Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Der Bundesrat

CH-3003 Bern BAG; POST CH AG

An die Adressaten
(gemäss untenstehender Liste)

Bern, 11. November 2026

Genehmigung des Tarifvertrages zum Gesamt-Tarifsystem über den ambulanten ärztlichen Einzelleistungstarif (TARDOC) und den ambulanten ärztlichen Patientenpauschaltarif (Ambulante Pauschalen): TARDOC Version 1.5 und Ambulante Pauschalen Version 1.2

Sehr geehrte Damen und Herren

Im Anschluss an den Entscheid des Bundesrates vom 11. November 2026 teilen wir Ihnen mit, dass dieser den titelerwähnten Tarifvertrag gestützt auf Artikel 46 Absatz 4 in Verbindung mit Artikel 43 Absatz 5 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) mit gewissen Ausnahmen per 1. Januar 2027 genehmigt hat. Damit kommt der Bundesrat dem Gesuch der Tarifpartner prio.swiss (Der Verband Schweizer Krankenversicherer), FMH (Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte) und H+ (Ihre Spitäler) nach, das am 2. Juni 2026 beim Bundesrat zur Genehmigung eingereicht wurde.

Der neue Tarifvertrag löst den vom Bundesrat am 30. April 2025 genehmigten Tarifvertrag vom 31. Oktober 2024 in der mit Beschluss vom 5. November 2025 genehmigten, geänderten und ergänzten Fassung ab.

Der Entscheid des Bundesrates beruht im Wesentlichen auf folgenden Erwägungen:

I. Ausgangslage und Inhalt des Antrages

Mit Beschluss vom 30. April 2025 hat der Bundesrat den Tarifvertrag zum neuen gemeinsam vereinbarten Gesamt-Tarifsystem für ambulante ärztliche Leistungen – bestehend aus dem Einzelleistungstarif TARDOC (Version 1.4b) sowie den Ambulanten Pauschalen (Version 1.1b) – befristet vom 1. Januar 2026 bis 31. Dezember 2028 genehmigt und gleichzeitig die bisher geltende Einzelleistungsstruktur TARDOC per 1. Januar 2026 aufgehoben. Mit Entscheid vom 5. November 2025 genehmigte er verschiedene Anpassungen und Ergänzungen des Gesamt-Tarifsystems. Die Genehmigung ist befristet bis zum 31. Dezember 2028, für Anhang B2 («Übergangsvereinbarung Anwendungsmodalitäten zu Pathologie») gemäss deren vertraglicher Befristung jedoch nur bis zum 31. Dezember 2026.

Der Tarifvertrag vom 28. Mai 2026 resp. 1. Juni 2026 bildet die erste Weiterentwicklung des Gesamt-Tarifsystems. Die OAAT AG hat am 30. Oktober 2026 die letzte überarbeitete Version der Tarifstrukturen vorgelegt. Mit Schreiben vom 2. November 2026 haben die Tarifpartner bestätigt, dass diese Anpassungen in ihrem Sinne erfolgen. Im Rahmen der Version 1.2 der Ambulanten Pauschalen wurden die Entwicklungsschwerpunkte auf die Nuklearmedizin, die Hand-, Kiefer- und Kinderchirurgie sowie die Pathologie gelegt. Korrekturen wurden auch an Fallgruppen, zu denen von Leistungserbringern, von Patien-

tinnen und Patienten sowie von den Medien Rückmeldungen eintrafen, dass die Fallgruppen sehr unterschiedlich aufwändige Leistungen enthielten und daher nicht korrekt tarifiert wären, vorgenommen. Die Anpassungen in TARDOC Version 1.5 beschränken sich im Wesentlichen auf die Schaffung oder Neubewertung von Tarifpositionen, um den effektiven Behandlungsaufwand besser abzubilden (insb. bei der Kinder- und Jugendmedizin); auf die Anpassung von Kapitelinterpretationen, Abrechnungsregeln und Mengenlimitationen; sowie auf die Überbearbeitung verschiedener Tarifpositionen im Bereich der ärztlichen und nichtärztlichen Betreuung und Überwachung.

Zudem haben die Tarifpartner ein Konzept zur Umsetzung einer Höchstgrenze für die pro Arbeitstag verrechenbaren Taxpunkte des ärztlichen Teils von TARDOC eingereicht. Der Bundesrat hatte die Tarifpartner mit Entscheid vom 30. April 2025 aufgefordert, im Rahmen der im Gesetz verankerten Tarifautonomie eine entsprechende Höchstgrenze in der nächsten Version von TARDOC vorzusehen; dies entsprechend der Übergangsbestimmung 6 der KVG-Änderung vom 21. März 2025 über die Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2 (BBl 2025 1108), mit der das Parlament den Bundesrat mit der Festsetzung einer solchen Höchstgrenze beauftragt. Damit soll verhindert werden, dass über den Einzelleistungstarif ein Gesamtvolumen ärztlicher Leistungen abgerechnet wird, das medizinisch oder zeitlich nicht plausibel ist. Die Begrenzung betrifft nur TARDOC und das Taxpunktvolumen der ärztlichen Leistungen (AL), nicht dagegen die Infrastruktur- und Personalleistungen (IPL) oder Leistungen, die über Ambulante Pauschalen vergütet werden.

