



- Editorial von Yvonne Gilli
- Kostenneutralität und Kostendeckel sind nicht das Gleiche – aber was genau ist der Unterschied?
- Neues ambulantes Tarifsysteem ante portas – was zu erwarten ist
- Hinter den Kulissen der Organisation ambulante Arzttarife (OAAAT)

Inhalt

Editorial von Yvonne Gilli	3
Kostenneutralität und Kostendeckel sind nicht das Gleiche – aber was genau ist der Unterschied?	6
Einführung des neuen ambulanten Tarifsystems: die nächsten Schritte	10
Neues ambulantes Tarifsysteem ante portas – was zu erwarten ist	11
OAAT: Entstehung – Aufgaben – Herausforderungen	14
In memoriam ANNA Regula Hartmann-Allgöwer	16
Selbstdispensation: Teil einer erfolgreichen Therapie	17
Personalien	20

Wo viel Licht ist, ist auch Schatten

Tarifrevision Mit dem lange erwarteten Tarifentscheid des Bundesrats können wir nun endlich den TARDOC einführen – sind aber auch mit grotesken Fehlern bei den Pauschalen und einem politischen Globalbudget konfrontiert. Die Hartnäckigkeit, die es für die TARDOC-Genehmigung brauchte, werden wir nun auch für die nächste Etappe benötigen.



Dr. med. Yvonne Gilli
Präsidentin der FMH

Als der Bundesrat am 30. April 2025 seine Entscheidung über das neue ambulante Tarifsysteem verkündete, unterbrach die Delegiertenversammlung der FMH ihre Sitzung, um der Medienkonferenz zu folgen. Die Erläuterungen des Bundesrats hinterliessen sehr gemischte Gefühle: Freude darüber, dass nach so langer Arbeit der TARDOC endlich genehmigt wurde, Kopfschütteln darüber, dass wissentlich falsche Pauschalen genehmigt wurden und dazu sehr viele Fragezeichen: Was bedeutet die – noch nie dagewesene – Befristung der Genehmigung? Und wie kann es sein, dass ein Bundesrat abseits aller Gesetze und entgegen dem Willen von Bevölkerung und Parlament ein Globalbudget einführt?

Die Genehmigung des TARDOC ist ein wichtiger Schritt

Der Tarifentscheid des Bundesrats ist einerseits ein grosser Erfolg für uns: Endlich kann die längst überfällige Revision des ambulanten Arzttarifs im Jahr 2026 erfolgen. Über Jahrzehnte setzte sich die Ärzteschaft intensiv unter dem Dach der FMH konstruktiv und lösungsorientiert für einen zeitgemässen Tarif ein. Sechs Jahre nachdem curafutura und die FMH 2019 den TARDOC erstmals beim Bundesrat einreichen und nach unzähligen behördlichen Auflagen und Nachforderungen, zahlen sich unsere hartnäckigen Bemühungen aus. Die bessere Abbildung der erbrachten Leistungen im TARDOC sind nicht nur für

Ärztinnen und Ärzte wichtig, sondern auch für die Bevölkerung zentral.

Gute ambulante Versorgung dank sachgerechtem Tarif

Ein Gesundheitswesen, das immer mehr ambulant statt stationär versorgen kann und soll, ist dringend auf einen zeitgemässen Tarif angewiesen: Die korrekte Vergütung ohne Über- und Untertarifungen bildet das Fundament einer effizienten Gesundheitsversorgung und einer sinnhaften Berufsausübung, die sich abseits aller Fehlanreize allein an den Bedürfnissen der Patienten und Patientinnen ausrichten kann. Der TARDOC bringt hier viele Fortschritte: Er bildet z. B. die sprechende Medizin besser ab, ermöglicht mehr Koordinations- und Umfeldarbeit und schafft bessere Rahmenbedingungen für chronic-care-management, ambulante Palliativversorgung, interprofessionelle Leistungen und Telemedizin. Und das Wichtigste ist: Mit der Genehmigung kann er nun jährlich durch die Tarifpartner im Rahmen der OAAT weiterentwickelt werden und aktuell bleiben.

Die FMH begrüsst Pauschalen – wenn sie gesetzeskonform sind

Das neue ambulante Tarifsysteem beinhaltet jedoch nicht nur den TARDOC – es umfasst auch die viel diskutierten ambulanten Pauschalen, die durch santésuisse und H+ erstmals im Dezember 2023 eingereicht und unter hohem politischen Druck bereits im Juni 2024 durch den



Die bundesrätliche Medienkonferenz zum Tarifentscheid hinterliess am 30. April 2025 in der Delegiertenversammlung der FMH sehr gemischte Gefühle.

Bundesrat teilgenehmigt wurden. Angesichts vieler Missverständnisse zu diesen Pauschalen sei hier deutlich klargestellt: Selbstverständlich befürwortet die FMH ambulante Pauschalen – sofern diese sachgerecht sind und den gesetzlichen Anforderungen entsprechen. Und natürlich unterstützt die FMH nicht die teilweise grotesk fehlerhaften Pauschalen im neuen ambulanten Tarifsysteem!

Zustimmung zum Tarif war die einzige Chance auf Fehlerbehebung

Doch warum hat die FMH der Einreichung des ambulanten Tarifsystems mit TARDOC und Pauschalen dann im Herbst 2024 zugestimmt? Dafür gibt es zwei Gründe. Erstens war die Genehmigung des TARDOC dringend erforderlich, damit dieser nicht bereits vor seiner Einführung hoffnungslos veraltet. Und zweitens war diese Zustimmung zwingend notwendig, damit wir die Pauschalen verbessern können! Denn wir hatten nicht die Wahl, ob diese Pauschalen kommen oder nicht. Der Bundesrat hatte die Pauschalen im Juni 2024 bereits genehmigt, und angekündigt, dass sie auf jeden Fall einführt werden. Wir

standen nur vor der Wahl, ob diese Pauschalen als Amtstarif des Bundes festgesetzt werden – und wir keinerlei Einfluss mehr nehmen können – oder ob sie tarifpartnerschaftlich eingeführt werden, so dass uns noch Chancen für Verbesserungen bleiben. Mit ihrer Zustimmung zur tarifpartnerschaftlichen Einreichung hat die FMH die einzige Chance für eine möglichst schnelle Behebung der Fehler genutzt. Und sie hat erreicht, dass alle Tarifpartner den Korrekturbedarf samt Fahrplan zur Fehlerbehebung in einer Begleitvereinbarung festhielten.

Es gibt keinen Grund gravierende Fehler nicht unverzüglich zu beheben

Nun ist die neue Tariforganisation OAAT gefordert dem Bundesrat einen Vorschlag vorzulegen, welche Anpassungen der Pauschalen noch unmittelbar für das Inkrafttreten auf 2026 zu priorisieren sind. Dies ist angesichts der knapp 500 Anträge auf Verbesserungen keine einfache Aufgabe – aber die einzige Möglichkeit grössere Probleme durch massive Unter- und Übertarifierungen

noch abzufangen. Leider gleichen sich nämlich nur bei sachgerechten Pauschalen Abweichungen der Vergütung nach oben und unten aus. Wenn aber falsch konstruierte Pauschalen für Behandlungen mit völlig unterschiedlichen Kosten dieselbe Vergütung vorsehen (Beispiele im Kasten), ist ein solcher Ausgleich schlicht nicht möglich!

