgangslage	30
3.6.2 Hochrechnung Behandlungsjahr 2024	15	7.2.2	Methodische Unterschiede	31
		7.2.3	Replikation der Berechnungen	33
		7.2.4	Systematischer Vergleich	34
		7.2.5	Fazit	36

Tabellenverzeichnis

T 2.1	Delegationsmodell vs. Anordnungsmodell	10
T 3.1	Abgrenzung der psychologisch-psychotherapeutischen Leistungen im Tarifpool	13
T 3.2	Abdeckungsgrad Tarifpool im Verhältnis zum Datenpool nach Leistungserbringergruppe, 2014–2024	14
T 4.1	Quantifizierung der möglichen Ursachen/Faktoren für die Kostensteigerung zwischen 2021 und 2024 in Mio. Franken	19
T 4.2	Entwicklung der Anzahl Praxen/Organisationen (ZSR-Nummern) der psychologischen Psychotherapie, 2022–2024	20
T 4.3	Entwicklung der Anzahl Vollzeitäquivalente (VZÄ) in Praxen der psychologischen Psychotherapie nach Quartal, 2021–2024	21
T 7.1	Fakturabetrag in Mio. Franken für delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis (02.03) oder Spitalpsychiatrie (02.02), 2014–2022	26
T 7.2	Anteil Fakturabetrag pro Behandlungsjahr nach Rechnungssteller für delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis und Spitalpsychiatrie, 2014–2022	26
T 7.3	Fakturabetrag in Mio. Franken pro Behandlungsjahr der psychologischen Psychotherapie nach Tariftyp, 2022–2024	27
T 7.4	Anteil Rechnungssteller am Fakturabetrag pro Behandlungsjahr (Tariftyp 581), 2022–2024	27
T 7.5	Anteil Veranlasser am Fakturabetrag pro Behandlungsjahr, 2022–2024	27
T 7.6	Anteil der Abrechnung von Leistungen in Abwesenheit des Patienten bzw. der Patientin, 2022–2024	28
T 7.7	Gesamtkostenentwicklung in Mio. Franken der psychiatrischen-psychotherapeutischen Versorgung nach Leistungserbringergruppe, 2014–2024	29
T 7.8	Analyseparameter Polynomics vs. santésuisse	32
T 7.9	Replikation Berechnungen santésuisse und Polynomics (Kosten in Mio. CHF)	34
T 7.10	Schrittweise Angleichung der Analyseparameter der Berechnungen von Polynomics und santésuisse	35

Grafikenverzeichnis

G 3.1	Vollständigkeit Behandlungsjahr nach Anzahl Geschäftsmonaten für praxisambulante psychologisch-psychotherapeutische Leistungen, 2014-2023	15
G 4.1	Kostenentwicklung ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung nach Leistungserbringergruppe, 2014-2024	17
G 4.2	Relative Kostenverteilung ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung nach Leistungserbringergruppe, 2014-2024	17
G 4.3	Kostenentwicklung der psychologischen Psychotherapie pro versicherte Person, 2021-2024	18
G 4.4	Berechnete Vollzeitäquivalente (VZÄ) pro versicherte Person in der psychologischen Psychotherapie (Praxen/Organisationen) nach Grossregion, 2021-2024	22
G 7.1	Mehrkosten pro versicherte Person nach Wohnkanton (2021 vs. 2024)	30
G 7.2	Kostenentwicklung in der psychologischen Psychotherapie gemäss santésuisse, 2021–2024	31
G 7.3	Bruttokosten der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung nach Behandlungsmonat, 2021–2022	33
G 7.4	Replikation der Berechnungsmethode von Polynomics und santésuisse: Bruttokosten der psychologischen Psychotherapie, 2021–2024	34

Zusammenfassung

Seit dem 1. Juli 2022 können psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Rahmen des sogenannten «Anordnungsmodells» ihre durch eine Ärztin oder Arzt angeordneten Leistungen selbständig zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen. Zuvor galt das «Delegationsmodell», bei dem eine Vergütung durch die OKP nur unter ärztlicher Aufsicht möglich war. Das Anordnungsmodell löste das Delegationsmodell nach einer sechsmonatigen Übergangsfrist zum 1. Januar 2023 vollständig ab.

Auftrag

Um die Auswirkungen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie auf die Kosten und die Versorgung zu überwachen, hat der Bundesrat ein Monitoring sowie eine Evaluation in Auftrag gegeben. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) wurde vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) beauftragt, den zweiten Monitoringbericht zur Neuregelung der psychologischen Psychotherapie zu erstellen.

Der Bericht verfolgt im Wesentlichen zwei Ziele. Einerseits wird die Entwicklung der OKP-Kosten für psychologische Psychotherapie im Zuge des Systemwechsels anhand der aktuellsten Daten nachgezeichnet. Andererseits werden die Ursachen für die Abweichungen zwischen den im ersten Monitoringbericht ausgewiesenen Mehrkosten und den von santésuisse kommunizierten Zahlen eruiert und darauf aufbauend eine konsolidierte Methodik definiert (Bill & Fischer, 2024; Santésuisse, 2024). Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird der zweite Punkt im Anhang des Berichts behandelt.

Datengrundlage

Zentrale Datengrundlage für die Analysen zur Kostenentwicklung ist der Tarifpool (TP) der SASIS AG. Der TP enthält aggregierte Daten zu den abgerechneten OKP-Leistungen, differenziert nach Leistungserbringer und Tarifposition. Leistungen, welche Patientinnen und Patienten nicht bei den Krankenversicherern einreichen, sind nicht enthalten. Der TP entspricht in den aktuellen Jahren nahezu einer Vollerhebung (ab 2019 über 98%), in früheren Jahren ist der Abdeckungsgrad tiefer (ab 2014 über 90%). Zwecks Korrektur für fehlende Leistungen werden die Leistungen des TP anhand des Datenpools (DP) hochgerechnet.

Die Kostenentwicklungen der psychologischen Psychotherapie werden mit Bezug auf den effektiven Zeitpunkt der Behandlung (Behandlungsjahr bzw. Behandlungsmonat) analysiert,

wobei das Monitoring die Daten zum Zeitraum von 2014 bis 2024 umfasst. Zur Analyse von Effekten des Systemwechsels wird insbesondere der Zeitraum von 2021 bis 2024 betrachtet. Das Jahr 2021, als letztes vollständiges Jahr im Delegationsmodell, dient dabei als Referenzpunkt.

Kostenentwicklungen

Im Jahr 2021 wurden für Leistungen im Rahmen der delegierten psychologischen Psychotherapie rund 528 Millionen Franken über die OKP abgerechnet. Im Jahr 2023 beliefen sich die Kosten für angeordnete psychologische Psychotherapie auf 811 Millionen Franken, 2024 werden die Kosten schätzungsweise rund 922 Millionen Franken betragen. Zwischen 2021 und 2024 ist somit ein Anstieg der Kosten um 394 Millionen Franken feststellbar. Dies entspricht jährlichen Mehrkosten von durchschnittlich 131 Millionen Franken oder einer durchschnittlichen Zunahme von 20,4% pro Jahr. Besonders stark war der Anstieg zwischen 2022 und 2023 – dem Jahr, in dem das Anordnungsmodell das Delegationsmodell vollständig ablöste. In diesem Zeitraum stiegen die Kosten um 217 Millionen Franken (+36,4%). Zum Vergleich: Das durchschnittliche Kostenwachstum bei übrigen Leistungserbringern im Bereich der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung betrug zwischen 2021 und 2024 2,6% pro Jahr.

Ursachen für die Kostenzunahme

Wie bereits erwähnt, beläuft sich das Kostenwachstum in der psychologischen Psychotherapie zwischen 2021 und 2024 in absoluten Zahlen auf 394 Millionen Franken. Davon sind 129 Millionen Franken (32,8%) auf Tarifeffekte, 69 Millionen Franken (17,6%) auf den langfristigen Trend und 24 Millionen Franken (6,1%) auf das Bevölkerungs- bzw. Versichertenwachstum zurückzuführen. Die verbleibenden 171 Millionen Franken (43,5%) entfallen auf andere, nicht direkt beobachtete Faktoren. Dazu zählen unter anderem mögliche Effekte wie Verlagerungen aus dem Selbstzahler- und Zusatzversicherungsbereich sowie eine steigende Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen infolge geringerer finanzieller Zugangshürden, die mit einer Reduktion bisheriger Unterversorgung einhergeht.

Beim Wechsel zum neuen Modell gab es noch keine verbindlichen Verträge mit allen Versicherern. Deshalb setzten die Kantone (basierend auf der Einigung zwischen den Verbänden der Leistungserbringer mit einer Einkaufsgemeinschaft der Versicherer) einen provisorischen Tarif von 2.58 Franken pro Minute

(154.80 Franken pro Stunde) fest. In mehreren Kantonen wurde dieser Tarif befristet eingeführt, bis Ende 2024; andere Kantone verzichteten auf eine zeitliche Begrenzung. Einige Kantone setzen den Tarif 2025 vorläufig fort, andere haben noch keine Entscheidung getroffen; ein Kanton hat eine Senkung des Tarifs beschlossen. Laut Monitoring ist der Tarif ein zentraler Faktor der Kostenentwicklung seit dem Systemwechsel und wird diese auch künftig prägen. Weitere relevante Faktoren sind die Bevölkerungsentwicklung und die Entwicklung des Bedarfs sowie des Angebots (siehe auch Frey & Widmer, 2022; Kaiser et al., 2019).

Ausblick

Der zweite Monitoringbericht liefert aufgrund aktuellerer Zahlen eine verbesserte Grundlage für die Analyse der Kostenentwicklungen im Zuge der Einführung des Anordnungsmodells. Mit dem für 2025 erwarteten Schlussbericht der formativen Evaluation werden zusätzlich zentrale Fragen zum Einfluss des Systemwechsels auf die Behandlungspraxis, die Nachfrage sowie den Zugang und die Qualität der psychologisch-psychotherapeutischen Versorgung adressiert werden.

Résumé

Depuis le 1er juillet 2022, les psychothérapeutes peuvent, dans le cadre du « modèle de prescription », facturer de manière indépendante à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) les prestations prescrites par un médecin. Auparavant, le « modèle de délégation » s'appliquait, selon lequel une prise en charge par l'AOS n'était possible que sous la supervision d'un médecin. Le modèle de prescription a complètement remplacé le modèle de délégation le 1er janvier 2023, après une période transitoire de six mois.

Mandat

Pour suivre les effets du « modèle de prescription » sur les coûts et la prise en charge, le Conseil fédéral a mandaté la réalisation d'un monitoring et d'une évaluation. L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) a été chargé par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) de rédiger le deuxième rapport de monitoring de cette nouvelle réglementation.

Ce rapport poursuit essentiellement deux objectifs. D'une part, sur la base des données les plus récentes, il retrace l'évolution des coûts AOS pour la psychothérapie pratiquée par des psychologues à la suite du changement de système. D'autre part, il examine les causes des écarts entre les coûts supplémentaires constatés dans le premier rapport de monitoring et les chiffres communiqués par santésuisse (Bill & Fischer, 2024 ; Santésuisse, 2024). Puis, il définit une méthodologie consolidée. Pour des raisons de lisibilité, ce deuxième point est traité en annexe du rapport.

Base de données

La base de données centrale pour les analyses de l'évolution des coûts est le pool tarifaire (PT) de SASIS SA. Le PT contient des données agrégées sur les prestations AOS facturées, différenciées par fournisseur de prestations et par position tarifaire. Les prestations que les patients ne déclarent pas à leur assureur-maladie ne sont pas incluses. Le PT correspond presque à un recensement complet pour les années à partir de 2019 (plus de 98%), tandis que le taux de couverture est plus faible pour les années précédentes (plus de 90% à partir de 2014). Afin de corriger les prestations manquantes, les prestations du PT sont extrapolées sur la base du pool de données (PD).

L'évolution des coûts de la psychothérapie est analysée en fonction de la date effective du traitement (année et mois de traitement) entre 2014 et 2024. L'analyse des effets du changement

de système se concentre particulièrement sur la période de 2021 à 2024. L'année 2021, dernière année complète du modèle de délégation, sert de référence.

Évolution des coûts

En 2021, environ 528 millions de francs ont été facturés à l'AOS pour des prestations de psychothérapie pratiquée par des psychologues. En 2023, ces coûts se sont élevés à 811 millions de francs et, en 2024, environ 922 millions de francs (estimation). Entre 2021 et 2024, les coûts ont augmenté de 394 millions de francs, soit une augmentation moyenne annuelle de 131 millions de francs (+20,4% par an). La hausse a été particulièrement forte entre 2022 et 2023, année où le modèle de prescription a complètement remplacé le modèle de délégation. Au cours de cette période, les coûts ont augmenté de 217 millions de francs (+36,4%). À titre de comparaison, la croissance moyenne des coûts des autres fournisseurs de prestations dans le domaine des soins psychiatriques et psychothérapeutiques ambulatoires s'élevait à 2,6% par an entre 2021 et 2024.

Causes de l'augmentation des coûts

L'augmentation des coûts de 394 millions de francs entre 2021 et 2024 peut être attribuée à différents facteurs : 129 millions de francs (32,8%) sont imputables à des effets tarifaires, 69 millions de francs (17,6%) à la tendance à long terme et 24 millions de francs (6,1%) à la croissance démographique et donc à l'augmentation du nombre d'assurés. Les 171 millions de francs restants (43,5%) sont imputables à d'autres facteurs qui ne peuvent être directement observés. Parmi ceux-ci figurent notamment d'éventuels effets tels que des transferts de paiements directs des patients et des assurances complémentaires vers l'AOS, ainsi qu'une augmentation du recours aux prestations de psychothérapie due à la diminution des obstacles financiers d'accès aux soins, ce qui contribue à réduire le déficit de prise en charge observé jusqu'à présent.

Au moment du passage au nouveau modèle, il n'existait pas encore de conventions contraignantes avec tous les assureurs. Les cantons ont donc fixé un tarif provisoire de 2,58 francs par minute (154,80 francs par heure) sur la base de l'accord conclu entre les associations de prestataires et une communauté d'achat des assureurs. Dans certains cantons, ces tarifs introduits à titre temporaire ont expiré à la fin de 2024. Certains cantons les maintiennent provisoirement en 2025, d'autres n'ont pas

encore pris de décision ; un canton a décidé de les réduire. Selon le monitoring, le tarif est un facteur central de l'évolution des coûts depuis le changement de système et continuera de l'être à l'avenir. D'autres facteurs pertinents sont l'évolution démographique et l'évolution de la demande et de l'offre (voir aussi Frey & Widmer, 2022 ; Kaiser et al., 2019).

Perspectives

Grâce à des chiffres plus récents, le deuxième rapport de monitoring fournit une base plus actuelle pour analyser l'évolution des coûts qui a suivi l'introduction du modèle de prescription. Le rapport final de l'évaluation formative, attendu pour 2025, abordera la question de l'influence du changement de système sur la pratique thérapeutique, sur la demande ainsi que sur l'accès et la qualité des soins de psychothérapie pratiquée par des psychologues.

1 Ausgangslage

1.1 Wechsel zum «Anordnungsmodell»

Seit dem 1. Juli 2022 können psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Rahmen des sogenannten «Anordnungsmodells» ihre durch eine Ärztin oder Arzt angeordneten Leistungen selbständig zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen. Zuvor galt das «Delegationsmodell», bei dem eine Vergütung durch die OKP nur unter ärztlicher Aufsicht möglich war. Das Anordnungsmodell löste das Delegationsmodell nach einer sechsmonatigen Übergangsfrist zum 1. Januar 2023 vollständig ab. Während dieser Übergangsfrist konnten sowohl die delegierte als auch die angeordnete psychologische Psychotherapie über die OKP abgerechnet werden.

Während zuvor nur Ärztinnen und Ärzte mit Facharzttitel in Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie oder mit einem Fähigkeitsausweis für delegierte Psychotherapie zur Delegation psychologischer Psychotherapie berechtigt waren, können nun im Grundsatz sämtliche Ärztinnen und Ärzte mit einem Weiterbildungstitel psychologische Psychotherapien anordnen. Die konkrete Anordnungsbefugnis unterscheidet sich je nach Weiterbildungstitel (T 2.1). Im Zuge der Einführung des Anordnungsmodells war vorgesehen, eine neue Tarifstruktur für die Abrechnung der angeordneten psychologischen Psychotherapie zu etablieren. Eine Einigung unter den Tarifpartnern konnte bisher jedoch nicht erzielt werden, weshalb derzeit kein gesamtschweizerischer Tarifvertrag mit Genehmigung des Bundesrats vorliegt. In der Zwischenzeit erfolgt die Abrechnung auf Basis von provisorischen, kantonal festgelegten Tarifen.

1.2 Erster Monitoringbericht

Um die Auswirkungen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie auf die Kosten und die Versorgung zu überwachen, hat der Bundesrat ein Monitoring sowie eine Evaluation in Auftrag gegeben. Der erste Monitoringbericht zur Entwicklung der Kosten, der Inanspruchnahme und der Versorgungssituation aufgrund des Modellwechsels aus Sicht der OKP wurde im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) von Polynomics verfasst und im April 2024 veröffentlicht (Bill & Fischer, 2024). Der erste Monitoringbericht kam zum Ergebnis, dass der Modellwechsel im Jahr 2023 gegenüber dem Jahr 2022 Mehrkosten zwischen 175 und 200 Millionen Franken verursacht hat. Die Berechnungen basieren auf einem Vergleich der Leistungsdaten des ersten Halbjahrs 2022 mit dem ersten Halbjahr 2023 und wurden auf das Gesamtjahr hochgerechnet. Rund die Hälfte der Mehrkosten sei dabei auf

den neu eingeführten Tarif und etwa ein Fünftel auf das Bevölkerungswachstum sowie den langfristigen Trend hinsichtlich des Kostenwachstums zurückzuführen. Folglich entfallen etwas weniger als ein Drittel (29 %) des Kostenwachstums auf andere, nicht direkt beobachtete Faktoren, wie beispielsweise die Verlagerung vom Selbstzahler- und Zusatzversicherungsbereich in die OKP, den Abbau von Unterversorgung oder eine erhöhte Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen.

1.3 Abweichende Ergebnisse zum Ausmass des Kostenwachstums

Wie bereits erwähnt, bezifferte der erste Monitoringbericht die Mehrkosten infolge des Modellwechsels zwischen 2022 und 2023 auf 175 bis 200 Millionen Franken. Im Gegensatz dazu kommunizierte der Krankenkassenverband santésuisse ein Kostenwachstum zwischen 220 und 300 Millionen Franken infolge des Systemwechsels (vgl. Kapitel 7.2.1). Auf diese Abweichungen in der ermittelten Kostenentwicklung und die dafür verantwortlichen Unterschiede im methodischen Vorgehen wird im Anhang zu diesem Bericht eingegangen (vgl. Kapitel 7.2). Die Erkenntnisse aus dieser Gegenüberstellung bildeten in der Folge eine wichtige Grundlage für die Festlegung der Methodik für den zweiten Monitoringbericht (vgl. Kapitel 3).

1.4 Auftrag Obsan

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) wurde vom BAG beauftragt, das Monitoring zur Neuregelung der psychologischen Psychotherapie fortzuführen und einen zweiten Monitoringbericht mit den aktuellen verfügbaren Zahlen zu erstellen. Dabei sollen wiederum die Auswirkungen der Neuregelung auf die Kostenentwicklung in der OKP, die Mengenentwicklung, die Inanspruchnahme sowie die Versorgungssituation untersucht werden. Zudem soll geklärt werden, woher die Differenzen zwischen den im ersten Monitoringbericht (Polynomics) berechneten Mehrkosten und den von santésuisse kommunizierten Zahlen stammen und damit eine verlässliche Grundlage für das weitere Monitoring der Entwicklungen im Zusammenhang mit der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie geschaffen werden. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit konzentriert sich der Bericht auf die Auswirkungen der Neuregelung. Die Klärung der Kostendifferenz zwischen santésuisse und dem ersten Monitoringbericht wird im Anhang behandelt (Abschnitt 7.2).

