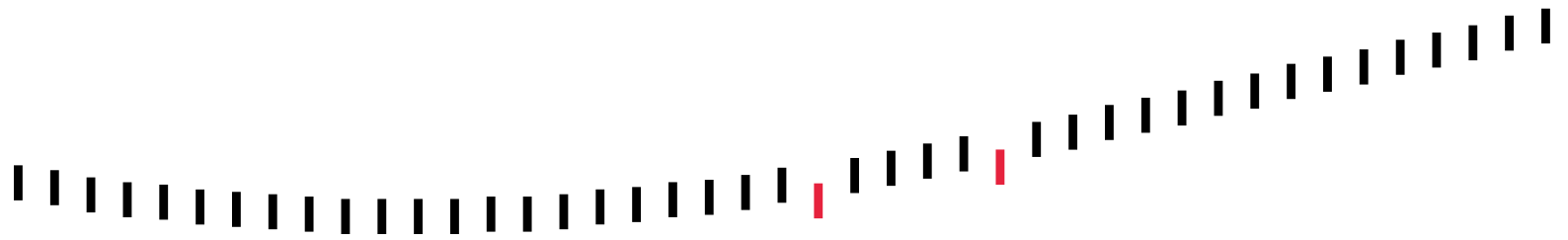
B S S

Volkswirtschaftliche
Beratung

Methodenbericht

Preisstatistik für ambulante Arztleistungen

Basel , 22.10.2026



Impressum

Preisstatistik für ambulante Arztleistungen

Methodenbericht

22.10.2026

Auftraggeber: Sektion Preise, Bundesamt für Statistik (BFS)

Autoren: Boris Kaiser, Tino Schönleitner

Verantwortlich seitens Auftraggeber: Stefan Röthlisberger

Projektleitung seitens Auftragnehmer: Boris Kaiser

Projektbearbeitung: Boris Kaiser, Tino Schönleitner

Zitierweise:

Kaiser, B. & T. Schönleitner (2026). «Preisstatistik für ambulante Arztleistungen – Methodenbericht». BSS Volkswirtschaftliche Beratung. Im Auftrag der Sektion Preise, Bundesamt für Statistik BFS.

BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG
Aeschengraben 9
CH-4051 Basel
T +41 61 262 05 55
contact@bss-basel.ch

www.bss-basel.ch

© 2026 BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG

Inhalt

Zusammenfassung **1**

1 Einleitung **2**

2 Formale Beschreibung der Methodik **3**

2.1 Bisherige Methodik 3
2.2 Neue Methodik 4

3 Datengrundlage **6**

4 Gruppierung und Abgrenzung von Behandlungen **7**

4.1 Zusammenführen von Belegen 8
4.2 Gruppierung zu ambulanten Behandlungen 9
4.3 Anwendungsbereich des neuen Arzttarifs 11
4.4 Leistungsumfang 11

5 Simulation des neuen Tarifsystems **12**

5.1 Simulation Tarmed zu ambulanten Pauschalen 12
5.2 Transkodierung Tarmed zu Tardoc 13
5.3 Aggregation 15

6 Ergebnisse **15**

6.1 Leistungserbringergruppe und Anwendungsbereich 15
6.2 Leistungserbringergruppe, Anwendungsbereich und Tarifkapitel 17

7 Fazit und Empfehlungen **21**

7.1 Methodisches Vorgehen 21
7.2 Auswirkungen des Tarifsystemwechsels 21
7.3 Limitationen 22
7.4 Preis- vs. Kostenentwicklung 23
7.5 Empfehlungen für die künftige Preisstatistik 23

A Anhang **25**

A.1 Datenaufbereitung 25
A.2 Leistungsumfang Patientenpauschaltarif 27

Tabellen

Tabelle 1: Mengengerüst Stichprobe, Rohdaten 7
Tabelle 2: Beziehungstypen Transkodierungstool 13
Tabelle 3: Transkodierungstool (Auszug) 14
Tabelle 4: Verteilung Bruttoleistungen nach Tarifsystem (bisher/neu) 17

Abbildungen

Abbildung 1: Zusammenhang Neubewertung und Spitalanteil nach Tarmed-Kapitel 19
Abbildung 2: Zusammenhang Neubewertung und Spitalanteil nach Pauschalen-Kapitel 20

Zusammenfassung

Mit der Einführung des neuen Gesamt-Tarifsystems im Jahr 2026 ist die bisherige Berechnungsmethode der Preisstatistik, die einen über die Zeit fixen Leistungskatalog voraussetzt, nicht mehr anwendbar. Im vorliegenden Projekt verwenden und evaluieren wir daher eine alternative Berechnungsmethode der Preisstatistik, mit der sich die Preisentwicklung bei ambulanten Arztleistungen auch dann messen lässt, wenn der Leistungskatalog und der Anwendungsbereich des Arzttarifs über die Zeit angepasst werden. Kern des Ansatzes ist eine über zwei Tarifjahre konstante Stichprobe von Einzelfalldaten der Krankenversicherer, die mithilfe der Simulationstools der OAAT sowohl im bisherigen als auch im neuen Tarifsystem bewertet wird.

Die empirische Umsetzung umfasst fünf Schritte. Die Grundlage bilden erstens ambulante Rechnungsdaten von sechs Krankenversicherern mit einem OKP-Marktanteil von 38.6%. Die Rechnungspositionen werden zweitens datums-, rechnungs- und leistungserbringerübergreifend zu ambulanten Behandlungen gruppiert. Drittens werden die Behandlungen dem Einzelleistungstarif Tardoc oder dem Patientenpauschaltarif zugeordnet und der relevante Leistungsumfang wird abgegrenzt. Mithilfe der Simulationstools der OAAT werden viertens die Behandlungen nach dem neuen Tarifsystem bewertet. Die simulierten Taxpunktvolumen werden abschliessend für Arztpraxen auf Kantonsebene und für Spitäler auf Ebene der einzelnen Leistungserbringer aggregiert. Sie bilden die Grundlage für die Berechnung der Preisindizes durch das BFS.

Über das gesamte Tarifsystem hinweg resultiert – bei konstanten TPW – eine Abnahme der Bruttoleistungen von 0.9%. Dieser Wert liegt, angesichts der angestrebten statischen Kostenneutralität, erwartungsgemäss nahe bei null. Für die Preisstatistik ist auch die Entwicklung in den Leistungserbringergruppen (Arztpraxen und Spitäler) wichtig, da das BFS für beide Bereiche separate Preisindizes berechnet. Die Ergebnisse zeigen: Bei konstanten TPW nehmen die Bruttoleistungen der Arztpraxen um 2.7% ab, jene der Spitäler um 2.0% zu. Diese Verlagerungseffekte sind dem Umstand geschuldet, dass einzelne Leistungen relativ gesehen abgewertet und andere aufgewertet wurden. Unsere Analyse auf Ebene der Tarifkapitel gibt einen Einblick in diese Bewertungsveränderungen.

Abschliessend diskutiert der Bericht die Aussagekraft und Grenzen der Methodik. Dabei werden insbesondere die Unsicherheiten der Simulation und mögliche Abweichungen zwischen den simulierten und tatsächlichen Auswirkungen des Tarifsystemwechsels thematisiert. Zudem ordnet der Bericht die Ergebnisse in den grösseren Zusammenhang der Preis- und Kostenentwicklung ein und diskutiert mögliche Verhaltensreaktionen der Leistungserbringer. Darauf aufbauend werden Empfehlungen formuliert, wie die Preisstatistik angesichts der regelmässigen Weiterentwicklung des Tarifsystems künftig methodisch konsistent und zuverlässig umgesetzt werden kann.

1 Einleitung

Das Bundesamt für Statistik (BFS) erhebt im Rahmen des Landesindexes der Konsumentenpreise (LIK) die Preisentwicklung für ambulante ärztliche Leistungen. Bislang beruhte die Preismessung auf einem Preisvergleich einzelner Tarifpositionen aus dem Tarmed-Tarif über zwei Zeitperioden. Diese Methode aggregiert Tarifpositionen mithilfe der Bruttoleistungen (Umsatz) aus dem Tarifpool von santéservices[1] und liefert nationale sowie kantonale Preisindizes. Mit der Einführung des neuen Arzttarifs im Jahr 2026 verändert sich jedoch die tarifliche Struktur grundlegend – insbesondere durch die Einführung von ambulanten Pauschalen. Diese Veränderungen machen den bisherigen Indexansatz auf Basis einzelner Positionen selbst bei starker Abstraktion nicht mehr anwendbar.

Um die Preisentwicklung künftig auch bei umfassenden Anpassungen der Tarifstruktur messen zu können, benötigt das BFS einen alternativen Ansatz aus der Preisstatistik, den wir in diesem Methodenbericht konzeptionell darlegen und anschliessend empirisch prüfen. Der Ansatz basiert auf einer über beide Vergleichsjahre konstanten Stichprobe von individuellen ambulanten Behandlungsfällen, die mittels Simulationstools beiden Tarifsystemen – Tarmed und Tardoc/Pauschalen – zugeordnet werden kann. Die Simulationstools stammen dabei von der «Organisation ambulante Arzttarife» (OAAT).

Ziel des Mandats ist es, die neue Methodik formal auszuarbeiten und anschliessend empirisch umzusetzen. Konkret gilt es, Einzelfalldaten aufzubereiten, einzelne Behandlungen (Patientenkontakte) abzugrenzen und die Behandlungen dem Tardoc oder den Pauschalen zuzuordnen. Im Anschluss werden die Taxpunkte unter dem neuen Tarifsystem mithilfe von Simulationstools simuliert. So können die Taxpunkte bzw. Bruttoleistungen unter dem bisherigen und dem neuen Tarifsystem für eine fixe Stichprobe von Behandlungsfällen verglichen werden. Die Ergebnisse werden nach Kanton (für die Arztpraxen) bzw. Spital aggregiert. Diese bilden die Grundlage für das BFS, Preisindizes zu berechnen.

Die Struktur des Berichts ist wie folgt: In Kapitel 2 legen wir die bisherige und neue Methodik für die Preisstatistik formal dar. In Kapitel 3 gehen wir auf die Datengrundlage und Datenaufbereitung ein, während Kapitel 4 die Gruppierung zu den Behandlungen, die Zuteilung zu Anwendungsbereichen (Tardoc und Patientenpauschaltarif) und die Abgrenzung des Leistungsumfangs erläutert. Kapitel 5 widmet sich der Simulation des neuen Tarifsystems. In Kapitel 6 präsentieren wir die zentralen Ergebnisse auf Ebene Leistungserbringergruppe, Anwendungsbereich und Tarifkapitel. Kapitel 7 schliesst mit einem kurzen Fazit und formuliert Empfehlungen für die künftige Preisstatistik.

[1] Der Tarifpool wurde bis Mitte 2026 von der SASIS AG geführt. Seit dem 1. Juli 2026 treten die Gesellschaften santésuisse, SVK und SASIS AG gemeinsam mit der ehemaligen tarifsuisse ag unter der Marke santéservices auf.

2 Formale Beschreibung der Methodik

2.1 Bisherige Methodik

Notation: Die bisherige Preisstatistik basiert nach unserem Verständnis auf der nachfolgenden Aggregation. Der Einfachheit halber beschränken wir uns auf den praxisambulanten Bereich. Es seien $tp_{p,t}$ die Taxpunkte einer Tarmed-Tarifposition p in Periode t, wobei die ärztlichen und technischen Leistungen sowie die Assistenzleistung enthalten sind. $tpw_{v,k,t}$ sei der entsprechende Taxpunktwert, d.h. der Preis für einen Tarmed-Taxpunkt in Versicherungsgruppe v im Standortkanton k in Periode t. $BL_{p,k,t}$ seien die OKP-Bruttoleistungen («Umsatz») einer Tarifposition p im Standortkanton k in Periode t.

Elementarer Preisindex: Zuerst wird pro Tarifposition, Kanton und Versicherungsgruppe ein elementarer Preisindex (Indexform) gebildet:

$$I_{p,v,k,t} = \frac{tp_{p,t} \cdot tpw_{v,k,t}}{tp_{p,t-1} \cdot tpw_{v,k,t-1}}.$$

Der Einfachheit halber lassen wir die Multiplikation mit 100 überall weg.

Aggregation: Anschliessend werden die Preisindizes über alle Tarmed-Tarifpositionen aggregiert, wobei als Gewicht die fakturierten OKP-Bruttoleistungen (Umsatz) der jeweiligen Tarifposition aus dem Vorjahr zum Einsatz kommen:

$$I_{v,k,t} = \frac{1}{BL_{k,t-1}} \sum_{p} BL_{p,k,t-1} \cdot I_{p,v,k,t},$$

mit

$$BL_{k,t-1} = \sum_{p} BL_{p,k,t-1}.$$

Dann findet eine Aggregation über die Versicherungsgruppen statt, wobei $\alpha_{v,k}$ den prozentuale Marktanteil der Versicherungsgruppe v in Kanton k darstellt. Da der Marktanteil über die Zeit sehr stabil ist, wird dieser Anteil als zeitkonstant definiert. Als vereinfachte Annahme kann auch der gesamtschweizerische Durchschnitt, α_v, verwendet werden. So resultiert der Preisindex für Kanton k:

$$I_{k,t} = \frac{1}{100} \sum_{v} \alpha_{v,k} \cdot I_{v,k,t}.$$

Und schliesslich wird noch über die Kantone aggregiert, um einen gesamtschweizerischen Index zu erhalten:

$$I_t = \frac{1}{BL_{t-1}} \sum_{k} BL_{k,t-1} \cdot I_{k,t},$$

mit

$$BL_{t-1} = \sum_{k} BL_{k,t-1}.$$

Der Index I_t widerspiegelt die Preisveränderung zwischen Periode $t-1$ und Periode t (in Indexform) für praxisambulante ärztliche Leistungen im LIK. Die prozentuale Veränderung ist $100(I_t - 1)\%$.[2] Bei spitalambulanten Leistungen erfolgt die Indexbildung auf Ebene Tarifposition und Spital, da die Taxpunktwerte zwischen den Spitälern innerhalb eines Kantons variieren können. Ansonsten ist das Vorgehen identisch zu den Arztpraxen.

Im Zuge des Tarifsystemwechsels 2025/2026 bestehen nun zwei entscheidende Probleme: 1) Es gibt kein 1-zu-1-Mapping zwischen bisherigen Tarmed-Positionen und den neuen Tardoc-Positionen; 2) ambulante Pauschalen wurden eingeführt, welche auch Leistungen wie Laboranalysen, Arzneimittel und Verbrauchsmaterial aus anderen Tarifen enthalten. Beides führt dazu, dass die bisherige Preisstatistik, basierend auf einer einfachen Aggregation von Elementarindizes auf Ebene einzelner Tarifpositionen, nicht mehr anwendbar ist.

2.2 Neue Methodik

Der neue Ansatz löst sich von der einzelnen Tarifposition und rückt die *ambulante Behandlung* (Patientenkontakt) als Beobachtungseinheit ins Zentrum; ihre Definition und Abgrenzung folgen den Anwendungsmodalitäten der OAAT (vgl. Kapitel 4). Die Grundidee besteht darin, dieselbe real beobachtete Behandlung zweimal zu bewerten: einmal nach dem bisherigen Tarifsystem und dem bisherigen Taxpunktwert (TPW) und einmal nach dem neuen Tarifsystem und dem neuen TPW. Da beiden Bewertungen eine identische Stichprobe zugrunde liegt, messen wir ausschliesslich die Veränderung der tariflichen Bewertung und der TPW und keine Mengeneffekte. Wir beschränken uns bei den nachfolgenden Erläuterungen der Einfachheit halber auf den praxisambulanten Bereich; im spitalambulanten Bereich ist das Vorgehen analog.

Ausgangspunkt: Es sei i eine individuelle ambulante Behandlung, die bei einem Leistungserbringer im Standortkanton k stattfindet. Im bisherigen Tarifsystem besteht die Behandlung aus p_i fakturierten Tarifpositionen (Rechnungszeilen), beschrieben durch den Vektor der Tarifcodes $tc_i = (tc_{i1}, \dots, tc_{ip_i})$, den Vektor der Anzahl verrechneter Positionen $anz_i = (anz_{i1}, \dots, anz_{ip_i})$ und den Vektor der Taxpunkte pro Position gemäss Tarmed-Katalog, $tp_i = (tp_{i1}, \dots, tp_{ip_i})$. Diese Angaben sind Bestandteil jeder ärztlichen OKP-Rechnung. Die Taxpunkte-Summe der Behandlung i im bisherigen System beträgt somit:

$$TP_i = \sum_{j=1}^{p_i} anz_{ij} \cdot tp_{ij}.$$

Die rein taxpunktbezogenen Grössen tragen keinen Zeitindex, weil sie aus einer fixen Stichprobe stammen. Zeitindizes verwenden wir erst später, wenn die Grössen mit TPW aus einer bestimmten Periode bewertet werden.

Simulation: Die Simulationstools der OAAT erlauben es, eine Behandlung i auf das neue Tarifsystem zu übertragen. Bei Behandlungen im Einzelleistungstarif erfolgt dies mit dem sogenannten

[2] Ein Beispiel: Der Index I_t beträgt 0.98. Die Preisveränderung im Vergleich zu $t-1$ ist folglich $100(I_t - 1)\%$ = $100(0.98 - 1)\%$ = -2%.

Transkodierungstool. Für eine beliebige Tarifposition j von Behandlung i lässt sich die Überleitung wie folgt darstellen:

$$\text{TRANSCOD}(tc_{ij}, anz_{ij}, tp_{ij}) \rightarrow (tc_{ij}^{\text{sim}}, faktor_{ij}^{\text{sim}}, tp_{ij}^{\text{sim}}).$$

Der resultierende Vektor der Tarifcodes im neuen Arzttarif, tc_{ij}^{sim}, umfasst q_{ij} Tardoc-Positionen. Bei einer 1:1-Beziehung zwischen Tarmed und Tardoc ist $q_{ij} = 1$. Wenn eine Tarmed-Position in mehrere Tardoc-Positionen überleitet, ist $q_{ij} > 1$. Der Vektor $faktor_{ij}^{\text{sim}}$ zeigt, wie die Anzahl gemäss Tarmed in die Anzahl gemäss Tardoc transformiert werden muss: $anz_{ij}^{\text{sim}} = anz_{ij} \cdot faktor_{ij}^{\text{sim}}$. Beispielsweise beträgt der Faktor 5, wenn die Tarmed-Position pro 5 Minuten und die Tardoc-Position pro 1 Minute definiert sind. Die Taxpunkte gemäss neuem Tarifsystem sind im Vektor tp_{ij}^{sim} enthalten.

Im Patientenpauschaltarif erfolgt die Überleitung aus dem Tarmed mit dem sogenannten Batchgrouper auf Ebene von Behandlung i:

$$\text{GROUPER}(tc_i, anz_i, Alter, Geschlecht) \rightarrow (tc_i^{\text{sim}}, tp_i^{\text{sim}}).$$

Als Input für den Grouper werden hier nicht nur Tarmed-Positionen, sondern auch Arzneimittel und Implantate verwendet. Auch das Alter und Geschlecht des Versicherten sind für die Gruppierung notwendig. Bei pauschalierten Behandlungen gilt per Definition: $q_i = 1$ und $anz_{i1}^{\text{sim}} = 1$. Das heisst, pro Behandlung resultiert im neuen Arzttarif eine einzige Tarifposition, der Pauschalencode tc_i^{sim}, und die dazugehörigen Taxpunkte tp_i^{sim}.

Die Taxpunkte-Summe der Behandlung i im neuen Tarifsystem ist entsprechend:

$$TP_i^{\text{sim}} = \sum_{j=1}^{q_i} anz_{ij}^{\text{sim}} \cdot tp_{ij}^{\text{sim}}.$$

Aggregation auf Ebene Kanton: Im bisherigen System sind bei pauschalierten Behandlungen zusätzlich jene Bruttoleistungen ausserhalb des Tarmed zu berücksichtigen, die neu in der Pauschale enthalten sind (externe Laboranalysen, applizierte bzw. injizierte Arzneimittel und Verbrauchsmaterial).[3] Wir nennen diese Grösse BL_i^{aT}, wobei «aT» für «andere Tarife» steht. Nun aggregieren wir die relevanten Messgrössen auf Ebene Standortkanton k. Es sei S_k die in der Stichprobe vorhandene Menge der Behandlungen im Standortkanton k. Die relevanten Summen sind:

- Beobachtete Taxpunkte im bisherigen Tarifsystem: $TP_k = \sum_{i \in S_k} TP_i,$
- Simulierte Taxpunkte gemäss dem neuen Tarifsystem: $TP_k^{\text{sim}} = \sum_{i \in S_k} TP_i^{\text{sim}},$
- Bruttoleistungen im bisherigen Tarifsystem, die Teil von pauschalierten Behandlungen sind: $BL_k^{\text{aT}} = \sum_{i \in S_k} BL_i^{\text{aT}}.$

[3] Die Abrechnungsdaten beziehen sich auf das Jahr 2024. Wir gehen also implizit davon aus, dass die Preise für Arzneimittel, Laboranalysen und Verbrauchsmaterial auch für das Jahr 2025 gelten.

Bewertung: Die Taxpunkte werden mit dem jeweils gültigen TPW multipliziert: $tpw_{v,k,t-1}$ ist der TPW in Kanton k und Versicherungsgruppe v im Jahr vor dem Tarifsystemwechsel und $tpw_{v,k,t}$ ist der TPW in Kanton k und Versicherungsgruppe v im Jahr nach dem Tarifsystemwechsel. Die Bruttoleistungen gemäss bisherigem und neuem Tarifsystem sind:

$$BL_{v,k,t-1} = tpw_{v,k,t-1} \cdot TP_k + BL_k^{\mathrm{aT}},$$

und

$$BL_{v,k,t}^{\mathrm{sim}} = tpw_{v,k,t} \cdot TP_k^{\mathrm{sim}}.$$

Elementarer Preisindex: Der elementare Preisindex wird nicht mehr auf Ebene Tarifposition, sondern auf Ebene Kanton k und Versicherungsgruppe v gebildet:

$$I_{v,k,t} = \frac{BL_{v,k,t}^{\mathrm{sim}}}{BL_{v,k,t-1}}.$$

Der Preisindex bezieht sich somit auf einen fixen «Warenkorb» realer Behandlungsfälle. Im Tardoc-Anwendungsbereich sind keine Bruttoleistungen ausserhalb des Tarmed zu berücksichtigen. Hier lässt sich der Index multiplikativ in einen Tarifstruktur- und einen Taxpunktwerteffekt zerlegen:

$$I_{v,k,t} = \frac{TP_k^{\mathrm{sim}}}{TP_k} \cdot \frac{tpw_{v,k,t}}{tpw_{v,k,t-1}}.$$

Der erste Faktor misst die Neubewertung der Leistungen durch die Tarifstruktur, der zweite die Veränderung der TPW zwischen den Jahren t und $t-1$.

Aggregation: Die weiteren Aggregationsschritte entsprechen jenen der bisherigen Methodik. Über die Versicherungsgruppen wird mit den Marktanteilen der Versicherungsgruppen, $\alpha_{v,k}$, gewichtet, über die Kantone mit den OKP-Bruttoleistungen (Umsatz) der Vorperiode $BL_{k,t-1}$ (vgl. Abschnitt 2.1). Bei spitalambulanten Leistungen tritt das einzelne Spital (ZSR-Nummer) an die Stelle des Kantons, da die TPW innerhalb eines Kantons zwischen den Spitälern variieren können.

Der entscheidende Unterschied zur bisherigen Methodik liegt damit im Elementarindex: Verglichen wird nicht die Bewertung einer einzelnen Tarifposition über zwei Perioden, sondern jene eines konstanten Sets realer Behandlungsfälle unter zwei Tarifversionen. Die Preismessung bleibt deshalb auch dann gültig, wenn sich Leistungskatalog und Anwendungsbereich des Arzttarifs verändern. Entscheidend ist aber, dass zuverlässige Simulationstools vorliegen, die eine Überleitung vom alten zum neuen Tarifsystem erlauben.

3 Datengrundlage

Die Quelle für die empirischen Arbeiten besteht aus ambulanten Rechnungsdaten von vier grossen und zwei kleinen Krankenversicherern, die zusammengenommen einen Marktanteil von 38.6% in der OKP haben (Jahr 2024). Folglich handelt es sich um eine Stichprobe. Die Daten beziehen sich für drei grosse Versicherer auf das Behandlungsjahr 2024. Für einen grossen und zwei kleine Versicherer beziehen sich die Daten auf das Geschäftsjahr (Abrechnungsjahr) 2024.

Die vorhandenen Merkmale sind in drei Tabellen strukturiert: i) Versichertenmerkmale, ii) Rechnungen mit OKP-Leistungen und iii) fakturierte Tarifpositionen. Tabelle 1 zeigt das Mengengerüst der Stichprobe, unterteilt nach den relevanten Partnerart-Obergruppen. Die Stichprobe enthält rund 43 Mio. Rechnungen, 313 Mio. fakturierte Tarifpositionen und Bruttoleistungen von über CHF 11 Mrd. Zu erwähnen ist, dass Tabelle 1 das Volumen der *Rohdaten* darstellt, also sämtliche ambulanten OKP-Leistungen vor Ausschlüssen und vor der Eingrenzung auf den Leistungsumfang des neuen Arzttarif. Die Eingrenzung auf den relevanten Leistungsumfang des neuen Arzttarifs erfolgt weiter unten in Kapitel 4.

Tabelle 1: Mengengerüst Stichprobe, Rohdaten

Partnerart-Obergruppe	Bruttoleistungen in CHF	Anzahl Rechnungen	Anzahl Versicherte mit Leistungen	Anzahl Tarifpositionen
Ärztinnen und Ärzte	4'693'885'758	18'540'566	2'827'069	152'921'786
Spitäler	4'246'617'455	6'349'094	1'474'873	73'041'896
Apotheken[1]	2'063'008'708	14'825'648	1'990'281	63'412'933
Laboratorien[2]	432'927'795	3'528'467	1'483'341	24'028'817

Anmerkungen: [1] Die Leistungen von Apotheken werden für die Einteilung der Medikamente in appliziert, mitgegeben und veranlasst benötigt. [2] Die Leistungen von Laboren werden nur bei Behandlungen im Patientenpauschaltarif berücksichtigt.
Quelle: Krankenversicherer-Daten; Berechnungen BSS.

Zunächst gilt es, die Rohdaten der Versicherer mit Blick auf die Berechnung der Preisstatistik sauber aufzubereiten. Das genaue Vorgehen ist in Anhang A.1 dokumentiert. Zum einen nehmen wir Datenkorrekturen vor, etwa um fehlende Werte einzusetzen. Zum anderen schliessen wir Leistungserbringer und Leistungen aus, die nicht in den Anwendungsbereich des neuen Gesamt-Tarifsystems fallen.

4 Gruppierung und Abgrenzung von Behandlungen

In diesem Arbeitsschritt geht es im Kern darum, die fakturierten Tarifpositionen auf den Rechnungsbelegen zu ambulanten Behandlungen (sprich: Patientenkontakte) zu gruppieren. In der Realität sind die Rechnungsbelege nicht mit einzelnen Fällen oder Behandlungen gleichzusetzen. Denn: Eine Rechnung kann mehrere Behandlungen enthalten oder eine Behandlung verteilt sich auf mehrere Rechnungen. Zudem kann sich die Fakturierungspraxis von Leistungserbringer zu Leistungserbringer deutlich unterscheiden. Deshalb erläutern wir in Abschnitt 4.1 zunächst, wie wir inhaltlich zusammenhängende Rechnungsbelege zusammenführen. Dies erleichtert die Gruppierung einzelner Leistungen zu ambulanten Behandlungen. In Abschnitt 4.2 beschreiben wir, wie wir bei der Abgrenzung von ambulanten Behandlungen vorgehen. Dabei geht es im Wesentlichen darum, kontaktlose Leistungen wie etwa Laboranalysen oder Medikamente einem Patientenkontakt zuzuordnen. In Abschnitt 4.3 zeigen wir auf, welche Behandlungen dem Anwendungsbereich des neuen Arzttarifs zugeordnet werden. In Abschnitt 4.4 grenzen wir den

Leistungsumfang ab. Das heisst, wir bestimmen jene Leistungspositionen im alten Tarifsystem, die dem neuen Arzttarif zugeordnet werden.

4.1 Zusammenführen von Belegen

4.1.1 Überlappende Behandlungszeiträume

Ein nicht vernachlässigbarer Anteil der Rechnungen von Arztpraxen und Spitälern weist *überlappende* Behandlungszeiträume auf Ebene Leistungserbringer (ZSR-Nummer) und Versicherte auf: Bei den Arztpraxen sind es rund 2% der Rechnungen und bei Spitälern rund 11% der Rechnungen. Einige typische Fälle werden nachfolgend skizziert:

- *Lange und kurze Rechnung*: Ein häufiger Fall ist jener einer «langen» und «kurzen» Rechnung: Die «lange» Rechnung erstreckt sich gegebenenfalls über mehrere Tage oder Wochen. Die «kurze» Rechnung fällt in denselben Behandlungszeitraum, enthält aber nur eine einzelne oder wenige Positionen, wie etwa ein einzelnes Medikament und eine Arztleistung in Abwesenheit (z.B. Bericht). Möglicherweise handelt es sich um «Nachfakturierungen» von Leistungen, die der Leistungserbringer bei der ersten Rechnung noch nicht berücksichtigt hat.
- *Arztleistung und nichtärztliche/veranlasste Leistung*: Ein anderer Fall ist, dass ein Leistungserbringer Arztleistungen (z.B. eine ambulante Konsultation oder ein Eingriff in einem Spital) und weitere Leistungen (z.B. nichtärztliche Betreuung, Laboranalysen oder Medikamente) am selben Tag auf separaten Rechnungen fakturiert.
- *Arztleistungen auf separaten Rechnungen:* Weiter kommt es teilweise vor, dass Arztleistungen desselben Behandlungstags auf separaten Rechnungen aufgeführt sind. Beispielsweise werden Grundleistungen und fachärztliche Leistungen auf der einen Rechnung und bildgebende Verfahren auf der anderen Rechnung aufgeführt.

Aus der Prüfung von Beispielen geht hervor, dass diese Rechnungen jeweils Teile derselben Behandlung beinhalten. Die Rechnungsbelege mit überlappenden Behandlungszeiträumen führen wir entsprechend zusammen.

4.1.2 Leistungserbringer-übergreifende Behandlungen

Mit Blick auf die Abgrenzung von ambulanten Behandlungen ist zu berücksichtigen, dass gerade ambulante Eingriffe in seltenen Fällen von mehreren Leistungserbringern (ZSR-Nummern) gemeinsam erbracht werden und dass die Leistungserbringer ihre Leistungen separat fakturieren. Solche Leistungen müssen *ZSR-Nummer-übergreifend* zu einer Behandlung zusammengefasst werden, da im künftigen Patientenpauschaltarif sämtliche Leistungen der ambulanten Behandlung über einen Pauschalbetrag abgegolten werden. Dazu wenden wir das folgende Vorgehen an: Zwei Rechnungen werden zusammengeführt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

1. Auf einer Rechnung A ist entweder eine Anästhesie-Leistung (Kap. 28) oder eine operative Leistung mit Sparte OP-Saal aufgeführt und auf einer Rechnung B eine Grundleistung des OP-Saals.

2. Die genannten Leistungen auf Rechnung A und B werden für denselben Versicherten am selben Tag von zwei unterschiedlichen Leistungserbringern (ZSR-Nummer) erbracht.

Bei rund 0.12% der ambulanten Operationen werden entsprechende ärztliche Leistungen von mehreren ZSR-Nummern erbracht. Der häufigste Fall ist jener der Anästhesie-Fremdleistungen.

4.2 Gruppierung zu ambulanten Behandlungen

Zunächst werden die zusammengeführten Rechnungsbelege in zwei Gruppen eingeteilt: jene mit Arztleistungen im weiteren Sinne und jene mit ausschliesslich veranlassten Leistungen ohne Arztkontakt. Letztere zeichnen sich dadurch aus, dass sie keine eigenen Behandlungen bilden, sondern später einer Behandlung mit Arztkontakt zugewiesen werden. Die Unterscheidung ist wie folgt:

- *Rechnungsbelege mit Arztleistungen*: Die Rechnung stammt von einer Arztpraxis oder einem Spital und enthält mindestens eine Tarifposition aus einem der folgenden Tariftypen: Tarmed (Tariftypen 001–003), Zahnarzt-Leistungen (Tariftyp 322) oder Spezial-Tarife (Tariftypen 500–503).
- *Rechnungsbelege ohne Arztleistungen*: Alle übrigen Rechnungen. Diese beinhalten nur veranlasste Leistungen ohne Arztkontakt.

4.2.1 Rechnungsbelege mit Arztleistungen

Kategorisierung von Behandlungen

Ausgangspunkt für die Abgrenzung von Behandlungen ist der Behandlungstag (Datum) einer Patientin bei einem Leistungserbringer. Für die Kategorisierung von Behandlungen verwenden wir eine Liste der OAAT mit Tarmed-Trigger-Positionen. Zunächst werden alle Behandlungstage (provisorische Kontakt-ID) wie folgt kategorisiert:

- *Patientenkontakte:* Der Behandlungstag enthält ärztliche Leistungen, die einen Patientenkontakt bilden.
  - *Patientenpauschaltarif*: Der Behandlungstag enthält mindestens eine Trigger-Position gemäss Liste.
  - *Einzelleistungstarif Tardoc*: Der Behandlungstag enthält keine Trigger-Position des Patientenpauschaltarifs, aber mindestens eine Tarmed-Trigger-Position für einen Patientenkontakt im Tardoc.
  - *Weitere*: Der Behandlungstag enthält mindestens eine Position aus einem Spezial-Tarif (Tariftypen 500-503) oder eine freiwillige Tarmed-Pauschale (Tariftypen 002/003), aber keine Trigger-Positionen der obigen beiden Kategorien.
- *Keine Patientenkontakte*: Das heisst, es handelt sich ausschliesslich um *kontaktlose Leistungen*: Der Behandlungstag enthält keine Leistungen gemäss den obigen Definitionen, sondern ausschliesslich kontaktlose Leistungen, z.B. Bericht, Pathologie, Medikamente, Laboranalysen oder Sonstiges.

Gruppierung von kontaktlosen Leistungen zu Behandlungen

«Kontaktlose» Behandlungstage werden anschliessend schrittweise datumsübergreifend, rechnungsübergreifend und leistungserbringerübergreifend den Patientenkontakten zugeordnet. Ein Teil der kontaktlosen Leistungen lässt sich keiner ambulanten Behandlung zuteilen. Dies tritt beispielsweise dann auf, wenn eine Ärztin ein Rezept ausstellt und der Patient Medikamente bezieht, jedoch bis zu diesem Zeitpunkt im Kalenderjahr noch keine Sitzung stattgefunden hat. In diesem Fall bleiben die kontaktlosen Leistungen stehen. Wichtig zu erwähnen ist, dass eine fehlende Zuteilung nicht zwingend eine Verzerrung in der Simulation des neuen Arzttarifs verursacht, denn: Kontaktlose Tarmed-Leistungen transkodieren wir auch dann zu Tardoc-Leistungen, wenn sie keinem Patientenkontakt zugeordnet wurden.

Spezialfälle

Folgende Leistungen haben einen speziellen Status und werden aus der ambulanten Behandlung ausgesondert bzw. einer eigenständigen Behandlung zugewiesen:

- *Vom Versicherer verlangte Arztberichte*: Diese Positionen werden immer dem Einzelleistungstarif (Tardoc) zugeordnet und somit nicht einpauschaliert (vgl. Anwendungsmodalitäten Gesamt-Tarifsystem, Abschnitt 4.1 Abs. 3).
- *Tarmed-Pauschale oder Spezial-Tarif*: Wird eine alte Tarmed-Pauschale (Tariftyp 002) oder eine Position aus einem Spezialtarif (Tariftypen 500-503, hauptsächlich Dialyse) in einer Behandlung der Kategorie «Patientenpauschaltarif» beobachtet, gliedern wir diese Leistungen in eine separate Behandlung aus. Dies, weil wir davon ausgehen, dass diese Leistungen im neuen Arzttarif als separate Patientenkontakte betrachtet und zu den bisherigen Tarifen abgegolten werden. Wird eine Tarmed-Pauschale (Tariftyp 002/003) in einer Behandlung der Kategorie «Tardoc» beobachtet, ist das Vorgehen analog.
- *Radio-Onkologie und Strahlentherapie*: Beinhaltet ein Fall Leistungen aus dem Tarmed-Kapitel 32 «Radio-Onkologie und Strahlentherapie», werden zunächst die Bestrahlungsphasen identifiziert. Dafür werden die Leistungen auf Ebene Versicherter und ZSR-Nummer (fallübergreifend) gruppiert und anhand des Datums sortiert. Eine neue Bestrahlungsphase beginnt immer am Tag der Vorbereitung (Trigger-Positionen 32.0240 und 32.0260). Die Behandlungstage mit Bestrahlung werden anhand der Grundleistungs-Positionen (32.10xx, 32.11xx, 32.12xx) identifiziert und *innerhalb* der Bestrahlungsphasen fortlaufend nummeriert. Die Leistungen des Vorbereitungstags und des *ersten* Bestrahlungstags erhalten eine gemeinsame Kontakt-ID und werden somit zu einer ambulanten Behandlung zusammengefasst (vgl. Anwendungsmodalitäten Gesamt-Tarifsystem, Abschnitt 5, Abs. 8).

4.2.2 Rechnungsbelege ohne Arztleistungen

Rechnungsbelege mit ausschliesslich veranlassten Leistungen – hauptsächlich von Laboren – sind kontaktlos und werden wie folgt den ambulanten Behandlungen zugeteilt:

1. *Mittels ZSR-Nummer des Veranlassers*: Wenn die Veranlasser-ZSR-Nummer vorhanden ist, werden die Leistungen der vorherigen Behandlung zugeteilt, die beim betreffenden Leistungserbringer stattfand.

2. *Mittels Versichertennummer und Datum*: Wenn der Veranlasser fehlt oder sonst keine Zuweisung möglich ist, werden die Leistungen der zuletzt stattgefundenen Behandlung des Versicherten zugeteilt.

Ein kleiner Teil der veranlassten Leistungen ist nicht zuteilbar. In diesen Fällen bleiben die Leistungen ohne Zuteilung zu einer Behandlung stehen. Ein Beispiel sind jahresübergreifende Behandlungen: Am 3. Januar werden Laborleistungen erbracht, die sich auf einen Patientenkontakt vom 30. Dezember des Vorjahres beziehen.

4.3 Anwendungsbereich des neuen Arzttarifs

Sind die Leistungen, so weit wie möglich, zu Behandlungen gruppiert, lassen sich mittels Trigger-Liste der OAAT die Behandlungen den Anwendungsbereichen der künftigen Tarife, Tardoc und Patientenpauschaltarif, definitiv zuordnen:

- *Behandlungen der Kategorie Patientenpauschaltarif*: Alle Behandlungen mit mindestens einer Trigger-Position für eine ambulante Pauschale.
- *Behandlungen der Kategorie Tardoc*: Alle Behandlungen ohne Trigger-Position für eine ambulante Pauschale, aber mit mindestens einer Tarmed-Tarifposition.

Ausschluss von Behandlungen: Ambulante Behandlungen, die nicht in den Anwendungsbereich des neuen Gesamt-Tarifsystems fallen, werden ausgeschlossen (Kategorie «Weitere»). Dazu gehören vor allem Dialyse-Leistungen. Weiter wird bei den Behandlungen geprüft, ob die Tarmed-Tarifcodes (Tariftypen 001/003) den gültigen Werten dieser Tarife entsprechen. Wir schliessen in sehr seltenen Fällen Behandlungen mit ungültigen Werten aus, da sich für diese Behandlungen das neue Tarifsystem nicht korrekt simulieren lässt. Zudem schliessen wir einige wenige Behandlungen aus, wenn Tarmed-Pauschalen (Tariftyp 003) enthalten sind, die nicht in den Anwendungsbereich des neuen Arzttarifs fallen. Zusammengenommen betrifft dies rund 0.14% der ambulanten Behandlungen.

Hauptleistungserbringer einer Behandlung: Eine pauschalierte Behandlung gemäss neuem Arzttarif kann von mehreren ärztlichen Leistungserbringern (ZSR-Nummern) gemeinsam erbracht werden. Beispiel: Ein Anästhesie-Belegarzt begleitet eine Operation in einem Spital. Bei Behandlungen im künftigen Patientenpauschaltarif werden alle Leistungen dem Hauptleistungserbringer zugewiesen. Der Hauptleistungserbringer ist gemäss unserer Definition jener, der am Haupt-Behandlungstag die meisten Arztleistungen (in CHF) erbringt. Bei Behandlungen im Tardoc ist der Leistungserbringer im neuen und alten Tarifsystem identisch.

4.4 Leistungsumfang

In diesem Abschnitt zeigen wir auf, wie der Leistungsumfang gemäss den Definitionen der OAAT abgegrenzt wird. Der relevante Leistungsumfang der Behandlungen unterscheidet sich nach Anwendungsbereich:

- *Leistungsumfang Tardoc*: Bei Behandlungen im Tardoc fallen nur die *ärztlichen* Leistungen, die bisher über Tarmed (Tariftyp 001) abgerechnet wurden, in den relevanten Leistungsumfang des neuen Arzttarifs.
- *Leistungsumfang Patientenpauschaltarif*: Bei Behandlungen, die pauschaliert werden, sind auch externe Laboranalysen, applizierte/injizierte Arzneimittel, Verbrauchsmaterial und Sonstiges enthalten. Bei den Arzneimitteln verwenden wir mehrere empirische und medizinische Entscheidungsregeln, um auf Ebene GTIN applizierte/injizierte Arzneimittel von mitgegebenen Arzneimitteln abzugrenzen. Auszuschliessen sind in jedem Fall: Mittel und Gegenstände, labile und stabile Blutprodukte sowie jene Implantate, die gemäss Patientenpauschaltarif separat verrechnet werden können. Unser Vorgehen zur Abgrenzung des relevanten Leistungsumfangs wird in Anhang A.2 erläutert.

5 Simulation des neuen Tarifsystems

Nachdem die Behandlungen den Anwendungsbereichen zugeordnet wurden und der relevante Leistungsumfang abgegrenzt wurde, wird der neue Arzttarif mithilfe der Simulationstools der OAAT simuliert:

- Bei Behandlungen im Patientenpauschaltarif verwenden wir den Batchgrouper (vgl. Abschnitt 5.1).
- Bei Behandlungen im Einzelleistungstarif werden die alten Tarmed-Positionen mithilfe eines Transkodierungstools in die neuen Tardoc-Positionen umgeschlüsselt (vgl. Abschnitt 5.2).

Die Simulationsergebnisse werden auf die einzelnen ambulanten Behandlungen in den Daten übertragen. Nach der Simulation verfügen wir auf Ebene jeder Behandlung somit über die Taxpunkte gemäss neuem Arzttarif, welche sich im Anschluss auf die gewünschte Ebene aggregieren lassen (vgl. Abschnitt 5.3).

5.1 Simulation Tarmed zu ambulanten Pauschalen

Der Batchgrouper der OAAT ist ein Simulationswerkzeug, mit dem grössere Mengen ambulanter Abrechnungsdaten nach Tarmed den einzelnen ambulanten Pauschalen des neuen Gesamt-Tarifsystems zugeordnet werden können. Der Batchgrouper verarbeitet jede Behandlung im Datensatz einzeln und berücksichtigt dabei Informationen zu Alter, Geschlecht und den abgerechneten Tarifpositionen. Anhand eines von der OAAT definierten Klassifikationssystems prüft der Grouper die medizinische und tarifarische Konstellation des Falls und weist ihm eine bestimmte ambulante Pauschale zu. Als Ergebnis resultieren für jeden Fall im Datensatz der Pauschalen-Code und die Anzahl Taxpunkte gemäss dem neuen Arzttarif.

Im Rahmen dieses Projekts simulieren wir die ambulanten Pauschalen gemäss Version 1.1c. Dies entspricht der Abrechnungsversion des Jahres 2026.

5.2 Transkodierung Tarmed zu Tardoc

Nachfolgend erläutern wir die Funktionsweise des Transkodierungstools der OAAT, welches für die Übersetzung von Tarmed-Positionen zu Tardoc-Positionen verwendet wird. Den Ausgangspunkt der Transkodierung bildet immer die alte Tarmed-Position. Im Verhältnis zu den neuen Tardoc-Positionen gibt es diverse Beziehungstypen, die in Tabelle 2 dargestellt sind.

Tabelle 2: Beziehungstypen Transkodierungstool

Beziehungstyp	Definition
1:1	Die Tarmed-Position wird passgenau auf eine Tardoc-Position übertragen
1:n	Die Tarmed-Position wird auf mehrere Tardoc-Positionen aufgeschlüsselt
n:1	Mehrere Tarmed-Positionen werden zu einer Tardoc-Position zusammengefasst
1:0	Die Tarmed-Position wird zu keiner Tardoc-Position transkodiert
0:1	Die neue Tardoc-Position hat keine äquivalente Tarmed-Position

Quelle: Simulationstool OAAT; Darstellung BSS.

Tabelle 3 bildet die ersten beiden Fälle (1:1 und 1:n) anhand von Beispielen ab. So wird z.B. die ärztliche Grundkonsultation 1:1 transkodiert. Bei der psychiatrischen Einzeltherapie wird ebenfalls eine 1:1-Transkodierung vorgenommen. Hier muss bei der Simulation aber zusätzlich berücksichtigt werden, dass die Zeiteinheit von 5 Minuten auf 1 Minute gewechselt hat. Dies wird über den sogenannten *Tardoc-Faktor* umgesetzt, der in diesem einfachen Beispiel auf 5 gesetzt wird. Als Beispiel einer komplexen 1:n-Beziehung mag eine Magnetresonanztomografie (MRI) des Neurokraniums dienen, welche auf insgesamt 7 Tardoc-Positionen umgeschlüsselt wird. Diese medizinische Leistung wird im neuen Tarifsystem somit granularer abgebildet.

Grundsätzlich gilt: Das Produkt aus Tardoc-Faktor und Tardoc-Taxpunkten (TP) auf Ebene der einzelnen Tardoc-Position ergibt in der Summe die simulierten Taxpunkte einer Tarmed-Tardoc-Beziehung. Die Tardoc-Faktoren können ggf. auch unter 1 sein, wenn z.B. eine Position nur im Falle von Komplikationen oder besonders aufwändigen Untersuchungen abgerechnet werden darf. Die Tarmed-Tardoc-Beziehungen werden anschliessend auf die Tarifpositionsdaten der ambulanten Behandlungen übertragen. Aus Sicht der statistischen Transkodierung sind 1:1- und 1:n-Beziehungen relevant. n:1-Beziehungen existieren zwar ebenfalls; da die Transkodierung aber aus der Perspektive der Tarmed-Position durchgeführt wird, lässt sich dies im Endeffekt als mehrere 1:1-Beziehungen lesen.

Tabelle 3: Transkodierungstool (Auszug)

Beziehung	Tarmed-Position	Tarmed-TP	Tardoc-Faktor	Tardoc-TP	Tardoc-Position	TP neu
1:1	Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation)	**18.6**	1	19.2	Ärztliche Konsultation, erste 5 Min.	**19.2**
1:1	Psychiatrische Diagnostik und Therapie, Einzeltherapie, erste Sitzung, pro 5 Min.	**17.3**	5	3.8	Diagnostik und/oder Therapie durch den Facharzt, Einzelsetting, erste Sitzung, pro 1 Min.	**19.1**
1:n	{MRI} Neurokranium Übersicht	**293.2**	1.0	10.4	RIS/PACS (IT-System)	**272.3**
			1.0	171.7	MR Neurokranium	
			1.0	11.3	+ Ärztliche Leistung vor und während MR-Untersuchung	
			0.3	8.0	Aufwändige ärztliche und technische Untersuchung MR, pro 1 Min.	
			0.3	5.7	Aufwändige technische Untersuchung MR, pro 1 Min.	
			1.0	74.1	Befundung und Berichtserstellung MR	
			0.5	3.0	Besonders aufwändige Befundung und Berichtserstellung MR, pro 1 Min.	

Anmerkungen: Alle Zahlen in der Beispieltabelle sind auf eine Nachkommastelle gerundet. *Quelle*: Simulationstool OAAT; Berechnungen BSS.

Die Gründe für 1:0- und 0:1-Beziehungen sind primär der Logik des Transkodierungstools zuzuschreiben. Beispielsweise wird die Tarmed-Position «+ Ärztliche Leistung im Falle einer persönlichen Betreuung der MRI-Untersuchung durch den Facharzt für medizinische Radiologie» nicht mittranskodiert (1:0-Beziehung). In Tabelle 3 sehen wir aber, dass das neue MRI-Abrechnungspaket u.a. die Position «+ Ärztliche Leistung vor und während MR-Untersuchung» beinhaltet. Diese Position wird im Tarifbrowser gleichzeitig als Nachfolgeposition der oben erwähnten Tarmed-Position aufgelistet – sie wird also *implizit* bei der Transkodierung mitberücksichtigt. Das heisst konkret: Die betreffende Tarmed-Position wird nicht separat transkodiert, weil es sonst zu Doppelzählungen kommen würde.

Auf der anderen Seite gibt es Tardoc-Positionen, welche kein äquivalentes Gegenstück im Tarmed aufweisen (0:1-Beziehung). Ein Beispiel ist das neue Tardoc-Kapitel zur Hausarztmedizin. So werden beispielsweise die hausärztlichen Grundleistungen im Transkodierungstool nicht anhand von Tarmed-Positionen übersetzt. Beim genaueren Hinsehen ist allerdings ersichtlich, dass sich

die Taxpunkt-Bewertung der hausärztlichen Grundleistungen nicht von den allgemeinen ärztlichen Grundleistungen unterscheidet. *Implizit* werden die hausärztlichen Grundleistungen also auch hier mittranskodiert, nämlich über die allgemeinen ärztlichen Grundleistungen im Tarmed.

Unsere Prüfungen ergaben, dass sich diese Logik auch auf weitere 1:0/0:1-Beziehungen übertragen lässt. Einschränkend gilt es zu erwähnen: Das Transkodierungstool der OAAT ist als Annäherung an eine komplexe tarifarische Realität zu verstehen. Transkodierungsungenauigkeiten können somit nicht ausgeschlossen werden. Im Rahmen dieses Mandats stützen wir uns auf die offizielle Version Tardoc 1.4c. Dies entspricht der Abrechnungsversion des Jahres 2026.[4]

5.3 Aggregation

Der letzte Schritt besteht darin, die simulierten Daten auf das gewünschte Niveau zu aggregieren. Bei den Arztpraxen sind das die Kantone und bei den Spitälern die ZSR-Nummern. Für das bisherige Tarifsystem wird einerseits das Taxpunktvolumen aus dem Tarmed berücksichtigt, andererseits aber auch die relevanten Bruttoleistungen ausserhalb des Tarmed, wie Laboranalysen, Verbrauchsmaterial und applizierte/injizierte Arzneimittel, welche neu über den Patientenpauschaltarif abgegolten werden (vgl. Abschnitt 4.4). Im neuen Tarifsystem aggregieren wir ausschliesslich das Taxpunktvolumen. Die aggregierten Daten bilden die Grundlage für die Berechnung der Preisstatistik. Durch die Multiplikation der Taxpunktvolumen mit *Taxpunktwerten* (TPW) können anschliessend die Bruttoleistungen im bisherigen bzw. neuen Tarifsystem berechnet werden.

6 Ergebnisse

In diesem Kapitel präsentieren wir die zentralen Ergebnisse der Simulation. Für diesen Zweck greifen wir auf die TPW aus dem Jahr 2025 zurück. Wir wenden die gleichen TPW sowohl für das bisherige Tarifsystem als auch für das neue Tarifsystem an. Die dargestellten Effekte sind daher auf Veränderungen im *Taxpunktvolumen* zwischen den Tarifen zurückzuführen, während die TPW konstant gehalten werden. Die Veränderungen sind somit nicht mit Preisveränderungen gleichzusetzen und entsprechen daher nicht den Zahlen, welche das BFS später im LIK publiziert.

6.1 Leistungserbringergruppe und Anwendungsbereich

Tabelle 4 bildet die Bruttoleistungen im bisherigen und im neuen Tarifsystem ab, unterteilt nach Leistungserbringergruppe (Arztpraxen, Spitäler) und Anwendungsbereich (Tardoc, Pauschalen, Gesamt-Tarifsystem). Die «Bruttoleistungen bisher» umfassen sowohl Tarmed-Leistungen als auch Leistungen aus anderen Tarifen, die künftig als Bestandteil einer ambulanten Pauschalen abgerechnet werden (Laboranalysen, Verbrauchsmaterial, applizierte/injizierte Arzneimittel). Zusätzlich ist die Zahl der Behandlungen (Patientenkontakte) dargestellt, welche die Grundlage

[4] Ergänzung: Die OAAT AG hat die Abrechnungsversion für das Jahr 2027 im Juni 2026 aufgeschaltet. Die Tarifversion ist Stand heute (21.10.2026) noch nicht vom Bundesrat genehmigt.

für die Simulation bildet. Aus der Tabelle lassen sich folgende strukturelle Erkenntnisse gewinnen:

- *Verteilung Leistungserbringergruppen*: Etwas über 60% des Gesamtvolumens entfällt auf die Arztpraxen, knapp 40% auf die Spitäler.
- *Verteilung Anwendungsbereich*: Der Anteil der Pauschalen beträgt rund 16% der Bruttoleistungen, während der Tardoc rund 84% des Gesamtvolumens beinhaltet. Innerhalb der Leistungserbringergruppen sehen wir, dass bei den Arztpraxen rund 92% ihrer Leistungen in den Anwendungsbereich des Tardoc fallen, während es bei den Spitälern rund 73% sind.

Im Weiteren ist es interessant, *Verschiebungen* zwischen den Arztpraxen/Spitälern und Anwendungsbereichen zu analysieren. So geht aus den Daten hervor, dass die Bruttoleistungen bei den Arztpraxen bei Tardoc-Behandlungen sinken (-3.2%), bei den Spitälern hingegen steigen (+6.0%). Bei pauschalierten Behandlungen ist es umgekehrt: Hier steigen die Bruttoleistungen bei den Arztpraxen (+1.9%) und sinken bei den Spitälern (-8.7%). Aufgrund der unterschiedlichen Grössenordnungen ergibt sich daraus ein negatives Bild bei den Arztpraxen (-2.7%) sowie ein positives Bild bei den Spitälern (+2.0%).

Im Total (beide Leistungserbringergruppen) erhalten wir eine Abnahme der Bruttoleistungen um rund 0.9%. Die OAAT hat den neuen Arzttarif so normiert, dass der Tarifsystemwechsel kostenneutral erfolgt (sogenannte statische Kostenneutralität). Deshalb ist zu erwarten, dass die Veränderung der Bruttoleistungen nahe bei null liegt.

Wie lässt sich die geringe Abweichung von null (d.h. -0.9%) erklären? Dafür kommen mehrere Gründe in Frage: Erstens verwenden wir eine Stichprobe bestehend aus den Versichertenkollektiven von sechs Krankenversicherern, während bei der Normierung eine Stichprobe von anderen Krankenversicherern verwendet wurde. Zweitens verwenden wir Rechnungsdaten aus dem Jahr 2024, wohingegen die Normierung mit Daten eines früheren Jahres berechnet wurde. Drittens wurde im Rahmen dieses Mandats keine Stichprobengewichtung durchgeführt.[5] Viertens wurden die Transkodierungs- und Simulationstools seit der Normierung des neuen Arzttarifs leicht angepasst; auch dies kann geringe Abweichungen generieren.

[5] Eine Stichprobengewichtung hat zum Ziel, die Ergebnisse in Bezug auf die Grundgesamtheit *aussagekräftiger* zu gestalten. Ein Beispiel: Wenn im Versichertenkollektiv der Stichprobe im Verhältnis zum Gesamtkollektiv weniger ältere Menschen vorkommen, kann dies Auswirkungen auf die Verschiebungen von Bruttoleistungen zwischen dem bisherigen und dem neuen Tarifsystem haben. Dies ist dann der Fall, wenn ältere Menschen gewisse Leistungen verstärkt in Anspruch nehmen, welche gleichzeitig überdurchschnittlich hohe Bewertungsänderungen im Simulationstool aufweisen.

Tabelle 4: Verteilung Bruttoleistungen nach Tarifsystem (bisher/neu)

Leistungs-erbringer	Anwendungsbe-reich	Anzahl Behand-lungen	Bruttoleistungen bisher	Bruttoleistungen neu	Delta
Arztpraxen	Tardoc	20'681'992	3'148'815'319	3'048'892'784	-3.2%
Arztpraxen	Pauschalen	223'953	289'872'672	295'267'854	1.9%
Arztpraxen	**Gesamt-Tarifsystem**	20'905'945	3'438'687'992	3'344'160'637	**-2.7%**
Spitäler	Tardoc	5'542'574	1'550'899'559	1'644'568'676	6.0%
Spitäler	Pauschalen	390'179	585'162'101	534'082'865	-8.7%
Spitäler	**Gesamt-Tarifsystem**	5'932'753	2'136'061'660	2'178'651'540	**2.0%**
Total	Tardoc	26'224'566	4'699'714'878	4'693'461'459	-0.1%
Total	Pauschalen	614'132	875'034'773	829'350'718	-5.2%
Total	**Gesamt-Tarifsystem**	26'838'698	5'574'749'651	5'522'812'178	**-0.9%**

Anmerkungen: Die Tabelle zeigt die Ergebnisse der Simulation auf Ebene Leistungserbringergruppe (Arztpraxen, Spitäler) und Anwendungsbereich (Tardoc, Pauschalen, Gesamt-Tarifsystem). Für die Berechnung der Bruttoleistungen wurden die Taxpunktwerte aus dem Jahr 2025 verwendet. *Bruttoleistungen bisher*: (Taxpunkte Tarmed × TPW 2025) + Bruttoleistungen andere Tarife (Laboranalysen, Verbrauchsmaterial, applizierte/injizierte Arzneimittel). *Bruttoleistungen neu*: Simulierte Bruttoleistungen im neuen Tarifsystem (Taxpunkte × TPW 2025). *Quelle*: Krankenversicherer-Daten, Simulationstool OAAT; Berechnungen BSS.

6.2 Leistungserbringergruppe, Anwendungsbereich und Tarifkapitel

Die beobachteten Verschiebungen zwischen Arztpraxen und Spitälern haben Auswirkungen auf die Preisstatistik des BFS. Denn: Das BFS berechnet für Arztpraxen und Spitäler separate Preisindizes. Der Tarifsystemwechsel führt somit dazu, dass der Preisindex bei Arztpraxen sinken und bei Spitälern steigen wird, vorausgesetzt, die TPW verändern sich nicht allzu stark. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage: Wie lassen sich die ungleichen Auswirkungen des Tarifsystemwechsels auf die Leistungserbringergruppen erklären? Nachfolgend analysieren wir die Gründe dafür. Da bei den Arztpraxen die Bruttoleistungen insgesamt abnehmen, bei den Spitälern hingegen zunehmen, liegt folgende Vermutung nahe: Es existiert eine positive Korrelation zwischen der tarifarischen Aufwertung von einzelnen Leistungen und dem Anteil, den die Spitäler an diesen Leistungen abrechnen. Wir prüfen diese Hypothese auf Ebene der einzelnen Tarifkapitel.

6.2.1 Einzelleistungstarif Tardoc

Abbildung 1 zeigt den Zusammenhang in Form einer Punktewolke für den Einzelleistungstarif. Ein Punkt steht für ein spezifisches Tarmed-Kapitel.[6] Die Grösse des Punkts bildet die Grösse des Tarmed-Kapitels ab (Bruttoleistungen, bisheriges Tarifsystem). Auf der Y-Achse ist die

[6] Der Tarmed beinhaltet insgesamt 36 Kapitel. Einige wenige Kapitel sind in der Grafik nicht dargestellt, da deren Leistungen nicht transkodiert werden (1:0-Beziehungstyp, vgl. Tabelle 2) oder aber vollständig in den Patientenpauschaltarif einfliessen. Der Anteil ist mit 0.0001% jedoch verschwindend klein und hier nur der Vollständigkeit halber dokumentiert.

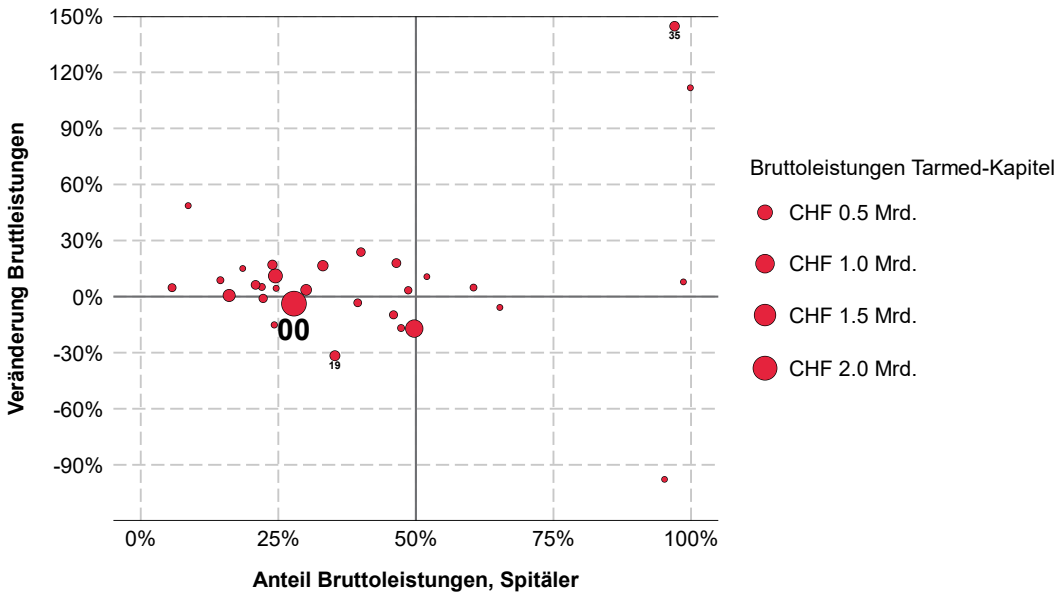
Veränderung der Bruttoleistungen zwischen dem neuen und dem bisherigen Tarifsystem ersichtlich (Bewertungsveränderung). Auf der X-Achse schliesslich ist der Spitalanteil (Bruttoleistungen, bisheriges Tarifsystem) dargestellt. Ein besonderes Augenmerk gilt dem unteren linken sowie dem oberen rechten Quadranten in der Grafik: Ersterer beinhaltet Tarmed-Kapitel mit hohem Arztpraxis-Anteil und tieferer Bewertung; letzterer identifiziert Tarmed-Kapitel mit hohem Spitalanteil und höherer Bewertung.

Für die grosse Mehrheit der Tarmed-Kapitel sind Veränderungen zwischen -25% und +25% beobachtbar. Hervor sticht dabei insbesondere das Kapitel «00 Grundleistungen», auf welches knapp die Hälfte der Bruttoleistungen entfällt (> CHF 2 Mrd.).[7] Das Kapitel ist im Tardoc etwas tiefer bewertet als im Tarmed. Der Spitalanteil an diesem Kapitel ist sehr tief, jener der Arztpraxen sehr hoch. In Kombination mit dem hohen Volumen führt dies zu einer relevanten Verschiebung zwischen den Leistungserbringergruppen, welche auf die Preisstatistik übertragen wird. Zudem: Leistungen des Kapitels «19 Diagnostik und nichtchirurgische Therapie des Gastrointestinaltraktes» werden zu 65% in Arztpraxen durchgeführt.[8] Gleichzeitig wurde das Kapitel im Tardoc im Vergleich zum Tarmed stark abgewertet (-32%).

Auf der anderen Seite gilt es das Kapitel «35 Operationssaal, Aufwachraum, Tagesklinik» hervorzuheben.[9] Der Anteil am Total beträgt hier zwar nur knapp 2% – die Veränderung in der Bewertung ist aber sehr hoch (knapp +145%). Gleichzeitig werden die Leistungen dieses Kapitels fast ausschliesslich von Spitälern erbracht. Das Zusammenspiel dieser Faktoren führt in der Summe dazu, dass die Bruttoleistungen der Spitäler im Verhältnis zu den Arztpraxen zunehmen. Zu erwähnen ist: Die OAAT hat im Rahmen ihres Entwicklungsberichts den Schwerpunkt für die Abrechnungsversion 2027 u.a. auf die nichtärztliche Betreuung gesetzt (Bestandteil von Tarmed-Kapitel 35). Hier dürfte es also im Jahr 2027 zu diversen Anpassungen nach unten kommen, welche sich auch auf die Preisstatistik auswirken werden.[10] Zu erwähnen ist, dass die Version 2027 beim Bundesrat eingereicht, aber noch nicht genehmigt ist (Stand vom 15.09.2026).

[7] Das Kapitel «00 Grundleistungen» enthält u.a. Konsultationen, diverse Untersuchungen, Besuche, Telefonkonsultationen, Aktenstudium, Konsilien, Zeugnisse, Berichte und Gutachten sowie Dringlichkeits- und Notfallzuschläge.
[8] Das Kapitel beinhaltet hauptsächlich gastroenterologische Untersuchungen.
[9] Das Kapitel «35 Operationssaal, Aufwachraum, Tagesklinik» enthält technische Grundleistungen für diverse Operationen, nichtärztliche Betreuung sowie die Notfall-Eintrittspauschale.
[10] Vgl. Seite 33 unter https://oaat-otma.ch/fileadmin/redaktion/dokumente/DE/Gesamt-Tarifsystem/Vertraege_und_Anhaenge_v2027/TARDOC_Entwicklungsbericht.pdf (zuletzt abgerufen: 21.08.2026).

Abbildung 1: Zusammenhang Neubewertung und Spitalanteil nach Tarmed-Kapitel



Anmerkungen: Die Grafik zeigt den Zusammenhang zwischen der Veränderung der Bruttoleistungen (neues vs. bisheriges Tarifsystem) und dem Spitalanteil (Bruttoleistungen, bisheriges Tarifsystem) auf Ebene einzelner Tarmed-Kapitel. Die Grösse der Punkte bildet die Grösse der Tarmed-Kapitel ab (Bruttoleistungen, bisheriges Tarifsystem). Für die Berechnung der Bruttoleistungen wurden die Taxpunktwerte aus dem Jahr 2025 verwendet. Die Tarmed-Kapitel «00 Grundleistungen», «35 Operationssaal ({OP}), Aufwachraum, Tagesklinik» und «19 Diagnostik und nichtchirurgische Therapie des Gastrointestinaltraktes» sind textlich hervorgehoben. *Quelle*: Krankenversicherer-Daten, Simulationstool OAAT; Berechnungen BSS.

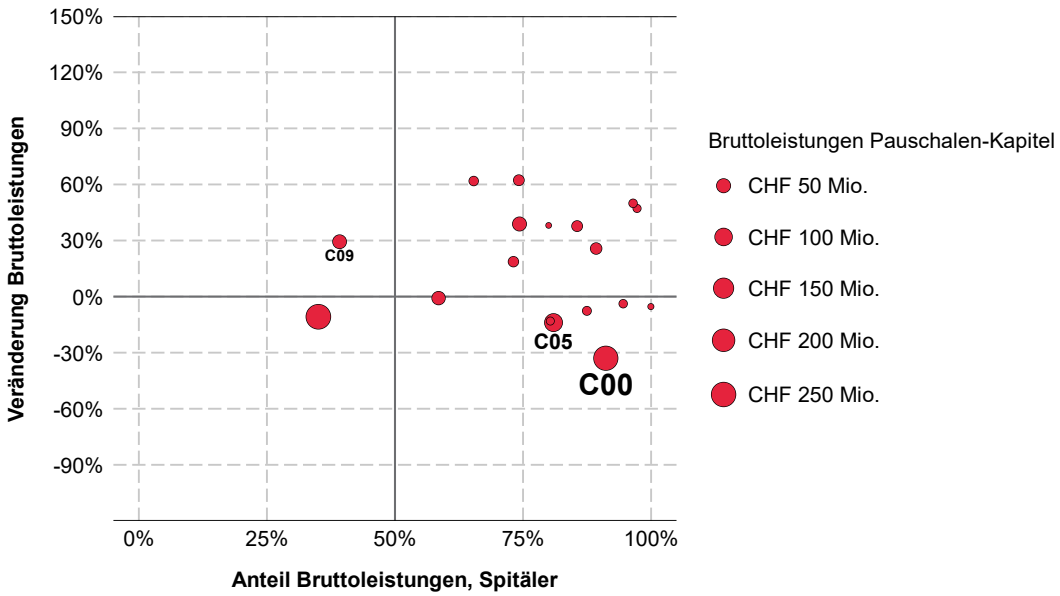
6.2.2 Patientenpauschaltarif

Auch beim Patientenpauschaltarif lassen sich Verschiebungen zwischen Arztpraxen und Spitälern mit der gleichen Methodik analysieren (vgl. Abbildung 2). Die relevante Einheit sind hier die 18 Pauschalen-Kapitel. Im Gegensatz zum Einzelleistungstarif sind die Verschiebungen im Patientenpauschaltarif *gegenläufig* zum Gesamt-Tarifsystem (vgl. Tabelle 4). Das heisst, bei den Spitälern verzeichnen wir eine Abnahme der Bruttoleistungen (-8.7%), bei den Arztpraxen eine leichte Zunahme (+1.9%).

Zwei grosse Pauschalen-Kapitel dominieren den Effekt: «C00 Prae-Cap» und «C05 Kreislaufsystem».[11] Beide Kapitel sind an ressourcenintensive Infrastruktur gebunden, was den hohen Spitalanteil erklärt. Gleichzeitig sind beide deutlich tiefer bewertet als im Tarmed. Auf der anderen Seite gilt es das deutlich höher bewertete Kapitel «C09 Haut, Unterhaut und Mamma» hervorzuheben, wo die Arztpraxen einen grösseren Anteil als die Spitäler aufweisen.[12] Die genannten Entwicklungen führen in der Summe dazu, dass die Spitäler in Bezug auf den Patientenpauschaltarif weniger Bruttoleistungen erhalten, wohingegen die Arztpraxen etwas mehr erhalten.

[11] Ersteres umfasst hauptsächlich Leistungen der Radio-Onkologie und Nuklearmedizin; Letzteres kardiologische und angiologische Interventionen sowie gefässchirurgische Eingriffe.
[12] Das Kapitel beinhaltet hauptsächlich Eingriffe aus den folgenden Fachgebieten: Allgemeine Chirurgie, plastische Chirurgie, Gynäkologie und Dermatologie.

Abbildung 2: Zusammenhang Neubewertung und Spitalanteil nach Pauschalen-Kapitel



Anmerkungen: Die Grafik zeigt den Zusammenhang zwischen der Veränderung der Bruttoleistungen (neues vs. bisheriges Tarifsystem) und dem Spitalanteil (Bruttoleistungen, bisheriges Tarifsystem) auf Ebene einzelner Pauschalen-Kapitel. Die Grösse der Punkte bildet die Grösse der Pauschalen-Kapitel ab (in Bruttoleistungen, bisheriges Tarifsystem). Für die Berechnung der Bruttoleistungen wurden die Taxpunktwerte aus dem Jahr 2025 verwendet. Die Pauschalen-Kapitel «C00 Prae-Cap», «C05 Kreislaufsystem» und «C09 Haut, Unterhaut und Mamma» sind textlich hervorgehoben. *Quelle*: Krankenversicherer-Daten, Simulationstool OAAT; Berechnungen BSS.

6.2.3 Zwischenfazit

Die Analyse auf Ebene der Tarifkapitel zeigt: Bei einigen grösseren Kapiteln kam es im Zuge der Tarifumstellung zu umfassenden Neubewertungen der ärztlichen Leistungen. Insgesamt wird in der Abrechnungsversion 2026 das «typische» Leistungsspektrum von Arztpraxen in Taxpunkten tendenziell leicht schlechter und jenes von Spitälern leicht besser bewertet. In der Summe beobachten wir daher eine Verschiebung der Bruttoleistungen zwischen den beiden Leistungserbringergruppen, welche sich direkt auf die Preisstatistik auswirkt.

Mit Blick auf die zukünftige Abrechnungsversion 2027 ist es denkbar, dass die hier dokumentierten Verschiebungen eher abnehmen werden. Neben dem bereits diskutierten Entwicklungsschwerpunkt der nichtärztlichen Betreuung in den Spitälern sind auch Anpassungen beim Leistungsblock Notfall/Dringlichkeit in den Arztpraxen sowie bei sämtlichen Tarifpositionen geplant, welche Kinder und Jugendliche betreffen. Bei den beiden letztgenannten Bereichen beanstanden die praxisambulanten Leistungserbringer, dass die Leistungen nicht kostendeckend erbracht werden können. Es ist also grundsätzlich möglich, dass die berechnete Verschiebung in der Abrechnungsversion 2027 wieder teilweise abgeschwächt wird.

7 Fazit und Empfehlungen

7.1 Methodisches Vorgehen

Mit der Einführung des neuen Gesamt-Tarifsystems im Jahr 2026 ist die bisherige Berechnungsmethode der Preisstatistik, die einen über die Zeit fixen Leistungskatalog voraussetzt, nicht mehr anwendbar. Im vorliegenden Projekt verwenden und evaluieren wir daher eine alternative Berechnungsmethode der Preisstatistik, mit der sich die Preisentwicklung bei ambulanten Arztleistungen auch dann messen lässt, wenn der Leistungskatalog und der Anwendungsbereich des Arzttarifs über die Zeit angepasst werden. Kern des Ansatzes ist eine über zwei Tarifjahre konstante Stichprobe von Einzelfalldaten der Krankenversicherer, die mithilfe der Simulationstools der OAAT sowohl im bisherigen als auch im neuen Tarifsystem bewertet wird.

Die Arbeiten umfassen fünf methodische Schritte:

- *Datenaufbereitung*: Grundlage bilden die ambulanten Rechnungsdaten von sechs Krankenversicherern. Die Rohdaten enthalten rund 43 Mio. Rechnungen, 313 Mio. Tarifpositionen und Bruttoleistungen von über CHF 11 Mrd von Arztpraxen, Spitälern, Laboren und Apotheken. Der Marktanteil der Stichprobe liegt bei 38.6% in der OKP. Die Rohdaten werden plausibilisiert und bei Bedarf korrigiert; Leistungserbringer und Leistungen ausserhalb des Anwendungsbereichs des neuen Arzttarifs werden ausgeschlossen.
- *Gruppierung zu Behandlungen*: Einzelne Rechnungspositionen werden datums-, rechnungs- und leistungserbringerübergreifend zu ambulanten Behandlungen gruppiert. Dieser Schritt ist insbesondere notwendig, um später ambulante Pauschalen zu simulieren.
- *Anwendungsbereich und Leistungsumfang*: Die abgegrenzten Behandlungen werden dem Einzelleistungstarif Tardoc oder dem Patientenpauschaltarif zugewiesen. Der relevante Leistungsumfang unterscheidet sich dabei: Im Tardoc sind nur die bisher über Tarmed abgerechneten ärztlichen Leistungen massgebend, im Patientenpauschaltarif zusätzlich externe Laboranalysen, applizierte bzw. injizierte Arzneimittel und Verbrauchsmaterial.
- *Simulation*: Behandlungen im Patientenpauschaltarif werden mit dem Batchgrouper (Pauschalen-Version 1.1c) einer Pauschale zugewiesen; Behandlungen im Tardoc werden mit dem Transkodierungstool (Tardoc-Version 1.4c) von Tarmed- auf Tardoc-Positionen umgeschlüsselt. Beides entspricht der Abrechnungsversion 2026.
- *Aggregation*: Die simulierten Taxpunktvolumen werden für Arztpraxen auf Ebene Kanton und für Spitäler auf Ebene ZSR-Nummer aggregiert und dem BFS als Grundlage für die preisstatistische Weiterverarbeitung übergeben.

7.2 Auswirkungen des Tarifsystemwechsels

Zu illustrativen Zwecken multiplizieren wir die Taxpunktvolumen aus beiden Tarifsystemen mit den TPW des Jahres 2025. Die ausgewiesenen Veränderungen sind deshalb ausschliesslich auf Unterschiede im Taxpunktvolumen zurückzuführen und nicht mit Preisveränderungen gleichzusetzen. Über das gesamte Tarifsystem hinweg resultiert – bei konstanten TPW – eine Abnahme der Bruttoleistungen von 0.9%. Dieser Wert liegt, angesichts der angestrebten statischen Kostenneutralität, erwartungsgemäss nahe bei null. Die verbleibende Abweichung dürfte mit der

anderen Stichprobe, dem unterschiedlichen Datenjahr, der fehlenden Stichprobengewichtung sowie zwischenzeitlichen Anpassungen der OAAT an den Simulationstools zusammenhängen.

Für die Preisstatistik ist auch die Entwicklung in den Leistungserbringergruppen (Arztpraxen und Spitäler) wichtig, da das BFS für beide Bereiche separate Preisindizes berechnet. Die Ergebnisse zeigen: Bei konstanten TPW nehmen die Bruttoleistungen der Arztpraxen um 2.7% ab, jene der Spitäler um 2.0% zu. Diese Verlagerungseffekte sind dem Umstand geschuldet, dass einzelne Leistungen relativ gesehen abgewertet und andere aufgewertet wurden. Unsere Analyse auf Ebene der Tarifkapitel gibt einen Einblick in diese Bewertungsveränderungen. Im Tardoc sind vor allem das volumenstarke Kapitel «00 Grundleistungen» mit hohem Arztpraxis-Anteil und leicht tieferer Bewertung sowie das deutlich aufgewertete, fast ausschliesslich von Spitälern erbrachte Kapitel «35 Operationssaal, Aufwachraum, Tagesklinik» ausschlaggebend. Im Patientenpauschaltarif verläuft die Verschiebung gegenläufig, getrieben durch die tiefer bewerteten, spitallastigen Kapitel «C00 Prae-Cap» und «C05 Kreislaufsystem».

7.3 Limitationen

In Bezug auf die Simulation des neuen Arzttarifs sind mehrere Limitationen festzuhalten. Erstens gilt, dass die Simulationstools der OAAT lediglich eine Annäherung an eine komplexe tarifarische Realität darstellen. Ein Nachteil bei der Simulation von Pauschalen ist beispielsweise, dass keine Diagnosen, sondern nur Tarifpositionen als Grundlage für die Eingruppierung zur Verfügung stehen. Folglich sind gewisse Unschärfen bei der Simulation der Pauschalen nicht zu vermeiden. Ähnliches gilt für die Transkodierung von Tarmed zu Tardoc: Auch hier kann es zu Ungenauigkeiten kommen, weil das Mapping von den bisherigen zu den neuen Tarifpositionen nicht immer trennscharf möglich ist. Es ist allerdings davon auszugehen, dass diese Unschärfen bei zukünftigen Tarifsystemwechseln, etwa zwischen 2026 und 2027, deutlich kleiner ausfallen werden. Zum einen dürfte sich durch die Einführung von Tardoc und ambulanten Pauschalen die Datenverfügbarkeit von Diagnosecodes verbessern. Zum anderen dürften künftige Anpassungen im Vergleich zum Systemwechsel 2025/2026 weniger umfangreich ausfallen.

Zweitens mussten bei der Gruppierung und Abgrenzung von Behandlungen gewisse Annahmen getroffen werden. Dazu zählt zum Beispiel die Unterscheidung zwischen applizierten/injizierten und mitgegebenen Arzneimitteln im Rahmen von pauschalierten Behandlungen. Eine weitere Herausforderung ist die korrekte Identifikation von Implantaten in den Daten, die bei gewissen pauschalierten Behandlungen separat verrechnet werden können.

Drittens ist es gut denkbar, dass die Leistungserbringer das neue Tarifsystem in der medizinischen Realität anders interpretieren und damit auch anders anwenden, als dies aus Sicht der Tarifentwicklung beabsichtigt war.

Viertens ist zu erwähnen, dass die Berechnungen in diesem Bericht auf einer ungewichteten Stichprobe des Jahres 2024 durchgeführt wurden. Es ist denkbar, dass eine gewichtete Stichprobe oder eine Vollerhebung zu leicht anderen Ergebnissen führen würden. Voraussichtlich dürfte sich der Abdeckungsgrad des Tarifpools 2.0 noch etwas erhöhen. Gemäss santéservices bleibt der Tarifpool 2.0 jedoch vorerst eine Stichprobe, da sich nicht alle Krankenversicherer an Datenlieferungen beteiligen.

7.4 Preis- vs. Kostenentwicklung

Die Ergebnisse in diesem Bericht beziehen sich auf die *Preisentwicklung* bei ambulanten ärztlichen Leistungen. Aus Sicht der Preisstatistik sind die Konzepte von Preisen klar von Kosten zu trennen, da die Kosten massgeblich von der Mengenentwicklung beeinflusst werden. Die Mengen setzen sich wiederum zusammen aus der Anzahl der Behandlungen (Patientenkontakte) und dem Umfang der erbrachten Einzelleistungen während einer Behandlung.

In den letzten zehn Jahren (2015–2025) betrug die durchschnittliche jährliche Kostensteigerung pro versicherte Person bei den Arztpraxen 2.7% und bei den Spitalambulatorien 3.6%.[13] Im selben Zeitraum haben sich die Preise (TPW und Taxpunktanpassungen im Jahr 2018[14]) nur sehr geringfügig verändert. Folglich ist die Kostenentwicklung bei ambulanten ärztlichen Leistungen zu einem grossen Teil mengengetrieben.

Wie sich die Behandlungskosten im Zuge des Tarifsystemwechsels von 2025 auf 2026 entwickeln, bleibt hingegen noch abzuwarten. Klar ist jedoch, dass die in diesem Bericht dokumentierten Verschiebungen infolge des Tarifsystemwechsels eine gewisse Anreizwirkung entfalten können: Leistungserbringer, die von Abwertungen betroffen sind, können versuchen, Umsatzrückgänge zu kompensieren, indem sie zusätzliche Leistungen erbringen und abrechnen. Da das grösste Volumen der Arztleistungen weiterhin über einen Einzelleistungstarif (Tardoc) verrechnet wird, besteht bei der Leistungserbringung und Fakturierung ein entsprechender Spielraum.

7.5 Empfehlungen für die künftige Preisstatistik

Die OAAT entwickelt das Gesamt-Tarifsystem jährlich weiter: Leistungen werden mittels Taxpunkt-Anpassungen neu bewertet, neue Tarifpositionen kommen hinzu oder alte fallen weg, Pauschalen werden neu abgegrenzt (z.B. Splitting) und auch der Anwendungsbereich des Arzttarifs kann sich verändern. Die Preisstatistik ist somit mit jährlichen Tarifanpassungen konfrontiert, mit denen die Methodik entsprechend umgehen muss. Künftige Tarifanpassungen dürften vom Umfang her jedoch geringer ausfallen als beim aktuellen Systemwechsel 2025/2026 zwischen Tarmed und Tardoch/Pauschalen, was auch den künftigen Aufwand und die Unschärfen von Transkodierungen und Simulationen reduzieren dürfte.

Vor diesem Hintergrund empfehlen wir dem BFS folgendes Vorgehen:

– *Jährlicher Vergleich zweier aufeinanderfolgender Tarifversionen*: Der Preisindex für ambulante ärztliche Leistungen sollte jeweils aus dem Vergleich der Abrechnungsversionen $t-1$ und t auf einer *identischen* Stichprobe von realen ambulanten Behandlungsfällen berechnet werden. Dazu wird eine Überleitung von Abrechnungsversion $t-1$ auf t benötigt, die die OAAT in Form von Simulationstools zur Verfügung stellt. Aus unserer Sicht ist es empfehlenswert, mit der OAAT jeweils rechtzeitig zu klären, wann die Abrechnungsversion für das Folgejahr publiziert wird und wann welche Simulationstools zur Verfügung gestellt werden. So kann ein Zeitplan für die Erstellung der Preisstatistik erstellt werden. Hinweis: Die Abrechnungsversion für das Jahr 2027 publizierte die OAAT im Juni 2026. Zeitgleich stellte die OAAT

[13] Gemäss Tabelle T2.28 der Statistik der OKP des BAG, Link: https://www.bag.admin.ch/de/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung

[14] Im Rahmen des Tarifeingriffs des Bundesrats per 1.1.2018.

Transkodierungs- und Simulationstools zur Verfügung, um die Version 2027 mit Tarmed-Daten zu simulieren. Tools für die Simulation der Version 2027 auf Basis von Tardoc/Pauschalen-Daten nach Version 2026 stehen jedoch (noch) nicht zur Verfügung.

- *Datengrundlage und Gewichtung*: Aus unserer Sicht «zwingen» die jährlichen Tarifanpassungen die Preisstatistik dazu, die Berechnungen künftig auf *Individualdaten* abzustützen. Denn: Nur anhand von Einzeldaten lässt sich simulieren, in welche Pauschale ein individueller Fall unter der künftigen Tarifstruktur eingruppiert wird. Der Tarifpool 2.0 von santéservices ist zurzeit die beste Datenquelle, da hier Individualdaten von mehreren Krankenversicherern konsolidiert zur Verfügung stehen. Ein Nachteil des Tarifpools 2.0 ist, dass er eine Stichprobe darstellt, die aufgrund der teilnehmenden Krankenversicherer möglicherweise selektiv ist. Wie stark sich der Abdeckungsgrad in den kommenden Jahren erhöht, ist noch nicht bekannt. Dem könnte man mit einer Stichprobengewichtung – etwa nach Alter, Geschlecht und Grossregion – zumindest teilweise entgegenwirken. Damit lässt sich das Risiko reduzieren, dass unter- oder überproportional vertretene Versichertengruppen die gemessene Preisentwicklung verzerren.
- *Andere Faktoren konstant halten*: Nebst der Stichprobe müssen Datenaufbereitung, Behandlungsabgrenzung, Zuordnung von Behandlungen zum Anwendungsbereich und Leistungsumfang in beiden Tarifjahren gleich definiert sein. Werden gewisse Regeln angepasst – etwa weil die OAAT die Anwendungsmodalitäten oder die Trigger-Listen ändert – sind die neuen Regeln stets auf beide Tarifjahre anzuwenden. Dieses Vorgehen ermöglicht es, die Bewertungsänderungen zwischen zwei Tarifversionen möglichst korrekt zu erfassen.
- *Umgang mit Erweiterungen des Anwendungsbereichs*: Erweitert sich der Anwendungsbereich des Arzttarifs künftig, etwa durch den Einbezug von Dialyse-Leistungen, muss jeweils geprüft werden, ob sich die neu einbezogenen Leistungsbereiche im Vorjahr t-1 gut in den Daten abbilden lassen und ob die Überleitung zwischen bisherigen und neuen Tarifen hinreichend zuverlässig ist. Ist dies der Fall, sollten die neuen Leistungsbereiche für die Preisstatistik berücksichtigt werden. Alternativ kann der Preisvergleich auf den in beiden Jahren gemeinsamen Anwendungsbereich beschränkt werden.
- *Simulation der Abrechnungsversion 2027*: Die OAAT hat bereits Tools (Batchgrouper / Transkodierung) publiziert, um die Abrechnungsversion 2027 des neuen Arzttarifs mit Tarmed-Daten zu simulieren. Folglich könnten die für die Preisstatistik relevanten Tarifstruktureffekte bereits jetzt geschätzt werden. Allerdings ist zu betonen, dass im Frühjahr/Sommer 2027 reale Tardoc- und Pauschalen-Abrechnungsdaten für das Jahr 2026 vorliegen werden, wenngleich aufgrund von Abrechnungsverzögerungen noch lückenhaft. Eine Überleitung von 2026 zu 2027 dürfte sich wesentlich einfacher gestalten und mit weniger Annahmen verbunden sein als eine Simulation mit Tarmed-Daten. Denn: Der Simulationsaufwand reduziert sich auf jene Tarifpositionen und Pauschalen, die zwischen den beiden Versionen geändert wurden. Voraussetzung ist, dass die OAAT Tools für die Überleitung zwischen den zwei aufeinanderfolgenden Versionen zur Verfügung stellt.
- *Getrennter Ausweis von Struktur- und Taxpunktwert-Effekt*: Taxpunktvolumen und TPW sollten in der Produktion getrennt geführt und ausgewiesen werden. Nur so lässt sich nachvollziehen, welcher Teil der gemessenen Preisentwicklung auf die Weiterentwicklung der Tarifstruktur und welcher Teil auf die kantonal bzw. spitalindividuell verhandelten TPW zurückgeht. Dies ist zwar für die Publikation der Zeitreihen im LIK nicht notwendig, es dürfte aber die Interpretation und Kommunikation der Ergebnisse erleichtern.

A Anhang

A.1 Datenaufbereitung

A.1.1 Datenkorrekturen

Zuerst werden die Tarifpositionsdaten plausibilisiert und, soweit möglich, korrigiert. Wir führen folgende Schritte durch:

- *Einsetzung Tariftyp mittels Tarifcode*: Bei rund 0.8% der Bruttoleistungen ist die Angabe des Tariftyps falsch bzw. fehlt. Teilweise steht in den betroffenen Rechnungszeilen jedoch ein gültiger Tarifcode, was Korrekturen zur Qualitätsverbesserung der Daten ermöglicht. Beispiel: Bei einer gültigen 13-stelligen GTIN (Global Trade Item Number) wird anstelle von «-1» oder «400» der korrekte Tariftyp «402» eingesetzt.
- *Einsetzung Tariftyp mittels Partnerart-Obergruppe*: Bei Laboren wird bei fehlenden Werten der Tariftyp 317 «Eidg. Analysenliste (EAL) (Neu ab 1.7.2009)» angenommen. Dies ist bei rund 4% der Labor-Bruttoleistungen der Fall.
- *Korrektur Anzahl*: Bei rund 0.2% der Tarmed-Bruttoleistungen ist die Angabe «Anzahl» offensichtlich falsch auf den Rechnungsbelegen hinterlegt (z.B. 500 anstatt 5 oder 100 anstatt 1). Für Tarmed-Leistungen setzen wir die Anzahl für extreme Werte (100 und grösser) auf jene Werte, die mit den Bruttoleistungen der jeweiligen Tarifpositionszeile konsistent sind. Für Tarifpositionen mit einer Limitation pro Sitzung führen wir denselben Schritt durch, wenn die Anzahl die Limitation gemäss Tarmed-Katalog überschreitet.
- *Einsetzungsverfahren Taxpunktwert*: Im Weiteren fehlt in seltenen Fällen die Angabe des Taxpunktwerts (TPW) auf den Rechnungen oder die Angabe ist unplausibel. Rund 0.2% der Tarmed-Bruttoleistungen sind davon betroffen. Solche Werte setzen wir mit einem Einsetzungsverfahren ein: Pro Behandlung (vgl. Abschnitt 4) bestimmen wir in einem ersten Schritt den TPW-Modalwert. Bei fehlenden oder unplausiblen Werten setzen wir anschliessend schrittweise den TPW-Modalwert auf Ebene Leistungserbringer, Partnerart-Obergruppe/Standortkanton oder Standortkanton ein. Im Endergebnis erhalten wir für jede Tarmed-Leistung einen gültigen TPW.

A.1.2 Ausschlüsse

Selektion von Leistungserbringergruppen

Für die vorliegenden Arbeiten werden nur Rechnungen von Leistungserbringern der Partnerart-Obergruppen «Ärztinnen und Ärzte», «Spitäler», «Laboratorien» und «Apotheken» mit Standort in der Schweiz selektioniert. Die Leistungen von Laboren werden nur bei Behandlungen im Patientenpauschaltarif berücksichtigt. Die Leistungen der Apotheken werden für die Einteilung der Medikamente in appliziert, mitgegeben und veranlasst benötigt (vgl. Abschnitt A.2.1). Massgebend für die Einteilung in die Partnerart-Obergruppen ist die Information im ZSR von

santéservices. In sehr seltenen Fällen ist die ZSR-Nummer in den Daten fehlerhaft oder stammt von einem Leistungserbringer mit Sitz im Ausland. Solche Rechnungsbelege werden ausgeschlossen.[15]

Ausschlüsse von Rechnungen

Erstens schliessen wir folgende Rechnungen aus:

- Belege mit nichtpositivem Abrechnungsbetrag
- Belege mit nichtpositivem Fakturabetrag
- Behandlungstage (Ebene Beleg und Datum) mit nichtpositivem Fakturabetrag

In den Abrechnungsdaten können nämlich in sehr seltenen Fällen negative Mengen oder Bruttoleistungen auftreten, wenn beispielsweise stornierte Rechnungen nicht vollständig aus den Daten entfernt wurden. Von diesen Ausschlüssen sind 0.08% der Rechnungen betroffen. Zweitens schliessen wir Rechnungen aus, für die keine Tarifpositionsdaten verfügbar sind. Bei den Spitälern sind dies rund 0.01% der Rechnungen – bei den Arztpraxen liegt der Anteil mit 0.3% höher. Drittens schliessen wir Spitalrechnungen aus, die ausschliesslich Leistungen eines nichtärztlichen Fachbereichs wie Pflege, Chiropraktik oder Hebammen beinhalten.

Bei Rechnungen von Laboren ist der Veranlasser der Rechnung massgebend. Ist der Veranlasser einer Rechnung eine Arztpraxis oder ein Spital, wird die Rechnung beibehalten; ist der Veranlasser zum Beispiel eine Hebamme, wird die Rechnung ausgeschlossen. Wenn der Veranlasser fehlt oder unklar ist, wird die Rechnung beibehalten und somit angenommen, dass sie zum ärztlichen Fachbereich gehört.

Ausschluss von Nicht-OKP-Leistungen

- *Ausschluss aufgrund des Tariftyps*: Leistungen aus Tariftypen, die gemäss Tarifliste des Forums Datenaustausch keine KVG-Leistungen enthalten (z.B. komplementärmedizinische VVG-Leistungen), werden ausgeschlossen. Ein Beispiel hierfür sind auch bilaterale Tariftypen, welche Buchstaben enthalten.
- *Ausschluss aufgrund von Differenzen zwischen Abrechnungs- und Fakturabetrag*: Wir gleichen die *fakturierten* Beträge mit dem *abgerechneten* OKP-Betrag auf Rechnungsebene ab. Die fakturierten Beträge bei ambulanten Leistungen von Arztpraxen und Spitälern sind rund 0.5% bis 1% höher als die abgerechneten Beträge. Grund: Auf OKP-Rechnungen sind selten auch Positionen enthalten, welche nicht leistungspflichtig sind und die Versicherer nicht über die OKP abrechnen. Teilweise entspricht die Differenz zwischen dem fakturierten und abgerechneten Rechnungsbetrag exakt einer aufgeführten Position. In diesem Fall wird die entsprechende Position entfernt. Weiter liegt die Vermutung nahe, dass ein höherer Fakturabetrag durch unbekannte Tarifpositionen (Tariftyp 999, Tariftyp -1 «fehlend» oder Tariftyp -8 «nicht numerisch») verursacht wird. Im Fall von positiven Rechnungsdifferenzen (Fakturabetrag > Abrechnungsbetrag) werden diese Positionen sequenziell entfernt, solange der Fakturabetrag nicht unter den Abrechnungsbetrag fällt.

[15] Dies betrifft rund 0.05% der Bruttoleistungen.

Ausschluss anhand von Tariftyp oder Tarifcode

Gewisse Leistungen werden aus inhaltlichen Gründen aus den Daten ausgeschlossen, weil der Tariftyp oder die Tarifpositionen für den Anwendungsbereich des neuen Arzttarifs nicht relevant sind:

- *Tarife nichtärztlicher Fachbereiche mit eigenen Patientenkontakten*: Leistungen aus nichtärztlichen Fachbereichen, die gemäss Gesamt-Tarifsystem immer als separate Patientenkontakte geführt werden. Dazu gehören: Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungs- und Diabetesberatung, Psychotherapie Tarif KVG (581), Podologie KVG (341), Neuropsychologische Leistungen KVG (340) sowie Transport- und Rettungsleistungen.
- *Weitere Tarife:* Zu den weiteren Tarifen, die vollständig ausgeschlossen werden, gehören Pandemieleistungen (351), «Pauschalen KVG ausserhalb Tarif 003» (350) sowie sämtliche nichtambulanten Tarife.
- *Auf Ebene Tariftyp und Tarifcode*: Delegierte Psychotherapie (Tarmed-Kapitel 02.02 und 02.03) sowie Fortpflanzungsmedizin (Tariftyp 003, Tarmed-Pauschalen, Kapitelziffer 40) werden ausgeschlossen.

Ausschluss von negativen Werten

Wir schliessen einzelne Tarifpositionen mit negativer Anzahl oder negativem Fakturabetrag aus. Davon betroffen sind auch negative Werte, die aus der Tarifstruktur oder dem Fakturierungsprozess folgen wie z.B. die Position «35.0020: (-) %-Reduktion der {TL}, wenn Praxis-{OP} statt {OP} I». Dies, weil die Simulationstools der OAAT Werte kleiner oder gleich null nicht verarbeiten können. Insgesamt betrifft dies rund 0.4% der Tarmed-Bruttoleistungen.

A.2 Leistungsumfang Patientenpauschaltarif

A.2.1 Applizierte, mitgegebene und veranlasste Arzneimittel

Behandlungen enthalten drei verschiedene Arten von Arzneimitteln:

- *Appliziert/injiziert*: Arzneimittel, die während einer ambulanten Behandlung angewendet bzw. dem Patienten verabreicht werden. Einige nennenswerte Beispiele sind: 1) Anästhetika im Rahmen einer ambulanten Operation; 2) Kontrastmittel bei bildgebenden Verfahren; 3) Infusionslösungen.
- *Mitgegeben*: Arzneimittel, die der behandelnde Leistungserbringer dem Patienten am Behandlungstag mit nach Hause gibt. Beispiel: Eine Patientin erhält nach einem ambulanten Eingriff am selben Tag eine Packung Schmerzmittel sowie Blutverdünner, die sie mit nach Hause nimmt.
- *Veranlasst:* Alle Arzneimittel, die ein anderer Leistungserbringer als der behandelnde Leistungserbringer an die Patienten abgibt, hauptsächlich Apotheken. Medikamente, die an einem späteren Datum als die Hauptbehandlung fakturiert werden, werden ebenfalls als veranlasste Medikamente gezählt, unabhängig davon, wer sie abgibt. Beispiele: 1) Eine Patientin erhält im Rahmen einer Spitalbehandlung ein Rezept, welches sie am selben Tag in einer Apotheke

einlöst. 2) Ein Patient unterzieht sich einem ambulanten Eingriff in einem ambulanten Zentrum; zwei Tage später bezieht er beim selben Leistungserbringer Medikamente.

Mitgegebene und veranlasste Arzneimittel können immer separat verrechnet werden, während applizierte/injizierte Arzneimittel im Patientenpauschaltarif enthalten sind. Veranlasste Arzneimittel können leicht anhand des Leistungserbringers (ZSR-Nummer) sowie anhand des Datums abgegrenzt werden. Für jene Arzneimittel, die der durchführende Leistungserbringer am selben Tag wie die Hauptbehandlung verrechnet, muss eine sinnvolle Approximation gefunden werden, welche Leistungen während der Behandlung injiziert/appliziert und welche mitgegeben werden.

Wir gehen wie folgt vor: Zunächst berechnen wir für jedes Medikament (GTIN) den Anteil der *veranlassten* Bruttoleistungen an den gesamten Bruttoleistungen. Hierfür berücksichtigen wir die Arzneimittel aller Leistungserbringer (Arztpraxen, Spitäler, Apotheken). Ein hoher Anteil veranlasster Leistungen spricht dafür, dass die Patienten das Produkt zu Hause anwenden bzw. einnehmen; ein geringer Anteil spricht eher für die Applikation während einer Behandlung. Wir treffen zunächst folgende Annahmen:

- *Veranlasster Anteil > 80%*: Bei diesen Produkten gehen wir davon aus, dass sie mitgegeben wurden.
- *Veranlasster Anteil < 20%*: Bei diesen Produkten gehen wir davon aus, dass sie während der Behandlung injiziert/appliziert wurden.

Bei den Produkten dazwischen, wo die empirische Einteilung weniger klar ist, gehen wir inhaltlich vor:

- *Nach Produktbeschreibung/Darreichungsform*: Bei Produkten mit bestimmten Darreichungsformen gehen wir davon aus, dass sie während der Behandlung appliziert werden. Dies sind alle jene Produkte, bei denen in der Produktbezeichnung mindestens eine der folgenden Zeichenketten vorkommt: «Inj», «Spritze», «Infusion», «Inf Lös», «Durchstf», «Implantat», «Inf Konz», «Stechamp», «Ampulle» oder «Amp ». Ausnahmen von dieser Regel sind Antidiabetika (ATC-Code A10) sowie Lipidsenker (ATC-Code C10), die Patienten mit diesen chronischen Krankheiten in aller Regel zu Hause selbst applizieren.
- *Nach ATC-Code*: Bei Produkten mit den folgenden ATC-Codes wird angenommen, dass sie während der Behandlungen injiziert/appliziert werden: Impfstoffe (J07), Anästhetika (N01), Diagnostika (V04), alle übrigen nicht therapeutischen Mittel (V07), Kontrastmittel (V08), Radiodiagnostika (V09) und Radiotherapeutika (V10).
- Bei allen übrigen Produkten (meistens für die orale Einnahme) nehmen wir an, dass sie den Patienten mitgegeben wurden.

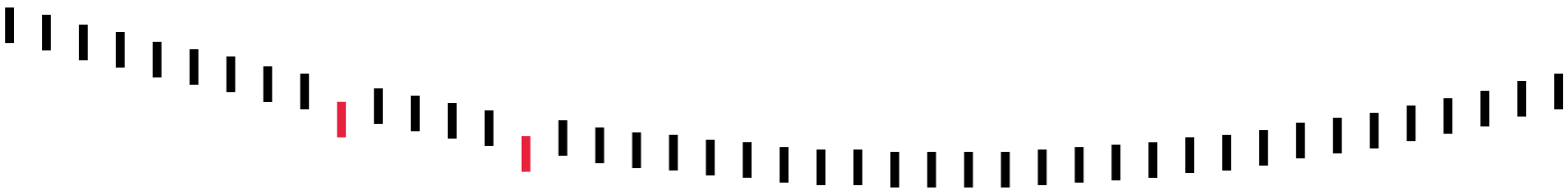
A.2.2 Blutprodukte, Implantate und MiGeL

Blutprodukte, Implantate sowie Mittel und Gegenstände (MiGeL) können im Patientenpauschaltarif ganz oder teilweise separat abgerechnet werden und werden deshalb aus dem Leistungsumfang gemäss neuem Arzttarif ausgeklammert. Bei der Identifikation der relevanten Leistungen stützen wir uns auf Vorarbeiten im Rahmen des Pilot-Monitorings zum neuen Arzttarif:

- *Labile Blutprodukte*: Diese werden anhand der Tariftypen 410 (Ziffer 2000 und 2010), 940 (Ziffer 43025) sowie 999 identifiziert, beim Tariftyp 999 anhand des Preises (=

Bruttobetrag/Anzahl) identifiziert. Pro Behandlung wird nur eine Tarifposition ausgeschlossen, falls mehrere Positionen die Selektionskriterien erfüllen.

- *Stabile Blutprodukte*: Diese werden anhand der ATC-Codes «B02BD01», «B02BD02», «B02BD03», «B02BD04», «B02BD05», «B02BD06», «B02BD07», «B02BD14», «B02BD08» identifiziert.
- *Implantate*: Wir verwenden eine Liste mit Trigger-Positionen (Eingriffen), bei denen die Implantat-Kosten vom Leistungsumfang ausgeschlossen werden. Enthält ein Fall eine Trigger-Position dieser Liste, wird die Position 41030 «Implantate gemäss Tarmed GI-20» aus dem Tariftyp 940 ausgeklammert. Fehlt diese Position, wird die teuerste Position aus dem Tariftyp 940 als Implantat-Kosten markiert und aus dem Leistungsumfang ausgeschlossen.
- *Mittel und Gegenstände (MiGeL)*: Diese gehören nicht in den Leistungsumfang und werden anhand des Tariftyps ausgeschlossen.



BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG | Aeschengraben 9 | 4051 Basel
T +41 61 262 05 55 | contact@bss-basel.ch | www.bss-basel.ch