



Doctors Unchained
FREE TO CARE

POSITIONSANALYSE DER BEWEGUNG

DIE DECKELUNG DER ÄRZTLICHEN LEISTUNG IM **TARDOC**

Analyse nach Kriterien guter Gesundheitspolitik.

Stakeholder · Wirkungen · Recht · Umsetzung · Alternativen

VERSION 3

Free to care — wir stehen für unsere Patienten ein, indem wir für unseren Beruf einstehen.

INHALT

Management Summary

Die Auswirkungen auf einen Blick

1. Ausgangslage

2. Akteure und ihre Rollen

3. Welches Ziel verfolgt die Deckelung – und wird es erreicht?

4. Auswirkungen auf die Stakeholder

5. Gesundheitspolitische Bewertung
(Gesamtsystem)

6. Juristische Betrachtung

7. Praktische Umsetzung – die offenen Fragen

8. Unbeabsichtigte Folgen

9. Alternativen – das Ziel besser erreichen

10. Diskurs und Narrative

11. Wer positioniert sich wie

Anhang B: Quellen und Belegstellen (Auswahl)

Inhaltsverzeichnis

Management Summary **3**

Die Auswirkungen auf einen Blick **3**

1. Ausgangslage **5**

2. Akteure und ihre Rollen **7**

3. Welches Ziel verfolgt die Deckelung – und wird es erreicht? **9**

4. Auswirkungen auf die Stakeholder **10**

5. Gesundheitspolitische Bewertung (Gesamtsystem) **14**

6. Juristische Betrachtung **14**

7. Praktische Umsetzung – die offenen Fragen **15**

8. Unbeabsichtigte Folgen **16**

9. Alternativen – das Ziel besser erreichen **17**

10. Diskurs und Narrative **18**

11. Wer positioniert sich wie **20**

Anhang B · Quellen und Belegstellen **21**

Management Summary

Kernthese: Die im TARDOC vorgesehene Höchstgrenze der ärztlichen Leistung (AL) von durchschnittlich 1'577 Taxpunkten pro Arbeitstag deckelt nicht ein Einkommen, sondern die Menge an Medizin, die pro Ärztin und Arzt zulasten der Grundversicherung erbracht werden darf. Sie bestraft Effizienz, trifft AL-lastige Praxen ohne technische Leistungen existenziell, verschärft den Ärztemangel und widerspricht der Strategie «ambulant vor stationär». Das BAG selbst hat 2024 vor genau diesen Effekten gewarnt. Die Grenze ist überdies rechnerisch fehlerkonstruiert: Sie erhebt einen Durchschnittskostensatz (2.19 TP/min × 12 h) zur Obergrenze und deckelt damit konstruktionsbedingt rund die halbe Ärzteschaft. Die Massnahme verfehlt ihr Kostenziel (Verlagerungs- und Referenzniveau-Effekte), ist ordnungspolitisch ein Präjudiz gegen die Tarifautonomie und in der Umsetzung nicht zu Ende gedacht. Erschwerend kommt hinzu, dass die FMH als offizielle Standesvertretung Mitglieder, Kantonal- und Fachgesellschaften weder informiert noch konsultiert hat und die «tarifpartnerschaftliche» Konstruktion die Deckelung der demokratischen und gerichtlichen Kontrolle weitgehend entzieht. Sie ist ersatzlos zu streichen; das legitime Ziel der Missbrauchskontrolle ist mit gezielten, datenbasierten Instrumenten wirksamer und ohne Kollateralschaden erreichbar.

Die Auswirkungen auf einen Blick

Die wichtigsten zu befürchtenden Folgen der AL-Deckelung in Kurzform – als Überblick vor der ausführlichen Analyse.

Negative Auswirkung	Warum zu befürchten
PATIENTINNEN UND PATIENTEN	
Eingeschränkter Zugang, längere Wartezeiten	Obergrenze begrenzt die Behandlungskapazität pro Arzt – bei bestehendem Ärztemangel.
Die Schwächsten zuerst betroffen	Chroniker, komplexe Fälle, ländliche Regionen (hoher Gesprächs-/AL-Anteil).
Rosinenpicken	Anreiz, einfache Fälle zu bevorzugen, aufwendige zu meiden.
Minderangebot AL-intensiver Behandlungen	AL-intensive Massnahmen werden zugunsten weniger AL-lastiger seltener erbracht (um im Kontingent möglichst viele Patienten zu behandeln) – wer genau eine solche Behandlung braucht, erhält sie allenfalls nicht. Betroffen sind insbesondere auch interdisziplinäre Gremien (z.B. Tumorboards), in denen mehrere Spezialisten komplexe Fälle besprechen, um die beste Therapie zu finden.
Zweiklassenmedizin	Ab Erreichen der Monatsgrenze nur noch Behandlung gegen Selbstzahlung (privat, ausserhalb OKP) – wer zahlen kann, wird behandelt; alle anderen warten.

Negative Auswirkung	Warum zu befürchten
Behandlungsketten brechen	Gedeckelte Querschnittsfächer (Anästhesie, Radiologie, Pathologie, Labormedizin) – keine OP-Planung, verspätete Diagnosen.
Globalbudget durch die Hintertür	Faktisches Mengen-/Globalbudget pro Arzt – obwohl budgetbasierte Kostensteuerung an der Urne abgelehnt wurde.
ÄRZTESCHAFT UND NACHWUCHS	
Effizienz wird bestraft	Wer schnell, gut und viel arbeitet, stösst zuerst an die Grenze.
Existenzgefahr AL-lastiger Praxen	Die AL finanziert Personal, Miete und Infrastruktur mit.
Ungleichbehandlung nach Abrechnungskanal	Nur die AL im TARDOC (Einzelleistung) ist gedeckelt – ambulante Pauschalen nicht → Verlagerungsanreiz, Willkür.
Ungleichbehandlung von Teilzeitärztinnen (v.a. Frauen)	Wenige, dicht belegte Arbeitstage → kaum Ausgleichstage für Spitzen → Monatsschnitt früher überschritten (Medical Women Switzerland , Medinside).
Unattraktiv für den Nachwuchs	Gedekelter Lohn auf Handwerker-Niveau, dazu Zulassungsstopp und Notfalldienstplicht → verminderte Einwanderung, Ausbleiben des klugen, informierten Nachwuchses.
SYSTEM UND KOSTEN	
Kein Spareffekt	Mengen verschieben sich; Rückverlagerung ins teurere Spital (gegen «ambulant vor stationär»).
Referenzniveau-Effekt	Die Grenze wird zum Zielwert nach oben (BAG-Warnung 2024).
Innovationsbremse	Effizienzgewinne werden konfisziert → keine Investition in Geräte und KI.
Verdrängung der Einzelpraxis	Die Grenze gilt pro Arzt: Grosspraxen verteilen Fälle auf viele angestellte Ärzte, die Einzelpraxis hat nur ein Kontingent → Nachfolgekrise, Hausärztemangel.
KONSTRUKTION UND GOVERNANCE	
Durchschnitt als Obergrenze	Deckelt konstruktionsbedingt die halbe Ärzteschaft, unabhängig von Missbrauch.
Taxpunkte ≠ Arbeitszeit	Der «12-Stunden-Mythos».
Gleiche Grenze für ungleiche Fächer	Willkür statt Gleichbehandlung.
Einstieg in die Budgetierung	Jährlich «anpassbar», also jährlich absenkbar.
Ohne demokratische Kontrolle	Tarifpartner-Deal, nicht anfechtbar; Fachgesellschaften nicht angehört.

1. Ausgangslage

Was genau wird gedeckelt?

Der TARDOC ersetzt seit 1. Januar 2026 den TARMED als ambulanten Einzelleistungstarif. Jede Tarifposition weist zwei Komponenten aus: die ärztliche Leistung (AL) und die Infrastruktur- und Personalleistung (IPL). Die geplante Höchstgrenze betrifft ausschliesslich die AL im KVG-Bereich: Die Summe der verrechneten AL-Taxpunkte einer Ärztin oder eines Arztes darf im Monatsdurchschnitt höchstens 1'577 Taxpunkte pro Arbeitstag betragen (berechnet über alle Tage mit AL-Verrechnung zulasten der OKP). Einzelne Tage über der Grenze sind zulässig, solange der Monatsschnitt hält. Ausgenommen ist einzig die Dringlichkeits- bzw. Notfallpauschale – **nicht aber die im Notfall ausgelösten ärztlichen Leistungen**: Konsultation, Untersuchung oder etwa ein Ultraschall zählen weiterhin voll an die Grenze. Das ist inkohärent – und schafft einen fatalen Anreiz, dringliche Fälle am Ende eines vollen Tages lieber ans Spital zu verweisen, statt sie selbst zu behandeln (so auch die [Ärztinnen Schweiz / MWS](#)). Die Pauschale selbst ist zudem tief angesetzt und deckt den tatsächlichen Aufwand bei Weitem nicht. Weiter ausgenommen sind gewisse Positionen; die IPL ist nicht betroffen. Die Grenze basiert auf der Annahme einer verrechenbaren Arbeitszeit von 12 Stunden pro Tag. Handhabung einer Überschreitung und zentrale Umsetzungsfragen sind offen.

