



An die Adressaten
(gemäss untenstehender Liste)

Bern, 30. April 2025

Genehmigung des Tarifvertrags über den ambulanten ärztlichen Einzelleistungstarif (TARDOC) und den ambulanten ärztlichen Patientenpauschaltarif (Ambulante Pauschalen); Totalrevision der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung

Sehr geehrte Damen und Herren

Im Anschluss an den Entscheid des Bundesrates vom 30. April 2025 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 2026 genehmigt hat. Die Genehmigung ist auf drei Jahre, d.h. **bis 31. Dezember 2028, befristet**. Dieser Tarifvertrag löst die am 19. Juni 2024 vom Bundesrat teilgenehmigten Verträge Grundvertrag KVG zur einheitlichen Tarifstruktur (TARDOC Version 1.3.2) und den Tarifvertrag über den ambulanten ärztlichen Patientenpauschaltarif (Ambulante Pauschalen Version 1.0) ab.

Zudem hat der Bundesrat mit Artikel 2 der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung (SR 832.102.5; nachfolgend VATKV) inkl. den Anhängen 1 und 2 ab dem 1. Januar 2026 die bisher von ihm festgelegte Tarifstruktur aufgehoben. Mit der Aufhebung von Artikel 2 VATKV entfällt auch die rechtliche Grundlage für die Regelung zur Anpassung von Tarifstrukturen. Aus diesen Gründen wird die VATKV einer Totalrevision unterzogen. Darüber hinaus ist Artikel 3 der Verordnung gegenstandslos geworden, da Informationsanforderungen bereits durch Artikel 47b Absatz 1 KVG und 59f Absatz 1 KVV abgedeckt sind. Künftig regelt die Verordnung ausschliesslich die Festlegung der Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen, die vom Bundesrat am 18. Oktober 2017 festgelegt wurde und seit dem 1. Januar 2018 in Kraft ist.



Der Entscheid des Bundesrates beruht im Wesentlichen auf folgenden Erwägungen:

I. Ausgangslage

Am 19. Juni 2024 hat der Bundesrat gestützt auf Artikel 46 Absatz 4 i.V.m. Artikel 43 Absatz 5 KVG per 1. Januar 2026 zwei Teilgenehmigungen vorgenommen. Dies betraf einerseits den Grundvertrag KVG zu TARDOC 1.3.2 zwischen der FMH und curafutura, inklusive dem Anhang «Gesamtnomenklatur»; und andererseits den Tarifvertrag betr. die Ambulanten Pauschalen 1.0 zwischen H+ und santésuisse, inklusive acht Kapitel der Tarifstruktur in Anhang A. Sämtliche Bestimmungen und Anhänge in den Tarifverträgen, die die Abgrenzung und Abstimmung der beiden Tarifwerke, die kostenneutrale Einführung beider Tarifstrukturen, deren Pflege und Weiterentwicklung sowie die praktische Anwendung betreffen, wurden dagegen nicht genehmigt. Die beiden Tarifstrukturen, die getrennt voneinander entwickelt wurden, mussten noch besser aufeinander abgestimmt werden. Mit Schreiben des Bundesrates vom 19. Juni 2024 (nachfolgend Schreiben BR) wurden die Tarifpartner über einen genauen Katalog der Vorgaben informiert, die für die gleichzeitige und koordinierte Einführung von TARDOC und der Ambulanten Pauschalen erfüllt werden mussten. Um TARDOC und die Ambulanten Pauschalen am 1. Januar 2026 gleichzeitig einführen zu können, mussten die Tarifpartner dem Bundesrat bis zum 1. November 2024 einen gemeinsamen Tarifvertrag mit Koordinationsregeln vorlegen.

II. Inhalt der Genehmigung

Nach Artikel 43 Absatz 5 und Artikel 46 Absatz 4 KVG haben die Tarifpartner FMH, H+, curafutura und santésuisse am 31. Oktober 2024 einen neuen Tarifvertrag betreffend TARDOC und die Ambulanten Pauschalen unterzeichnet und diesen dem Bundesrat eingereicht. Ebenfalls eingereicht wurde eine Begleitvereinbarung zu den neuen ambulanten Tarifen TARDOC und Ambulante Pauschalen vom 31. Oktober 2024, abgeschlossen zwischen H+, FMH, santésuisse, curafutura und der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK). Diese enthält Bestimmungen zur Weiterentwicklung der Ambulanten Pauschalen nach ihrer Einführung und zur verursachergerechten Gewährleistung der dynamischen Kostenneutralität insbesondere bei der Grundversorgung. Sie regelt auch den Einbezug der Fachgesellschaften.

Der Tarifvertrag vom 31. Oktober 2024 wurde von den relevanten Tarifpartnern H+, FMH, curafutura und santésuisse abgeschlossen, womit die Vorgabe des Bundesrates erfüllt ist. Anfang 2025 nahm der neue Branchenverband prio.swiss seine Tätigkeit auf und soll die Aufgaben der bisherigen Verbände curafutura und santésuisse übernehmen. prio.swiss sei auf Seiten der Versicherer unter anderem für die Verhandlung, Pflege und Weiterentwicklung der Tarifstrukturen der OKP zuständig. prio.swiss ist dabei aus der Umfirmierung von curafutura hervorgegangen und hat automatisch alle Rechte und Pflichten von curafutura übernommen. santésuisse hat zudem bestätigt, dass sämtliche Rechte und Pflichten



aus dem Tarifvertrag über die Tarifstrukturen TARDOC und Ambulante Pauschalen an prio.swiss übertragen wurden. Damit tritt prio.swiss anstelle von curafutura und santésuisse als Partei in den Tarifvertrag ein.