Wir sagen JA zur Kostenneutralität – aber klar NEIN zum Globalbudget

Der gefährlichste Dammbruch beim Tarifentscheid ist jedoch, dass der Bundesrat erstmals ein politisch willkürliches, ambulantes Globalbudget festgelegt hat. Dies unterscheidet sich fundamental von der per Verordnung geforderten Kostenneutralität: Die Verordnung fordert, dass der Wechsel des Tarifmodells keine Mehrkosten verursachen darf (KVV 59c, Abs. 1c). Diese Vorgabe haben die Tarifpartner eindeutig erfüllt, wie selbst der Bundesrat anerkennt: Durch die Tarifumstellung werden die Kosten für dasselbe Leistungsvolumen nicht steigen (statische Kostenneutralität) und für die ersten Anwendungsjahre wurde sichergestellt, dass sich die

Änderungen durch die Tarifumstellung innerhalb eines Korridors von –1 % bis +1.5 % pro versicherte Person bewegen (dynamische Kostenneutralität).

Mehr ambulante Behandlungen müssen auch mehr kosten dürfen

Die jahrelange Detailarbeit der Tarifpartner zur Erfüllung der vielen Vorgaben des Bundes wischt der Bundesrat nun einfach vom Tisch, indem er der Patientenversorgung – Handgelenk mal Pi – ein Globalbudget überstülpt. Jedes Wachstum der ambulanten Gesamtkosten über 4 % soll demnach die Ärzteschaft bezahlen. Von der Tarifrevision vollständig unabhängige Mehrkosten wie z. B. durch eine unerwartete krisenbedingte Immigration, die Alterung der Gesellschaft, neue Behandlungen und sogar die gewollte und politisch ge-

förderte Ambulantisierung werden damit der Ärzteschaft in Rechnung gestellt. Dies widerspricht nicht nur der Verfassung und dem Willen der Bevölkerung, die sich mit 63 % gegen eine pauschale Kostenbremse aussprach, es riskiert auch spürbare Engpässe in der Patientenversorgung. Zudem sabotiert ein solches Budget das Bestreben «ambulant vor stationär» zu behandeln – und provoziert somit paradoxerweise unnötige Spitalaufenthalte und vermeidbare Kosten.

Mit Hartnäckigkeit zum Erfolg

Da die Schweiz keine Verfassungsgerichtsbarkeit kennt, muss die FMH alle noch so schwierigen Entscheide akzeptieren – und wird sich umso stärker engagieren die bestehenden Probleme zu lösen. Neben der dringenden Verbes-

serung der Pauschalen werden wir darauf drängen, dass dieses unrechtmässige Globalbudget mit seiner Befristung wirklich wieder verschwindet und nicht zum Präjudiz für weitere staatliche Tarifvorgaben ohne gesetzliche Grundlage wird. Auch die neu etablierte Befristung der Tarifgenehmigung darf kein Dauerzustand werden, um die gesetzlich vorgesehene Tarifpartnerschaft endlich leben zu können. All das zu erreichen wird sehr schwierig, ist aber nicht unmöglich, wie die bisherigen Erfolge der Standespolitik zeigen: Der TARDOC ist endlich da und die Tarifgestaltung immer noch Aufgabe der Tarifpartnerschaft. Hartnäckigkeit zahlt sich aus – und dies werden wir auch auf der nächsten Etappe unter Beweis stellen.

Wie lassen sich die Probleme mit den Pauschalen einfach erklären?

Beispiel 1: Patientenpauschale C14.40B Äussere Wendung oder Entfernung von Zervixcerclage

Ausgangslage: Wenn vor der Geburt ein Baby in Beckenendlage in der Gebärmutter liegt, kann von aussen versucht werden, es manuell in die optimale Position zu drehen. Wegen der damit verbundenen Risiken erfolgt dieser Eingriff in Operationsbereitschaft im Spital, so dass sofort ein Kaiserschnitt durchgeführt werden könnte. Eine Zervixcerclage hingegen ist eine Art Nahtverschluss um den Gebärmutterhals, der während einer Schwangerschaft vermeiden soll, dass dieser sich zu früh öffnet. Die Entfernung der Zervixcerclage erfolgt gegen Ende Schwangerschaft mit einer kleinen Zange in wenigen Minuten.

Aufwand: Die äussere Wendung dauert gemäss TARMED 50 Minuten und findet im Spital mit Bereitschaft für Kaiserschnitt statt. Die Zervixcerclage dauert gemäss TARMED 8 Minuten und kann auch in der Praxis erfolgen.

Auswirkung: Wegen der grossen Unterschiede in Dauer, Aufwand und Durchführung der Prozeduren unterscheiden sich diese im TARMED bislang um das 7-fache. Neu werden sie jedoch mit derselben Pauschale vergütet. Diese Fehlтарифierung weicht von den realen Kosten entweder nach oben oder unten ab. Dies gleicht sich jedoch nicht aus,

schon alleine weil in einer ambulanten Arztpraxis ausschliesslich Entfernungen von Zervixcerclagen, aber keine äusseren Wendungen durchgeführt werden können.

Beispiel 2: Patientenpauschale C04.51C Bronchoskopie wegen Verdacht auf Lungenkrebs

Ausgangslage: Bei Verdacht auf Lungenkrebs wird eine Lungenspiegelung durchgeführt. Das aus der Lunge entnommene Gewebe wird anschliessend für die Diagnosestellung in der Pathologie untersucht. Je nachdem, ob sich der Verdacht erhärtet oder nicht, müssen viele weitere Untersuchungen an dem Material vorgenommen werden – oder nicht.

Aufwand: Ohne einen Krebsbefund kosten die pathologischen Untersuchungen etwa 350 CHF, mit einem Krebsbefund können die Zusatzuntersuchungen jedoch bis zu 3 450 CHF kosten.

Auswirkung: Obwohl sich die Kosten für die Untersuchungen des Probenmaterials in Fällen mit und ohne Krebsbefund um den Faktor 10 unterscheiden, wird die Lungenspiegelung immer mit derselben Pauschale abgegolten. Angesichts der grossen Unterschiede kann ein Ausgleich nicht erwartet werden. Zu viele Lungenkrebs-Patienten würden zu einem erheblichen finanziellen Risiko.

Kostenneutralität und Kostendeckel sind nicht das Gleiche – aber was genau ist der Unterschied?

Tarifrevision *Unter den vielen Anforderungen an die Tarifrevision war schon immer die Kostenneutralität zentral. Der Bundesrat geht nun deutlich über statische und dynamische Kostenneutralität hinaus und verabschiedete erstmals einen Kostendeckel per Globalbudget. Doch was sind genau die Unterschiede?*

Nora Wille

Dr. phil., persönliche wissenschaftliche Mitarbeiterin der Präsidentin

Yvonne Gilli

Dr. med., Präsidentin der FMH

Die Revision des ambulanten Arzttarifs war und ist mit vielen Herausforderungen verbunden – eine der anspruchsvollsten Aufgaben stellt jedoch die Umsetzung der in der Verordnung über die Krankenversicherung KVV geforderten Kostenneutralität dar. Dabei geht es im Kern um einen einfachen Sachverhalt, der dort in KVV Art. 59c Abs. 1 lit. c formuliert wird wie folgt: «Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen» [1].

Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen

Die Frage wie genau die kostenneutrale Überführung des TARMED in den TARDOC umzusetzen sei, war von Beginn an Gegenstand von Diskussionen. So lagen bei der ersten gemeinsamen Einreichung des TARDOC durch cura-futura und die FMH im Juli 2019 noch zwei verschiedene Konzepte für die

Umsetzung vor – die sich jedoch einzig in der Anzahl der Taxpunkte unterschieden [2]. Die Nachreichung der Tarifpartner im Juni 2020 umfasste dann aber nicht nur die vom Bundesrat geforderten Anpassungen, sondern auch ein gemeinsames Kostenneutralitätskonzept [3]. Da nun auf Leistungserbringer- wie auch auf Versichererseite die gesetzlich geforderten Mehrheiten den neuen Tarif samt Kostenneutralitätskonzept unterstützten [3], schien einer baldigen Genehmigung nichts mehr im Wege zu stehen.

