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

Psychische Gesundheit in der Schweiz: Entwicklung, Förderung, Prävention und Versorgung

Nationaler Gesundheitsbericht 2025

Kapitel 11 – Die Versorgung psychisch erkrankter Personen: Begleitdokument zur Datengrundlage und Methodik

Autoren Alexandre Tuch, Reto Jörg

Herausgeber Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Neuchâtel 2025

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 3

1.1 Methodik 3
1.1.1 Statistische Signifikanz 3

1.2 Datenquellen 3
1.2.1 Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) – BFS 3
1.2.2 Daten- und Tarifpool – SASIS AG 3
1.2.3 Patientendaten Spitäler ambulant (PSA) – BFS 3
1.2.4 Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) – BFS 4
1.2.5 Krankenhausstatistik (KS) – BFS 4

2 Inanspruchnahme 5

2.1 Hospitalisierungen in der «Psychiatrie» 5
2.1.1 Abgrenzung des Versorgungsbereichs Psychiatrie 5
2.1.2 Behandlungsfälle vs. Patientinnen und Patienten 5
2.1.3 Pflegetage 5

2.2 Praxisambulanter Bereich 5
2.2.1 Berücksichtige Leistungen 5
2.2.2 Wechsel zum Anordnungsmodell: Auswirkung auf die Patientenzahlen 6

3 Gesundheitsfachkräfte 7

3.1 Spitalbereich (stationär und intermediär) 7
3.1.1 Abgrenzung des psychiatrischen Personals 7
3.1.2 Berechnung Pflegetageäquivalente 7

3.2 Praxisambulanter Bereich 8
3.2.1 Schätzung der Vollzeitäquivalente anhand der Leistungsdaten im Rahmen der OKP 8

4 Regionale Unterschiede und Erreichbarkeit 11

4.1 Erreichbarkeit und Versorgungdichte 11
4.1.1 Ein- bzw. Ausschlusskriterien für psychiatrische/psychologische psychotherapeutische Angebote 11
4.1.2 Anpassung der Typologie «Raum mit städtischem Charakter und Agglomerationen 2020» 11

5 Referenz 13

1 Einleitung

1.1 Methodik

1.1.1 Statistische Signifikanz

Die Analysen in diesem Kapitel beruhen häufig auf Vollerhebungen und nicht auf Stichproben. Dadurch ist die statistische Unsicherheit deutlich geringer, und eine zufallskritische Absicherung der Ergebnisse ist nicht zwingend erforderlich.

Bei Ergebnissen aus Stichprobenerhebungen wurde die statistische Signifikanz anhand von 95%-Konfidenzintervallen geprüft. Diese Intervalle geben den Bereich an, in dem der wahre Wert der Grundgesamtheit mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 % liegt. Überlappen sich die Konfidenzintervalle zweier Gruppen, gilt der Unterschied zwischen diesen Gruppen als nicht statistisch signifikant. Überlappen sie sich nicht, wird der Unterschied als statistisch signifikant betrachtet, was auf eine wahrscheinliche Relevanz des Unterschieds hinweist.

1.2 Datenquellen

1.2.1 Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) – BFS

Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser erfasst jedes Jahr die anfallenden Daten aller Hospitalisierungen in den schweizerischen Krankenhäusern. Diese Erhebung wird von jedem Krankenhaus und jedem Geburtshaus, bzw. von jeder Klinik durchgeführt. Das BFS erhebt sowohl soziodemographische Informationen der Patienten wie Alter, Geschlecht, Wohnregion als auch administrative Daten wie Versicherungsart oder Aufenthaltsort vor der Hospitalisierung und medizinische Informationen wie Diagnosen und Behandlungen. Im Nationalen Gesundheitsbericht wurde die MS primär dazu verwendet, die Inanspruchnahme im spitalstationären Bereich darzustellen.

1.2.2 Daten- und Tarifpool – SASIS AG

Sowohl der Tarifpool (TP) als auch der Datenpool (DP) der SASIS AG enthalten aggregierte Daten der Versicherer zu den abgerechneten Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), aufgeschlüsselt nach Leistungserbringern. Beide Datensätze erfassen nur Leistungen, die den Versicherern eingereicht oder von den Leistungserbringern direkt abgerechnet werden. Nicht enthalten sind Rechnungen, die von den Versicherten zurückbehalten werden (z. B. aufgrund hoher Franchise) sowie Leistungen, die nicht von der OKP übernommen werden (z. B. Zusatzversicherungen nach VVG).

Unterschiede zwischen TP und DP bestehen im Abdeckungsgrad und in der Detaillierung: Der DP umfasst nahezu alle abrechnungsrelevanten Leistungen und wurde von den Versicherern bereits auf die OKP-Leistungspflicht geprüft. Der TP bietet eine Differenzierung nach Tarif und Tarifposition, basiert jedoch auf den Vorsystemen der Versicherer, bevor die OKP-Leistungspflicht geprüft wird, sodass auch nicht OKP-relevante Rechnungen enthalten sein können. Zudem übermitteln nicht alle Versicherer ihre Daten für den TP, weshalb dessen Abdeckung leicht geringer ist. Fehlende Leistungen im TP können durch Hochrechnungen auf Basis der DP-Daten geschätzt werden.