Der Tarifvertrag entspricht mehrheitlich den Anforderungen des Gesetzes und den Vorgaben des Bundesrates vom 19. Juni 2024. Dennoch besteht in bestimmten Bereichen Nachbesserungsbedarf. Die materielle Analyse des Tarifvertrags hat ergeben, dass verschiedene Vorgaben des Bundesrates nicht vollständig erfüllt wurden. Es bedarf weiterer Arbeiten, um die Einhaltung der gesetzlichen Anforderungen zu gewährleisten. Zudem weisen die beiden Tarifstrukturen in sich materielle Mängel auf, die nach ihrer Einführung behoben werden müssen. Der Bundesrat hat daher zu den einzelnen Punkten Beschlüsse gefällt und Vorgaben definiert, die unter Ziffer III nachfolgend aufgeführt sind. Diese sind von den Tarifpartnern in Zusammenarbeit mit der Organisation ambulante Arzttarife AG (OAAT AG) umzusetzen.

III. Beschlüsse und Vorgaben des Bundesrates

1. *Ziffer 6 von Teil II «Allgemeines» des Tarifvertrags ist gesetzeskonform auszulegen:* Im Teil II Allgemeines unter Ziffer 6 des Tarifvertrags wird beschrieben, dass die Leistungserbringer durch eine schriftliche Erklärung aus dem Tarifvertrag über die Tarifstrukturen austreten können. Hingegen fehlt der Hinweis auf die in Artikel 46 Absatz 5 KVG vorgesehene Frist von mindestens 6 Monaten. Die Tarifpartner werden aufgefordert, die Regelung zu Kündigung und Rücktritt unter Berücksichtigung der im Artikel 46 Absatz 5 KVG festgelegten Mindestfrist von sechs Monaten zu interpretieren.
2. *Nicht genehmigt werden Ziffer 5 Absatz 5 und Ziffer 6 Absatz 3 von Teil II «Allgemeines des Tarifvertrags»:* Nach Artikel 46 Absatz 2 KVG ist ein Verbandsvertrag nur dann für die Mitglieder eines Verbandes verbindlich, wenn sie diesem beigetreten sind. Sie können auch wieder zurücktreten. Für die Versicherer wird hingegen weder ein Beitritts- noch ein Rücktrittsverfahren vorgesehen, dies mit dem Hinweis darauf, dass die Tarifstruktur mit der Genehmigung durch den Bundesrat verbindlich anwendbar ist. Dies ist indessen nicht gleichzusetzen mit einem Vertragsbeitritt. Die Tarifpartner werden aufgefordert, vor der Einführung der neuen Tarife ein Beitritts- und ein Rücktrittsverfahren für die Versicherer einzurichten.
3. *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:* Die Tarifpartner haben eine Bestätigung der Tarifversionen einschliesslich der aktuellen Versionen der Kataloge (TARDOC Version 1.4b und Ambulante Pauschalen Version 1.1b) eingereicht. Diese Versionen wurden vom Bundesrat genehmigt. Der Bundesrat hat festgestellt, dass diese Kataloge keine Positivliste darstellen, da nach Artikel 25 Absatz 2 in Verbindung mit Artikel 33 Absatz 1 KVG für ärztliche Leistungen keine abschliessende Aufzählung der Pflicht- oder Nichtpflichtleistungen vorgesehen ist (Vertrauensprinzip). Ebenso ist es möglich, dass



eine aufgeführte Leistung mangels Pflichtleistungscharakter von der OKP nicht übernommen wird.