Jahrelange Verzögerungen – auch wegen neuer Forderungen zur Kostenneutralität

Doch es kam anders. In den Folgejahren waren die Tarifpartner mit immer neuen Verzögerungen und Auflagen konfrontiert [4], die sich neben der eigentlichen Tarifgestaltung auch auf die Kostenneutralität richteten. Dabei ging es jedoch je länger je weniger um die klar überprüfbare *statische Kostenneutralität*, also die kostenneutrale Überführung des alten TARMED in den neuen TARDOC. Zunehmend rückte die sogenannte *dynamische Kostenneutralität* während einer Einführungsphase in den Mittelpunkt –

ein Konzept, das weder in KVV 59c noch im KVG festgehalten oder gar definiert ist. Der Zeitraum, in dem die Kostenneutralität garantiert werden sollte, wurde auf Verlangen des BAG zunächst von einem Jahr auf zwei Jahre, später dann auf drei Jahre verlängert. Im Juni 2022 forderte der Bund dann ein neues Kostenneutralitätskonzept samt Monitoring und verschärfte später die Anforderungen weiter. Es lohnt darum ein genauer Blick: Was bedeuten statische und dynamische Kostenneutralität eigentlich genau?

Statische Kostenneutralität: Klare Definition – relativ einfache Umsetzung

Vereinfacht lässt sich sagen, dass die *statische Kostenneutralität* den Einführungszeitpunkt eines Tarifs betrifft. Sie verlangt, dass dieselben Leistungen in derselben Menge mit dem alten und dem neuen Tarif gleich viel kosten – und nicht durch den Tarifwechsel plötzlich teurer sind. Zwar werden einzelne Leistungen günstiger und andere teurer, die Gesamtkosten bleiben aber gleich. Würde man also z. B. alle ambulanten Behandlungen des Jahres 2024, die nach dem alten Tarif abgerechnet wurden,

nach dem neuen Tarif abrechnen, dürfen die Kosten nicht höher ausfallen. Diese Forderung ist einfach überprüfbar und wurde von den Tarifpartnern eindeutig erfüllt.

Dynamische Kostenneutralität: Undefiniert – und schwierig umzusetzen

Doch der Bundesrat verlangt zusätzlich eine *dynamische Kostenneutralität*. Aus der Forderung der Krankenversicherungsverordnung, dass eine Tarifrevision nicht zu Mehrkosten führen darf, leitet er ab, dass allfällige Kostenanstiege auch in einer Einführungsphase kontrolliert werden müssen, um sicherzustellen, dass auch mit der Anwendung eines neuen Tarifs das Kostenvolumen nicht steigt. Auch dieser Forderung kamen die Tarifpartner nach. Es bleibt jedoch Interpretationsspielraum, wann diese Forderung des Bundes als erfüllt gelten kann: Über welchen Zeitraum muss die Tarifeinführung kontrolliert werden? Welche Kostenschwankungen sind akzeptabel – welche nicht? Und wie lassen sich Auswirkungen des neuen Tarifsystems von anderen Einflüssen auf die Kostenentwicklung abgrenzen?

Tarifrevision erfüllt nicht nur die statische Kostenneutralität

Dank intensiver Arbeit und viel Expertise gelang es den Tarifpartnern fundierte Antworten auf komplexe Fragen wie diese zu finden und die umfangreichen Anforderungen des Bundes zu erfüllen [5]. Die *statische Kostenneutralität* stellten sie über die Normierung der Taxpunkte sicher: Die Anzahl der Taxpunkte, die alle medizinischen Leistungen abhängig von Aufwand und Kosten bewerten, wurde mit Hilfe eines Normierungsfaktors (dem External Factor, EF) so korrigiert, dass ihr Volumen im neuen System nicht steigt und somit bei Anwendung der alten Taxpunktwerte keine Mehrkosten entstehen.

... sondern auch die strengen Vorgaben zur dynamischen Kosten- neutralität

Auch die Forderung nach *dynamischer Kostenneutralität* erfüllten die Tarif-

partner mit Hilfe eines Monitorings und der Festlegung maximaler Kostenschwankungen. Auch die später vom Bund verschärften Vorgaben setzten sie um und legten fest, dass die Kosten pro Versicherten höchstens um 1 % sinken und maximal um 1.5 % steigen dürften. Kombiniert mit dem vom Bund angenommenen Bevölkerungswachstum erlaubte diese Festlegung dann ein maximales Gesamtkostenwachstum von 2.5 % [6]. Für den Fall eines stärkeren Kostenanstiegs wurden Steuerungsmassnahmen festgelegt – differenziert nach Grossregion, Sektor (Spital, Praxis) sowie Grund- versus Spezialversorgung. Diese strenge Kostenkontrolle dauert nun bis mindestens 2028 – eigentlich aber auf unbestimmte Zeit: Mit seiner neuen Vorgabe von Juni 2024 legte der Bund fest, dass diese Auflage gelten soll bis mindestens 34 % des ambulanten Leistungsvolumens durch Pauschalen abgegolten wird.

Was unterscheidet die vereinbarte strenge Kostenneutralität von einem Globalbudget?

Das engmaschige Korsett der Tarifpartner dient nur einem Zweck: Es erfüllt die KVV Art. 59c, Abs. 1 litera c, dass ein Wechsel des Tarifmodells keine Mehrkosten verursachen darf. Darum wurde auch klar festgehalten, dass Kostensteigerungen, die *nichts* mit dem Modellwechsel zu tun haben, auch *nicht* mit der Kostenneutralität vermengt werden dürfen und als exogene Faktoren der Kostensteigerung definiert werden. Bekanntlich steigen die Gesundheitskosten aus sehr vielen Gründen, die völlig unabhängig vom Arzttarif sind. Die Kosten sind ja auch ohne Tarifmodellwechsel jährlich angestiegen. Dazu gehören z. B. unsere älter werdende Gesellschaft (Demografie), die sich verändernde Krankheitslast (Morbidität) sowie die Verfügbarkeit von mehr und besseren Behandlungen (Medizinischer Fortschritt). Im ambulanten Sektor führt ausserdem die politisch gewollte und geförderte Verlagerung von vormal stationären Behandlungen in den ambulanten Bereich zu Kostensteigerungen (Ambulantisierung).

Der Umgang mit diesen exogenen Faktoren macht den Unterschied zwischen der *Kostenneutralität* und einem *Globalbudget* aus: Die Kostenneutralität verlangt ausschliesslich, dass der Modellwechsel keine Mehrkosten verursacht. Ein *Globalbudget* verlangt hingegen einen pauschalen *Kostendeckel*, also dass sämtliche Entwicklungen im Gesundheitswesen mit einem politisch vorab fixierten Budget finanziert werden. Die Kostenneutralität ist in einer Verordnung zur Krankenversicherung verankert – ein Globalbudget wurde jedoch von Volk und Parlament in den letzten Jahren immer wieder abgelehnt.

Tarifpartner erfüllen alle Forderungen – und der Bund antwortet mit einem Globalbudget

Insofern kann der bundesrätliche Entscheid vom 30. April 2025 als Paradigmenwechsel gelten. Der Bundesrat bestätigte zwar explizit, die Tarifpartner hätten alle seine Vorgaben erfüllt. Sowohl die *«Wahrung der Kostenneutralität über die beiden Tarifstrukturen»* [6] als auch der vorgegebene maximale *«jährliche Anstieg der Gesamtkosten»* von maximal 2.5 % seien erfüllt: *«Nur in begründeten Fällen dürfen die Kosten stärker steigen»* [6]. Trotzdem habe der Bundesrat aber *«zudem eine Obergrenze für die jährliche Zunahme der effektiven Gesamtkosten der ambulanten ärztlichen Leistungen festgelegt»*. Diese läge nun bei maximal 4 %, bei Überschreitungen müssten *«die Tarifpartner Korrekturmassnahmen ergreifen»* [6]. So habe man *«die bei der Kostenneutralität noch bestehenden Lücken geschlossen»* [6].