Woher stammt die Zahl 1'577? Ein statistischer Konstruktionsfehler

Die Obergrenze ist nicht empirisch aus realen Arbeitszeit- oder Belastungsdaten hergeleitet, sondern rein rechnerisch aus dem AL-Kostensatz konstruiert. Dieser Kostensatz beträgt 2.19 TP/min und bildet die kalkulatorischen ärztlichen Personalkosten pro Minute ab – abgeleitet aus dem ärztlichen Referenzeinkommen, einem Durchschnittswert aus Oberarzt-, Leitendenarzt- und Chefarzt-Gehältern an Spitälern. Die Grenze ergibt sich schlicht aus:

$$2.19 \text{ TP/min} \times 60 \text{ min} \times 12 \text{ h} = 1'576.8 \approx 1'577 \text{ TP AL / Tag}$$

Die Zahl ist damit kein gemessenes Belastungsmaximum, sondern das blosse Produkt aus einem Durchschnitts-Kostensatz und einer angenommenen 12-Stunden-Arbeitszeit.

Der eigentliche Denkfehler: Ein Durchschnittswert wird zur Obergrenze erklärt. Das Referenzeinkommen bildet den mittleren Arzt ab – per Definition arbeitet rund die Hälfte aller Ärztinnen und Ärzte über diesem Mittel. Wer einen Mittelwert zur Maximalgrenze macht, deckelt konstruktionsbedingt etwa die Hälfte der Berufsangehörigen, unabhängig davon, ob ihre Leistung korrekt und nötig ist. Zusätzlich wird ein Einkommens-Benchmark (Lohnkalibrierung) zweckentfremdet zur Mengensteuerung. Ein Instrument, das echte Ausreisser erkennen soll, müsste am Rand der Verteilung ansetzen – etwa bei Mittelwert plus zwei Standardabweichungen (unter Normalverteilung lägen rund 97.7% der Fälle darunter), sodass nur statistisch auffällige Extremwerte erfasst würden. Ein Deckel auf dem Durchschnitt ist keine Missbrauchsschranke, sondern eine Mengenkontingentierung für die gesamte Ärzteschaft.

Begriffliche Unschärfe im Tarif: Der Kostensatz ist ökonomisch ein Frankenbetrag pro Minute (CHF/min), wird aber in Taxpunkten (TP/min) ausgedrückt – was die Interpretation zusätzlich verschleiern. Die öffentliche Debatte übernimmt diese Konstruktion unkritisch: Die verbreitete Formel «Ärzte wollen mehr als zwölf

Stunden pro Tag abrechnen» (so auch die NZZ) setzt die 1'577 TP mit realer Arbeitszeit gleich und übersieht, dass die Grenze auf einem Durchschnitts-Kostensatz beruht, nicht auf einer gemessenen Zeitobergrenze. Dieser Aspekt ist bei den Tarifpartnern und in der Berichterstattung bislang weitgehend untergegangen.

Die Obergrenze ist arbiträr – auch in ihrem Geltungsbereich

Nicht nur die Höhe, auch der Umfang der Grenze ist willkürlich gezogen. Verrechnungen über ambulante Pauschalen sind von der Deckelung nicht betroffen; separat verrechenbare Arztberichte ebenfalls nicht – bei Fächern wie der Radiologie sind die Berichte jedoch bereits in die Untersuchungsposition eingerechnet und damit faktisch mitbegrenzt. Gleiche Tätigkeiten werden also je nach Tarifabbildung ungleich erfasst.

Hinzu kommt: Die Sprechstundenminute ist nicht bei allen Klinikern gleich vergütet. Bei Chirurginnen und Chirurgen ist die AL pro Minute teilweise höher bewertet als bei Hausärztinnen und Hausärzten. Dieselbe Grenze von 1'577 TP ist damit für die einen früher erreicht als für die anderen – Chirurgen stossen bei gleicher Arbeitszeit früher ans Limit und müssten folglich früher aufhören, mit Patientinnen und Patienten zu sprechen. Eine einheitliche Taxpunktgrenze über ungleich bewertete Leistungen hinweg erzeugt so systematisch ungleiche Behandlungszeit-Budgets.

Wie kam die Deckelung zustande? (Verantwortlichkeitskette)

Die Verantwortlichkeit verteilt sich auf drei Stufen – Gesetzgeber, Bundesrat, Tarifpartner:

Stufe	Akteur	Beitrag
1 · Gesetz	SGK-S (Gesundheitskommission Ständerat)	Antrag vom April 2024: Auftrag an den Bundesrat, eine Höchstgrenze für das pro Arbeitstag verrechenbare Taxpunktvolume festzulegen (Übergangsbestimmungen Ziff. III Abs. 6 KVG, Kostendämpfungspa- ket 2, Geschäft 22.062). Kommissionsberatungen sind vertraulich; die interne Urheberschaft ist nicht öffentlich. Ständerat Peter Hegglin (Mitte) hat sich in den Debatten mehrfach sehr kritisch zu den extrem hohen TARMED-Abrechnungsvolumen einzelner Ärzte geäußert. Er reichte 2024 die Interpellation 24.3379 ein und erklärte im Rat, dass das Problem der überhöhten Tagesvolu- men mit dem veralteten TARMED zusammenhänge. Dabei sprach er ausdrücklich über eine Obergrenze der pro Arbeitstag verrechenbaren Taxpunkte und setzte diese in Zusammenhang mit dem raschen Wechsel auf TARDOC.
1 · Gesetz	Ständerat	Unterstützte den Kommissionsantrag in der Differenzbereinigung.
1 · Gesetz	Nationalrat	Lehnte die Bestimmung zunächst ab; stimmte ihr erst über den Antrag der Einigungskonferenz zu.
1 · Gesetz	Beide Räte	Schlussabstimmung zum Gesamtpaket am 21. März 2025. Die namentlichen Resultate (Einigungskonferenz-Antrag und Schlussabstimmung) sind in der Abstimmungsdatenbank auf parlament.ch einsehbar; die Schlussabstimmung betraf das gesamte Paket, nicht isoliert die Deckelung.

Stufe	Akteur	Beitrag
2 · Auftrag	Bundesrat / EDI (Vorsteherin: BR Baume-Schneider) / BAG	Forderte die Tarifpartner auf, ein Umsetzungskonzept vorzulegen, statt selbst per Verordnung zu regeln. Der Genehmigungsentscheid steht aus – das BAG signalisierte im Juli 2026 gewissen Spielraum , der Entscheid dürfte im Herbst fallen. Inkrafttreten frühestens 1. Januar 2027.
3 · Umsetzung	FMH, H+, Prio.Swiss	Konzept vom 2. Juni 2026 mit der konkreten Grenze von 1'577 TP AL/ Tag im Monatsdurchschnitt. Die FMH hatte die gesetzliche Vorgabe im Parlament bekämpft und begründet die Mitwirkung damit, eine starre bundesrätliche Verordnung zu verhindern. Die betroffenen Fachgesellschaften wurden vor der Einreichung nicht angehört – belegt im Protokoll der FMH-Delegiertenversammlung vom 1. Juli 2026 . Operativ entscheidet der Verwaltungsrat der OAA AG, in dem die FMH nur ein Tarifpartner ist; ein eigener FMH-Antrag wurde dort «vorerst abgelehnt».

Bemerkenswert: Das BAG selbst warnte 2024 in einem Bericht an die SGK-S vor der Massnahme: Nach Erreichen der Grenze bestehe kein Anreiz mehr, weitere Patienten zu behandeln, und die Höchstgrenze könne für darunterliegende Leistungserbringer zum Referenzniveau werden, das es zu erreichen gilt. Der Gesetzgeber beschloss die Bestimmung trotz dieser amtlichen Warnung – ein zentraler Punkt für die politische Argumentation.

