



CH-3003 Bern BAG

POST CH AG

Per E-Mail

An die Adressaten gemäss untenstehender Liste

Aktenzeichen: 735.2-133/16/1/1/1
Bern, 5. November 2025

Genehmigung der Anpassungen und Ergänzungen des Tarifvertrags vom 31. Oktober 2024 über den ambulanten ärztlichen Einzelleistungstarif (TARDOC) und den ambulanten ärztlichen Patientenpauschaltarif (Ambulante Pauschalen): TARDOC Version 1.4c und Ambulante Pauschalen Version 1.1c

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit teilen wir Ihnen mit, dass der Bundesrat anlässlich seiner Sitzung vom 5. November 2025 den Tarifvertrag vom 15. Juli 2025 über die Anpassungen und Ergänzungen des Tarifvertrags über den ambulanten ärztlichen Einzelleistungstarif (TARDOC) und den ambulanten ärztlichen Patientenpauschaltarif (Ambulante Pauschale) inklusive Anhang A1 zum Tarifvertrag «Katalog der Ambulanten Pauschalen Version 1.1c», Anhang A2 zum Tarifvertrag «Katalog TARDOC Version 1.4c», der «LKAAT Leistungskatalog ambulante Arzttarife Version 1.0c» mit Definitionshandbuch 1.1c und Triggerliste 1.1c sowie der Übergangsvereinbarung Anhang B1 zum Tarifvertrag zu Tumorbehandlungen und der Übergangsvereinbarung Anhang B2 zum Tarifvertrag zu Pathologieleistungen auf Grundlage von Artikel 46 Absatz 4 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) genehmigt hat. Damit kommt er dem Gesuch der Tarifpartner prio.swiss (Der Verband Schweizer Krankenversicherer), FMH (Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte) und H+ (Die Spitäler der Schweiz) nach, das am 15. Juli 2025 beim Bundesrat zur Genehmigung eingereicht wurde. Das vorliegende Informationsschreiben hat der Bundesrat im Rahmen seines Genehmigungsbeschlusses zur Kenntnis genommen.

Die Prüfung hat ergeben, dass die ergänzende Vereinbarung vom 15. Juli 2025 grundsätzlich mit dem KVG konform ist. Die Genehmigung ist bis zum 31. Dezember 2028 befristet, mit Ausnahme von Anhang B2 über pathologische Leistungen, der entsprechend dem gemeinsamen Antrag der Tarifpartner bis zum 31. Dezember 2026 genehmigt wird. Der Entscheid des Bundesrates beruht im Wesentlichen auf folgenden Erwägungen:

1. Am 15. Juli 2025 haben die Tarifpartner prio.swiss, FMH und H+ dem Bundesrat ein Gesuch zur Genehmigung von Anpassungen und Ergänzungen des Tarifvertrags vom 31. Oktober 2024 eingereicht, das aus der Einzelleistungsstruktur TARDOC Version 1.4c (nachfolgend TARDOC) und der Patientenpauschaltarifstruktur Version 1.1c (nachfolgend Ambulante Pauschalen) besteht. Dieser Tarifvertrag, von den Tarifpartnern als Gesamt-Tarifsystem bezeichnet, wurde vom Bundesrat am



30. April 2025 mit den Versionen 1.4b für TARDOC und 1.1b für die Ambulante Pauschalen genehmigt, sodass sie per 1. Januar 2026 in Kraft treten und die Einzelleistungstarifstruktur TARMED ersetzen würden. Die Genehmigung vom 30. April 2025 ist jedoch bis zum 31. Dezember 2028 befristet und mit bundesrätlichen Aufforderungen verbunden.