Das Globalbudget des Bundes hat nichts mit Kostenneutralität zu tun

Die Kostenneutralität eines neuen Tarifmodells hat jedoch mit einer pauschalen Obergrenze für die ambulanten Gesundheitskosten nichts zu tun. Die einfache Vorgabe einer Verordnung zu einem kostenneutralen Tarifwechsel, wurde hier zur Auflage erweitert, dass sämtliche ambulanten Kostenzuwächse oberhalb von 4 % von der Ärzteschaft zu finanzieren seien. Dies ist zudem ein Widerspruch in sich: Ambulante Kostenzuwächse

Beispiel. Was unterscheidet statische und dynamische Kostenneutralität? Und was ist der Unterschied zu einem Kostendeckel per Globalbudget? Was theoretisch oft schwer fassbar ist, ist mit Hilfe von Praxisbeispielen oft einfacher verständlich. Wir zeigen die Bedeutung dieser Auflagen, wenn man sie im Gesundheitswesen oder bei der SBB anwendet.

Was heisst das für das Gesundheitswesen und die Versicherten?	Was heisst das für die SBB und die Bahnfahrer und -fahrerinnen?
Statische Kostenneutralität Bei der Einführung eines neuen Tarifs bzw. eines neuen Bahnticketsystems muss sichergestellt werden, dass dieselben Leistungen in derselben Menge nicht mehr kosten als zuvor.	
Der <i>ambulante Arzttarif</i> ändert sich. Manche Leistungen kosten mehr, andere weniger. Insgesamt müssen aber alle <i>Behandlungen</i> zusammen gleich viel kosten. Wenn man z. B. alle Arztbesuche von 2024 mit dem alten und mit dem neuen Tarif abrechnen würde, gäbe es keinen Unterschied.	Die <i>Bahnticketpreise</i> ändern sich. Manche Fahrscheine kosten mehr, andere weniger. Insgesamt müssen aber alle <i>Bahnfahrten</i> zusammen gleich viel kosten. Wenn man z. B. alle Bahnfahrten von 2024 mit dem alten und dem neuen Fahrpreissystem abrechnen würde, gäbe es keinen Unterschied.
Dynamische Kostenneutralität Das neue System wird in der Einführungsphase kontrolliert und es wird sichergestellt, dass der Systemwechsel nicht zu höheren Kosten führt.	
In den ersten Jahren dürfen die <i>Kosten pro Versicherten</i> maximal um 1.5 % steigen. Weil es immer mehr Versicherte gibt (+1 %), heisst das, dass die Gesamtkosten maximal um 2.5 % wachsen dürfen – es sei denn es gibt <i>besondere Gründe</i> für ein Kostenwachstum, die mit dem Tarifwechsel nichts zu tun haben.	In den ersten Jahren dürfen die <i>Kosten pro Bahnkunden</i> maximal um 1.5 % steigen. Weil es immer mehr Bahnkunden gibt (+1 %), heisst das, dass die Gesamtkosten maximal um 2.5 % wachsen dürfen – es sei denn es gibt <i>besondere Gründe</i> für ein Kostenwachstum, die mit dem Fahrpreissystem nichts zu tun haben.
Globalbudget Es wird ein Kostendeckel über alle Leistungen bestimmt. Unabhängig davon welche Faktoren zu einem Kostenanstieg führen, gilt bei Überschreitungen, dass die Ärzteschaft bzw. die SBB damit auskommen muss.	
Die Kosten aller <i>erbrachten ambulanten Behandlungen</i> dürfen maximal um 4 % steigen, egal	Die Kosten aller <i>verkauften Bahntickets</i> dürfen maximal um 4 % steigen, egal
– wie sehr die Bevölkerung wächst	– wie sehr die Bevölkerung wächst
– wie oft die Menschen zum Arzt gehen	– wie oft die Menschen mit der Bahn unterwegs sind
– wie stark der Anteil der mehr Behandlungen benötigten älteren Menschen zunimmt	– wie stark der Anteil der viel fahrenden Pendler und Pendlerinnen zunimmt
– wie viele Behandlungen neu ambulant statt wie zuvor im Spital stattfinden	– wie viele Menschen neu den Zug statt das Auto nehmen
– wie viele neue Behandlungen es gibt, von denen Patientinnen und Patienten profitieren können	– wie viele neue Bahnstrecken eröffnet werden, von denen Menschen profitieren können

oberhalb von 2.5 % sind ja ohnehin nur in gut «begründeten Fällen» [6] gestattet. Sollten aber gute Gründe wie die Demographie, der medizinische Fortschritt, eine veränderte Nachfrage oder Morbidität, die Ambulantisierung, eine Pandemie oder krisenbedingte Immigration einmal Kostensteigerungen oberhalb von 4 % verursachen, bezahlt das die Ärzteschaft.¹ Es liegt auf der Hand, dass dies mit Art. 59c KVV *nicht* gemeint war. Zudem verstösst dieses Globalbudget gegen das in unserer Verfassung verankerte Versicherungsprinzip: Die Tarifierung versicherter Pflichtleistungen darf nicht so verändert werden, dass die Leistungen wegen fehlender Kostendeckung nicht mehr erbracht werden.

Dass dies eine bedarfsgerechte Versorgung von Patienten und Patientinnen riskiert, wird am Beispiel in Tabelle 1 (Kasten) deutlich.

Fazit: Wir alle müssen Fehler korrigieren und Chancen nutzen

Das am 30. April 2025 verabschiedete erste Schweizer Globalbudget ist ein herber Rückschlag für die Tarifrevision, die nun endlich auf die Zielgerade einzubiegen schien – auch dank positiver Entwicklungen bei allen Akteuren: Mit dem neuen Kassenverband prio.swiss dürfen wir wieder auf ein konstruktives Gegenüber hoffen. Die Ärzteschaft unterstützt trotz verschiedenster Betroffenheiten geschlossen eine Revision.

Und auch mit der neuen Führung des EDI und der neuen ambulanten Tariforganisation OAAT haben sich viele Blockaden gelöst. Das neue Globalbudget wie auch die Befristung der Genehmigung wirken hier wie Relikte aus einer alten Zeit, in der die Politik die Tarifpartnerschaft nicht freigeben wollte. Es gilt nun für alle Beteiligten die letzten verbleibenden Fehler zu korrigieren. Der Bundesrat muss das Globalbudget zum schnellstmöglichen Zeitpunkt auslaufen lassen, die Tarifpartner müssen vor allem die Pauschalen überarbeiten – und wir alle werden daran gemessen werden, wie es uns gelingt die heute gegebenen Chancen für eine gute Entwicklung zu nutzen.

¹ Durch die erzwungenen Korrekturmassnahmen würden die sachgerecht und betriebswirtschaftlich bemessenen Leistungen abgesenkt, so dass sie nicht mehr kostendeckend erbracht werden können. Das ist ein Verstoß gegen KVG, Art. 43, Abs. 4.