2. Akteure und ihre Rollen

Wer in dieser Auseinandersetzung welche Funktion hat – als Orientierung für Leser ausserhalb des Tarifwe-
sens:

Akteur	Funktion	Position / Betroffenheit
BAG	Fachliche Vorbereitung und Prüfung	Warnte 2024 selbst vor der Massnahme – wichtigster «Kronzeuge» der Kritiker
Basisbewegungen (Doctors Unchained, Petition, TARDOC- Allianz)	Ausserinstitutionelle Opposition	Petition an die Bundesversammlung mit über 36'000 Unterschriften; Forderung: ersatzloser Verzicht. Zusätzlich läuft eine FMH-Urabstimmung (VEMS/Fairfond): 2'500 beglaubigte Unterschriften nötig, Frist 24. August 2026.
Bundesrat / EDI	Genehmigungsinstanz (Art. 46 KVG), subsidiäre Eingriffskompetenz	Adressat der Genehmigungsfrage; kann das Konzept zurückweisen
Fachgesellschaften	Fachspezifische Standesvertretung	Je nach AL-Anteil unterschiedlich betroffen; einzelne Fachgesellschaften kritisieren zusätzlich lineare TARDOC-Kürzungen (z.B. Mammographie-Screening)

Akteur	Funktion	Position / Betroffenheit
FMH	Offizielle Standesvertretung und Tarifpartner	Bekämpfte die gesetzliche Vorgabe, trägt aber das Umsetzungskonzept mit, ohne Mitglieder, kantonale Gesellschaften und Fachgesellschaften zu informieren oder zu konsultieren; dadurch massiver interner Vertrauensverlust der Basis. Kämpft nicht weiter gegen die Massnahme, obwohl sie existenzbedrohend ist für viele Ärzte. Sie müsste an vorderster Front für ihre Mitglieder kämpfen.
H+	Spitalverband, Tarifpartner	Mitunterzeichner des Konzepts; betroffen über den spitalambulantem Bereich. Die Mitglieder waren weitgehend ahnungslos und begreifen langsam die Bedeutung.
Kantonale Ärztesgesellschaften / VSAO	Bindeglied zur Basis bzw. Angestelltenvertretung	Potenzielle Träger eines Einberufungsbegehrens für eine ausserordentliche Ärztekammer (Art. 31 FMH-Statuten). Bisher unkritisch fahntreuer, vorneweg die Ärztesgesellschaft Zürich AGZ mit Präsident Tobias Burkhardt.
Kantone / GDK	Versorgungssicherheit, Spitalplanung	Tragen Verlagerungseffekte ambulant→stationär, ohne am Tarifentscheid beteiligt zu sein.
mfe Haus- und Kinderärzte	Verband der Grundversorger	TARDOC-Versprechen der Besserstellung wird durch die Deckelung entwertet; relativiert öffentlich Katastrophenszenarien
OAAT AG	Gemeinsame Tariforganisation der Tarifpartner; entwickelt und pflegt TARDOC und Pauschalen	Verfügt bereits über Monitoring- und Steuerungsinstrumente – zentrales Argument gegen zusätzliche starre Limiten
Parlament (SGK-S / SGK-N)	Gesetzgeber	Urheberschaft SGK-S; Nationalrat zunächst dagegen; Hebel für Korrekturen (Motionen, Pa. Iv.)
Patientenorganisationen	Legitimationsstarke Nicht-Tarifpartner	Natürliche Allianzpartner beim Versorgungsargument (vgl. Krebsliga/Swiss Cancer Screening beim Screening-Thema)

Akteur	Funktion	Position / Betroffenheit
Prio.Swiss	Verband der Krankenversicherer, Tarifpartner	Unterstützt die Lösung öffentlich («kaum erklärbar, wenn Ärzte mehr als zwölf Stunden pro Tag abrechnen dürften»), ohne den Tarif tief zu verstehen oder sich um die Folgen zu sorgen. Zuletzt deutet Prioswiss den Deckel als <u>«Chance für Tarifpflege»</u> um und verschiebt Korrekturen in einen langwierigen OAAT-Datenprozess – mit der Beweislast bei den betroffenen Praxen.

Die versäumte Standesvertretung

Der blinde Fleck des Konflikts: Die FMH ist die offizielle Standesvertretung der Ärzteschaft – hat es aber versäumt, ihre Mitglieder, die kantonalen Ärztesellschaften und die Fachgesellschaften vor der Einreichung des Konzepts zu informieren oder zu konsultieren. Das ist die Fortsetzung einer mut- und ergebnislosen Verbandspolitik: Aus Angst vor einem staatlich festgelegten Amtstarif werden am Verhandlungstisch mit den «Tarifpartnern» zu viele bittere Pillen geschluckt – zulasten der Ärzteschaft.

Die Folgen wiegen schwer. Erstens wird die Medizin systematisch abgewertet – zahlreiche Leistungen sind schon heute defizitär vergütet. Zweitens findet eine eigentliche Standesvertretung faktisch nicht statt. Drittens – ordnungspolitisch am gravierendsten – entzieht die «tarifpartnerschaftliche» Konstruktion die Deckelung der demokratischen und gerichtlichen Kontrolle, der ein staatlicher Tarif ausgesetzt wäre (vgl. Kap. 6).

3. Welches Ziel verfolgt die Deckelung – und wird es erreicht?

Behauptete Ziele: Kostenkontrolle, Verhinderung von Mengenausweitung, Missbrauchsbekämpfung (unplausible Abrechnungsvolumina einzelner Ausreisser), Gleichbehandlung, Planbarkeit, politische Signalwirkung gegenüber der prämienzahlenden Bevölkerung. Unausgesprochen: ein verhandlungstaktisches Druck- und Disziplinierungsinstrument gegenüber der Ärzteschaft – die offizielle Begründung lautete, dem Bundesrat ein Instrument für den Fall von Fehlentwicklungen nach der TARDOC-Einführung zu geben.

Zielerreichungsprüfung: Gegen Ausreisser existieren bereits Instrumente (WZW-Kontrollen nach Art. 32/56 KVG, Wirtschaftlichkeitsverfahren, OAAT-Monitoring, dynamische Kostenneutralität mit Korridor +1.5%/–1%). Eine pauschale Grenze für alle trifft dagegen systematisch die Falschen: effiziente Vielbehandler, Praxen mit hohem AL-Anteil, Regionen mit Unterversorgung. Das BAG hielt 2024 fest, die Probleme des Tarifs liessen sich durch eine einzelne Tagesobergrenze nicht sinnvoll lösen. Fazit: Das legitime Teilziel (Missbrauch) ist mit bestehenden Mitteln besser erreichbar; die übrigen Ziele werden verfehlt oder ins Gegenteil verkehrt (vgl. Kap. 8).

Kein Spareffekt – aber ein Qualitätsrisiko: Eine Grenze pro Arzt kontrolliert die Gesamtkosten nicht, sie verschiebt die Menge nur. Fälle, die eine kontingentierte Ärztin nicht mehr abrechnen kann, wandern zu

Kolleginnen und Kollegen mit freiem Kontingent – unabhängig davon, ob diese die geeignetste Adresse sind. So können Patientinnen und Patienten bei qualitativ schwächeren Anbietern landen, oder hochspezialisierte Fälle in Praxen, in denen ein solches Fachgebiet sonst nur an einer Universitätsklinik tragfähig wäre. Die Gesamtkosten bleiben, die Behandlungsqualität sinkt – ein direkter, unbeabsichtigter Qualitätsverlust.

4. Auswirkungen auf die Stakeholder

4.1 Patientinnen und Patienten

Leitfrage: Wird die Versorgung besser oder schlechter? Schlechter. Ist die Monatsgrenze eines Arztes erreicht, droht faktisch der Behandlungsstopp – bei anhaltendem Ärztemangel bedeutet das längere Wartezeiten, unterbrochene Behandlungskontinuität und eingeschränkte Arztwahl. Betroffen sind zuerst die Verletzlichsten: chronisch Kranke und komplexe Patienten mit hohem Gesprächs- und Koordinationsanteil (reine AL-Zeit), ländliche Regionen mit wenigen Leistungserbringern, sozial Schwächere ohne Ausweichmöglichkeit ins Privatarzt-Segment. Eine Beispielrechnung aus der Debatte: Ein Hausarzt erreicht die Durchschnittsgrenze nach rund 22 Patienten pro Tag – «Wir haben Hausärztemangel und diese Deckelung entspricht quasi einem Arbeitsverbot». In technischeren Fächern ist die Grenze noch früher erreicht: Die [Kardiologie \(SGK\)](#) rechnet mit noch sechs bis sieben Patienten pro Tag. Zugleich entsteht ein Anreiz zur Selektion einfacher, schneller Fälle («Rosinenpicken»), während aufwendige Patienten gemieden werden.