2 Psychologische Psychotherapie

Gegenstand des Monitorings sind in erster Linie die psychotherapeutischen Leistungen von Psychologinnen und Psychologen mit einem eidgenössischen oder anerkannten Weiterbildungstitel in Psychotherapie im Rahmen der OKP. Nachfolgend werden diese auch als «psychologisch-psychotherapeutische Leistungen» bezeichnet.

2.1 Delegationsmodell

Bis zur Neuregelung der psychologischen Psychotherapie per 1. Juli 2022 rechneten psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Leistungen über die OKP ausschliesslich delegiert ab. Dabei waren sie bei einer Ärztin oder einem Arzt angestellt und mussten in deren Praxisräumen oder im Spital unter deren Verantwortung arbeiten. Die Abrechnung gegenüber den Krankenkassen erfolgte durch den vorgesetzten Arzt oder die vorgesetzte Ärztin. Die Leistungen galten dabei als ärztliche Leistungen. Ausserhalb dieses Modells konnten die Leistungen der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nur über die Zusatzversicherung oder auf Selbstzahlerbasis abgerechnet werden.

Die delegierenden Fachärztinnen und -ärzte mussten entweder einen Facharztstitel in Psychiatrie und Psychotherapie oder in Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie besitzen – oder einen anderen Weiterbildungstitel in Kombination mit einem Fähigkeitsausweis für delegierte Psychotherapie. Die Abrechnung durch die delegierenden Ärztinnen und Ärzte erfolgte anhand der TARMED-Kapitel «02.02 – Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie» und «02.03 – Delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis». Diese Tarife sind seit dem 1. Januar 2023 nicht mehr abrechenbar.

Die einzelnen Tarifpositionen unter diesen Kapiteln waren Zeitleistungen, die zwischen verschiedenen Therapiesettings sowie Leistungen in Anwesenheit und Abwesenheit der Patienten und Patientinnen unterschieden. Die Taxpunkte pro Minute betragen bei Delegation in der Arztpraxis 2,49 und in der Spitalpsychiatrie 2,50. Der Preis einer Leistung ergab sich aus der Multiplikation der Taxpunkte mit dem Taxpunktwert, der je nach Kanton und Versicherer unterschiedlich sein konnte. Bei einem durchschnittlichen Taxpunktwert von 0,89 ergab sich ein Tarif von Fr. 2.22 bzw. Fr. 2.23 pro Minute, wobei die Spanne zwischen Fr. 2.04 und Fr. 2.40 lag (siehe Tabelle T 2.1).

Während der Übergangsfrist vom 1. Juli bis 31. Dezember 2022 konnten sowohl delegierte wie auch angeordnete

Leistungen der psychologischen Psychotherapie erbracht werden. Das heisst, bis am 31. Dezember 2022 konnten noch via Delegationsmodell Leistungen über die OKP abgerechnet werden.

Das Delegationsmodell stellte eine Ausnahme im Rahmen der OKP dar und wurde aufgrund eines Bundesgerichtsentscheid (BGE 107 V 46) eingeführt. Es wurde als Übergangslösung bezeichnet, bis die Berufe der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten gesetzlich geregelt sind. Seit dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Psychologieberufe (PsyG, SR 935.81) am 1. April 2013 besteht eine einheitliche nationale Regelung der Berufsausübung von psychologischer Psychotherapie (BAG, 2024).

2.2 Anordnungsmodell

Das Anordnungsmodell wurde per 1. Juli 2022 eingeführt und ersetzte nach einer halbjährigen Übergangsfrist am 1. Januar 2023 das Delegationsmodell vollständig. Im Anordnungsmodell können psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihre Leistungen auf Anordnung einer Ärztin oder eines Arztes selbstständig zu Lasten der OKP erbringen und abrechnen. Die Kantone sind zuständig für die Zulassung als Leistungserbringer im Rahmen der OKP. Für eine solche Zulassung müssen die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung in der Psychotherapie, einen eidgenössischen oder anerkannten ausländischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie und mindestens drei Jahre klinische psychotherapeutische Erfahrung verfügen.

Regulär anordnen dürfen Ärztinnen und Ärzte mit Facharztstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Ärztinnen und Ärzte mit dem interdisziplinären Schwerpunkt psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) sowie der allgemeinen inneren Medizin und Kinder- und Jugendmedizin. Pro Anordnung dieser Ärzteguppen sind 15 Sitzungen möglich, nach 30 Sitzungen erfolgt eine weitere Abklärung mit den Versicherern und gegebenenfalls eine fachärztliche Abklärung durch eine Psychiaterin oder einen Psychiater. Zur Krisenintervention oder für Kurztherapien bei Patientinnen und Patienten mit schweren Erkrankungen können Ärztinnen und Ärzte aller Fachgebiete einmalig maximal zehn Sitzungen anordnen.

Bis zur Einführung des Anordnungsmodells konnten sich die Tarifpartner nicht auf eine gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur für die psychologische Psychotherapie einigen. Daher liegt derzeit kein vom Bundesrat genehmigter gesamtschwei-

T 2.1 Delegationsmodell vs. Anordnungsmodell

	Delegationsmodell	Anordnungsmodell
Gültig bis/ab	bis 31.12.2022	ab 01.07.2022
Leistungserbringer	Delegierende Ärzte (Ausführung durch Psychologische Psychotherapeut/-in)	Psychologische Psychotherapeut/-in mit kantonaler Bewilligung zur Berufsausübung, Weiterbildung in Psychotherapie und drei Jahre klinische psychotherapeutische Erfahrung
Berechtigt zur Delegation / Anordnung	Fachärztinnen und Fachärzte der: <ul style="list-style-type: none"> – Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; – Psychiatrie und Psychotherapie; – Ärzt/-innen mit dem Fähigkeitsausweis delegierte Psychotherapie 	Fachärztinnen und Fachärzte der: <ul style="list-style-type: none"> – Allgemeine Innere Medizin; – Kinder- und Jugendmedizin; – Psychiatrie und Psychotherapie; – Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; – Ärzt/-innen mit interdisziplinären Schwerpunkt Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM). <p>Kriseninterventionen oder Kurztherapien für Patienten und Patientinnen mit schweren Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation können durch alle Ärztinnen und Ärzte mit einem Weiterbildungstitel (inklusive Praktische Ärzte) einmalig für ein Maximum von 10 Sitzungen angeordnet werden.</p>
Rechnungssteller	Delegierende Ärzt/-in	Psychologische Psychotherapeut/-in
Tarif	TARMED-Kapitel 02.02 (Spital) und 02.03 (Praxis)	Tarif für psychologische Psychotherapie (Tariftyp 581)
Max. Anzahl Sitzungen ohne Kostengutsprache	40 Sitzungen	30 Sitzungen (10 Sitzungen, s.o.)
Max. Dauer der Sitzung	90 min (Einzeltherapie); 105 min (Paar- oder Gruppentherapie)	90 min (Einzeltherapie); 105 min (Paar- oder Gruppentherapie)
Durchschnittlicher Taxpunktewert/Tarif pro Minute	Fr. 2.22 (Praxis), Fr. 2.23 (Spital)	Fr. 2.58*

Bemerkungen: * Der Tarif ist provisorisch und gilt bis zum 31. Dezember 2024.

Quelle: Eigene Darstellung Obsan, adaptiert von Bill & Fischer, 2024

© Obsan 2025

zerischer Tarifvertrag vor. In Abwesenheit einer solchen Vereinbarung mussten die Kantone einen provisorischen Tarif festlegen. Dabei verständigten sich zunächst alle Kantone auf einen Tarif von Fr. 2.58 pro Minute für die Abrechnung psychologischer Psychotherapie (siehe Tabelle T 2.1). Manche Kantone hatten die Gültigkeit dieses provisorischen Tarifs bis zum 31. Dezember 2024 befristet. Die Mehrheit der Kantone führt diesen Tarif auch im Jahr 2025 weiter. Es bestehen jedoch Ausnahmen, wie etwa im Kanton Glarus, der den Tarif auf Fr. 2.32 gesenkt hat. In weiteren Kantonen sind die Tarife ab 2025 noch Gegenstand laufender Verhandlungen.¹ Die Abrechnung der psychologischen Psychotherapie erfolgt derzeit über diesen provisorischen Tarif. Die einzelnen Tarifpositionen sind als Zeittarife ausgestaltet und unterscheiden zwischen verschiedenen Therapiesettings, Leistungen in Anwesenheit und Abwesenheit der Patientinnen und Patienten sowie fernmündlichen Sitzungen.

¹ Soweit im Folgenden allgemein von den «neuen Tarifen» die Rede ist, sind damit die im jeweiligen Kanton und Datenjahr gültigen provisorischen Tarife gemeint. Vgl. dazu bspw. die Übersicht von Hplus <https://www.hplus.ch> (letzter Zugriff am 24.3.2025).

2.3 Weitere Leistungserbringer

Mit dem Wechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell sind Verschiebungen zwischen Leistungserbringer-Gruppen möglich. Um mögliche Auswirkungen des Systemwechsels auf andere Gruppen von Leistungserbringern zu identifizieren, wird deshalb nicht nur die psychologische Psychotherapie, sondern auch praxisambulante Leistungen von Psychiaterinnen und Psychiatern (exkl. delegierter Leistungen) und weitere ambulante Psychiatrie-Leistungen dargestellt (siehe dazu Kapitel 3.5). Dadurch kann eruiert werden, inwiefern sich die anteilmässige Bedeutung der psychologischen Psychotherapie entwickelt hat.²

2.4 Leistungen ausserhalb der OKP

Nicht alle psychologisch-psychotherapeutischen Leistungen werden über die OKP abgerechnet. Leistungen von psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in eigener Praxis konnten bereits im Delegationsmodell über Zusatzversicherungen oder direkt von den Patientinnen und Patienten (Selbstzahler / Out-of-Pocket) bezahlt werden. Das ist auch im Anordnungsmodell weiterhin möglich. Allerdings werden aufgrund der Modellwechsels Verschiebungen aus dem Selbstzahler- und Zusatzversicherungsbereich in die OKP erwartet (vgl. Frey & Widmer, 2022).

² Auch so wird nur ein begrenzter Teil der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen abgedeckt. Diese umfasst verschiedene Strukturen, Berufsgruppen und Finanzierungsregime. Dazu gehören einerseits Angebote, die auf die medizinisch-therapeutische Behandlung psychischer Störungen fokussieren (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien und Tageskliniken, niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater sowie psychotherapeutisch tätige Psychologinnen und Psychologen). Ergänzt werden diese Strukturen durch spezielle Wohnformen für Menschen mit psychischen Erkrankungen (betreute Wohnplätze, Wohnheime und heimähnliche Einrichtungen) sowie Angebote zur beruflichen

und sozialen Integration (u.a. Werkstätten, Arbeitsintegrationsprogramme, Tagestätten). Mit Bezug auf die Berufsgruppen sind – neben den Ärztinnen und Ärzten sowie den psychotherapeutisch tätigen Psychologinnen und Psychologen – beispielsweise die Pflege (v.a. Psychiatriepflegerinnen und Psychiatriepfleger), Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter aber auch sozialtherapeutisch tätige Psychologinnen und Psychologen zu nennen. Einen Überblick zur Versorgung psychisch erkrankter Personen in der Schweiz bietet Tuch & Jörg (2025).

3 Daten und Methoden

3.1 Datenquelle

Als Datengrundlage für die Analysen im vorliegenden Monitoringbericht dient der Tarifpool (TP) der SASIS AG. Der TP enthält aggregierte Daten zu den abgerechneten OKP-Leistungen, differenziert nach Leistungserbringer und Tarifposition. Dadurch ermöglicht er detaillierte Analysen des Leistungsspektrums. Leistungen, die von den Patientinnen und Patienten nicht bei den Krankenversicherern eingereicht werden, sind im TP nicht enthalten.

Die Daten im TP stammen aus den Vorsystemen der Krankenversicherer, in denen die Inhalte der Rechnungsbelege elektronisch erfasst werden – also bevor die OKP-Leistungspflicht der Leistungen geprüft wird. Dadurch besteht die Möglichkeit, dass auch «falsche» Rechnungen im Sinne von nicht OKP-relevanten Rechnungen im TP enthalten sein können.

Neben dem TP führt die SASIS AG den Datenpool (DP), der ebenfalls aggregierte Daten auf Ebene der Leistungserbringer enthält, jedoch nicht nach Tarif und Tarifposition aufgeschlüsselt ist. Die im DP erfassten Leistungen wurden von den Versicherern bereits auf ihre OKP-Leistungspflicht geprüft. Während der DP nahezu 100 % der abrechnungsrelevanten Daten umfasst, ist die Abdeckung des TP etwas geringer. Die im TP fehlenden Leistungen können jedoch durch Hochrechnungen geschätzt werden (siehe Abschnitt 3.6). Weitere Unterschiede zwischen TP und DP sowie die Begründung, weshalb das vorliegende Monitoring auf dem TP basiert, sind im Anhang (Abschnitt 7.2) aufgeführt.

3.2 Analysezeitraum

Um die Entwicklung der psychologischen Psychotherapie im Speziellen und der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung im Allgemeinen zu untersuchen, wurde ein ausreichend grosser Analysezeitraum von 2014 bis 2024 gewählt. Zur Analyse des Einflusses des Systemwechsels wird insbesondere der Zeitraum von 2021 bis 2024 betrachtet. Das Jahr 2021, als letztes vollständiges Jahr unter dem Delegationsmodell, dient dabei als Referenzpunkt, um die Auswirkungen der Einführung des Anordnungsmodells zu quantifizieren. Obwohl 2021 das zweite Jahr der COVID-19-Pandemie war, entsprach die Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen im ambulanten Bereich bereits wieder weitgehend dem längerfristigen Trend und lag leicht

über dem Niveau von 2019 (Schuler, Tuch, Sturny & Peter, 2023). Entsprechend erscheint die Wahl von 2021 als Referenzjahr angemessen.

3.3 Grundgesamtheit

Für die Analysen im Rahmen des Monitorings wurde bei der SASIS AG ein Datenexport bestellt. Zur Eingrenzung des Auswertungsdatensatzes wurden folgende Einschlusskriterien definiert:

- Alle Leistungen von psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen (Partnerart-Obergruppe = 59) bzw. Leistungen abgerechnet über den «Psychotherapie-Tarif» (Tariftyp = 581)
- Alle TARMED-Leistungen (Tariftyp = «001») in psychiatrischen Praxen (Partnerart-Untergruppe = «Psychiatrie und Psychotherapie» oder «Kinder- und Jugendpsychiatrie»)
- Alle ambulanten Leistungen des TARMED-Kapitels «Psychiatrie» (TARMED-Kapitel = 2)
- Alle psychotherapeutischen Beratungsleistungen durch Fachärztinnen und Fachärzte der Grundversorgung (TARMED-Positionen «00.0520: Psychotherapeutische/psychosoziale Beratung durch den Facharzt für Grundversorgung» und «00.0525: Psychosomatische Einzeltherapie»).

Ausgeschlossen von den Analysen wurden ambulante Leistungen fakturiert über TARMED-Pauschalen (Tariftyp = «002» oder «003»)³ sowie stationäre Leistungen. Wie bereits im vorangehenden Abschnitt erwähnt, sind auch Leistungen ausserhalb der OKP sowie Leistungen im Zusammenhang mit Rechnungen, die nicht bei den Krankenversicherern eingereicht wurden, nicht im TTP und somit auch nicht im Auswertungsdatensatz enthalten.

3.4 Zeitbezug der Leistungsdaten

Im TP (wie auch im DP, allerdings mit Einschränkungen, vgl. Anhang Abschnitt 7.2.2) können die Leistungsdaten entweder nach Behandlungsmonat oder nach Abrechnungsmonat ausgewertet werden. Der Vorteil einer Auswertung nach Behandlungsmonat liegt darin, dass der tatsächliche Zeitpunkt der Leistungserbringung betrachtet wird. Eine Auswertung nach Abrechnungsmonat

³ Insbesondere in der spitalambulanten Psychiatrie (v.a. in Tageskliniken) kommen häufig Pauschalen zur Anwendung.

hingegen spiegelt den Zeitpunkt wieder, an dem ein Leistungserbringer die erbrachte Leistung abrechnet. Für ein Monitoring nach einem Systemwechsel ist eine möglichst präzise zeitliche Zuteilung der Leistungen und der damit verbundenen Kosten zentral. Gerade Systemwechsel wie die Einführung des Anordnungsmodells können Verzögerungen bei der Abrechnung bedingen (z. B. weil die entsprechenden Prozesse noch nicht etabliert sind) und somit den Abrechnungszeitpunkt beeinflussen. Daher ist eine Auswertung nach Behandlungsmonat oder Behandlungsjahr geeigneter als eine Auswertung nach Abrechnungsmonat bzw. Abrechnungsjahr, wenn es darum geht, zeitliche Entwicklungen zu beurteilen, vor allem im Zusammenhang mit Systemwechseln, die die Leistungsabrechnung beeinflussen.

Ein Nachteil der Analyse nach Behandlungsmonat besteht darin, dass es länger dauert, bis die Daten vollständig vorliegen. Die Verzögerung entsteht, weil nicht alle erbrachten Leistungen zeitnah abgerechnet werden. Für den zweiten Monitoringbericht stehen jedoch nun ausreichend Datenpunkte seit der Einführung des Anordnungsmodells zur Verfügung, sodass diese zeitliche Verzögerung weniger problematisch ist als beim ersten Monitoringbericht (Bill & Fischer, 2024).

3.5 Definition und Abgrenzung der Leistungen

Die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie betrifft die Anordnung und Abrechnung von ambulanten Leistungen, also Behandlungen ohne Übernachtung in einer Klinik oder einem Spital. Die Analysen im vorliegenden Bericht beschränken sich daher auf die ambulante Versorgung.

Wie der Name bereits sagt, betrifft die Neuregelung der psychologischen Psychotherapie psychotherapeutische Leistungen, die von Psychologinnen und Psychologen erbracht werden. Da diese jedoch nicht ausschliesslich psychotherapeutisch tätig

sind, wird im vorliegenden Monitoring stets explizit von psychologisch-psychotherapeutischen Leistungen gesprochen.

Neben Psychologinnen und Psychologen können auch Psychiaterinnen und Psychiater psychotherapeutische Leistungen erbringen. Allerdings bieten Psychiaterinnen und Psychiater darüber hinaus weitere medizinische Leistungen an, insbesondere im Bereich der körperlichen Diagnostik und Behandlung psychisch erkrankter Patientinnen und Patienten. Zudem dürfen sie Medikamente verschreiben. Zur Bezeichnung der Gesamtheit ihrer ärztlichen Leistungen wird der Begriff «psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen» verwendet.

Im Folgenden wird beschrieben, welche Leistungskategorien und Leistungserbringergruppen im Monitoring unterschieden werden und wie diese in den Daten abgegrenzt sind.

3.5.1 Ambulante psychologisch-psychotherapeutische Leistungen

Um die von Psychologinnen und Psychologen erbrachten ambulanten Leistungen im Delegations- und im Anordnungsmodell abzugrenzen, wurden die in Tabelle T 3.1 dargestellten Filter verwendet. Im Wesentlichen gilt, dass psychologisch-psychotherapeutische Leistungen unter dem Delegationsmodell anhand spezifischer TARMED-Codes identifiziert werden können, während Leistungen, die unter dem Anordnungsmodell erbracht wurden, anhand des neu eingeführten Tarifs für psychologische Psychotherapie (Tariftyp 581) sowie der im TP neu eingeführten Leistungserbringerkategorie (Partnerart-Obergruppe) 59 «Psychologinnen / Psychologen» identifizierbar sind.

Bei den Auswertungen wird in der Regel auch differenziert, ob eine Leistung im praxisambulanten oder spitalambulanten Bereich erbracht wurde. Hierzu dient die im TP erfassten Leistungserbringerkategorie (Partnerart-Obergruppe). Leistungen, die sich diesbezüglich nicht eindeutig zuordnen liessen, wurden der

T 3.1 Abgrenzung der psychologisch-psychotherapeutischen Leistungen im Tarifpool

Modell	Leistungserbringer	Filter	Verwendeter Abdeckungsgrad für die Hochrechnung vom TP auf den DP
Delegationsmodell	Praxen	TARMED-Unterkapitel 02.02 und 02.03 <u>UND</u> PAOG=1 «Ärzte/Ärztinnen»	Partnerart=110 «Ärzte/Ärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie»; Partnerart =111 «Ärzte/Ärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie»; PAOG=1 «Ärzte/Ärztinnen»
	Spitäler	TARMED-Unterkapitel 02.02 und 02.03 <u>UND</u> PAOG=10 «Spitäler»	PAOG «Spitäler ambulant»
	Andere / unbekannt	TARMED-Unterkapitel 02.02 und 02.03 <u>UND</u> PAOG nicht 1 «Ärzte/Ärztinnen» oder 10 «Spitäler»	PAOG=1 «Ärzte/Ärztinnen»
Anordnungsmodell	Praxen	PAOG=59 «Psychologinnen / Psychologen»	PAOG=59 «Psychologinnen / Psychologen»
	Spitäler	Tariftyp=581 <u>UND</u> PAOG=10 «Spitäler»	PAOG «Spitäler ambulant»
	Andere / unbekannt	Tariftyp = 581 <u>UND</u> PAOG nicht 59 «Psychologinnen / Psychologen» oder 10 «Spitäler»	PAOG=1 «Ärzte/Ärztinnen»

Bemerkung: PAOG = Partnerart-Obergruppe

Quelle: Eigene Darstellung Obsan

© Obsan 2025

Kategorie «Andere / Unbekannt» zugewiesen und sind ebenfalls ausgewiesen, um sicherzustellen, dass keine relevanten Leistungen übersehen werden. Konkret sind in der Kategorie «Andere / Unbekannt» alle Leistungen erfasst, die über die TARMED-Kapitel 02.02 und 02.03 (Delegationsmodell) oder den Tariftyp 581 (Anordnungsmodell) abgerechnet wurden, jedoch aufgrund der im TP erfassten Leistungserbringerkategorie keinem bestimmten Leistungserbringer zugeordnet werden konnten.

3.5.2 Übrige ambulante psychiatrische-psychotherapeutische Leistungen

Um mögliche Auswirkungen des Systemwechsels auf andere Gruppen von Leistungserbringern zu identifizieren, kann – wie bereits in Abschnitt 2.3 erwähnt – nicht ausschliesslich auf die psychologische Psychotherapie fokussiert werden. Deshalb werden in manchen Analysen auch alle psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen dargestellt, die nicht durch Psychologinnen und Psychologen erbracht wurden. In dieser Gruppe werden konkret folgende Leistungen subsumiert:

- **Praxisambulante Leistungen von Psychiaterinnen und Psychiatern:** Darunter sind alle TARMED-Leistungen in Praxen der Partnerart «Psychiatrie und Psychotherapie» oder «Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie» zu verstehen, mit Ausnahme der delegierten Leistungen.
- **Übrige ambulante Psychiatrie-Leistungen:**
 - Alle psychiatrischen Leistungen in Praxen (Partnerart-Obergruppen = «Ärztinnen und Ärzte»), erbracht von anderen Fachärztinnen und Fachärzten (Partnerart-Untergruppe ≠ «Psychiatrie und Psychotherapie» oder «Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie»), wobei vor allem Fachärztinnen und Fachärzte der Grundversorgung (Allgemeine innere Medizin, praktischer Arzt/praktische Ärztin und Kinder- und Jugendmedizin) sowie Gruppenpraxen mengenmässig bedeutsam sind.
 - Ambulante psychiatrische Leistungen (TARMED-Kapitel = «Psychiatrie» oder TARMED-Position = «00.0520» oder

«00.0525») in Spitälern (Partnerart-Obergruppen = «Spitälern», wobei hier v.a. die Leistungen in psychiatrischen Kliniken sowie Universitäts- und Zentrumsspitalern von Bedeutung sind.

- Ambulante psychiatrische Leistungen (TARMED-Kapitel = «Psychiatrie» oder TARMED-Position = «00.0520» oder «00.0525») anderer Leistungserbringerguppen (Partnerart-Obergruppen ≠ «Ärztinnen und Ärzte» oder «Spitäler»), wobei der Einschluss dieser Leistungen vor allem der Vollständigkeit dient und mengenmässig kaum von Bedeutung ist.

3.6 Hochrechnungen

Bei den Analysen im vorliegenden Bericht kommen zwei Hochrechnungen zur Anwendung. Erstens werden die Daten des TP in Bezug auf das Leistungsvolumen im DP hochgerechnet. Zweitens erfolgt eine Hochrechnung der Kosten des Behandlungsjahrs 2024 auf Basis der Vorjahre. Dadurch wird berücksichtigt, dass zum Zeitpunkt der Analysen noch nicht alle Rechnungen für Behandlungen im Jahr 2024 bei den Krankenversicherern erfasst wurden bzw. dass die Datenbasis für 2024 noch nicht vollständig ist.

3.6.1 Hochrechnung TP auf DP

Mittels Extrapolation auf den DP können die im TP fehlenden Leistungen geschätzt werden. Grundlage dafür bilden Angaben zum Abdeckungsgrad des TP mit Referenz zum DP. Diese Abdeckungsgrade variieren nach Leistungserbringern (Partnerart-Obergruppe), Jahr und Kanton, und werden entsprechend einzeln auf den TP angewendet. Die im Rahmen des Monitorings verwendeten Abdeckungsgrade wurden für das Geschäftsjahr (Abrechnungsjahr) von der SASIS AG zur Verfügung gestellt (T 3.2).

T 3.2 Abdeckungsgrad Tarifpool im Verhältnis zum Datenpool nach Leistungserbringerguppe, 2014–2024

Leistungserbringerguppe	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
PAOG=59 «Psych. Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen»	-	-	-	-	-	-	-	-	95,8%	91,3%	92,3%
PAOG=1 «Ärzte/Ärztinnen»	92,8%	90,4%	90,6%	96,3%	97,3%	98,2%	98,4%	98,8%	98,8%	99,2%	99,1%
Partnerart=110 «Ärzte/Ärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie»	91,8%	90,6%	90,0%	96,0%	96,5%	97,5%	98,1%	98,4%	98,3%	98,7%	99,0%
Partnerart=111 «Ärzte/Ärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie»	92,0%	92,1%	91,2%	96,8%	97,9%	98,7%	99,2%	99,2%	98,7%	101,2%	101,0%

Bemerkung: Die Abdeckungsgrade wurden auf Basis des Geschäftsjahrs und nach Wohnkanton berechnet.

Quelle: SASIS – TP und DP / Auswertung: SASIS (Datenstand: Mai 2025 / Geschäftsmonat März 2025)

© Obsan 2025

3.6.2 Hochrechnung Behandlungsjahr 2024

Obwohl für alle untersuchten Leistungserbringergruppen bereits Leistungsdaten bis Dezember 2024 vorlagen, ist davon auszugehen, dass das Behandlungsjahr 2024 zum Zeitpunkt der Analysen bzw. des Datenbezugs (Mai 2025 bzw. Geschäftsmonat März 2025 oder 15 Geschäftsmonate nach Start des Behandlungsjahrs) noch nicht vollständig genug war, um es direkt in die Auswertungen einzubeziehen. Um trotzdem belastbare Aussagen für das Behandlungsjahr 2024 treffen zu können, wurde eine Hochrechnung der Kosten vorgenommen. Grundlage dieser Hochrechnung bildete eine Analyse der Datenvollständigkeit vergangener Behandlungsjahre (2014 bis 2023) in Abhängigkeit von der Anzahl vorliegenden Geschäftsmonate. Als vollständig wurde ein Behandlungsjahr definiert, wenn 24 Geschäftsmonate der Leistungserbringung verfügbar waren. Die Auswertungen wurden getrennt für die folgenden vier ambulanten Leistungserbringergruppen durchgeführt: (1) Praxisambulante psychologisch-psychotherapeutische Leistungen, (2) spitalambulante psychologisch-psychotherapeutische Leistungen, (3) praxisambulante Leistungen von Psychiaterinnen und Psychiatern und (4) übrige ambulante psychiatrische Leistungen.

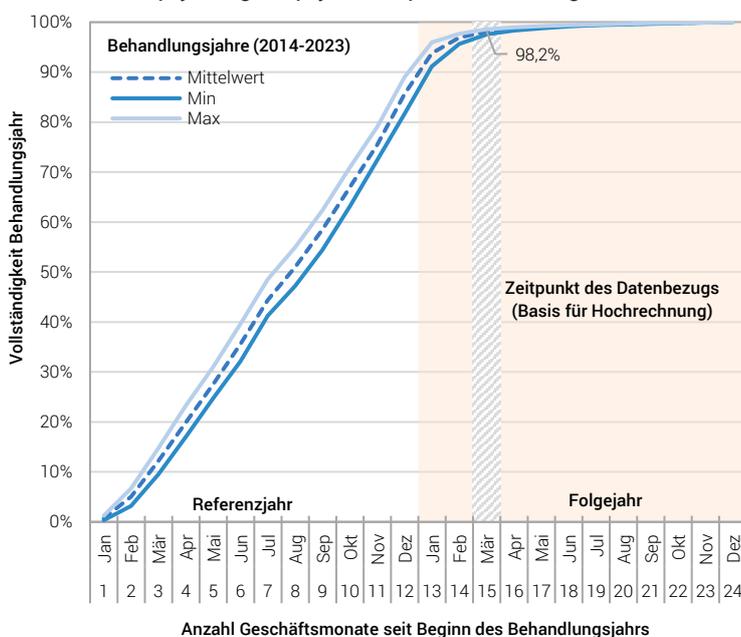
Die Analysen zeigen, dass das Behandlungsjahr im Durchschnitt nach 15 Geschäftsmonaten – also jeweils im März des Folgejahres – bereits weitgehend vollständig ist. Die durchschnittliche Vollständigkeit betrug: 98,2 % bei praxisambulant

psychologisch-psychotherapeutischen Leistungen, 98,7% bei spitalambulant psychologisch-psychotherapeutischen Leistungen, 97,5% bei praxisambulant Leistungen von Psychiaterinnen und Psychiatern und 98,5% bei übrigen ambulanten psychiatrischen Leistungen. Anders ausgedrückt: Im Geschäftsmonat März des Folgejahres fehlen jeweils noch rund 2% der Leistungen. Diese Werte sind über die Jahre hinweg stabil (G 3.1).

Gestützt auf diese Erfahrungswerte/Referenzwerte zur Vollständigkeit wurden die Daten für das Behandlungsjahr 2024 je Leistungserbringergruppe schliesslich hochgerechnet. So werden fehlende Leistungsdaten geschätzt und in den Gesamtkosten berücksichtigt.

G 3.1 Vollständigkeit Behandlungsjahr nach Anzahl Geschäftsmonaten für praxisambulante psychologisch-psychotherapeutische Leistungen, 2014-2023

Praxisambulante psychologisch-psychotherapeutische Leistungen



Durchschnittliche Vollständigkeit nach 15 Geschäftsmonaten bzw. im Geschäftsmonat März des Folgejahres.

Leistungserbringergruppe	Vollständigkeit
Praxisambulante psychologisch-psychotherapeutische Leistungen	98,2%
Spitalambulante psychologisch-psychotherapeutische Leistungen	98,7%
Praxisambulante Leistungen von Psychiaterinnen und Psychiatern	97,5%
Übrige ambulante psychiatrische Leistungen	98,5%

Bemerkung: Ein Behandlungsjahr wurde als vollständig definiert, wenn 24 Geschäftsmonate der Leistungserbringung verfügbar waren.

Quelle: SASIS - TP / Auswertung: Obsan (Datenstand: Mai 2025 / Geschäftsmonat März 2025)

© Obsan 2025

4 Ergebnisse

Kapitel 4 enthält die Ergebnisse des zweiten Monitorings zur Neuregelung der psychologischen Psychotherapie. Abschnitt 4.1 zeigt die Kostenentwicklung der ambulanten psychologischen Psychotherapie, eingebettet in die Kostenentwicklung der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung im Allgemeinen. Abschnitt 4.2 beleuchtet die Ursachen dieser Kostenentwicklung und versucht die relative Bedeutung der verschiedenen Einflussfaktoren zu benennen. In Abschnitt 4.3 sind schliesslich einige Indikatoren zur Versorgungssituation dargestellt, die Hinweise auf die Implikationen des Systemwechsels geben.

4.1 Kostenentwicklung

Wie in Kapitel 2 ausgeführt, wird die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung im Schweizer Gesundheitssystem durch verschiedene Akteure sichergestellt. Dieser Abschnitt analysiert die Entwicklung der Gesamtkosten der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung. Somit werden neben den Kosten der delegierten bzw. angeordneten psychologischen Psychotherapie auch die übrigen ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen betrachtet (siehe Abschnitt 3.5.2). Dazu gehören die praxisambulanten Leistungen von niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern sowie übrige ambulante Psychiatrie-Leistungen (Grundversorgern und Gruppenpraxen sowie psychiatrische Leistungen in Spitälern und Kliniken).

Ein besonderes Augenmerk liegt auf der Kostenentwicklung im Zusammenhang mit der Einführung des Anordnungsmodells. Dabei werden sowohl die Verschiebung von der delegierten zur selbstständigen Psychotherapie als auch mögliche Substitutionseffekte untersucht – insbesondere die Frage, ob Leistungen von Psychiaterinnen und Psychiatern sowie anderen Fachärztinnen und -ärzten zunehmend durch psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten erbracht werden.

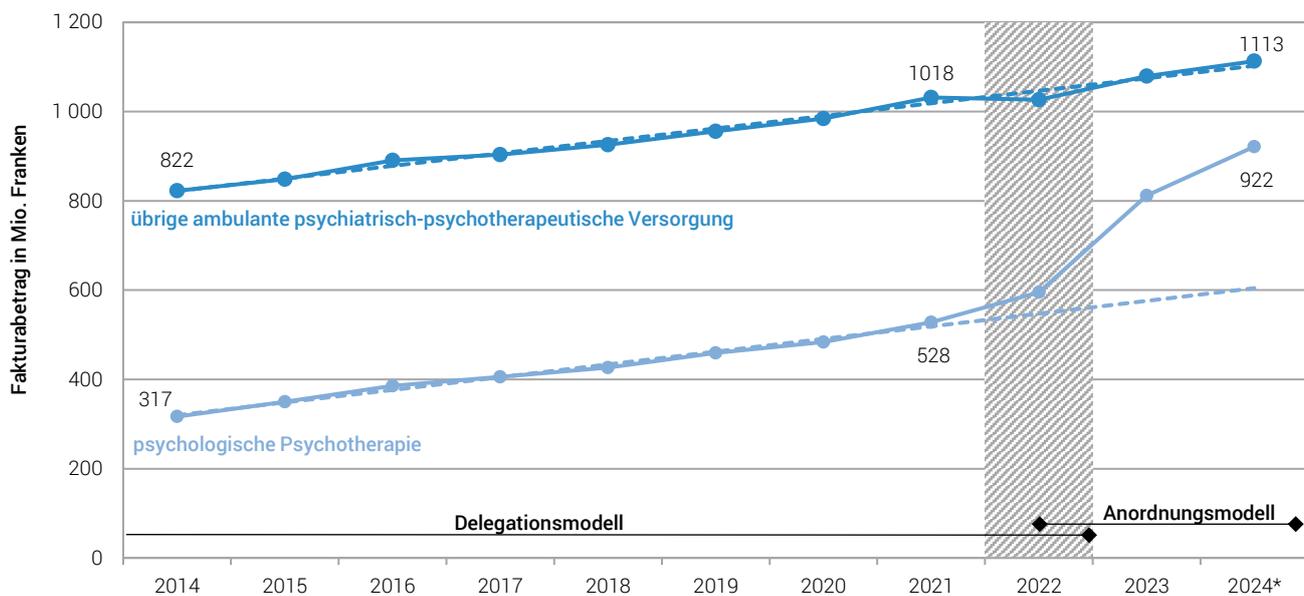
Im Jahr 2024 belaufen sich die Gesamtkosten der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung auf rund 2,03 Milliarden Franken. Seit 2014 sind sie kontinuierlich gestiegen – durchschnittlich um 6,0% pro Jahr. Besonders ausgeprägt ist das Kostenwachstum im Bereich der psychologischen Psychotherapie. Bereits zwischen 2014 und 2021 lag die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate bei 7,6%, während sie für die übrigen psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen 3,3% betrug. Mit der Einführung des Anordnungsmodells im Jahr 2022 hat sich dieser Trend nochmals verstärkt. Die Kosten für

psychologische Psychotherapie stiegen von 528 Millionen Franken im Jahr 2021 auf 922 Millionen Franken im Jahr 2024 – ein Anstieg um 394 Millionen Franken. Dies entspricht jährlichen Mehrkosten von durchschnittlich 131 Millionen Franken oder einer durchschnittlichen Zunahme von 20,4% pro Jahr. Besonders ausgeprägt war der Anstieg zwischen 2022 und 2023 – dem Jahr, in dem das Anordnungsmodell das Delegationsmodell vollständig ablöste (vgl. hellblaue Linie in Grafik G 4.1). In diesem Zeitraum erhöhten sich die Kosten um 217 Millionen Franken (+36,4%).

Zum Vergleich: Während die Kosten für psychologische Psychotherapie zwischen 2021 und 2024 um durchschnittlich 20,4% pro Jahr stiegen, betrug das Kostenwachstum bei anderen Leistungserbringern im selben Zeitraum lediglich 2,6% pro Jahr. Diese Entwicklung entspricht dem linearen Trend der Jahre 2014 bis 2021 (vgl. gestrichelte Linie in Grafik G 4.1), wohingegen die Entwicklung der Kosten für psychologische Psychotherapie deutlich davon abweichen. Infolgedessen hat sich auch der Anteil der psychologischen Psychotherapie an den Gesamtkosten der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung erhöht: Lag er 2021 noch bei 34%, stieg er bis 2023 auf 43%. Für 2024 wird ein weiterer Anstieg auf 45% erwartet (G 4.2).

In Grafik G 4.2 wird die Kostenentwicklung der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung für die Jahre 2014 bis 2024 sowie deren anteilige Verteilung auf die verschiedenen Leistungserbringer dargestellt. Die Kosten haben sich in diesem Zeitraum nahezu verdoppelt. Der Kostenanteil der Psychologinnen und Psychologen lag im Jahr 2014 bei etwas mehr als einem Viertel (28%) und stieg bis 2024 auf 45% an. Im selben Zeitraum ist der Kostenanteil der praxisambulanten Leistungen von Psychiaterinnen und Psychiatern stetig gesunken. Im Jahr 2014 entfielen noch rund die Hälfte (49%) der Kosten auf praxisambulante Leistungen von Psychiaterinnen und Psychiatern, 2024 war es noch ein Drittel (34%). Auch der Anteil der übrigen ambulanten Psychiatrie-Leistungen ist leicht gesunken. Zwischen 2014 und 2022 machten diese rund 24% aus. Wie sich aber aus Grafik G 4.1 ablesen lässt, ist dieser prozentuale Rückgang auf das überproportionale Kostenwachstum bei der ambulanten psychologischen Psychotherapie zurückzuführen, und nicht etwa auf einen Rückgang der übrigen ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung.

G 4.1 Kostenentwicklung ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung nach Leistungserbringergruppe, 2014-2024

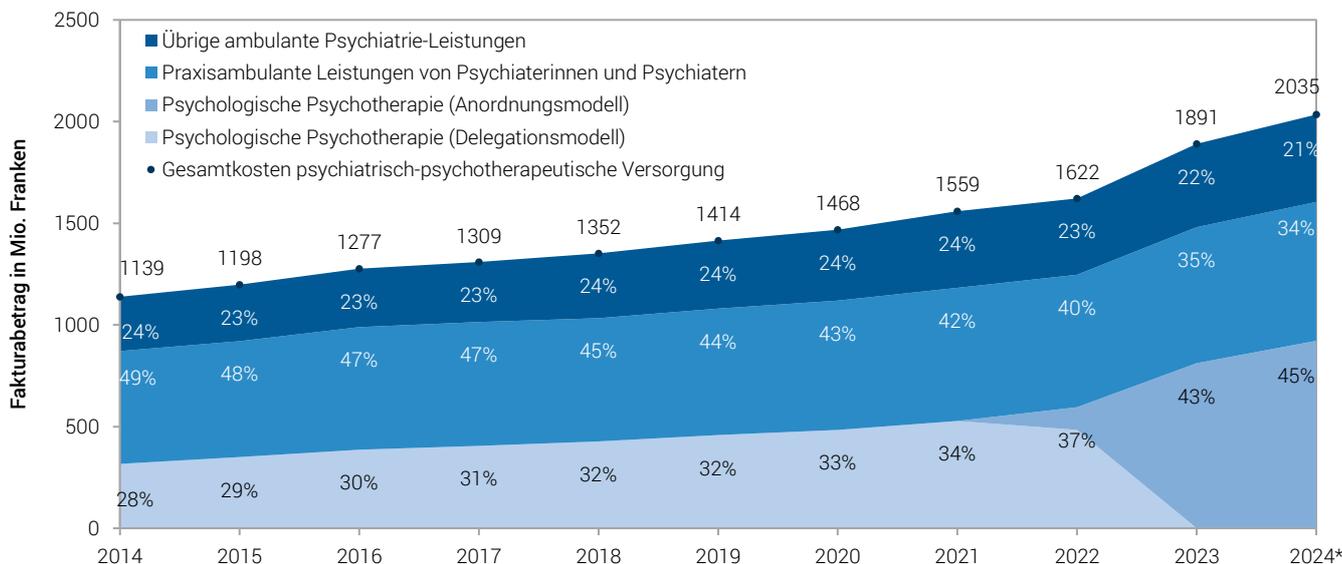


Bemerkungen: Die Grafik zeigt die Entwicklung der Kosten für die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in Praxen und Spitälern innerhalb der OKP, getrennt nach psychologischer Psychotherapie und übriger psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung. Die gestrichelte Linie stellt den langfristigen Trend der Kostenentwicklung dar und basiert auf der linearen Fortschreibung des Trends aus den Jahren 2014 bis 2021. (*) Für das Behandlungsjahr 2024 waren die Leistungen im Tarifpool zum Zeitpunkt der Analysen noch unvollständig erfasst. Auf Basis der Vorjahre wurde deshalb die Vollständigkeit der Leistungen zum Analysezeitpunkt geschätzt und die Leistungen für das Jahr 2024 entsprechend hochgerechnet (vgl. Kapitel 3.6.2).

Quelle: SASIS - TP / Auswertung: Obsan (Datenstand: Mai 2025 / Geschäftsmonat März 2025)

© Obsan 2025

G 4.2 Relative Kostenverteilung ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung nach Leistungserbringergruppe, 2014-2024



Bemerkungen: * Für das Behandlungsjahr 2024 waren die Leistungen im Tarifpool zum Zeitpunkt der Analysen noch unvollständig erfasst. Auf Basis der Vorjahre wurde deshalb die Vollständigkeit der Leistungen zum Analysezeitpunkt geschätzt und die Leistungen für das Jahr 2024 entsprechend hochgerechnet (vgl. Kapitel 3.6.2).

Quelle: SASIS - TP / Auswertung: Obsan (Datenstand: Mai 2025 / Geschäftsmonat März 2025)

© Obsan 2025

4.2 Ursachen der Kostensteigerung

Im Folgenden werden die Ursachen für den im vorherigen Abschnitt identifizierten Anstieg der Kosten für psychologische Psychotherapie in der OKP von 528 Millionen Franken im Jahr 2021 auf 922 Millionen Franken im Jahr 2024 untersucht.

4.2.1 Versichertenkollektiv

Ein möglicher Faktor für den Kostenanstieg ist das Wachstum des Versichertenkollektivs, das bei gleichbleibender Morbidität zu höheren Gesamtkosten führt. Zwischen 2021 und 2024 stieg die Zahl der versicherten Personen um rund 400 000, was einem Anstieg von 4,5% bzw. durchschnittlich 1,5% pro Jahr entspricht. Allein dieser Zuwachs führt zu einer Erhöhung der Kosten um rund 24 Millionen Franken, was 6,1% des gesamten Kostenanstiegs im Zeitraum 2021–2024 ausmacht.

Um den Einfluss dieses Effekts zu minimieren, werden im Folgenden die Kosten pro versicherte Person betrachtet. Im Jahr 2024 betragen die durchschnittlichen Kosten pro versicherte Person für psychologische Psychotherapie Fr. 99.98, während sie im Jahr 2021 noch bei Fr. 59.85 lagen. Dies entspricht einem Anstieg um Fr. 40.13 pro versicherte Person (G 4.3).

Die Kosten für die übrige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung sind im gleichen Zeitraum nur leicht von Fr. 116.96 auf Fr. 120.74 pro versicherte Person gestiegen, was einer Zunahme von Fr. 3.78 entspricht.

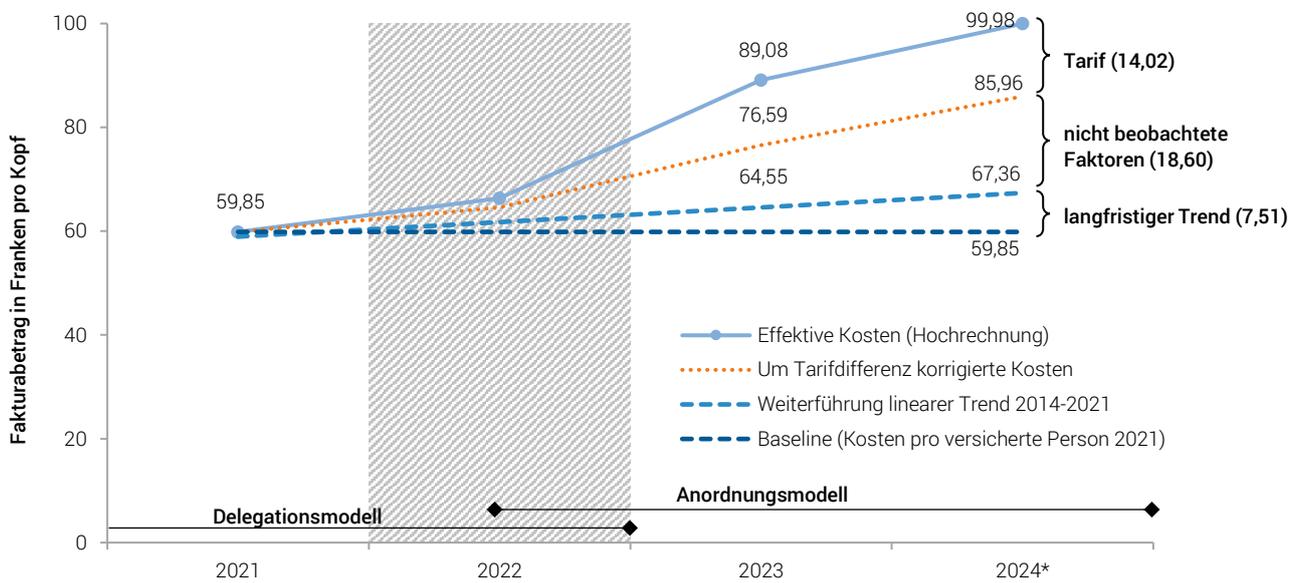
4.2.2 Langfristiger (linearer) Trend im Kostenwachstum

Weiter wird untersucht, inwiefern das Kostenwachstum seit dem Wechsel zum Anordnungsmodell vom langfristigen Trend abweicht. In Grafik G 4.3 wird dieser Trend anhand der hellblauen gestrichelten Linie dargestellt. Sie zeigt die lineare Fortschreibung des Kostenwachstums von 2014 bis 2021.

Die Kosten pro versicherte Person für die delegierte Psychotherapie sind zwischen 2014 und 2021 jährlich um Fr. 3.00 (+6,4%) gestiegen. Führt man diesen linearen Trend fort, so ergeben sich für das Jahr 2024 Kosten von Fr. 67.36 pro versicherte Person. Im Vergleich zu den Kosten für das Jahr 2021 (Baseline) ist das eine Zunahme von Fr. 7.51 pro versicherte Person (=langfristiger Trend, G 3).

Ausgehend von einer Fortschreibung des allgemeinen Trends vor 2021 sind 17,6% der Mehrkosten pro versicherte Person im Zeitraum 2021 bis 2024 dem langfristigen Trend zuzuschreiben.

G 4.3 Kostenentwicklung der psychologischen Psychotherapie pro versicherte Person, 2021-2024



Bemerkungen: Die Grafik zeigt die Entwicklung der Kosten pro versicherte Person in Franken pro Jahr. Dargestellt ist die effektive Kostenentwicklung (durchgezogene Linie), die um die Tarifierhöhung bereinigte Kostenentwicklung (orange gepunktete Linie) und der langfristige Trend (hellblaue gestrichelte Linie). Die Differenz zwischen der gepunkteten und der gestrichelten Linie entspricht den Mehrkosten, die im Jahr 2024 durch andere, nicht beobachtbare Faktoren verursacht werden.

*Für das Behandlungsjahr 2024 waren die Leistungen im Tarifpool zum Zeitpunkt der Analysen noch unvollständig erfasst. Auf Basis der Vorjahre wurde deshalb die Vollständigkeit der Leistungen zum Analysezeitpunkt geschätzt und die Leistungen für das Jahr 2024 entsprechend hochgerechnet (vgl. Kapitel 3.6.2).

T 4.1 Quantifizierung der möglichen Ursachen/Faktoren für die Kostensteigerung zwischen 2021 und 2024 in Mio. Franken

	Psychologische Psychotherapie	Übrige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung
Effektives Kostenwachstum 2021 vs. 2024	394 (100,0%)	82 (100,0%)
– Kostenwachstum aufgrund des Wachstums des Versicherungskollektiv	24 (6,1%)	47 (57,3%)
– Kostenwachstum unter der Annahme eine linearen langfristigen Kostenwachstums (2014-2021)	69 (17,6%)	35 (42,7%)
– Kostenwachstum aufgrund Tarifierhöhung	129 (32,8%)	-
– Kostenwachstum aufgrund anderer, nicht beobachteter Faktoren	171 (43,5%)	-

Bemerkungen Die berechnete Kostensteigerung von 394 Mio. Franken in der psychologischen Psychotherapie lässt sich auf mehrere Faktoren zurückführen. Eine exakte quantitative Abgrenzung der einzelnen Effekte ist jedoch nicht möglich, da sie sich teilweise überlagern und nicht isoliert betrachtet werden können. Da sich diese Effekte nicht unabhängig voneinander berechnen lassen, bietet sich eine hierarchische Betrachtung an. Dabei werden die Faktoren in einer festgelegten Reihenfolge verrechnet. So kann zunächst der Effekt der Vergrößerung des Versicherungskollektivs (+24 Mio. Franken) berücksichtigt werden. Anschliessend kann der langfristige Trend (+93 Mio. Franken) um diesen bereits erklärten Anteil reduziert werden, sodass sich ein Nettoeffekt von 69 Mio. Franken ergibt. Nach diesem Prinzip können die weiteren Faktoren schrittweise eingeordnet werden. Diese hierarchische Herangehensweise ermöglicht eine nachvollziehbare und konsistente Quantifizierung der Einflussfaktoren, auch wenn die exakte Trennung der Effekte rechnerisch nicht möglich ist.

Quelle: SASIS - TP / Auswertung: Obsan (Datenstand: Mai 2025 / Geschäftsmonat März 2025)

© Obsan 2025

Für die übrige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung liegen die effektiven Kosten um Fr. -0.97 pro versicherte Person unterhalb des langfristigen Trends.

4.2.3 Tarifeffekt

Eine weitere Ursache für die Mehrkosten ist der höhere Tarif im neuen Anordnungsmodell. Der provisorische Tarif für die angeordnete psychologische Psychotherapie beträgt Fr. 154.80 pro Stunde gegenüber Fr. 133.00 für die delegierte Psychotherapie in Praxen und Fr. 133.50 für die delegierte Psychotherapie in Spitälern. Psychologisch-psychotherapeutische Leistungen sind unter dem neuen Tarif im schweizerischen Durchschnitt somit rund 16% teurer als vor dem Systemwechsel. Dieser Unterschied ist jedoch auch darauf zurückzuführen, dass im neuen Modell zusätzliche Aufwände wie administrative Aufgaben, Infrastruktur oder Weiterbildung von den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten selbst getragen werden und somit im Tarif berücksichtigt sind.

Um diesen Tarifeffekt herauszurechnen, werden die Kosten unter dem Anordnungsmodell mit dem bisherigen Tarif für delegierte Psychotherapie berechnet. Korrigiert man die Kosten pro versicherte Person um die Tariffdifferenz, reduzieren sich die Kosten der angeordneten psychologischen Psychotherapie im Jahr 2024 von Fr. 99.98 auf Fr. 85.96 pro versicherte Person (siehe orange gepunktete Linie in Grafik G 4.3). Dadurch verringert sich die ursprüngliche Kostendifferenz von Fr. 40.13 auf Fr. 26.11 pro versicherte Person. Mit anderen Worten: Fr. 14.02 pro versicherte Person des Kostenanstiegs sind auf den neu eingeführten Tarif zurückzuführen. Dies entspricht insgesamt 129 Millionen Franken oder rund einem Drittel (32,8%) des Kostenanstiegs zwischen 2021 und 2024.

4.2.4 Fazit zu den Ursachen der Kostensteigerung

Insgesamt hat der Systemwechsel zwischen 2021 und 2024 zu einem Kostenanstieg von Fr. 40.13 pro versicherte Person in der psychologischen Psychotherapie geführt. Davon entfallen Fr. 14.02 (34,9%) auf den höheren Tarif und Fr. 7.51 (18,7%) auf das langfristigen Trend des Kostenwachstums. Die verbleibenden Fr. 18.60 (46,3%) sind auf andere, nicht direkt beobachtete Faktoren zurückzuführen. Dazu zählen unter anderem die Verlagerung von Leistungen aus dem Selbstzahler- und Zusatzversicherungsbereich in die OKP, der Abbau von Unterversorgung oder eine erhöhte Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen.

In absoluten Zahlen beläuft sich das Kostenwachstum in der psychologischen Psychotherapie zwischen 2021 und 2024 auf 394 Millionen Franken. Davon sind 129 Millionen Franken (32,8%) auf den höheren Tarif, 69 Millionen Franken (17,6%) auf den langfristigen Trend und 24 Millionen Franken (6,1%) auf das Bevölkerungs- bzw. Versichertenwachstum zurückzuführen. Die verbleibenden 171 Millionen Franken (43,5%) entfallen auf andere, nicht direkt beobachtete Faktoren (vgl. T 4.1).

4.3 Indikatoren zu Entwicklungen der Versorgungssituation

Ergänzend zur Kostenentwicklung verfolgt das Monitoring zur Neuregelung der psychologischen Psychotherapie auch weitere Entwicklungen im Versorgungssystem im Zuge des Systemwechsels. Dieser Abschnitt umfasst dazu einige Kennzahlen zur Entwicklung der Anzahl Leistungserbringer und Vollzeitäquivalente sowie zur Versorgungsdichte in der ambulanten psychologischen Psychotherapie. Ergänzende Analysen zur Kostenentwicklung im Delegationsmodell und im Anordnungsmodell sind zusätzlich im Anhang zu finden.

4.3.1 Anzahl Leistungserbringer

Damit zugelassene Leistungserbringer ihre Leistungen gegenüber der Krankenversicherung abrechnen können, benötigen sie eine Nummer im Zahlstellenregister (ZSR) der SASIS AG. Im Folgenden wird angenommen, dass die Anzahl der ZSR-Nummern für psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Anzahl Praxen und Organisationen für psychologischen Psychotherapie entspricht.

In Tabelle T 4.2 ist die Entwicklung der Anzahl Praxen zwischen 2022 und 2024 nach Quartal dargestellt. Gezählt wird dabei die Anzahl ZSR-Nummern, über die im betreffenden Jahr mindestens 2500 Franken abgerechnet wurden. Im zweiten Quartal

2024 gab es 4834 selbstständige psychologische Psychotherapiepraxen sowie 491 Organisationen der psychologischen Psychotherapie⁴. Im Vergleich zum ersten Quartal 2023 – dem Jahr, in dem das Anordnungsmodell das Delegationsmodell vollständig ablöste – entspricht dies einer Zunahme von 8,1% für Praxen psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bzw. 36,4% für Organisationen der psychologischen Psychotherapie. Besonders stark war der Zuwachs in den Kantonen Graubünden, Solothurn, Nidwalden, Schwyz und Thurgau, wo die Anzahl der ZSR-Nummern um 18% bis 30% gestiegen ist.

4.3.2 Vollzeitäquivalente

Aus den ZSR-Nummern lässt sich nicht direkt ableiten, wie viele Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den Praxen und Organisationen für psychologische Psychotherapie tätig sind und wie viele Stunden sie arbeiten. Um diesbezüglich eine Schätzung zu erhalten, wird die Anzahl der Vollzeitäquivalente (VZÄ) geschätzt. Dazu wird das Leistungsvolumen anhand des entsprechenden Minutentarif (Fr. 2.58 angeordnete Psychotherapie bzw. Fr. 2.22 für delegierte Psychotherapie) in Arbeitsminuten bzw. Arbeitsstunden umgerechnet und ins Verhältnis zur Jahresarbeitszeit eines VZÄ gesetzt. Gemäss dem Bundesamt für Statistik entsprechen 1819 Arbeitsstunden pro Jahr einem VZÄ.⁵ Da während der Arbeitszeit der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Tätigkeiten anfallen, die nicht über den Tarif mit der

T 4.2 Entwicklung der Anzahl Praxen/Organisationen (ZSR-Nummern) der psychologischen Psychotherapie, 2022–2024

Leistungserbringer-Kategorie	2022		2023				2024	
	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2
Praxen psych. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	2 340	3 249	4 470	4 586	4 609	4 736	4 800	4 834
Organisationen der psychologischen Psychotherapie	81	149	360	384	417	443	477	491
Spezialfälle*	16	14	13	8	7	8	9	8
Unbekannt**	0	1	5	4	4	5	7	41
Total	2 437	3 413	4 848	4 982	5 037	5 192	5 293	5 374

Bemerkungen: Es wurden nur ZSR-Nummern berücksichtigt, über die in einem Quartal mindestens 2'500 Franken abgerechnet wurden.

* «Spezialfälle» (SASIS-Partnerart 5999) umfassen Institutionen, die psychologische Psychotherapieleistungen erbringen, jedoch nicht als Praxis oder Organisation für psychologische Psychotherapie kategorisiert werden können.

** «Unbekannt» beinhaltet ZSR-Nummern, unter denen psychologisch-psychotherapeutische Leistungen abgerechnet wurden, die jedoch keiner Partnerart zugeordnet werden konnten, da die ZSR-Nummer nicht auffindbar war.

Quelle: SASIS - TP / Auswertung: Obsan (Datenstand: Mai 2025; Geschäftsmonat März 2025)

© Obsan 2025

⁴ In der Schweiz gibt es zwei Hauptmodelle zur Abrechnung von Leistungen psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Rahmen der OKP. (1) Selbstständig tätige Therapeutinnen und Therapeuten verfügen über eine eigene ZSR-Nummer und rechnen ihre Leistungen eigenständig ab, wobei sie auch für die gesamte administrative Abwicklung verantwortlich sind. (2) Angestellte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten arbeiten hingegen in Organisationen wie Praxisgemeinschaften. In diesem Fall besitzt die Organisation eine eigene ZSR-Nummer, über die alle erbrachten Leistungen abgerechnet

werden. Die administrative Verantwortung für die Abrechnung liegt somit bei der Organisation.