Referenzen

- 1 Fedlex Die Publikationsplattform des Bundesrechts. 832.102 Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 (Stand am 1. Januar 2025); URL: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/3867_3867_3867/de#art_59_c
- 2 Medienmitteilung von ats-tms AG, curafutura, FMH und MTK vom 12. Juli 2019, TARDOC beim Bundesrat eingereicht; URL: https://fmh.ch/files/pdf23/ats-tms_medienmitteilung_2019_07_12_d.pdf
- 3 Medienmitteilung von curafutura und FMH, 25. Juni 2020. Arzttarif Tardoc: Entscheidender Schritt für die Tarifrevision; URL: <https://fmh.ch/files/pdf24/medienmitteilung-arzttarif-tardoc-entscheidender-schritt-fuer-die-tarifrevision.pdf>
- 4 Gilli, Y. Mit der Salamiaktik zu Staatstarif und Budgetierung. Schweizerische Ärztezeitung 2022;103(18):581; URL: https://www.fmh.ch/files/pdf27/saez_2022_20775.pdf
- 5 Ambulante Tarife 2026 – Kostenneutralität. Faktenblatt der FMH, Version 1.0. URL: https://tarifeambulant.fmh.ch/files/pdf32/ambulante-tarife-2026_factsheet-kostenneutralitaet_de.pdf
- 6 Medienmitteilung des Bundesrats, 30.4.2025. TARDOC und ambulante Pauschalen: Der Bundesrat genehmigt das neue Gesamt-Tarifsystem. URL: <https://www.news.admin.ch/de/newnsb/ZmuX5mu0cy0X4PeZqT-2o>

Einführung des neuen ambulanten Tarifsystems: die nächsten Schritte

Tarifentscheid Nach dem Entscheid des Bundesrates, TARDOC und die ambulanten Tarife zum 1. Januar 2026 einzuführen, stellen sich wahrscheinlich einige Fragen. Dieser Entscheid ist ein bedeutender Fortschritt für das Schweizer Gesundheitswesen und bringt zudem wichtige Veränderungen für Ihre tägliche Praxis mit sich. Um Sie bestmöglich zu begleiten, werden wir Ihnen Schritt für Schritt mitteilen, wie Sie vorgehen müssen.



Dies sind die nächsten Schritte

- **Beitritt zum neuen Tarifvertrag:** Wir bereiten die Informationen zeitnah für Sie auf, im Moment müssen Sie nichts unternehmen.
- **Besitzstandwahrung/Dignitäten:** Im Falle einer Geltendmachung muss die Besitzstandwahrung zwischen dem 1. Juli 2025 und dem 30. September 2025 deklariert werden. Der Besitzstand gilt ab dem 1. Januar 2026. Vgl. «Besitzstand beantragen» hier: [Was besser noch unter TARMED beantragt werden soll – und was nicht | FMH](#)

Wo finden Sie Informationen?

- Die Zentrale Anlaufstelle ist die Informationsplattform tarifeambulant.fmh.ch: Informationsplattform | TARDOC und Ambulante Pauschalen. Diese Seite erweitern und aktualisieren wir laufend.
- Zudem werden wir unter diesem Sticker ab sofort aktuelle Informationen publizieren.

- Die wichtigsten Änderungen in Kürze finden Sie hier: [Die wichtigsten Änderungen in Kürze | TARDOC und Ambulante Pauschalen](#)
- **Tarif-Wiki:** Als FMH-Mitglied finden Sie hier eine nach Fachbereich strukturierte Website, die laufend erweitert wird und die Sie nach Stichworten durchsuchen können: [Informationen zu TarifWiki | TARDOC und Ambulante Pauschalen](#)
- **Schulungen:** Die FMH kann keine Schulungen anbieten, unterstützt aber Fach- und kantonale Ärztegesellschaften bei der Erstellung von Schulungsangeboten. Wir empfehlen Ihnen, für fachspezifische Informationen primär zuerst nach Schulungen bei Ihrer Fachgesellschaft nachzufragen.
- Ab Juni 2025 wird jeweils am Donnerstag eine **Hotline** betrieben. Die Auskunft per Telefon ist für FMH-Mitglieder die ersten zehn Minuten kostenlos. [Hotline | TARDOC und Ambulante Pauschalen](#)

Neues ambulantes Tarifsysteem ante portas – was zu erwarten ist

Ausblick *Mit dem Entscheid des Bundesrates am 30. April 2025 zur Genehmigung des neuen ambulanten Gesamt-Tarifsystems, bestehend aus einer Kombination des «Einzelleistungstarifs TARDOC» und den «Ambulanten Pauschalen», ist eine lange Odyssee und das Ringen um einen neuen und zeitgerechten ambulanten Arzttarif, zu Ende gegangen. Doch die Herausforderungen, die ein solch komplexes Gesamt-Tarifsysteem mit sich bringt, stehen uns noch bevor. Bekanntlich liegt der Teufel im Detail, respektive in der praktischen und alltagstauglichen Umsetzung dieses umfassenden Tarifwerks. Im Folgenden wollen wir etwas Licht ins Dunkle bringen und versuchen, die wichtigsten Etappen und Fragen die sich nun stellen, zu beleuchten.*

Dr. med. Urs Stoffel

Mitglied des Zentralvorstands der FMH von 2012 bis 2024,
Bereich Ambulante Versorgung und Tarife

Bereits 2010 startete die FMH alleine das umfassende Revisionsprojekt «Tarvision» zur Ablösung des damals schon veralteten und nicht mehr sachgerechten Einzelleistungstarif TARMED. Der TARMED wurde seit seiner Einführung 2004 nicht mehr wirklich gepflegt und auch nicht weiterentwickelt. In der damaligen paritätischen Tariforganisation TARMEDsuisse AG bestand von Beginn an eine Pattsituation, da wegen des vorgegebenen Prinzips der Einstimmigkeit keine substanziellen Entscheidungen gefällt werden konnten.

Aus Revisionsprojekt «Tarvision» wird «TARDOC»

2012 stiessen die H+ und die MTK zum Revisionsprojekt «Tarvision». Anfang 2016 schloss sich dann auch noch der Versicherer curafutura dem Revisionsprojekt an. Die Tarifpartner FMH, curafutura, MTK und H+ gründeten als Nachfolgeorganisation der «TARMEDsuisse AG» die «ats-tms AG» (Arzt-Tarif-Schweiz). Eine erste Version des Arzttarifs scheiterte dann aber 2016 bei der Urabstimmung der FMH und der Tarif wurde auch von den Versicherern der curafutura und der santésuisse abgelehnt.

Nach einem Neustart 2017 entwickelte die «ats-tms» bis 2019 den neuen Einzelleistungstarif «TARDOC». Allerdings stieg

der Spitalverband H+ per Ende Oktober 2018 aus der ats-tms AG aus. In der Folge entwickelte die H+ zusammen mit santésuisse und der Dachorganisation der invasiv tätigen Spezialärzte (FMCH), ambulante Pauschalen. Später schied dann aber die FMCH wegen grundlegenden Differenzen aus der Organisation «solution tarifaires suisse SA» (sts), welche die ambulanten Pauschalen entwickelte, aus.

Einreichung des TARDOC beim Bundesrat

Im Mai 2019 stimmten die Organe der FMH mit grosser Mehrheit dem Einzelleistungstarif «TARDOC» zu. Da auch curafutura den Vorschlag genehmigte, stand einer tarifpartnerschaftlichen Einreichung von TARDOC beim Bundesrat nichts mehr im Wege. Seitdem lag der Einzelleistungstarif TARDOC in den Schubladen des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Nachdem sich dann auch der Versicherer SWICA dem TARDOC anschloss, stand eine Mehrheit sowohl der Versicherer wie auch der Leistungserbringer hinter TARDOC. In der Folge haben das BAG und der Bundesrat immer wieder neue Auflagen und Anpassungen im Hinblick auf eine Genehmigung des TARDOC eingefordert. Es wurden weitere, gemäss den Forderungen des Bundesrates angepasste TARDOC Versionen zur Genehmigung eingereicht.