"Zahlungskräftige Patienten können sich auf eigene Kosten von Ärzten behandeln lassen, die gemäss Art. 44 Abs. 2 KVG in den Ausstand getreten sind und ausserhalb der OKP praktizieren. Für alle anderen entsteht nach Erreichen der Monatsgrenze eine faktische Versorgungslücke, da Ärzte innerhalb der OKP wegen des Tarifschutzes keine private Abrechnung derselben Leistungen anbieten dürfen. De facto wird also eine Zweiklassenmedizin eingeführt.

Die Arztwahl wird pervertiert. Ausgerechnet die besten und meistgefragten Ärztinnen und Ärzte mit dem grössten Arbeitsvolumen erreichen die Grenze zuerst und können dann nicht mehr behandeln; die weniger nachgefragten haben tendenziell noch Kapazität. Unabhängig davon, wie gut ein Arzt ist, entscheidet künftig nicht mehr Expertise und Spezialisierung über die Arztwahl, sondern die blossen Frage, ob er überhaupt noch arbeiten darf. Eine saubere Triage – welcher Patient zu welchem Leistungserbringer gehört – ist damit nicht mehr möglich.

Systemrelevante Querschnittsfächer als Kaskade. Besonders heikel wird es – neben den Hausärzten – bei systemrelevanten Querschnittsfächern wie der Radiologie. Schliessen Institute mittags um 11 Uhr, weil die Grenze erreicht ist, brechen ganze Behandlungsketten zusammen: Ohne aktuelle Bildgebung sind Sprechstunden anderer Ärzte nicht mehr durchführbar, Chirurgen können Operationen nicht planen, Orthopäden nicht entscheiden, welcher Eingriff dem Patienten hilft. Tumore und Metastasen werden verspätet gefunden, Therapiekontrollen nicht rechtzeitig durchgeführt. Das betrifft nicht nur Arztpraxen, sondern ebenso alle Spitäler: Die Bildgebung findet ambulant statt und wird über genau diese Tarife verrechnet – unabhängig davon, ob sie im Spital oder in einer Praxis erbracht wird.

4.2 Ärztinnen und Ärzte

Gesamte Ärzteschaft

Die Deckelung bestraft Effizienz und Mehrarbeit: Wer schnell, gut organisiert und viel arbeitet, kann erbrachte Leistung nicht mehr verrechnen. Sie ist ein Eingriff in die Berufsausübung eines freien Berufs (faktische Umsatzlimite pro Kopf), demotiviert genau die Leistungsträger, erhöht Bürokratie (Monitoring des eigenen Taxpunktstands) und beschädigt die Berufsattraktivität für den Nachwuchs – in einer Phase, in der jede Massnahme den Ärztemangel verschärft. Hinzu kommt die Wahrnehmung öffentlicher Herabsetzung («Abzocker»-Narrativ), während Berichte, Befundungen und Koordination oft bis spät am Abend geleistet werden.

Der ärztliche Nachwuchs

Am folgenschwersten wirkt die Deckelung auf die Nachwuchsfrage. Sie ist ein **absolutes Dach**: Wer die Grenze voll ausschöpft, erreicht über die AL zulasten der Grundversicherung höchstens jenes Referenzeinkommen, auf das die Grenze kalibriert ist – rund **235'000 Franken brutto im Jahr** (Kap. 1/10). Für selbständige Ärztinnen und Ärzte ist das kein Reinlohn: Pensionskasse, AHV/IV/EO und weitere Sozialbeiträge tragen sie ohne Arbeitgeberanteil selbst, bezahlte Ferien oder Lohnfortzahlung gibt es nicht, das unternehmerische Risiko liegt bei ihnen – der Nettoverdienst liegt deutlich tiefer. Gemessen an 17 bis 30 Jahren Ausbildung bis zum (Doppel-)Facharzt ist der ärztliche Stundenansatz von rund 130 Franken auffällig tief. Ein Schreinermeister verrechnet rund 151 Franken, an Spezialmaschinen sogar 188 Franken pro Stunde; ein Sanitär- und Heizungs-Bereichsleiter rund 172, ein Metallbaumeister bis 184 Franken – jeweils nach nur vier bis neun Ausbildungsjahren. Die ärztliche Arbeitsstunde ist damit trotz drei- bis fünffacher Ausbildungsdauer die am schlechtesten bewertete.

Dazu steuert der Staat gleich dreifach: Er bestimmt, **wer** praktizieren darf (Zulassungsstopp), **wie viel** abgerechnet werden darf (AL-Deckel) und verpflichtet Grundversorger zum **Notfalldienst**. Welche klar denkende, rechnende junge Person entscheidet sich unter diesen Vorzeichen noch für die Medizin? Die Frage ist nicht rhetorisch: Die Schweiz deckt ihren Bedarf schon heute zu rund 41 Prozent mit im Ausland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten (OECD-Schnitt: 19 Prozent) – Tendenz steigend, bei einem prognostizierten Fehlbestand von mehreren tausend Ärzten in den nächsten fünfzehn Jahren. In einem international zunehmend umkämpften Markt ist es kurzsichtig, ausgerechnet dem eigenen Nachwuchs Obergrenze, Zulassungsstopp und Dienstpflicht als Perspektive zu bieten. Ein Gesundheitswesen, das die klügsten Köpfe braucht, muss ihnen einen Grund geben zu bleiben.

Hausärztinnen und Hausärzte

Grundversorger mit vielen kurzen Kontakten, Chronikerbetreuung und Koordinationsaufgaben arbeiten fast ausschliesslich in der AL. Das TARDOC-Kernversprechen – die Besserstellung der Grundversorgung – wird durch die Deckelung genau dort entwertet, wo es eingelöst werden sollte. Zugleich mahnt mfe zur Differenzierung: Ob regelgerechte Tätigkeit überhaupt zu Überschreitungen führt, ist noch nicht flächendeckend belegt – die Argumentation sollte deshalb auf die dokumentierbaren Konstellationen fokussieren (Vielbehandler in Mangelregionen, Notfall-nahe Grundversorgung, Praxen mit überdurchschnittlichem Pensum).

Spezialärztinnen und Spezialärzte (Betroffenheit nach Leistungsprofil)

Die Grenze behandelt alle Fachrichtungen gleich, obwohl die Leistungsprofile stark differieren – eine sachlich nicht gerechtfertigte Gleichbehandlung von Ungleichen. Besonders exponiert sind AL-lastige Fächer ohne

nennenswerte technische Leistungen (z.B. Psychiatrie, viele konsiliarische Tätigkeiten): Dort finanziert die AL faktisch die gesamte Praxis, und eine AL-Obergrenze wirkt unmittelbar existenzbedrohend. Eine strukturelle Sonderstellung nehmen die zuweisungs-basierten Querschnittsfächer ein – sie werden nachfolgend separat behandelt.

Querschnittsfächer ohne eigene Indikationsstellung: Radiologie, Pathologie und Labormedizin (2. Linie)

Kein Steuerungshebel – aber volle Deckelung. Radiologie, Pathologie und Labormedizin sind Querschnittsfächer der zweiten Linie: Die Indikation für eine Untersuchung stellt nicht das ausführende Fach, sondern der zuweisende Grundversorger oder Spezialist. Der Radiologe ist ausführendes Organ – er erbringt so viele Untersuchungen, wie zugewiesen werden, und kann das Volumen weder generieren noch reduzieren. Braucht es viele Abklärungen, macht er viele; braucht es wenige, macht er wenige. Eine pro Kopf wirkende AL-Obergrenze trifft damit ausgerechnet den Leistungserbringer, der die kostenauslösende Entscheidung gar nicht fällt. Weil es zu wenige Radiologinnen und Radiologen gibt, um zugewiesene Nachfrage umzuverteilen, führt ein Deckel unmittelbar zu einer flächendeckenden Unterversorgung der Bevölkerung mit Bildgebung.

Forderung: Spezialistengruppen, die ausschliesslich im direkten Auftrag und ohne eigene Indikationsstellung handeln – insbesondere Bildgebung, Pathologie und Labormedizin – sind von der Deckelung auszunehmen. Nur so bleibt die diagnostische Versorgung der Bevölkerung gewährleistet.

