

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Kaum eine tarifpolitische Entwicklung der letzten Monate hat für so viele Diskussionen und Verunsicherung gesorgt wie die geplante Begrenzung der pro Tag abrechenbaren ärztlichen Leistungen (AL) im Rahmen des neuen ambulanten Tarifs TARDOC, die per 1. Januar 2027 eingeführt werden soll. Zahlreiche Kolleginnen und Kollegen fragen sich, ob ihre berufliche Tätigkeit künftig eingeschränkt wird und ob die Politik erneut in die ärztliche Leistungserbringung eingreift.

Als Vorstand der SGGG möchten wir die Hintergründe einordnen, die Fakten darlegen und zu einer sachlichen Betrachtung beitragen.

Woher kommt die geplante Plafonierung?

Im März 2025 verabschiedete das Parlament im Rahmen des KVG-Kostendämpfungspakets 2 eine gesetzliche Bestimmung, welche den Bundesrat verpflichtet, in der nationalen ambulanten Tarifstruktur eine Obergrenze für das von einer Ärztin oder einem Arzt pro Arbeitstag verrechenbare Taxpunktvolume einzuführen.

Diese Forderung entstand nicht zufällig. In den vergangenen Jahren wurden einzelne Fälle publik, in denen Ärzte Leistungen in einem Umfang abrechneten, der rechnerisch Arbeitszeiten von teilweise mehr als 24 oder sogar über 30 Stunden pro Tag entsprach. Solche Fälle waren zwar selten, sorgten aber in der Öffentlichkeit und Politik für erheblichen Unmut. Sie schädeten letztlich dem Vertrauen in die ambulante Tarifstruktur und führten dazu, dass der Gesetzgeber Handlungsbedarf sah.

Es ist wichtig festzuhalten, dass diese Entwicklung nicht auf das Verhalten der grossen Mehrheit der verantwortungsvoll arbeitenden Ärztinnen und Ärzte zurückzuführen ist. Vielmehr waren es wenige extreme Ausreisser, welche den politischen Druck ausgelöst haben.

Was wird häufig übersehen?

In der öffentlichen Diskussion sowie in zahlreichen WhatsApp- oder Telegram-Gruppen entsteht teilweise der Eindruck, als sei bisher jede beliebige Anzahl von Leistungen abrechenbar gewesen. Das entspricht nicht der Realität.

Bereits heute gilt im TARDOC (und galt auch im TARMED) das Grundprinzip, dass nur die tatsächlich aufgewendete Zeit verrechnet werden darf. Bei Handlungsleistungen mit hoher Minutage erfolgt ein Teil des Gesprächs beziehungsweise der Beratung bereits während der Untersuchung. Diese Beratungszeit kann nicht zusätzlich verrechnet werden. Auf diese Problematik haben wir in den TARDOC-Kursen wiederholt aufmerksam gemacht.

Zudem verfügen Patientinnen, Versicherer und Vertrauensärzte bereits heute über Möglichkeiten, offensichtlich unplausible oder überhöhte Rechnungen anzufechten und überprüfen zu lassen.

Mehr Transparenz durch den TARDOC

Mit dem Übergang vom TARMED zum TARDOC verändert sich nicht nur die Tarifstruktur, sondern auch die Transparenz des Systems, da die Konsultations- und Beratungseinheiten minutengenau abgebildet werden.

Während der TARMED ursprünglich aus über 4'500 Tarifpositionen bestand, umfasst der TARDOC noch rund 1'500 Positionen. Die Tarifstruktur wird dadurch verständlicher, vergleichbarer und besser überprüfbar.

Gleichzeitig ermöglichen moderne digitale Auswertungsmethoden und zunehmend auch KI-gestützte Analysen eine deutlich präzisere Kontrolle von Leistungsabrechnungen. Versicherer, Behörden und auch Patientinnen können Auffälligkeiten wesentlich schneller erkennen als früher.

Die Konsequenz daraus ist klar: Das ambulante Tarifsysteem wird transparenter. Für korrekt abrechnende Ärztinnen und Ärzte ist dies grundsätzlich positiv, da nachvollziehbare und wirtschaftlich korrekt erbrachte Leistungen einfacher von missbräuchlichen oder nicht plausiblen Abrechnungen unterschieden werden können.

Wir müssen uns allerdings auch bewusst sein, dass die zunehmenden tarifarischen Einschränkungen und wiederkehrenden Abwertungen nicht zuletzt eine Folge davon sind, dass einzelne Kolleginnen und Kollegen das System ausreizen oder sogar missbrauchen. Die Konsequenzen daraus tragen am Ende nicht die wenigen Ausreisser, sondern die grosse Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte, welche ihre Leistungen korrekt und verantwortungsvoll abrechnen. Jede pauschale Tarifrückung trifft letztlich auch diejenigen, die sich jederzeit regelkonform verhalten haben.