⁵ Die verwendete Referenzjahresarbeitszeit entspricht der jährlichen Arbeitszeit eines Vollzeitarbeitnehmers gemäss [Arbeitsvolumenstatistik \(AVOL\)](#) des BFS. Es wäre durchaus denkbar eine andere Referenz zu wählen, was die ausgewiesenen absoluten VZÄ beeinflussen würde. Bei der Analyse der VZÄ im vorliegenden Bericht liegt der Fokus allerdings auf der zeitlichen Entwicklung. Im Vordergrund steht die relative Veränderung und nicht das absolute Niveau der VZÄ.

Krankenversicherung abgerechnet werden können, wie z.B. Administration und Fortbildung, wird davon ausgegangen, dass rund 70% der Arbeitszeit abrechenbar sind. Bei der Berechnung der VZÄ entsprechend berücksichtigt. Dabei ist zu beachten, dass mit der Einführung des Anordnungsmodells der administrative Aufwand für selbstständig tätige Psychologinnen und Psychologen gestiegen ist. Sie sind nun direkte Ansprechpartner für Institutionen und Versicherungen und müssen Berichte verfassen, die zuvor in der Verantwortung der delegierenden Ärztinnen und Ärzte lagen, beispielsweise Begründungen für Behandlungsverlängerungen. Daher ist es möglich, dass die Annahme eines Produktivitätsanteils von 70% über den gesamten Analysezeitraum hinweg die Produktivität unter dem Anordnungsmodell überschätzt bzw. unter dem Delegationsmodell unterschätzt.

Die in Tabelle T 4.3 dargestellte Entwicklung der Anzahl VZÄ in Praxen der psychologischen Psychotherapie nach Quartal zeigt, dass diese zwischen 2021 und Mitte 2022 relativ stabil geblieben und erst danach deutlich angestiegen ist. Beispielsweise wuchs die Anzahl VZÄ zwischen Q2 2021 und Q2 2022 lediglich um 1,8%, während sie zwischen Q2 2022 und Q2 2023 um 34,6% zunahm. Im Zeitraum Q2 2023 bis Q2 2024 betrug der Anstieg 14,2%.

4.3.3 Versorgungsdichte

Setzt man die VZÄ ins Verhältnis zur Bevölkerung bzw. zur Anzahl der versicherten Personen, ergibt sich ein Mass für die Versorgungsdichte pro Region. Die Dichte der Leistungserbringer variiert regional deutlich (G 4.4). Mitte 2024 ist sie am höchsten in der Genferseeregion mit 66 VZÄ pro 100 000 Versicherte, gefolgt vom Tessin und Zürich mit 62 bzw. 55 VZÄ pro 100 000 Versicherte. Am geringsten ist die Dichte mit rund 18 VZÄ pro 100 000 Versicherte in der Zentral- und Ostschweiz. Zudem zeigt sich, dass die Versorgungsdichte bei den niedergelassenen Psychologinnen und Psychologen seit der Einführung des Anordnungsmodells in allen Regionen zugenommen hat (+50%). Besonders deutlich war der Anstieg im Tessin, wo die Versorgungsdichte um 190% gestiegen ist.

Bei diesen Analysen gilt es zu beachten, dass überregionale Patientenströme nicht berücksichtigt wurden. Eine niedrige Dichte muss nicht mit einer schlechten Versorgungslage einhergehen. Patientinnen und Patienten können auch ausserregionale Therapieangebote aufsuchen, z.B. in der Nähe des Arbeitsplatzes. Zudem ist das Angebot psychotherapeutischer Leistungen stärker in städtischen Zentren und Agglomerationen konzentriert, was ebenfalls zu regionalen Unterschieden in der Versorgungsdichte führt.

T 4.3 Entwicklung der Anzahl Vollzeitäquivalente (VZÄ) in Praxen der psychologischen Psychotherapie nach Quartal, 2021 – 2024

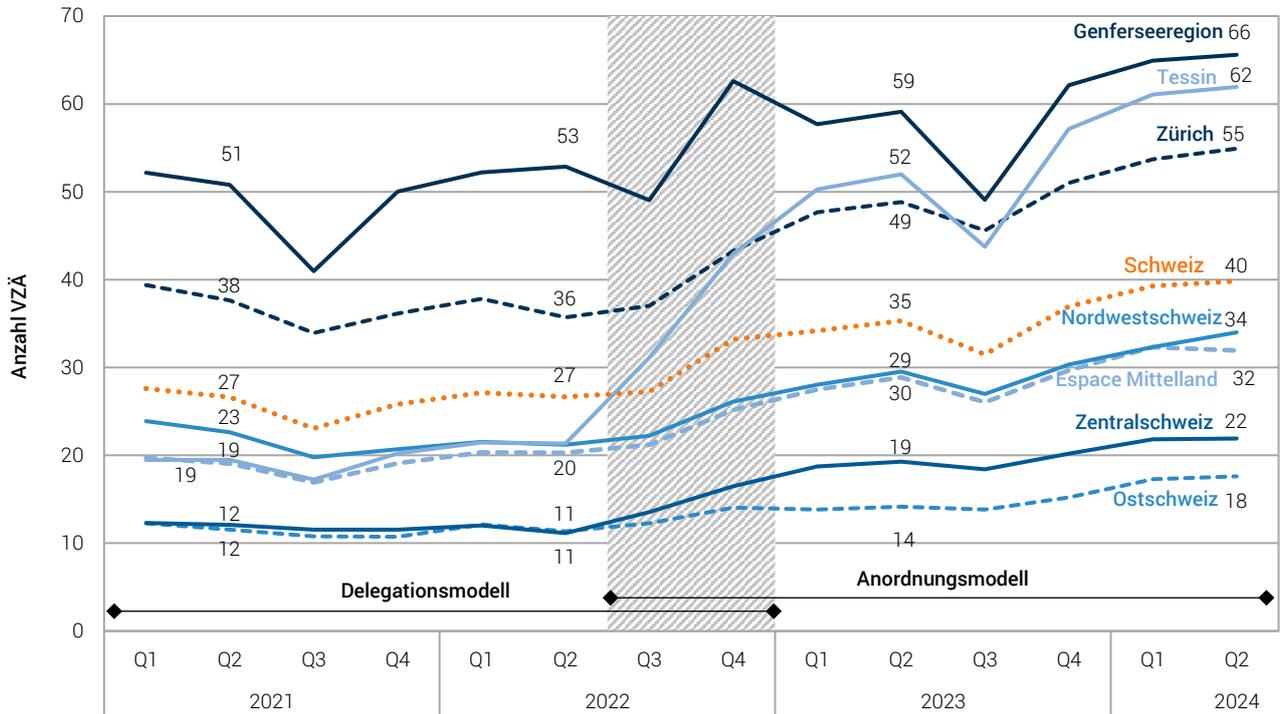
2021				2022				2023				2024	
Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2
2 434	2 348	2 034	2 278	2 434	2 390	2 443	2 977	3 115	3 217	2 870	3 366	3 621	3 672

Bemerkungen: Da nahezu sämtliche Tarifpositionen sowohl im für das Delegationsmodell relevanten TARMED-Kapitel 02 (Psychiatrie) als auch im unter dem Anordnungsmodell gültigen Tarifkatalog auf Zeittarifen basieren, lässt sich aus den abgerechneten Leistungen der entsprechende Zeitaufwand berechnen und in Vollzeitäquivalente (VZÄ) umrechnen. Für die Berechnung der VZÄ wurde sowohl für das Delegations- als auch für das Anordnungsmodell eine Produktivität von 70 % angenommen. Das bedeutet, dass 70 % der Arbeitszeit nach Tarif vergütet werden können, während 30 % für nicht verrechenbare Tätigkeiten wie administrative und organisatorische Arbeiten aufgewendet werden. Zudem wurde angenommen, dass ein VZÄ 1'819 Arbeitsstunden pro Jahr entspricht (effektive Jahresarbeitszeit 2023, Bundesamts für Statistik).

Quelle: SASIS - TP / Auswertung: Obsan (Datenstand: Mai 2025; Geschäftsmonat März 2025)

© Obsan 2025

G 4.4 Berechnete Vollzeitäquivalente (VZÄ) pro versicherte Person in der psychologischen Psychotherapie (Praxen/Organisationen) nach Grossregion, 2021-2024



Bemerkungen: Da nahezu sämtliche Tarifpositionen sowohl im für das Delegationsmodell relevanten TARMED-Kapitel 02 (Psychiatrie) als auch im unter dem Anordnungsmodell gültigen Tarifikatalog auf Zeittarifen basieren, lässt sich aus den abgerechneten Leistungen der entsprechende Zeitaufwand berechnen und in Vollzeitäquivalente (VZÄ) umrechnen. Für die Berechnung der VZÄ wurde sowohl für das Delegations- als auch für das Anordnungsmodell eine Produktivität von 70% angenommen. Das bedeutet, dass 70% der Arbeitszeit nach Tarif vergütet werden können, während 30% für nicht verrechenbare Tätigkeiten wie administrative und organisatorische Arbeiten aufgewendet werden. Zudem wurde angenommen, dass ein VZÄ 1'819 Arbeitsstunden pro Jahr entspricht (effektive Jahresarbeitszeit 2023, Bundesamts für Statistik).

Quelle: SASIS - TP / Auswertung: Obsan (Datenstand: Mai 2025; Geschäftsmonat März 2025)

5 Fazit

Im Jahr 2021, dem letzten Jahr, in dem das Delegationsmodell ganzjährig gültig war, wurden für delegierte psychologische Psychotherapie rund 528 Millionen Franken über die OKP abgerechnet. Im Jahr 2023, als das Anordnungsmodell das Delegationsmodell per 1. Januar vollständig ablöste, beliefen sich die Kosten für angeordnete psychologische Psychotherapie auf 811 Millionen Franken, im darauffolgenden Jahr 2024 werden die Kosten schätzungsweise rund 922 Millionen Franken betragen. Zwischen 2021 und 2024 erhöhten sich die Kosten somit um 394 Millionen Franken. Dies entspricht jährlichen Mehrkosten von durchschnittlich 131 Millionen Franken oder einer durchschnittlichen Zunahme von 20,4% pro Jahr. Besonders stark war der Anstieg zwischen 2022 und 2023 – dem Jahr, in dem das Anordnungsmodell das Delegationsmodell vollständig ablöste. In diesem Zeitraum stiegen die Kosten um 217 Millionen Franken (+36,4%). Zum Vergleich: Das durchschnittliche Kostenwachstum bei übrigen Leistungserbringern im Bereich der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung -betrug zwischen 2021 und 2024 lediglich 2,6% pro Jahr. Die Kosten für psychologische Psychotherapie machten im Jahr 2023 rund 2,0% der gesamten OKP-Bruttokosten aus – gegenüber 1,6% im Jahr 2022.

Ein Anstieg der OKP-Kosten im Zusammenhang mit dem Systemwechsel wurde vom Gesetzgeber antizipiert und auch als gerechtfertigt eingeschätzt. Die Neuregelung solle finanzielle, kulturelle und weitere Zugangsbarrieren abbauen und damit die bestehende Unterversorgung adressieren (Frey & Widmer, 2022). Der Zugang wird dadurch vereinfacht, dass Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung eine psychologische Psychotherapie anordnen können. Um besser beurteilen zu können, inwiefern die beobachtete Kostenentwicklung mit den intendierten Wirkungen des Systemwechsels korrespondiert, analysiert der Monitoringbericht die unterschiedlichen Ursachen für das Kostenwachstum und deren Ausmass.

Eine der Ursachen für die Kostenzunahme bei der psychologischen Psychotherapie ist der aktuell zur Anwendung kommende kantonal festgelegte provisorische Tarif: Dieser liegt im Schweizer Durchschnitt rund 16% höher als der frühere Tarif für die delegierte Psychotherapie. Der Tarifwechsel erklärt rund ein Drittel (32,8 %) der beobachteten Kostensteigerung.

Wird neben dem Tarif auch das Bevölkerungswachstum bzw. das Wachstum des Versichertenkollektivs, sowie der langfristige Trend des Kostenwachstums berücksichtigt, verbleiben rund 171 Millionen Franken (43,5%) Kostenwachstum zwischen 2021 und 2024, die durch andere, nicht direkt beobachtete Faktoren bedingt sind. Dazu gehören mögliche Verlagerungen aus dem

Limitationen

- Um das gesamte Leistungsvolumen der psychologischen Psychotherapie in der OKP darzustellen, müssen die Daten des TP teilweise hochgerechnet werden. Hochrechnungen sind naturgemäss mit Unsicherheiten verbunden.
- Die Daten des TP umfassen lediglich Leistungen eingereicherter OKP-Rechnungen. Verschiebungen aus dem Zusatzversicherungsbereich können anhand dieser Daten nicht direkt beobachtet werden.
- Die Leistungen im TP sind nicht bestimmten Patientinnen und Patienten zuordbar. Somit kann nicht eindeutig eruiert werden, inwiefern Mengeneffekte auf die Zunahme der Anzahl behandelter Patientinnen und Patienten oder auf die Zunahme der Leistungen pro Patientin bzw. Patient zurückzuführen sind.
- Nicht betrachtet wurden allfällige Effekte der Neuregelung auf die stationäre Versorgung. Eine gut verfügbare ambulante Versorgung kann dazu führen, dass weniger stationäre Leistungen erforderlich sind (siehe Fery & Widmer, 2022; Pellegrini et al., 2024). Da solche Effekte, wenn überhaupt, eher langfristiger Natur sind, wurde diesem Aspekt im Rahmen des Monitorings eine untergeordnete Bedeutung beigemessen.
- Bei den Analysen zu den verschiedenen Ursachen der Kostenentwicklung, ist zu beachten, dass die Reihenfolge der Dekomposition beeinflusst, wie stark einzelne Ursachen zur Gesamtentwicklung beitragen. Besonders bei Interaktionseffekten kann eine veränderte Reihenfolge zu abweichenden Ergebnissen führen. Im Monitoring wurden diesbezüglich direkt messbare Faktoren wie Tarif oder Mengeneffekte priorisiert. Das Vorgehen zur Dekomposition und die Attribution der Effekte ist dabei transparent dokumentiert.
- Die vorliegende Studie ist auf die Analyse der Kostenentwicklungen innerhalb der OKP beschränkt. Veränderungen im Zugang zur Versorgung sowie Veränderungen der Versorgungsqualität sind nicht mitberücksichtigt. Entsprechend können aus den Ergebnissen keine Schlussfolgerungen zum Kosten-Nutzen-Verhältnis des Systemwechsels abgeleitet werden.

Selbstzahler- und Zusatzversicherungsbereich, eine Reduktion der Unterversorgung sowie eine erhöhte Inanspruchnahme von Leistungen. In Bezug auf den höheren Tarif ist zu beachten, dass mit der Einführung des Anordnungsmodells der administrative Aufwand für selbstständig tätige Psychologinnen und Psychologen gestiegen ist. Hinzu kommt, dass sie neu für die Bereitstellung eigener Infrastruktur und weiterer Overhead-Kosten aufkommen müssen, die zuvor – als Angestellte oder innerhalb von Gemeinschaftspraxen – durch Skaleneffekte oft geringer ausfielen. Als direkte Ansprechpersonen für Institutionen und Versicherungen sind sie zudem verpflichtet, Berichte zu verfassen, die früher in den Zuständigkeitsbereich der delegierenden Ärztinnen und Ärzte fielen, beispielsweise im Rahmen von Begründungen für Behandlungsverlängerungen (siehe auch Kapitel 7.1.3).

Die Tarifgestaltung bleibt jedenfalls ein Diskussionsgegenstand: Der 2022 eingeführte provisorische Tarif wurde in mehreren Kantonen zeitlich befristet – bis Ende 2024 –, während andere Kantone ihn ohne feste Gültigkeitsdauer einführen. Seit Anfang 2025 hat die Mehrheit der Kantone bestätigt, den bisherigen provisorischen Tarif weiterhin anzuwenden, während in anderen Kantonen der zukünftige Tarif noch nicht festgesetzt wurde. Ein Kanton hat bereits eine Senkung des Tarifs beschlossen.⁶ Wie das Monitoring zeigt, ist der Tarif ein wesentlicher Faktor in der Kostenentwicklung seit dem Systemwechsel. Entsprechend werden die künftigen Tarife auch die weitere Kostenentwicklung massgeblich beeinflussen. Weitere relevante Faktoren sind die Bevölkerungsentwicklung sowie die Entwicklung des Bedarfs und des Angebots (siehe auch Frey & Widmer, 2022; Kaiser et al., 2019).

Ein weiterer möglicher Einflussfaktor auf die Entwicklung der Inanspruchnahme ist die COVID-19-Pandemie, welche die Jahre 2020 und 2021 auf vielfältige Weise geprägt hat. Angesichts pandemiebedingter Einschränkungen im Zugang zur psychologisch-psychiatrischen Versorgung ist es möglich, dass in der Folge ein gewisser Nachholeffekt eingetreten ist, der sich in einer erhöhten Inanspruchnahme in den Jahren 2023 und 2024 niedergeschlagen haben könnte. Darüber hinaus wurde vielfach davon ausgegangen, dass die Pandemie für viele Menschen – insbesondere für junge Personen – eine psychische Belastung darstellte. Neben unmittelbaren Auswirkungen könnten auch längerfristige psychosoziale Folgen, etwa im Zusammenhang mit Schulschliessungen, sozialer Isolation oder Arbeitsplatzverlust, eine Rolle gespielt haben. Diese könnten den Bedarf an psychologischer und psychiatrischer Psychotherapie potenziell erhöht haben. Inwieweit die beobachtete Kostenentwicklung bei der psychologischen Psychotherapie innerhalb der OKP tatsächlich mit der COVID-19-Pandemie und deren Folgen in Zusammenhang steht, lässt sich auf Grundlage der verfügbaren Daten jedoch nicht abschliessend beurteilen.

Ausblick

Im Verlauf des Jahres 2025 wird der Schlussbericht der formativen Evaluation zur Neuregelung der psychologischen Psychotherapie publiziert. In diesem Bericht werden – nebst der Kostenentwicklung – auch die weiteren Ziele und Wirkungen der Neuregelung eingehend beleuchtet. Gegenstand der Evaluation sind unter anderem Fragen zum Einfluss des Anordnungsmodells auf die Behandlungspraxis, die Nachfrage sowie den Zugang und die Qualität der psychologisch-psychotherapeutischen Versorgung. Inwiefern das Monitoring zur Neuregelung der psychologischen Psychotherapie fortgeführt wird, ist aktuell nicht bestimmt.

Eine Fortführung des Monitorings würde es erlauben, die Kostenentwicklung weiter und noch detaillierter nachzuvollziehen (siehe dazu auch Limitationen im Kasten). Beispielsweise könnten die nicht direkt beobachtbaren Ursachen für die Kostenentwicklung detaillierter analysiert werden. Unter anderem liesse sich untersuchen, inwiefern die Zunahme der Inanspruchnahme auf eine höhere Anzahl von Patientinnen und Patienten oder auf eine höhere Behandlungsfrequenz pro Person zurückzuführen ist. Ein zusätzlicher Einbezug der anonymisierten Individualdaten aus der Krankenversicherung (EFIND) könnte helfen, diese Frage zu beantworten. Zum Zeitpunkt des zweiten Monitoringberichts war der Zugang zu diesen Daten noch nicht möglich. Zudem handelt es sich um einen neuen Datensatz, dessen Vollständigkeit und Qualität bislang nicht ausreichend validiert wurden.

⁶ Vgl. dazu bspw. die Übersicht von Hplus <https://www.hplus.ch> (letzter Zugriff am 28.5.2025).