2023 wurden erstmals auch ambulante Pauschalen von santésuisse und H+ dem Bundesrat zur Genehmigung eingereicht. Am 19. Juni 2024 beschloss der Bundesrat eine **Teilgenehmigung** für die Tarife **TARDOC** und die **ambulanten Pauschalen** und legte dabei umfassende Vorgaben für die

Koordination der beiden Tarifstrukturen fest. Die Tarifpartner wurden aufgefordert, eine aktualisierte Fassung bis zum 1. November 2024 zur endgültigen Genehmigung einzureichen. Andernfalls würde das neue ambulante Tarifsysteem vom Bundesrat zur Einführung am 1. Januar 2026 **hoheitlich festgesetzt**.

Unter Führung der neuen ambulanten Tariforganisation **OAAT AG (Organisation Ambulanter Arzt Tarif)**, welche Ende 2022 gegründet worden ist, wurde dieses **Gesamt-Tarifsysteem** der beiden Tarifstrukturen unter Mitwirkung aller Tarifpartner (FMH, H+, santésuisse, curafutura und MTK) weiterentwickelt und zusammen mit einer **gemeinsamen Begleitvereinbarung aller Tarifpartner** dem Bundesrat am 31. Oktober 2024 erneut zur Genehmigung eingereicht.

Was hat der Bundesrat genehmigt?

Am 30.04.2025 hat nun der Bundesrat eine **auf drei Jahre befristete Genehmigung** des Gesamt-Tarifsystems bestehend aus dem Einzelleistungstarif TARDOC 1.4 und den 315 Ambulanten Pauschalen 1.1 bis Ende 2028 beschlossen. Zudem hat er auch die mit dem Gesamt-Tarifsysteem eingereichte **gemeinsame Begleitvereinbarung** aller Tarifpartner zur Überarbeitung der Pauschalen und zur Regelung der Korrekturen der dynamischen Kostenneutralität genehmigt. Der Bundesrat hat die Genehmigungen aber auch an Auflagen geknüpft.

Die wichtigsten Vorgaben und Auflagen des Bundesrates

Die wichtigste und einschneidendste Auflage ist sicherlich die Deckelung des Anstiegs der **Gesamtkosten bei maximal 4 % pro Jahr**. Dies bedeutet 3 % pro Jahr für sämtliche ambulante ärztliche Leistungen pro versicherte Person und 1 % für das durchschnittliche Bevölkerungswachstum. Man bedenke, dass das Bevölkerungswachstum 2023 bereits 1,7 % betrug. Die 3 % müssen die Kostensteigerungen bedingt durch die **Demografie**, den **medizinischen Fortschritt** und das gewollte **Shifting von stationären zu ambulanten** Leistungen abdecken. Das ist ausgesprochen anspruchsvoll und entspricht nicht der Realität. Die Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich ist von Politik und Öffentlichkeit explizit gewünscht und gefordert. Diese Verlagerung führt im stationären Bereich zu Einsparungen. Die Kosten verlagern sich in den ambulanten Bereich, dort wird aber kein Budget dafür zur Verfügung gestellt. Das ist stossend und entspricht somit faktisch einem **Globalbudget**, wofür es im KVG für den ambulanten Bereich keine gesetzliche Grundlage gibt. Der Bundesrat beruft sich bei diesen Massnahmen teilweise auf den politischen Willen (Postulate, Motionen, Kostendämpfungspakete), was aber keine rechtsverbindlichen Grundlagen im Sinne von Gesetzes- oder Verordnungsrecht darstellt. Wird der Wert von 4 % überschritten, müssen die Tarifpartner Korrekturmassnahmen ergreifen.

Das Wichtigste in Kürze

Am 30. April 2025 erfolgte die Genehmigung des neuen ambulanten Tarifsystems, bestehend aus TARDOC 1.4 und 315 ambulanten Pauschalen, durch den Bundesrat. Damit ist ein weiterer Meilenstein eines langen Weges erreicht, angefangen vom 2010 gestarteten Projekt «Tarvision», über die erste Einreichung des TARDOC durch FMH und curafutura im Jahr 2019 bis hin zur Gründung der gemeinsamen Tariforganisation OAAT AG im Jahr 2022.

Die Genehmigung verbindet der Bundesrat mit diversen Auflagen: Sie erfolgt befristet bis 2028, erlegt den ambulanten Leistungen mit einer maximalen Kostensteigerung von 4 % ein Globalbudget auf und fordert für die Einführung unveränderte Taxpunkt-werte. Zudem ist auf Basis der Begleitvereinbarung die Überarbeitung der Pauschalen bis 2027 und ein differenziertes Kostenmonitoring mit verursachergerechten Korrekturen erforderlich.

Nun wird die OAAT unter Hochdruck die Einführung koordinieren und auch die vor der Einführung 2026 noch umsetzbaren Korrekturen der Pauschalen prüfen müssen. Die FMH bietet Informationen und Unterstützung für ihre Mitglieder und testet das System zudem mit Hilfe einer doppelten Leistungserfassung. Wir begrüßen den Systemwechsel, warnen aber vor erheblichen Risiken insbesondere durch das neue Globalbudget: Die Versorgungssicherheit und das Patientenwohl müssen oberste Priorität bleiben.

Auch die **Befristung der Genehmigung bis Ende 2028** ist ungewöhnlich, da im KVG grundsätzlich Kontrollmechanismen bei den Tarifstrukturen bereits vorgegeben sind.

Die Tarifpartner werden auch aufgefordert, für den ambulanten ärztlichen Bereich eine gesamtschweizerische **Vereinbarung über die Qualitätsentwicklung (Qualitätsvereinbarung)** gemäss Artikel 58a KVG abzuschliessen. Diese Vereinbarung müssen die Tarifpartner dem Bundesrat spätestens gleichzeitig mit dem nächsten Antrag auf Genehmigung von neuen Versionen der Tarifstrukturen zur Genehmigung vorlegen.

Die Tarifpartner sind auch aufgefordert, grundsätzlich die **Taxpunktwerte des Jahres 2025** zum Zeitpunkt der Einführung der beiden Tarifstrukturen unverändert zu lassen. Später sind Taxpunktwertverhandlungen der Tarifpartner aber wieder möglich.

Was verlangt die «Begleitvereinbarung»?

Der Bundesrat hat die mit den Tarifstrukturen eingereichte «Begleitvereinbarung» als integraler Bestandteil des Tarifvertrags genehmigt.

Die Geschäftsstelle der OAAT muss die genehmigten Pauschalen unter Einbezug der entsprechenden Fachgesellschaften überprüfen und für die Tarifversion auf den 01.01.2027 überarbeiten.

Das Monitoring muss sicherstellen, dass im praxisambulanten Bereich die Leistungen der Grundversorgung von spezialärztlichen Leistungen abgrenzbar, separat auswertbar und separat gesteuert werden können. Die OAAT AG stellt auch sicher, dass bei Anpassungen der Tarifstrukturen oder Steuerung im Rahmen der dynamischen Kostenneutralität allfällige Korrekturen verursachergerecht erfolgen müssen.

Was ist noch zu tun ?

Zur Zeit ist die Geschäftsstelle der OAAT unter Hochdruck damit beschäftigt, die Vorbereitungsarbeiten unter Mitwirkung der Tarifpartner im Koordinationsgremium, voranzutreiben. Die FMH hat zusammen mit der Ärztekasse verschiedene Tools und Informationsunterlagen entwickelt. Die FMH hat auch eine Hotline eingerichtet um den Übergang in die neue Tarifwelt für unsere Mitglieder möglichst reibungslos zu gestalten. Der «Lernbrowser» ist ein weiteres Kernstück dieser Unterstützungsinstrumente. Auf der Webseite: www.tarifeambulant.fmh.ch können sich die Mitglieder umfassend informieren und die zur Verfügung gestellten Tools und Unterlagen nutzen. Zudem informiert die FMH ihre Mitglieder laufend über die verschiedenen Kommunikationskanäle auch über den **Prozess der Besitzstandwahrung** und was dazu nötig ist. Direkte physische Schulungen und Workshops kann aber die FMH selber aus Ressourcengründen nicht anbieten.

Inzwischen wurde innerhalb der OAAT unter Einbezug der Fachgesellschaften auch mit der **Überprüfung der ambulanten Pauschalen**, begonnen und es wird abgeklärt, inwieweit allenfalls begrenzte Korrekturen von offensichtlichen Fehlern

bei den Pauschalen noch vor der Einführung des neuen Tarifsystems am 01.01.2026 möglich sind.

Voraussichtlich im dritten Quartal 2025 werden wir auch noch eine freiwillige und zeitlich begrenzte **Pilotphase mit doppelter Erfassung der Leistungen** durchführen. Es werden Leistungen sowohl im TARMED wie auch im neuen TARDOC oder allenfalls – je nach Leistung – auch als Pauschalen erfasst. So lässt sich testen, ob es bei der Erfassung der Leistungen noch Abstimmungsprobleme gibt bei den beiden Tarifstrukturen. Erstmals lässt sich dann auch vergleichen, was die Auswirkungen der neuen Tarifstrukturen sind und ob die Simulationen die reale Anwendung des TARDOC und der ambulanten Pauschalen in der Praxis bestätigen.

Fazit

Grundsätzlich begrüsst die FMH den Entscheid des Bundesrates endlich den hoffnungslos veralteten und nicht mehr sachgerechten TARMED Tarif durch das neue ambulante Gesamttarifsystem zu ersetzen. Allerdings darf nicht unterschätzt werden, dass uns noch sehr grosse Herausforderungen bevorstehen, die neuen Tarifstrukturen TARDOC und ambulante Pauschalen gemeinsam mit einem «Kaltstart» am 01.01.2026 einzuführen. Immerhin geht es um ein Volumen von jährlich rund 13 Milliarden. Oberstes Gebot muss deshalb die Patientensicherheit und auch weiterhin die umfassende Gewährleistung der Versorgung der Bevölkerung sein. Zudem verstösst dieses Globalbudget gegen das in unserer Verfassung verankerte Versicherungsprinzip: Die Tarifierung versicherter Pflichtleistungen darf nicht so verändert werden, dass die Leistungen wegen fehlender Kostendeckung nicht mehr erbracht werden und damit die Versorgung der Bevölkerung gefährdet ist.

Die FMH wird jedenfalls alles daransetzen, dass bei der Einführung des neuen und komplexen, kombinierten Tarifsystems das Wohl für unsere Patientinnen und Patienten immer Mittelpunkt und im Vordergrund steht.

OAAT: Entstehung – Aufgaben – Herausforderungen

Ambulante Arzttarife Die Organisation ambulante Arzttarife AG, kurz OAAT, ist seit Anfang 2024 für die Einführung sowie die Weiterentwicklung und Pflege des ambulanten Gesamt-Tarifsystems bestehend aus TARDOC und den Ambulanten Pauschalen zuständig. Ein Blick hinter die Kulissen der OAAT.

Rémi Guidon
MSc, EMBA, CEO OAAT AG

Die Abkürzung «OAAT» steht für «Organisation ambulante Arzttarife OAAT AG». Die OAAT fungiert als nationale Tariforganisation für ambulante ärztliche Leistungen und unterstützt Leistungserbringer und Versicherer bei der Anwendung und Weiterentwicklung der nationalen Tarifsysteme. Doch das Gesamtbild ist weitaus komplexer.

Eine Revision der Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen TARMED, welche im Jahr 2004 eingeführt wurde, ist nach übereinstimmender Beurteilung aller Stakeholder überfällig. Lange Zeit war diese Einschätzung aber der einzige Konsens, auf welchen sich die Tarifpartner einigen konnten, da es über das Konstrukt, mit welchem TARMED abgelöst werden sollte, lange Zeit keine Einigkeit gab. Seit mehreren Jahren wurde angestrebt, den TARMED sowohl mit einem neuen Einzelleistungstarif als auch, mindestens teilweise, mit Ambulanten Pauschalen abzulösen. Dies mündete schlussendlich in der Situation, dass ein Teil der Tarifpartner unter dem Dach der ats-tms AG mit dem TARDOC eine Einzelleistungs-Tarifstruktur entwickelten, welche den TARMED potenziell integral ablösen sollte. Auf der anderen Seite wurden in der solutions tarifaires suisse AG die

Ambulanten Pauschalen in der jetzigen Form entwickelt, mit der Idee, einzelne Bereiche der ärztlichen Leistungen nicht mehr über Einzelleistungstarife, sondern über Pauschalen zu vergüten.

Die Inkraftsetzung von Artikel 47a im Krankenversicherungsgesetz KVG brachte Bewegung in die Diskussionen. In Anlehnung an den stationären Bereich wurde vom Gesetzgeber erstmals festgehalten, dass die Tarifpartner gemeinsam eine Organisation einsetzen sollten, welche für die «Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante ärztliche Behandlungen» zuständig ist. Andernfalls würde der Bundesrat eine solche Organisation selbst einsetzen. Dies führte zur Gründung der OAAT am 15. November 2022, weniger als ein Jahr nach Inkrafttreten des Artikels am 1. Januar 2022.

Das Aktionariat

Bei der Gründung der OAAT waren entsprechend den gesetzlichen Anforderungen alle zu diesem Zeitpunkt bestehenden Tarifpartner – FMH, H+, santésuisse und curafutura – beteiligt und nahmen im Verwaltungsrat, présidiert von Regierungsrat des Kantons Bern Pierre Alain Schnegg, Einsitz. Ebenfalls wurde die Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) als Vertretung der Unfallversicherer ins Aktionariat aufgenommen und die Aufnahme der Kantone via

GDK in Abhängigkeit der EFAS-Einführung vorbereitet. Im Interesse aller Beteiligten wurde darauf geachtet, dass die Tarifpartner paritätisch im Verwaltungsrat durch die sogenannte «Doppelte Parität» vertreten sind: 50 % der Stimmen wurden den Kostenträgern und den Leistungserbringern zugesprochen, wobei gleichzeitig 50 % der Stimmen an die «TARDOC-» und die «Pauschalen-Vertreter» gingen.

Der Beginn der operativen Tätigkeit

Mit dem Commitment der Tarifpartner, eine Organisation nach Artikel 47a KVG zu unterhalten, war rasch absehbar, dass die oben genannten Vorgängerorganisationen mittelfristig nicht mehr benötigt wurden. 2023 begann die Vorbereitung der Überführung relevanter Geschäftsbereiche der Vorgängerorganisationen und des geistigen Eigentums (TARDOC und Ambulante Pauschalen) in die OAAT. Diese Überführung wurde am 1. Januar 2024 umgesetzt und die Geschäftstätigkeit hochgefahren, wodurch die gesetzliche Anforderung erfüllt wurde.

Die Weiterentwicklung der Tarifstrukturen erfordert weiterhin Geduld. Da die Tarifpartner im Dezember 2023 zwei getrennte Genehmigungsgesuche für den TARDOC und die Ambulanten Pauschalen beim Bundesrat eingereicht haben, hatte die OAAT keinen Auftrag zur Weiterentwicklung.