Mit Sorge beobachten wir zudem, dass einzelne Kolleginnen und Kollegen in der Öffentlichkeit argumentieren, gewisse im Tarif hinterlegte Minutagen seien zu hoch bemessen und die entsprechenden Leistungen könnten deutlich schneller erbracht werden. Selbstverständlich gibt es individuelle Unterschiede hinsichtlich Erfahrung, Effizienz und Organisation. Die im Tarif hinterlegten Zeiten basieren jedoch nicht auf den Spitzenleistungen einzelner besonders schneller Leistungserbringer, sondern sollen die durchschnittlich notwendige Zeit für eine qualitativ hochwertige, sichere und rechtlich korrekte medizinische Versorgung abbilden.

Wer öffentlich erklärt, eine Leistung könne regelmässig in der Hälfte der tarifarisch hinterlegten Zeit erbracht werden, liefert unseren Tarifpartnern – insbesondere den Krankenversicherern (prio.swiss) und der OAAT – letztlich Argumente für künftige Tarifrückungen. Wenn beispielsweise ein Ultraschall mit einer tarifarisch kalkulierten Dauer von 20 Minuten hinterlegt ist, gleichzeitig aber öffentlich behauptet wird, dieselbe Leistung benötige in der Praxis lediglich 10 Minuten, wird es zunehmend schwierig, die bestehende Bewertung in künftigen Tarifverhandlungen zu verteidigen. Die logische Folge einer solchen Argumentation wäre die Forderung nach einer entsprechenden Reduktion der tarifarischen Bewertung. Das Beispiel der abgewerteten Endovaginalsonographie sollte uns dabei eine Warnung sein.

Wir appellieren deshalb an alle Kolleginnen und Kollegen, sich der Wirkung öffentlicher Aussagen bewusst zu sein. Kurzfristig nachvollziehbare persönliche Argumente können langfristig die Position unserer gesamten Fachgesellschaft und der Ärzteschaft schwächen. Wer Tarifpositionen öffentlich als überbewertet darstellt, erschwert letztlich die Arbeit jener, die sich in den Verhandlungen mit den Versicherern, der OAAT und den politischen Behörden für eine sachgerechte und faire Vergütung unserer Leistungen einsetzen. Anders gesagt: Wir sollten uns nicht selbst die Argumente nehmen und uns damit sprichwörtlich ins eigene Fleisch schneiden.

Generell empfehlen wir, zu diesem Thema nicht eigenständig den Kontakt mit den Medien zu suchen. Die Erfahrung zeigt, dass tarifpolitische Diskussionen in der Öffentlichkeit häufig auf monetäre Aspekte reduziert werden. Gleichzeitig nimmt der Anteil der Bevölkerung zu, der Schwierigkeiten hat, die Krankenkassenprämien oder medizinische Rechnungen zu bezahlen. Umso wichtiger ist es, unsere öffentliche Kommunikation auf den Nutzen unserer Arbeit für die Patientinnen, die Qualität der medizinischen Versorgung und die Sicherstellung einer wohnortsnahen Betreuung auszurichten. Nur so können wir dem Klischee des «geldgierigen Spezialisten» wirksam entgegentreten.

Was bedeutet die neue Limite konkret?

Gemäss dem von den Tarifpartnern eingereichten Umsetzungskonzept soll ab dem 1. Januar 2027 eine Obergrenze von 1'577 Taxpunkten ärztlicher Leistung (AL) pro Arbeitstag gelten. Entscheidend ist jedoch, dass diese Limite nicht pro effektiv gearbeitetem Tag, sondern als Monatsdurchschnitt berechnet wird.

Nicht in die Berechnung einfließen unter anderem:

- Notfall- und Dringlichkeitszuschläge
- Berichte und Gutachten
- ambulante Pauschalen

Um ausschliesslich mit ärztlicher Sprechleistung diese Limite zu erreichen, wären über einen ganzen Monat hinweg durchschnittlich rund 12 bis 12,5 Stunden reine Patientenkontakte pro Arbeitstag erforderlich. Bei acht Stunden Patientenkontakt pro Arbeitstag verbleiben zudem noch vier Stunden für die Zeitkredite der Handlungsleistungen. An Tagen mit operativer oder geburtshilflicher Tätigkeit ausserhalb der Praxis werden zudem weniger TARDOC-Leistungen verrechnet, sodass Spitzentage kompensiert werden können.

Gemäss den zuletzt publizierten Zahlen waren über sämtliche Fachrichtungen hinweg lediglich rund 400 Ärztinnen und Ärzte betroffen, die mehr als zwölf Stunden pro Tag abrechneten. Auch dies zeigt, dass die Diskussion häufig breiter geführt wird, als sie die Realität tatsächlich betrifft.

Die Rolle der FMH

In den letzten Wochen wurde verschiedentlich die Frage gestellt, weshalb die FMH einer solchen Regelung überhaupt zugestimmt hat.