2. Bei der Vereinbarung vom 15. Juli 2025 handelt es sich aus einer rein formellen Betrachtung nicht um den Abschluss eines neuen Tarifvertrages, sondern um eine gemeinsame schriftliche Erklärung der Tarifpartner, den bestehenden Tarifvertrag anzupassen. Darin wird festgehalten, dass der bestehende Tarifvertrag bereits vor seinem Inkrafttreten am 1. Januar 2026 durch punktuelle Korrekturen und Übergangsmassnahmen am Gesamt-Tarifsystem angepasst würde. So würden die Tarifstrukturen TARDOC 1.4b und Ambulante Pauschalen 1.1b durch die Tarifstrukturen TARDOC 1.4c und Ambulante Pauschalen 1.1c ersetzt. Zusätzlich zur schriftlichen Erklärung haben die Tarifpartner zwei neue Anhänge in Form von unterzeichneten Übergangsvereinbarungen zur Genehmigung eingereicht. Der neue Anhang B1 zum Tarifvertrag vom 31. Oktober 2024 enthält die Übergangsvereinbarung zu den Anwendungsmodalitäten für Tumorbehandlungen im Rahmen der Kombinationstherapie. Der neue Anhang B2 zum Tarifvertrag vom 31. Oktober 2024 enthält die Übergangsvereinbarung zu den Anwendungsmodalitäten für Pathologieleistungen im Jahr 2026. Zudem enthält das Gesuch den Antrag auf Verschiebung des Einreichungstermins für die Version 2027 des Tarifvertrags beim Bundesrat vom 28. Februar 2026 auf den 31. Mai 2026.
3. Mit dem vorliegenden Antrag beabsichtigen die Tarifpartner, die bisherige genehmigte Fassung durch die revidierte Version zu ersetzen, sodass ab dem 1. Januar 2026 ausschliesslich die aktualisierten Tarifstrukturen TARDOC 1.4c und Ambulante Pauschalen 1.1c Anwendung finden. Da diese neuen Versionen mehrere offensichtliche Fehler beheben, wird eine kohärente und sachgerechte Einführung der beiden Tarifstrukturen im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) besser gewährleistet. Die Genehmigung ist insbesondere deshalb von Bedeutung, weil sie die erforderliche Rechtssicherheit schafft, damit die Tarifpartner die technische Umsetzung der Tarifstrukturen abschliessen können.
4. Die Prüfung des Genehmigungsantrags vom 15. Juli 2025 durch den Bundesrat ergibt insbesondere Folgendes:
 - Das Kapitel zur Notfallstation im Spital weist nach Angaben der Tarifpartner Mängel auf, so ist z.B. bei den ärztlichen Leistungen auf der Notfallstation im Spital keine Infrastruktur- und Personalleistung (IPL) hinterlegt. Darüber hinaus ist die Anzahl der IPL-Taxpunkte pro Minute für nicht-ärztliche Leistungen deutlich geringer als in der derzeit geltenden TARMED-Tarifstruktur. Die Tarifpartner nehmen deshalb Anpassungen an diesem Kapitel vor, sodass nur noch die auf der Notfallstation im Spital erbrachten ärztlichen und nicht-ärztlichen Grundleistungen über dieses Kapitel abgerechnet werden sollen. Da zur Ermittlung der Kostenauswirkungen des Gesamt-Tarifsystems und der Normierungsfaktoren für die statische Kostenneutralität die Leistungen auf der Notfallstation im Spital bereits in den fachspezifischen Kapiteln von TARDOC 1.4b zugeordnet wurden (Transcodierung), erwarten die Tarifpartner diesbezüglich keine Auswirkungen. Diese Überlegung kann jedoch nicht unverändert auf die Bewertung der dynamischen Kostenneutralität (d. h. für die Jahre nach der Einführung) übertragen werden, da sie die mit den Änderungen verbundenen Anreize nicht berücksichtigt. Darüber hinaus sind die nicht-ärztlichen Leistungen auf der Notfallstation im Spital neu auch miteinander kumulierbar und es kommen dafür neue, teilweise längere Wechselzeiten zur Anwendung. Die Anpassung dürfte daher kostentreibend wirken. Die Anpassungen am Kapitel WG «Notfallstation im Spital» dürfen deshalb nur als Übergangslösung betrachtet werden und das Kapitel muss in den nächsten Jahren grundlegend revidiert werden.
 - Die medizinische Interpretation in den Tarifpositionen für nicht-ärztliche Tätigkeiten wird auch angepasst, indem gewisse Leistungen (Bluttransfusionen, Blutentnahmen, Injektionen und Infusionen, Stomapflege, Wundbehandlung, Wundpflege, Verbandswechsel und Entfernung Verbände) nicht mehr in den Leistungsumfang fallen. Diese Leistungen können mit der Version

1.4c zusätzlich verrechnet werden, was ebenfalls kostentreibend wirkt. Die nicht-ärztlichen Leistungen umfassen neu nicht mehr ausschliesslich die Überwachung der Patienten, sondern auch deren Betreuung. Zudem sind auch Tätigkeiten, die vor einem Eingriff erbracht werden, neu im Leistungsumfang des Eingriffs enthalten. Inwiefern sich dies auf die Abrechnungshäufigkeit dieser Leistungen auswirkt, kann nicht abgeschätzt werden. Im Übrigen ist nicht sicher, ob alle nichtärztlichen Leistungen, die in einer TARDOC-Tarifposition aufgeführt sind – insb. der Begriff «Betreuung» – unter die Pflegeleistungen fallen, die gemäss Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a KVG in Verbindung mit Artikel 25 Absatz 1 KVG abrechenbar sind. Ebenso ist ungewiss, ob diese Leistungen das gesetzliche Kriterium der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (Art. 32 Abs. 1 KVG) erfüllen; umso mehr, als die angepasste Interpretation präzisiert, dass es sich um «Tätigkeiten handelt, die von nichtärztlichen Fachpersonen auf Anordnung des Arztes selbstständig erbracht werden». Wie der Bundesrat in seinem Beschluss vom 30. April 2025 festgestellt hat, stellen TARDOC und die ambulanten Pauschalen keine abschliessende Liste der von der OKP übernommenen Leistungen dar, und es ist möglich, dass eine aufgeführte Leistung aufgrund ihres nicht obligatorischen Charakters nicht von der OKP übernommen wird. Auch wenn diese Frage zum jetzigen Zeitpunkt offen bleiben kann, werden die Tarifpartner darauf hingewiesen, dass die Tarifpositionen sowie die Kapitel AM und WG von TARDOC, die nichtärztliche Leistungen betreffen, gesetzeskonform auszulegen sind. Die Tarifpartner sind aufgefordert, den Begriff «Überwachung» sowie die durch nichtärztliches Fachpersonal «eigenständig» erbrachten Leistungen so zu interpretieren, dass die OKP lediglich die Kosten für Untersuchungen und Behandlungen übernimmt, die der Diagnose oder der 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 Verantwortung für die Behandlung liegt beim Arzt.