4. *Ziffer 2 von Teil III «Einführung Tarifstruktur und Tarifinterpretationen»*: Es fehlen hier wesentliche Bestimmungen zur Antragstellung, Fristen und Abläufe, Entscheidungsfindung und Beteiligung der Vertragspartner. Diese Lücke kann zu Unsicherheiten in der praktischen Umsetzung führen. Die Tarifpartner werden deshalb aufgefordert, die Verfahrensvorgaben zur Tarifinterpretation sowie die Regelung der an die OAAT AG delegierten Aufgaben und ihrer konkreten Kompetenzen verbindlich festzulegen und umzusetzen.
5. *Teil VII «Qualität» des Tarifvertrags*: Die Tarifpartner werden aufgefordert, für den ambulanten ärztlichen Bereich eine gesamtschweizerische Vereinbarung über die Qualitätsentwicklung (Qualitätsvereinbarung) gemäss Artikel 58a KVG abzuschliessen und diese Vereinbarung dem Bundesrat spätestens gleichzeitig mit dem nächsten Antrag auf Genehmigung der neuen Versionen der Tarifstrukturen zur Genehmigung vorzulegen.
6. *Teil VIII «Sicherstellung der statischen Kostenneutralität und Preisbildung im Zeitpunkt der Einführung der Tarifstrukturen» des Tarifvertrags sowie Anhang I «Startpreise»*:
 - 6.1. Zur Sicherstellung der statischen Kostenneutralität werden namentlich die Taxpunkte beider Tarifstrukturen normiert, damit sich bei Anwendung der bisherigen Taxpunktwerte des TARMED keine Mehrkosten ergeben (Tarifvertrag, Teil VIII, Ziffer 2, Absatz 2). Ärztliche Leistungen, die im TARMED über keine äquivalenten Tarifpositionen verfügen, sind jedoch in der Simulation des Leistungsvolumens von TARDOC weiterhin ohne Volumen versehen. Dies entspricht nicht den Anforderungen des Bundesrates (Schreiben BR, Ziff. 2c 2.2.2). Die OAAT AG geht in Übereinstimmung mit den jeweiligen Fachgesellschaften davon aus, dass die Leistungen seit 2018 über sogenannte Analogiepositionen verrechnet werden und somit deren Volumen bereits im Gesamtvolumen integriert ist. Mit dem Genehmigungsantrag wurde jedoch keine konkrete Analyse vorgelegt, die belegt, dass die betroffenen Leistungen bereits vollständig über TARMED-Analogiepositionen abgerechnet werden und die entsprechenden Positionen in TARDOC gleich oder zumindest sehr ähnlich hoch tarifiert sind. Darüber hinaus erfolgte die Schätzung des Normierungsfaktors (NF) auf der Basis von Individualdaten von drei Krankenversicherern (die insgesamt nur 20% der Versicherten repräsentieren). Es besteht also weiterhin Unsicherheit darüber, ob die statische Kostenneutralität gewährleistet ist. Angesichts dessen sind die Tarifpartner aufgefordert, die Entwicklung der Kosten und Mengen der Leistungen im TARDOC, die im TARMED über keine äquivalente Tarifposition verfügen, im Rahmen der Kostenneutralität eng zu überwachen.
 - 6.2. Nicht genehmigt werden Ziffer 3 von Teil VIII des Tarifvertrags sowie Anhang I «Startpreise». Die Vorgabe des Bundesrates, dass die Taxpunkt-



werte (TPW) für TARDOC bei Inkraftsetzung unverändert bleiben (Schreiben BR, Ziff. 2c 2.2.4), führte im Tarifvertrag zur Aufnahme einer Aufforderung an die Leistungserbringer und Versicherer, die TPW des Jahres 2025 auch im Einführungsjahr 2026 fortzuführen (Tarifvertrag, Teil VIII, Ziffer 3, Absatz 1). Bei Nichteinigung über die Fortführung der TPW des Jahres 2025 werden die TPW für das Jahr 2026 auf der Basis von Kostendaten gemäss der Methode im Anhang I «Startpreise» berechnet (Tarifvertrag, Teil VIII, Ziffer 3, Absatz 2). Gemäss dieser Methode wird der Startpreis mit den Bedingungen berechnet, dass der TPW der Einzelleistungstarifstruktur dem im Jahr 2025 im Vertragsraum angewendeten TPW entspricht und dass die Einnahmen der Leistungserbringer im Anwendungsbereich der Ambulanten Pauschalen unverändert bleiben sollen (Ertragsneutralität). Der damit berechnete Startpreis im Vertragsraum gilt für beide Tarifstrukturen. Bei Tarifvertrag, Teil VIII, Absatz 1 von Ziffer 3 handelt es sich um eine Aufforderung an die Tarifpartner, bei Absatz 2 von Ziffer 3 um eine Empfehlung. Sowohl die Aufforderung als auch die Empfehlung richten sich an alle Leistungserbringer und alle Versicherer in der Schweiz.

Weder mit der Aufforderung in Absatz 1 noch mit der Empfehlung in Absatz 2 wird der Taxpunktwert jedoch verbindlich bestimmt. Damit fehlt es an den essentialia negotii für die Bestimmung des Taxpunktwertes, da der notwendige Mindestinhalt, den ein Tarifvertrag haben muss und über den die Parteien einig sein müssen, nicht gegeben ist. Es handelt sich folglich nicht um Vereinbarung über einen Taxpunktwert. Teil VIII, Ziffer 3, Absätze 1 und 2 sowie Anhang I des Tarifvertrags können daher nicht vom Bundesrat genehmigt werden.

- 6.3. Grundsätzlich ist ausserdem zu beachten, dass der vorgesehene Methodenmix (TPW des Jahres 2025 oder berechneter TPW gemäss Anhang I) die Gefahr birgt, dass die Leistungserbringer, die für sie wirtschaftlich vorteilhaftere Methode wählen. Die im Anhang I vorgesehene Methode zur Berechnung der TPW kann zu höheren TPW als im Jahr 2025 führen. Diejenigen Akteure, die davon profitieren würden, die TPW des Jahres 2025 beizubehalten, könnten dies tun, während die anderen die nach Anhang I berechneten TPW bevorzugen könnten. In diesem Fall würde man von einem «Preiseffekt» sprechen. Die Tarifpartner sind daher aufgefordert grundsätzlich die TPW des Jahres 2025 zum Zeitpunkt der Einführung der beiden Tarifstrukturen unverändert zu lassen. Als TPW 2025 gelten die per 1. Januar 2025 gültigen TPW. Im Falle einer Erhöhung der TPW infolge der Anwendung des Anhangs I muss die entsprechende Kostensteigerung in die Berechnungen der dynamischen Kostenneutralität einfließen.
- 6.4. Die zuständigen kantonalen Behörden haben im Rahmen der Genehmigung oder allenfalls Festsetzung der TPW darauf zu achten, dass nicht gleichzeitig mit der Einführung der neuen Tarife ein ungerechtfertigter Anstieg der Kosten einhergeht.



