



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Bern, 14. Januar 2026

Teuerungsausgleich bei Leistungserbringenden der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

**Bericht des Bundesrates
in Erfüllung des Postulates 24.3014 SGK-N vom
23. Februar 2024**

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	3
2	Rechtliche Grundlagen der Tarifierung	3
2.1	Grundsätze.....	3
2.2	Tarifierung ambulanter Leistungen.....	4
2.3	Tarifierung stationärer Leistungen.....	5
3	Teuerungsausgleich im Tarifsystem	6
4	Tarif- und Taxpunktwertentwicklung sowie Kostenentwicklung ambulanter Leistungen	7
5	Teuerungsentwicklung.....	10
6	Lohnentwicklung im Gesundheitswesen	11
7	Fazit.....	12

Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BV	Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (SR 101)
DRG	Diagnosebezogene Fallgruppe
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10)
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung (SR 832.102)
LSE	Lohnstrukturerhebung des BFS
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
SGK-N	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
SNB	Schweizerische Nationalbank
SLI	Schweizerischer Lohnindex des BFS

1 Ausgangslage

Das Postulat 24.3014 «Teuerungsausgleich bei Leistungserbringenden der obligatorischen Krankenversicherung» wurde am 23. Februar 2024 von der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats eingereicht und am 12. Juni 2024 vom Nationalrat angenommen und damit an den Bundesrat überwiesen.

Eingereichter Text des Postulates 24.3014 SGK-N

Der Bundesrat wird beauftragt, zu prüfen und Bericht zu erstatten, wie sich die Teuerung auf die Tarife in der Krankenversicherung auswirkt, und welche Instrumente zur Verfügung stehen, um die Teuerungsentwicklung zu berücksichtigen. Insbesondere sind dabei die nichtärztlichen Leistungserbringenden zu beleuchten.

Diese Fragen werden im Folgenden beantwortet.

2 Rechtliche Grundlagen der Tarifierung

2.1 Grundsätze

Im Tarifrecht nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) gilt grundsätzlich die Tarifautonomie, wonach die Tarife und Preise in Verträgen zwischen den Versicherern und Leistungserbringern vereinbart werden.

Die Tarifierung von Leistungen ist dabei im Wesentlichen in den Artikeln 43 bis 49 KVG geregelt. Artikel 43 Absatz 1 KVG hält fest, dass Leistungserbringer, die zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sind, ihre Rechnungen nach Tarifen oder Preisen erstellen müssen.

Tarife und Preise werden zwischen Versicherern und Leistungserbringern in Verträgen (Tarifvertrag) vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt. Dabei ist auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife zu achten (Art. 43 Abs. 4 KVG). Die Tarife und Preise müssen sich an der Entschädigung jener Leistungser-

bringer orientieren, welche die tarifierte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen (Art. 43 Abs. 4^{bis} KVG). In Artikel 59c Absatz 1 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) wird dazu präzisiert, dass ein Tarif höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken darf, die transparent ausgewiesen wurden, und dass ein Wechsel des Tarifmodells keine Mehrkosten verursachen darf.

Parteien eines Tarifvertrages sind einzelne oder mehrere Leistungserbringer oder deren Verbände einerseits sowie einzelne oder mehrere Versicherer oder deren Verbände anderseits (Art. 46 Abs. 1 KVG). Ein Tarifvertrag muss durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn er in der ganzen Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat genehmigt werden. Die Genehmigungsbehörde prüft, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht (Art. 46 Abs. 4 KVG). Das Gebot der Billigkeit bedeutet auch, dass die wirtschaftliche Tragbarkeit eines Tarifs für die soziale Krankenversicherung bzw. für Prämienzahlenden zu prüfen ist. Ob ein Tarif wirtschaftlich tragbar ist, beurteilt sich dabei aufgrund seiner absoluten Höhe und auch nach dem Mass des Prämienanstiegs, der durch seine Einführung ausgelöst werden darf. Zusätzlich muss beurteilt werden, wie stark die Kostenentwicklung in der Krankenversicherung von der Entwicklung von makroökonomischen Faktoren (BIP, Preis- und Lohnentwicklung) abweicht und wie weit dies tragbar ist (vgl. Kreisschreiben des Bundesrates an die Kantonsregierungen betreffend Genehmigung und Begutachtung von Tarifen in der Krankenpflegeversicherung, BBI 1977 III 102f).

Können sich die Tarifpartner nicht auf einen Tarif einigen, so ist die zuständige Behörde zum subsidiären Eingreifen befugt resp. verpflichtet. Der Bundesrat legt subsidiär gesamtschweizerisch einheitliche Einzelleistungstarife und auf ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife sowie Strukturen zur Vergütung von stationären Leistungen fest, wenn sich die Tarifpartner nicht einigen (Art. 43 Abs. 5 resp. Art. 49 Abs. 2 KVG). Die Kantone sind zuständig für die Festlegung von Taxpunktwerten, wenn diesbezüglich kein Tarifvertrag zusteht kommt (Art. 47 KVG).

Die Vertragspartner und die zuständigen Behörden achten zudem darauf, dass eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird (Art. 43 Abs. 6 KVG). Die Tarifpartner sind nach Artikel 59d KVV dazu verpflichtet, die Tarife regelmäßig zu überprüfen und bei Bedarf anzupassen. Seit 1. Januar 2024 müssen die Tarifpartner zudem nach Artikel 47c KVG ein gemeinsames Monitoring der Entwicklung der Mengen, Volumen und Kosten vereinbaren und dabei auch Korrekturmassnahmen bei nicht erklärbaren Mengen-, Volumen- und Kostenentwicklungen vorsehen.

Artikel 55 KVG sieht schliesslich vor, dass die zuständige Behörde bei einem starken Anstieg der Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Vergleich zur Lohn- und Preisentwicklung verordnen kann, dass die Tarife und Preise bis auf weiteres nicht erhöht werden können.

Vor dem Hintergrund der fortschreitenden Kostenentwicklung im Gesundheitswesen hat der Bundesrat seit der Einführung des neuen KVG mehrfach betont, dass ein strenger Massstab angezeigt sei bei der Überprüfung von Tarifen durch die zuständige Behörde auf ihre Vereinbarkeit mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und der Billigkeit. Die Genehmigungsbehörde hat die Höhe und die korrekte Berechnung des Tarifes zu prüfen sowie die Auswirkungen des Tarifs auf das Leistungsvolumen und die Versicherungsprämien zu berücksichtigen (vgl. Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, BBI 1992 I 93 und RKUV 2001 377, E. II/6.5).

2.2 Tarifierung ambulanter Leistungen

Gemäss Artikel 43 Absatz 2 KVG ist der Tarif eine Grundlage für die Berechnung der Vergütung von Leistungserbringern. Er kann namentlich auf den benötigten Zeitaufwand abstehen (Zeittarif), für die einzelnen Leistungen Taxpunkte festlegen und den Taxpunktwert bestimmen (Einzelleistungstarif) oder pauschale Vergütungen vorsehen (Pauschaltarif). Einzelleistungstarife sowie auf ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife müssen dabei auf einer einzigen gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Wenn es in einem Bereich eine vom Bundesrat ge-

nehmigte oder festgelegte Tarifstruktur für auf ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife gibt, muss diese von allen Leistungserbringern für die entsprechenden Behandlungen angewendet werden und geht somit auch einer Einzelleistungstarifstruktur vor (Art. 43 Abs. 5 und 5^{ter} KVG).

Für die Vergütung von ambulanten Leistungen bestehen heute in der Schweiz mehrheitlich Einzelleistungstarife. Bei Einzelleistungstarifen legt die Tarifstruktur fest, welche Leistungen zu welchem abstrakten Wert (Taxpunkte) vergütet werden. In der Tarifstruktur ist damit festgelegt, welche diagnostischen und therapeutischen Leistungen mit wie vielen Taxpunkten vergütet werden. Je aufwändiger eine Leistung ist, desto mehr Taxpunkte hat die Leistung. Die Anzahl Taxpunkte definiert die Wertrelation der Leistungen untereinander. Es handelt sich um die Strukturkomponente des Tarifs. Der konkrete Preis für die Verrechnung einer Leistung ergibt sich anschliessend aus der Multiplikation der Taxpunkte mit den konkreten, in Franken und Rappen definierten Taxpunktswerten. Die Taxpunktswerte bilden damit die Preiskomponente des Tarifs.

Während Tarifstrukturen in der Regel in nationalen Tarifverträgen vereinbart werden bzw. vereinbart werden müssen (Einzelleistungstarife und Patientenpauschaltarife), werden Taxpunktswerte meistens kantonal oder regional verhandelt und von der zuständigen Kantonsregierung genehmigt. Mit unterschiedlichen Taxpunktswerten können so kantonale Kostenunterschiede z.B. bei Löhnen und Mieten berücksichtigt werden. Die Tarifpartner haben jedoch auch die Möglichkeit, sich auf einen nationalen Taxpunktswert zu einigen. Für die Genehmigung von Tarifverträgen über Taxpunktswerte mit Gültigkeit in der ganzen Schweiz ist der Bundesrat zuständig.

Die Tarifpartner sind nach Artikel 59d Absatz 1 KVV dazu verpflichtet, die Tarife regelmässig zu überprüfen und nach Artikel 59d^{bis} Absatz 1 KVV ggf. anzupassen, wenn die Erfüllung der Grundsätze nach Artikel 43 KVG und nach den Artikeln 59c und 59c^{bis} KVV (in Kraft seit dem 1.1.2026¹), soweit diese Grundsätze anwendbar sind, nicht mehr gewährleistet ist. Sie sind somit in der Pflicht, sicherzustellen, dass die Tarife den aktuellen Bedingungen entsprechen.

Im Rahmen der Rechtsprechung zu Tarifbeschwerden, für die bis 2006 der Bundesrat zuständig war, hat der Bundesrat auch festgehalten, dass sich aus dem Prinzip der wirtschaftlichen Bemessung keine Garantie für ein Mindesteinkommen ableiten lässt. Auch bei der Festsetzung eines Taxpunktswerts dürfe dessen Erhöhung nicht damit begründet werden, dass der Einkommensstandard der Leistungserbringer auf dem früheren Niveau gehalten werden müsse. Der Leistungserbringer sei ein Einzelunternehmer mit finanzieller Eigenverantwortung. Eine Garantie für ein Mindesteinkommen konkurriere zudem mit dem Grundsatz der qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit der Tarife (vgl. RKUV 2/1997 S. 122 ff. E. 4).

2.3 Tarifierung stationärer Leistungen

Auch im stationären Bereich gilt der Grundsatz der Tarifautonomie. Tarife und Preise werden grundsätzlich ebenfalls in Verträgen zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern vereinbart gemäss den in Kapitel 2.1 beschriebenen gesetzlichen Grundlagen.

Für Spitäler schreibt Artikel 49 Absatz 1 KVG des Weiteren vor, dass stationäre Behandlungen mit Pauschalen - in der Regel Fallpauschalen - vergütet werden. Diese müssen leistungsbezogen sein - sprich eine Differenzierung des Tarifes nach Art und Intensität der Leistung erlauben - und auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhen. Festgehalten wird zudem explizit, dass die Vergütungen keine Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten dürfen (Art. 49 Abs. 3 KVG). In Artikel 59c^{ter} KVV sind die dem Bundesrat im Rahmen eines Genehmigungsantrages einzureichenden Unterlagen aufgeführt. Für die stationären Tarife gilt, dass nicht die anrechenbaren Kosten des betreffenden Spitals im Tarifermittlungsjahr, sondern der Benchmark plus Zuschläge (Referenzwert) eines

¹ Siehe [Medienmitteilung «Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative tritt am 1. Januar 2026 in Kraft»](#) und [Erläuternder Bericht des BAG](#)

hinreichend effizienten Vergleichsspitals als Referenz gelten². Somit können unter den gegebenen Umständen bereits bei der Tarifierung sogenannte Effizienzgewinne berücksichtigt werden.

Die Vergütung von stationären Behandlungen ist in den drei nationalen Tarifstrukturen SwissDRG (akutsomatische Spitalleistungen), TARPSY (Psychiatrie) und ST Reha (Rehabilitation) geregelt.

Jede Spitalbehandlung wird anhand von Kriterien wie Haupt- und Nebendiagnosen, Prozeduren oder Patientenmerkmalen einer Fallgruppe zugeordnet, die hinsichtlich medizinischer und ökonomischer Kriterien möglichst homogen sind. Für jede Fallgruppe wird ein Kostengewicht berechnet, das die Kosten im Verhältnis zum Normfall oder Normaufenthaltstag mit dem Kostengewicht 1.0 angibt. Neben den Fallgruppen können für gewisse seltene oder kostenintensive Behandlungen, die sich nicht für eine Pauschalierung eignen, Zusatzentgelte abgerechnet werden.

Die Definition der Fallgruppen, die Höhe der Kostengewichte und die Zusatzentgelte sind in den Tarifstrukturen schweizweit einheitlich geregelt. Die Erarbeitung und jährliche Weiterentwicklung der Tarifstruktur erfolgt durch die SwissDRG AG, die im gemeinsamen Besitz der Leistungserbringer, Versicherer und Kantone ist. Neue Versionen der Tarifstruktur müssen dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreitet werden.

Die Vergütung für eine Behandlung ergibt sich bei SwissDRG aus der Multiplikation des Kostengewicht des Falls mit der Baserate des jeweiligen Spitals. Bei TARPSY und ST Reha wird das Kostengewicht pro Tag mit der Aufenthaltsdauer in Tagen und der Baserate des jeweiligen Spitals multipliziert. Die Baserates werden spitalindividuell in der Regel jährlich verhandelt. Die Grundlage für Ermittlung der Baserates bilden wiederum die effektiven, ausgewiesenen Kosten- und Leistungsdaten der Spitäler. Die tarifrelevanten Kosten eines Spitals werden durch die Summe seiner abgerechneten Kostengewichte dividiert. Der daraus resultierende Quotient entspricht den Kosten für einen Normfall mit dem Kostengewicht 1.0 (Fallnormkosten).

Die Fallnormkosten aller einzelnen Spitäler fliessen in einen schweizweiten Vergleich ein. Darin werden die Fallnormkosten mittels eines Benchmarkings auf ihre Effizienz geprüft. Nach der Rechtsprechung ist beim Benchmarking für das Tarifjahr X grundsätzlich die Kostenermittlung des Jahres X-2 massgebend. Gemäss Rechtsprechung sind zum Benchmark nach Artikel 49 Absatz 1 Satz 5 KVG Anpassungen in Form von allgemeinen Zuschlägen bezüglich tarifrelevanter Positionen hinzuzurechnen, die alle Spitäler gleichmässig betreffen und nicht in die Benchmarking-relevanten Basiswerte eingeflossen sind; dazu gehören insbesondere die Anlagenutzungskosten und die Teuerung bis zum Tarifjahr (X-1). Der Referenzwert bildet die Ausgangslage für die spitalindividuellen Tarifverhandlungen, in denen durch Zu- oder Abschläge Tarifdifferenzierungen für die einzelnen Spitäler vorgenommen werden können. Die Zu- oder Abschläge sollen Kostenunterschiede ausgleichen, die in den Tarifstrukturen nicht vollständig abgebildet werden können. Die Baserates werden zwischen Spital und Versicherer resp. Einkaufsgemeinschaft verhandelt.

Die Baserates der Spitäler für akutsomatische Behandlungen sind in der Vergangenheit über mehrere Jahre stabil geblieben. Im Zuge der Verteuerung diverser Ressourcen anfangs 2022 sind auch die Baserates angestiegen. Während die durchschnittliche Baserate im Jahr 2015 CHF 9'535 betrug, liegt sie im Jahr 2024 bei CHF 9'743 (Berechnung BAG auf der Grundlage der von den Kantonen publizierten Baserates).

3 Teuerungsausgleich im Tarifsystem

Das Tarifrecht nach KVG sieht keine automatische Anpassung der Tarife an die Teuerung vor. Den Tarifpartnern steht es jedoch offen, in ihren Tarifverträgen spezifische Bestimmungen zum Umgang mit der Teuerung vorzusehen. Die Tarifpartner sind bei der Aushandlung und Ausgestaltung der Tarife im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben frei. Einzelne Tarifverträge enthalten denn auch Bestimmungen zur Teuerung. So sah zum Beispiel der (inzwischen nicht mehr gültige) Tarifvertrag zwischen dem

² Urteil des Bundesverwaltungsgerichts 2014/3 vom 7. April 2014, E. 2.9.4.4

Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (KSK) sowie dem Schweizerischen Hebammen-Verband (SHV) in Artikel 10 zum In- und Ausserkrafttreten vor, dass bei einem Teuerungsanstieg von mehr als 5% seit Vertragsabschluss und unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Verhältnisse Verhandlungen über eine Anpassung der Tarife aufgenommen werden könnten. Zudem sind die Tarifpartner – wie in Kapitel 2.2 erwähnt – nach Artikel 59d Absatz 1 KVV dazu verpflichtet, die Tarife regelmässig zu überprüfen und nach Artikel 59d^{bis} Absatz 1 KVV ggf. anzupassen, wenn die Erfüllung der Grundsätze nach Artikel 43 KVG und nach den Artikeln 59c und 59c^{bis} KVV (in Kraft seit dem 1.1.2026), soweit diese Grundsätze anwendbar sind, nicht mehr gewährleistet ist.

Dies bedeutet aber auch, dass höhere Kosten in der Leistungserbringung – bspw. aufgrund der Teuerung – dazu führen können, dass die betroffenen Tarife erhöht werden. Da die Tarife grundsätzlich auf der Basis von transparent ausgewiesenen Kosten einer effizienten Leistungserbringung bestimmt werden, müssten von der Teuerung verursachte höhere Kosten in der Leistungserbringung von den Tarifpartnern im heutigen Tarifsystem in Tarifverhandlungen eingebracht werden, sobald hierfür aussagekräftige Kostendaten und Unterlagen vorliegen. Die Teuerung sollte damit zumindest mittelbar vollständig berücksichtigt werden können, zumindest sofern die Effizienz der Leistungserbringung nachgewiesen werden kann.

Demgegenüber wäre ein automatischer Teuerungsausgleich nicht mit dem heutigen Tarifsystem vereinbar. Das Tarifrecht müsste grundlegend angepasst werden für die Einführung eines automatischen Teuerungsausgleichs und es würde einen Eingriff in die Tarifautonomie bedeuten. Ein automatischer Teuerungsausgleich wäre insbesondere mit dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und der Billigkeit im Tarifrecht nicht vereinbar, da automatische Tariferhöhungen zu Verletzungen des Gebots der wirtschaftlichen Tragbarkeit führen könnten. Der Bundesrat hat dazu mehrmals festgehalten, dass ein Tarif nicht einzig durch betriebswirtschaftliche Elemente bestimmt werden kann, sondern dass auch eine Einbettung in einen grösseren, d.h. letztlich in einen volkswirtschaftlichen Gesamtrahmen erforderlich sei. Einerseits gilt es, die wirtschaftliche Tragbarkeit eines Tarifes beziehungsweise einer Tarifänderung zu berücksichtigen. Bei der Festlegung oder Genehmigung eines Tarifes muss geklärt werden, ob die mit dem Tarif verbundenen Auswirkungen auf die Kosten und Prämien für die Versicherten tragbar sind. Andererseits ist unter dem volkswirtschaftlichen Blickwinkel auch zu beurteilen, wie weit die Kostenentwicklung in der Krankenversicherung von der Entwicklung von makroökonomischen Grössen (BIP, Preis- und Lohnentwicklung) divergiert und wie weit dies verkraftbar ist. Bei der Beurteilung der wirtschaftlichen Tragbarkeit handelt es sich somit um eine globale Überlegung und es ist möglich, dass aufgrund der wirtschaftlichen Tragbarkeit ein einzelner Tarif unter dem Niveau der Kostendeckung gehalten werden muss (Kreisschreiben des Bundesrates an die Kantonsregierungen betreffend Genehmigung und Begutachtung von Tarifen in der Krankenpflegeversicherung (BBI 1977 III 102f)). Nicht zuletzt wäre bei einem Eingriff in das Tarifrecht auch das Gleichbehandlungsgebot der Bundesverfassung (BV) zu beachten, wonach Gleiches nach Massgabe seiner Gleichheit gleich und Ungleicher nach Massgabe seiner Ungleichheit zu behandeln ist. Verschiedene Gruppen von Leistungserbringenden im Gesundheitswesen dürften demnach nicht ohne Grund ungleich behandelt werden.

4 Tarif- und Taxpunktwertentwicklung sowie Kostenentwicklung ambulanter Leistungen

Tarife- und Taxpunktwertentwicklung

Tarifverträge über Tarifstrukturen werden wie erwähnt separat zwischen den verschiedenen Gruppen von Leistungserbringenden (bzw. deren Verbänden) und den Versicherern (bzw. deren Verbänden) auf gesamtschweizerischer Ebene abgeschlossen und Tarifverträge über Taxpunktwerthe bzw. Baseraetes erfolgen in der Regel auf kantonaler Ebene. Die Höhe der Taxpunktwerthe ist dabei oft unterschiedlich zwischen frei praktizierenden Leistungserbringenden und dem spitalambulanten Bereich. Zudem sind die Versicherer für den Abschluss von Tarifverträgen in drei Einkaufsgemeinschaften (tarifsuisse ag, CSS Krankenversicherung AG und HSK AG) organisiert und unabhängig voneinander tätig. Die

Schweiz verfügt daher über eine relativ stark fragmentierte Tariflandschaft. Parallel zueinander besteht eine Vielzahl von Tarifverträgen. Die Anpassung von Tarifverträgen erfolgt zudem ebenfalls un-einheitlich. Oft bleiben Tarifverträge auch über längere Zeiträume unverändert³. Schliesslich werden Tarifverträge über Taxpunkt-werte weder von den zuständigen Kantonsregierungen noch von den Einkaufsgemeinschaften systematisch veröffentlicht, was die Nachvollziehbarkeit nochmals erschwert.

Eine vollständige Übersicht über alle Tarifentwicklungen im nichtärztlichen Bereich lässt sich im Rahmen der Beantwortung des vorliegenden Postulats deshalb nicht erstellen. Dieser Bericht nimmt eine Eingrenzung vor: Als nichtärztlich gelten Leistungserbringende, die nicht im Medizinalberuferegister erfasst sind. Es werden weiter nur jene Berufsgruppen berücksichtigt, deren über die OKP abgerechnetes Leistungsvolumen jährlich im Minimum rund 35 Millionen Franken erreicht. Dies trifft auf die Physiotherapie, die Ergotherapie, die Hebammen sowie die Ernährungsberatung zu. Nicht berücksichtigt wurden zudem die psychologischen Psychotherapeuten/-innen, da diese noch nicht lange Leistungserbringer nach KVG sind und noch keinen definitiven Tarif haben. Zeitlich werden Entwicklungen bis einschliesslich 2023 berücksichtigt. Zum Vergleich wird auch die Tarif- und Taxpunkt-wertentwicklung bei ambulanten ärztlichen Leistungen betrachtet.

Physiotherapie

Im Jahr 2023 wurden in der Physiotherapie Bruttoleistungen in der Höhe von 1'474 Millionen Franken zulasten der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) abgerechnet. Die Physiotherapie erreicht damit das höchste Kostenvolumen der in diesem Bericht untersuchten nichtärztlichen Leistungserbringer.

Die aktuell gültige Tarifstruktur trat am 1. Januar 2018 in Kraft. Sie wurde vom Bundesrat erlassen, nachdem sich die Tarifpartner nicht auf eine neue gemeinsame Struktur einigen konnten. Ziel war es, einen vertragslosen Zustand zu vermeiden. Der Bundesrat nahm dabei punktuelle Anpassungen vor – unter anderem zur Präzisierung von Tarifpositionen und zur besseren Abstimmung mit den gesetzlichen Vorgaben. Eine umfassende Revision der Tarifstruktur hat seit 1998 nicht mehr stattgefunden. Die aktuell gültige Struktur soll als Übergangslösung dienen, bis die Tarifpartner eine überarbeitete Version vorlegen. Die letzte signifikante Erhöhung der Taxpunkt-werte fand in der Mitte der 2010er-Jahre statt, seither stagnieren die Taxpunkt-werte.

Ergotherapie

In der Ergotherapie wurden im Jahr 2023 Leistungen im Umfang von 184 Millionen Franken zulasten der OKP abgerechnet. Die aktuell gültige Tarifstruktur wurde 2005 eingeführt; im selben Jahr wurde auch der bei frei praktizierenden Leistungserbringern einheitliche Taxpunkt-wert vereinbart, der seither unverändert geblieben ist.

Hebammen

Für Hebammenleistungen wurden im Jahr 2023 Bruttoleistungen in der Höhe von 121 Millionen Franken über die OKP abgerechnet. Die derzeitige Tarifstruktur wurde per 1. Juli 2020 eingeführt und dabei grundsätzlich überarbeitet, da die Vorgängerversion, die aus dem Jahr 1996 stammte, nicht mehr sachgerecht war. Kurz vor oder in einigen Fällen auch erst kurz nach der Einführung der neuen Tarifstruktur sind auch leichte Erhöhungen der Taxpunkt-werte vorgenommen worden.

Ernährungsberatung

In der Ernährungsberatung wurden im Jahr 2023 OKP-Leistungen in Höhe von 39 Millionen Franken abgerechnet. Die bestehende Tarifstruktur stammt aus dem Jahr 2002, wie auch der schweizweit einheitliche Taxpunkt-wert für frei praktizierende Leistungserbringer. In den letzten Jahren wurden erstmals Erhöhungen des Taxpunkt-werts mit mehreren Versicherern verhandelt; diese stehen derzeit jedoch noch unter Vorbehalt der Genehmigung durch den Bundesrat.

³ Hinweis: Die KVV-Änderung per 1. Januar 2026 sollte zu häufigeren Anpassungen von Tarifverträgen führen (Art. 59d und 59d^{bis} KVV).

In der Praxis zeigen sich somit in allen vier Leistungsbereichen lange Zeiträume ohne Tarifanpassungen als die Regel. Selbst in den (wenigen) Fällen mit Klauseln zur Wiederaufnahme von Tarifverhandlungen bei einer bestimmten aufgelaufenen Teuerung, scheint das so nicht umgesetzt worden zu sein. Tarifanpassungen werden tendenziell unregelmässig und meist in grösseren Sprüngen durchgeführt.

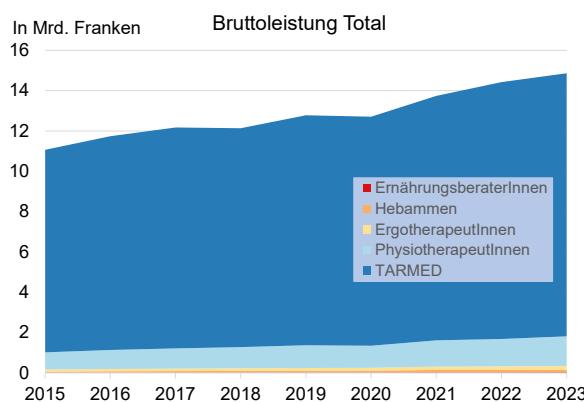
Ambulante ärztliche Leistungen

Der Vergleich mit den ambulanten ärztlichen Leistungen zeigt jedoch, dass die beobachteten Muster nicht auf die nichtärztlichen Leistungen beschränkt sind. Die Tarifstruktur TARMED zur Abrechnung ambulanter ärztlicher Leistungen wurde 2004 in Kraft gesetzt und seither nicht mehr gesamthaft revidiert. Da sich die Tarifpartner nicht auf einen gemeinsamen Vorschlag für eine angepasste Tarifstruktur einigen konnten, machte der Bundesrat in den Jahren 2014 und 2017 von dieser subsidiären Kompetenz Gebrauch und passte die Tarifstruktur an. 2017 hat er die angepasste Tarifstruktur gleichzeitig als gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur per 1. Januar 2018 festgelegt. Die Taxpunktswerte sind in den letzten zehn Jahren ebenfalls praktisch unverändert geblieben. Anders als bei den nichtärztlichen Leistungen existieren hier Übersichten der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und von NewIndex.

Kostenentwicklung

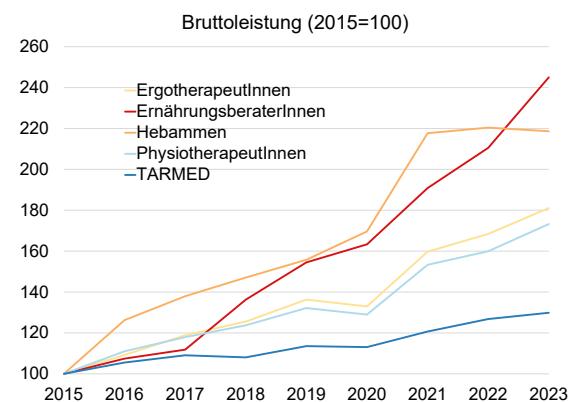
Bei nichtärztlichen Leistungen ist ein kontinuierliches Kostenwachstum zu Lasten der OKP sichtbar. Die Kosten der nichtärztlichen Leistungen befinden sich absolut betrachtet auf einem tiefen Niveau, wie auch hier der Vergleich mit den ärztlichen Leistungen zeigt, die über TARMED abgerechnet werden. Relativ betrachtet wiesen sie jedoch in den letzten Jahren ein starkes Kostenwachstum aus. Die Wachstumsraten der Kosten der nichtärztlichen Leistungen lagen deutlich über der Wachstumsrate der Kosten der ärztlichen Leistungen. In der Physio- und der Ergotherapie ist dabei sichtbar, dass das Behandlungsverbot während der Pandemie im Jahr 2020 zu einem Kostenrückgang geführt hat. In beiden Fällen stiegen die Kosten anschliessend wieder rasch an. Da die Tarife seit Jahren praktisch unverändert sind, dürfte der Kostenanstieg vor allem auf eine vermehrte Inanspruchnahme der Leistungen zurückzuführen sein. Als Gründe für die starke Erhöhung der Leistungsnachfrage werden in der Branche verschiedene Faktoren genannt, unter anderem der demografische Wandel, eine Tendenz zu konservativeren Behandlungen und auch die Verschiebung von Behandlungen vom stationären in den ambulanten Sektor, die auch den Bedarf an ambulanter Nachsorge erhöht. Bei den Hebammen zeigt sich ein starker Anstieg nach dem Jahr 2020, der hier hauptsächlich auf die Einführung der neuen Tarifstruktur zurückzuführen sein dürfte. Der starke Kostenanstieg bei der Ernährungsberatung gerade in den letzten Jahren dürfte schliesslich mit neuen Arzneimitteln zur Gewichtskontrolle im Zusammenhang stehen. Diese Arzneimittel werden nur vergütet, wenn eine Ernährungsberatung erfolgt, und führen zu einer starken Nachfrageerhöhung nach Behandlungen.

Abb. 1 Kostenentwicklung in CHF 2015-2023



Quelle: SASIS AG Datenpool, eigene Darstellung

Abb. 2 Kostenentwicklung indexiert 2015-2023



Quelle: SASIS AG Datenpool, eigene Darstellung

5 Teuerungsentwicklung

Die Teuerung wird in der Schweiz über den Landesindex der Konsumentenpreise (LIK) gemessen. Der LIK misst die Preisentwicklung des privaten Konsums, also der Waren und Dienstleistungen, die von den privaten Haushalten am meisten konsumiert werden. Der Gesamtindex wird aus verschiedenen Teilindizes zur Preisentwicklung einzelner Güter und Dienstleistungen berechnet gemäss ihrem Gewicht an den gesamten Ausgaben eines durchschnittlichen Haushalts und erlaubt so auch Rückschlüsse dazu, wie stark die einzelnen Ausgabengruppen zur Teuerung beitragen. Nicht im LIK enthalten sind Transferausgaben wie Steuern, Sozialversicherungsbeiträge oder Krankenversicherungsprämien.

Die Schweizerische Nationalbank (SNB) hat gemäss Bundesverfassung den Auftrag, die Preisstabilität in der Schweiz zu gewährleisten. Ihr Teuerungszielband liegt bei einem jährlichen Anstieg des LIK zwischen 0-2%. Steigt die Teuerung über dieses Niveau ist die SNB gefordert, ihre Geldpolitik anzupassen, um den Teuerungsdruck wieder zu reduzieren.

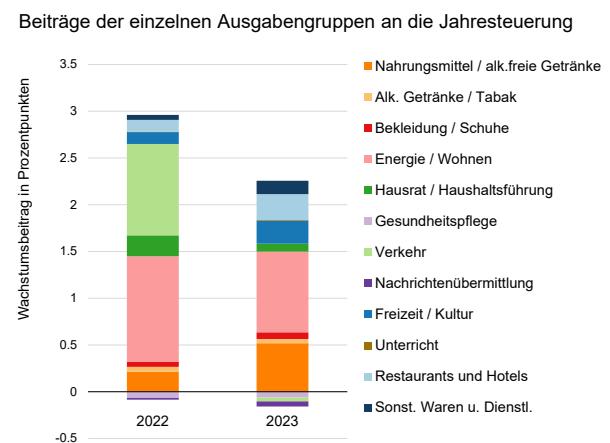
Nach einer Dekade mit einer sehr tiefen und in einigen Jahren sogar negativen Teuerung erlebte die Schweiz in den Jahren 2022 und 2023 einen überraschend starken Teuerungsanstieg, der nicht zuletzt auch mit der Knappheit an Energieträgern aufgrund die Ukraine-Krise zusammenhing. Im 2022 war die Teuerung vor allem auf höhere Preise für Erdölprodukte, Gas und Automobile sowie höhere Wohnungsmieten zurückzuführen. Im 2023 waren höhere Preise für Elektrizität und Gas sowie höhere Wohnungsmieten die wichtigsten Treiber der Teuerung. Seither ist die Teuerung wieder deutlich tiefer. Für die Jahre 2025 und 2026 erwartet die Expertengruppe Konjunkturprognosen des Bundes eine Jahresteuerung von 0.2% resp. 0.2% (Prognose vom 15. Dezember 2025⁴).

Abb. 3 Teuerungsentwicklung 2010-2024



Quelle: Bundesamt für Statistik

Abb. 4 Teuerungskomponenten 2022 und 2023



Quelle: Bundesamt für Statistik

Die Kostenstruktur der Leistungserbringung im Gesundheitswesen unterscheidet sich naturgemäß in einigen Punkten von derjenigen eines Haushalts. Die grössten Kostenanteile dürften bei der Erbringung von nichtärztlichen Leistungen jeweils Lohn- und Sozialversicherungskosten sowie Mieten ausmachen. Zudem fallen Kosten für medizinischen Bedarf, Energie und Wasser, Unterhalt sowie Informatik und Administration an.

Diese Unterschiede bedeuten aber auch, dass der LIK kein sachgerechter Indikator für die Teuerungsentwicklung in der Leistungserbringung im Gesundheitswesen wäre. Es müsste vielmehr im Einzelfall bzw. pro Gruppe von Leistungserbringenden analysiert werden, welche Kostengruppen bei der

⁴ Konjunkturprognosen SECO (<https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/wirtschaftslage---wirtschaftspolitik/Wirtschaftslage/konjunkturprognosen.html>)

Leistungserbringung anfallen und wie stark sich diese verteuert haben. Ebenso spricht die Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtung je nach Leistungserbringergruppe auch gegen einen automatisierten, pauschalen Teuerungsausgleich.

6 Lohnentwicklung im Gesundheitswesen

Lohninformationen werden in der Schweiz in mehreren Erhebungen systematisch gesammelt. Für Analysen zu Lohnniveauunterschieden und zur Lohnverteilung sehr gut geeignet ist dabei die Lohnstrukturerhebung (LSE). Die LSE umfasst detaillierte Lohninformationen von über 2 Millionen angestellten Arbeitnehmenden in rund 36'000 Unternehmen in der Industrie und im Dienstleistungssektor. Neben Monatslöhnen werden auch unregelmässige Lohnbestandteile wie Nachtarbeitsentschädigungen oder Boni erfasst. Die LSE wird alle 2 Jahre erhoben. Ausgewiesen wird der Medianlohn.

Zwischen 2012 und 2022 ist der Medianlohn in der Schweiz um insgesamt 5.4% gestiegen. Der Medianlohn in der Gruppe der akademischen und verwandten Gesundheitsberufen, welche auch die nachfolgend detailliert analysierten Gesundheitsberufe umfasst, ist in diesem Zeitraum um insgesamt 5.1% gestiegen und damit weniger stark als der Medianlohn in der Gesamtwirtschaft. Nach einzelnen Gesundheitsberufen aufgeschlüsselt bestehen jedoch grosse Unterschiede. Die Medianlöhne von angestellten Physiotherapeuten stiegen im privaten Sektor um 8.8% und im öffentlichen Sektor um 3.1%, die Medianlöhne von Spezialisten in Gesundheitsberufen, zu denen auch Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten zählen, sanken im privaten Sektor um 0.5% und stiegen im öffentlichen Sektor um 3.6%. Die Medianlöhne von angestellten Hebammen sind um 0.9% im privaten Sektor bzw. um 1.5% im öffentlichen Sektor gestiegen und die Löhne von Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater schliesslich um 1.2% im privaten Sektor und 4.9% im öffentlichen Sektor. Demgegenüber sind die Löhne von angestellten Ärzten deutlich stärker angestiegen. Der Medianlohn von Fachärzten⁵ im privaten Sektor ist um 17.3% angestiegen, im öffentlichen Sektor um 6.3%. Der Medianlohn von Ärzten ist im privaten Sektor um 8.5% angestiegen und im öffentlichen Sektor um 1.5%.⁶

Bei der Lohnentwicklung im Gesundheitswesen zeigt sich somit eine ausgeprägte Heterogenität zwischen den einzelnen Berufsgruppen: Während angestellte Fachärztinnen und Fachärzte teils deutliche Lohnzuwächse verzeichnen konnten, fielen die Lohnentwicklungen bei vielen anderen Gesundheitsberufen deutlich moderater aus oder blieben teilweise sogar hinter der allgemeinen Lohnentwicklung zurück. Besonders gering war das Lohnwachstum bei angestellten Hebammen sowie bei Spezialistinnen und Spezialisten in Gesundheitsberufen wie der Ergotherapie. Auffallend sind auch die Unterschiede zwischen dem privaten und dem öffentlichen Sektor.

Abbildung 5: Lohnentwicklung Medianlöhne Gesundheitsberufe nach Berufsgruppen und Sektor 2012-2022

	Physiotherapeuten		Spezialisten in Gesundheitsberufen (inkl. Ergotherapeuten)		Geburthilfespezialisten		Ernährungsberater		Fachärzte		Ärzte onA	
Veränderung	Privater Sektor	Öffentlicher Sektor	Privater Sektor	Öffentlicher Sektor	Privater Sektor	Öffentlicher Sektor	Privater Sektor	Öffentlicher Sektor	Privater Sektor	Öffentlicher Sektor	Privater Sektor	Öffentlicher Sektor
2012-2022	8.8%	3.1%	-0.5%	3.6%	0.9%	1.5%	1.2%	4.9%	17.3%	6.3%	8.5%	1.5%

Quelle: Bundesamt für Statistik

Neben der LSE werden Lohninformationen im Schweizerischen Lohnindex (SLI) erfasst. Der SLI beruht auf Monats-Bruttolöhnen aus rund 300'000 jährlichen Unfallmeldungen von Arbeitnehmenden in der Schweiz. Ähnlich wie im LIK der Warenkorb wird im SLI die Beschäftigungsstruktur konstant gehalten und so der Strukturwandel ausgeklammert. Da der Strukturwandel tendenziell dazu führt, dass Arbeitnehmende von eher schlecht bezahlten Branchen in besser bezahlte Branchen wechseln, eignet

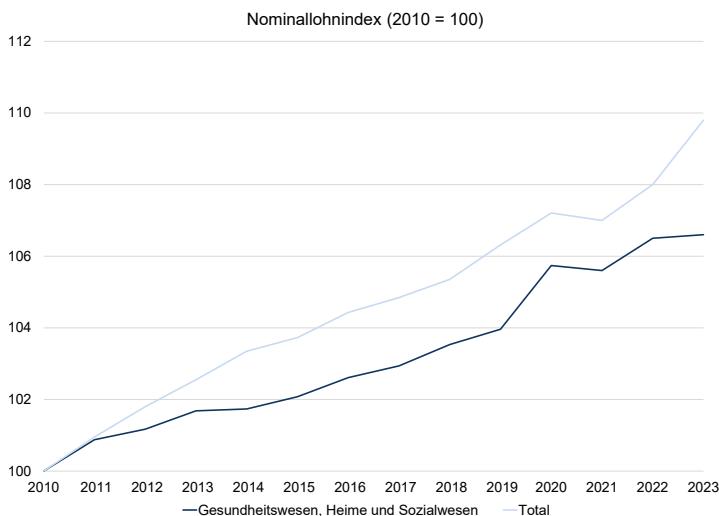
⁵ Zu den Fachärzten zählen in der Schweizer Berufsnomenklatur CH-ISCO-19 sämtliche Fachärzte, inkl. Ober- und Chefärzte

⁶ Zu den Ärzten zählen in der Schweizer Berufsnomenklatur CH-ISCO-19 div. nicht weiter spezifizierte Arzt-Bezeichnungen (Arzt/Arzt mit eigener Praxis, Dr. med., Prof. Dr. med., Assistenzarzt u.ä.)

sich der SLI mit der konstanten Beschäftigungsstruktur gut, um den Teuerungseffekt in der Lohnentwicklung abzubilden.

Die Daten des SLI zeigen ein ähnliches Bild wie die Medianlöhne. Im Gesundheits- und Sozialwesen ist der Nominallohn weniger stark gestiegen zw. 2010-2023 als in der Gesamtwirtschaft. Auch in den teuerungsstarken Jahren 2022/2023 wurden Lohnanpassungen offensichtlich weniger stark vorgenommen als in anderen Wirtschaftszweigen. Unterscheidungen nach weiteren Branchen sind aufgrund der geringeren Fallzahl an Inputdaten im SLI nicht möglich.

Abbildung 6: Lohnentwicklung Gesundheits- und Sozialwesen 2010-2023



Quelle: Bundesamt für Statistik

Die Tatsache, dass neben dem Medianlohn auch der Nominallohn im Gesundheitswesen weniger stark anstieg als in der Gesamtwirtschaft, kann einerseits dahingehend interpretiert werden, dass das Tarifsystem in der Schweiz die Lohnentwicklung etwas verlangsamt. Andererseits ist die Lohnentwicklung nach Berufsgruppen gemäss den Medianlohndaten im Gesundheitswesen sehr heterogen und teilweise auch stark überdurchschnittlich. Dies wiederum lässt sich mit dem Tarifsystem nicht erklären. Weiter scheinen die Löhne insbesondere bei plötzlichen Änderungen wie dem unerwartet starken Teuerungsanstieg 2022/2023 weniger schnell angepasst werden zu können als in anderen Branchen. Aber auch wenn die Löhne im Gesundheitswesen etwas langsamer auf Preisveränderungen reagieren, zeigt sich auch im SLI eine positive Entwicklung über die Zeit und damit, dass eine Anpassungsfähigkeit des Systems besteht. Auf die selbständige Erwerbstätigkeit, die im Gesundheitswesen ebenfalls häufig vorkommt, lassen sich diese Daten schliesslich nicht eins zu eins übertragen. Selbstständige in Gesundheitsberufen erzielen ihr Einkommen direkt über die Anzahl der behandelten PatientInnen und die erbrachten medizinischen Leistungen. Ihr Einkommen kann daher stärkeren Schwankungen unterliegen und ist unmittelbarer vom Leistungsgeschehen (Auslastung der Einrichtung, Art/Häufigkeit der erbrachten Leistungen, Effizienz der Abläufe usw.) abhängig. Einen Anspruch auf ein Mindesteinkommen haben Selbstständige nicht.

7 Fazit

Das Schweizer Tarifsystem basiert auf einer klaren Aufgabenteilung zwischen den Tarifpartnern, den Kantonen und dem Bundesrat. Die Rolle der Tarifpartner ist bewusst stark ausgestaltet. Dies gibt ihnen die nötige Freiheit, innerhalb des definierten rechtlichen Rahmens sachgerechte und dem Wirtschaftlichkeitsgebot genügende Verträge auszuhandeln.

In der Praxis ist zu beobachten, dass Tarife über längere Zeiträume stabil bleiben und eher in grösseren Schritten angepasst werden. Gleichzeitig kann die positive Lohnentwicklung der Angestellten im Gesundheitswesen dahingehend interpretiert werden, dass Anpassungen möglich sind – wenn auch mit teils erheblichen Unterschieden zwischen Berufsgruppen und Leistungsbereichen. Die Unterschiede lassen sich mit dem Tarifsystem nicht erklären.

Ein automatischer Teuerungsausgleich wäre mit der Logik des heutigen KVG-Systems nicht vereinbar. Er würde z.B. auch der betriebswirtschaftlichen Bemessung der Tarife widersprechen und wäre auch nicht mit dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit vereinbar. Das geltende Recht sieht vor, dass Teuerungseffekte auf Basis ausgewiesener Kostenentwicklungen in Tarifverhandlungen eingebroacht werden und Tariferhöhungen immer auch wirtschaftlich tragbar sein müssen. Dieses Vorgehen gewährleistet, dass Anpassungen differenziert und datenbasiert erfolgen und trägt so den Grundprinzipien der Transparenz und Effizienz Rechnung.

Insgesamt zeigt sich, dass das geltende Tarifsystem die notwendigen Mechanismen enthält, um wirtschaftliche Entwicklungen zu berücksichtigen. Eine systemfremde Automatisierung der Tarifanpassung ist weder erforderlich noch wäre sie sachgerecht.