- Im vom Bundesrat am 30. April 2025 genehmigten Tarifvertrag werden Kombinationstherapien für die Tumorbehandlung (z. B. Strahlentherapie und Chemotherapie), die am selben Tag durchgeführt werden, in einer einzigen ambulanten Pauschale zusammengefasst. Nach Ansicht der Tarifpartner würde diese Gestaltung der Pauschale zu einer Unterfinanzierung teurer Chemotherapien führen. Gemäss der OAAT AG deuten die von ihr durchgeführten Auswertungen darauf hin, dass die Kosten der Chemotherapie bei der Berechnung der ambulanten Pauschalen für die Strahlentherapie nur in begrenztem Umfang berücksichtigt wurden. Mit der von den Tarifpartnern vorgeschlagenen Änderung werden die Patientenkontakte des Fachbereichs Strahlentherapie/Radio-Onkologie nicht mit den Patientenkontakten anderer Fachbereiche zusammengefasst. Die Leistungen der Radio-Onkologie werden somit in Form einer Pauschale abgerechnet, während die am selben Tag von anderen Fachbereichen erbrachten Leistungen als separate ambulante Behandlungen abgerechnet werden können. Diese Lösung, die als Übergangslösung in Form eines neuen Anhangs B1 zum Tarifvertrag vom 31. Oktober 2024 vorgeschlagen wird, würde für einen befristeten Zeitraum von drei Jahren (2026–2028) gelten. Es wurde jedoch keine Schätzung der Auswirkungen der vorgeschlagenen Änderungen auf die Kosten vorgelegt, sodass eine Bewertung in dieser Hinsicht nicht möglich ist. Es bleibt auch ungewiss, ob Chemotherapien nach Ablauf der dreijährigen Übergangsphase mit ambulanten Pauschalen abgerechnet werden können. Generell schränkt die vorgeschlagene Lösung den Anwendungsbereich der ambulanten Pauschalen ein und erweitert denjenigen der Einzelleistungstarifstruktur, was das Risiko einer stärkeren Zunahme der abgerechneten Leistungen mit sich bringt.
- Gemäss den Tarifpartnern sind die Pathologiekosten unvollständig erfasst und entsprechend zu tief in den Ambulanten Pauschalen einberechnet. Zudem weisen Pathologiekosten innerhalb einer Fallgruppe gemäss den Tarifpartnern starke Schwankungen auf. Als Übergangslösung wird mit einem neuen Anhang B2 zum Tarifvertrag vom 31. Oktober 2024 die Grundlage für eine separate Abrechnung der Pathologiekosten in TARDOC geschaffen. Die Prüfung deutet darauf hin, dass in den Daten im Kalkulationsdatensatz die Pathologiekosten plausibel unvollständig erfasst sind. Die Argumentation anhand von Einzelfällen mit sehr hohen Kosten ist jedoch nicht überzeugend, da Pauschalen grundsätzlich auf Durchschnittskosten basieren und

die effektiven Kosten einzelner Behandlungen naturgemäss höher oder tiefer ausfallen können. Solche Abweichungen sind auch bei anderen Kostenkomponenten wie Arzneimitteln, Medizinprodukten/Implantaten oder Verbrauchsmaterialien zu erwarten. Eine Schätzung der Auswirkungen zusätzlicher Pathologiekosten im Fall einer Nicht-Korrektur zeigt zudem, dass diese zusätzlichen Kosten bei den betroffenen Pauschalen im Durchschnitt weniger als 3 % der Gesamtvergütung pro Fall ausmachen würden und nur bei wenigen Pauschalen über 10 % liegen würden. Es ist daher notwendig, dass die Pathologiekosten per 2027 wieder in die Ambulanten Pauschalen integriert werden und diese Ausnahme nicht zur Regel wird. Die Tarifpartner sind zuversichtlich, dass dies mittels Hochrechnungen gelingt, auch wenn die vollständige Datenerhebung erst für die Tarifversion 2029 vorgesehen ist. Dieser Zeitplan ist ambitioniert, da die neue Tarifversion bereits im Frühjahr 2026 vorliegen muss. Der Bundesrat hält jedoch ausdrücklich fest, dass eine Verlängerung der Übergangsvereinbarung nicht in Betracht gezogen werden darf. Ausserdem scheinen sich die Daten zu den von externen Leistungserbringern erbrachten pathologischen Leistungen, die erfasst werden sollen, gemäss den Informationen der Partner auf die nach den geltenden Tarifen «in Rechnung gestellten» Beträge – insb. auf die nach TARDOC in Rechnung gestellten Beträge – zu beziehen und nicht unbedingt die Gesteungskosten (d. h. nicht auf die tatsächlich angefallenen Kosten für die Leistungserbringung) dieser Leistungen widerzuspiegeln. Die Berücksichtigung der nach TARDOC fakturierten Beträge für pathologische Leistungen externer Leistungserbringer entspricht jedoch nicht den gesetzlichen Anforderungen. Die Tarifpartner werden daher darauf hingewiesen, dass sich die Anforderung, wonach der Tarif höchstens die Kosten decken darf, die für die effiziente Erbringung der Leistungen erforderlich sind und die transparent begründet werden können (Art. 59c Abs. 1 Bst. a und b Verordnung über die Krankenversicherung [KVV; SR 832.102]), auf die Gesteungskosten der Leistungen bezieht. Absatz 2 der Bestimmungen im Anhang B2 zum Tarifvertrag vom 31. Oktober 2024 ist gesetzeskonform auszulegen. Die Formulierung, wonach das Pathologieinstitut die Leistungen dem Versicherer in Rechnung stellt, ist nicht als ausdrückliche Vereinbarung des Systems des *Tiers payant* im Sinne von Artikel 42 Absatz 2 KVG zu verstehen, sondern als organisatorische Regelung. Absatz 2 ist sodann im Kontext von Anhang H «Rechnungsstellung und Datenaustausch» zu betrachten: Die Rechnung geht jeweils an den gesetzlichen Schuldner der Vergütung, d. h. an die versicherte Person im System des *Tiers garant* gemäss Artikel 42 Absatz 1 KVG oder an den Versicherer im System des *Tiers payant* gemäss Artikel 42 Absatz 2 KVG. Im Fall des *Tiers payant* erhält die versicherte Person unaufgefordert eine Kopie der Rechnung, sofern nicht ausdrücklich vereinbart ist, dass der Versicherer diese Zustellung übernimmt (Art. 42 Abs. 3 KVG).

