

Ein Überblick

# Ambulante Pauschalen

Seit Jahresbeginn muss unser Gesundheitswesen ambulante Pauschalen anwenden. Wir zeigen, wie diese entstanden sind, welche Probleme damit verbunden sind – und wie wir Verbesserungen vorantreiben.

Nora Wille<sup>a</sup>, Urs Stoffel<sup>b</sup><sup>a</sup> Dr. phil., persönliche wissenschaftliche Mitarbeiterin der Präsidentin, FMH, <sup>b</sup> Dr. med., Mitglied des Zentralvorstands der FMH von 2012 bis 2024

Ambulante Pauschalen beschäftigen uns in der Praxis des Gesundheitswesens zwar erst seit Anfang 2026, ihre Vorgeschichte reicht jedoch weit zurück. Bereits 2016 startete die FMCH als Dachverband der chirurgisch tätigen Ärztinnen und Ärzte gemeinsam mit dem Versichererverband santésuisse ein Projekt zur Entwicklung ambulanter Pauschalen. Santésuisse hatte die Mitarbeit an der Revision des alten Einzelleistungstarifs TARMED stets abgelehnt. Das erste Projekt zur Entwicklung ambulanter Pauschalen musste jedoch eingestellt werden, weil das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die verwendete Datenbasis als ungenügend beurteilte.

## Ein nächster Anlauf

Ende 2018 erfuhr das Pauschalenprojekt eine Neuauflage: Der Spitalverband H+ stieg aus der bereits weit fortgeschrittenen TARMED-Revision aus und schloss sich mit santésuisse und der FMCH zusammen. Nach dem Vorbild der stationären Fallpauschalen und auf Basis der stationären REKOLE-Daten sollten auch für den ambulanten Bereich Pauschalen entwickelt werden. Die FMCH forderte im Projektverlauf, die Datenqualität zu verbessern und die Expertise der Fachgesellschaften stärker einzubeziehen – jedoch ohne Erfolg. Als H+ und santésuisse 2021 die Pauschalen zur Vorprüfung einreichten, distanzierte sich die FMCH davon – wegen erheblicher inhaltlicher und formaler Mängel – und zog sich 2022 endgültig aus dem Projekt zurück.

## Pauschalen im Tunnelblick

Danach arbeiteten santésuisse und H+ allein an den ambulanten Pauschalen. Zwar

forderte die FMH immer wieder den Einbezug der Fachgesellschaften – und auch das BAG und der Bundesrat unterstützten diese Forderung. Dennoch wurde die FMH nie in das Projekt einbezogen. Auch die wiederholten Warnungen der FMH wegen der ungenügenden Datenbasis, in der Daten der niedergelassenen Ärzteschaft vollständig fehlten, blieben unbeachtet: Ambulante Pauschalen, die sowohl spitalambulant als auch in der freien Praxis angewendet werden, können nicht im Sinne des Gesetzes sachgerecht sein (Art. 43 Abs. 4 KVG), wenn sie sich ausschliesslich auf Spitaldaten stützen.

## Pauschalen funktionieren nur, wenn sie Daten und Expertise beider Sektoren einbeziehen.

### Rückenwind durch die Politik

Gleichzeitig erhielten ambulante Pauschalen starken Rückenwind aus der Politik, weil viele meinten, eine Pauschalvergütung sei immer günstiger. In der Hoffnung, mit Pauschalen könne man Geld sparen, verabschiedete das Parlament 2021 mit dem Kostendämpfungspaket 1a einen Vorrang von Pauschaltarifen (Art. 43 Abs. 5<sup>ter</sup> KVG). Zudem zementierte es die Spaltung der Tarifstrukturen: Es beschloss, dass Einzelleistungstarife und ambulante Pauschaltarife «je auf einer einzigen gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen» müssten (Art. 43 Abs. 5 KVG). Damit wurde die von der FMH angestrebte sachlogische einheitliche Struktur

für alle ambulanten Leistungen unterlaufen. Eine gemeinsame Struktur hätte ermöglicht, Pauschalen auf Basis betriebswirtschaftlich berechneter Einzelleistungen transparent zusammenzufassen, zu vergleichen, zu pflegen und weiterzuentwickeln. Dies wurde nun per Gesetz verhindert.