Dabei darf nicht vergessen werden, dass die gesetzliche Grundlage bereits 2025 vom Parlament beschlossen wurde. Die Tarifpartner hatten keinen Spielraum mehr hinsichtlich der Frage, *ob* eine Begrenzung kommen soll – sie mussten vielmehr deren konkrete Umsetzung ausgestalten.

Hätte sich die FMH einer Mitarbeit verweigert, hätte der Bundesrat die konkrete Ausgestaltung eigenständig festlegen können. Das Risiko einer deutlich restriktiveren Lösung wäre erheblich gewesen.

Unter diesen Voraussetzungen ist es den Tarifpartnern gelungen, eine wesentlich praktikablere Lösung auszuhandeln: Die Beurteilung erfolgt über einen Monatsdurchschnitt und nicht anhand jedes einzelnen Arbeitstages.

Gerade für Kolleginnen und Kollegen mit hoher klinischer Auslastung schafft dies wichtige Flexibilität. So können auch Leistungen wie Aktenstudium, Befundbearbeitungen, elektronische Kommunikation oder andere ärztliche Tätigkeiten, die nicht zwingend während eines regulären Sprechstundentages erbracht werden, über den Monat verteilt berücksichtigt werden. Dadurch orientiert sich die Berechnung stärker an der tatsächlichen Arbeitsrealität moderner Arztpraxen.

Die von den Tarifpartnern ausgehandelte Lösung ist deshalb deutlich sachgerechter als eine starre tägliche Plafonierung und stellt unter den gegebenen politischen Rahmenbedingungen wahrscheinlich das bestmögliche Ergebnis dar.

Warum besteht für die meisten Kolleginnen und Kollegen kein Anlass zur Sorge?

Für die meisten gynäkologischen Praxen ist nicht zu erwarten, dass die neue Regelung den Praxisalltag wesentlich beeinflussen wird. Einzelne intensive Sprechstundentage, Ferienvertretungen oder aussergewöhnliche Belastungssituationen verändern den Monatsdurchschnitt in der Regel nicht entscheidend.

Auch die Einschätzungen anderer ärztlicher Fachgesellschaften, insbesondere aus der Grundversorgung, kommen zum Schluss, dass die vorgesehenen Limiten im normalen Praxisalltag nur selten erreicht werden. Die Diskussion wird teilweise so geführt, als ob eine alltägliche gynäkologische oder hausärztliche Tätigkeit künftig nicht mehr vollständig verrechnet werden könnte. Dafür gibt es gegenwärtig keine Anhaltspunkte.

Die eigentlichen Herausforderungen bleiben bestehen

Die Frauenheilkunde und Geburtshilfe stehen vor Herausforderungen, die weit bedeutender sind als die nun diskutierte AL-Obergrenze:

- der zunehmende Fachkräftemangel,
- die Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden und wohnortsnahen Versorgung,
- die steigende Komplexität unserer Patientinnen,
- der wachsende administrative Aufwand,
- die zunehmenden Koordinationsleistungen innerhalb eines immer komplexeren Gesundheitssystems.

Diese Herausforderungen lassen sich nicht durch Tariflimiten lösen. Sie benötigen langfristige gesundheitspolitische Antworten und eine angemessene Finanzierung der ambulanten Versorgung.

Unser Fazit

Die geplante AL-Höchstgrenze ist das Ergebnis eines politischen Auftrags des Parlaments und keine Initiative der Ärzteschaft. Sie ist eine Reaktion auf wenige, öffentlich stark diskutierte Extremfälle und richtet sich nicht gegen die grosse Mehrheit der korrekt arbeitenden Ärztinnen und Ärzte.

Gleichzeitig sollte uns diese Entwicklung zu einer kritischen Selbstreflexion anregen. Wo einzelne Akteure das System missbrauchen oder öffentlich die eigene Leistung systematisch als überbewertet darstellen, schadet dies letztlich der gesamten Ärzteschaft. Die Folge sind politische Eingriffe, Tarifikürzungen und eine Schwächung unserer Verhandlungsposition.

Dank des Engagements der FMH und der weiteren Tarifpartner konnte eine Lösung erreicht werden, welche die Arbeitsrealität in den Praxen berücksichtigt und die notwendige Flexibilität weitgehend erhält. Aus heutiger Sicht besteht für die überwiegende Mehrheit der gynäkologisch tätigen Kolleginnen und Kollegen kein Grund zur Besorgnis.

Die SGGG wird zusammen mit der FMCH die weitere Entwicklung aufmerksam begleiten und sich weiterhin mit Nachdruck für faire, transparente und sachgerechte tarifarische Rahmenbedingungen einsetzen. Dies gelingt jedoch nur, wenn wir als Ärzteschaft geschlossen auftreten und unsere Tarife mit derselben Sorgfalt verteidigen, mit der wir tagtäglich unsere Patientinnen betreuen.

Mit kollegialen Grüßen

Im Namen des Vorstands der SGGG

Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG)