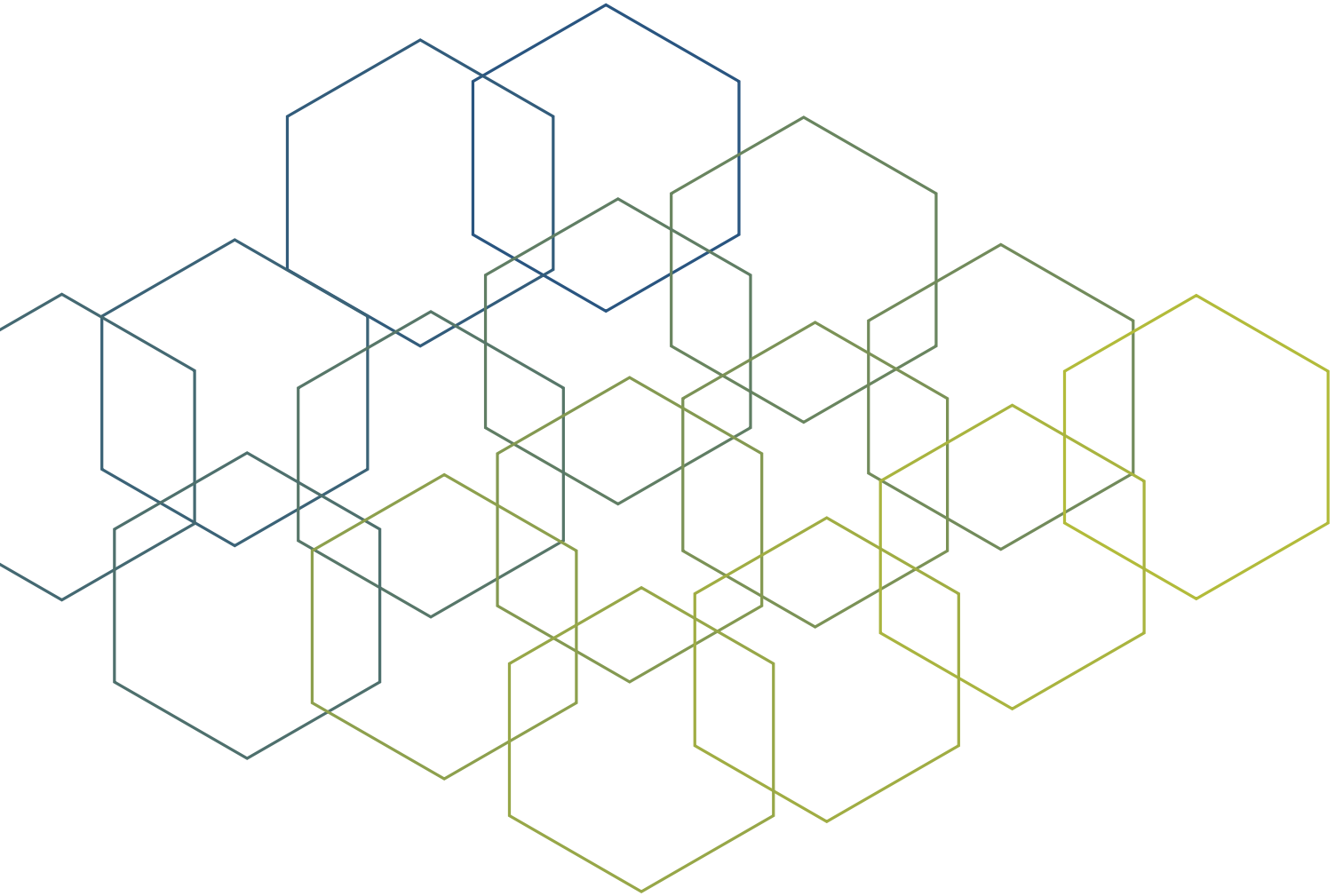




Gesundheitsökonomische Prüfung der neuen KVG-Tarif- struktur für die Physiotherapie

Gutachten im Auftrag von PROphysio

Gesundheitsökonomische Prüfung der neuen KVG-Tarifstruktur für die Physiotherapie
Gutachten im Auftrag von PROphysio

Dr. Harry Telser

10. September 2026

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
Das Wichtigste in Kürze	5
1 Ausgangslage und Auftrag.....	8
1.1 Ausgangslage.....	8
1.2 Ziel des Gutachtens.....	8
1.3 Untersuchte Unterlagen.....	9
1.4 Vorgehen und Grenzen der Prüfung.....	9
2 Aufbau der neuen Tarifstruktur	10
2.1 Grundzüge des bisherigen und des neuen Tarifs.....	10
2.2 Rolle der LeDa-Studie	10
2.3 Kostenmodell und Herleitung der Taxpunkte.....	11
2.4 Transcodierung und Normierung.....	11
3 Prüfung der LeDa-Studie	13
3.1 Rahmenpopulation und Schichtung nach Praxisgrösse.....	13
3.2 Repräsentativität der Stichprobe	14
3.3 Repräsentativität der erhobenen Zeitdauern.....	15
3.4 Unterschiede der Zeitdauern nach Praxisgrösse	15
3.5 Statistische Auswertung.....	16
3.6 Datenaufbereitung und Datenqualität.....	17
3.7 Zwischenfazit zur LeDa-Studie	17
4 Mögliche Auswirkungen bei der Transcodierung und Normierung	19
4.1 Transcodierung des bisherigen Leistungsvolumens.....	19
4.2 Normierung auf das bisherige Taxpunktvolumen	19
4.3 Bedeutung möglicher Verzerrungen der LeDa-Zeitdauern.....	20
4.4 Beurteilung.....	21
4.5 Zwischenfazit	21
5 Ökonomische Anreize der Tarifstruktur	22
5.1 Veränderung des Anreizes hinsichtlich der Behandlungsdauer	22
5.2 Auswirkungen auf die Zahl behandelter Patienten	22
5.3 Bedeutung für effiziente Praxen	23
5.4 Versorgungskapazität und Wartezeiten.....	23

5.5	Auswirkungen auf die Kosten	23
5.6	Mögliche Konzentration an tariflichen Zeitgrenzen	24
5.7	Zwischenfazit	24
6	Gesamtbeurteilung	26
Anhang		27

Das Wichtigste in Kürze

Auftrag

PROphysio hat Polynomics beauftragt, die wissenschaftlichen und ökonomischen Grundlagen der neuen KVG-Tarifstruktur für die ambulante Physiotherapie zu prüfen. Im Zentrum stehen die *LeDa-Studie* (in welcher die Zeitdauern für die heutigen Physiotherapieleistungen gemessen wurden), deren Bedeutung für Transcodierung und Normierung sowie die *Anreizwirkungen des neuen Zeittarifs*. Das Kostenmodell selbst ist nicht Gegenstand einer vertieften Prüfung.

Wichtigste Ergebnisse

Bei der LeDa-Studie erscheint zunächst die *Bildung der Rahmenpopulation nach Praxisgrösse nicht vollständig nachvollziehbar*. Insbesondere ist nicht ausreichend dokumentiert, wie die Zahl der in einer Praxis tätigen Physiotherapeuten bestimmt wurde. Falls hierfür die bei SASIS hinterlegten K-Nummern verwendet wurden, bestehen Zweifel, ob damit die tatsächliche Beschäftigtenzahl erfasst werden konnte. Die mit lediglich 126 grossen Praxen ausgewiesene Verteilung der Rahmenpopulation erscheint vor diesem Hintergrund erklärungsbedürftig.

Neben einer möglichen Fehlklassifikation der Praxisgrösse stellt sich eine zweite Frage. Aus jeder teilnehmenden Praxis wurde für die Zeiterhebung jeweils ein Physiotherapeut ausgewählt, während die Gewichtung anhand von Merkmalen der Praxen erfolgte. Es ist deshalb nicht ersichtlich, ob die ausgewiesenen Durchschnittszeiten einen *repräsentativen Durchschnitt über Praxen oder über Physiotherapeuten* abbilden. Dieser Unterschied wäre ohne grössere Bedeutung, falls sich die Behandlungszeiten nicht systematisch nach Praxisgrösse unterscheiden.

Die LeDa-Studie weist die Behandlungszeiten nicht nach Praxisgrösse aus. Die Ergebnisse nach Arbeitsverhältnis liefern jedoch einen Hinweis, dass angestellte Physiotherapeuten im Durchschnitt kürzere Behandlungszeiten aufweisen als selbständig tätige. Da Angestellte häufiger in grösseren Praxen tätig sein dürften, ist dieses Ergebnis mit der *Hypothese vereinbar, dass in grossen Praxen kürzere Behandlungszeiten auftreten*. Ein direkter Nachweis fehlt jedoch.

Sollten grosse Praxen tatsächlich kürzere Behandlungszeiten aufweisen und gleichzeitig in der Rahmenpopulation, der Stichprobe oder der Gewichtung zu wenig berücksichtigt worden sein, würden ihre kürzeren Zeiten zu wenig Gewicht erhalten. Die in der LeDa-Studie *ausgewiesenen durchschnittlichen Behandlungszeiten könnten dadurch systematisch zu hoch ausfallen*.

Eine solche Verzerrung wäre für die Tarifbildung unmittelbar relevant. Die durchschnittlichen LeDa-Behandlungszeiten werden bei der Transcodierung verwendet, um das bisherige pauschale Leistungsvolumen auf die zeitabhängigen Tarifpositionen der neuen Struktur zu übertragen. Zu hohe Durchschnittszeiten führen zu einer zu grossen Zahl transcodierter Zeiteinheiten. Da die gesamte Taxpunktmenge anschliessend auf das Niveau des bisherigen Tarifs normiert wird, würde ein *niedrigerer Normierungsfaktor und damit weniger Taxpunkte pro Leistung* resultieren. Der Wirkungsmechanismus ist nachvollziehbar; nicht geklärt ist, ob die dafür notwendige Verzerrung der LeDa-Zeiten tatsächlich besteht und wie gross sie gegebenenfalls ist.