Qualität verliert ihre steuernde Wirkung. Weil die Radiologie auf Zuweisungen beruht, steht heute die Qualität im Wettbewerb: Das Institut mit der besseren Patientenbetreuung und den aussagekräftigeren Befundberichten erhält die Zuweisungen. Unter einer Tagesgrenze kehrt sich dieser Mechanismus um – Patientinnen und Patienten gehen nicht mehr dorthin, wo die Qualität am höchsten ist, sondern dorthin, wo überhaupt noch ein Termin frei ist. Weder Qualität noch Triage nach Dringlichkeit steuern dann noch den Zugang.

Verdrängung im Taxpunktbudget – höchst asozial. Innerhalb eines starren Tagesbudgets verdrängen aufwendige Untersuchungen den Zugang vieler anderer: Ein korrekt abgerechnetes Ganzkörper-CT bei Multiple Myelom bindet ein Vielfaches der AL-Taxpunkte eines einfachen Thorax-CT – nach der in der Fachdebatte genannten Grössenordnung rund das Neunfache. Ein einziger solcher komplexer Fall verwehrt damit faktisch rund neun anderen Patientinnen und Patienten den Zugang zu einer dringlichen Untersuchung. Die Grenze rationiert nicht nach medizinischer Dringlichkeit, sondern nach der zufälligen Reihenfolge des Kalenders.

Hochinvestive Institutionen und der Effizienz-Malus. Einrichtungen mit hohem Kapitaleinsatz – die Bildgebung voran – decken ihre Fixkosten nur über ausreichende Fallzahlen; eine künstliche Mengenbegrenzung macht den kostendeckenden Betrieb faktisch unmöglich und benachteiligt ausgerechnet effiziente, modern organisierte Zentren. Wer in Technologie und Prozesse investiert hat, kann diese Effizienz nicht mehr wirtschaftlich abbilden – das bremst Innovation und verlängert Wartezeiten.

4.3 Spitäler

Die Grenze gilt pro ausführende Ärztin bzw. Arzt und erfasst damit auch den spitalambulant Bereich: Personalplanung (mehr Köpfe für gleiches Volumen), Dienstplan- und Schichtmodelle, Notfall- und universitäre

Versorgung, Weiterbildung (Assistenzleistungen unter Verantwortung von Kaderärzten) werden administrativ komplexer und teurer. Spitäler tragen zudem die Rückverlagerung ambulant→stationär, die der Strategie «ambulant vor stationär» direkt zuwiderläuft.

4.4 Praxen und Praxisformen

Aus der AL werden in AL-lastigen Praxen faktisch Personal, Miete, Informatik, Versicherungen und weitere Fixkosten mitfinanziert; eine starre Begrenzung gefährdet deren wirtschaftliche Existenz – Personalabbau, Investitionsstopp und Praxisschliessungen sind absehbare Folgen. Verzerrend wirkt die Grenze zwischen Geschäftsmodellen: Grosspraxen und Ketten können Volumen auf mehrere angestellte Ärzte verteilen, die selbständige Einzelpraxis kann es nicht – die Massnahme beschleunigt die Konsolidierung zulasten der inhabergeführten Medizin. Zusätzlich sinkt der Ertragswert der Praxen, was Nachfolgen erschwert und den Hausärztemangel weiter verschärft.

4.5 Krankenversicherer

Kurzfristig gewinnen die Versicherer Planbarkeit und ein einfaches Kontrollinstrument; Prio.Swiss unterstützt die Lösung entsprechend öffentlich. Mittelfristig drohen aber Kostenverschiebungen statt Einsparungen: Rückverlagerung in den teureren stationären und spitalambulantem Bereich, Folgekosten verschleppter Diagnosen, Ausweichmengen in nicht gedeckelte Positionen. Das Interesse der Versicherer an administrativer Kontrolle ist nicht deckungsgleich mit dem Interesse der Versicherten an Zugang und Prämienstabilität.

4.6 Bundesrat / BAG

Der Bundesrat steht vor einem Genehmigungsdilemma: Er hat den gesetzlichen Auftrag umzusetzen, aber sein eigenes Fachamt hat die Untauglichkeit des Instruments dokumentiert. Genehmigt er das Konzept unverändert, trägt er die Verantwortung für vorhergesagte Versorgungsschäden; hier liegt die realistische Chance für einen Rückzieher oder eine substanzielle Entschärfung. Die Kernfrage, die er beantworten muss: Sind die Tarifpartner mit der konkreten Ausgestaltung (1'577 TP) über die Absicht des Gesetzgebers hinausgegangen?

4.7 Parlament

Für National- und Ständeräte zählen Wirkung, Verhältnismässigkeit, Verfassungsmässigkeit, Akzeptanz und föderale Folgen. Die FMH-Präsidentin selbst hält fest, es sei dem Parlament «niemals darum gegangen, dass Praxen am Mittag schliessen oder Patienten nicht mehr versorgt werden können» – womit die Diskrepanz zwischen gesetzgeberischer Absicht und realer Wirkung zum parlamentarischen Korrekturargument wird. Der Nationalrat, der die Bestimmung ursprünglich ablehnte, ist der natürliche Ansprechpartner für Vorstösse.

4.8 Kantone

Die Kantone tragen die Versorgungsverantwortung (Spitalplanung, Notfallversorgung, Zulassungssteuerung) und die Folgen von Verlagerungseffekten – ohne am Tarifentscheid beteiligt gewesen zu sein. Dieses strukturelle Missverhältnis (Entscheid beim Bund, Schaden beim Kanton) macht die GDK und einzelne Gesundheitsdirektionen zu potenziellen Verbündeten, insbesondere in Kantonen mit angespannter Grundversorgung und bei kantonal finanzierten Programmen (z.B. Mammographie-Screening).

5. Gesundheitspolitische Bewertung (Gesamtsystem)

- **Versorgung:** Qualität, Zugänglichkeit und Kontinuität verschlechtern sich planbar; die Schweiz gibt ihren Standortvorteil kurzer Wartezeiten ohne Not preis – im umliegenden Ausland sind mehrwöchige Wartezeiten die Regel.
- **Wirtschaftlichkeit:** Keine belegte Nettoersparnis. Zu erwarten sind Substitution in ungedeckelte Positionen, Rückverlagerung in teurere Settings, administrativer Mehraufwand für Monitoring und Streitfälle sowie der vom BAG benannte Referenzniveau-Effekt (Grenze wird zum Zielwert nach oben).
- **Systemreform (EFAS):** Die einheitliche Finanzierung ambulant/stationär zielt auf mehr – gerade spezialärztliche – ambulante Versorgung; der Deckel verknappt genau diese Leistungen und arbeitet der vom Volk beschlossenen Reform entgegen (vgl. [VEMS/Fairfond-Report](#)).
- **Wettbewerb:** Systematische Verzerrung zugunsten grosser, arbeitsteiliger Strukturen und zulasten von Einzelpraxen sowie AL-lastigen Fachrichtungen; Anreiz zur Patientenselektion; Ungleichbehandlung trotz ungleicher Leistungsprofile.
- **Innovation:** Investitions- und Digitalisierungsbremse – wer sein verrechenbares Volumen nicht steigern darf, investiert nicht in Effizienz (Geräte, KI-gestützte Prozesse, neue Verfahren). Effizienzgewinne werden konfisziert statt belohnt.
- **Personal:** Verschärfung des Fachkräftemangels: sinkende Berufsattraktivität, erschwerte Praxisnachfolgen, Abwanderungsanreize (Privatmedizin, Ausland, Pensumsreduktion), demotivierte Leistungsträger.
- **Ethik:** Eine administrative Limite tritt zwischen Arzt und Patient: implizite Rationierung ohne demokratisch legitimierte Priorisierungsdebatte. Wer behandelt wird, wenn die Grenze naht, entscheidet nicht mehr die medizinische Dringlichkeit allein.

6. Juristische Betrachtung

Prüfraster:

- **Wirtschaftsfreiheit (Art. 27 BV) und Verhältnismässigkeit (Art. 5 Abs. 2, 36 BV):** Eine pauschale Mengenbegrenzung für alle ist kaum das mildeste Mittel, wenn gezielte Missbrauchsinstrumente (WZW-Verfahren, Monitoring) existieren; Eignung und Erforderlichkeit sind angesichts der BAG-eigenen Warnungen substantiell bestreitbar.
- **Rechtsgleichheit (Art. 8 BV):** Gleichbehandlung stark ungleicher Leistungsprofile (AL-lastige vs. technikbasierte Fächer, Einzel- vs. Gruppenpraxis) ohne sachlichen Grund.
- **Tarifautonomie (Art. 43 ff. KVG):** Der gesetzliche Zwangsauftrag an die Tarifpartner höhlt die Vertragsautonomie aus; die «tarifpartnerschaftliche» Lösung entstand unter Verordnungsdrohung – ein Präjudiz für künftige staatliche Eingriffe in genehmigte Tarifwerke.

- **Tarifschutz und Leistungsanspruch:** Spannungsfeld zwischen OKP-Leistungsanspruch der Versicherten und Nichtverrechenbarkeit vollständig erbrachter Pflichtleistungen; Haftungs- und berufsrechtliche Fragen bei Behandlungsverweigerung wegen Grenzerreichung.
- **Rechtsschutzlücke der Tarifpartner-Konstruktion:** Entscheide der Tarifpartner sind faktisch nicht anfechtbar; Interpellationen an den Bundesrat werden regelmässig mit dem Verweis abgetan, die Tarifpartner hätten dies so beschlossen. Ein von der Regierung festgelegter Amtstarif wäre dagegen anfechtbar und dem politischen Einfluss ausgesetzt. Die «tarifpartnerschaftliche» Lösung entzieht die Deckelung so gerade der demokratischen und gerichtlichen Kontrolle (vgl. Kap. 2).
- **Minutagen sind normative Tarifgrössen, keine Zeitobergrenze (Rechtsgutachten Kieser):** Das [Gutachten von Stiftung Fairfond/VEMS](#) stützt sich auf Prof. Ueli Kieser: Die Minutage im TARMED/TARDOC ist eine normative Kalkulationsgrösse zur Bestimmung der Taxpunkte, kein Abbild effektiv aufgewendeter Zeit. Der 1'577/12-Stunden-Deckel ist damit eine Rückrechnung aus einer Rechengrösse – nicht aus realen Arbeitszeiten oder aus dem Wirtschaftlichkeitsbegriff (Art. 32/56 KVG). Effizienzgewinne (schneller als die tarifierte Minutage) sind systemimmanent und tariflich zulässig; sie sind kein Beweis für Unwirtschaftlichkeit und kein Rückforderungsgrund. Eine aus normativen Minutagen rückwärts konstruierte Tagesgrenze kann Wirtschaftlichkeit nicht neu definieren.
- **Rechtsweg:** Anfechtungsmöglichkeiten gegen den Genehmigungsentscheid des Bundesrats und gegen Sanktionen im Einzelfall sind zu klären; ebenso die Frage, ob die Umsetzung (1'577 TP) vom gesetzlichen Auftrag gedeckt ist.

7. Praktische Umsetzung – die offenen Fragen

Die Umsetzungsfragen sind laut FMH selbst noch offen – ein Beleg, dass die Massnahme handwerklich nicht zu Ende gedacht ist:

- **Rechtmässigkeit, Tauglichkeit und Gesetzeskonformität:** Ist eine pauschale, aus einer blossen Kalkulationsgrösse (Minutage) rückgerechnete Mengengrenze überhaupt ein taugliches und zulässiges Instrument – vereinbar mit dem Wirtschaftlichkeitsbegriff (Art. 32/56 KVG), der Tarifaufonomie (Art. 43 ff. KVG), dem Leistungsanspruch der Versicherten sowie mit Wirtschaftsfreiheit und Rechtsgleichheit (Art. 8, 27 BV)? Und ist die konkrete Umsetzung (1'577 TP) vom gesetzlichen Auftrag überhaupt gedeckt? (vgl. Kap. 6)
- Was geschieht konkret bei Überschreitung – Rückforderung, Kürzung, Sanktion? Wer kontrolliert, mit welchen Daten, in welchem Verfahren?
- Mehrere Arbeitgeber / mehrere ZSR-Nummern: Wie wird pro Person konsolidiert? Wie werden Stellvertretungen und Ferienvertretungen behandelt (temporär hohe Volumina)?
- **Teilzeit und Ärztinnen:** Der Tagesdurchschnitt über Verrechnungstage benachteiligt komprimierte Pensen (wenige, dafür dicht belegte Arbeitstage) – und trifft damit überproportional Ärztinnen, die häufiger Teilzeit arbeiten. Fehlende Ausgleichstage lassen einzelne Spitzen rascher zur Monatsüberschreitung werden (vgl. [Ärztinnen Schweiz / MWS](#)).
- Nacht-, Wochenend- und Notfalldienst: Abgrenzung der Ausnahmen in der Praxis; Dokumentationsaufwand.

- Universitätskliniken und Weiterbildung: Zurechnung delegierter Leistungen unter Kaderverantwortung.
- Fachrichtungsspezifische Profile: Eine Grenze für alle ignoriert strukturell unterschiedliche AL-Intensitäten.
- Jährliche Anpassbarkeit «im Rahmen der Tarifpflege»: Einstieg in eine ratchet-artige Absenkungslogik (heute 1'577, morgen weniger).

8. Unbeabsichtigte Folgen

Nebenwirkung	Mechanismus	Risiko
Behandlungsstopp / Wartezeiten	Grenze erreicht → keine Verrechnung → Terminvergabe wird gedrosselt	hoch
Patientenselektion	Einfache, schnelle Fälle werden bevorzugt; komplexe Patienten gemieden	hoch
Qualitätsverlust durch Fallverlagerung	Fälle wandern zu Ärzten mit freiem Kontingent – auch zu fachfremden oder qualitativ schwächeren Anbietern; die Gesamtkosten bleiben	hoch
Verlagerung stationär/ spitalambulant	Widerspricht «ambulant vor stationär»; verteuert das System	hoch
Zweiklassenmedizin	Zahlungskräftige Patienten können ärztliche Leistungen privat einkaufen bei Ärzten, die in den OKP-Ausstand gedrängt werden.	hoch
Referenzniveau-Effekt (BAG-Warnung)	Grenze wird zum Zielwert – Mengen steigen bei den Darunterliegenden	hoch
Mengenausweichung	Substitution in ungedeckelte Positionen und Tarifbereiche	mittel–hoch
Praxisschliessungen / Nachfolgekrise	Umsatzdeckel senkt Deckungsbeiträge und Praxiswert AL-lastiger Praxen	mittel–hoch
Konsolidierung / Kettenbildung	Grosse Strukturen können Volumen verteilen, Einzelpraxen nicht	mittel
Abwanderung / Pensumsreduktion	Privatmedizin ausserhalb OKP, Ausland, Teilzeit statt Vollversorgung	mittel
Mehr Bürokratie	Taxpunkt-Selbstmonitoring, Streit- und Kontrollverfahren	mittel
Weniger Ausbildung/ Weiterbildung	Kaderärzte rationieren betreute Leistungen	tief–mittel

9. Alternativen – das Ziel besser erreichen

Die Opposition ist nicht gegen Kostenverantwortung, sondern gegen ein untaugliches Instrument. Das legitime Ziel (Ausreisser und Missbrauch erkennen) ist wirksamer erreichbar durch:

- **Evaluation vor Regulation:** TARDOC-Wirkungen während mindestens drei Jahren unter Nutzung der bestehenden OAAT-Steuerungsinstrumente evaluieren, bevor zusätzliche Massnahmen beschlossen werden.
- **Datenbasierte Auffälligkeitserkennung:** statistische Ausreisseranalysen pro Fachrichtung und Praxistyp statt einer Einheitsgrenze; anschliessend gezielte Einzelfallprüfung (WZW-Verfahren nach Art. 32/56 KVG).
- **Am richtigen Hebel ansetzen — TP statt AL korrigieren (Fairfond/Kieser):** TARMED und TARDOC finanzieren die Leistung über den Taxpunkt: $AL + TL = TP$, wobei der TP die betriebswirtschaftlich korrekte Fixgrösse ist. Stimmt der AL-Anteil nicht, ist folgerichtig der TL-Anteil (Technik/Infrastruktur) über die Tarifpflege anzupassen – nicht die AL zu deckeln. Weil die AL heute ohnehin einen Teil der Infrastruktur querfinanziert (belegt mit den RoKo-Daten des Aargauischen Ärzteverbands), trifft ein AL-Deckel nicht überhöhte Löhne, sondern die Finanzierung solide geführter Praxen.
- **Falls eine Grenze zwingend ist: statistisch fundiert ansetzen.** Muss aufgrund des Parlamentsbeschlusses überhaupt eine Obergrenze bestehen, darf sie nicht auf dem Durchschnitt liegen, sondern am Rand der Verteilung – etwa bei Mittelwert plus zwei Standardabweichungen. So werden ausschliesslich echte statistische Extremwerte erfasst, während regelgerecht arbeitende Vielbehandler nicht konstruktionsbedingt getroffen werden.
- **Bestandesschutz für bestehende Praxen:** Da die auf dem Durchschnitt konstruierte Grenze rund die Hälfte der Ärzteschaft trifft, müssten bestehende, regelkonform arbeitende Praxen von der Kontingentierung ausgenommen bleiben; eine Grenze dürfte allenfalls prospektiv – nach fachgebietsspezifischer Prüfung – für neu aufgenommene Tätigkeiten gelten.
- **Zuweisungsbasierte Querschnittsfächer ausnehmen:** Leistungserbringer, die ausschliesslich im direkten Auftrag und ohne eigene Indikationsstellung handeln (Bildgebung, Pathologie, Labormedizin), können das Volumen nicht steuern; sie sind von der Deckelung auszunehmen, um die diagnostische Versorgung der Bevölkerung zu sichern.
- **Peer Review und indikationsbezogene Audits:** fachliche statt administrative Kontrolle; Qualitätsindikatoren statt Zeit- und Mengengrenzen.
- **Echte statt eingefrorene Kostenneutralität:** Demografie und Morbidität einer wachsenden, alternden Bevölkerung berücksichtigen statt ein Basisjahr einzufrieren; nachweislich nicht kostendeckende Leistungen korrigieren, bevor Absenkungen greifen. Die vom Bundesrat verlangte Revision von Kostenmodellen und Tarifwirksamkeitsindex steht laut [FMH-Protokoll \(1.7.2026\)](#) ohnehin noch aus – der Deckel stützt sich auf Grundlagen, die die Tarifpartner selbst als revisionsbedürftig anerkennen.
- **Transparenz und Prüfbarkeit:** Datengrundlage, Methodik und regionale Indizes des Monitorings offenlegen und extern überprüfbar machen.

- **Verbindlicher Einbezug:** Fachgesellschaften und Dachorganisationen in tarifpolitische Grundsatzzentscheide verbindlich einbinden (Kernforderung der Petition).

10. Diskurs und Narrative

Dominante Narrative der Befürworter – und ihre Schwächen

- **«Niemand soll mehr als 12 Stunden pro Tag abrechnen dürfen» (so auch die NZZ):** übernimmt den Konstruktionsfehler unkritisch (vgl. Kap. 1). Die 1'577 TP sind kein gemessenes Zeitmaximum, sondern Durchschnitts-Kostensatz $\times$ 12 h. Die Erzählung setzt einen Mittelwert mit einer Arbeitszeit-Obergrenze gleich, verwechselt verrechnete AL-Minutagen mit realer Präsenzzeit (Delegation, Parallelprozesse, Effizienz) und übergeht, dass ein als Obergrenze gesetzter Durchschnitt rund die halbe Ärzteschaft deckelt. Eine AL Minute entspricht nicht einer effektiven Arbeitsminute. Die fehlende Pflege und Inkonsistenz des Tarifwerkes ohne Einbezug der Fachärzte führte zu einer bestenfalls sehr ungenauen Abbildung der effektiven Arbeitsprozesse im Alltag.
- **«Die Deckelung begrenzt Ärztteinkommen»:** Nicht nur – die AL ist Praxisumsatz, nicht Arztlohn. In AL-lastigen Praxen finanziert sie Personal, Miete, Infrastruktur und Informatik mit; gedeckelt wird die Versorgungsmenge, nicht ein Einkommen.
- **«Kostenexplosion durch Mengenausweitung»:** ignoriert Demografie, Morbidität und die gewollte Ambulantisierung; steigende ambulante Mengen sind teilweise Erfolg der Strategie «ambulant vor stationär», nicht deren Versagen.
- **«Ärzte sind Abzocker»:** Stimmungsnarrativ ohne Differenzierung; die EFK selbst fand z.B. in der Radiologie einheitliche, gewissenhafte Indikationsstellung und keine Hinweise auf unerlaubte Rückvergütungen.

Der Diskurs verschiebt sich: Stimmen aus Fachgesellschaften und Spitälern

Innert Tagen hat sich eine breite Front gegen die Deckelung formiert (dokumentiert unter [«Stimmen & Einordnungen»](#)). Sie reicht von den chirurgischen Fachgesellschaften (FMCH, rund 8000 Ärztinnen und Ärzte) über die Ophthalmologie (SOG), die Kardiologie (SGK), die Ultraschall-Gesellschaft (SGUM), die Grundversorger (mfe) und die Ärztinnen Schweiz (MWS) bis zu kantonalen Verbänden (AAV) und zwei grossen Spitalgruppen (Hirslanden, Swiss Medical Network); ein gemeinsamer Verbändebrief und der VEMS/Fairfond-Report kommen hinzu. Bemerkenswert: Auch ein Mitglied des H+-Vorstands – des Spitalverbands, der das Konzept mitunterzeichnet hat – argumentiert öffentlich gegen die Grenze. Und die inzwischen bekannt gewordenen FMH-Protokolle vom 1. Juli 2026 belegen, dass die betroffenen Fachgesellschaften vor der Einreichung nicht angehört wurden. Das Bild «einzelne Abzocker gegen die Prämienzahler» trägt vor diesem Hintergrund nicht.

Über die Breite hinaus kehren in diesen Stellungnahmen dieselben sachlichen Einwände wieder:

- **Delegation wird bestraft, nicht Missbrauch (SOG):** In der Augenheilkunde werden Perimetrie, OCT oder die Betreuung intravitrealer Injektionen unter ärztlicher Verantwortung an spezialisiertes Personal delegiert. Eine Grenze, die Taxpunkte mit persönlicher Arztzeit gleichsetzt, trifft gerade diese effizienten Modelle – ohne dass Missbrauch vorläge.

- **Ungleichbehandlung nach Abrechnungskanal (Cauzza, SMN/H+):** Gedeckelt wird nur die AL im TARDOC zulasten der OKP – nicht ambulante Pauschalen, Stationäres oder Selbstzahler. Das schafft Anreize zur Verlagerung und verkehrt «ambulant vor stationär».
- **Der Durchschnitt als Obergrenze (Cauzza):** Die Grenze beruht auf einem Referenzeinkommen von rund 235'000 Franken; wer einen Durchschnitt zur Obergrenze erhebt, kappt die legitime obere Hälfte der Berufsangehörigen.
- **Zweiklassenmedizin (SOG):** Werden Leistungen künftig privat ausserhalb der OKP eingekauft, entsteht eine Zweiklassenmedizin zulasten wirtschaftlich schwächerer Patientinnen und Patienten.
- **Prozess- und Datenkritik (FMCH):** Kein Vollzug ohne fachgebietsspezifische Datengrundlage und Einbezug der Fachgesellschaften; Korrekturen müssen vor dem 1. Januar 2027 erfolgen, nicht danach.

Auffällig ist auch der innerärztliche Ton: Während viele Stimmen die FMH scharf kritisieren, warnt die MWS ausdrücklich vor Spaltung und «FMH-Bashing» und wirbt für Geschlossenheit. Der Streit dreht sich also nicht um das Ob der Kritik, sondern um ihre Adressaten und Form.

Die gravierendsten Mängel

- 1 · Ein Deckel auf der Arbeit ist ein Deckel auf der Behandlung – ist die Grenze erreicht, droht der Behandlungsstopp.
- 2 · Die Massnahme bestraft Effizienz: Wer viel und gut arbeitet, wird begrenzt; wer wenig arbeitet, erhält ein Referenzniveau nach oben (BAG-Warnung).
- 3 · Der Staat löst ein Ausreisserproblem mit einem Flächeninstrument – und trifft die Versorgungsträger statt der Ausreisser.
- 4 · Die Deckelung spart nichts: Sie verlagert Kosten in teurere Settings und erzeugt Administrativ-aufwand.
- 5 · Gleiche Grenze für ungleiche Fächer ist keine Gleichbehandlung, sondern Willkür.
- 6 · Die AL-Obergrenze ist der Einstieg in die Budgetierung ärztlicher Arbeit – jährlich anpassbar, also jährlich absenkbar.
- 7 · Der Gesetzgeber wurde vor den Folgen gewarnt – vom eigenen Bundesamt – und beschloss trotzdem.