7. Teil IX «Monitoring und Sicherstellung der dynamischen Kostenneutralität» des Tarifvertrags sowie Anhängen D «Monitoring» und E «Dynamische Kostenneutralität»:

- 7.1. Anhang D regelt namentlich das unbefristete Monitoring von TARDOC und den Ambulanten Pauschalen. Er definiert die Messgrössen, die im Rahmen der dynamischen Kostenneutralität anzuwenden sind. Diese entsprechen jenen aus dem Monitoringkonzept der Ambulanten Pauschalen Version 1.0. Die vom Bundesrat geforderten Vorgaben zur Vereinheitlichung der Methode zur Sicherstellung der statischen und dynamischen Kostenneutralität (vgl. Schreiben BR, Ziff. 2c 2.1) werden eingehalten.

Festzustellen ist jedoch, dass Anhang D die Anforderungen von Artikel 47c KVG derzeit nicht vollständig erfüllt – insbesondere fehlen verbindliche Korrekturmassnahmen bei ungerechtfertigten Entwicklungen in Menge und Volumen. Auch die Methode zur Überwachung der quantitativen Entwicklung einzelner Leistungspositionen (Art. 47c Abs. 4 Bst. a KVG) ist nicht hinreichend spezifiziert. Daher wird Anhang D in der vorliegenden Genehmigung lediglich als Instrument zur Sicherstellung der dynamischen Kostenneutralität betrachtet. Die Tarifpartner werden daher darauf hingewiesen, dass das Monitoring nach Artikel 47c KVG auch die langfristige Überwachung und Korrektur auf Ebene einzelner Leistungspositionen sicherstellen muss.

- 7.2. Gemäss Anhang E des Tarifvertrags dauert die dynamische Kostenneutralitätsphase mindestens drei Jahre und wird anschliessend fortgeführt bis die Vorgaben des Bundesrates zur Beendigung dieser Phase erfüllt sind (Behebung der materiellen Mängel in TARDOC gemäss Prüfbericht des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), Einführung langfristige Überwachung der Kosten nach Artikel 47c KVG, Erweiterung Anwendungsbereich Ambulante Pauschalen auf 34% der Bruttoleistungen) verlängert. Es ist vorgesehen, dass die Entwicklung des Kostenvolumens auf der Grundlage von Indexwerten basierend auf dem Referenzjahr 2025 ermittelt wird. Wenn der für ein bestimmtes Jahr berechnete Indexwert über der Obergrenze der Indexwerte (1.5 Prozentpunkten pro Jahr) oder unter der Untergrenze der Indexwerte (-1 Prozentpunkten pro Jahr) liegt, sind Korrekturmassnahmen vorgesehen, um das Kostenvolumen wieder in den vereinbarten Entwicklungsbereich zu bringen. Erste Korrekturmassnahmen im Rahmen der dynamischen Kostenneutralität (Kompensationsphase) sind erst ab 2028 vorgesehen. Dies entspricht einem Grossteil der Anforderungen des Bundesrats (insbesondere Schreiben BR, Ziff. 2c 2.3.2, 2c 2.3.3 und 2c 2.3.5).



- 7.3. Teil IX «Monitoring und Sicherstellung der dynamischen Kostenneutralität» und Anhang D «Monitoring» sowie Anhang E «dynamische Kostenneutralität» entsprechen jedoch nicht vollständig den bundesrätlichen Vorgaben vom 19. Juni 2024. Insbesondere fehlen eine Angabe zum maximal zulässigen Anstieg der Gesamtkosten sowie präzise Angaben dazu, wie Korrekturmassnahmen unter Berücksichtigung des Verursacherprinzips, insbesondere in der Grundversorgung, umgesetzt werden sollen. Zudem wurde die zu verwendende Datenbasis noch nicht festgelegt (Schreiben BR, Ziff. 2c 2.3. und 2c 2.3.4).

Darüber hinaus kann die Berücksichtigung exogener Faktoren in der Berechnung der Kostenneutralität die tatsächliche Kostenentwicklung verschleiern. Im Schreiben vom 19. Juni 2024 hat der Bundesrat ebenfalls festgehalten, dass sich das neue Konzept an den Messgrössen gemäss Punkt 5–7 des Monitoring-Konzepts zum Patientenpauschaltarif («Anhang F: Monitoring-Stelle und Monitoringkonzept») orientieren und die Erkenntnisse der Pilotierung dieser Kriterien berücksichtigen soll (Schreiben BR, Ziff. 2c 2.1).

