



**OAAAT**  
**OTMA**

Organisation  
ambulante Arzttarife

Organisation  
tarifs médicaux ambulatoires

# Dokumentation zur Erhebung der Versichererdaten 2026 (Daten 2025)

Status: publiziert am 31.03.2026

# Änderungsprotokoll



Dokumentation	Publikation	Änderungsart	Beschreibung
2026	31.03.2026	Aktualisierung	Verweis PCG-Liste des BAG's (vgl. Folie <i>Datei Versicherte: Inhalt</i> )
		Differenzierung	Unterschiedlicher Umfang Datenlieferungen für Krankenversicherer, die bereits Daten 2018-2024 geliefert haben und erstmals liefernde Krankenversicherer (vgl. Folien <i>Einleitung</i> und <i>Umfang der Datenlieferung</i> .)
		-	Initiale Publikation 2026
2025	19.09.2025	Konkretisierung	<ul style="list-style-type: none"><li>• Versicherte ohne Leistungsbezug (vgl. Folie <i>Umfang der Datenlieferung</i>).</li><li>• Generelle Konkretisierung zum Umfang (vgl. Folien <i>Umfang der Datenlieferung</i> ).</li><li>• Konkretisierung bei unterjährigen Änderungen <i>jfr, franchise und kanton</i> (vgl. Folie <i>Datei Versicherte: Inhalt</i>).</li><li>• Ausprägung <i>NA</i> hinzugefügt <i>ra_hosp, ra_medi, pcgABH, ...,pcgZNS</i> (vgl. Folie <i>Datei Versicherte: Inhalt</i>).</li></ul>
	04.09.2025	-	Initiale Publikation 2025

- santésuisse und H+ haben BSS Volkswirtschaftliche Beratung im Jahr 2023 beauftragt, ein Konzept für das Monitoring des ambulant ärztlichen Bereichs zu entwickeln und zu pilotieren. Für das Pilot-Monitoring haben drei Krankenversicherer detaillierte Abrechnungsdaten für den Zeitraum 2018 bis 2022 zu jährlich rund 1.7 Mio. OKP-Versicherten zur Verfügung gestellt. Auf Basis dieses Datensatzes hat BSS zudem im Auftrag der OAA T AG die Normierung des Gesamt-Tarifsystem berechnet.
- Während Anhang D des Tarifstrukturvertrages die Grundlage für die Datenlieferung der Krankenversicherer im Zusammenhang mit dem vertraglichen Monitoring regelt, bildet Art. 47a Abs. 5 KVG die gesetzliche Grundlage für die Datenlieferungen im Zusammenhang mit der Pflege und Weiterentwicklung der Tarifstrukturen. Leistungserbringer und Versicherer sind verpflichtet, die Daten, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen notwendig sind, der OAA T AG kostenlos bekannt zu geben
- **Mit der diesjährigen Erhebung der Versichererdaten durch die OAA T werden die Daten 2025 erhoben. Versicherer, die der OAA T erstmals Daten liefern, stellen die Daten 2018 bis 2025 zur Verfügung.** Der Umfang der Datenerhebung wird in diesen Folien erläutert und illustriert.
- Der Inhalt der Datenerhebung durch die OAA T AG basiert auf der Erhebung durch BSS. Das Set an Variablen erlaubt es der OAA T sowohl die Anforderungen, die sich aus der Systementwicklung als auch aus dem Monitoring und der Begleitvereinbarung ergeben, mit einer Erhebung abzudecken.
- Vorliegendes Dokument enthält eine Beschreibung der erhobenen Variablen, formalen Aspekte sowie Mindestanforderungen, damit die Krankenversicherer die Daten der OAA T AG in einem einheitlichen Format zur Verfügung stellen können. Der Krankenversicherer erhält nach der Lieferung der Daten eine Rückmeldung zu den Mindestanforderungen. Datensätze, welche die Mindestanforderungen nicht einhalten, kann die OAA T AG nicht entgegennehmen.

# Umfang der Datenlieferung



## Umfang

Die Daten werden mit 3 Dateien erhoben: Versicherte, Faktura und Services (vgl. Folie *Allgemein: Inhalt und Format*).

## Umfang Versicherte

Versicherungsmerkmale aller OKP-versicherten Personen mit Wohnsitz in der Schweiz. Auch Versicherte ohne Leistungsbezug haben eine Zeile in dieser Datei.