Im Nationalen Gesundheitsbericht wurde der TP für Analysen der Versorgungsstrukturen (Versorgungsmix) sowie zur Schätzung der Vollzeitäquivalente von Psychiaterinnen, Psychiatern und psychotherapeutisch tätigen Psychologinnen und Psychologen verwendet. Der DP diente zur Analyse der Inanspruchnahme im praxis- und spitalambulanten Bereich.

1.2.3 Patientendaten Spitäler ambulant (PSA) – BFS

Die Patientendaten Spital ambulant des Bundesamts für Statistik erfassen seit 2015 sämtliche fakturierten ambulanten Leistungen in Schweizer Kranken- und Geburtshäusern. Die obligatorische Vollerhebung enthält anonymisierte Basisinformationen zu den Patientinnen und Patienten, Angaben zu verrechneten Einzelleistungen, zu Diagnosen sowie zu den behandelnden Leistungserbringern. Zusammen mit der Medizinischen Statistik und der Krankenhausstatistik ermöglichen die Daten ein umfassendes Bild der Spitäler und ihrer ambulanten Versorgung. Im Nationalen Gesundheitsbericht wurde die PSA dazu verwendet, das Angebot im spitalambulanten Bereich für die Erreichbarkeitsanalysen zu bestimmen.

1.2.4 Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) – BFS

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) des Bundesamts für Statistik wird seit 1992 alle fünf Jahre durchgeführt. Sie liefert umfassende Informationen zum Gesundheitszustand, zu Krankheitsfolgen, zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens sowie zu den Versicherungsverhältnissen der Bevölkerung. Die Befragung basiert auf einer repräsentativen Stichprobe der ständigen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten und kombiniert telefonische Interviews mit schriftlichen Fragebögen. Die Ergebnisse erlauben Analysen nach Grossregionen und für einzelne Kantone mit aufgestockten Stichproben. Im Nationalen Gesundheitsbericht wurde die SGB als ergänzende Datenquelle genutzt, insbesondere für Analysen zur Inanspruchnahme bei psychischen Problemen sowie zum Arzneimittelgebrauch.

1.2.5 Krankenhausstatistik (KS) – BFS

Die Krankenhausstatistik des Bundesamts für Statistik dient der umfassenden Beschreibung der Infrastruktur und der Tätigkeit der Spitäler und Geburtshäuser in der Schweiz. Seit 1997 liefern die auskunftspflichtigen Betriebe jährlich Angaben zu erbrachten ambulanten und stationären Leistungen, zur Anzahl und Struktur des Personals sowie zur Betriebsrechnung und Kostenrechnung. Erfasst werden unter anderem Informationen zu Rechtsform, Art der Tätigkeit, Einrichtung und Ausstattung, Betten, Pflegetage, Austritte sowie Finanzkennzahlen. Die Vollerhebung erfolgt obligatorisch, die Ergebnisse sind kantonal verfügbar und beziehen sich auf das jeweilige Kalenderjahr. Im Nationalen Gesundheitsbericht wurde die KS insbesondere zur Analyse der Personalressourcen im stationären und intermediären Spitalbereich sowie zur Bestimmung des Angebots bei den Erreichbarkeitsanalysen verwendet.

2 Inanspruchnahme

2.1 Hospitalisierungen in der «Psychiatrie»

Unter Hospitalisierungen in der Psychiatrie werden stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken oder in psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinspitälern verstanden. Die Auswertungen werden auf der Grundlage der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) des Bundesamts für Statistik (BFS) durchgeführt.

2.1.1 Abgrenzung des Versorgungsbereichs Psychiatrie

Zur Abgrenzung des Versorgungsbereichs Psychiatrie werden in der MS die Hauptkostenstelle (Variable 1.4.V01) sowie der Spitaltyp gemäss Krankenhaustypologie herangezogen. Fälle mit der Hauptkostenstelle M500 oder dem Spitaltyp K21 werden dem Versorgungsbereich Psychiatrie zugeordnet (weitere Informationen: https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/abgrenzung-und-falldefinition-MS).

Ein Fall entspricht grundsätzlich einer Hospitalisierung also einem Aufenthalt. Berücksichtigt werden alle Fälle, die im Laufe eines Jahres aus dem Spital entlassen werden (sogenannte A-Fälle), sowie jene, bei denen die Patientin oder der Patient das gesamte Jahr in der Klinik verbringt (C-Fälle). Seit der Einführung von TARPSY im Jahr 2018 gilt eine neue Falldefinition: Wiederaufnahmen innerhalb von 18 Tagen werden – sofern bestimmte Bedingungen erfüllt sind – unter derselben Fallnummer zusammengeführt. Dadurch kann ein Fall auch mehrere einzelne Aufenthalte umfassen.

2.1.2 Behandlungsfälle vs. Patientinnen und Patienten

Während bei der Anzahl Fälle jede Hospitalisierung gezählt wird, werden bei der Anzahl Patientinnen und Patienten Mehrfachaufenthalte nicht mehrfach berücksichtigt. Eine Person wird also unabhängig von der Anzahl ihrer Hospitalisierungen nur einmal gezählt.

2.1.3 Pflegetage

Die Aufenthaltsdauer im Bereich Psychiatrie wurde gemäss TARPSY-Definition als Anzahl der abrechenbaren Pflegetage mit folgender Formel berechnet werden:

Die Aufenthaltsdauer im Bereich Psychiatrie wird gemäss TARPSY als Anzahl der abrechenbaren Pflegetage berechnet (SwissDRG, 2019):

- Anzahl Pflegetage für Fälle ohne Verlegung = Austrittsdatum - Eintrittsdatum - Urlaubstage + 1
- Anzahl Pflegetage für Fälle mit Verlegung = Austrittsdatum - Eintrittsdatum - Urlaubstage

Als abrechenbare Pflegetage gelten somit der Aufnahmetag und jeder weitere Tag des Spitalaufenthaltes einschliesslich des Entlassungstages, nicht jedoch der Verlegungstag; ganze Urlaubstage werden ebenfalls nicht zur Aufenthaltsdauer gezählt.

Das Pflegetagevolumen entspricht der Summe aller Pflegetage sämtlicher Hospitalisierungen innerhalb eines Jahres (ohne B-Fälle). Die Aufenthaltsdauer der A-Fälle wurde dabei auf maximal 365 Tage begrenzt.

2.2 Praxisambulanter Bereich

2.2.1 Berücksichtige Leistungen

Die Auswertungen zur Inanspruchnahme im praxisambulanten Bereich basieren auf dem Datenpool der SASIS AG. Enthalten sind ausschliesslich Leistungen, die von den Krankenversicherern im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet werden. Nicht berücksichtigt sind Rechnungen, die von den Versicherten nicht zur Rückerstattung eingereicht werden (z. B. wegen hoher Franchise), sowie Leistungen, die ausschliesslich von Zusatzversicherungen nach VVG übernommen werden.

2.2.2 Wechsel zum Anordnungsmodell: Auswirkung auf die Patientenzahlen

Mit der Umstellung auf das Anordnungsmodell Mitte 2022 ist es im Datenpool der SASIS AG zu vermehrten Doppelzählungen gekommen. Die Zählweise im Datenpool selbst hat sich nicht verändert; durch den Systemwechsel ergeben sich jedoch neue Konstellationen, in denen Patientinnen und Patienten mehrfach erscheinen.

- **Wechsel von der delegierten Tätigkeit ins Anordnungsmodell:** Eine psychologische Psychotherapeutin behandelte zuvor im Rahmen des Delegationsmodells, wobei die Abrechnung über die ZSR-Nummer der delegierenden Ärztin (meist Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) erfolgte. Nach dem Wechsel ins Anordnungsmodell rechnet die Therapeutin selbständig über ihre eigene ZSR-Nummer ab. In den Daten erscheint dieselbe Patientin bzw. derselbe Patient dadurch zweimal: einmal unter der ZSR-Nummer der Ärztin und einmal unter jener der Therapeutin.
- **Fortbestehende Doppelzählung durch parallele Leistungen:** Auch nach der Einführung des Anordnungsmodells bleibt eine Quelle von Doppelzählungen bestehen. Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten dürfen keine Medikamente verschreiben. Patientinnen und Patienten benötigen daher bei Bedarf weiterhin Leistungen der Ärztin/des Arztes (z. B. für die Verschreibung und Überwachung medikamentöser Therapien). In solchen Fällen werden die Psychotherapiesitzungen über die ZSR-Nummer der Psychotherapeutin abgerechnet, während die ärztlichen Leistungen weiterhin über die ZSR-Nummer der Ärztin/des Arztes laufen. Dieselbe Person erscheint somit parallel in beiden Abrechnungsstellen.

Diese Veränderungen führen dazu, dass die Patientenzahlen ab 2022 nicht mehr direkt mit den Vorjahren vergleichbar sind. Eine durchgehende zeitliche Interpretation über 2021 hinaus ist daher nicht möglich. Aus diesem Grund werden die Daten für 2022 und 2023 im Bericht nicht dargestellt.

3 Gesundheitsfachkräfte

3.1 Spitalbereich (stationär und intermediär)

3.1.1 Abgrenzung des psychiatrischen Personals

Für die Analyse der Personalressourcen wurden nur Personen berücksichtigt, die in der Krankenhausstatistik der Hauptleistungsstelle M500 Psychiatrie zugeordnet sind und am 31.12. in einem Beschäftigungsverhältnis standen. Die Abgrenzung der im NGB dargestellten drei Personalgruppen erfolgte über die Variable «Funktion». Dabei wurden folgende Personalkategorien berücksichtigt:

Ärztliches Personal
(1) Chefarzt / Chefärztin
(2) Leitender Arzt / Leitende Ärztin
(3) Spitalarzt / Spitalärztin
(4) Oberarzt / Oberärztin
(5) Assistenzarzt / Assistenzärztin

Psychologinnen und Psychologen
(25) Psychologin / Psychologe

Pflege- und Betreuungspersonal
Fachausbildung auf Tertiärstufe
(7) Dipl. Pflegefachperson mit Spezialisierung
(8) Dipl. Pflegefachperson

Ausbildung auf Sekundarstufe
(9) Pflegepersonal mit Abschluss auf Sekundarstufe II
(10) Pflegepersonal auf Assistenzstufe

Personal ohne oder mit einer anderen Ausbildung
(11) Sonstiges Pflegepersonal

3.1.2 Berechnung Pflegetageäquivalente

Die Gewichtung der ambulanten Konsultationen in sogenannte «Pflegetageäquivalente» basiert auf einem Vergleich der durchschnittlichen Kosten zwischen stationären Pflegetagen und ambulanten Konsultationen. Ziel dieser Gewichtung ist es, eine einheitliche Vergleichsgrundlage für das gesamte Leistungsvolumen der Spitalpsychiatrie zu schaffen, sodass die ambulanten und stationären Leistungen zusammen bewertet werden können.

Zur Berechnung der Pflegetageäquivalente werden zunächst die durchschnittlichen Kosten eines stationären Pflegetags ermittelt. Dazu wird das gesamte stationäre Leistungsvolumen in CHF für das Rekole-Konto 40 («Total Gemeinkosten») gemäss Kostenträgerrechnung der Krankenhausstatistik (KS) des BFS summiert und durch die Anzahl der stationären Pflegetage (gemäss MS) geteilt. Analog werden die durchschnittlichen Kosten einer ambulanten Konsultation berechnet, indem das ambulante Leistungsvolumen in CHF für dasselbe Rekole-Konto durch die Anzahl der Konsultationen geteilt wird. Die Anzahl Konsultationen in der Psychiatrie wurde der KS entnommen.

Formel: Berechnung der durchschnittlichen Kosten

(1) $\emptyset\ Kosten\ station\ddot{a}r = \frac{K_{40}^{stat}}{N_{PT}}$ (2) $\emptyset\ Kosten\ ambulant = \frac{K_{40}^{amb}}{N_{Kons}}$

Erklärung:

K_{40}^{stat}: Kosten stationär gemässe Rekole-Konto 40 «Total Gemeinkosten» (KTR KS)
N_{PT}: Anzahl Pflegetage gemäss MS
K_{40}^{amb}: Kosten ambulant gemässe Rekole-Konto 40 «Total Gemeinkosten» (KTR KS)
N_{Kons}: Anzahl ambulanter Konsultationen gemäss KS

Um die Konsultationen in Pflegetageäquivalente umzurechnen, wird die Anzahl der Konsultationen mit dem Verhältnis der durchschnittlichen stationären Kosten zu den durchschnittlichen ambulanten Kosten multipliziert. Ein Beispiel: Wenn die durchschnittlichen Kosten pro stationären Pflegetag 1000 CHF und die durchschnittlichen Kosten pro Konsultation 200 CHF betragen, beträgt das Kostenverhältnis 1000 / 200 = 5. Damit entspräche eine ambulante Konsultation dem Äquivalent von 0,2 Pflegetagen.

Durch diesen Ansatz lassen sich die ambulanten Leistungen in stationäre Kostenäquivalente umrechnen und so mit den stationären Pflegetagen kombinieren. Auf diese Weise können die Personalressourcen der Spitalpsychiatrie ins Verhältnis zum gesamten Leistungsvolumen (stationäre Pflegetage und ambulante Konsultationen) gesetzt werden, um die zeitliche Entwicklung der Personalressourcen über die Jahre hinweg zu beurteilen.

3.2 Praxisambulanter Bereich

3.2.1 Schätzung der Vollzeitäquivalente anhand der Leistungsdaten im Rahmen der OKP

Um die Vollzeitäquivalente (VZÄ) der über die OKP abgerechneten Leistungen von Psychiaterinnen und Psychiatern sowie von psychotherapeutisch arbeitenden Psychologinnen und Psychologen schätzen zu können, wurde auf Basis der abgerechneten Tarifpositionen (Tarifpool der SASIS AG) der Zeitaufwand berechnet und unter Einbezug eines Zuschlags für nicht direkt verrechenbare Arbeitszeit in VZÄ umgerechnet. Dies ist möglich da in dem für psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen primär relevanten TARMED-Kapitel (02 Psychiatrie) fast ausschliesslich Zeittarife hinterlegt sind. Dasselbe gilt auch für den mit dem Wechsel zum Anordnungsmodell eingeführten neuen Tarif für psychologische Psychotherapie. Das methodische Vorgehen umfasst folgende Schritte:

1. Abgrenzung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen

Der TARMED erlaubt innerhalb des Kapitels 02 (Psychiatrie) eine klare Abgrenzung zwischen fachärztlich erbrachten psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen und psychologischer Psychotherapie. Leistungen, die von Psychologinnen und Psychologen im Rahmen der delegierten Psychotherapie erbracht werden, sind im Unterkapitel 02.03 «Delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis» abgebildet. Leistungen, die durch Fachärztinnen oder Fachärzte erbracht werden, sind im Unterkapitel 02.01 «Psychiatrische Diagnostik und Therapie» sowie im Unterkapitel 02.05 «Elektrokrampftherapie» erfasst. Mit der Einführung des Anordnungsmodells per 01.07.2022 verfügen Psychologinnen und Psychologen über einen eigenständigen Tarif. Dadurch ist eine Abgrenzung zu den psychiatrischen Leistungen im TARMED nicht mehr erforderlich.

Die Eingrenzung auf den praxisambulanten Bereich erfolgte im Tarifpool über die Information zur Partnerart bzw. der Partnerart-Obergruppe: 110 «Ärzte/Ärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie»; Partnerart =111 «Ärzte/Ärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie», 175 «Ärzte und Ärztinnen - Gruppenpraxen», 199 «Ärzte und Ärztinnen - Spezialfälle» bzw. 59 «Psychologinnen / Psychologen». Leistungen auch dem Kapitel 02 mit der Partnerart 175 «Ärzte und Ärztinnen - Gruppenpraxen» und 199 «Ärzte und Ärztinnen - Spezialfälle» wurde für die Analysen zu den VZÄ im Bericht der Kategorie «Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie» zugeordnet.

2. Schätzung des zeitlichen Aufwands

Sowohl im Kapitel 02 des TARMED als auch im neuen Tarif für psychologische Psychotherapie ist für jede Tarifposition ein Zeitwert hinterlegt, also die für die Leistungserbringung vorgesehene Dauer.

Im TARMED bezieht sich diese Zeitangabe bei Fachärztinnen und Fachärzten auf die «ärztliche Leistung im engeren Sinne», das heisst auf den unmittelbaren Kontakt mit der Patientin bzw. dem Patienten. Bei Psychologinnen und Psychologen hingegen basiert der Zeitwert auf der sogenannten «Raumbelegung». Diese gibt die durchschnittliche Beanspruchung von nichtärztlichem Personal und Infrastruktur durch die Patientin bzw. den Patienten wieder. Auch im neuen Tarif für psychologische Psychotherapie ist für jede Position ein Zeitwert definiert, der die durchschnittliche Dauer der jeweiligen Leistung abbildet.

Zur Schätzung des zeitlichen Gesamtaufwands wurden die Zeitwerte aller innerhalb eines Jahres abgerechneten Positionen – getrennt nach Berufsgruppen – aufsummiert. Daraus ergibt sich das jährliche Total der verrechenbaren Zeit.

Code	Bezeichnung	Zeitwert
02.0010	Psychiatrische Diagnostik und Therapie, Einzeltherapie, erste Sitzung, pro 5 Min.	5
02.0015	+ Wegentschädigung für den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, pro 5 Min.	5
02.0020	Psychiatrische Diagnostik und Therapie, Einzeltherapie, jede weitere Sitzung, pro 5 Min.	5
02.0030	Psychiatrische Diagnostik und Therapie, Paartherapie, pro 5 Min.	5
02.0040	Psychiatrische Diagnostik und Therapie, Familientherapie, pro 5 Min.	5
02.0050	Psychiatrische Diagnostik und Therapie, Gruppentherapie, pro 5 Min.	5
02.0060	Telefonische Konsultation durch den Facharzt für Psychiatrie bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, pro 5 Min.	5
02.0065	Telefonische Konsultation durch den Facharzt für Psychiatrie bei Kindern unter 6 Jahren und Personen über 75 Jahren, pro 5 Min.	5
02.0066	Telefonische Konsultation durch den Facharzt für Psychiatrie bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren mit einem erhöhten Behandlungsbedarf, pro 5 Min.	5
02.0070	Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten (inkl. Aktenstudium) durch den Facharzt für Psychiatrie, pro 5 Min.	5
02.0071	Aktenstudium in Abwesenheit des Patienten durch den Facharzt für Psychiatrie, pro 1 Min.	1
02.0072	Erkundigungen bei Dritten in Abwesenheit des Patienten durch den Facharzt für Psychiatrie, pro 1 Min.	1
02.0073	Auskünfte an Angehörige oder andere Bezugspersonen des Patienten in Abwesenheit des Patienten durch den Facharzt für Psychiatrie, pro 1 Min.	1
02.0074	Besprechungen mit Therapeuten und Betreuern des Patienten in Abwesenheit des Patienten durch den Facharzt für Psychiatrie, pro 1 Min.	1
02.0075	Überweisungen an Konsiliarärzte in Abwesenheit des Patienten durch den Facharzt für Psychiatrie, pro 1 Min.	1
02.0076	Ausstellen von Rezepten oder Verordnungen ausserhalb von Konsultation, Besuch und telefonischer Konsultation in Abwesenheit des Patienten durch den Facharzt für Psychiatr	1
02.0080	Psychiatrische Krisenintervention, pro 5 Min.	5
02.0090	Psychologische und psychiatrische Testabklärung durch den Facharzt, pro 5 Min., als alleinige psychiatrische Leistung	5
02.0410	Elektrokrampftherapie, Grundleistung	120
02.0420	Elektrokrampftherapie, unabhängig der Anzahl Stimulationen innerhalb der Therapiesitzung	30
02.0210	Delegierte psychotherapeutische Behandlung in der Arztpraxis, Einzelsetting, pro 5 Min.	5
02.0220	Delegierte psychotherapeutische Behandlung in der Arztpraxis, Paarsetting, pro 5 Min.	5
02.0230	Delegierte psychotherapeutische Behandlung in der Arztpraxis, Familiensetting, pro 5 Min.	5
02.0240	Delegierte psychotherapeutische Behandlung in der Arztpraxis, Gruppensetting, pro 5 Min.	5
02.0250	Telefonische Konsultation durch delegierten Psychologen/Psychotherapeuten, pro 5 Min.	5
02.0260	Leistung in Abwesenheit des Patienten durch delegierten Psychologen/Psychotherapeuten, pro 5 Min.	5
02.0261	Aktenstudium in Abwesenheit des Patienten durch delegierten Psychologen/Psychotherapeuten, pro 1 Min.	1
02.0262	Erkundigungen bei Dritten in Abwesenheit des Patienten durch den delegierten Psychologen/Psychotherapeuten, pro 1 Min.	1
02.0263	Auskünfte an Angehörige oder andere Bezugspersonen des Patienten in Abwesenheit des Patienten durch den delegierten Psychologen/Psychotherapeuten, pro 1 Min.	1
02.0264	Besprechungen mit Therapeuten und Betreuern ausserhalb der regelmässigen Rapporte, in Abwesenheit des Patienten durch den delegierten Psychologen/Psychotherapeuten, pro 1	1
02.0265	Auswertung von Tests in Abwesenheit des Patienten durch den delegierten Psychologen/Psychotherapeuten, pro 1 Min.	1
02.0266	Verfassen von ausführlichen Berichten, sofern nicht anderweitig entschädigt, in Abwesenheit des Patienten durch den delegierten Psychologen/Psychotherapeuten, pro 1 Min.	1
PA010	Diagnostik und Therapie mit einem Patienten in Anwesenheit, pro 1 Min.	1
PA011	Diagnostik und Therapie mit einem Patienten in Anwesenheit, fernmündlich, pro 1 Min.	1
PA020	Diagnostik und Therapie mit einem Paar in Anwesenheit der Patienten, pro 1 Min.	1
PA021	Diagnostik und Therapie mit einem Paar in Anwesenheit der Patienten, fernmündlich, pro 1 Min.	1
PA030	Diagnostik und Therapie mit einer Familie in Anwesenheit des Patienten, pro 1 Min.	1
PA031	Diagnostik und Therapie mit einer Familie in Anwesenheit des Patienten, fernmündlich, pro 1 Min.	1
PA040	Diagnostik und Therapie mit einer Gruppe in Anwesenheit des Patienten, pro 1 Min.	1
PA041	Diagnostik und Therapie mit einer Gruppe in Anwesenheit der Patienten, fernmündlich, pro 1. Min.	1
PA042	+ Diagnostik und Therapie mit einer Gruppe in Anwesenheit der Patienten, fernmündlich, Co-Therapeut, pro 1. Min.,	1
PA110	Krisenintervention während der angeordneten Psychotherapie in Anwesenheit des Patienten, pro 1 Min.	1
PA111	Krisenintervention während der angeordneten Psychotherapie in Anwesenheit des Patienten, fernmündlich, pro 1 Min	1

Code	Bezeichnung	Zeitwert
PA220	Testdiagnostische Leistungen in Anwesenheit des Patienten, pro 1 Min.	1
PA230	Expositionstherapie mit einem Patienten in Anwesenheit, pro 1 Min.	1
PB010	Diagnostik und Therapie mit einem Patienten bei Anordnung Krisenintervention/Kurztherapie mit einem Patienten in Anwesenheit, pro 1 Min.	1
PB011	Diagnostik und Therapie mit einem Patienten bei Anordnung Krisenintervention/Kurztherapie mit einem Patienten in Anwesenheit, fernmündlich, pro 1 Min.	1
PE010	Vor- und Nachbereitung der Therapiesitzung, pro 1 Min.	1
PE020	Auswertungen, Interpretationen und Bericht testdiagnostischer Leistungen in Abwesenheit des Patienten, pro 1 Min.	1
PE030	Schriftliche Therapieplanung in Abwesenheit des Patienten, pro 1 Min.	1
PE040	Aktenstudium von Fremdakten in Abwesenheit des Patienten, bei Patienten ab 18 Jahren, pro 1 Min.	1
PE045	Aktenstudium von Fremdakten in Abwesenheit des Patienten, bei Patienten unter 18 Jahren, pro 1 Min.	1
PK010	Informationsaustausch und Koordination mit Ärzten und Psychologen in Abwesenheit des Patienten, bei Patienten ab 18 Jahren, pro 1 Min.	1
PK015	Informationsaustausch und Koordination mit Ärzten und Psychologen in Abwesenheit des Patienten, bei Patienten unter 18 Jahren, pro 1 Min.	1
PK020	Koordination und Abklärung mit Dritten in Abwesenheit des Patienten, bei Patienten ab18 Jahren, pro 1 Min.	1
PK025	Koordination und Abklärung mit Dritten in Abwesenheit des Patienten bei Patienten unter 18 Jahren, pro 1 Min.	1
PL010	Psychotherapeutischer Bericht an den anordnenden und/oder fallbeurteilenden Arzt, bei Patienten ab 18 Jahren, pro 1 Min.	1
PL015	Psychotherapeutischer Bericht an den anordnenden und/oder fallbeurteilenden Arzt, bei Patienten unter 18 Jahre, pro 1 Min.	1
PL020	Psychotherapeutischer Bericht, bei Patienten ab 18 Jahren, pro 1 Min.	1
PL025	Psychotherapeutischer Bericht, bei Patienten unter 18 Jahre, pro 1 Min.	1
PW010	Wegentschädigung beim Patientenkontakt ausserhalb der Behandlungsräume, pro 1 Min.	1

3. Schätzung der Vollzeitäquivalente (VZÄ)

Das jährliche Total der verrechenbaren Zeit bildet den tatsächlichen Arbeitsaufwand nur teilweise ab. Bestimmte Tätigkeiten – wie die Führung und der Unterhalt einer Praxis, die Koordination von Terminen, die Einholung von Kostengutsprachen oder administrative Arbeiten – können nicht oder nur teilweise über Tarifpositionen abgerechnet werden.

Um den gesamten zeitlichen Arbeitsaufwand und daraus die VZÄ schätzen zu können, wurde daher ein pauschaler Zuschlag («Overhead») berücksichtigt. Dieser wurde auf Basis einer Erhebung der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) unter ihren Mitgliedern mit rund 30 % beziffert. Für Psychiaterinnen und Psychiater wurde ein vergleichbarer Anteil angenommen.

Zur Umrechnung des Gesamtzeitaufwands in VZÄ wurde als Referenz festgelegt, dass ein VZÄ 1819 Arbeitsstunden pro Jahr entspricht. Die verwendete Referenzjahresarbeitszeit entspricht der jährlichen Arbeitszeit eines Vollzeitarbeitnehmenden 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.

Berechnung gemäss Burla, Widmer & Zeltner (2022)

Die Angaben zur Geschlechter- und Altersverteilung in den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP) basieren auf der Berechnungsmethode von Burla, Widmer und Zeltner (2022). Diese Methode ermittelt den Bestand an Fachärztinnen und Fachärzten nach Fachgebiet für Praxen auf der Grundlage der Erhebung Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren (MAS) des Bundesamts für Statistik (BFS). Die MAS liefert Informationen zur Struktur und zum Angebot von Arztpraxen und ambulanten Zentren (ausserhalb des Spitalsektors).

Da die Datenqualität aufgrund einer tiefen Rücklaufquote und fehlender Angaben für vertiefte Analysen noch Lücken aufweist, hat das BFS die MAS-Daten mit weiteren Quellen (u. a. MedReg) ergänzt. Zusätzlich hat das Obsan eine Gewichtung vorgenommen, um fehlende Angaben zu schätzen und damit die Repräsentativität zu erhöhen.

Für die Analysen zum Bestand wurden nur Ärztinnen und Ärzte berücksichtigt, die am 31.12. des Erhebungsjahres (2022) tätig waren und im Erhebungsjahr nicht länger als 24 Wochen abwesend waren. Assistenzärztinnen und -ärzte wurden aus der Analyse ausgeschlossen.

4 Regionale Unterschiede und Erreichbarkeit

4.1 Erreichbarkeit und Versorgungdichte

4.1.1 Ein- bzw. Ausschlusskriterien für psychiatrische/psychologische psychotherapeutische Angebote

Für die Analysen zur Erreichbarkeit der stationären und ambulanten Angebote im Spitalbereich wurden nur Leistungserbringer der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grundversorgung berücksichtigt. Diese Beschränkung ist wichtig, da es auch spezialisierte Anbieter gibt, die sich auf die Behandlung spezifischer Störungen (z. B. Essstörungen, Schlafstörungen, Suchterkrankungen oder Burnout) konzentrieren. Die Einbeziehung solcher spezialisierten Anbieter würde die Erreichbarkeit verzerren, da für die psychiatrische Versorgung der Allgemeinbevölkerung sichergestellt sein muss, dass ein breites Leistungsspektrum abgedeckt wird.

Stationäre Angebote
Zunächst wurden alle Leistungserbringer berücksichtigt, die gemäss der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) Fälle im Versorgungsbereich Psychiatrie behandelten. Anschliessend wurde ein Standort basierend auf der Krankenhausstatistik und der MS als Grundversorger klassifiziert, wenn eines der folgenden Kriterien zutraf:

(1) Der Standort ist ein Kriseninterventionszentrum.
(2) Der Anteil von Notfällen oder fürsorgerischen Unterbringungen am Standort beträgt mehr als 10 %.
(3) Der Standort bietet ein breites Leistungsangebot, d. h., in keinem der SPLG-Bereiche liegt der Fallanteil über 60 %.

Alle so klassifizierten Standorte wurden zusätzlich von zwei Experten begutachtet. Bei unklaren Fällen wurde geprüft, ob und mit welchen Leistungsaufträgen sie auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt sind.

Spitalambulante Angebote
Zunächst wurden alle Standorte berücksichtigt, die gemäss der Krankenhausstatistik (KS) eine ambulante Aktivität im Bereich Psychiatrie ausüben, gemäss Patientendaten Spitalambulant (PSA) Leistungen aus dem Tarmed-Kapitel 02 «Psychiatrie» abrechnen oder Leistungen der Kostenstelle M500 «Psychiatrie» zuweisen.

Anschliessend wurden Standorte basierend auf der KS und PSA ausgeschlossen (d. h. nicht als Grundversorger klassifiziert), wenn eines der folgenden Kriterien zutraf:

(1) Jährliches Leistungsvolumen kleiner als 20'000 CHF oder weniger als 200 Patientenkontakte pro Jahr.
(2) Die Aktivität des Standorts konzentriert sich primär auf Sucht, Forensik oder Rehabilitation.

Bei unklaren Fällen wurde die Webseite des Leistungserbringers konsultiert, um anhand des dort beschriebenen Leistungsangebots (insbesondere der Breite des Leistungsspektrums) eine Entscheidung zu treffen. Alle so klassifizierten Standorte wurden zusätzlich von zwei Experten begutachtet.

Praxisambulante Angebote (Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie)
Für die Analysen wurden nur Praxen berücksichtigt, die gemäss Tarifpool der SASIS AG im letzten Quartal des Behandlungsjahr 2023 Leistungen aus dem Tarmed-Kapitel 02 «Psychiatrie» im Umfang von mindestens 10'000 CHF abrechneten und der Partnerart 110 «Ärzte und Ärztinnen – Psychiatrie und Psychotherapie», 111 «Ärzte und Ärztinnen – Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie» oder 175 «Ärzte und Ärztinnen – Gruppenpraxen» angehören.

Praxisambulante Angebote (psychologische Psychotherapie)
Für die Analysen wurden nur Praxen berücksichtigt, die gemäss Tarifpool der SASIS AG im letzten Quartal des Behandlungsjahres 2023 Leistungen vom Tariftyp 581 (Tarif für psychologische Psychotherapie KVG) im Umfang von mindestens 10'000 CHF abrechneten und der Partnerart-Obergruppe 59 «Psychologinnen / Psychologen» angehören.

4.1.2 Anpassung der Typologie «Raum mit städtischem Charakter und Agglomerationen 2020»

Für die Analysen zur praxisambulanten Versorgungsdichte nach Urbanität und Zugehörigkeit zu Agglomerationen wurden die Daten anhand der «Stadt/Land-Typologie 2020» sowie der Typologie

«Raum mit städtischem Charakter und Agglomerationen 2020» des BFS (BFS, 2024) ausgewertet.

Letztere Typologie wurde leicht angepasst: Die Kategorien Agglomerationskerngemeinde (Hauptkern) und Agglomerationskerngemeinde (Nebenkern) wurden zur Kategorie Städtische Kerngebiete zusammengefasst. Diese Kategorie sowie die Kategorie Gürtelgemeinden wurden der Oberkategorie Agglomeration zugeordnet, während die Kategorien Mehrfach orientierte Gemeinden, Kerngemeinden und Ländliche Gemeinden der Oberkategorie ausserhalb Agglomeration zugeordnet wurden.

5 Referenz

Bundesamt für Statistik – BFS (2024). *Aktualisierung 2020 der nichtinstitutionellen Raumgliederungen: Raum mit städtischem Charakter, Agglomerationen und Typologien – Erläuterungsbericht* (Florian Kohler & Daniel von Siebenthal, Red.). Neuchâtel: Statistik der Schweiz. https://www.statistik.ch

SwissDRG (2019). *Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY.* Bern: SwissDRG.