Aus Sicht des Bundesrates wurden die Erkenntnisse der BSS-Studie vom 23. April 2024 «Monitoring für die Einführung eines neuen ambulanten ärztlichen Tarifsystems – Pilot-Durchführung» jedoch zu wenig berücksichtigt. Nach dieser Studie kann ein grosser Teil der Kostensteigerung durch die Risikoadjustierung gerechtfertigt werden. Daher wären trotz des Konzepts der dynamischen Kostenneutralität erhebliche Kostensteigerungen möglich. Der Bundesrat ging jedoch immer davon aus, dass die dynamische Kostenneutralität bei einer starken Steigerung der tatsächlichen Kosten gelten sollte. Aus diesem Grund soll der jährliche Anstieg der (unbereinigten) Gesamtkosten für ambulante ärztliche Leistungen begrenzt werden. Für die Umsetzung der Anhänge D und E wird deshalb eine zusätzliche Obergrenze für den maximalen jährlichen Anstieg der Gesamtkosten im niedergelassenen und im spitalambulanten Bereich im Leistungsumfang der ambulanten ärztlichen Behandlungen (inkl. verabreichte Arzneimittel, Verbrauchsmaterialien und Implantate und abgerechnete resp. veranlasste Analysen) von 4% festgesetzt. Das Referenzjahr ist 2025. Damit trägt der Bundesrat auch den Erwartungen des Parlaments Rechnung (insb. 24.3466 Postulat der SGK-S, 22.3505 Postulat der SGK-N sowie die 23.4527 Motion Bircher), wonach die statische und dynamische Kostenneutralität strikt gewährleistet sein müssen. Zudem entspricht er dem Willen des Gesetzgebers, die Kostensteigerungen in der OKP einzudämmen, der in den Kostendämpfungspaketen 1a, 1b und 2 (darunter namentlich der Absatz 6 der Übergangsbestimmungen im Paket 2 – siehe auch Ziff. 9.3) zum Ausdruck kommt.

Diese Obergrenze auf die Gesamtkosten von 4% basiert auf dem durchschnittlichen Kostenanstieg pro versicherte Person für ambulante ärztliche Leistungen der letzten 10 Jahre (ca. 2.8% gemäss OKP-Statistik – Kosten-



gruppe «Arzt ambulant» ohne Arzneimittel und «Spital ambulant» inkl. Arzneimittel, aufgerundet auf 3%) sowie der durchschnittlichen Bevölkerungsentwicklung von ca. 1% pro Jahr in den letzten 10 Jahren.

Die Obergrenze bezogen auf den Anstieg der effektiven Gesamtkosten hat Vorrang vor der risikoadjustierten Obergrenze und gilt unabhängig von allfälligen Anpassungen der Risikoadjustierung durch den Verwaltungsrat der OAAAT AG. Dies ermöglicht die Einhaltung eines maximalen Kostenanstiegs gegenüber dem Referenzjahr 2025 von insgesamt +4% für das erste Jahr nach der Einführung, +8% für das zweite Jahr nach der Einführung usw. Wird der Wert von 4% überschritten, müssen Korrekturmassnahmen ergriffen werden. Die Korrekturmassnahmen müssen nach dem Verursacherprinzip erfolgen (d.h. differenziert zwischen Leistungen im spitalambulanten Bereich und im niedergelassenen Bereich, für die Grundversorgung und nach Regionen). Weiter sei bei der Umsetzung der Korrekturmassnahmen im Kontext der Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich (Ambulantisierung) darauf zu achten, dass Kantone, die bereits verstärkt auf ambulante Leistungen setzen, nicht benachteiligt werden. Die Bemühungen dieser Kantone, die ambulante Versorgung weiter auszubauen und zu optimieren, sollen nicht durch pauschale Massnahmen gestraft, sondern wertgeschätzt und unterstützt werden.

- 7.4. Aufgrund dieser Feststellungen sind die Tarifpartner aufgefordert, für das Monitoring im Rahmen der dynamischen Kostenneutralität eine möglichst vollständige Datenbasis zu verwenden.
- 7.5. Die Tarifpartner sind weiter aufgefordert, dem Bundesrat zudem jährlich einen Bericht über die Kostenentwicklung (effektiv und adjustiert) vorzulegen und den Bericht auch dem Preisüberwacher zuzustellen. Dieser Bericht soll aufzeigen:
 - 7.5.1. Die Repräsentativität und Vollständigkeit der Datenbasis im Monitoring;
 - 7.5.2. Die beobachtete Kostenentwicklung pro Sektor (niedergelassener Bereich vs. spitalambulanter Bereich), pro Region und für den Bereich der medizinischen Grundversorgung;
 - 7.5.3. Die Entwicklung besonderer Tarifpositionen, insbesondere der TARDOC-Positionen, die im Rahmen der statischen Kostenneutralität nicht transkodiert wurden, der Positionen im Kapitel AA.30 Inkonvenienzen in der freien Praxis im TARDOC und der Änderungen gegenüber den quantitativen Limitationen, die sich derzeit in TARMED befinden.
 - 7.5.4. Den Beitrag der Ambulantisierung und der anderen einzelnen exogenen Faktoren zur Adjustierung.
- 7.6. Korrekturmassnahmen mit External Factors sind vorzusehen, wenn der jährliche Anstieg der risikoadjustierten Kosten (niedergelassener Bereich



vs. spitalambulanter Bereich) die im Anhang E des Tarifvertrags vorgesehene maximale jährliche Wachstumsrate pro versicherte Person von 1.5 Prozentpunkten übersteigt oder wenn der Anstieg der effektiven Gesamtkosten im niedergelassenen und im spitalambulantem Bereich im Leistungsumfang der ambulanten ärztlichen Behandlungen abgerechneten ärztlichen Leistungen (inkl. verabreichte Arzneimittel, Verbrauchsmaterialien und Implantate und abgerechnete resp. veranlasste Analysen) über 4% liegt. Diese Obergrenze von 4% hat Vorrang vor der risikoadjustierten Obergrenze und gilt unabhängig von allfälligen Anpassungen der Risikoadjustierung durch den Verwaltungsrat der OAAT AG. Die Korrekturmassnahmen haben nach dem Verursacherprinzip zu erfolgen (d.h. differenziert zwischen Leistungen im spitalambulantem Bereich und im niedergelassenen Bereich, für die Grundversorgung und nach Regionen). Dabei sind die unterschiedlichen regionalen Fortschritte in der angestrebten Ambulantisierung zu berücksichtigen. Die erste Korrektur bei Überschreiten des Korridors (unter Berücksichtigung des Taxpunkt volumens und der TPW) erfolgt spätestens zwei Jahre nach Inkraftsetzung.