### Genehmigung durch den Bundesrat

Weil die FMH die noch unausgereiften ambulanten Pauschalen nicht unterstützte, reichten die Tarifpartner Ende 2023 beim Bundesrat zwei getrennte Gesuche ein: eines zum TARDOC-Vertrag zwischen FMH und curafutura und ein weiteres zum Pauschaltarifvertrag zwischen santésuisse und H+. Im Juni 2024 genehmigte der Bundesrat dann beide Gesuche in Teilen. Damit waren nicht nur Teile des TARDOC, sondern auch Hunderte ambulante Pauschalen definitiv und unwiderruflich als Bestandteil des neuen Tarifsystems gesetzt. Zudem forderte der Bundesrat die Tarifpartner auf, bis Ende 2024 gemeinsam ein ambulantes Tarifsystem einzureichen, das die genehmigten Teile des TARDOC mit den genehmigten ambulanten Pauschalen verbindet. Er machte unmissverständlich klar, dass er ein solches Tarifsystem andernfalls zwingend verordnen und so als Amtstarif festsetzen würde.

### Im Zweifel für die Tarifpartnerschaft

Mit dem Entscheid des Bundesrats im Juni 2024 stand damit fest: Die ambulanten Pauschalen werden in jedem Fall ohne weitere Überarbeitungsfristen 2026 eingeführt – unabhängig davon, ob die Tarif-

partner die bereits genehmigten Tarifteile verbinden und neu einreichen oder nicht. Die FMH hatte nun zwei Optionen. Sie hätte die gemeinsame Neueinreichung ablehnen können. Die Folge wäre die definitive Festsetzung desselben Tarifs als Amtstarif gewesen: Damit hätte die Ärzteschaft jeglichen Einfluss auf Korrekturen und die Weiterentwicklung des Tarifsystems verloren und die Tarifhoheit an den Bundesrat abgegeben. Die zweite Option war darum die einzig vernünftige: Die FMH unterstützte die Neueinreichung des kohärenten Tarifsystems, das die bereits genehmigten Tarifteile miteinander verband. Die Folge war die Einführung des Tarifs im Rahmen der Tarifpartnerschaft – verbunden mit einem gesicherten Einfluss der Ärzteschaft als Tarifpartner. Wir konnten die Fehler nicht mehr verhindern, können sie nun aber wenigstens in der Tarifpartnerschaft in einem lernenden System korrigieren und das Tarifsystem gemeinsam mit den Tarifpartnern weiterentwickeln.

### Zentrale Schwäche der Pauschalen

Ein grundlegendes Problem der aktuellen ambulanten Pauschalen besteht darin, dass sie strikt nach dem Prinzip stationärer Fallpauschalen gestaltet wurden. Diese werden jedoch ausschliesslich in einem geschlossenen System, nämlich dem Spital, angewendet und nicht sektorübergreifend im praxisambulanten und im spitalambulanten Bereich. Ein Spital mit grossen Patientenzahlen und breitem Behandlungsspektrum verfügt über ganz andere Ausgleichsmöglichkeiten als eine kleine spezialisierte Praxis, die für deutlich weniger Patientinnen und Patienten eine kleine Auswahl spezifischer Behandlungen anbietet. Dennoch sind falsche Vorstellungen über «Durchschnittskosten» verbreitet. So kommunizierte sogar der Bundesrat mehrfach, Pauschalen könnten zwar in Einzelfällen mal nicht kostendeckend sein – dies würde sich aber «über alle Fälle hinweg ausgleichen». Diese grundsätzlich korrekte Aussage trifft aber leider nur dann zu, wenn die Pauschalen richtig konstruiert wurden.

### Voraussetzungen für gute ambulante Pauschalen

Der in einem Pauschaltarif angestrebte Ausgleich funktioniert leider nur dann, wenn die Pauschalen eine wichtige Voraussetzung erfüllen: die sogenannte «doppelte

Homogenität». Damit ist gemeint, dass die Pauschalen erstens nur Behandlungen mit einem ähnlich hohen Aufwand zusammenfassen. Die Leistungen dürfen also zeitlich und inhaltlich nicht zu stark variieren. Zweitens muss auch beim Leistungserbringer eine Homogenität bestehen: Es darf bei einer Pauschale nicht passieren, dass die aufwendigeren – und damit unterfinanzierten – Fälle zum Beispiel systematisch überwiegend in Spitalambulanzen behandelt werden, während die einfacheren Fälle vor allem praxisambulant erbracht werden. Ein ähnliches Problem bestünde, wenn die Behandlungen der durch eine Pauschale untertarifierten Fälle überwiegend durch eine Fachdisziplin erfolgen würden, während die übertarifierten Fälle eher von einer anderen Fachdisziplin versorgt würden.

## Ohne doppelte Homogenität entstehen systematische Verluste hier und ungerechtfertigte Gewinne dort.

### Inhomogene Pauschalen gleichen sich nicht aus

Ein anschauliches Beispiel unter vielen anderen für die doppelte Inhomogenität bietet die Pauschale, die die äussere Wendung eines Babys im Mutterleib gleich vergütet wie die Entfernung einer Zervixcerclage. Während eine äussere Wendung etwa fünfzig Minuten dauert und unter Sectio-Bereitschaft mit verfügbarer Anästhesie praktisch ausschliesslich im Spital erfolgen muss, benötigt die Entfernung einer Zervixcerclage nur etwa acht Minuten und keine spezielle Infrastruktur. Die Unter- und die Übertarifierung dieser Leistungen können sich auch deshalb nicht ausgleichen, weil sie systematisch an anderen Orten anfallen: In diesem Fall macht das Spital (Gebärsaal) Verluste, während ambulante Praxen von der Übertarifierung der Entfernung einer Zervixcerclage unsachgemäss profitieren.

### Welche Verbesserungen es braucht

Inhomogene und nicht kostendeckende Pauschalen können im schlimmsten Fall dazu führen, dass Leistungen nicht mehr erbracht werden – und gefährden damit

die Versorgungssicherheit. Die Tarifpartner arbeiten darum unter Hochdruck an Verbesserungen: Im Fall von inhomogenen Pauschalen sind Unterteilungen in mehrere homogene Pauschalen zwingend geboten. Im Fall stark variierender Kostenanteile in ein und derselben Pauschale (z. B. bei Pathologiekosten) müssen diese aus der Pauschale herausgelöst bzw. über sachgerechte Zusatzentgelte finanziert werden. Zum Beispiel ist es weder sachgerecht noch sinnvoll, dass Lumbalpunktionen immer gleich vergütet werden, obwohl die in der Pauschale inbegriffene Untersuchung der entnommenen Rückenmarksflüssigkeit je nach Erkrankung unter 100 oder über 800 Franken kosten kann. In anderen Fällen müssen eindeutige Fehlтарифierungen korrigiert werden: Wenn schon eine für die Leistung immer anfallende Kostenkomponente (z. B. Tracer in der Nuklearmedizin) mehr kostet, als die Pauschale für die gesamte Behandlung vergütet, muss offensichtlich die Kostenbasis neu kalkuliert werden.

### Das lernende System auch lernen lassen

Oft betont die Exekutive, dass der ambulante Arzttarif ein lernendes System sei – und hat damit unbestritten recht. Allerdings braucht ein solches System auch Rahmenbedingungen, die das Lernen zulassen. Es muss, gerade in der Einführungsphase, rasch auf Fehler reagieren können. Um diese Verantwortung effektiv wahrnehmen zu können, bräuchten die Tarifpartner mehr Freiheiten. Obwohl die Organisation der Tarifpartner, die OAAT AG, der Bundesverwaltung laut dem Eidgenössischen Departement des Innern aufsichtsrechtlich nicht unterstellt ist, macht das BAG zahlreiche bindende Vorgaben – und verzögert und verhindert damit die unkomplizierte, sachgerechte und schnelle Korrektur von Fehlern. Nicht einmal offensichtliche und von allen Tarifpartnern unbestrittene Fehler dürfen gemäss den Vorgaben des BAG sofort korrigiert werden.

### Wie weiter?

Die Herausforderung, möglichst schnell möglichst viel Sachgerechtigkeit herzustellen, ist immens. Erste grobe Mängel konnten die Tarifpartner bereits beheben, indem sie im Juli 2025 Korrekturen einreichten, die der Bundesrat im November genehmigte. Die intensive Arbeit der Tarifpartner könnte allerdings noch schnell

## Ein lernendes System braucht Handlungsspielraum, um Fehler schnell korrigieren zu können.

ler vorankommen, wenn sie Fehler auch unterjährig korrigieren und absehbare Fehlentwicklungen in der Tarifierung rasch und verursachergerecht anpassen könnten. Andere Mängel erfordern hingegen komplexe Eingriffe in die Tarifstruktur und lassen sich nicht von heute auf morgen verbessern. Hier müssen kurzfristig praktikable Kompromiss- und Übergangslösungen geschaffen werden, bis eine nächste Tarifversion die strukturellen Fehler beheben kann.

### Pauschalen sind etwas Gutes - wenn sie denn gut sind

Klar festzuhalten bleibt: Sowohl die FMH als auch die Fachgesellschaften begrüßen Pauschalen für geeignete Behandlungen, Prozeduren und Eingriffe in der ambu-

lantens Gesundheitsversorgung. Ambulante Pauschalen müssen aber unter Einbezug der Expertise der Fachgesellschaften entwickelt werden und klaren Regeln und Vorgaben (Art. 43 Abs. 4 KVG) folgen. Für ambulante Pauschalen, die in beiden Sektoren, spitalambulant und praxisambulant, angewendet werden, ist die doppelte Homogenität eine zwingende Voraussetzung, um die Vorgaben des KVG zu erfüllen – und damit auch die Versorgungssicherheit zu gewährleisten.

Unabhängig von der Art der Mängel gilt: Am schnellsten und besten werden Verbesserungen mit einer konstruktiven Zusammenarbeit aller Beteiligten gelingen. Die FMH und die OAAT bieten dafür breit abgestützte Strukturen und professionelle Prozesse (siehe Artikel auf S. 31 und S. 33). Gerade der Unmut über dysfunktionale Pauschalen unterstreicht die Bedeutung eines arbeitsfähigen Systems, in dem der ambulante Tarif Schritt für Schritt weiterentwickelt werden kann, um zu einer guten Basis für eine qualitativ hochwertige Versorgung ohne Fehlanreize zu werden. ●●

**Korrespondenz**  
urs.stoffel@fmh.ch

### Zusammenfassung

Seit Anfang 2026 prägen die neuen ambulanten Pauschalen unser Gesundheitswesen. Der Artikel zeigt, wie ihre Entstehung von Konflikten, Datenlücken und politischem Druck geprägt war. Er veranschaulicht, warum viele Pauschalen unausgereift sind, welche Voraussetzungen gute Pauschalen erfüllen müssen und welche Korrekturen jetzt entscheidend sind. Es gilt nun, das lernende Tarifsysteem lernen zu lassen und die gute Zusammenarbeit aller Beteiligten zu festigen, um eine stabile Basis für eine gute medizinische Versorgung zu schaffen.

Mitteilungen ●●●

## Korrigendum

Die in der Septemberausgabe der «Schweizerischen Ärztezeitung» publizierten überarbeiteten Richtlinien zur Fahreignung bei kardiovaskulären Erkrankungen beinhalten leider einen kleinen Fehler.

Die Fahreignung bei einer schweren Aortenstenose ist gegeben, solange keine

schweren Symptome vorliegen. Diese sind unterhalb der Tabelle 8 mit einem Sternchen erwähnt und umfassen starken Schwindel, Präsynkope oder Synkope.

Wir bedauern diesen Fehler, der möglicherweise zu Unsicherheiten in der Beurteilung der Fahreignung geführt hat.

Die korrigierten Richtlinien finden Sie hier:



## Ausschreibung der Mach-Gaensslen Stiftung

### Unterstützung Forschungsprojekte Hämatologie/Onkologie

Die Mach-Gaensslen Stiftung (Schweiz) unterstützt regelmässig zwei bis drei Forschungsprojekte der Fachgebiete Kardiologie, Hämatologie/Onkologie und Neurologie/Psychiatrie. Im Jahr 2026 liegt der Schwerpunkt auf dem Bereich Hämatologie/Onkologie.

### Einreichung von Gesuchen

Anträge für die Förderung eines qualifizierten Forschungsprojekts im Bereich Hämatologie/Onkologie können bis zum 31. März 2026 eingereicht werden.

**Korrespondenz**  
kontakt@mach-gaensslen-stiftung.ch

Weitere Informationen:



[www.mach-gaensslen-stiftung.ch](http://www.mach-gaensslen-stiftung.ch)