6 Literaturverzeichnis

- Bill, M. & Fischer, B. (2024). *Monitoring zur Neuregelung der psychologischen Psychotherapie: Erster Bericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG)*. Polynomics, Olten
- BAG (2024). *Pflichtenheft – Formative Evaluation der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie (Anordnungsmodell)*. Fachstelle Evaluation und Forschung, Bundesamt für Gesundheit, Bern.
- Frey, K., & Widmer, T. (2022). *Neuregelung der psychologischen Psychotherapie: Wirkungsmodell*. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Zürich: KEK – CDC und Institut für Politikwissenschaft der Universität Zürich.
https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/220783/1/2022_wirkungsmodell_neue_regelung_psychologische_psychotherapie_d_1.pdf
- Kaiser, B., Frey, M., & Huddleston, C. (2019). *Kostenfolgen eines Wechsels vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell für Leistungen der psychologischen Psychotherapie für die OKP*. BSS Volkswirtschaftliche Beratung, Studie im Auftrag von santésuisse. https://www.bss-basel.ch/files/berichte/BSS_Kosten_Modellwechsel_Psychotherapie.pdf
- Pellegrini, S., Tuch, A., Roth, S., Haldimann, L., Jörg, R. & Jäggi, Y. (2024). *Étude d'accompagnement à l'introduction de TARPSY (Obsan Rapport 14/2024)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Peter, C., Tuch, A. & Schuler, D. (2023). *Psychische Gesundheit – Erhebung Herbst 2022. Wie geht es der Bevölkerung in der Schweiz? Sucht sie sich bei psychischen Problemen Hilfe?* (Obsan Bericht 03/2023). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Santésuisse. (2024). *Stärkstes Kostenwachstum seit 10 Jahren belastet Prämienzahler*. Abgerufen am 19.03.2025, von <https://www.santesuisse.ch/de/newsdetail/news/staerkstes-kostenwachstum-seit-10-jahren-belastet-praemienzahler/>
- Schuler, D., Tuch, A., Sturny, I. & Peter, C. (2023). *Psychische Gesundheit. Kennzahlen 2021 (Obsan Bulletin 01/2023)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Tuch, A., & Jörg, R. (2025). *Die Versorgung psychisch erkrankter Personen*. In Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.), *Psychische Gesundheit in der Schweiz: Entwicklung, Förderung, Prävention und Versorgung. Nationaler Gesundheitsbericht 2025* (S. 360-403). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

7 Anhang

7.1 Ergänzende Analysen zur Kostenentwicklung

Dieser Anhang enthält ergänzende Analysen zur Kostenentwicklung im Delegationsmodell und im Anordnungsmodell sowie Analysen zur Entwicklung ausgewählter Kennzahlen im gesamten Analysezeitraum.

7.1.1 Kosten im Delegationsmodell

Im Jahr 2022 wurden durch delegierte Psychotherapie in Arztpraxen und Spitälern Leistungen in der Höhe von 483 Millionen Franken erbracht. Dabei entfielen rund 72% der Leistungen auf die delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis. Die Gesamtkosten sind zwischen 2014 und 2021 kontinuierlich angestiegen und haben sich von 317 Millionen auf 528 Millionen Franken erhöht. Im Jahr 2022 lagen die Kosten etwas tiefer, da bereits erste

Verschiebungen zum Anordnungsmodell stattgefunden haben (T 7.1). Delegierte Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, die bei Fachärzten und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie oder für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie angestellt waren, erbrachten im Jahr 2022 insgesamt 51% der delegierten psychotherapeutischen Leistungen (T 7.2). Weitere 29% der Leistungen wurden durch delegierte Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Spitälern erbracht, während 18% auf andere Facharztgruppen mit einem Fähigkeitsausweis für delegierte Psychotherapie entfielen.

T 7.1 Fakturbetrag in Mio. Franken für delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis (02.03) oder Spitalpsychiatrie (02.02), 2014–2022

Tarmed-Kapitel	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
02.02 (Spitäler)	93	101	109	111	113	122	126	139	136
02.03 (Praxen)	224	249	276	294	314	337	358	388	347
Total	317	350	386	405	427	459	484	528	483

Datenstand: Mai 2025 / Geschäftsmonat März 2025

Quelle: SASIS – TP / Auswertung Obsan

© Obsan 2025

T 7.2 Anteil Fakturbetrag pro Behandlungsjahr nach Rechnungssteller für delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis und Spitalpsychiatrie, 2014–2022

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Psychiatrie & Kinder- und Jugendpsychiatrie	55%	56%	56%	57%	58%	58%	57%	55%	51%
Spitäler	30%	30%	29%	28%	27%	27%	27%	27%	29%
Allgemeine innere Medizin, Innere Medizin, praktischer Arzt, Gruppenpraxen	12%	12%	12%	12%	12%	13%	15%	15%	18%
Andere	3%	3%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Datenstand: Mai 2025 / Geschäftsmonat März 2025

Quelle: SASIS – TP / Auswertung Obsan

© Obsan 2025

7.1.2 Kosten im Anordnungsmodell

Mit der Einführung des Anordnungsmodells erfolgt die Abrechnung der psychologischen Psychotherapie im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) nicht mehr über den TARMED-Tarif, sondern über provisorische, von den Kantonen festgelegte Tarife. Im Jahr 2022 beliefen sich die darüber abgerechneten Leistungen auf 100 Millionen Franken. Im Jahr 2023 stiegen diese auf 767 Millionen Franken und im Jahr 2024 auf 876 Millionen Franken an. Bei der Einführung neuer Tarife und einer neuen Leistungserbringergruppe sind Rechnungs- und Datenerfassungsfehler nicht ungewöhnlich. Im Jahr 2023 wurden daher zusätzlich rund 44 Millionen Franken und im Jahr 2024 rund 46 Millionen Franken von psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten über andere Tarife abgerechnet oder konnten keinem spezifischen Tarif zugeordnet werden, weshalb sie als Dummy-Positionen erfasst wurden (T 7.3).

T 7.3 Fakturabetrag in Mio. Franken pro Behandlungsjahr der psychologischen Psychotherapie nach Tariftyp, 2022–2024

Tariftyp	2022	2023	2024*
Tarif 581 für psychologische Psychotherapie KVG	100	767	876
Übrige Tarife / DUMMY	12	44	46
Total	112	811	922

Bemerkungen: * Für das Behandlungsjahr 2024 waren die Leistungen im Tarifpool zum Zeitpunkt der Analysen noch unvollständig erfasst. Auf Basis der Vorjahre wurde deshalb die Vollständigkeit der Leistungen zum Analysezeitpunkt geschätzt und die Leistungen für das Jahr 2024 entsprechend hochgerechnet (vgl. Kapitel 3.6.2).

Datenstand: Mai 2025 / Geschäftsmonat März 2025

Quelle: SASIS – TP / Auswertung Obsan

© Obsan 2025

Tabelle T 7.4 zeigt die Aufteilung der Kosten unter dem neuen Tarif auf selbstständige Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Spitäler. Der Anteil der Spitäler an den Gesamtleistungen hat im Jahr 2023 deutlich zugenommen und lag bei rund 19%. Im Übergangsjahr 2022 nutzten die meisten Spitäler noch den alten Tarif, weshalb ihr Anteil in diesem Jahr vergleichsweise gering war. Im Jahr 2024 wurden rund 77% der Kosten durch selbstständige Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten abgerechnet, während etwa 5% der Leistungen durch andere bzw. unbekannte Leistungserbringer abgerechnet wurden.

Tabelle T 7.5 zeigt, durch welche Leistungserbringer psychologische Psychotherapie in den Jahren 2022 bis 2024 angeordnet wurde. Im Jahr 2024 entfielen rund 45% der Kosten auf Therapien, die von Fachärztinnen und -ärzte mit dem Titel Allgemeine Innere Medizin oder Praktischer Arzt sowie von Gruppenpraxen veranlasst wurden⁷. Die Mehrheit der Gruppenpraxen enthält mindestens einen Facharzt oder eine Fachärztin der Allgemeinen Inneren Medizin. Der Anteil der durch (Kinder- und

⁷ Praktische Ärzte und Ärztinnen sind nicht zur Anordnung der regulären Psychotherapie zugelassen. Aufgrund der Datenschutzbestimmungen der

T 7.4 Anteil Rechnungssteller am Fakturabetrag pro Behandlungsjahr (Tariftyp 581), 2022–2024

Rechnungssteller	2022	2023	2024*
Psych. Psychotherapeutinnen und -therapeuten (in eigener Praxis)	94%	76%	77%
Spitäler	4%	19%	17%
Andere / unbekannt	2%	4%	5%
Total	100%	100%	100%

Bemerkungen: * Für das Behandlungsjahr 2024 waren die Leistungen im Tarifpool zum Zeitpunkt der Analysen noch unvollständig erfasst. Auf Basis der Vorjahre wurde deshalb die Vollständigkeit der Leistungen zum Analysezeitpunkt geschätzt und die Leistungen für das Jahr 2024 entsprechend hochgerechnet (vgl. Kapitel 3.6.2).

Datenstand: Mai 2025 / Geschäftsmonat März 2025

Quelle: SASIS – TP / Auswertung Obsan

© Obsan 2025

Jugend-)Psychiater und Psychiaterinnen angeordneten Therapien lag bei 14%. Ein vergleichsweise hoher Anteil von 23% der veranlassten Leistungen konnte aufgrund der Datenqualität nicht eindeutig zugeordnet werden und wurde der Kategorie «Verschiedene/Unbekannt» zugewiesen. Weitere 12% der Therapien wurden durch andere Spezialisten veranlasst, während Spitäler für 6% der verordneten Leistungen verantwortlich waren. Die Entwicklung zwischen 2022 und 2024 zeigt, dass der Anteil, der durch Allgemeinmediziner und Gruppenpraxen veranlassten Therapien gestiegen ist, während der Anteil der nicht-zuordbaren Leistungen tendenziell abgenommen hat.

T 7.5 Anteil Veranlasser am Fakturabetrag pro Behandlungsjahr, 2022–2024

Veranlasser	2022	2023	2024*
Allgemeine innere Medizin, Innere Medizin, praktischer Arzt, Gruppenpraxen	43%	40%	45%
Verschiedene/Unbekannt	30%	28%	23%
Psychiatrie & Kinder- und Jugendpsychiatrie	13%	14%	14%
andere Spezialisten	12%	12%	12%
Spitäler	2%	6%	6%
Total	100%	100%	100%

Bemerkungen: * Für das Behandlungsjahr 2024 waren die Leistungen im Tarifpool zum Zeitpunkt der Analysen noch unvollständig erfasst. Auf Basis der Vorjahre wurde deshalb die Vollständigkeit der Leistungen zum Analysezeitpunkt geschätzt und die Leistungen für das Jahr 2024 entsprechend hochgerechnet (vgl. Kapitel 3.6.2).

Datenstand: Mai 2025 / Geschäftsmonat März 2025

Quelle: SASIS – TP / Auswertung Obsan

© Obsan 2025

SASIS wurde diese Facharztgruppe mit der Allgemein Inneren Medizin, der Inneren Medizin und den Gruppenpraxen zusammengefasst.

7.1.3 Leistungen in An- und Abwesenheit des Patienten respektive der Patientin

Sowohl im Rahmen der delegierten Psychotherapie nach TAR-MED als auch bei der angeordneten Psychotherapie gemäss den provisorischen kantonalen Tarifen bestehen Abrechnungspositionen für Leistungen, die in Anwesenheit oder Abwesenheit der Patientinnen und Patienten erbracht werden. Tabelle T 7.6 zeigt den Anteil der Kosten, der auf Leistungen in Abwesenheit entfällt. Dabei lassen sich deutliche Unterschiede zwischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Praxen und Spitälern sowie zwischen den beiden Abrechnungsmodellen erkennen.

Im Delegationsmodell lag der Kostenanteil für Leistungen in Abwesenheit in Arztpraxen seit 2018 stabil zwischen 6% und 7%. In den Spitalambulatorien war dieser Anteil mit 14% etwa doppelt so hoch. Mit der Einführung des Anordnungsmodells stiegen die Anteile deutlich an. Bei niedergelassenen psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erhöhte sich der Anteil der Leistungen in Abwesenheit auf 15% bis 16%, während er in Spitalambulatorien auf 24% bis 26% anstieg.

7.1.4 Leistungen in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung

Die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung im Schweizer Gesundheitssystem wird durch verschiedene Akteure sichergestellt. In diesem Abschnitt wird die Entwicklung der Gesamtkosten dieser Versorgung analysiert. Neben den Kosten der (delegierten bzw. angeordneten) ambulanten psychologisch-psychotherapeutischen Leistungen werden auch die praxisambulanten Leistungen von Psychiaterinnen und Psychiatern sowie die übrigen ambulanten Psychiatrie-Leistungen untersucht. Besonders im Fokus steht die Kostenentwicklung im Zusammenhang mit dem Anordnungsmodell. Neben der Verschiebung von der delegierten zur angeordneten psychologischen Psychotherapie wird

auch analysiert, ob Substitutionen zwischen der psychologischen Psychotherapie und den anderen Leistungserbringern stattgefunden haben. Für die Analyse wurden verschiedene Gruppen von Leistungserbringern gebildet. Tabelle T 7.7 zeigt die absoluten Kosten dieser Gruppen zwischen 2014 und 2024.

Zwischen 2021 und 2022 – in diese Periode fällt auch die Übergangsphase zum Anordnungsmodell (Juli bis Dezember 2022) – ist beim Delegationsmodell ein Rückgang der Kosten um 45 Millionen Franken bzw. 8% zu beobachten. Während die Kosten der Delegation im Spital nur leicht um rund 2% sanken, wurde bei Arztpraxen ein Rückgang um 11% verzeichnet. Diesem Rückgang stehen zusätzliche Kosten von 112 Millionen Franken aus dem Anordnungsmodell gegenüber. Bei den übrigen Leistungserbringern sind keine signifikanten Veränderungen erkennbar. Insgesamt stiegen die Gesamtkosten im Jahr 2022 im Vergleich zu 2021 um rund 62 Millionen Franken, was einem Anstieg von 4% entspricht.

Die Übergangsfrist des Anordnungsmodells endete am 1. Januar 2023, weshalb in diesem Jahr keine Leistungen der delegierten Psychotherapie mehr abgerechnet wurden. Gleichzeitig zeigt sich 2023 jedoch ein deutlicher Kostenanstieg bei den praxisambulanten wie auch bei den spitalambulanten psychologisch-psychotherapeutischen Leistungen (+38 % bzw. +10 %). Die Gesamtkosten der psychologischen Psychotherapie beliefen sich 2023 auf 811 Millionen Franken. Verglichen mit den Kosten der delegierten Psychotherapie im Jahr 2021 (528 Millionen Franken) bedeutet dies einen Anstieg um 283 Millionen Franken. Dies entspricht durchschnittlichen jährlichen Mehrkosten von 141 Millionen Franken bzw. 24%. Während die Kosten im Spital jährlich um 5% stiegen, erhöhte sich die Kosten in den Praxen um 27%.

T 7.6 Anteil der Abrechnung von Leistungen in Abwesenheit des Patienten bzw. der Patientin, 2022–2024

Gruppe	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Del. Psychotherapie Praxis	10%	10%	10%	9%	6%	6%	7%	6%	7%		
Del. Psychotherapie Spital	19%	20%	21%	20%	14%	14%	14%	14%	14%		
Del. Psychotherapie andere/unbekannt	13%	13%	10%	7%	5%	8%	6%	8%	8%		
Ang. Psychotherapie Praxis									14%	15%	16%
Ang. Psychotherapie Spital									23%	24%	26%
Ang. Psychotherapie andere/unbekannt									9%	16%	18%
Total	13%	13%	13%	12%	8%	8%	9%	8%	10%	17%	18%

Bemerkungen: * Für das Behandlungsjahr 2024 waren die Leistungen im Tarifpool zum Zeitpunkt der Analysen noch unvollständig erfasst. Auf Basis der Vorjahre wurde deshalb die Vollständigkeit der Leistungen zum Analysezeitpunkt geschätzt und die Leistungen für das Jahr 2024 entsprechend hochgerechnet (vgl. Kapitel 3.6.2).

Datenstand: Mai 2025 / Geschäftsmonat März 2025

Quelle: SASIS – TP / Auswertung Obsan

© Obsan 2025

Die Kosten für die praxisambulanten Leistungen von Psychiaterinnen und Psychiatern gingen zwischen 2021 und 2022 um 3 Millionen Franken zurück, während sie bei den übrigen ambulanten Psychiatrie-Leistungen um 2 Millionen Franken anstiegen. Zwischen 2022 und 2023 stiegen die Kosten in beiden Gruppen wieder an – um 11 Millionen Franken bzw. 35 Millionen Franken. Insgesamt sind die Kosten der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung zwischen 2021 und 2023 um 329 Millionen Franken gestiegen. Dies entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Zunahme von 165 Millionen Franken bzw. 10%.

7.1.5 Regionale Unterschiede in der Kostenentwicklung

Die Entwicklung der Kosten unterscheidet sich je nach Kanton. So waren die Mehrkosten zwischen 2021 und 2024 im Tessin mit Fr. 102.58 pro versicherte Person schweizweit am höchsten, gefolgt von den Kantonen Basel-Stadt, Genf und Waadt. Den geringsten Kostenzuwachs verzeichnete der Kanton Uri mit Fr. 5.99 pro versicherte Person (G 7.1).

T 7.7 Gesamtkostenentwicklung in Mio. Franken der psychiatrischen-psychotherapeutischen Versorgung nach Leistungserbringergruppe, 2014–2024

Gruppe	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Psychologisch-psychotherapeutische Leistungen											
Del. Praxen	219,8	245,1	272,7	290,0	311,2	334,8	355,2	384,8	343,0	0,2	
Del. Spitäler	96,1	103,9	112,4	115,1	115,1	123,9	128,2	142,3	139,4	0,2	
Del. andere/unbekannt	0,7	0,6	0,5	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,6		
Del. Total	316,6	349,6	385,7	405,3	426,6	459,0	483,8	527,5	482,9	0,3	
Ang. Praxen						0,1	0,1	0,2	105,6	619,1	714,0
Ang. Spitäler									4,1	157,4	161,1
Ang. andere/unbekannt								0,1	2,6	35,0	46,5
Ang. Total								0,3	112,2	811,8	921,5
Total Praxen	219,8	245,1	272,7	290,0	311,2	334,9	355,3	385,0	448,6	619,3	714,0
Total Spitäler	96,1	103,9	112,4	115,1	115,1	123,9	128,2	142,3	143,5	157,5	161,1
Total andere/unbekannt	0,7	0,6	0,5	0,3	0,3	0,3	0,3	0,5	3,2	35,0	46,5
Übrige ambulante psychiatrische-psychotherapeutische Leistungen											
Praxisambulante Leistungen von Psychiaterinnen und Psychiatern	554,8	571,0	603,5	608,7	606,5	621,9	635,9	654,8	652,1	668,8	683,5
Übrige ambulante Psychiatrie-Leistungen	267,7	277,2	287,5	294,7	319,2	333,5	348,2	376,6	374,5	410,3	429,5
Total	1 139,1	1 197,8	1 276,7	1 308,8	1 352,4	1 414,5	1 468,0	1 559,2	1 621,8	1 890,9	2 034,6

Bemerkungen: Teilweise fallen kleinere Beträge in einen unplausiblen Zeitraum, in dem das Delegationsmodell bereits nicht mehr oder das Anordnungsmodell noch nicht gültig war. Diese Beträge sind daher grau und kursiv dargestellt.