- Der Bundesrat stellt zudem fest, dass der Genehmigungsantrag vom 15. Juli 2025 auch mehrere weitere Änderungen am Gesamt-Tarifsystem umfasst (einschliesslich der dem Bundesamt für Gesundheit am 8. Oktober 2025 mitgeteilten Korrekturen). Es handelt sich mehrheitlich um Änderungen und Korrekturen von verbleibenden (technischen) Fehlern, die für die Umsetzung relevant sind, um die Einhaltung der im Rahmen der Entwicklung des Gesamt-Tarifsystems vorgesehenen Tarifierungslogik zu gewährleisten. Diese Änderungen berücksichtigen namentlich auch die Aufnahme in das Tarifierungshandbuch der neuesten Version der ICD-10-GM (Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme), die vom Bundesamt für Statistik (BFS) im September 2025 veröffentlicht wurde.
5. Gemäss den Tarifpartnern können dank der im Genehmigungsgesuch vom 15. Juli 2025 vorgeschlagenen Anpassungen Einsparungen von insgesamt rund 110 Millionen Franken erzielt werden. Dieser Betrag setzt sich aus geschätzten Einsparungen von rund 141 Millionen Franken im Bereich der Wundversorgung sowie aus Mehrkosten von rund 28 Millionen Franken durch die Wiedereingliederung pathologischer Behandlungen in die Einzelleistungsstruktur TARDOC zusammen. Zu betonen ist jedoch, dass diese Beträge auf Simulationen (Transkodierungen) beruhen, die im Rahmen der statischen Kostenneutralität erstellt wurden und bei denen der Bundesrat in seinem Beschluss vom 30. April 2025 wesentliche Mängel festgestellt hatte. Unter anderem wurden nicht alle TARDOC-Positionen berücksichtigt. Insbesondere die angegebene Einsparung von 141 Millionen Franken im

Bereich der Wundversorgung kann nicht mit Sicherheit überprüft werden. Zudem liegen für die vorgeschlagenen Anpassungen in den Bereichen Tumorbehandlung, Spitalnotfälle und nicht-medizinische Leistungen keine Schätzungen vor, wobei insbesondere in den beiden letztgenannten Bereichen ein Risiko der Mengenausweitung besteht. Die tatsächlichen Auswirkungen auf die Gesamtkosten lassen sich daher nicht zuverlässig bestimmen. Die Tarifpartner werden deshalb aufgefordert, die Entwicklung der angepassten Tarifpositionen eng zu verfolgen und im Rahmen des in der OAAT AG vorgesehenen Überprüfungsverfahrens bei unerwünschten Entwicklungen die erforderlichen Korrekturen vorzunehmen. Zudem wird daran erinnert, dass der Bundesrat die jährliche Gesamtkostenentwicklung im ambulanten Bereich auf 4 % begrenzt hat. Wird dieser Wert überschritten, sind die Tarifpartner verpflichtet, nach dem Verursacherprinzip entsprechende Korrekturmassnahmen zu ergreifen – differenziert nach ambulanten Leistungen in Spitälern und Praxen, nach medizinischer Grundversorgung und Regionen sowie unter Berücksichtigung der angestrebten Verlagerung vom stationären zum ambulanten Bereich.

6. Ferner ist es unerlässlich, dass die vom Bundesrat festgelegten Anforderungen erfüllt und rechtzeitig in die Tarifvereinbarung sowie in die Versionen von TARDOC und den Ambulanten Pauschalen integriert werden. Die Tarifpartner und die OAAT AG werden daran erinnert, die Anforderungen an das Genehmigungsgesuch gemäss dem Bundesratsbeschluss vom 30. April 2025 weiterhin einzuhalten. Die Tarifpartner sind besonders aufgefordert, den Anforderungen Vorrang einzuräumen, die das reibungslose Funktionieren des neuen Tarifsystems gewährleisten sollen (Inkrafttreten 1. Januar 2026), sowie die Anforderungen, die in der für den 1. Januar 2027 geplanten Fassung umgesetzt werden müssen, frühzeitig anzugehen.
7. Die Praxis hat gezeigt, dass die Verfahrensdauer für die Bearbeitung eines Genehmigungsantrags mindestens vier bis sechs Monate beträgt, wobei sich das Verfahren je nach Komplexität des Geschäfts verlängern kann. Die Frist für die Einreichung der künftigen Fassung wird auf Antrag der Tarifpartner verlängert. In Anbetracht der Dauer, die für die Prüfung des Gesuchs erforderlich ist, und der für die Umsetzung des Entscheids erforderlichen Zeit, erachtet es der Bundesrat als möglich, dass das Gesuch bis zum 30. April 2026 (anstelle von Ende Februar 2026) eingereicht wird. Mit der späteren Eingabe verschiebt sich dann aber auch der Zeitpunkt des bundesrätlichen Entscheids. Angesichts der Komplexität der Anpassungen, die zur Erfüllung der Vorgaben des Bundesrats erforderlich sind, wird der Bundesrat eine umfassende Prüfung vornehmen müssen; sein Entscheid wird daher voraussichtlich Anfang des vierten Quartals 2026 erfolgen.
8. Ausgehend von den Aufforderungen des Bundesrates vom 30. April 2025 wird angestrebt, den (Haupt-)Tarifvertrag im Rahmen der geplanten Einreichung im Jahr 2026 zu überarbeiten. Dabei ist sicherzustellen, dass ein gesetzeskonformes Beitritts- sowie Rücktrittsverfahren auch für die Versicherer eingerichtet wird. Die entsprechenden Prozesse sind in der aktualisierten Tarifvereinbarung klar zu präzisieren und im Rahmen des nächsten Genehmigungsgesuchs im Jahr 2026 vorzulegen. Darüber hinaus wird auf die bereits ergangenen Ausführungen und Anforderungen verwiesen, insbesondere jene im Zusammenhang mit dem genannten Bundesratsbeschluss, die im nächsten Genehmigungsantrag zwingend zu berücksichtigen und weiterhin zu erfüllen sind.
9. Der Genehmigungsantrag vom 15. Juli 2025 zeigt, dass die entsprechenden Tarifpartner nun gemeinsam bereit sind, bei Notwendigkeit rasch zu handeln. Im Interesse der Zuverlässigkeit des Gesamt-Tarifsystems und der Kohärenz seiner Entwicklung muss jedoch der vorliegende Genehmigungsantrag (nur wenige Monate nach Einreichung des Genehmigungsantrags vom 31. Oktober 2024 und dessen Genehmigung durch den Bundesrat am 30. April 2025) eine Ausnahme darstellen, die durch die besondere Situation gerechtfertigt ist, die sich aus der Einführung eines neuen Tarifsystems in einem Bereich ergibt, in dem der geltende Tarif mehr als zwanzig Jahre lang ohne Revision angewendet wurde. Künftige Genehmigungsanträge müssen im Rahmen des jährlichen, durch die OAAT AG implementierten Weiterentwicklungsprozesses des Tarifvertrags gestellt werden. Unterjährige Anpassungen sowie Anpassungen am Gesamt-Tarifsystem, welche ohne Genehmigung durch den Bundesrat zur Anwendung kommen sollen, sind entsprechend zu unterlassen.