## Umfang Faktura / Services

Für alle OKP-versicherten Personen mit Wohnsitz in der Schweiz: **Alle Leistungspositionen aller Leistungsabrechnungen mit mind. einer zwischen dem 01.01.2025 und 31.12.2025 (respektive 01.01.2018 und 31.12.2025 für erstmals liefernde Krankenversicherer) erbrachten Leistungsposition (Behandlungssicht)**. Versicherte ohne Leistungsbezug haben keine Zeilen in den beiden Dateien.

Hinweis: Es werden keine Einschränkungen auf die Partnerarten Ärzte und Spitäler oder die Behandlungsart ambulant vorgenommen. Dies hat mehrere Gründe: Zum einen werden auch veranlasste Leistungen (z.B. Labor und Pathologie) der ambulanten Behandlung zugeordnet. Zum anderen werden für die übrigen ambulanten und stationären Leistungen Vergleichsgrößen gebildet, um die Kostenentwicklung einordnen zu können.

## Abgrenzung

Die Abgrenzung verschiedener Datenlieferungen erfolgt anhand dem Kriterium Behandlungsbeginn (Variable *beh\_von* der Datei *Faktura*). Im Jahr 2026 werden alle Leistungen mit Behandlungsdatum 2025 (**respektive 2018 bis 2025 für erstmals liefernde Krankenversicherer**) erhoben.

## Storno

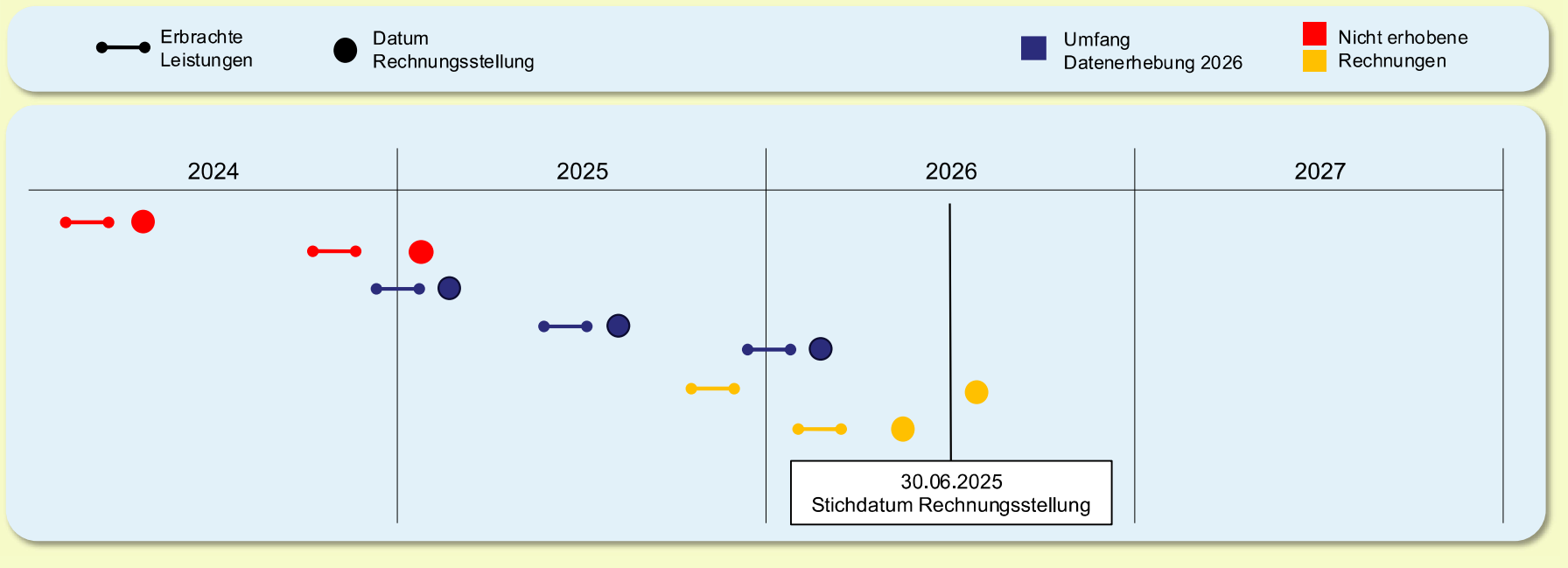
Wird eine Leistung storniert, wird nur die korrekte Rechnung geliefert.