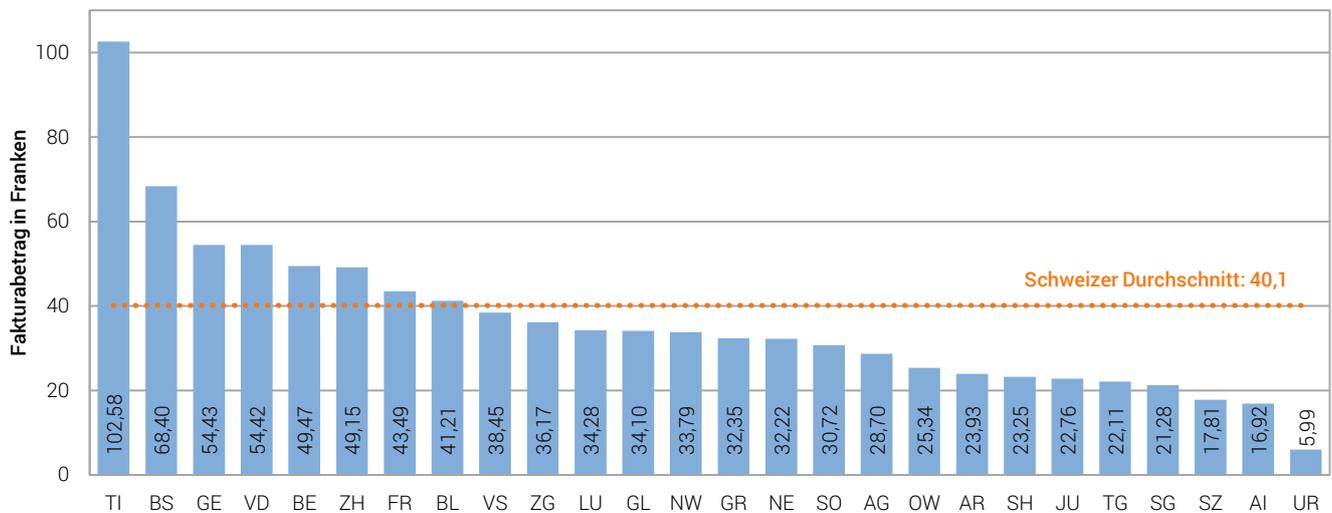
* Für das Behandlungsjahr 2024 waren die Leistungen im Tarifpool zum Zeitpunkt der Analysen noch unvollständig erfasst. Auf Basis der Vorjahre wurde deshalb die Vollständigkeit der Leistungen zum Analysezeitpunkt geschätzt und die Leistungen für das Jahr 2024 entsprechend hochgerechnet (vgl. Kapitel 3.6.2).

Datenstand: Mai 2025 / Geschäftsmonat März 2025

Quelle: SASIS – TP / Auswertung Obsan

© Obsan 2025

G 7.1 Mehrkosten pro versicherte Person nach Wohnkanton (2021 vs. 2024)



Bemerkungen: Für das Behandlungsjahr 2024 waren die Leistungen im Tarifpool zum Zeitpunkt der Analysen noch unvollständig erfasst. Auf Basis der Vorjahre wurde deshalb die Vollständigkeit der Leistungen zum Analysezeitpunkt geschätzt und die Leistungen für das Jahr 2024 entsprechend hochgerechnet (vgl. Kapitel 3.6.2).

Quelle: SASIS - TP / Auswertung: Obsan (Datenstand: Mai 2025 / Geschäftsmonat März 2025)

© Obsan 2025

7.2 Vergleich Berechnungsmethoden Polynomics vs. santésuisse

Um die Auswirkungen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie auf die Kosten und die Versorgung zu überwachen, hat der Bundesrat ein Monitoring sowie eine Evaluation in Auftrag gegeben. Der erste Monitoringbericht zur Entwicklung der Kosten, der Inanspruchnahme und der Versorgungssituation aufgrund des Modellwechsels aus Sicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) wurde im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) von Polynomics verfasst und im April 2024 veröffentlicht (Bill & Fischer, 2024). Parallel dazu hat der Krankenkassenverband santésuisse Analysen zur Entwicklung der Kosten im Bereich der psychologischen Psychotherapie durchgeführt, wobei sich in Bezug auf die identifizierten Kostenentwicklungen erhebliche Abweichungen ergeben haben. Im vorliegenden Anhang werden die Berechnungsmethoden von Polynomics und santésuisse verglichen. Ziel des Vergleichs ist es, die methodischen Unterschiede zu identifizieren, auf die die Differenzen in den berechneten Mehrkosten zurückzuführen sind. Damit soll schliesslich eine verlässliche Grundlage für das Monitoring der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie geschaffen werden.

7.2.1 Ausgangslage

Der erste Monitoringbericht zur Neuregelung der psychologischen Psychotherapie von Polynomics (Bill & Fischer, 2024) im Auftrag des BAG schätzt die Mehrkosten innerhalb der OKP des Modellwechsels im Jahr 2023 gegenüber 2022 auf 175 bis 200 Millionen Franken. Die Berechnung stützt sich auf Abrechnungsdaten der SASIS AG und basiert auf einem Vergleich des ersten Halbjahrs 2022 mit dem ersten Halbjahr 2023. Diese Werte wurden anschliessend auf das Gesamtjahr hochgerechnet, wobei der Anteil des ersten Halbjahrs an den Jahresleistungen anhand von Vorjahreswerten auf 55 % geschätzt wurde. Kurz vor der Veröffentlichung des Monitoringberichts durch das BAG kommunizierte die santésuisse in einer Medienmitteilung⁸, Mehrkosten von 220 Millionen Franken infolge des Systemwechsels vom Delegations- zum Anordnungsmodell. In der Folge berichteten Medien unter Berufung auf santésuisse-Auswertungen teilweise von Mehrkosten von bis zu 300 Millionen Franken⁹. Im Gegensatz zum Bericht von Polynomics umfasste die Medienmitteilung der santésuisse keine methodische Beschreibung, sodass die Unterschiede in Bezug auf die Berechnungsweise und somit die Gründe für die Differenzen in Bezug auf die ermittelten Mehrkosten nicht direkt nachvollziehbar waren. Auf Anfrage des BAG lieferte

⁸ <https://www.santesuisse.ch/de/newsdetail/news/staerkstes-kosten-wachstum-seit-10-jahren-belastet-paemienzahler/>

⁹ <https://www.blick.ch/politik/darum-steigen-die-kosten-immer-mehr-6000-neue-psychologen-in-zwei-jahren-id19686395.html>

santésuisse detaillierte Zahlen mit dem damals aktuellen Datenstand zur Kostenentwicklung pro Abrechnungsmonat sowie methodische Erläuterungen zur Datengrundlage und zu den Berechnungen. Demnach geht santésuisse von Mehrkosten von rund 318 Millionen Franken pro Jahr aus – also etwa 100 Millionen Franken mehr als im Polynomics-Bericht eruiert wurden (siehe G 7.2). Wie der Bericht von Polynomics stützen sich auch die Berechnungen im Auftrag der santésuisse auf die Abrechnungsdaten der SASIS AG.

Trotz des Austauschs zwischen den beteiligten Akteuren konnten die Differenzen bezüglich der ermittelten Mehrkosten nicht abschliessend geklärt werden. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) wurde deshalb vom BAG beauftragt, die Differenzen zu analysieren und darauf aufbauend eine konsolidierte Methodik für das Monitoring zu definieren. In einem ersten Schritt werden die methodischen Unterschiede analysiert und beschrieben. In einem zweiten Schritt werden die beiden Berechnungen anschliessend repliziert. Im dritten Schritt werden die Ergebnisse verglichen, um die (Haupt-)Ursachen für die Abweichungen je nach Methode zu identifizieren. Das Fazit bildet schliesslich die Grundlage für die Festlegung einer konsolidierten Methode für das zukünftige Monitoring.

7.2.2 Methodische Unterschiede

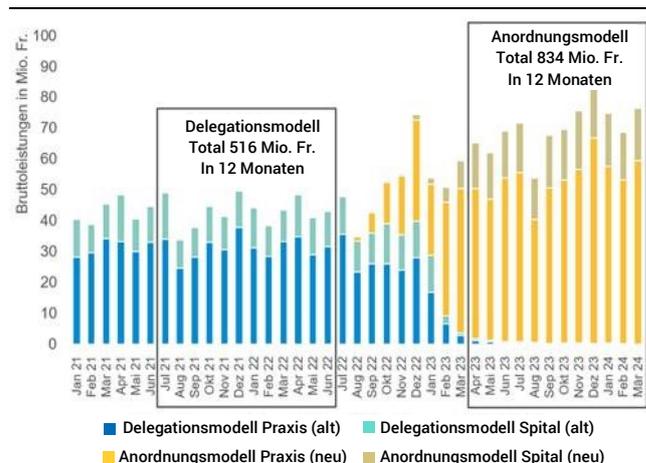
Die Analyseparameter der beiden Berechnungsmethoden sind in Tabelle T 7.8 gegenübergestellt. Die Unterschiede zwischen den Methoden werden im Folgenden näher erläutert.

Datenquelle

Beide Berechnungen basieren auf den Abrechnungsdaten der SASIS AG. Für die in Spitälern erbrachten Leistungen sowie alle im Delegationsmodell fakturierten Leistungen basieren beide Methoden auf dem Tarifpool (TP). Ein Unterschied liegt jedoch in der Wahl der Datenquelle für die Periode nach dem Systemwechsel: santésuisse stützt sich bei den in Praxen erbrachten Leistungen auf den Datenpool (DP), Polynomics hingegen auf den TP. Zwar stützen sich beide Datensätze auf die im Rahmen der OKP fakturierten Leistungen, trotzdem existieren Unterschiede in Bezug auf den Abdeckungsgrad der Daten sowie Definitionen der zeitlichen Attribution von Leistungen im DP und im TP.

Der DP enthält aggregierte Daten zu den abgerechneten OKP-Leistungen pro Leistungserbringer. Nicht enthalten sind Leistungen, die von den Patientinnen und Patienten nicht bei den Krankenversicherern eingereicht werden (dies gilt auch analog für den TP). Die im DP erfassten Leistungen wurden von den Versicherern bereits auf ihre OKP-Leistungspflicht geprüft. Der TP enthält ebenfalls aggregierte Leistungsdaten, jedoch mit einer Differenzierung nach Tarif und Tarifposition für jeden Leistungserbringer. Dadurch ermöglicht er detaillierte Analysen des Leistungsspektrums. Die Daten im TP stammen allerdings aus den Vordaten der Krankenkassen, in denen die Inhalte der Rechnungsbelege elektronisch erfasst werden – also bevor die OKP-

G 7.2 Kostenentwicklung in der psychologischen Psychotherapie gemäss santésuisse, 2021–2024



Bemerkung: Um die jährlichen Mehrkosten des Modellwechsels zu ermitteln, wird in der Grafik der Zeitraum August 2021 bis Juni 2022 für das Delegationsmodell mit dem Zeitraum April 2023 bis März 2024 für das Anordnungsmodell verglichen. Diese Grafik zeigt die letzte Schätzung von santésuisse zuhanden des BAG mit berechneten Mehrkosten von 318 Millionen Franken.

Quelle: SASIS AG – TP & DP / Auswertung santésuisse © Obsan 2025

Leistungspflicht einzelner geprüft wird. Dadurch besteht die Möglichkeit, dass auch «falsche» Rechnungen im Sinne von nicht OKP-relevanten Leistungen im TP enthalten sein können.

Im Gegensatz zum DP übermitteln nicht alle Versicherer ihre Daten für den TP. Während der DP somit nahezu 100% der abrechnungsrelevanten Daten umfasst, ist die Abdeckung des TP etwas geringer als beim DP. Mittels Extrapolation können die im TP fehlenden Leistungen jedoch geschätzt werden. Grundlage dafür bilden Angaben zum Abdeckungsgrad des TP mit Referenz zum DP. Abdeckungsgrade (z.B. nach Partnerart-Obergruppe, Jahr und Kanton) werden entweder von der SASIS kommuniziert oder können auf Basis von DP und TP bestimmt werden.

Zeitbezug: zeitliche Zuordnung der Leistungen (Behandlungsmonat vs. Abrechnungsmonat)

Polynomics wertet die Daten nach Behandlungsjahr bzw. -monat aus, santésuisse nach Abrechnungsjahr bzw. -monat (auch als Geschäftsjahr bzw. -monat bezeichnet). Grundsätzlich liegen Auswertungen nach Abrechnungsjahr schneller vor als jene nach Behandlungsjahr. Dies liegt daran, dass das Abrechnungsjahr zu einem festen Zeitpunkt abgeschlossen wird (31.12.) und alle bis dahin abgerechnete Leistungen diesem Jahr zugeordnet werden. Massgebend ist demnach der Zeitpunkt der Abrechnung einer Leistung. Beim Behandlungsjahr ist hingegen der effektive Zeitpunkt der Leistungserbringung ausschlaggebend. Dabei werden auch Leistungen berücksichtigt, die erst zu einem späteren Zeitpunkt (z. B. im Folgejahr) abgerechnet werden. Dadurch dauert es länger, bis die Daten vollständig vorliegen, im Gegensatz zum Abrechnungsjahr.

T 7.8 Analyseparameter Polynomics vs. santésuisse

Berechnungsmethode	Polynomics				santésuisse			
	Delegationsmodell		Anordnungsmodell		Delegationsmodell		Anordnungsmodell	
Leistungserbringer	Praxis	Spital	Praxis	Spital	Praxis	Spital	Praxis	Spital
Erfassungsperiode	Behandlungsmonat				Abrechnungsmonat			
Analysezeitraum	Jan.–Juni 2022		Jan.–Juni 2023		Juli 2021–Juni 2022		Apr. 2023–März 2024	
Datenquelle	Tarifpool		Tarifpool		Tarifpool		Datenpool	Tarifpool
Filter TarifCode	"02,02XXX"	"02,01XXX"			"02,02XXX", "02,01XXX"			
Filter TarifTyp				581	001			581
Filter ObergruppePartnerArt			59	≠59	1	10	59	0,10
Hochrechnung Tarifpool -> Datenpool	Ja				Nein			Nein

Bemerkungen: Die Analyseparameter der santésuisse-Analyse wurde am 18.11.2024 von Cornelia Meier (santésuisse) bestätigt. Die Analyseparameter der Polynomics-Analyse wurde am 14.1.2024 von Marc Bill und Barbara Fischer (beide Polynomics) bestätigt.

Quelle: Eigene Darstellung Obsan

© Obsan 2025

Veränderungen im Abrechnungsprozess, wie die Einführung neuer Tarife, können zu Verzögerungen bei der Abrechnung führen, da Leistungserbringer möglicherweise Zeit benötigen, um sich an die neuen Vorgaben anzupassen. Solche Verzögerungen betreffen insbesondere das Abrechnungsjahr, weil dieses unabhängig vom aktuellen Abrechnungsstand zu einem festen Zeitpunkt abgeschlossen wird. Daher kann es vorkommen, dass das Abrechnungsjahr nicht dem Behandlungsjahr bzw. dem Jahr der Leistungserbringung entspricht.

Beim Behandlungsjahr hingegen tritt dieser Effekt nicht auf, da nachträglich abgerechnete Leistungen rückwirkend dem Zeitpunkt der Behandlung zugewiesen werden. Besonders wenn Veränderungen über die Zeit analysiert werden, ist das Behandlungsjahr die geeignetere Basis. Da jede Leistung – unabhängig vom Abrechnungszeitpunkt – dem tatsächlichen Behandlungsdatum zugewiesen wird, lassen sich Effekte besser zeitlich verorten und Verzerrungen durch Abrechnungsverzögerungen vermeiden.

Beim Behandlungsjahr hingegen besteht eine zeitliche Diskrepanz zwischen tatsächlicher Leistungserbringung und vollständiger Datenerfassung. Deshalb sollte zwischen dem Datenstand und der Auswertungsperiode ein ausreichender zeitlicher Abstand eingehalten werden, um eine möglichst vollständige Datengrundlage zu gewährleisten.

Beide Datenquellen – der DP und der TP – ermöglichen Auswertungen nach Abrechnungsmonat bzw. -jahr. Eine Analyse nach Behandlungsmonat oder -jahr ist jedoch im TP und DP nicht gleichermassen durchführbar. Im TP werden die Leistungen, also einzelne Tarifpositionen, exakt dem Monat zugeordnet, in dem sie erbracht wurden. Im Gegensatz dazu werden im DP abgeschlossene Rechnungen dem Monat des Behandlungsbeginns zugewiesen, wobei eine Rechnung mehrere Konsultationen und

Leistungen (Tarifpositionen) umfassen kann. So kann es beispielsweise vorkommen, dass eine Behandlung, die im Januar beginnt und bis in den April andauert, erst nach Abschluss abgerechnet wird, wodurch die Leistungen von Februar bis April ebenfalls dem Januar zugerechnet werden. Dieses Vorgehen kann zu Verzerrungen führen, insbesondere dann, wenn Behandlungen gegen Ende des Jahres beginnen und erst im Folgejahr abgerechnet werden. In solchen Fällen werden die Rechnungen nicht dem ursprünglichen Monat des Behandlungsbeginns im Vorjahr, sondern dem Monat Januar des Abrechnungsjahres zugeordnet, was in einer Unterschätzung der Kosten gegen Ende des Jahres und einer Überschätzung zu Beginn des Jahres resultiert (G 7.3). Dies geschieht aufgrund des Jahresabschlusses, bei dem offene Rechnungskonten im Dezember geschlossen und im Januar wieder geöffnet werden. Besonders relevant scheinen diese Verzerrungen bei Behandlungen mit mehreren geplanten Sitzungen zu sein, die häufig in einer einzigen Rechnung abgerechnet werden. Dazu gehören beispielsweise Chemotherapien mit mehreren Zyklen, aber auch Psychotherapien mit mehreren Sitzungen.

Analysezeitraum

Polynomics hat im Monitoringbericht als Basiszeitraum zur Berechnung der Kosten für das Delegationsmodell Januar bis Juni 2022, also das erste Halbjahr unmittelbar vor der Übergangsphase zum Anordnungsmodell (Juli bis Dezember 2022) gewählt. Als Vergleichszeitraum diente die Periode von Januar bis Juni

2023¹⁰. Saisonal bedingte Verzerrungen können somit ausgeschlossen werden, weil sowohl im Basis- wie auch im Vergleichszeitraum dieselben Monate analysiert wurden. Die jeweils für das Halbjahr ermittelten Kosten wurden anschliessend auf ein ganzes Jahr hochgerechnet. Für diese Hochrechnung wurde der Anteil des ersten Halbjahrs an den Jahresleistungen auf Grundlage von Vorjahreswerten auf 55 % geschätzt.

Für die in ihrer Medienmitteilung präsentierten Zahlen wählte santésuisse für das Delegationsmodell den Zeitraum Juli 2021 bis Juni 2022 und verglich diesen mit dem Zeitraum Januar bis Dezember 2023 für das Anordnungsmodell. Für die dem BAG übermittelten Analysen wurde für das Delegationsmodell der gleiche Zeitraum gewählt, für das Anordnungsmodell jedoch ein um vier Monate nach hinten verschobener Zeitraum von April 2023 bis März 2024 (siehe G 7.2). Durch diese Verschiebung haben sich die berechneten Mehrkosten von 220 Millionen Franken auf 318 Millionen Franken pro Jahr erhöht. Diese Verschiebung des Betrachtungszeitraums ist insofern sinnvoll, als davon auszugehen ist, dass in den Monaten Januar und Februar 2023 unmittelbar nach Ende der Übergangsphase noch viele Leistungen im Delegationsmodell abgerechnet wurden bzw. bereits erbrachte Leistungen im Anordnungsmodell aufgrund der Umstellung der Abrechnungsprozesse von den Leistungserbringern noch nicht abgerechnet wurden. Andererseits besteht die Möglichkeit, dass dies zu einer Verzerrung der Kosten führt, da Leistungen, die normalerweise zu einem früheren Zeitpunkt abgerechnet werden, nun in diesen Abrechnungszeitraum fallen und somit zu einem höheren Leistungsvolumen führen als gewöhnlich.

Die Wahl des Analysezeitraums kann daher einen entscheidenden Einfluss auf die abgerechneten Leistungen und damit auch auf die Höhe der ermittelten Mehrkosten haben, insbesondere wenn als Zeitbezug der Abrechnungsmonat gewählt wird.