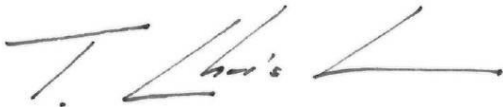
10. Am 29. September 2023 hat das Parlament den indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative angenommen. Zur Umsetzung werden die Bestimmungen zu Tarifen und Preisen neu strukturiert und konkretisiert, insbesondere hinsichtlich der Grundsätze der Tarifbildung, der Aufgaben der Genehmigungsbehörde und der Anforderungen an ein Genehmigungsgesuch. Die entsprechende KVV-Änderung tritt voraussichtlich am 1. Januar 2026 in Kraft. Sie enthält detaillierte Vorgaben zum Genehmigungsgesuch, wonach Gesuch, Unterlagen und Verträge jeweils als eigenständige Dokumente vorzulegen sind. Wir weisen die Tarifpartner bereits heute auf diese Vorgaben hin, damit Gesuche künftig entsprechend vorbereitet und eingereicht werden können.

Der Bundesrat begrüsst, dass sich die Tarifpartner bereits vor Inkrafttreten der Gesamt-Tarifstruktur auf deren Verbesserung einigen konnten. Er fordert alle Akteure des Gesundheitswesens auf, die erforderlichen Massnahmen zu treffen, damit diese Tarifrevision – die bedeutendste seit 20 Jahren – erfolgreich durchgeführt werden kann. Gleichzeitig vertraut der Bundesrat darauf, dass die Akteure nach der Einführung des neuen Gesamt-Tarifsystems ihre Verantwortung wahrnehmen, das System im Interesse der Patientinnen und Patienten anwenden und sich an seiner kontinuierlichen Verbesserung beteiligen. Die Tarifpartner werden ferner daran erinnert, dass Änderungen des Tarifvertrages dem Bundesrat zur Genehmigung zu unterbreiten sind. Das Genehmigungsgesuch für die Versionen der Tarifstrukturen, die ab 2027 gelten sollen, ist dem Bundesrat von den Tarifpartnern (prio.swiss, FMH, H+) bis zum 30. April 2026 einzureichen. Wir bitten Sie, den Aufforderungen nachzukommen und uns auf dem Laufenden zu halten. Gerne bieten wir Ihnen die Möglichkeit, allfällige Fragen etwa im Rahmen der Reporting-Sitzungen zum ambulanten ärztlichen Gesamt-Tarifsystem zu besprechen.

Die Kantone werden über den Entscheid des Bundesrates ebenfalls informiert.

Freundliche Grüsse

Bundesamt für Gesundheit



Thomas Christen
Stv. Direktor BAG
Leiter Direktionsbereich Kranken- und
Unfallversicherung



Sandra Schneider
Leiterin Abteilung Tarife und Grundlagen

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, 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
- MTK, Medizinaltarif-Kommission UVG, Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, office@mtk-ctm.ch