Unabhängig davon verändert der neue Zeittarif die wirtschaftlichen Anreize. In der heutigen Pauschalvergütung kann eine kürzere Behandlung grundsätzlich einen höheren Patientendurchsatz ermöglichen. Im neuen Tarif wird zusätzliche abrechenbare Behandlungszeit vergütet. Der finanzielle Vorteil kurzer Behandlungen nimmt damit ab. *Längere durchschnittliche Behandlungen und ein geringerer Patientendurchsatz sind deshalb ökonomisch plausible Reaktionen*. Dies kann auch negative Folgen für die Versorgung z. B. in Form längerer Wartezeiten haben.

Belastbarkeit der Ergebnisse

Die Ergebnisse weisen unterschiedliche Grade an Belastbarkeit auf. *Gut nachvollziehbar* sind die tariflichen Zusammenhänge. Die durchschnittlichen Behandlungszeiten aus der LeDa-Studie werden für die Transcodierung verwendet. Werden bei unverändertem historischem Leistungsvolumen höhere Behandlungszeiten angenommen, resultieren mehr zeitabhängige Tarifpositionen. Bei anschliessender Normierung auf ein vorgegebenes Gesamttaxpunktvolumen führt dies zu einem niedrigeren Normierungsfaktor. Ebenfalls unmittelbar aus der Tarifstruktur ableitbar ist, dass zusätzliche abrechenbare Behandlungszeit im neuen Tarif stärker vergütet wird als unter der bisherigen Pauschalvergütung.

Plausibel, aber nicht nachgewiesen sind die für die materielle Bedeutung dieser Mechanismen entscheidenden empirischen Voraussetzungen. Dies gilt insbesondere für eine mögliche Untererfassung grosser Praxen und für die Vermutung, dass grosse Praxen systematisch kürzere Behandlungszeiten aufweisen. Die verfügbaren Informationen weisen in diese Richtung, reichen aber nicht aus, um eine systematische Verzerrung der LeDa-Zeiten nachzuweisen.

Nicht ausreichend nachvollziehbar sind einzelne methodische Schritte der LeDa-Studie. Dies betrifft insbesondere die Bestimmung der Praxisgrösse, die Berechnung der Standardfehler und Signifikanztests sowie die vorgenommenen Datenbereinigungen und Plausibilitätsprüfungen. Hier liegt in erster Linie ein Dokumentationsproblem vor. Aus der fehlenden Dokumentation kann nicht geschlossen werden, dass die verwendeten Verfahren methodisch falsch waren.

Entsprechend sollte auch die *Gesamtbeurteilung zurückhaltend* erfolgen. Die Prüfung liefert keine ausreichende Grundlage für die Aussage, dass die LeDa-Zeiten tatsächlich systematisch überschätzt wurden. Sie zeigt jedoch konkrete Gründe auf, weshalb diese Möglichkeit nicht ausgeschlossen werden kann und weshalb eine zusätzliche Prüfung sachlich angezeigt wäre.

Offene Fragen

Mehrere der zentralen offenen Fragen könnten mit gezielten zusätzlichen Auswertungen geklärt werden. Besonders wichtig erscheinen folgende Punkte:

1. *Abgleich der Praxisgrösse*: Vergleich der für die Stichprobenziehung verwendeten Grössenklasse mit der in der Befragung direkt erhobenen Zahl der beschäftigten Physiotherapeuten.
2. *Auswertung nach Praxisgrösse*: Direkter Vergleich der Behandlungszeiten zwischen kleinen, mittleren und grossen Praxen.
3. *Prüfung der Gewichtung*: Darstellung, ob und wie die unterschiedliche Zahl der Physiotherapeuten je Praxis bei der Berechnung der gewichteten Mittelwerte berücksichtigt wurde.
4. *Statistische Dokumentation*: Offenlegung der Berechnung der Standardfehler, der verwendeten Verfahren für Gruppenvergleiche sowie der Berücksichtigung von Schichtung und Gewichtung.
5. *Datenaufbereitung*: Dokumentation der Plausibilitätsprüfungen, Ausschlusskriterien, Behandlung von Ausreissern und fehlenden Werten.

Die ersten beiden Punkte sind für die Beurteilung der Tarifwirkungen besonders wichtig. Falls sich zeigen würde, dass grosse Praxen in der ursprünglichen Klassifikation häufig zu klein eingestuft wurden und gleichzeitig systematisch kürzere Behandlungszeiten aufweisen, würde dies

die Vermutung einer Überschätzung der für die Transcodierung verwendeten Durchschnittszeiten deutlich erhärten. Sollten sich dagegen keine relevanten Unterschiede nach Praxisgrösse zeigen, würde dieser zentrale Einwand weitgehend entfallen.

Zusammenfassung

Die wichtigsten Ergebnisse sind in Tabelle 1 noch einmal zusammengefasst.

Tabelle 1 **Wichtigste Analyseergebnisse**

Thema	Kernaussage	Mögliche Bedeutung	Belastbarkeit
Praxisgrösse in der Rahmenpopulation	Herleitung nicht vollständig dokumentiert; Zahl grosser Praxen erscheint erklärungsbedürftig	Grosse Praxen könnten zu wenig berücksichtigt sein	Plausibler Hinweis, kein Nachweis
K-Nummern als Mass der Praxisgrösse	Falls verwendet, ist vollständige Erfassung aller Beschäftigten nicht gewährleistet	Mögliche Fehlklassifikation grösserer Praxen	Plausibler Hinweis
Gewichtung der Zeitdauern	Nicht eindeutig, ob Mittelwerte Praxen oder Physiotherapeuten repräsentieren	Bei Unterschieden nach Praxisgrösse mögliche Verzerrung der Mittelwerte	Methodisch relevante offene Frage
Behandlungszeiten nach Praxisgrösse	Keine direkte Auswertung; Ergebnisse nach Arbeitsverhältnis deuten auf mögliche Unterschiede hin	Kürzere Zeiten grosser Praxen würden bei Untergewichtung zu hohen Durchschnittszeiten führen	Hinweis, kein Nachweis
Statistische Auswertung	Standardfehler und Signifikanztests nicht vollständig nachvollziehbar	Einzelne Gruppenvergleiche lassen sich nicht reproduzieren	Gut belegtes Transparenzproblem
Datenaufbereitung	Plausibilisierung und Bereinigung nur begrenzt dokumentiert	Einfluss auf Ergebnisse nicht beurteilbar	Transparenzproblem
Transcodierung und Normierung	LeDa-Zeiten bestimmen die Zahl transcodierter Zeiteinheiten	Zu hohe LeDa-Zeiten führen zu niedrigerem Normierungsfaktor und niedrigeren Taxpunkten je Zeiteinheit	Mechanismus nachvollziehbar; Voraussetzung offen
Anreize des Zeittarifs	Zusätzliche abrechenbare Zeit erhöht die Vergütung	Längere Behandlungen sind wirtschaftlich attraktiver als unter einer Pauschale	Aus Tarifstruktur ableitbar
Patientendurchsatz	Längere Behandlungen reduzieren bei gegebener Kapazität die Zahl möglicher Sitzungen	Weniger behandelbare Patienten und längere Wartezeiten möglich	Theoretisch plausibel; empirisch offen
Versorgung	Sinkt bei unverändertem Personal der Patientendurchsatz, reduziert sich die verfügbare Behandlungskapazität.	Potenziell längere Wartezeiten, erschwelter Zugang zur Physiotherapie oder zusätzlicher Personalbedarf.	Theoretisch plausibel; empirisch offen
Kostenentwicklung	Dynamische Kostenneutralität begrenzt Kostenanstiege, nicht aber alle Verhaltensänderungen	Verschiebung von Fallzahl zu Behandlungsintensität möglich	Mechanismus plausibel; tatsächliche Wirkung offen

1 Ausgangslage und Auftrag

1.1 Ausgangslage

Die Tarifpartner haben im April 2026 dem Bundesrat eine neue KVG-Tarifstruktur für ambulante Physiotherapieleistungen zur Genehmigung eingereicht, welche per 1. Januar 2027 in Kraft treten soll. Die neue Tarifstruktur unterscheidet sich wesentlich von der bisherigen Vergütung. Insbesondere werden die bisherigen Pauschalen für die allgemeine und die aufwändige Physiotherapie durch einen Einzelleistungstarif mit Zeitkomponente ersetzt. Die Vergütung einer Behandlung hängt damit künftig stärker von der für die einzelnen Leistungen abgerechneten Zeit ab.

Zur Entwicklung der neuen Tarifstruktur wurden verschiedene empirische und kalkulatorische Grundlagen erarbeitet. Von besonderer Bedeutung ist die von Ecoplan und der Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW) durchgeführte Studie zu den Leistungen in der Physiotherapie (LeDa-Studie). Darin wurden unter anderem die Zeitdauern verschiedener Tätigkeiten in der ambulanten Physiotherapie erhoben. Diese Ergebnisse fliessen an mehreren Stellen in die Tarifstruktur ein, insbesondere in die Bestimmung der Produktivität, die Festlegung von Limitationen sowie die Transcodierung des bisherigen Tarifvolumens auf die neue Tarifstruktur.

Daneben wurde ein Kostenmodell entwickelt, mit dem die Kosten der verschiedenen physiotherapeutischen Leistungen bestimmt und daraus die Taxpunkte der neuen Tarifpositionen abgeleitet wurden. Im Rahmen der anschliessenden Transcodierung und Normierung wurde die neue Tarifstruktur so angepasst, dass für die gleichen Leistungen insgesamt dieselbe Taxpunktmenge resultiert wie unter der bisherigen Tarifstruktur.

Vor diesem Hintergrund hat PROphysio Polynomics beauftragt, die wissenschaftlichen und ökonomischen Grundlagen der neuen Tarifstruktur zu prüfen. Im Vordergrund stehen dabei die Aussagekraft der LeDa-Studie sowie die ökonomischen Wirkungen, die sich aus dem Aufbau der neuen Tarifstruktur ergeben können.

1.2 Ziel des Gutachtens

Das Gutachten verfolgt zwei Ziele. Erstens wird geprüft, inwieweit die *verfügbaren Datengrundlagen* und die darauf aufbauenden Berechnungen *geeignet sind*, die neue Tarifstruktur wissenschaftlich zu begründen. Im Zentrum stehen dabei die Repräsentativität der LeDa-Studie, die Ermittlung der durchschnittlichen Zeitdauern sowie deren Verwendung bei der Transcodierung und Normierung.

Zweitens werden die *ökonomischen Anreize der neuen Tarifstruktur* untersucht. Von besonderem Interesse ist der Wechsel von einer weitgehend pauschalen Vergütung zu einem Tarif mit Zeitkomponente. Analysiert wird, welche Anreize daraus insbesondere hinsichtlich Behandlungsdauer, Zahl der behandelten Patienten, Ressourceneinsatz und Versorgungskapazität entstehen können.

Das Gutachten soll dabei nicht nur mögliche Schwächen identifizieren, sondern auch deren Belastbarkeit beurteilen. Es wird deshalb jeweils unterschieden zwischen Befunden, die sich anhand der verfügbaren Unterlagen nachvollziehen lassen, methodisch begründeten Hinweisen auf mögliche Schwächen und Fragen, die aufgrund fehlender Informationen nicht abschliessend beantwortet werden können.

1.3 Untersuchte Unterlagen

Die Prüfung stützt sich insbesondere auf folgende Unterlagen, die von PROphysio zur Verfügung gestellt wurden:

- die LeDa-Studie von Ecoplan und FHNW vom 17. Mai 2024
- den Tarifstrukturvertrag einschliesslich seiner Anhänge

Zusätzlich wurden von PROphysio weitere Dokumente für die Analyse zur Verfügung gestellt:

- Mitgliederverzeichnis von swissODP – Die Allianz führender Physiotherapieunternehmen vom 22.7.2026
- Datensatz von Refdata Services mit einem Auszug aller Schweizer Physiotherapeuten aus dem GLN-Register

1.4 Vorgehen und Grenzen der Prüfung

Die Prüfung konzentriert sich auf die für die Tarifbildung zentralen methodischen Zusammenhänge. Bei der LeDa-Studie werden insbesondere die Bildung der Rahmenpopulation und der Stichprobe, die Repräsentativität der erhobenen Zeitdauern, die statistische Auswertung sowie die dokumentierte Datenqualität untersucht. Das Kostenmodell ist nicht veröffentlicht und wird dementsprechend nicht im Detail geprüft. Untersucht wird aber, wie die Ergebnisse der LeDa-Studie in das Kostenmodell und die weitere Tarifberechnung einfließen. Anschliessend werden die Transcodierung und Normierung zur Sicherstellung der Kostenneutralität sowie die daraus entstehenden Zusammenhänge zwischen den empirisch erhobenen Zeitdauern und den Taxpunkten analysiert. Abschliessend werden die ökonomischen Anreize der neuen Tarifstruktur untersucht.

Die Beurteilung ist teilweise dadurch eingeschränkt, dass nicht sämtliche für eine vollständige Replikation der Analysen erforderlichen Informationen vorliegen. Dies betrifft insbesondere Detailinformationen zur Stichprobenbildung und statistischen Auswertung der LeDa-Studie sowie zu einzelnen Schritten der Datenaufbereitung. In diesen Fällen wird nicht unterstellt, dass das gewählte Vorgehen fehlerhaft war. Vielmehr wird ausgewiesen, welche Aussagen mit den verfügbaren Unterlagen möglich sind und welche zusätzlichen Informationen oder Analysen für eine abschliessende Beurteilung erforderlich wären.

2 Aufbau der neuen Tarifstruktur

Die neue Tarifstruktur unterscheidet sich in einem wesentlichen Punkt von der heutigen Vergütung: Die bisherigen Pauschalen für die allgemeine und die aufwändige Physiotherapie werden durch einen Einzelleistungstarif mit Zeitkomponente ersetzt. Damit entfällt die bisherige Unterscheidung zwischen allgemeiner und aufwändiger Physiotherapie. Für die einzelnen Behandlungsformen werden stattdessen eigene Tarifpositionen vorgesehen, wobei die meisten Leistungen in Zeiteinheiten abgerechnet werden. Daneben bestehen weiterhin einzelne Pauschalen sowie besondere Regelungen etwa für medizinische Trainingstherapie oder Wegentschädigungen.

Für die Herleitung der neuen Tarifstruktur sind drei Elemente besonders wichtig:

- LeDa-Studie mit erhobenen Zeitdauern für physiotherapeutische Leistungen
- Kostenmodell zur Bewertung der Leistungen in Taxpunkten
- Transcodierung und Normierung zur Sicherung der Kostenneutralität

Diese Elemente werden im Folgenden kurz beschrieben.

2.1 Grundzüge des bisherigen und des neuen Tarifs

Im heutigen Tarif werden die beiden zentralen Formen der Einzelbehandlung im Wesentlichen über Pauschalen für die allgemeine und die aufwändige Physiotherapie vergütet. Die Höhe der Vergütung hängt damit nicht unmittelbar von der effektiven Dauer einer einzelnen Behandlung ab.

Mit der neuen Tarifstruktur erfolgt ein Wechsel zu einem Einzelleistungstarif mit Zeitkomponente. Die tatsächlich verrechenbare Dauer wird durch Limitationen begrenzt, welche festlegen, wie häufig eine Position innerhalb einer Sitzung oder eines bestimmten Zeitraums abgerechnet werden darf.

Neben diesem grundlegenden Wechsel enthält die neue Tarifstruktur weitere Änderungen. Dazu gehören unter anderem eigene Positionen für bestimmte Therapieformen, physiotherapeutische Beratung per Video, separat ausgewiesene Leistungen in Abwesenheit des Patienten sowie Positionen für die Einführung und Reevaluation der medizinischen Trainingstherapie.

Der Wechsel vom Pauschal- zum Zeittarif ist für das vorliegende Gutachten von besonderer Bedeutung. Während die Behandlungsdauer im bisherigen Tarif die Vergütung einer einzelnen Behandlung nicht unmittelbar bestimmt, wird sie im neuen Tarif zu der zentralen Grösse für die Abrechnung.

2.2 Rolle der LeDa-Studie

Die LeDa-Studie bildet eine wesentliche empirische Grundlage der neuen Tarifstruktur. Sie untersucht unter anderem, wie viel Zeit Physiotherapeuten für verschiedene Tätigkeiten und Leistungen aufwenden.

Die Ergebnisse werden an mehreren Stellen verwendet. Erstens bilden sie eine Grundlage für die im Kostenmodell verwendete Produktivität. Diese bestimmt, welcher Anteil der Jahresarbeitszeit für abrechenbare Leistungen zur Verfügung steht, und beeinflusst damit die Kosten je abrechenbare Minute und letztlich die Taxpunkte der zeitabhängigen Tarifpositionen. Zweitens

werden die erhobenen Zeitaufwände zur Festlegung bestimmter tariflicher Limitationen herangezogen. Drittens werden die durchschnittlichen Behandlungszeiten für die Transcodierung¹ des bisherigen Leistungsvolumens auf die neue Tarifstruktur verwendet. Sie bestimmen dabei, wie viele zeitabhängige Tarifpositionen den heutigen pauschal vergüteten Behandlungen zugeordnet werden. Damit beeinflussen die Ergebnisse der LeDa-Studie sowohl die ursprüngliche Kalkulation der Taxpunkte als auch deren anschliessende Transcodierung und Normierung.

Die LeDa-Studie hat damit nicht lediglich beschreibenden Charakter. Ihre Ergebnisse wirken sich unmittelbar auf mehrere Elemente der Tarifberechnung aus. Die Qualität und Repräsentativität der darin ermittelten Zeitdauern sind deshalb für die Beurteilung der neuen Tarifstruktur von besonderer Bedeutung.

2.3 Kostenmodell und Herleitung der Taxpunkte

Zur Bewertung der einzelnen Tarifpositionen wurde ein neues Kostenmodell entwickelt. In diesem werden die verschiedenen Leistungen, die in der Physiotherapie anfallen (gemäss LeDa), abgebildet. Für jede Leistung werden anschliessend Infrastruktur-Kosten, Materialkosten und Personalkosten auf Jahresbasis bestimmt. Aus den jährlichen Kosten und der Zahl der abrechenbaren Jahresminuten wird ein Kostenansatz pro Minute berechnet. Dieser Minutenkostensatz kann je nach Leistungskomponente variieren, beispielsweise aufgrund unterschiedlicher Anforderungen an Räume oder Infrastruktur. Die Personalkosten beruhen dagegen grundsätzlich auf einer einheitlichen Kalkulation.²

Für die überwiegende Zahl der zeitabhängigen Positionen wird der Minutenkostensatz mit einer Leistungsdauer von fünf Minuten multipliziert. Bei einem im Kostenmodell angenommenen Taxpunktswert von einem Franken ergeben sich daraus zunächst die Taxpunkte der jeweiligen Tarifposition. Einzelne Leistungen, insbesondere die medizinische Trainingstherapie, Pauschalen und Wegentschädigungen, werden nach abweichenden Verfahren berechnet.

Vereinfacht lässt sich die ursprüngliche Herleitung einer zeitabhängigen Tarifposition damit wie folgt darstellen:

$$\text{Taxpunkte je Zeiteinheit} = \text{Kosten je Minute} \times \text{Minuten je Zeiteinheit}$$

2.4 Transcodierung und Normierung

Die Transcodierung und Normierung wird durchgeführt, um die in Art. 59c KVV geforderte Kostenneutralität eines neuen Tarifs zu erreichen. Dazu wird das Abrechnungsvolumen im alten Tarif auf den neuen Tarif umgelegt (Transcodierung) und anschliessend werden die Taxpunkt-mengen aller Leistungen linear mit dem gleichen Faktor angepasst, damit die Gesamttaxpunkt-menge unter dem alten und neuen Tarif gleich ist (Normierung).

Für die Übertragung von Pauschalen auf zeitabhängige Positionen musste bei der Transcodierung geschätzt werden, wie viele Zeiteinheiten künftig für die bisherigen Behandlungen abgerechnet würden. Dafür wurden die durchschnittlichen Behandlungszeiten aus der LeDa-Studie verwendet.

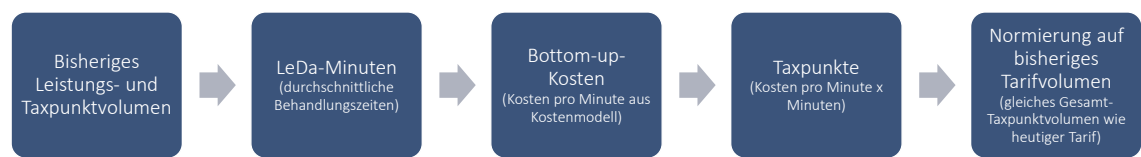
¹ Vgl. zur Funktionsweise der Transcodierung und Normierung <https://physioswiss.ch/kosteneutralitaet-normierung-und-transcodierung/>; abgerufen am 7.9.2026.

² Vgl. <https://physioswiss.ch/datenbasis-kostenmodell-und-produktivitaet/>; abgerufen am 7.9.2026.

Anschliessend wurde die Gesamtmenge der Taxpunkte normiert. Der Normierungsfaktor entspricht dem Verhältnis zwischen der Taxpunktmenge nach alter Tarifstruktur und der Taxpunktmenge, die für dieselben Leistungen mit der neuen Tarifstruktur resultieren würde. Damit soll sichergestellt werden, dass der reine Wechsel der Tarifstruktur für ein unverändertes Leistungsvolumen nicht zu einer Veränderung der gesamten Taxpunktmenge führt (Statische Kostenneutralität im Kostenneutralitätskonzept gemäss Art. 4 im Anhang 2 zum Tarifstrukturvertrag vom 01. Januar 2027).

Für die weiteren Analysen lässt sich der Zusammenhang vereinfacht wie folgt darstellen:

Abbildung 1 Transcodierung und Normierung



Quelle: Eigene Darstellung

3 Prüfung der LeDa-Studie

Die LeDa-Studie bildet eine zentrale empirische Grundlage der neuen Tarifstruktur. Wie in Kapitel 2 dargestellt, werden ihre Ergebnisse unter anderem für die Bestimmung der Produktivität, die Festlegung von Limitationen sowie für die Transcodierung der bisherigen Pauschalen auf die neue zeitabhängige Tarifstruktur verwendet. Entsprechend ist von Bedeutung, ob die erhobenen Zeitdauern die tatsächlichen Verhältnisse in der ambulanten Physiotherapie möglichst unverzerrt abbilden.

Die nachfolgende Prüfung konzentriert sich deshalb auf die Bildung der Rahmenpopulation, die Repräsentativität der erhobenen Zeitdauern, mögliche Unterschiede zwischen verschiedenen Praxisformen sowie auf die statistische Auswertung und die dokumentierte Datenqualität.

3.1 Rahmenpopulation und Schichtung nach Praxisgrösse

Ausgangspunkt der Stichprobenziehung waren die bei SASIS erfassten ZSR-Nummern von Physiotherapeuten und Organisationen der Physiotherapie. Da einzelne Physiotherapeuten den Organisationen nicht direkt zugeordnet werden konnten, wurden ZSR-Nummern anhand übereinstimmender Adressmerkmale zu Praxen zusammengefasst. Die so gebildete Rahmenpopulation wurde unter anderem nach Praxisgrösse geschichtet.

Nicht ausreichend dokumentiert ist, wie die Anzahl Physiotherapeuten einer Praxis in der Rahmenpopulation bestimmt wurde, das heisst wie die Praxisgrösse bestimmt wurde. Die verfügbaren Angaben lassen vermuten, dass hierfür Informationen zu den einer ZSR-Nummer zugeordneten Kontroll-Nummern (K-Nummern) verwendet wurden. Zumindest wird in Fussnote 7 auf S. 39 der Studie erwähnt, dass die Datenlieferung der SASIS die Anzahl der erteilten K-Nummern pro ZSR-Nummer enthält. Eine genaue Beschreibung dieses Schritts findet sich in den untersuchten Unterlagen jedoch nicht.

K-Nummern werden von santéservices ag (früher SASIS AG) für angestellte Gesundheitsfachpersonen vergeben und mit der ZSR-Nummer des Arbeitgebers verknüpft. Ursprünglich erfüllte die K-Nummer in Kombination mit der ZSR-Nummer den Zweck, die Überprüfung der Zulassung von Therapeuten zu bescheinigen. Im Unterschied zur ZSR-Nummer sind sie für die Abrechnung physiotherapeutischer Leistungen zulasten der OKP jedoch spätestens seit Anfang 2022 hinfällig, da seither die Kantone diese Prüfung übernehmen. Nach Angaben von Physioswiss besteht weder eine gesetzliche noch eine tarifvertragliche Pflicht, für angestellte Physiotherapeuten eine K-Nummer zu führen. Für die eindeutige Identifikation bei der Abrechnung kann die Global Location Number (GLN) verwendet werden, welche in der Schweiz für die einzigartige Identifikation von natürlichen Personen aufgrund ihrer Funktionen und Rollen im Gesundheitswesen eingesetzt wird. Physioswiss empfiehlt entsprechend, für Angestellte keine neuen K-Nummern zu beantragen.³ Nach Auskunft von Cenplex,⁴ eines grossen Anbieters von Praxissoftware für Physiotherapiepraxen, dessen Software in der Schweiz von über 3'000 Physiotherapeuten genutzt wird, spielten K-Nummern im Abrechnungsprozess keine Rolle. Bereits 2017 habe das Forum Datenaustausch kein Feld für K-Nummern bei der Datenübermittlung vorgesehen. Aufgrund dieses fehlenden Standards wurden die K-Nummern in der Cenplex-Software auch nie erfasst und übermittelt.

³ Vgl. https://physioswiss.ch/wp-content/uploads/sites/1/20230321_d_information_k_nummern.pdf; abgerufen am 7.9.2026.

⁴ Mailkorrespondenz mit Andreas Reinke (CEO von Cenplex) vom 2. Juli 2026.

Es ist daher nicht davon auszugehen, dass sämtliche in einer Praxis beschäftigten Physiotherapeuten im ZSR über eine K-Nummer erfasst sind. Wird die Zahl der K-Nummern zur Bestimmung der Praxisgrösse verwendet, besteht somit die Gefahr einer systematischen Unterschätzung der Beschäftigtenzahl und damit einer Fehlklassifikation insbesondere grösserer Praxen.

Die resultierende Verteilung nach Praxisgrösse wirft dementsprechend Plausibilitätsfragen auf. In der LeDa-Studie werden innerhalb der Rahmenpopulation von insgesamt 5'368 Praxen lediglich 126 Praxen der Kategorie «gross» mit vier oder mehr Physiotherapeuten zugeordnet.⁵ Demgegenüber weist bereits das Mitgliederverzeichnis von swissODP (der Allianz der Physiotherapie-Anbieter mit Angestellten) 174 Praxisstandorte mit mindestens 5 Physiotherapeuten aus,⁶ obwohl weit nicht alle Praxen mit 4 und mehr Angestellten Mitglied bei swissODP sind.

Zur zusätzlichen Plausibilisierung wurde ein Datensatz von Refdata Services mit einem aktuellen Auszug aller Schweizer Physiotherapeuten aus dem GLN-Register ausgewertet. Analog zum Vorgehen der LeDa-Studie wurden Personen mit identischen Adressmerkmalen zu Standorten zusammengefasst; dabei ergaben sich 1'071 Standorte mit mindestens vier Physiotherapeuten, was rund 9 Prozent der Standorte mit weit über einem Drittel der Physiotherapeuten ausmacht. Dieses Ergebnis stellt die auffallend geringe Zahl grosser Praxen in der LeDa-Rahmenpopulation zusätzlich infrage.

Dieser Vergleich belegt für sich genommen noch keine fehlerhafte Klassifikation. Insbesondere müssen Grundgesamtheit, Erfassungszeitpunkt und Definition des Praxisstandorts nicht vollständig übereinstimmen. Die Grössenordnung gibt jedoch Anlass zur Prüfung, ob grössere Praxen in der Rahmenpopulation systematisch zu klein eingestuft wurden. Dies wäre insbesondere dann denkbar, wenn die Zahl der bei SASIS hinterlegten K-Nummern die tatsächliche Zahl der beschäftigten Physiotherapeuten nicht vollständig abbildet.

Für die teilnehmenden Praxen wurde im Rahmen der Erhebung zusätzlich die tatsächliche Zahl der beschäftigten Physiotherapeuten abgefragt.⁷ Ein Vergleich zwischen dieser Angabe und der ursprünglichen Grössenklassifikation wird im Bericht nicht ausgewiesen. Eine solche Prüfung könnte zeigen, wie zuverlässig die in der Rahmenpopulation verwendete Grössenklassifikation war.

Beurteilung: Auf Grundlage der veröffentlichten Unterlagen lässt sich eine fehlerhafte Klassifikation nicht nachweisen. Die ausgewiesene Zahl grosser Praxen erscheint jedoch erklärungsbedürftig. Da die Praxisgrösse für die Schichtung und spätere Gewichtung verwendet wird, wäre eine systematische Fehlklassifikation methodisch relevant.

3.2 Repräsentativität der Stichprobe

Die nach Praxisgrösse und weiteren Merkmalen geschichtete Stichprobe wird nach der Erhebung nachgewichtet, um Abweichungen zwischen realisierter Stichprobe und Rahmenpopulation auszugleichen. Dieses Vorgehen ist grundsätzlich geeignet, eine Stichprobe hinsichtlich der verwendeten Schichtungsmerkmale an die Rahmenpopulation anzupassen.

Voraussetzung ist allerdings, dass die Rahmenpopulation und insbesondere die Zuordnung zu den Schichten hinreichend korrekt sind. Eine Nachgewichtung kann eine fehlerhafte Klassifikation der Praxen nicht beheben. Sollte beispielsweise ein wesentlicher Teil grosser Praxen in der

⁵ Vgl. LeDa-Studie, Abbildung 10, S. 39.

⁶ Mitgliederverzeichnis swissODP vom 22.7.2026, von swissODP zur Verfügung gestellt.

⁷ Vgl. LeDa-Studie, Abschnitt 1.5.1, S. 13.

Rahmenpopulation als kleine oder mittlere Praxen eingestuft worden sein, würde sich diese Verzerrung auch in den für die Gewichtung verwendeten Sollanteilen niederschlagen.

Damit hängt die Aussagekraft der Gewichtung unmittelbar von der in Abschnitt 3.1 diskutierten Qualität der Rahmenpopulation ab.

Beurteilung: Das verwendete Schichtungs- und Gewichtungsverfahren ist als solches nicht zu beanstanden. Offen ist jedoch, ob die hierfür verwendete Verteilung der Praxisgrößen die tatsächliche Struktur ausreichend genau abbildet.

3.3 Repräsentativität der erhobenen Zeitdauern

Von der Repräsentativität der Praxen ist eine zweite Frage zu unterscheiden: Welche Grundgesamtheit repräsentieren die erhobenen durchschnittlichen Zeitdauern?

Nach dem in der Studie beschriebenen Vorgehen wird aus einer teilnehmenden Praxis jeweils ein Physiotherapeut für die Zeiterhebung ausgewählt. Die Gewichtung erfolgt jedoch auf Grundlage der Verteilung der Praxen nach den verwendeten Schichtungsmerkmalen. Damit ist nicht ohne Weiteres gewährleistet, dass die ausgewiesenen Mittelwerte einen repräsentativen Durchschnitt über alle Physiotherapeuten darstellen. Dies wäre nur dann der Fall, wenn die Gewichtung die unterschiedliche Zahl der Physiotherapeuten je Praxis angemessen berücksichtigt oder wenn sich die durchschnittlichen Zeitdauern zwischen unterschiedlich grossen Praxen nicht systematisch unterscheiden.

Aus den verfügbaren Unterlagen lässt sich nicht ableiten, dass eine solche Gewichtung auf Ebene der Physiotherapeuten vorgenommen wurde.

Beurteilung: Dies ist eine der zentralen offenen methodischen Fragen der LeDa-Studie. Falls die publizierten Mittelwerte tatsächlich Praxen und nicht Physiotherapeuten proportional repräsentieren und gleichzeitig systematische Zeitunterschiede nach Praxisgrösse bestehen, wären die für die Tarifberechnung verwendeten durchschnittlichen Zeitdauern potenziell verzerrt. Ob diese Voraussetzungen tatsächlich erfüllt sind, lässt sich mit den vorhandenen Unterlagen nicht abschliessend feststellen.

3.4 Unterschiede der Zeitdauern nach Praxisgrösse

Die Bedeutung des vorhergehenden Punkts hängt wesentlich davon ab, ob sich die Zeitdauern nach Praxisgrösse unterscheiden. Obwohl die Praxisgrösse für die Stichprobenziehung verwendet wird und somit in den Daten grundsätzlich vorhanden ist, weist die Studie keine entsprechenden Auswertungen aus.

Einen indirekten Hinweis liefert die Auswertung nach Arbeitsverhältnis.⁸ In der Selbstbeobachtung wird für selbständig tätige Physiotherapeuten eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 34,5 Minuten ausgewiesen, für angestellte Physiotherapeuten von 31,68 Minuten. Da angestellte Physiotherapeuten voraussichtlich häufiger in grösseren Praxen tätig sind, ist dieses Ergebnis mit der Hypothese vereinbar, dass in grösseren Praxen kürzere Behandlungszeiten auftreten.

⁸ Vgl. LeDa-Studie, Tabellen 11 und 12 mit den Zeitaufwänden pro Tätigkeit nach Arbeitsverhältnis (Fremd- und Selbstbeobachtung), S. 55 und 56.

Der Arbeitsstatus ist jedoch kein geeigneter Ersatz für die Praxisgrösse. Unterschiede zwischen Selbständigen und Angestellten können auch durch andere Merkmale verursacht werden, etwa durch Patientenstruktur, Spezialisierung oder Berufserfahrung. Aus Tabelle 12 der LeDa-Studie lässt sich deshalb kein kausaler Zusammenhang zwischen Praxisgrösse und Behandlungsdauer ableiten.

Eine direkte Auswertung der vorhandenen Zeitdaten nach Praxisgrösse wäre für die Beurteilung von Abschnitt 3.3 deshalb von grossem Wert.

Sollte sich bei einer direkten Auswertung nach Praxisgrösse bestätigen, dass Physiotherapeuten in grösseren Praxen im Durchschnitt kürzere Behandlungszeiten aufweisen, wäre dies für die Repräsentativität der in der LeDa-Studie ausgewiesenen Durchschnittszeiten von erheblicher Bedeutung. Falls grössere Praxen in der Rahmenpopulation bzw. der daraus gezogenen Stichprobe gleichzeitig unterrepräsentiert oder zu kleinen Praxisgrössenklassen zugeordnet wurden, erhielten die kürzeren Behandlungszeiten dieser Praxen bei der Berechnung der gewichteten Mittelwerte ein zu geringes Gewicht. Die ausgewiesenen durchschnittlichen Behandlungszeiten würden dadurch zu hoch ausfallen. Derselbe Effekt kann entstehen, wenn die Gewichtung zwar die Verteilung der Praxen korrekt abbildet, nicht aber die unterschiedliche Zahl der Physiotherapeuten je Praxis berücksichtigt.

Beurteilung: Die vorhandenen Ergebnisse liefern einen Hinweis auf mögliche Unterschiede der Behandlungszeiten zwischen verschiedenen Praxisformen, belegen diese jedoch nicht. Eine direkte Auswertung nach Praxisgrösse wäre erforderlich. Sollte sich bestätigen, dass die Behandlungszeiten in grösseren Praxen systematisch kürzer sind, könnten eine Unterrepräsentierung bzw. Fehlklassifikation grosser Praxen und eine Gewichtung auf Praxisebene dazu führen, dass die in der LeDa-Studie ausgewiesenen durchschnittlichen Behandlungszeiten systematisch zu hoch ausfallen. Dies wäre insbesondere deshalb relevant, weil diese Durchschnittszeiten bei der Transcodierung und Normierung der neuen Tarifstruktur verwendet werden.

3.5 Statistische Auswertung

Die Studie beschreibt die Berechnung der gewichteten Mittelwerte. Weniger klar dokumentiert ist dagegen die Ermittlung der zugehörigen Standardfehler und damit der statistischen Unsicherheit.

Für den Vergleich von Mittel- und Anteilswerten zwischen Selbst- und Fremdbeobachtung beschreibt die Studie die Verwendung eines «Welch-Typ-artigen z-Tests».⁹ Darüber hinaus werden auch für andere Gruppenvergleiche, beispielsweise zwischen selbständig und angestellt tätigen Physiotherapeuten, Aussagen zur statistischen Signifikanz ausgewiesen. Aus der Methodendokumentation geht jedoch nicht eindeutig hervor, welches Testverfahren für diese Gruppenvergleiche verwendet wurde und wie dabei die Gewichtung der Beobachtungen berücksichtigt wurde.

Dies bedeutet nicht, dass die Signifikanztests fehlerhaft durchgeführt wurden. Ohne nähere Angaben zu Varianzschätzung, effektiven Stichprobengrössen und verwendeten Testverfahren können sie jedoch nicht unabhängig reproduziert werden.

⁹ Vgl. LeDa-Studie, Abschnitt 1.5.4, S. 17.

Ein Beispiel zeigt die eingeschränkte Nachvollziehbarkeit der ausgewiesenen Signifikanztests. Tabelle 12 in der LeDa-Studie weist für die Behandlungsdauer bei Selbständigen einen Mittelwert von 34,50 Minuten bei einem Standardfehler von 0,50 Minuten und bei Angestellten einen Mittelwert von 31,68 Minuten bei einem Standardfehler von 1,15 Minuten aus. Bei Stichprobengrößen von 305 bzw. 30 Beobachtungen (wie in Tabelle 3 der LeDa-Studie ausgewiesen) ergibt ein Welch-t-Test eine Mittelwertdifferenz von 2,82 Minuten mit einer Teststatistik von $t = 2,25$ und einem zweiseitigen p -Wert von rund 0,030.¹⁰ Der Unterschied wäre damit auf dem 5 %-Niveau statistisch signifikant, während er in der LeDa-Studie als nicht signifikant ausgewiesen wird.

Diese Nachrechnung setzt voraus, dass die in Tabelle 12 ausgewiesenen Standardfehler unmittelbar für einen Welch-Test verwendet werden können. Falls die Autoren bei der Varianzschätzung zusätzliche Aspekte des Stichprobendesigns oder der Gewichtung berücksichtigt haben, kann das Resultat abweichen. Das verwendete Verfahren ist im Bericht jedoch nicht ausreichend dokumentiert, um die Abweichung nachzuvollziehen.

Beurteilung: Die statistische Auswertung ist hinsichtlich der Mittelwertbildung grundsätzlich dokumentiert, hinsichtlich der Unsicherheits- und Signifikanzberechnung jedoch nicht vollständig nachvollziehbar. Die hierfür notwendigen Informationen könnten von den Autoren nachgeliefert werden.

3.6 Datenaufbereitung und Datenqualität

Bei Primärdatenerhebungen sind Plausibilitätsprüfungen und eine dokumentierte Datenbereinigung wesentlich, da fehlerhafte oder ungewöhnliche Angaben einen Einfluss auf die Ergebnisse haben können.

Die LeDa-Studie enthält nach der vorliegenden Prüfung nur wenige Angaben dazu,

- welche Plausibilitätsprüfungen vorgenommen wurden,
- ob Beobachtungen bereinigt oder ausgeschlossen wurden,
- wie mit Ausreißern umgegangen wurde und
- wie fehlende Werte behandelt wurden.

Aus der fehlenden Dokumentation kann nicht geschlossen werden, dass keine entsprechenden Prüfungen stattgefunden haben. Es ist lediglich nicht möglich, anhand des Berichts zu beurteilen, welche Regeln angewendet wurden und welchen Einfluss diese auf die Ergebnisse hatten.

Beurteilung: Hier besteht in erster Linie ein Transparenzproblem. Eine abschliessende Bewertung der Datenqualität wäre anhand zusätzlicher Angaben der Autoren möglich.

3.7 Zwischenfazit zur LeDa-Studie

Die LeDa-Studie stellt eine umfangreiche empirische Grundlage für die neue Tarifstruktur bereit. Das Studiendesign mit geschichteter Stichprobe, mehreren Erhebungsformen und nachträglicher Gewichtung ist grundsätzlich geeignet, die Zeitverwendung in der ambulanten Physiotherapie zu untersuchen.

¹⁰ Die Berechnungsdetails sind im Anhang aufgeführt.

Für die Verwendung der Ergebnisse als Grundlage einer nationalen Tarifstruktur bestehen jedoch mehrere offene methodische Fragen. Am wichtigsten erscheint die Frage, ob die gewichteten Zeitdauern tatsächlich einen repräsentativen Durchschnitt über die Physiotherapeuten bzw. die erbrachten Leistungen darstellen oder primär einen Durchschnitt über Praxen. Diese Frage gewinnt an Bedeutung, falls sich die Zeitdauern zwischen kleinen und grossen Praxen systematisch unterscheiden.

Die in der Studie ausgewiesenen Unterschiede zwischen selbständig und angestellt tätigen Physiotherapeuten sind mit der Hypothese vereinbar, dass in grösseren Praxen kürzere Behandlungszeiten auftreten. Sollte sich dies bei einer direkten Auswertung nach Praxisgrösse bestätigen und sollten grosse Praxen gleichzeitig in der Rahmenpopulation bzw. Stichprobe unterrepräsentiert oder zu kleinen Praxisgrössenklassen zugeordnet worden sein, würden ihre kürzeren Behandlungszeiten bei der Berechnung der Durchschnittswerte zu wenig Gewicht erhalten. Die in der LeDa-Studie ausgewiesenen durchschnittlichen Behandlungszeiten könnten dadurch systematisch zu hoch ausfallen. Ein ähnlicher Effekt könnte entstehen, wenn die Gewichtung zwar die Verteilung der Praxen, nicht aber die unterschiedliche Zahl der Physiotherapeuten je Praxis berücksichtigt.

Daneben bestehen Unsicherheiten hinsichtlich der Zuordnung der Praxen zu Grössen Kategorien sowie Einschränkungen bei der Nachvollziehbarkeit der statistischen Auswertung und der Datenaufbereitung.

Insgesamt lassen sich anhand der verfügbaren Unterlagen keine eindeutigen Fehler der LeDa-Studie nachweisen. Es bestehen jedoch mehrere miteinander verknüpfte Hinweise, die für die Tarifberechnung potenziell relevant sind. Besonders wichtig wären:

- ein Abgleich der in der Rahmenpopulation verwendeten Praxisgrösse mit der im Fragebogen erhobenen tatsächlichen Beschäftigtenzahl
- eine direkte Auswertung der Zeitdauern nach Praxisgrösse
- eine genaue Dokumentation der Gewichtung und der Zielpopulation der ausgewiesenen Mittelwerte
- ergänzende Angaben zur Berechnung der Standardfehler und Signifikanztests sowie zur Datenbereinigung

Insbesondere die ersten beiden Punkte sind für die weitere Beurteilung der Tarifstruktur relevant. Sollte sich bestätigen, dass grosse Praxen systematisch kürzere Behandlungszeiten aufweisen und in der LeDa-Studie zu wenig berücksichtigt wurden, wären die für die Transcodierung verwendeten durchschnittlichen Behandlungszeiten potenziell nach oben verzerrt. Die tariflichen Folgen eines solchen Effekts werden in Kapitel 4 untersucht.

4 Mögliche Auswirkungen bei der Transcodierung und Normierung

Wie in Kapitel 2 dargestellt, unterscheidet sich die neue Tarifstruktur grundlegend vom heutigen Tarif. Während die Einzelbehandlungen heute weitgehend pauschal vergütet werden, erfolgt die Vergütung künftig überwiegend anhand zeitabhängiger Tarifpositionen. Um die geforderte Kostenneutralität zwischen dem alten und dem neuen Tarif zu gewähren, musste das bisherige Leistungsvolumen deshalb zunächst auf die neue Tarifstruktur übertragen und anschließend normiert werden.

Die Ergebnisse der LeDa-Studie spielen dabei eine zentrale Rolle. Insbesondere werden die dort ermittelten durchschnittlichen Behandlungszeiten benötigt, um aus der Anzahl bisher abgerechneter Pauschalen eine erwartete Anzahl zeitabhängiger Tarifpositionen abzuleiten. Mögliche Verzerrungen dieser Zeitdauern können sich deshalb auf die Normierung und damit auf die endgültige Höhe der Taxpunkte auswirken.

4.1 Transcodierung des bisherigen Leistungsvolumens

Ziel der Transcodierung ist es, das unter der bisherigen Tarifstruktur beobachtete Leistungsvolumen auf die Tarifpositionen der neuen Struktur zu übertragen. Bei Leistungen, die sowohl im alten als auch im neuen Tarif als vergleichbare Einzelleistungen abgebildet werden, ist diese Zuordnung grundsätzlich direkt möglich.

Anders verhält es sich bei den bisherigen Pauschalen für die allgemeine und die aufwändige Physiotherapie. Da diesen Pauschalen keine feste Behandlungsdauer zugrunde liegt, muss für die Übertragung auf den neuen Zeittarif geschätzt werden, wie viele zeitabhängige Tarifpositionen unter der neuen Tarifstruktur für dieselben Behandlungen abgerechnet würden.

Hierfür werden die durchschnittlichen Behandlungszeiten aus der LeDa-Studie verwendet. Beträgt die für eine bestimmte Behandlung angenommene durchschnittliche Dauer beispielsweise 30 Minuten und wird die entsprechende Leistung im neuen Tarif in Fünf-Minuten-Einheiten abgerechnet, werden einer bisherigen Behandlung rechnerisch sechs Zeiteinheiten zugeordnet.

Vereinfacht gilt damit:

$$N_{\text{neu}} = N_{\text{alt}} \times \frac{\bar{t}_{\text{LeDa}}}{5},$$

wobei N_{alt} die Anzahl bisheriger Behandlungen, $\bar{t}_{\text{LeDa}}$ die für die Transcodierung verwendete durchschnittliche Behandlungsdauer und N_{neu} die daraus abgeleitete Anzahl zeitabhängiger Tarifpositionen bezeichnet.

Die in der LeDa-Studie ermittelten Zeitdauern beeinflussen somit unmittelbar die bei der Transcodierung berechnete Menge der neuen Tarifpositionen.

4.2 Normierung auf das bisherige Taxpunktvolumen

Die mit dem Kostenmodell zunächst bestimmten Taxpunkte der neuen Tarifpositionen werden anschließend normiert. Ziel ist die statische Kostenneutralität beim Wechsel der Tarifstruktur. Für ein unverändertes Leistungsvolumen soll die neue Tarifstruktur insgesamt dieselbe Taxpunktmenge ergeben wie die bisherige.

Der Normierungsfaktor (NF) lässt sich vereinfacht darstellen als

$$NF = \frac{TP_{\text{alt}}}{TP_{\text{neu, vor Normierung}}},$$

wobei TP_{alt} die Taxpunktmenge nach bisheriger Tarifstruktur und $TP_{\text{neu, vor Normierung}}$ die anhand der Transcodierung berechnete Taxpunktmenge der neuen Struktur bezeichnet.

Die zunächst berechneten Taxpunkte der neuen Tarifpositionen werden anschliessend mit diesem Faktor multipliziert:

$$TP_{\text{neu, normiert}} = TP_{\text{neu, ursprünglich}} \times NF.$$

Der gleiche Normierungsfaktor wird somit auf die Taxpunkte der von der Normierung erfassten Tarifpositionen angewendet. Die Normierung verändert deren absolute Höhe, nicht aber deren durch das Kostenmodell bestimmte relative Bewertung untereinander.

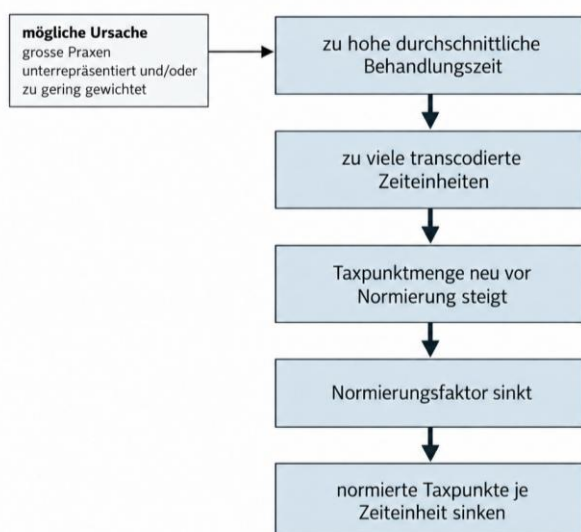
4.3 Bedeutung möglicher Verzerrungen der LeDa-Zeitdauern

Wie in Kapitel 3 gezeigt, bestehen Hinweise darauf, dass grössere Praxen in der Rahmenpopulation bzw. bei der Gewichtung möglicherweise zu wenig berücksichtigt wurden. Gleichzeitig deuten die Auswertungen nach Arbeitsverhältnis darauf hin, dass die Behandlungszeiten in grösseren Praxen niedriger sein könnten. Sollten sich beide Vermutungen bestätigen, würden die kürzeren Behandlungszeiten grösserer Praxen bei der Berechnung der Durchschnittswerte zu wenig Gewicht erhalten und die in der LeDa-Studie ausgewiesenen durchschnittlichen Behandlungszeiten zu hoch ausfallen.

Ein vergleichbarer Effekt könnte auch dann entstehen, wenn die Praxisgrössen in der Rahmenpopulation korrekt erfasst wurden, die Gewichtung jedoch einen repräsentativen Durchschnitt über Praxen statt über Physiotherapeuten erzeugt. Da grosse Praxen mehr Physiotherapeuten beschäftigen, würden deren Zeitdauern bei einem Durchschnitt über Praxen relativ zu wenig Gewicht erhalten.

Vereinfacht ergibt sich die in Abbildung 2 dargestellte Wirkungskette.

Abbildung 2 Mögliche Wirkungskette bei zu hohen LeDa-Zeitdauern



Darstellung des tariflichen Mechanismus; ob die Voraussetzung tatsächlich erfüllt ist, bleibt empirisch offen.

Quelle: Eigene Darstellung

Die Normierung korrigiert eine solche Verzerrung nicht. Sie stellt lediglich sicher, dass die gesamte Taxpunktmenge unter den bei der Transcodierung getroffenen Annahmen derjenigen des bisherigen Tarifs entspricht. Werden dabei zu viele Zeiteinheiten angenommen, wird das vorgegebene Taxpunktvolumen auf eine entsprechend grössere Zahl von Zeiteinheiten verteilt. Aufgrund der Verzerrung resultieren für die Leistungen zu wenig normierte Taxpunkte als aufgrund des tatsächlichen Leistungsaufwands eigentlich nötig wären.

4.4 Beurteilung

Der beschriebene Wirkungsmechanismus ergibt sich unmittelbar aus dem Vorgehen bei der Transcodierung und Normierung. Ob er für die neue Tarifstruktur tatsächlich zu einer relevanten Verzerrung führt, hängt jedoch davon ab, ob die in der LeDa-Studie ermittelten Behandlungszeiten systematisch von den für die Zielpopulation relevanten durchschnittlichen Zeitdauern abweichen.

Wie Kapitel 3 zeigt, kann eine solche Verzerrung mit den verfügbaren Unterlagen nicht nachgewiesen werden. Es bestehen jedoch mehrere Hinweise, die eine vertiefte Prüfung rechtfertigen. Besonders relevant wäre eine mögliche Unterrepräsentierung grösserer Praxen, falls diese systematisch kürzere Behandlungszeiten aufweisen. In diesem Fall könnten die für die Transcodierung verwendeten durchschnittlichen Zeiten zu hoch ausfallen.

Die quantitative Bedeutung eines solchen Effekts lässt sich mit den vorliegenden Unterlagen nicht bestimmen. Sie hängt insbesondere davon ab, wie stark die durchschnittlichen Zeitdauern tatsächlich verzerrt wären und welcher Anteil des transcodierten Taxpunktvolumens von den betreffenden Leistungen stammt.

Zusätzlich wirken Ergebnisse der LeDa-Studie über die im Kostenmodell verwendete Produktivität auf die ursprüngliche Berechnung der Taxpunkte. Dieser Zusammenhang wird im vorliegenden Gutachten nicht weiter beurteilt, da eine Prüfung des Kostenmodells nicht Gegenstand des Auftrags ist.

4.5 Zwischenfazit

Die Transcodierung und Normierung führt dazu, dass die Ergebnisse der LeDa-Studie nicht nur für die Beschreibung der bisherigen Behandlungsdauer relevant sind, sondern unmittelbar in die endgültige Tarifstruktur eingehen. Die durchschnittlichen Behandlungszeiten bestimmen mit, wie viele zeitabhängige Tarifpositionen dem bisherigen Leistungsvolumen zugeordnet werden und beeinflussen dadurch den Normierungsfaktor.

Falls die LeDa-Studie die durchschnittliche Behandlungsdauer systematisch überschätzt, würde das bisherige Taxpunktvolumen bei der Normierung auf eine zu grosse Zahl angenommener Zeiteinheiten verteilt. Die normierten Taxpunkte je Zeiteinheit würden dadurch niedriger ausfallen. Dieser Mechanismus ist anhand der Tarifkonstruktion nachvollziehbar. Nicht geklärt ist dagegen, ob die Voraussetzung einer systematischen Überschätzung der Behandlungszeiten tatsächlich erfüllt ist und wie gross ein möglicher Effekt wäre.

5 Ökonomische Anreize der Tarifstruktur

Mit dem Wechsel von einer weitgehend pauschalen Vergütung zu einem Einzelleistungstarif mit Zeitkomponente verändern sich die wirtschaftlichen Anreize für die Leistungserbringer. Unter dem bisherigen Tarif hängt die Vergütung einer Einzelbehandlung innerhalb der jeweiligen Pauschale grundsätzlich nicht von deren Dauer ab. Im neuen Tarif steigt die Vergütung dagegen mit der Zahl der abgerechneten Zeiteinheiten, wobei tarifliche Limitationen die maximale abrechenbare Dauer begrenzen.

Aus gesundheitsökonomischer Sicht ist dabei zwischen dem Anreiz des Tarifs und der tatsächlich eintretenden Verhaltensänderung zu unterscheiden. Aus der Tarifstruktur lässt sich ableiten, in welche Richtung sich die wirtschaftlichen Anreize verändern. Ob und in welchem Umfang sich die Behandlungsdauer, die Zahl der Sitzungen oder die Zahl der behandelten Patienten tatsächlich verändern, kann dagegen erst anhand empirischer Daten nach Einführung des Tarifs festgestellt werden.

5.1 Veränderung des Anreizes hinsichtlich der Behandlungsdauer

Der grundlegende Unterschied zwischen beiden Vergütungssystemen lässt sich anhand des Grenzertrags einer zusätzlichen Behandlungsminute zeigen. Unter einer Behandlungspauschale führt eine zusätzliche Minute innerhalb derselben Behandlung nicht zu einer höheren Vergütung. Der wirtschaftliche Anreiz besteht daher grundsätzlich darin, eine Behandlung mit möglichst geringem Ressourceneinsatz sachgerecht zu erbringen. Eine kürzere Behandlungsdauer ermöglicht bei gegebener Arbeitszeit zudem die Behandlung weiterer Patienten.

Im neuen Tarif erhöht eine zusätzliche abrechenbare Zeiteinheit dagegen die Vergütung. Vereinfacht gilt für den Ertrag im Zeittarif (E_{Zeit}):

$$E_{\text{Zeit}} = p_t \times t,$$

wobei p_t die Vergütung je Zeiteinheit und t die abrechenbare Behandlungszeit bezeichnet. Solange die tarifliche Limitation nicht erreicht ist, besitzt zusätzliche Behandlungszeit damit einen positiven Grenzertrag.

Der neue Tarif setzt folglich einen stärkeren wirtschaftlichen Anreiz zu längeren Behandlungen als der bisherige Pauschaltarif. Dies bedeutet nicht, dass unnötige Behandlungen zu erwarten sind. Die Leistungen müssen weiterhin die WZW-Kriterien erfüllen und die tariflichen Limitationen einhalten. Der Tarif beseitigt jedoch den bisherigen finanziellen Vorteil einer kürzeren Behandlung und vergütet zusätzlichen zeitlichen Ressourceneinsatz unmittelbar.

5.2 Auswirkungen auf die Zahl behandelter Patienten

Eine längere durchschnittliche Behandlungsdauer hat bei gegebener Arbeitszeit Folgen für die Behandlungskapazität. Stehen beispielsweise pro Arbeitstag T Minuten für die Leistungserbringung zur Verfügung und beträgt die durchschnittliche Zeit pro Sitzung t , lässt sich die Zahl der möglichen Sitzungen (N) vereinfacht darstellen als

$$N = \frac{T}{t}.$$

Steigt t , sinkt bei unverändertem T zwangsläufig die Zahl der möglichen Sitzungen. Bei unveränderter Zahl und Arbeitszeit der Physiotherapeuten können längere Sitzungen daher nur durch weniger Sitzungen oder durch eine Verringerung anderer Tätigkeiten aufgefangen werden.

Die Auswirkungen auf die Zahl unterschiedlicher Patienten hängen zusätzlich davon ab, wie viele Sitzungen je Patient durchgeführt werden. Bleibt auch diese Zahl unverändert, führt eine längere durchschnittliche Sitzungsdauer zu einer geringeren Zahl behandelbarer Patienten.

5.3 Bedeutung für effiziente Praxen

Dieser Effekt ist insbesondere im Zusammenhang mit den in Kapitel 3 und 4 diskutierten möglichen Unterschieden nach Praxisgrösse relevant. Falls grössere oder organisatorisch effizientere Praxen bislang kürzere Behandlungszeiten und einen höheren Patientendurchsatz aufweisen, wird diese Form der Effizienz durch einen Zeittarif weniger stark belohnt als durch eine Behandlungspauschale.

Unter der bisherigen Pauschale erhöht eine zusätzliche Behandlung grundsätzlich den Ertrag. Eine Praxis, die eine sachgerechte Behandlung in kürzerer Zeit erbringen kann, kann die dadurch frei werdende Zeit für weitere Patienten nutzen und zusätzliche Pauschalen abrechnen.

Im Zeittarif führt dieselbe kürzere Behandlung dagegen zunächst zu weniger abrechenbaren Zeiteinheiten je Patient. Ein höherer Patientendurchsatz erhöht den Umsatz pro Arbeitsstunde nur, soweit dadurch insgesamt mehr abrechenbare Zeit entsteht.

Falls wie in Kapitel 4 als Möglichkeit diskutiert die normierten Taxpunkte je Zeiteinheit aufgrund zu hoher LeDa-Zeitdauern zusätzlich zu niedrig ausfallen, könnte dieser Effekt für Praxen mit kurzen Behandlungszeiten besonders relevant sein. Ein solches Ergebnis ist allerdings nur bedingt nachgewiesen: Die mögliche Verzerrung der LeDa-Zeiten ist bislang nicht empirisch bestätigt.