- 7.7. Die Tarifpartner sind zudem aufgefordert sicherzustellen, dass Korrekturmassnahmen mit External Factors (oder andere Korrekturmassnahmen im Rahmen der dynamischen Kostenneutralität) nicht über Taxpunktwerterhöhungen finanziell kompensiert werden. Dazu gehört auch, dass es keine nach Fachgebieten differenzierten TPW geben sollte, da sie die in der Tarifstruktur (einschliesslich External Factors) vorgesehenen Relationen zwischen den Tarifpositionen verändern würden. Berechtigte Erhöhungen der TPW bleiben weiterhin möglich.
8. Folgende Bedingungen müssen für die vom Bundesrat festzulegende Beendigung der Phase der dynamischen Kostenneutralität kumulativ erfüllt sein:
 - 8.1. 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, Verbrauchsmaterialien und Implantate und abgerechneten resp. veranlassten Analysen.
 - 8.2. Umsetzung der folgenden Konzepte zur Behebung der materiellen Mängel von TARDOC gemäss Prüfbericht BAG vom 19. November 2020 im Rahmen der OAAT AG:
 - 8.2.1. Prioritäre Minutagenerhebungen
 - 8.2.2. Empirische Erhebung der ärztlichen Produktivität
 - 8.2.3. Evaluation der ärztlichen Jahresarbeitszeit und des Referenzeinkommens



- 8.2.4. 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))
 - 8.3. Genehmigung eines Vertrags zur langfristigen Überwachung der Kosten nach Artikel 47c KVG durch den Bundesrat.
 9. Die Begleitvereinbarung zu den neuen ambulanten Tarifen TARDOC und Ambulante Pauschalen vom 31. Oktober 2024, abgeschlossen zwischen H+, FMH, santésuisse, curafutura und der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) wird als Bestandteil des Tarifvertrags genehmigt. Der Bundesrat fordert die Tarifpartner auf, die darin vorgesehenen Massnahmen umzusetzen, und ihm **bis zum 28. Februar 2026** ein entsprechendes Genehmigungsgesuch der neuen Versionen der Tarifstrukturen für eine Einführung per 1. Januar 2027 zu unterbreiten.
 - 9.1. Der Bundesrat fordert die Tarifpartner insbesondere auch auf, sich bei der Umsetzung der separaten Steuerung der Grundversorgung nach Ziffer 8 der Begleitvereinbarung auf die darin erwähnten Punkte zu beschränken. Die dazu entwickelte Methode muss dem Bundesrat spätestens mit den nächsten Versionen der Tarifstrukturen vorgelegt werden.
 - 9.2. Die Ambulanten Pauschalen Version 1.1b, die am 1. Januar 2026 in Kraft treten sollen, werden gemäss Begleitvereinbarung bereits im Jahr 2025 durch die OAAT AG sowie die Tarifpartner überprüft und bei Bedarf überarbeitet. Ziel sei, eine überarbeitete Fassung per 1. Januar 2027 in Kraft zu setzen. Die Überarbeitung erfolgt im Einklang mit den Modalitäten gemäss Ziffern 1–3 der eingereichten Begleitvereinbarung, die auch den Einbezug der Fachgesellschaften regelt. Die Bedenken, die von einigen medizinischen Fachgesellschaften gegenüber den Ambulanten Pauschalen geäussert worden, sind (insbesondere hinsichtlich der mangelnden medizinischen Homogenität und der Berücksichtigung der Pathologieleistungen) daher ernst zu nehmen und sind von der OAAT AG zeitnah zu untersuchen. Die betroffenen medizinischen Fachgesellschaften müssen konsultiert werden.

Mit der Überarbeitung der Pauschalen soll erreicht werden, dass die Pauschalen sowie die Kostenkomponenten (insb. Pathologie; Arzneimittel; Medizinprodukte, Implantate und Verbrauchsmaterialien; Laborleistungen) möglichst sachgerecht abgebildet sind und eine hohe Kostenhomogenität aufweisen. Wo nötig und sinnvoll, können dazu auch Anpassungen bei der Bildung von bestimmten Fallgruppen vorgenommen werden (bspw. genauere Differenzierung der Pauschalen aufgrund der Komplexität oder des Schweregrads der Fälle).



Nach dieser ersten Phase soll der Anwendungsbereich der ambulanten Pauschalen erweitert werden. Die Phase der dynamischen Kostenneutralität wird andauern, bis die Ambulanten Pauschalen 34% der Bruttoleistungen des ambulanten ärztlichen Bereichs umfassen (siehe Ziffer 8.1.).

- 9.3. Artikel 56 Absatz 5 KVG verpflichtet die Tarifpartner, Massnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit und des zweckmässigen Einsatzes von Leistungen vorzusehen. Dies wurde bisher weder systematisch in den Tarifverträgen umgesetzt noch vom Bundesrat eingefordert. Im Rahmen der Kostendämpfungsmassnahmen sowie der Weiterentwicklung der Kosten- und Qualitätsziele gewinnt dieser Artikel jedoch an Bedeutung und wurde entsprechend angepasst. Vor diesem Hintergrund ist zudem auf die Übergangsbestimmung zur Änderung vom 21. März 2025 des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2, BBI 2025 1108) hinzuweisen: Gemäss Absatz 6 wird der Bundesrat beauftragt, die nationale ambulante Tarifstruktur dahingehend zu ändern, dass eine Höchstgrenze für die pro Arbeitstag verrechenbaren Taxpunkte im ärztlichen Teil festgelegt wird. Dies entspricht den sog. «ärztlichen Leistungen» in der Einzelleistungstarifstruktur (kurz AL). Damit soll verhindert werden, dass Leistungserbringer über den Einzelleistungstarif ein überhöhtes Gesamtvolumen an AL pro Arbeitstag abrechnen, das weder medizinisch noch zeitlich plausibel erscheint. Die Anpassung hat nach Konsultation der Tarifpartner per 1. Januar 2026 zu erfolgen. Da vorliegend die Tarifpartner die Tarifstrukturen vereinbart haben, werden sie aufgefordert, eine Obergrenze für das pro Arbeitstag verrechenbare Taxpunktvolumen der AL in der nächsten Version der Einzelleistungstarifstruktur TARDOC vorzusehen. Dies unter Berücksichtigung des politischen Willens zur Umsetzung kostendämpfender Massnahmen sowie im Lichte der entsprechenden parlamentarischen Vorstösse.
10. Für die mittelfristige Weiterentwicklung und Erweiterung der Ambulanten Pauschalen sind auch Kostendaten aus den Arztpraxen einzubeziehen. Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sind deshalb aufgefordert, ihrer gesetzlichen Pflicht gemäss Artikel 47a Absatz 5 KVG nachzukommen und der OAAAT 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.
11. Mit künftigen Genehmigungsgesuchen soll eine vollständige Dokumentation übermittelt werden. Diese muss es erlauben, die Gesetzmässigkeit der Tarifstrukturen (inkl. verwendete Grundlagen sowie Erläuterungen zur Berechnung der Taxpunkte und zu den Anwendungsregeln sowie Schätzungen der finanziellen Auswirkungen pro Sektor und Fachbereich) überprüfen zu können.
12. Vor der Einführung der beiden Tarifstrukturen am 1. Januar 2026 werden die Tarifpartner zudem aufgefordert:



- 12.1. Die Entwicklung des EDV-Systems abzuschliessen und dieses System den Nutzern zur Verfügung zu stellen. Das EDV-System spielt eine wichtige Rolle sowohl bei der Verwaltung medizinischer und administrativer Daten, bei der Kodierung und Leistungserfassung als auch bei einer automatischen und standardisierten Abrechnung gemäss KVG-Bestimmungen und Tarifverträgen. Darüber hinaus erleichtert es den sicheren Datenaustausch mit den Versicherern;
 - 12.2. Die vertraglichen Regelungen für die Übermittlung und Verarbeitung von Prozeduren- und Diagnosedaten (im Anhang C «Richtlinien zur Kodierung» und Anhang H «Rechnungsstellung und Datenaustausch) gesetzeskonform auszulegen. Pseudonymisierung, Verschlüsselung und Datensicherheit müssen konsequent mit den Vorgaben des Bundesgesetzes über den Datenschutz (DSG; SR 235.1) und des KVG als auch der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) 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 Tessiner-codes (endständig) oder eine Diagnose anhand des ersten Buchstabens der ICD-10-GM anzugeben;
 - 12.3. Die vertraglichen Regelungen zur qualitativen Dignität sind gesetzeskonform auszulegen. Die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen zur Zulassung von Leistungserbringern als auch die Festlegung der Höchstzahlen von Ärztinnen und Ärzten durch die Kantone (Art. 36 und 55a KVG) sind dabei zu gewährleisten. Insbesondere müssen die Tarifpartner den Kantonen auf Anfrage die Informationen über die qualitative Dignität und die Besitzstandswahrung zur Verfügung stellen, die für die Erfüllung der in den genannten Artikeln festgelegten gesetzlichen Aufträge notwendig sind (vgl. Art. 55a Abs. 4 KVG). Dabei müssen die Tarifpartner und die Kantone sicherstellen, dass der Datentransfer, dem im DSG festgelegten gesetzlichen Rahmen entspricht;
 - 12.4. Die Gründung und Aktivierung der genannten Gremien bis zur Einführung der beiden Tarifstrukturen sicherzustellen, um die vollständige Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Bestimmungen zu gewährleisten.
13. Nach der Einführung der beiden Tarifstrukturen am 1. Januar 2026 sind die Tarifpartner ausserdem aufgefordert:
- 13.1. Die Möglichkeit der Verwendung des CHOP-Katalogs (Schweizerische Operationsklassifikation) für die Kodierung der ambulanten ärztlichen Leistungen zu überprüfen. Klassifikationen dienen nicht nur der Tarifierung, sondern auch der Gesundheitsstatistik, Qualitätssicherung und Versorgungsforschung. Um aussagekräftige Vergleiche zu ermöglichen, sollten sie etabliert, einheitlich und regelmässig aktualisiert werden können;



13.2. Die Definitionen und Anwendungsmodalitäten im Rahmen der AG «Anwendungsmodalitäten» regelmässig zu überprüfen und die vorgenommenen Klarstellungen in die folgenden Versionen der Tarifstrukturen zu integrieren. Dabei sind insbesondere die Positionen für die Dringlichkeits- und Notfallpauschalen in TARDOC nach dessen Einführung von den Tarifpartnern genau zu verfolgen.

14. Der Bundesrat hat darüber hinaus aufgrund der Anforderungen in Bezug auf die Taxpunktwerte spezifische Empfehlungen an die zuständigen kantonalen Behörden gerichtet.
15. Artikel 59a^{bis} KVV enthält eine Delegationsbestimmung. Die Bestimmung verpflichtet das EDI, für den ambulanten Bereich ausführende Bestimmungen zur Erhebung, Bearbeitung und Weitergabe der Diagnosen und Prozeduren unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips zu erlassen. Da bisher keine ausführenden Bestimmungen zu Artikel 59a^{bis} KVV erlassen wurden, wurde das EDI (BAG) beauftragt eine entsprechende Regelung zu prüfen. Im Rahmen dieser Prüfung wird das EDI (BAG) die Ergebnisse der noch durchzuführenden Datenschutz-Folgenabschätzung (DSFA) gemäss Artikel 22 DSG berücksichtigen, an der das EDI (BAG), die Tarifpartner FMH, H+ und prio.swiss sowie die OAAT AG beteiligt sein werden.

IV. Schlussfolgerung

Mit dem Tarifvertrag vom 31. Oktober 2024 über die Tarifstrukturen TARDOC und Ambulante Pauschalen beabsichtigen die Tarifpartner, ein einheitliches System einzuführen, mit dem TARMED ersetzt werden kann. Mit der Genehmigung dieses Tarifvertrags durch den Bundesrat (inkl. Anhängen A bis H) sind Artikel 2 VATKV sowie der Anhang betreffend die Anpassungen der Tarifstruktur für ärztliche Leistungen (Anhang 1) und der Anhang betreffend schweizerisch einheitliche Tarifstruktur für ärztliche Leistungen (Anhang 2) aufzuheben. Die formale Totalrevision der Verordnung tritt am 1. Januar 2026 zeitgleich mit dem Inkrafttreten des neuen Tarifsystems in Kraft.

Mit der Vorlage des von allen Tarifpartnern unterzeichneten Tarifvertrags vom 31. Oktober 2024 zur Genehmigung wurde ein wichtiger Meilenstein für die Abrechnung der ambulanten ärztlichen Leistungen erreicht. Insbesondere sind die Anstrengungen und Kompromisse hervorzuheben, die die Tarifpartner und die OAAT AG innerhalb von nur wenigen Monaten finden konnten. Allerdings wird das umfassende Tarifsysteem, das aus einem ambulanten ärztlichen Einzelleistungstarif (TARDOC) und dem ambulanten ärztlichen Patientenpauschaltarif (Ambulante Pauschalen) besteht, eine erhebliche Veränderung in der Art und Weise darstellen, wie ambulante ärztliche Leistungen tarifiert und abgerechnet werden. Jede Tarifänderung ist mit Unsicherheiten und unerwarteten Effekten verbunden. Es wird deshalb einerseits das Wohlwollen aller Tarifpartner erfordern, dass sie die Geduld haben, die Effekte der Tarifrevision zu akzeptieren. Andererseits braucht es aber auch die Bereitschaft aller Akteure, rasch Anpassungen vorzunehmen, wenn sich dies als notwendig erweisen sollte.



Angesichts der aktuellen Herausforderungen im Gesundheitswesen bitten wir Sie, den Aufforderungen des Bundesrates nachzukommen.

Die Kantone werden über den Entscheid des Bundesrates ebenfalls informiert.

Mit freundlichen Grüssen

Im Namen des Schweizerischen Bundesrates



Karin Keller-Sutter
Bundespräsidentin



Viktor Rossi
Bundeskanzler

Beilagen:

- Tarifvertrag hinsichtlich Gesamt-Tarifsystem für ambulant erbrachte ärztliche Leistungen bestehend aus TARDOC 1.4b und den Ambulanten Pauschalen 1.1b inkl. Anhänge
- Totalrevision Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung
- Erläuternder Bericht – Totalrevision der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung

Geht an:

- FMH, Elfenstrasse 18, 3000 Bern 16, info@fmh.ch
- H+ Die Spitäler der Schweiz, Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern, geschaeftsstelle@hplus.ch
- prio.swiss, Gutenbergstrasse 14, 3011 Bern, info@prio.swiss

Kopie an:

- Eidg. Departement des Innern (EDI), Inselgasse 1, 3003 Bern, geschaeftsplanung@gs-edi.admin.ch
- OAAT Organisation ambulante Arzttarife AG, Seilerstrasse 3, 3011 Bern, info@oaat-otma.ch
- an die für die Krankenversicherung zuständigen kantonalen Stellen
- 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, office@mtk-ctm.ch