# Umfang der Datenlieferung

Für Krankenversicherungen, welche die Daten 2018-2024 bereits geliefert haben



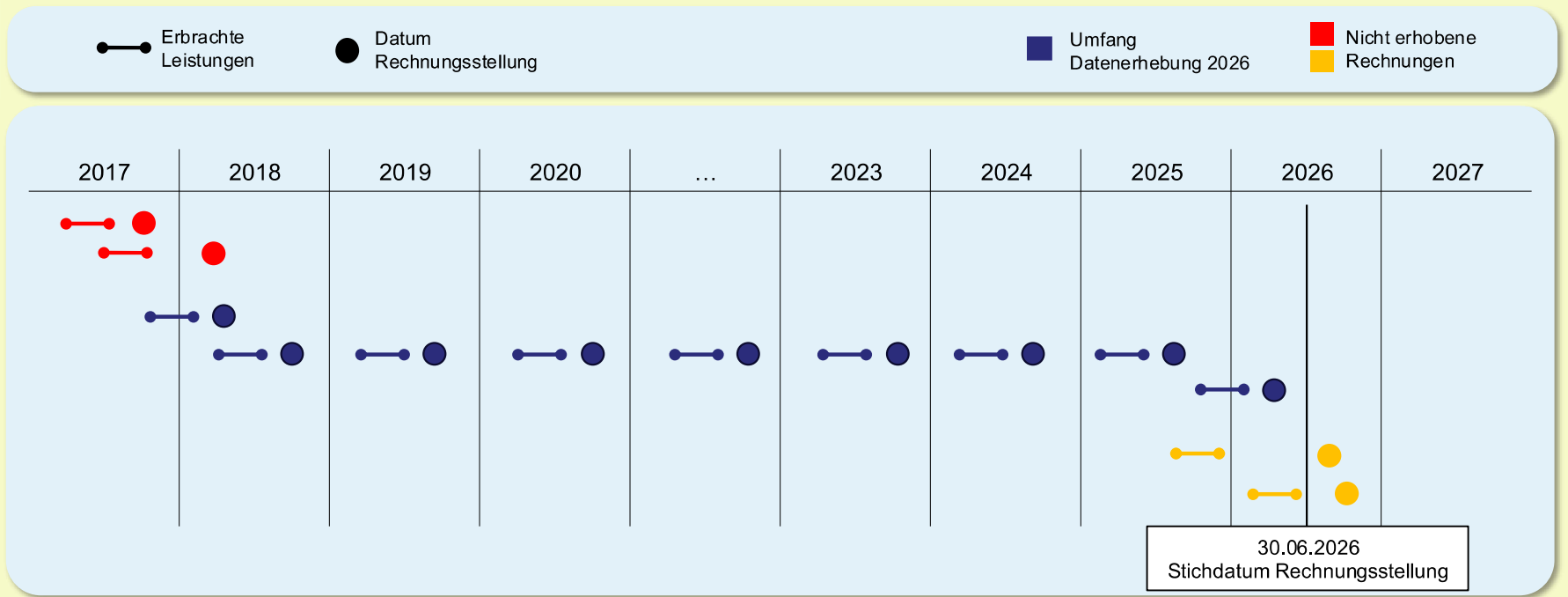
Für alle OKP-versicherten Personen mit Wohnsitz in der Schweiz: Alle Leistungspositionen aller Leistungsabrechnungen mit mind. einer zwischen dem 01.01.2025 und dem 31.12.2025 erbrachten Leistungsposition (Behandlungssicht). Leistungsabrechnungen (und ihre Leistungspositionen), die nach dem Stichtatum (30.06.2026) in Rechnung gestellt wurden, werden nicht erhoben (orange). Leistungsabrechnungen (und ihre Leistungspositionen), welche ausschliesslich vor dem 01.01.2025 erbrachte Leistungspositionen enthalten, werden nicht erhoben (rot).



# Umfang der Datenlieferung

## Für erstmals liefernde Krankenversicherungen

Für alle OKP-versicherten Personen mit Wohnsitz in der Schweiz: Alle Leistungspositionen aller Leistungsabrechnungen mit mind. einer zwischen dem 01.01.2018 und dem 31.12.2025 erbrachten Leistungsposition (Behandlungssicht). Leistungsabrechnungen (und ihre Leistungspositionen), die nach dem Stichtatum (30.06.2026) in Rechnung gestellt wurden, werden nicht erhoben (orange). Leistungsabrechnungen (und ihre Leistungspositionen), welche ausschliesslich vor dem 01.01.2018 erbrachte Leistungspositionen enthalten, werden nicht erhoben (rot).



# Allgemein: Inhalt und Format



Die Daten werden mit 3 Dateien erhoben. Diese lassen sich jeweils über «Schlüsselvariablen» verknüpfen.  
 Die Datei *Versicherte* enthält Informationen zu den Versicherungsnehmern (VN). Sie kann über die Schlüsselvariable 'versID' mit der Datei *Faktura* verknüpft werden.  
 Die Datei *Faktura* enthält aggregierte Informationen zu Rechnungen der VN. Sie kann über die Schlüsselvariable 'rechID' mit der Datei *Services* verknüpft werden.  
 Die Datei *Services* enthält detaillierte Informationen zu allen abgerechneten Rechnungspositionen der Versicherungsnehmer.

Versicherte		Faktura		Services	
[versID: Versichertennummer]	←	[versID: Versichertennummer]		[rechID: Rechnungsnummer]	
[jahr: Deckungsjahr]		[rechID: Rechnungsnummer]	←	[service_dt: Behandlungsdatum]	
[gebjahr: Geburtsjahr]		[zsr_verb: ZSR-Nummer Leistungserbringer]		[service_tar: Tariftyp gemäss FODA]	
[sex: Geschlecht]		[zsr_veranlasser: ZSR-Nummer Veranlasser]		[service_cd: Positionsziffer]	
[jfr: Jahresfranchise]		[partnerart: Partnerart]		[service_qty: Verrechnete Menge]	
[unfall: Unfalleinschluss]		[beh_von: Behandlungsbeginn]		[service_ptvalue: Taxpunktwert]	
[kanton: Wohnkanton]		[beh_bis: Behandlungsende]		[service_amount: Fakturabetrag OKP]	
[deckdauer: OKP-Deckungsdauer]		[beh_gru: Behandlungsgrund]		[service_seq: Sitzungsnummer]	
[ra_hosp: Spitalaufenthalt]		[abteilung: Austrittsabteilung]		[service_txt: Positionstext]	
[ra_medi: Hohe Medikamentenkosten]		[brutto: Bruttoleistung OKP]		[gln_resp: GLN des Verantwortlichen]	
[pcgABH: PCG ABH]				[gln_exe: GLN des Ausführenden]	
[...]					
[pcgZNS: PCG ZNS]					

Blau hinterlegte Variablen sind notwendig, um die Daten der Krankenversicherer im Rahmen der Systementwicklung verwenden zu können (Identifikation der ambulanten Behandlung, Simulation der Tarifizierung gemäss Gesamt-Tarifsystem, Berechnung der Normierungsfaktoren)

Gelb hinterlegte Variablen sind zusätzlich zu den blau hinterlegten Variablen notwendig, um die Daten der Krankenversicherer im Rahmen des Monitorings verwenden zu können (Berechnung Kennziffern und Risikoadjustierung gemäss Anhang B).

Grün hinterlegte Variablen sind notwendig, um die differenzierte Steuerung innerhalb des praxisambulanten Sektors gemäss Begleitvereinbarung der Tarifpartner umsetzen zu können.

# Allgemein: Mindestanforderungen



## Pipe

Spalten werden mit Pipes «|» getrennt. Nach der letzten Spalte erfolgt ein Zeilenumbruch ohne Pipe Symbol.

## Vollständigkeit

Alle Spalten für die jeweilige Datei müssen vorhanden sein.

## Header

Alle Dateien müssen eine Header-Zeile haben. Diese muss die jeweiligen Variablennamen enthalten.

## Leere Variablen

Leere Variablen haben keinen Inhalt. Dies bedeutet, dass in solchen Fällen zwei Pipes aufeinander folgen.

## Dezimalzeichen

Für Dezimalzahlen wird der Punkt als Dezimalkennzeichen benutzt (Bsp. 1234.40). Zahlen dürfen keine Formatierungen wie Tausender-Trennzeichen, Hochkomma, Leerschlag usw. enthalten (Bps. 1,234.40, 1'234.40).

## Anführungszeichen

Einzelne Variablen können in Anführungszeichen gesetzt werden. Ganze Zeilen dürfen nicht in Anführungszeichen gesetzt werden.

## Schlüsselvariable

Mit der Schlüsselvariable 'versID' müssen die Dateien *Versicherte* und *Faktura* verknüpfbar sein.  
Mit der Schlüsselvariable 'rechID' müssen die Dateien *Faktura* und *Services* verknüpfbar sein.

## Datei *Versicherte*: Inhalt (Konkretisierungen zur Version vom 04.09.2025 gelb markiert)



Variablenname	Bezeichnung	Typ	Range/Format
versID	Versichertennummer, pseudonymisiert (Schlüsselvariable zur Verknüpfung mit <i>Faktura</i> )	int	
jahr	Deckungsjahr	int	
sex	Geschlecht: 1 = Mann, 2 = Frau, 3 = unbekannt	int	{1,2,3}
gebjahr	Geburtsjahr	int	[1900, 2024]
jfr	Jahresfranchise (Bei unterjährigen Veränderungen der Franchise ist der Wert am 31.12. oder der letzte bekannte Wert des jeweiligen Deckungsjahres zu verwenden.)	int	[0, 2500]
unfall	Unfalleinschluss: 1 = ja, 0 = nein (Bei unterjährigen Veränderungen der Unfalldeckung ist der Wert am 31.12. oder der letzte bekannte Wert des jeweiligen Deckungsjahres zu verwenden.)	bin	{0,1}
kanton	Wohnkanton: Kürzel: BE, ZH, LU etc. (Bei unterjährigen Veränderungen des Wohnkantons ist der Wert am 31.12. oder der letzte bekannte Wert des jeweiligen Deckungsjahres zu verwenden.)	char	Length=2
deckdauer	OKP-Deckungsdauer in Tagen	int	{1,2,...,365}
ra_hosp	Spitalaufenthalt im Vorjahr gemäss Definition Risikoausgleich: 1 = ja, 0 = nein, NA = unbekannt.	bin	{0,1}
ra_medi	Hohe Medikamentenkosten über 5000 CHF im Vorjahr gemäss Risikoausgleich: 1 = ja, 0 = nein, NA = unbekannt.	bin	{0,1}
pcgABH	PCG ABH «Sucht ohne Nikotin» gemäss Definition BAG-Medikamentenliste: 1 = ja, 0 = nein, NA = unbekannt.	bin	{0,1}
...	...	bin	{0,1}
pcgZNS	PCG ZNS «Krankheiten des zentralen Nervensystems ohne Multiple Sklerose» gemäss Definition BAG-Medikamentenliste: 1 = ja, 0 = nein, NA = unbekannt.	bin	{0,1}

Die 34 pharmazeutischen Kostengruppen (PCGs) werden gemäss der PCG-Liste des BAG vom 24.03.2026, abrufbar unter <https://www.bag.admin.ch/de/krankenversicherung-risikoausgleich> [letzter Zugriff 25.03.2026], gebildet.

# Datei *Versicherte*: Mindestanforderungen



## versID

Inhalt der Variable 'versID' darf weder leer sein noch fehlen (z.B. -, #NV, NA, #N/A, oder ähnlich).

## Anzahl Variablen

Die Datei enthält 44 Variablen. Die Zeile enthält 43 Pipes. Die letzte Variable wird nicht durch ein Pipe geschlossen.

## Inhalt Variablen

Gemäss Angaben Bezeichnung, Typ und Range/Format auf Folie *Datei Versicherte: Inhalt*.

## Datei *Faktura*: Inhalt



Variablenname	Bezeichnung	Typ	Range/Format
versID	Versichertennummer, pseudonymisiert (Schlüsselvariable zur Verknüpfung mit <i>Versicherte</i> )	int	
rechID	Rechnungsnummer, pseudonymisiert (Schlüsselvariable zur Verknüpfung mit <i>Services</i> )	int	
zsr_ierb	ZSR-Nummer Leistungserbringer, welcher die Leistung erbracht hat	char	Length = 7
zsr_veranlasser	ZSR-Nummer Veranlasser, welcher die Behandlung veranlasst hat	char	Length = 7
partnerart	Partnerart-Untergruppe 4-stellig, gemäss ZSR	int	Length = 4
beh_von	Behandlungsbeginn-Datum	char	YYYY-MM-DD
beh_bis	Behandlungsende-Datum	char	YYYY-MM-DD
beh_gru	Behandlungsgrund: Krankheit=K, Unfall=U, Mutterschaft=M, Vorsorge=V, etc.	char	Length = 1
abteilung	Austrittsabteilung (z.B. M100)	char	
brutto	Bruttoleistungen OKP in CHF	num	

# Datei *Faktura*: Mindestanforderungen



## versID

Inhalt der Variable 'versID' darf weder leer sein noch fehlen (z.B. -, #NV, NA, #N/A, oder ähnlich). Jeder Wert muss in der Variable 'versID' aus der Datei *Versicherte* vorhanden sein.