II. Beurteilung, Beschlüsse und Vorgaben des Bundesrates

Die Prüfung zeigt, dass weiterhin wesentliche Mängel bestehen. Verschiedene Vorgaben des Bundesrates wurden bisher nicht oder nur teilweise umgesetzt. Zudem wurde kein Konzept zur dynamischen Kostenneutralität vorgelegt, das den jährlichen Anstieg der effektiven Gesamtkosten auf höchstens 4% begrenzt und Korrekturmassnahmen nach dem Verursacherprinzip vorsieht. Der Tarifvertrag vom 28. Mai 2026 resp. 1. Juni 2026 wird daher weiterhin nur befristet genehmigt. Zusätzlich werden bestimmte Teile nicht genehmigt und den Tarifpartnern Vorgaben für die weitere Entwicklung des Gesamt-Tarifsystems gemacht.

1. Der Tarifvertrag wird wie folgt genehmigt:

   1.1 Nicht genehmigt werden:

   i. Ziffer 5 Absatz 3 bis 5 von Teil II «Allgemeines», soweit sie die Erhebung von Beiträgen bei Nichtmitgliedern regeln. Die Tarifpartner haben im Tarifvertrag lediglich eine allgemeine Regelung vorgesehen, ohne die Höhe der Beiträge festzulegen. Diese ist jedoch im Tarifvertrag selbst und nicht in einem separaten Reglement zu regeln. Zudem fehlt eine Berechnungsgrundlage, anhand derer sich beurteilen liesse, ob die Beitragshöhe für Nichtmitglieder angemessen ist (Art. 46 Abs. 2 KVG).

   ii. Anhang A1 «Katalog der ambulanten Pauschalen»: Pauschalen C00.10.010, C00.10.020, C00.20.010, C00.20.020, C00.30.010, C00.30.020, C00.40.010, C00.40.020, C00.50.010, C00.60.010, C00.70.020, C00.99.010 und C00.99.020. Die von den Tarifpartnern zu diesen Pauschalen eingereichte Dokumentation entspricht jener, die im Rahmen von drei Genehmigungsgesuchen zur Protonentherapie aus dem Jahr 2022 übermittelt wurde. Bei der Prüfung dieser Verträge hatte das BAG festgestellt, dass die Kostensteigerung von 53% bei der Protonentherapie erheblich und nicht begründet ist und somit das Gebot der Wirtschaftlichkeit nicht eingehalten wird. Aus diesen Gründen hatten die Tarifpartner der drei genannten Verträge ihre Genehmigungsgesuche zurückgezogen. Die Vorbehalte hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit bestehen unverändert fort. Die zwölf Protonentherapie-Pauschalen für Leistungen zulasten der OKP wurden daher nicht genehmigt. Die Pauschale C00.70.020 «Lokal fortgeschrittenes Ösophaguskarzinom, 1.8 GCE» kann ihrerseits nicht genehmigt werden, da die betreffende Leistung nicht von der OKP übernommen wird. Der bestehende Tarifvertrag zur Protonentherapie zwischen dem SVK und H+, der vom Bundesrat im Jahr 2001 genehmigt wurde, bleibt jedoch weiterhin gültig.

iii. Anhang E «Dynamische Kostenneutralität»: Die Bestimmungen zu den Versorgungskategorien im praxisambulanten Sektor («Grundversorgung» und «Spezialversorgung») in Ziffer 4 Absätze 3 und 4, Ziffer 5.1 Absatz 3, Ziffer 5.2 Absätze 4, 5 und 6, Ziffer 5.5 sowie Ziffer 5.6 Absätze 4, 5 und 6. Anhang E «Dynamische Kostenneutralität» zum Tarifvertrag führt einen neuen Monitoring- und Korrekturmechanismus speziell für die medizinische Grundversorgung ein. Eine spezifische Korrektur setzt jedoch voraus, dass auf Ebene der Grossregion sowohl zwischen Arztpraxen und Spitälern als auch zwischen Grundversorgung und Spezialisten Wachstumsunterschiede bestehen. Liegt die Differenz zwischen den Wachstumsraten in den Sektoren Arztpraxen und Spitäler unter 1.5 Prozentpunkten, werden in einer Grossregion einheitliche EF gebildet; die sektorinternen Wachstumsraten der Grundversorgung und der Spezialisten bleiben dabei unberücksichtigt – auch wenn diese untereinander eine grössere Differenz aufweisen. Unter diesen restriktiven Bedingungen kann nicht garantiert werden, dass die geforderte separate Steuerung der Grundversorgung zur Anwendung kommt. Um die mit TARDOC und den ambulanten Pauschalen angestrebte Besserstellung der Grundversorgung zu unterstützen, kommt einer separaten Steuerung der Grundversorgung besondere Bedeutung zu. Einerseits gilt es, die Grundversorgung im Verhältnis zu anderen Fachrichtungen gezielt besserzustellen. Andererseits darf es nicht möglich sein, dass die Grundversorgung aufgrund eines allfälligen starken Kostenanstiegs bei den Spezialisten Kürzungen hinnehmen muss.

1.2 Ziffer 1 von Teil III «Einführung Tarifstrukturen und Tarifinterpretationen», Anhang A1 «Katalog der ambulanten Pauschalen» sowie Anhang A2 «Katalog des TARDOC», Ziffer 1 Absatz 1 von Teil V «Ambulante Leistungserfassung» («Leistungskatalog ambulante Arzttarife [LKAAT]») sind gesetzeskonform auszulegen: Es wird festgestellt, dass diese Kataloge keine Positivliste darstellen, da nach Artikel 25 Absatz 2 KVG in Verbindung mit Artikel 33 Absatz 1 KVG für ärztliche Leistungen keine abschliessende Aufzählung der Pflicht- oder Nichtpflichtleistungen vorgesehen ist. Ebenso ist es möglich, dass eine aufgeführte Leistung mangels Pflichtleistungscharakter von der OKP nicht übernommen wird.

1.3 Die Kapitel «AM Ärztliche und nichtärztliche Betreuung/Überwachung» und «WG Notfallstation im Spital» sowie die Tarifpositionen für Leistungen des nichtärztlichen Personals in Anhang A2 zum Tarifvertrag sind gesetzeskonform auszulegen: Die Tarifpartner werden aufgefordert, die «Überwachung» und die durch nichtärztliches Personal «selbständig» erbrachten Leistungen so auszulegen, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung nur die Kosten für Untersuchungen und Behandlungen übernimmt, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen und die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllen (Art. 25 Abs. 1 und Abs. 2 Bst. a KVG in Verbindung mit Art. 32 Abs. 1 KVG). Die Behandlungsverantwortung liegt beim Arzt oder der Ärztin.

1.4 Die vertraglichen Regelungen für die Übermittlung und Verarbeitung von Prozeduren- und Diagnosedaten in Teil V « Ambulante Leistungserfassung » Ziffer 1 mit Anhang C sowie in Teil VI « Rechnungstellung und Datenaustausch » mit Anhang H sind gesetzeskonform auszulegen:

i. Die Regelungen zum Datenschutz in Zusammenhang mit der Übermittlung von Diagnosen und Prozeduren müssen bezüglich Pseudonymisierung, Verschlüsselung und Datensicherheit konsequent mit den Vorgaben des Bundesgesetzes über den Datenschutz (DSG) und des KVG abgestimmt werden, um den Schutz von Patientendaten vollumfänglich zu gewährleisten. Solange die Tarifpartner keine andere Regelung vorsehen, ist bei jeder ambulanten Behandlung entweder eine vollständige Diagnose anhand des Tessinercodes (endständig) oder eine Diagnose anhand des ersten Buchstabens der ICD-10-GM anzugeben.

ii. Die Tarifpartner sind aufgefordert, die Möglichkeit der Verwendung des CHOP-Katalogs für die Kodierung der ambulanten ärztlichen Leistungen zu prüfen. Klassifikationen dienen nicht nur der Tarifierung, sondern auch der Gesundheitsstatistik, Qualitätssicherung und Versorgungsforschung. Um aussagekräftige Vergleiche zu ermöglichen, sollten sie etabliert und einheitlich sein und regelmässig aktualisiert werden können.

1.5 Teil IX Dignitäten und Sparten mit Anhang F ist gesetzeskonform auszulegen: Die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen zur Zulassung und zur Festlegung der Höchstzahlen von Ärztinnen und Ärzte durch die Kantone (Art. 36 und 55*a* KVG) ist zu gewährleisten. In diesem Zusammenhang sind die für die kantonale Aufgabenerfüllung erforderlichen Informationen – insb. Angaben zur qualitativen Dignität und zum Besitzstand – den zuständigen kantonalen Behörden zugänglich zu machen, wie es Artikel 55*a* Absatz 4 KVG vorsieht.

1.6 Die Begleitvereinbarung zu den neuen ambulanten Tarifen TARDOC und Ambulante Pauschalen vom 31. Oktober 2024 abgeschlossen zwischen H+, FMH, santésuisse und curafutura (neu «prio.swiss» anstelle santésuisse und curafutura) und der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) wird als Bestandteil des Tarifvertrags genehmigt.

1.7 Die Genehmigung ist bis 31. Dezember 2028 befristet.

i. Abweichend davon wird die Genehmigung der in Anhang A1 aufgeführten Pauschalen für das telemedizinische Programm für Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz (C05.1130.10.00; C05.1130.20.00) bis zum 31. Dezember 2027 befristet. Ein Teil der dazu eingereichten Datengrundlagen ist nicht aktuell und es ist nicht bei allen Parametern (insb. durchschnittliche Behandlungsdauer) klar, ob sie datenbasiert festgelegt wurden. Auch eine Schätzung der Kosten und ihrer Entwicklung fehlt. Die Genehmigung für diese Tarifpositionen wird daher auf ein Jahr befristet.

ii. Die Tarifpartner werden aufgefordert, die unter den Ziffern 2 bis 7 aufgeführten Aufforderungen zu erfüllen – inklusive der dort jeweils festgelegten Fristen.

2. Ambulante Pauschalen Version 1.2

Für die sachgerechtere Abbildung von medizinischen Unterschieden und des Ressourcenverbrauchs wurde die Datengrundlage der **Ambulanten Pauschalen Version 1.2** erweitert. Weiter wurden unterschiedliche Korrekturen vorgenommen, Fallgruppen differenziert, Alters- und Komplexitätskriterien präzisiert sowie Kostenkomponenten aktualisiert. Ausserdem wurden die Pathologieleistungen gemäss den Vorgaben des Bundesrates in die Pauschalen reintegriert. Jedoch bleibt die durchschnittliche Kostenhomogenität unverändert und zahlreiche Fallgruppen weisen weiterhin Kosten- und Leistungsdaten mit erheblichen Abweichungen von den Mittelwerten auf. Es fehlt ausserdem ein allgemeines Konzept betr. die unterjährige Aufnahme wesentlicher Preisänderungen von wichtigen Kostenkomponenten (insb. Arzneimittel, Implantate, Material) in die Pauschalen, um temporäre Übervergütungen zu vermeiden. Die neu in den Katalog aufgenommenen Protonentherapie-Pauschalen wurden nicht genehmigt (siehe Ziff. 1.1.ii) und die neuen Pauschalen betr. das Herzinsuffizienzprogramm wurden nur für ein Jahr genehmigt (siehe Ziff. 1.6.i). Deshalb werden die Tarifpartner unter Einbezug der OAAT AG aufgefordert, für die Ambulanten Pauschalen (Anhang A1):

2.1 mit dem nächsten Genehmigungsantrag (**Tarifversion 2028**):

i. für die Pauschalen des telemedizinischen Programms bei Herzinsuffizienz aktualisierte Datengrundlagen, eine datenbasierte Herleitung der massgebenden Parameter, insb. der Behandlungsdauer, sowie eine Schätzung der erwarteten OKP-Kosten und ihrer weiteren Entwicklung vorzulegen.

ii. ein Konzept zur zeitnahen Berücksichtigung wesentlicher Preisänderungen von wichtigen Kostenkomponenten (insb. Arzneimittel, Implantate, Material) vor Vorliegen neuer Kosten- und Leistungsdaten vorzulegen.

iii. eine verbindliche Roadmap zum Einbezug von Kosten- und Leistungsdaten aus Arztpraxen vorzulegen.

2.2 im Rahmen der **jährlichen Tarifweiterentwicklung**:

i. die medizinische und ökonomische Homogenität der Fallgruppen weiter zu überprüfen und bei Bedarf weitere Anpassungen vorzunehmen.

ii. die Qualität, Repräsentativität und Nachvollziehbarkeit der Datengrundlagen weiter zu verbessern. Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sind deshalb aufgefordert, ihrer

gesetzlichen Pflicht gemäss Artikel 47*a* Absatz 5 KVG nachzukommen und der OAAT AG – als zuständige Organisation für die Erarbeitung, Weiterentwicklung sowie Pflege und Anpassung der Tarifstrukturen für ambulante ärztliche Behandlungen – die erforderlichen Kostendaten unentgeltlich zu übermitteln. Die FMH wird aufgefordert, ihre Mitglieder entsprechend zu informieren und zur Einhaltung dieser gesetzlichen Pflicht anzuhalten.

iii. die Datengrundlagen sowie Bewertungsmethoden neuer oder wesentlich angepasster Pauschalen vollständig zu dokumentieren. Für neue Leistungen ist eine Schätzung der Kostenfolgen vorzulegen.

iv. die ambulanten Pauschalen für Protonenstrahlentherapie zu überarbeiten, so dass eine allfällige Erhöhung der Tarife konkret und detailliert begründet sowie für die obligatorische Krankenpflegeversicherung wirtschaftlich tragbar ist.

3. TARDOC Version 1.5

Der Umfang von TARDOC Version 1.5 blieb gegenüber Version 1.4c weitgehend unverändert und die Anpassungen beschränken sich auf wenige Bereiche. Tarifpositionen wurden neu geschaffen, korrigiert oder neu bewertet, um den effektiven Behandlungsaufwand besser abzubilden, insb. in den Bereichen der Kinder- und Jugendmedizin und der nichtärztlichen Betreuung und Überwachung. Zudem wurde eine Lösung zur Umsetzung der parlamentarischen Vorgabe zu einer Höchstgrenze für die pro Arbeitstag verrechenbaren Taxpunkte des ärztlichen Teils von TARDOC entwickelt. Gleichzeitig bestehen Kostenrisiken wegen möglichen Doppelvergütungen in Zusammenhang mit dem Kapitel zu Dringlichkeit und Notfall in der freien Praxis (AA.30) sowie aufgrund von erweiterten Abrechnungsmöglichkeiten (insb. in den Kapiteln WG, EA und AA.21). Die wesentlichen Mängel von TARDOC bleiben zudem weiterhin unverändert – insb. bei Minutagen, Produktivität, Jahresarbeitszeit, Referenzeinkommen und Wirtschaftlichkeit. Noch nicht definiert sind die Modalitäten und die zeitliche Planung zur Umsetzung der oben erwähnten Höchstgrenze der AL (inkl. Überwachung, Korrekturen der Parameter, Schätzung der Auswirkungen, Vorgehen bei Überschreitungen). Aus diesen Gründen werden die Tarifpartner unter Einbezug der OAAT AG aufgefordert, für TARDOC (Anhang A2):

3.1 Für die Umsetzung der **Tarifversion 2027**: die Modalitäten zur Umsetzung der Höchstgrenze für die pro Arbeitstag verrechenbaren Taxpunkte des ärztlichen Teils, insbesondere den Umgang mit Überschreitungen, zu präzisieren und dabei sicherzustellen, dass ausschliesslich der AL-Anteil begrenzt wird und die Vergütung des IPL-Anteils unberührt bleibt;

3.2 mit dem nächsten Genehmigungsantrag (**Tarifversion 2028**):

i. die sachgerechte tarifarische Abbildung der Behandlung von Epidermolysis bullosa unter Berücksichtigung der Stellungnahme der Allianz Seltener Krankheiten Schweiz ProRaris zu überprüfen. Aktuell ist diese als unzureichend zu betrachten.

ii. die Mengenlimitationen im Kapitel EA «Psychiatrie» zu überprüfen und sachlich zu begründen. Die Erhöhung der Limitationen in den Tarifpositionen im Kapitel EA «Psychiatrie» wurde teilweise mit einer Angleichung an den provisorischen Tarif für psychologische Psychotherapie begründet. Diese Begründung ist problematisch, da es sich um kantonale Übergangstarife handelt, die nur bis zur Genehmigung einer einheitlichen, landesweiten Tarifstruktur durch den Bundesrat gelten und daher keine geeignete Grundlage für die künftige Entwicklung von TARDOC darstellen.

iii. eine Roadmap vorzulegen, die die Überprüfung der tarifarischen Abbildung von Gebärdensprachdolmetschleistungen und deren Umsetzung spätestens in der Tarifversion 2029 vorsieht. Derzeit ist nicht nachgewiesen, dass TARDOC die Gebärdensprachdolmetschleistungen sachgerecht abbildet. Das BAG hat die Tarifpartner bereits mit Schreiben vom 11. September 2023 auf den entsprechenden Handlungsbedarf hingewiesen. Nachdem die Tarifpartner am 30. September 2024 mitgeteilt hatten, dass keine Einigung erzielt werden konnte, besteht weiterhin Handlungsbedarf. Vor dem Hintergrund der Revision des Behindertengleichstellungsgesetzes (BehiG, SR 151.3) sowie der Motion 25.3013

«Kostenübernahme für Gebärdensprachdolmetschleistungen im Gesundheitswesen» gewinnt diese Frage an Bedeutung, weshalb spätestens für die Tarifversion 2029 eine Klärung vorliegen muss. Sie betrifft vor allem TARDOC, da die Ambulanten Pauschalen die Behandlungskosten grundsätzlich umfassend vergüten.

iv. eine Roadmap zur Umsetzung der nötigen Revisionsarbeiten zur Behebung der im Prüfbericht des BAG vom 19. November 2020 festgestellten methodischen Mängel vorzulegen. Die weitgehend normativen und nicht plausibilisierten Parameter sowie das Transparenzdefizit im Kostenmodell KOREG verhindern eine abschliessende Beurteilung der Sachgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Die Kostenmodelle müssen sich auf transparente und repräsentative Daten stützen und normative Parameter sind zu plausibilisieren. Insbesondere muss die Überprüfung der Minutagen unverzüglich eingeleitet werden, und die Anpassungen müssen durch Erhebungen der Leistungsdauer bei den Leistungserbringern oder, bis diese vorliegen, auf der Grundlage einer Literaturrecherche (verfügbare wissenschaftliche Studien oder Analysen) ordnungsgemäss begründet werden. Es muss auch sichergestellt werden, dass sämtliche Kostenmodelle den gesetzlichen Anforderungen an Transparenz und Nachvollziehbarkeit entsprechen. Beim Kostenmodell für die Infrastruktur- und Personalleistungen (IPL) in Arztpraxen (KOREG) besteht insbesondere ein Transparenzdefizit, da grundlegende Informationen im Eigentum der Ärztekasse stehen und weder den Tarifpartnern noch der OAAT AG zugänglich sind. Die gesetzlichen Anforderungen an transparent ausgewiesene Kosten sind damit nicht erfüllt. Können Transparenz und Nachvollziehbarkeit nicht gewährleistet werden, ist KOREG durch ein transparentes Kostenmodell zu ersetzen.

v. die Besserstellung der Grundversorgung und insbesondere der Hausarztmedizin als Schwerpunkt sicherzustellen und dazu bereits zusammen mit dem nächsten Genehmigungsantrag eine verbindliche Roadmap vorzulegen.

3.3 spätestens mit der **Tarifversion 2029**:

i. die Notfall- und Dringlichkeitsleistungen zu überarbeiten. Dabei sind Doppelvergütungen von Inkonvenienz-, Wochenend- und Nachtzuschlägen über Tarifpositionen einerseits und das Referenzeinkommen andererseits zu beseitigen. Die vom Bundesrat geforderte Revision der Pauschalen für Dringlichkeit und Notfall in der freien Praxis (Kapitel AA.30) wurde aufgrund von konzeptionellen Problemen und fehlenden Daten auf die Versionen 2028/2029 verschoben. Trotz der tiefgreifenden Neugestaltung der betroffenen Positionen mit der Einführung von TARDOC (im Vergleich zu TARMED) bleibt folgende Problematik bestehen: Das Referenzeinkommen – das auf den Löhnen von Spitalärzten basiert und als Grundlage für die Berechnung der Minutenkostensätze der ärztlichen Leistung in TARDOC dient – vergütet diese Leistungen bereits. Die Pauschalen für Dringlichkeit und Notfall in der freien Praxis dürften daher zu einer doppelten Vergütung dieser Leistungen führen.

ii. die grössten Fehler bei den Minutagen zu korrigieren. Anpassungen sind durch Erhebungen der Leistungsdauern oder, bis diese vorliegen, durch verfügbare Studien und Analysen zu begründen (siehe auch Ziff. 3.2.iv).

3.4 im Rahmen der jährlichen Tarifentwicklung:

i. Die OAAT AG wird aufgefordert, auf der Grundlage der technischen und methodischen Anforderungen die Daten und Informationen zu definieren, die zur Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrags erforderlich sind. Gemäss Artikel 47*a* Absatz 5 KVG sind Leistungserbringer und Versicherer verpflichtet, der OAAT AG die erforderlichen Daten unentgeltlich und in ausreichender Qualität zur Verfügung zu stellen, damit die OAAT AG diese auswerten kann. Bei Pflichtverletzungen kann das EDI auf Antrag der OAAT AG Sanktionen gegen die betroffenen Leistungserbringer verhängen (Art. 47*a* Abs. 6 KVG).

ii. Die Tarifpartner werden aufgefordert, bis zur Behebung der im Prüfbericht des BAG vom 19. November 2020 festgestellten methodischen Mängel, auf isolierte Aktualisierungen

einzelner Berechnungsparameter zu verzichten. TARDOC stützt sich nach wie vor mehrheitlich auf normativ festgelegte Werte, ohne dass Analysen oder Bewertungen vorliegen, anhand derer deren Plausibilität beurteilt werden könnte. Die wenigen Elemente in den Kostenmodellen, die auf Daten basieren (insb. die Personalkosten), wurden mit Daten aus dem Jahr 2023 aktualisiert, wodurch die Kostensätze der verschiedenen Kostenstellen (Sparten) mehrheitlich angestiegen sind.

iii. Die Auswirkungen der AL-Höchstgrenze pro Arbeitstag und der damit verbundenen Massnahmen sind systematisch zu überwachen; bei unerwünschten Entwicklungen sind zeitnah Korrekturmassnahmen vorzuschlagen und in die nachfolgenden Tarifversionen aufzunehmen. Die Tarifpartner sind aufgefordert, gegebenenfalls die Leistungsdauern (insb. Minutagen für Handlungspositionen) zu korrigieren, die Leistungsinhalte und Abgrenzungen zu präzisieren sowie Regelungen zur Vermeidung von Mehrfachvergütungen, unerwünschten Leistungsaufteilungen und Mengenausweitungen vorzusehen. Ist eine Neubewertung von Handlungspositionen nicht möglich, sind diese in Zeitpositionen umzuwandeln.

4. Kostenneutralität:

4.1 Im Rahmen der **statischen Kostenneutralität** wurde eine normative Umverteilungsmethode zwischen TARDOC und den ambulanten Pauschalen angewendet, die auf die Stabilisierung der Leistungsvolumen beider Tarifstrukturen während der Einführungsphase abzielt. Die Komplexität und mangelnde Transparenz der Methode sowie die unvollständige Berücksichtigung bestimmter Leistungen schränken jedoch die Zuverlässigkeit der Ergebnisse ein. Deshalb werden die Tarifpartner (unter Einbezug der OAAT AG) im Rahmen der statischen Kostenneutralität bereits im Rahmen des nächsten Genehmigungsgesuchs (Version 2028) aufgefordert:

i. den im Normierungskonzept festgelegten Mechanismus zur Begrenzung von Volumenverschiebungen zwischen TARDOC und den Ambulanten Pauschalen anhand der ersten Erfahrungen mit der Anwendung des Gesamt-Tarifsystems zu überprüfen und zu beurteilen, ob dieser Verteilungsmechanismus auch in den Folgeversionen des Gesamt-Tarifsystems weiterhin erforderlich ist.

ii. dem Bundesrat gegebenenfalls einen Vorschlag zur Anpassung oder Aufhebung dieses Mechanismus zu unterbreiten.

iii. bei einer Beibehaltung oder Anpassung dieses Mechanismus die Wahl des festgelegten Schwellenwerts zu begründen.

4.2 Für die **dynamische Kostenneutralität** wurde ein Konzept zur separaten Steuerung der Grundversorgung vorgelegt, dessen restriktive Umsetzungsvorgaben aber nicht gewährleisten können, dass die geforderte separate Steuerung tatsächlich zur Anwendung kommt. Ausserdem besteht das Risiko, dass im Jahr 2026 zusätzliche Kosten für das Schweizer Gesundheitssystem verursacht werden und es damit zu einer unerwünschten Überschreitung der vom Bundesrat gesetzten 4%-Grenze bei den effektiven Gesamtkosten im ambulanten ärztlichen Bereich kommt. Bedauerlicherweise haben die Tarifpartner innerhalb der gesetzten Frist weder ein gemeinsames Konzept betr. die 4%-Obergrenze noch eine gemeinsame Absichtserklärung eingereicht. Aus diesen Gründen sind die folgenden Aufforderungen im Rahmen der dynamischen Kostenneutralität zu beachten:

i. Die maximale jährliche Steigerung der effektiv abgerechneten Gesamtkosten im niedergelassenen und im spitalambulanten Bereich im Leistungsumfang der ambulanten ärztlichen Behandlungen (inkl. verabreichte Arzneimittel, Verbrauchsmaterialien und Implantate und abgerechnete resp. veranlasste Analysen) beträgt 4%. Das Referenzjahr ist 2025. Die Obergrenze bezogen auf den Anstieg der effektiven Gesamtkosten hat Vorrang vor der risikoadjustierten Obergrenze in Anhang E und gilt unabhängig von allfälligen Anpassungen der Risikoadjustierung durch den Verwaltungsrat der OAAT AG.

ii. Wird der Wert von 4% überschritten, müssen unter Berücksichtigung des Verursacherprinzips (insbesondere unter Berücksichtigung der Grundversorgung) Korrekturmassnahmen ergriffen werden. Die Korrekturmassnahmen dürfen die Verbesserungen zugunsten der Grundversorgung nicht rückgängig machen. Die Grundversorgung darf zudem nicht durch Korrekturmassnahmen für Kostensteigerungen belastet werden, die durch andere Fachgebiete oder durch Spitäler verursacht werden.

iii. Die von den Tarifpartnern ergriffenen Korrekturmassnahmen dürfen zudem Regionen mit weiter fortgeschrittener Ambulantisierung nicht benachteiligen.

iv. Die Ergebnisse des Monitorings im Rahmen der dynamischen Kostenneutralität sind in einem ausführlichen Bericht gemäss Aufforderungen im Schreiben des Bundesrates an die Tarifpartner vom 30. April 2025 unter Ziffer 7.5 festzuhalten. Zusätzlich zu den Aufforderungen im Schreiben des Bundesrates an die Tarifpartner vom 30. April 2025 unter Ziffer 7.5 sind folgende Bereiche systematisch zu beobachten und bei Bedarf geeignete Korrekturmassnahmen für eine der nachfolgenden Tarifversionen vorzuschlagen:

- die Grundversorgung (insgesamt und nach Fachrichtung aufgeschlüsselt), einschliesslich der Kinder- und Jugendmedizin sowie der Psychiatrie;
- die ärztliche und nichtärztliche Betreuung und Überwachung, insbesondere im Kapitel WG von TARDOC;
- die Palliative Care gemäss Kapitel AA.21 von TARDOC;
- die Auswirkungen der erweiterten Abrechnungsmöglichkeiten für nichtärztliche Leistungen, in der Kinder- und Jugendmedizin sowie im Kapitel EA «Psychiatrie» von TARDOC;
- die Kostenentwicklung in der medizinischen Bildgebung, gesondert nach Region, Fachgebiet und versicherter Person.

Der Bericht ist dem Bundesrat jährlich - erstmals im 2027 - vorzulegen, mit Kopie an den Preisüberwacher.

v. Folgende Bedingungen müssen für die vom Bundesrat festzulegende Beendigung der Phase der dynamischen Kostenneutralität kumulativ erfüllt sein:

- Bundesrätliche Genehmigung und Einführung eines Patientenpauschaltarifs, der mindestens 34% der Bruttoleistungen, (entspricht der Version 0.3) umfasst. Die massgeblichen Bruttoleistungen (100%) umfassen die im entsprechenden Jahr abgerechneten Leistungen gemäss Patientenpauschalen sowie gemäss TARDOC inkl. die von Ärzten/Spitalambulatorien verabreichten Arzneimittel, Verbrauchsmaterialen und Implantate und abgerechneten resp. veranlassten Analysen.
- Umsetzung der folgenden Konzepte zur Behebung der materiellen Mängel von TARDOC gemäss Prüfbericht des BAG vom 19. November 2020 im Rahmen der OAAT AG: Prioritäre Minutagenerhebungen, Empirische Erhebung der ärztlichen Produktivität, Evaluation der ärztlichen Jahresarbeitszeit und des Referenzeinkommens, Revision der Kostenmodelle und des SUK-Satzes (Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit bei den im Kostenmodell- KOREG verwendeten Spartenbetriebszeiten sowie empirische Feststellung des SUK Satzes (sofern infolge Einführung der Pauschalen nicht obsolet)).
- Genehmigung eines Tarifvertrags, der Massnahmen zur Überwachung der Kosten nach Artikel 47c KVG vorsieht.

5. Mit dem nächsten Genehmigungsantrag (**Tarifversion 2028**) werden die Tarifpartner und die OAAT AG zudem aufgefordert:

5.1 die Beitritts- und Rücktrittsmodalitäten sowie die Höhe des von Nichtmitgliedern zu leistenden Beitrags an die Unkosten des Vertragsabschlusses und der Durchführung im Tarifvertrag zu regeln. Dem Genehmigungsantrag sind die Berechnungsgrundlagen und die erforderlichen

Nachweise beizulegen, damit die Angemessenheit dieser Beiträge nach Artikel 46 Absatz 2 KVG überprüft werden kann.

5.2 die Leistungen zu präzisieren, für die detailliertere Diagnosecodes erforderlich sind, um eine effiziente Rechnungskontrolle zu ermöglichen. Mit dem Schreiben des BAG vom 17. Dezember 2025 wurden die Tarifpartner aufgefordert, rasch eine datenschutzkonforme Lösung auszuarbeiten. Da keine neue Vereinbarung getroffen wurde, muss der Detaillierungsgrad der in den Rechnungen anzugebenden Diagnosecodes noch festgelegt werden.

5.3 ab 2027, gemäss dem Rundschreiben des BAG vom 19. Februar 2026, die Indikationscodes der Arzneimittel auf den Rechnungen anzugeben[1].

5.4 zu prüfen, ob zusätzliche Massnahmen zur Verbesserung der Verständlichkeit der Rechnungen im Sinne von Artikel 42 Absatz 3 KVG in Verbindung mit Artikel 59 Absatz 4 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) ergriffen werden können.

5.5 den im Normierungskonzept festgelegten Mechanismus zur Begrenzung von Volumenverschiebungen zwischen TARDOC und den Ambulanten Pauschalen anhand der ersten Erfahrungen mit der Anwendung des Gesamt-Tarifsystems zu überprüfen und zu beurteilen, ob dieser Verteilungsmechanismus auch in den Folgeversionen des Gesamt-Tarifsystems weiterhin erforderlich ist.

6. Die Tarifpartner werden aufgefordert, dem Bundesrat bis zum **30. April 2027** einen Antrag zur Genehmigung der nächsten Tarifversion über den ambulanten ärztlichen Einzelleistungstarif und den ambulanten ärztlichen Patientenpauschaltarif sowie den entsprechend angepassten Tarifvertrag für die Einführung per 1. Januar 2028 zu unterbreiten. Genehmigungsgesuche für neue Tarifversionen sind mit einer vollständigen Dokumentation dem Bundesrat zu übermitteln. Für die Überprüfung der Gesetzesmässigkeit der Tarifstrukturen sind die verwendeten Grundlagen sowie Erläuterungen zur Berechnung der Taxpunkte und zu den Anwendungsregeln sowie Schätzungen der finanziellen Auswirkungen pro Sektor (Spital/Niedergelassener Bereich) sowie pro Spitalkategorie und Fachbereich im niedergelassenen Bereich dem Gesuch beizufügen. Eine verspätete oder unvollständige Einreichung des Gesuchs kann den Entscheid des Bundesrates entsprechend verzögern.

7. Die Tarifpartner werden abschliessend daran erinnert, dass Vergünstigungen beim Bezug von Arzneimitteln nach Artikel 56 Absatz 3 KVG an die versicherten Personen bzw. an die Versicherer weiterzugeben sind.

III. Fazit

Angesichts der vorstehenden Ausführungen und im Einklang mit den bisherigen Entscheiden des Bundesrates wird das Gesamt-Tarifsystem grundsätzlich **bis zum 31. Dezember 2028** genehmigt, wobei einzelne Einschränkungen der Genehmigung erforderlich sind. Zudem werden Aufforderungen an die Tarifpartner formuliert, damit die Folgeversionen des Gesamt-Tarifsystems auf solideren methodischen Grundlagen beruhen, den gesetzlichen Anforderungen noch besser entsprechen und eine kohärente und transparente Weiterentwicklung des Gesamt-Tarifsystems ermöglichen.

Es wird erwartet, dass die Tarifpartner unter Einbezug der OAAT AG die vom Bundesrat erteilten Aufträge verbindlich priorisieren und konzeptionelle Grundlagenarbeiten gegenüber isolierten Einzelanpassungen vorziehen. Ebenso sind «Klarstellungen» auf die Anwendung des genehmigten Tarifs notwendigen Auslegungen zu begrenzen und dürfen keine materiellen Änderungen der tariflichen Bewertung, der Leistungsinhalte oder der Abrechnungsmöglichkeiten bewirken. Die verlangten Roadmaps sollen die zeitgerechte Umsetzung der Anforderungen des Bundesrates und die dafür vorgesehenen Meilensteine

[1] https://www.bag.admin.ch/ > Versicherungen > Krankenversicherung > Leistungen und Tarife > Arzneimittel > Mitteilungen zur Spezialitätenliste

aufzeigen. Sollten die laufenden Entwicklungsprozesse dem nicht gerecht werden, ist deren Organisation und Prioritätensetzung grundlegend zu überprüfen; gegebenenfalls sind nachrangige Einzelarbeiten vorübergehend zu unterbrechen.

Da keine Vereinbarung vorliegt, welche die Einhaltung der Kostenneutralität sicherstellt, wird das EDI (BAG) parallel dazu die Vorbereitungsarbeiten für einen subsidiären Eingriff des Bundesrates aufnehmen (Art. 43 Abs. 5bis KVG). Damit soll sichergestellt werden, dass bei einer Überschreitung der für den ambulanten ärztlichen Bereich festgelegten Obergrenze des jährlichen Kostenanstiegs von 4% möglichst rasch eingegriffen werden kann.

Wir bitten Sie, den Aufforderungen des Bundesrates nachzukommen.

Die Kantone werden über den Entscheid des Bundesrates ebenfalls informiert.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Schweizerischen Bundesrates

Guy Parmelin
Bundespräsident

Viktor Rossi
Bundeskanzler

Geht an:

- FMH, Elfenstrasse 18, 3000 Bern 16, info@fmh.ch
- H+ Ihre Spitäler, Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern, geschaeftsstelle@hplus.ch
- prio,swiss, Waisenhausplatz 25, 3011 Bern, info@prio.swiss

Kopie an:

- Eidg. Departement des Innern, Inselgasse 1, 3003 Bern, geschaeftsplanung@gs-edi.admin.ch
- OAAT Organisation ambulante Arzttarife AG, Seilerstrasse 3, 3011 Bern, info@oaat-otma.ch
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), Speichergasse 6, 3001 Bern, office@gdk-cds.ch
- MTK, Medizinaltarif-Kommission UVG, Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, info@mtk-ctm.ch