Gegennarrativ (ein Satz)

«Die Medizin bemisst sich am Menschen, nicht an einem Kostendeckel – wer die ärztliche Leistung deckelt, deckelt die Behandlung der Patientinnen und Patienten.»

11. Wer positioniert sich wie

Ein Überblick über die dokumentierten Positionen zur AL-Tages-Höchstgrenze im TARDOC — zusammengetragen aus den unter «[Stimmen & Einordnungen](#)» gesammelten Beiträgen (Stand Juli 2026).

Akteur	Position / Forderung
RÜCKZUG, AUSSETZUNG ODER GRUNDSÄTZLICHE ABLEHNUNG	
FMCH — chirurgische Fachgesellschaften (rund 8'000 Ärztinnen und Ärzte)	Übungsabbruch: fordert den Bundesrat auf, die Höchstgrenze nicht zu genehmigen; die bestehenden Instrumente (Monitoring, Art. 47c/56 KVG) genügen.
Hirslanden — grösste private Klinikgruppe	«Inakzeptabel»; fordert den Rückzug des Antrags und will die Regel nicht anwenden. CEO Rufenacht warnt vor einer Zwei-Klassen-Medizin.
Swiss Medical Network — zweite grosse Spitalgruppe	Verurteilt den Vorschlag scharf als «Bestrafung der Arbeit».
SGK — Kardiologie	Ersucht den Bundesrat, die Grenze zurückzuweisen; rechnet mit noch sechs bis sieben Patienten pro Tag.
SOG — Ophthalmologie	Formelles Nein an die Bundesrätin.
SGUM — Ultraschall in der Medizin	Protestnote an die FMH; verlangt Aussetzung und Transparenz.
mfe — Haus- und Kinderärzte	Kritisch; die AL sei mehr als Arztzeit, das TARDOC-Versprechen der Grundversorgung werde entwertet.
AAV — Aargauischer Ärzteverband	Einführung zurückstellen bis nach einer TARDOC-Evaluation; belegt mit RoKo-Daten, dass die AL die Infrastruktur querfinanziert.
PULSUS — Zentralschweiz	Beurteilt die geplante Grenze «mit Sorge»; verlangt eine sorgfältige Evaluation — viele Praxen sind schon am Anschlag.
MWS — Ärztinnen Schweiz	Gegen den Deckel (Teilzeitärztinnen überproportional betroffen) — und gegen eine Spaltung der Ärzteschaft.
Stiftung Fairfond / VEMS	Deckel rechtlich und betriebswirtschaftlich untauglich (Minutage-Gutachten Kieser); ruft zur FMH-Urabstimmung auf.
alt-FMH-Präsident Jürg Schlup	Falsch priorisiert: die Berichterstellung an Behörden und Versicherer bleibt ungedeckt, die Versorgung wird gedeckt.
INSTRUMENT AKZEPTIERT, ABER HÖHE/AUSGESTALTUNG ÄNDERN	
VZI — Zürcher Internisten	1'577 Taxpunkte «zu tief angesetzt»; die Grenze solle nur eindeutige Ausreisser treffen.
AMGe — Ärztesgesellschaft Genf	Anpassung je nach Fachgebiet; für stark betroffene Fächer allenfalls ein Moratorium für 2027.

Akteur	Position / Forderung
SSIPM — interventionelle Schmerzmedizin	Erneute Überprüfung; die starre Grenze ignoriere die strukturellen Besonderheiten des Fachs.
TARIFPARTNER: MITTRÄGER UND VERTEIDIGER	
FMH — Dachverband, Tarifpartner	Schwenkt langsam um: bremst und beschwichtigt den Widerstand nicht mehr aktiv — Präsidentin Gilli nennt das Modell inzwischen «Fehlleistung» und für 2027 nicht bereit. Sie kämpft aber nicht gegen die Deckelung, sondern verwaltet sie und stellt «Korrekturen» in Aussicht. Der Eindruck: mehr Sorge um den Kontrollverlust gegenüber der Basis als klare Gegenwehr.
H+ — Spitalverband, Mitunterzeichner	Direktorin Bütikofer verteidigt die tarifpartnerschaftliche Lösung («kein H+-Wunsch, sondern gesetzlicher Auftrag») — während die H+-Mitglieder Hirslanden und SMN den Rückzug verlangen.
prio.swiss — Krankenversicherer, Mitunterzeichner	Verteidigt den Deckel als «Chance für Tarifpflege»; Schieflagen sollen nachträglich im OAAT-Datenprozess korrigiert werden.
GESETZGEBER UND BEHÖRDEN	
Parlament (SGK-S / SGK-N)	Urheber des gesetzlichen Auftrags (Kostendämpfungspaket 2); der Nationalrat lehnte die Bestimmung zunächst ab.
Bundesrat / EDI / BAG	Genehmigungsinstanz. Das BAG warnte 2024 selbst vor der Massnahme und signalisierte im Juli 2026 Spielraum; der Entscheid wird im Herbst erwartet.

Anhang B: Quellen und Belegstellen (Auswahl)

- Gesetzliche Grundlage: KVG-Kostendämpfungspaket 2 (Geschäft 22.062), Übergangsbestimmungen Ziff. III Abs. 6; verabschiedet am 21. März 2025; Antrag der SGK-S vom April 2024; Zustimmung beider Räte nach Einigungskonferenz. Namentliche Abstimmungen: Abstimmungsdatenbank parlament.ch.
- FMH-Erläuterungen zur Höchstgrenze (tarifeambulant.fmh.ch): Mechanik, Geltungsbereich, Verfahrensgeschichte, jährliche Anpassbarkeit.
- Konzept FMH/H+/Prio.Swiss vom 2. Juni 2026: 1'577 TP AL/Arbeitstag im Monatsdurchschnitt; Annahme 12 Stunden/Tag; liegt dem Bundesrat zur Genehmigung vor; Inkrafttreten frühestens 1.1.2027.
- BAG-Bericht an die SGK-S (2024): Warnung vor Behandlungsstopp-Anreiz und Referenzniveau-Effekt; Befund, eine Tagesobergrenze löse die Tarifprobleme nicht.
- Petition an die Bundesversammlung «Keine tägliche Obergrenze der ärztlichen Leistung im TAR-DOC»: über 36'000 Unterschriften; Forderungen inkl. dreijähriger Evaluation und verbindlichem Fachgesellschafts-Einbezug.

- FMH-Urabstimmung zum Leistungsdeckel (VEMS/Fairfond): 2'500 beglaubigte Unterschriften von FMH-Mitgliedern nötig, Frist 24. August 2026; verlinkt auf der Seite «[Stimmen & Einordnungen](#)».
- Stellungnahmen von Fachgesellschaften, Spitalgruppen und Verbänden (FMCH, SOG, SGK, SGUM, mfe, MWS, AAV, Hirslanden, Swiss Medical Network u. a.), Medienberichte (medinside, NZZ, Blick, SRF, CH Media) sowie der VEMS/Fairfond-Report und das Protokoll der FMH-Delegiertenversammlung vom 1. Juli 2026 – gesammelt und eingeordnet unter «[Stimmen & Einordnungen](#)».
- BAG-Stellungnahme (Juli 2026): erste öffentliche Positionierung zur Höchstgrenze; der Genehmigungsentscheid wird im Herbst erwartet.
- SGR-SSR: FAQ Tarife, Positionspapiere (EFK-Stellungnahme, Grundversorgung), Medienmitteilung Mammographie-Screening (Tarifsenkung ~60%, Programmgefährdung).
- Doctors Unchained (doctorsunchained.ch): Manifest mit acht Forderungen; Forderung 1 verlangt die ersatzlose Streichung der AL-Obergrenze.
- Nachwuchs und Löhne: Ausbildungsdauer der Facharzttitle ([SIWF](#)); Regieansätze im Gewerbe ([VSSM](#)); Anteil im Ausland ausgebildeter Ärztinnen und Ärzte (rund 41%): [FMH-Ärztestatistik 2024](#).
- FMH-Statuten (Fassung 19.5.2022): Art. 31 Abs. 1 (Einberufung a.o. Ärztekammer: qualifizierte Organisationskoalition oder ein Fünftel der stimmberechtigten Delegierten = 40 von 200; bindend für den ZV; ZGB Art. 64 Abs. 3 als Backstop).