5.4 Versorgungskapazität und Wartezeiten

Der mögliche Rückgang des Patientendurchsatzes ist nicht nur für die einzelnen Leistungserbringer, sondern auch für die Versorgung relevant. Das Angebot an physiotherapeutischer Arbeitszeit kann insbesondere kurzfristig als weitgehend gegeben betrachtet werden. Werden je Sitzung durchschnittlich mehr Minuten eingesetzt, sinkt bei unverändertem Personal die Zahl der Sitzungen, die insgesamt erbracht werden können.

Bei unveränderter Nachfrage kann dies zu

- einer geringeren Zahl behandelter Patienten,
- längeren Wartezeiten oder
- zusätzlichem Personalbedarf

führen.

Die Kostenneutralität bei Einführung des Tarifs stellt deshalb nicht sicher, dass auch die Versorgungskapazität unverändert bleibt. Die Normierung bezieht sich auf die Taxpunktmenge bei einem angenommenen Leistungsvolumen. Verändert die neue Tarifstruktur dagegen die durchschnittliche Dauer oder die Zahl der erbrachten Sitzungen, handelt es sich um eine Verhaltensreaktion nach Einführung des Tarifs.

5.5 Auswirkungen auf die Kosten

Aus der statischen Kostenneutralität kann entsprechend nicht geschlossen werden, dass die neue Tarifstruktur langfristig keine Auswirkungen auf die OKP-Kosten hat.

Die Richtung des Gesamteffekts ist allerdings nicht eindeutig. Längere Sitzungen erhöhen die Vergütung je Sitzung. Gleichzeitig kann die Zahl der Sitzungen aufgrund der begrenzten Arbeitszeit sinken. Zudem ist möglich, dass längere Sitzungen die notwendige Zahl der Sitzungen je Patient reduzieren.

Die Kostenwirkung hängt somit davon ab, wie sich mindestens drei Grössen verändern:

$$\text{Gesamtkosten} \approx \text{Patientenzahl} \times \text{Sitzungen je Patient} \times \text{Vergütung je Sitzung.}$$

Mit den vorhandenen Unterlagen lässt sich nicht bestimmen, welcher dieser Effekte überwiegt. Eine belastbare Beurteilung wäre erst anhand von Abrechnungsdaten nach Einführung des neuen Tarifs möglich.

Die dynamische Kostenneutralität begrenzt während der dreijährigen Kostenneutralitätsphase einen durch die Tarifumstellung verursachten Anstieg der Ausgaben. Werden sowohl die bereinigte Bruttoversicherungsleistung je OKP-versicherte Person als auch die Bruttoversicherungsleistung je Patient über die festgelegten Korridore hinaus erhöht, sieht das Kostenneutralitätskonzept eine nachträgliche Korrektur der Taxpunkte vor. Die Kostenneutralität verhindert jedoch nicht die durch den Zeittarif gesetzten Anreize zu einer Veränderung der Behandlungsdauer. Insbesondere kann eine längere durchschnittliche Behandlung bei gleichzeitig sinkender Zahl behandelter Patienten die Kosten je Patient erhöhen, ohne dass die Bruttoversicherungsleistung je versicherte Person entsprechend zunimmt. In diesem Fall würde der Korrekturmechanismus nicht zwingend ausgelöst. Mögliche Auswirkungen auf Patientendurchsatz, Versorgungskapazität und Wartezeiten werden durch die dynamische Kostenneutralität daher nicht verhindert.

5.6 Mögliche Konzentration an tariflichen Zeitgrenzen

Ein zusätzlicher Anreiz kann durch die Abrechnung in diskreten Zeiteinheiten und die tariflichen Limitationen entstehen. Wird eine weitere Zeiteinheit erst ab einer bestimmten Behandlungsdauer abrechenbar, verändert sich der Grenzertrag an diesen Schwellen sprunghaft. Dies kann grundsätzlich dazu führen, dass sich abgerechnete Behandlungsdauern an solchen Schwellen häufen.

Ebenso kann die maximale Limitation für eine Leistung zu einer Konzentration der Behandlungsdauer an der zulässigen Obergrenze führen. Ob solche Effekte tatsächlich auftreten, lässt sich ex ante nicht beurteilen. Sie könnten nach Einführung des Tarifs anhand der Verteilung der abgerechneten Zeiteinheiten untersucht werden.

5.7 Zwischenfazit

Der Wechsel von der Pauschale zum Zeittarif verändert die ökonomischen Anreize der ambulanten Physiotherapie deutlich. Während unter dem bisherigen Tarif eine kürzere Behandlung den Patientendurchsatz erhöhen und damit zusätzliche Pauschalvergütungen ermöglichen kann, wird im neuen Tarif zusätzliche Behandlungszeit unmittelbar vergütet. Der finanzielle Vorteil kurzer Behandlungen und eines hohen Patientendurchsatzes wird dadurch abgeschwächt.

Es ist deshalb ökonomisch plausibel, dass die durchschnittliche Behandlungsdauer steigt. Bei gegebener Arbeitszeit würde dies die Zahl der möglichen Sitzungen und – bei unverändertem Behandlungsbedarf je Patient – auch die Zahl der behandelbaren Patienten reduzieren.

Diese Aussagen beschreiben die Richtung der durch die Tarifstruktur gesetzten Anreize. Sie belegen nicht, dass die Leistungserbringer ihr Verhalten tatsächlich in diesem Umfang verändern

werden. Ebenso ist die Wirkung auf die Gesamtkosten nicht eindeutig, da längere Sitzungen durch weniger Sitzungen oder Patienten kompensiert werden können. Die tatsächlichen Auswirkungen auf Behandlungsdauer, Patientendurchsatz, Wartezeiten und Kosten sollten deshalb nach Einführung der neuen Tarifstruktur empirisch überprüft werden.

6 Gesamtbeurteilung

Die Prüfung ergibt keinen Nachweis, dass die neue Tarifstruktur auf fehlerhaften empirischen Grundlagen beruht. Gleichzeitig bestehen mehrere miteinander verbundene offene Fragen zur Repräsentativität der in der LeDa-Studie ermittelten Behandlungszeiten. Insbesondere ist nicht ausreichend geklärt, ob grosse Praxen in der Rahmenpopulation und Gewichtung angemessen berücksichtigt wurden und ob sich deren Behandlungszeiten systematisch von kleinen Praxen unterscheiden.

Sollte sich bestätigen, dass grosse Praxen kürzere Behandlungszeiten aufweisen und gleichzeitig zu wenig Gewicht erhalten haben, wären die in der LeDa-Studie ausgewiesenen durchschnittlichen Behandlungszeiten zu hoch. Über die Transcodierung und Normierung würde dies zu einer niedrigeren Bewertung der zeitabhängigen Tarifpositionen führen. Die Richtung dieses tariflichen Effekts ist nachvollziehbar; ob seine empirischen Voraussetzungen erfüllt sind und welche Grössenordnung er erreicht, bleibt offen.

Unabhängig davon verändert der Wechsel vom Pauschal- zum Zeittarif die wirtschaftlichen Anreize. Der neue Tarif reduziert den finanziellen Vorteil kurzer Behandlungen und vergütet zusätzlichen zeitlichen Ressourceneinsatz. Längere durchschnittliche Behandlungen und damit ein geringerer Patientendurchsatz sind deshalb ökonomisch plausible Folgen. Die dynamische Kostenneutralität begrenzt mögliche Auswirkungen auf die Kosten, verhindert jedoch nicht zwingend Veränderungen bei Behandlungskapazität und Zugang zur Versorgung.

Insgesamt besteht damit weniger ein Nachweis eines konkreten Fehlers als vielmehr ein begründeter Bedarf zur Klärung einiger zentraler Annahmen der Tariffberechnung. Ein erheblicher Teil dieser Unsicherheit könnte mit wenigen zusätzlichen Auswertungen der bereits vorhandenen LeDa-Daten reduziert werden.

Anhang

Berechnung Welch-Test für Behandlungsdauer nach Arbeitsverhältnis in der Selbstbeobachtung

Die Berechnung des in Abschnitt 3.5 ausgeführt Welch t-Test für die Mittelwerte der Behandlungszeit nach Arbeitsverhältnis (in der LeDa-Studie in Tabelle 12 ausgewiesen) ist wie folgt:

Für Selbständige gilt:

$$\bar{x}_1 = 34,50, SE_1 = 0,50, n_1 = 305,$$

wobei $\bar{x}$ für den Mittelwert, SE für den Standardfehler und n für die Stichprobengrösse stehen.

Für Angestellte gilt:

$$\bar{x}_2 = 31,68, SE_2 = 1,15, n_2 = 30.$$

Die Mittelwertdifferenz beträgt damit

$$\Delta = \bar{x}_1 - \bar{x}_2 = 34,50 - 31,68 = 2,82 \text{ Minuten.}$$

Beim Welch-Test ergibt sich der Standardfehler der Differenz aus

$$SE_{\Delta} = \sqrt{SE_1^2 + SE_2^2} = \sqrt{0,50^2 + 1,15^2} = 1,254.$$

Daraus folgt die Teststatistik

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{SE_{\Delta}} = \frac{2,82}{1,254} = 2,25.$$

Die Freiheitsgrade werden mit der Welch-Satterthwaite-Formel bestimmt:

$$\nu = \frac{(SE_1^2 + SE_2^2)^2}{\frac{SE_1^4}{n_1 - 1} + \frac{SE_2^4}{n_2 - 1}} \approx 40,9.$$

Damit ergibt sich für einen zweiseitigen Test

$$p \approx 0,030.$$

Das 95 %-Konfidenzintervall für die Mittelwertdifferenz beträgt ungefähr

$$[0,29; 5,35] \text{ Minuten.}$$

Ergebnis: Unter diesen Annahmen ist die durchschnittliche Behandlungsdauer der Selbständigen mit 34,5 Minuten statistisch signifikant höher als jene der Angestellten mit 31,68 Minuten ($t = 2,25, df \approx 40,9, p = 0,030$).

Polynomics AG
Baslerstrasse 44
CH-4600 Olten

www.polynomics.ch
polynomics@polynomics.ch

Telefon +41 62 205 15 70