## rechID

Inhalt der Variable 'rechID' darf weder leer sein noch fehlen (z.B. -, #NV, NA, #N/A, oder ähnlich). Jeder Wert muss mindestens einmal in der Variable 'rechID' aus der Datei *Services* vorhanden sein.

## Anzahl Variablen

Die Datei enthält 10 Variablen. Die Zeile enthält 9 Pipes. Die letzte Variable wird nicht durch ein Pipe geschlossen.

## Inhalt Variablen

Gemäss Angaben Bezeichnung, Typ und Range/Format auf Folie *Datei Faktura: Inhalt*.

# Datei Services: Inhalt



Variablenname	Bezeichnung	Typ	Range/Format
rechID	Rechnungsnummer, pseudonymisiert (Schlüsselvariable zur Verknüpfung mit <i>Faktura</i> )	int	
service_dt	Behandlungsdatum	char	YYYY-MM-DD
service_tar	Nummer des angewendeten Tarifs (z.B. 001 = TARMED, 317 = Analyseliste)	char	[001, 999]
service_cd	Tarifziffer (z.B. „00.0150“)	char	
service_qty	Verrechnete Menge pro Tarifposition (OKP)	num	
service_ptvalue	Gültiger Taxpunktwert (falls anwendbar)	num	
service_amount	Fakturabetrag (OKP)	num	
service_seq	Sitzungsnummer	int	
service_txt	Vom Leistungserbringer übermittelter Positionstext, falls Inhalt Variable service_tar ungleich 001, 317	char	
gln_resp	GLN des verantwortlichen Leistungserbringers	int	
gln_exe	GLN des ausführenden Leistungserbringers	int	

# Datei Services: Mindestanforderungen



## rechID

Inhalt der Variable 'rechID' darf weder leer sein noch fehlen (z.B. -, #NV, NA, #N/A, oder ähnlich). Jeder Wert muss in der Variable 'rechID' aus der Datei *Faktura* vorhanden sein.

## Anzahl Variablen

Die Datei enthält 11 Variablen. Die Zeile enthält 10 Pipes. Die letzte Variable wird nicht durch ein Pipe geschlossen.

## Inhalt Variablen

Gemäss Angaben Bezeichnung, Typ und Range/Format auf Folie *Datei Services: Inhalt*.

## service\_txt

Der Inhalt der Variable enthält keinen Zeilenumbruch und kein Pipe. Sollte dies dennoch der Fall sein, ist die einzelne Variable (nicht die ganze Zeile) in Anführungszeichen zu setzen. Es können auch alle Variablen einzeln in Anführungszeichen eingefasst werden. In nachfolgendem Beispiel ist der ganze Inhalt der Variable zwischen den beiden Pipes in Anführungszeichen gesetzt, weil der Positionstext selber auch Pipes "|" enthält:

|"Serres Gewebekollektor, 173mm | 295mm | 390mm"|.

Werden die Anführungszeichen nicht gesetzt, werden die Pipes innerhalb des Positionstextes fälschlicherweise als Spaltentrenner interpretiert.

# Datenübermittlung



## Technologie

Geschützter Übermittlungskanal mit versichererindividuellem Account auf der Datenübermittlungsplattform der O A A T AG. Die vom Krankenversicherer bezeichnete Person erhält Zugriff auf den versichererindividuellen Ordner auf der Datenübermittlungsplattform der O A A T AG. Die Daten werden im ZIP-Format komprimiert hochgeladen.

# Kontakt

---



Fragen zur Datenerhebung nimmt die OAAT AG schriftlich entgegen: [datenerhebung@oaat-otma.ch](mailto:datenerhebung@oaat-otma.ch)



**O A A T**  
**O T M A**

Organisation  
ambulante Arzttarife  
Organisation  
tarifs médicaux ambulatoires