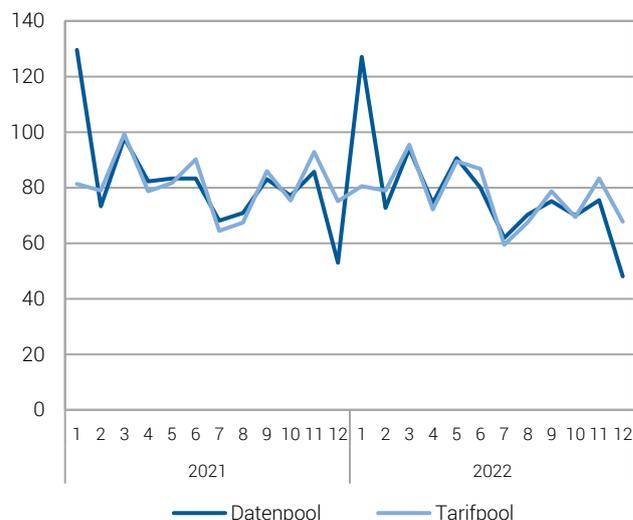
Filter zur Abgrenzung der psychologischen Psychotherapie

Die Vorgehensweise bei Polynomics und santésuisse bei der Abgrenzung von Leistungen für psychologische Psychotherapie im Delegationsmodell ist durchaus vergleichbar und erfolgt über die entsprechenden TARMED-Codes. Es gibt jedoch eine kleine Differenz bei der Einteilung, ob die Leistungen in einer Praxis oder im Spital erbracht wurden. Während Polynomics diese Abgrenzung via TARMED-Code vornimmt (02.03 «Delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis» vs. 02.02 «Nichtärztliche psychologische/ psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie»), wählt santésuisse eine andere Herangehensweise und verwendet die ObergruppenPartnerArt (1 «Ärzte» vs. 10 «Spitäler»).

Im Anordnungsmodell erfolgt die Abgrenzung der in Praxen erbrachten Leistungen bei beiden Analysen über die neu eingeführte ObergruppenPartnerArt 59 «Psychologin / Psychologe». Bei den in Spitälern erbrachten Leistungen berücksichtigt Polynomics sämtliche Leistungen, die nicht der Kategorie «Psychologin/Psychologe» zugeordnet werden und über den neu

¹⁰ Die Daten wurden im Januar 2024 bei der SASIS AG bezogen. Mit einem zeitlichen Abstand von sechs Monaten zwischen dem

G 7.3 Bruttokosten der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung nach Behandlungsmonat, 2021–2022



Datenstand: Dezember 2024

Quelle: SASIS – DP & TP / Auswertung Obsan

© Obsan 2025

eingeführten Psychotherapie-Tarif (Tarif 581) abgerechnet werden. santésuisse beschränkt sich demgegenüber auf Leistungen, die über den Tarif 581 abgerechnet werden und den Kategorien 10 («Spitäler») oder 0 («unbekannt») zugeordnet sind.

Hochrechnung

Wie im Abschnitt Datenquellen beschrieben, ist der TP teilweise weniger vollständig als der DP. Aus diesem Grund werden die Ergebnisse des TP häufig auf den DP hochgerechnet. Dies geschieht auf der Basis des sogenannten Abdeckungsgrades (Leistungsvolumen TP im Verhältnis zum Leistungsvolumen DP in einer bestimmten Zeitperiode). Der Abdeckungsgrad wird von der SASIS AG berechnet und für verschiedene Leistungserbringerkategorien zur Verfügung gestellt.

Polynomics hat die Ergebnisse auf den DP hochgerechnet, santésuisse nicht, mit der Begründung, dass in den Bereichen, in denen der TP verwendet wurde, der Abdeckungsgrad nahezu 100% beträgt.

7.2.3 Replikation der Berechnungen

Tabelle T 7.8 stellt die von Polynomics und santésuisse verwendeten Analyseparameter gegenüber. Diese wurden anhand der verfügbaren Unterlagen zusammengestellt und im direkten Austausch mit Polynomics und santésuisse validiert. Anschliessend wurden die beiden Berechnungen auf Basis dieser Parameter

Auswertungszeitraum und dem Datenstand dürften sie weitgehend vollständig sein.

repliziert. Die berechneten monatlichen Kosten sowie die zugrunde liegenden Analysezeiträume sind in Grafik G 7.4 dargestellt. Für die Replikation stützt sich das Obsan nicht auf die in den Medien kommunizierte Schätzungen von santésuisse, sondern auf die aktualisierte Auswertung, welche dem BAG zur Verfügung gestellt wurde. Sie berücksichtigt für das Anordnungsmodell den Zeitraum April 2023 bis März 2024 und geht von Mehrkosten von 318 Millionen Franken aus.

Die Berechnungen von Polynomics und santésuisse konnten nahezu vollständig repliziert werden. Die vom Obsan für das Delegationsmodell ermittelten Kosten liegen mit rund +2 Millionen Franken (santésuisse) bzw. -1 Million Franken (Polynomics) geringfügig über bzw. unter den Zahlen der Originalanalysen. Beim Anordnungsmodell fällt die Abweichung etwas grösser aus und beträgt 7 bzw. 9 Millionen Franken (T 7.9). Insgesamt bewegen sich diese Abweichungen der Replikation in einem plausiblen Rahmen (zwischen -0,5% und +2,5%), insbesondere die leicht höheren Werte beim Anordnungsmodell. Letzteres ist darauf zurückzuführen, dass sowohl der TP als auch der DP fortlaufend aktualisiert werden. Dadurch können nachträglich neue Rechnungsbeträge erfasst werden, die zum Zeitpunkt der ursprünglichen Berechnung noch nicht von den Versicherern geliefert wurden.

7.2.4 Systematischer Vergleich

Um die unterschiedlichen Einflüsse der Analyseparameter auf die Ergebnisse zu untersuchen, wurden die beiden Berechnungs-

T 7.9 Replikation Berechnungen santésuisse und Polynomics (Kosten in Mio. CHF)

Berechnungsmethode		Delegationsmodell	Anordnungsmodell	Mehrkosten
santésuisse	Orig.	516	834	318
	Repl.	518	841	323
	Diff.	+2	+7	+5
Polynomics	Orig.	277	373	96
	Repl.	276	382	106
	Diff.	-1	+9	+10

Bemerkungen: Bei santésuisse beziehen sich die Kosten auf einen Zeitraum von 12 Monaten bei Polynomics auf einen Zeitraum von 6 Monaten, da zum Zeitpunkt der Analysen keine aktuelleren Daten vorlagen.

Datenstand: Dezember 2024

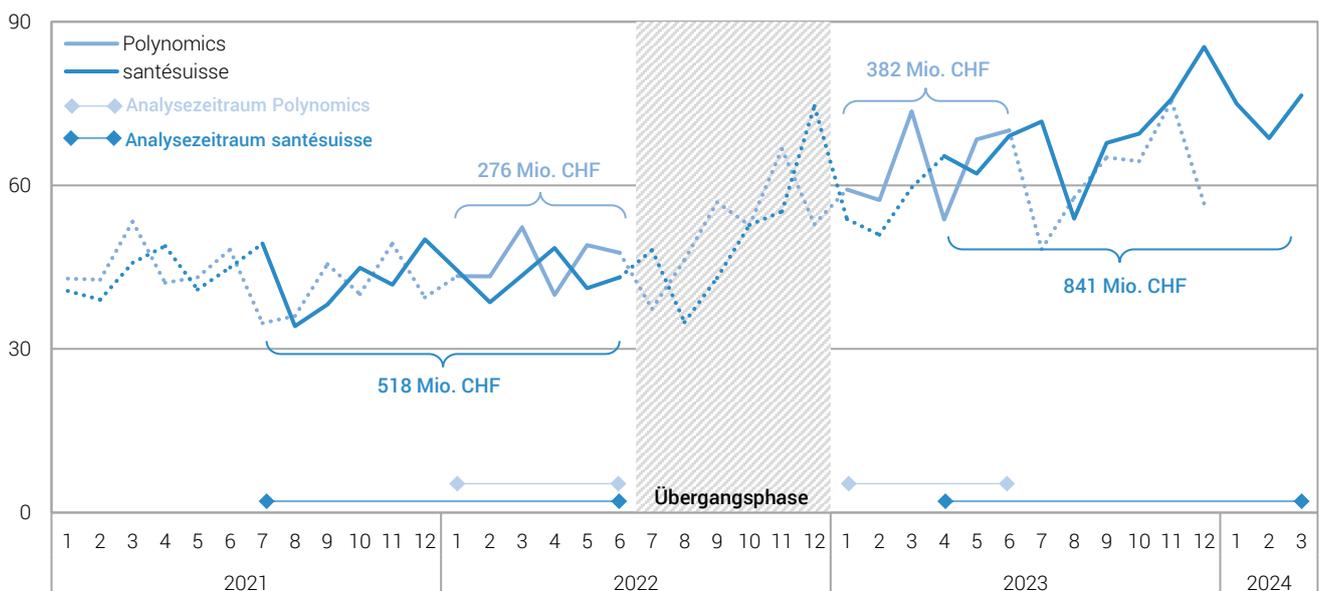
Quelle: SASIS – DP & TP / Auswertung Obsan

© Obsan 2025

methoden schrittweise angeglichen. So konnte in jedem Schritt der Effekt eines einzelnen Analyseparameters isoliert und bewertet werden.

Vergleicht man die ursprünglichen Berechnungen, so liegen die von santésuisse ermittelten Mehrkosten um 149 Millionen Franken über denen von Polynomics, was einer relativen Differenz von 85,1% entspricht (T 7.10). Wird jedoch für beide Berechnungen derselbe Analysezeitraum gewählt, reduziert sich die Differenz auf 79 Millionen Franken (32,6%). Dies entspricht einer

G 7.4 Replikation der Berechnungsmethode von Polynomics und santésuisse: Bruttokosten der psychologischen Psychotherapie, 2021–2024



Bemerkungen: Die gestrichelten Linien stellen die Entwicklung der Kosten ausserhalb der gewählte Analysezeiträume dar.

Datenstand: Dezember 2024

Quelle: SASIS – DP & TP / Auswertung Obsan

© Obsan 2025

Verringerung der ursprünglichen Abweichung um 52,6 Prozentpunkte.

Wird zusätzlich der Zeitbezug (Behandlung- vs. Abrechnungsmonat) angeglichen, sodass die Kosten für beide Berechnungen nach Abrechnungsmonat analysiert werden, verringert sich die Differenz der Mehrkosten pro Jahr um weitere 12,1 Prozentpunkte auf 55 Millionen Franken bzw. 20,4%.

Im nächsten Schritt wird die Datenquelle für beide Berechnungen vereinheitlicht, indem ausschliesslich der TP verwendet wird. Dadurch sinkt die Differenz nochmals um 20,2 Prozentpunkte und beträgt nur noch 1 Million Franken bzw. 0,2%. Diese verbleibende Abweichung ist auf geringfügig unterschiedliche Filter zur Abgrenzung der psychologischen Psychotherapie zurückzuführen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass insbesondere der gewählte Analysezeitraum und die verwendete Datenquelle die Differenz zwischen den Berechnungen von Polynomics und santésuisse erklären. Aber auch die Wahl des Zeitbezugs (Abrechnungs- vs. Behandlungsmonat) hat einen nicht zu vernachlässigenden Einfluss.

Ein bislang nicht berücksichtigter Unterschied zwischen den beiden Berechnungsmethoden ist die Hochrechnung des TP auf den DP, die nur von Polynomics vorgenommen wird. Mit der Hochrechnung wird für die im TP fehlenden Leistungen korrigiert. Dadurch sollte – zumindest auf aggregierter Ebene – die

Differenzen eliminiert werden, die sich aufgrund der unterschiedlichen Datenquellen ergeben – gegeben, dass der verwendete Abdeckungsgrad die Unterschiede im Leistungsvolumen je nach Datenquelle adäquat repräsentiert. Diese Hochrechnung basiert – wie oben erwähnt – auf dem ausgewiesenen Abdeckungsgrad der einzelnen Leistungserbringerkategorien, die Polynomics von der SASIS AG zur Verfügung gestellt wurden (Datenstand: Juli 2024). Für die Hochrechnung der delegierten Psychotherapie verwendet Polynomics die Kategorien «Ärzte ambulant» und «Spitäler ambulant», für die SASIS AG im Jahr 2021 einen Abdeckungsgrad von 98,6% bzw. 98,7% angibt.

Beim Anordnungsmodell erfolgt die Hochrechnung auf Basis der Kategorie «Total», also des gesamten Abdeckungsgrads des TP gegenüber dem DP. Dieser betrug im Jahr 2023 101,6%. Die neu eingeführte Leistungserbringerkategorie «Psychologische Psychotherapeut/innen», für die SASIS im Jahr 2023 einen Abdeckungsgrad von 91,1% ausweist wurde nicht verwendet, da man aufgrund des Rückgangs von 95,8% auf 91,1% zwischen 2022 und 2023 die Angaben für unplausibel hielt.

Die von Polynomics verwendeten Abdeckungsgrade für die Extrapolation führen zu einer Erhöhung der Kosten im Delegationsmodell und einer Verringerung im Anordnungsmodell. Dies liegt daran, dass der verwendete Abdeckungsgrad im Zeitraum des Delegationsmodells unter 100% und im Zeitraum des

T 7.10 Schrittweise Angleichung der Analyseparameter der Berechnungen von Polynomics und santésuisse

Berechnungsmethode	Delegationsmodell	Anordnungsmodell	Mehrkosten	Differenz bei Mehrkosten		Angleichung der Analyseparameter der beiden Berechnungsmethoden
	Mio. Franken	Mio. Franken	Mio. Franken	%	%-Punkte	
Polynomics *	504	678	175	85.1%	-	Keine Angleichung.
santésuisse	518	841	323			
Differenz	14	163	149			
Polynomics	521	765	244	32.6%	52.6	Gleicher Analysezeitraum : Juli 2021 bis Juni 2022 für Delegationsmodell und April 2023 bis März 2024 für Anordnungsmodell.
santésuisse	518	841	323			
Differenz	-3	76	79			
Polynomics	519	788	268	20.4%	12.1	Gleicher Zeitbezug : Abrechnungsmonat.
santésuisse	518	841	323			
Differenz	-2	53	55			
Polynomics	519	788	268	0.2%	20.2	Gleiche Datenquelle : TP statt DP für psychologisch-psychotherapeutische Praxen im Anordnungsmodell.
santésuisse	518	787	269			
Differenz	-2	-1	1			
Polynomics	519	788	268	0.0%	0.2	Gleiche Filter zur Abgrenzung der psychologischen Psychotherapie.
santésuisse	519	788	268			
Differenz	0	0	0			

Bemerkungen: * Die für das erste Halbjahr berechneten Kosten wurden gemäss der im Monitoringbericht von Polynomics beschriebenen Methode auf das Gesamtjahr hochgerechnet. Dabei wurde angenommen, dass 55% der jährlichen Leistungen im ersten Halbjahr erbracht werden. Auf dieser Basis ergeben sich geschätzte jährliche Kosten für das Anordnungsmodell von 678 Mio. Franken. Diese Zahl weicht jedoch von den im Monitoringbericht genannten jährlichen Kosten (700 bis 750 Millionen Franken) ab.

Datenstand: Dezember 2024

Quelle: SASIS – DP & TP / Auswertung Obsan

© Obsan 2025

Anordnungsmodells über 100% liegt. Dadurch fallen die berechneten Mehrkosten geringer aus und die Differenz zwischen den Berechnungen von santésuisse und Polynomics vergrösserte sich noch weiter.

Der von SASIS kommunizierte Abdeckungsgrad für Psychologinnen und Psychologen im Jahr 2023 blieb auch beim Datenbezug im Februar 2025 auf einem ähnlichen Niveau (91,3%). Wendet man diesen Abdeckungsgrad anstelle den des Totals auf die Berechnung von Polynomics an und verwendet für beide Berechnungsmethoden denselben Analysezeitraum, so ergibt sich für Polynomics ein ähnlich hohes jährliches Kostenniveau für das Anordnungsmodell wie bei santésuisse. Die Differenz der Mehrkosten beträgt nur noch 13 Millionen Franken bzw. 4,2%. Wird zudem berücksichtigt, dass santésuisse den TP nicht auf den DP hochgerechnet hat, reduziert sich die Differenz der Mehrkosten auf rund 6 Millionen Franken bzw. 1,8%.

7.2.5 Fazit

Die Unterschiede zwischen den Berechnungen von Polynomics und santésuisse lassen sich auf eine Kombination mehrerer Faktoren zurückführen: (1) den gewählten Analysezeitraum in Verbindung mit dem Zeitbezug (Behandlungs- vs. Abrechnungsmonat) und (2) die verwendete Datenquelle (Tarifpool vs. Datenpool) sowie die Hochrechnungsmethode.

Analysezeitraum und Zeitbezug (Behandlungs- vs. Abrechnungsmonat)

Da Polynomics die Analysen nach Behandlungsmonat durchgeführt hat, konnte nur ein kurzer Analysezeitraum von sechs Monaten nach dem Systemwechsel betrachtet werden. Zum Zeitpunkt der Analysen hatten die Psychologinnen und Psychologen noch nicht genügend Leistungen abgerechnet, um ein vollständiges Behandlungsjahr abzubilden. Es kann relativ lange dauern, bis die Abrechnungsdaten eines Behandlungsmonats vollständig vorliegen. Für die psychologische Psychotherapie in Praxen gilt bspw.: Bis zum Abrechnungsmonat Januar 2024 wurden erst 96% der Leistungen des Behandlungsmonats Januar 2023 abgerechnet (und im TP registriert).

Wird hingegen nach Abrechnungsmonat analysiert – wie dies santésuisse gemacht hat –, liegen zum Zeitpunkt der Analysen deutlich mehr vollständige Abrechnungsmonate vor, was zu einer grösseren Anzahl erfasster Leistungen und somit auch zu höheren berechneten Mehrkosten führt.

Grundsätzlich erlaubt eine Analyse nach Behandlungsmonat eine genauere Betrachtung der zeitlichen Entwicklung der Kosten, da (1) die Leistungen dem effektiven Zeitpunkt der Behandlung zugeordnet werden, (2) Verzerrungen durch Änderungen im Abrechnungsverhalten, beispielsweise aufgrund eines Systemwechsels, vermieden werden und (3) Verzerrungen infolge des Abschlusses des Abrechnungsjahres sowie der Orientierung am Monat des Behandlungsbeginns bei der Zuweisung der Leistungen vermieden werden (siehe Grafik G 7.3). Allerdings ist ein relativ

grosser zeitlicher Abstand zwischen dem Auswertungszeitraum und dem Datenstand der Datenquelle erforderlich, damit die Daten ausreichend vollständig sind.

Datenquelle und Hochrechnung

Polynomics stützte sich für die psychologisch-psychotherapeutischen Praxen auf den TP, während santésuisse den DP verwendete. Da der DP als vollständiger gilt als der TP, erscheint es auf den ersten Blick plausibel, dass santésuisse höhere Kosten für das Anordnungsmodell berechnete als Polynomics. Allerdings hätte die von Polynomics vorgenommene Hochrechnung vom TP auf den DP diese Differenz ausgleichen oder zumindest verringern sollen. Da dies nicht geschah, stellt sich die Frage, ob der damals verwendete Abdeckungsgrad nicht plausibel war. Eine aktuelle Berechnung auf Basis des von SASIS kommunizierten Abdeckungsgrads (Datenstand: Februar 2025) zeigt, dass sich mit dem TP für denselben Analysezeitraum ähnliche Kosten wie mit dem DP ergeben.

Grundsätzlich erscheint es sinnvoller, den TP statt des DP als Grundlage für ein Monitoring nach einem Systemwechsel zu verwenden, da so Verzerrungen durch den Abschluss des Abrechnungsjahres sowie die Orientierung am Behandlungsbeginn bei der Zuweisung der Leistungen zu den Monaten (G 7.3) vermieden werden. Besonders relevant erscheinen diese Verzerrungen bei Behandlungen mit mehreren geplanten Sitzungen, die oft wahrscheinlich in einer Rechnung abgerechnet werden. Dazu gehören beispielsweise Chemotherapien mit mehreren Zyklen, aber eben auch Psychotherapien mit mehreren Sitzungen.



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.