Einbezug der Tarifpartner

Im Rahmen der Vorbereitung der Geschäftstätigkeit der OAAT wurden gewisse strategische Entscheide gefällt, welche die Integration der Tarifpartner in die Arbeiten der OAAT sicherstellten. Gleichzeitig wurden der Geschäftsstelle gewisse Kompetenzen zugewiesen. Die Weiterentwicklung, Aktualisierung und Pflege der Tarifstrukturen fallen demnach in die Kompetenz der Geschäftsstelle – die Pflege und Weiterentwicklung der Regelwerke und Rahmenbedingungen, welche zur Anwendung der Tarifstrukturen sowie zur Interpretation der Tarifkomponenten notwendig sind, dagegen in jene der Tarifpartner. Es ist dabei offensichtlich, dass die genannten Bereiche nicht losgelöst voneinander behandelt werden können. Alle genannten Arbeiten, auch jene in der Verantwortung der Tarifpartner, finden daher unter dem Dach der OAAT statt. Aus diesem Grund wurden innerhalb der OAAT mehrere Arbeitsgruppen gegründet, in welchen die Tarifpartner zusammen mit der Geschäftsstelle die Arbeiten aufgenommen haben.

Das Gesamt-Tarifsystem

Der Verwaltungsrat der OAAT konnte durch die frühzeitige Klärung der Arbeitsteilung und der Kompetenzen bereits einen Tag nach dem Beschluss des Bundesrates vom 19. Juni 2024 konkrete Aufträge an die Geschäftsstelle und die eingesetzte Arbeitsgruppe der Tarifpartner erteilen. Die Tarifpartner wurden beauftragt, zusammen mit der Geschäftsstelle die Vorgaben im Zusammenhang mit der Koordination des TARDOC und der Ambulanten Pauschalen via übergeordnetem Tarifstrukturvertrag umzusetzen. Die Geschäftsstelle wurde angewiesen, die Vorgaben des Bundesrates im Zusammenhang mit der Reduktion des Anwendungsbereiches der Ambulanten Pauschalen sowie der Koordination der Anwendungsbereiche

der beiden Tarife vorzunehmen. Das Produkt dieser Arbeiten, das Gesamt-Tarifsystem bestehend aus TARDOC 1.4 und den Ambulanten Pauschalen 1.1, wurde dem Bundesrat zusammen mit einer Begleitvereinbarung der Tarifpartner am 1. November 2024 fristgerecht eingereicht. Die Genehmigung des Gesamt-Tarifsystems durch den Bundesrat erfolgte schlussendlich am 30. April 2025.

Notwendige inhaltliche Weiterentwicklung

Zwischen dem 19. Juni und 1. November 2024 konnte keine inhaltliche Weiterentwicklung des TARDOC und der Ambulanten Pauschalen vorgenommen werden, obwohl die Einführungsversionen teilweise überholt waren oder Nachbesserungsbedarf bestand. Daher haben sich die Tarifpartner innerhalb der OAAT bereits im September 2024 auf eine Entwicklungs-Roadmap [1] geeinigt, welche die Eckwerte der Weiterentwicklung festlegt. Die Anwendungsbereiche des TARDOC und der Ambulanten Pauschalen sollen bis 2028 konstant gehalten werden, um auf die inhaltliche Entwicklung zu fokussiert. Die Begleitvereinbarung [2] sieht weitere Vorgaben zur Weiterentwicklung der Tarifstrukturen fest, wie die Einführung eines Antragsverfahrens, wodurch die OAAT Inputs der Tarifpartner und deren Mitglieder aufnehmen muss. Den medizinischen Fachgesellschaften wurde eine Sonderrolle zugesprochen, und die OAAT nimmt für vorab festgelegte Themenbereiche Konsultationen der Fachgesellschaften vor. Im Februar 2025 wurde den Tarifpartnern ein Umsetzungsvorschlag unterbreitet, dem einstimmig zugestimmt wurde. Dieser sieht vor, dass die Geschäftsstelle gemeinsam mit der FMH, beispielsweise hinsichtlich der Entwicklung der Ambulanten Pauschalen Version 2027 zu fünf Themenbereichen Gespräche mit den betroffenen Fachgesellschaften führt. Die

Auswahl der Fachgesellschaften obliegt dabei der FMH. So werden im Zeitfenster der Entwicklung der Version 2027 zwischen ca. Mai und Oktober 2025 pro Themenbereich drei Sitzungen mit den Fachgesellschaftsvertretern, der FMH und der FMCH durchgeführt, was die sachgerechte Weiterentwicklung der Ambulanten Pauschalen sicherstellen soll.

Die Weiterentwicklung der Tarife umfasst auch eine Anpassung des Regelwerks. Die Begleitvereinbarung fordert, dass die Leistungen der Grund- und Spezialversorgung im niedergelassenen Bereich im Rahmen der dynamischen Kostenneutralität differenziert betrachtet und gesteuert werde. Dieser Task obliegt den Tarifpartnern und wird im Rahmen der Expertengruppe Monitoring bearbeitet.

Herausforderungen

Die Geschichte der OAAT ist erst kurz, aber sie zeigt, dass durch das gemeinsame Vorgehen der Tarifpartner und der Tariforganisation eine positive Entwicklung möglich ist. Dies obwohl in einer Tariforganisation unterschiedliche Haltungen, Interessen und Bedürfnisse zusammenkommen, welche ausbalanciert werden müssen – auch wenn diese auf den ersten Blick unvereinbar erscheinen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass betreffend des gemeinsamen Ziels der Tarifpartner, den TARMED zeitnah abzulösen, mit der Gründung und dem Aufbau der OAAT ein bedeutender Schritt getan wurde. Mit der Etablierung der Prozesse für die Weiterentwicklung der Tarifstrukturen und der Rahmenbedingungen ist die Basis für die inhaltliche Aufbereitung und das Führen einer soliden Datenbank gegeben. Die OAAT wird alles daransetzen, die anstehenden Herausforderungen gemeinsam mit den Tarifpartnern zu lösen.

Korrespondenz

remi.guidon@oaat-otma.ch

Literatur

- 1 https://oaat-otma.ch/fileadmin/redaktion/dokumente/DE/Gesamt-Tarifsystem/240918_Roadmap_zur_Weiterentwicklung_des_Gesamtsystems_nach_VR.pdf
- 2 https://oaat-otma.ch/fileadmin/redaktion/dokumente/DE/Gesamt-Tarifsystem/241031_Begleitvereinbarung_nicht_signiert.pdf

In memoriam ANNA

Regula Hartmann-Allgöwer

Nachruf Klarheit und Konzentration, Esprit und Schalk. Wenn ich an ANNA denke, tauchen diese Begriffe wie selbstverständlich an erster Stelle im Fundus der Erinnerungen und Assoziationen auf.

Dr. med. Bruno Kesseli
Chefredaktor SÄZ 2005–2019

Schon bei unserer ersten persönlichen Begegnung – es muss im Frühling 2006 gewesen sein – fiel mir ihr wacher, aufmerksamer Blick auf. Ich hatte kurz zuvor meine Stelle bei der Schweizerischen Ärztezeitung angetreten. ANNA war damals als Zeichnerin bei der SÄZ bereits eine Institution, auch wenn ihr dieses Attribut sicher gegen den Strich gegangen wäre. Jedenfalls war das «Gelbe Heft» ohne ihren wöchentlichen Cartoon so wenig vorstellbar wie ein Notarztkoffer ohne Adrenalin.

ANNA wollte mich kennenlernen. Bezeichnend ist, dass wir uns weder in der Redaktion noch in einem Restaurant trafen. Sie lud mich zu sich nach Hause ein, wo sie einfache, aber äusserst schmackhafte Häppchen aus der mediterranen Küche servierte. Die Besuche im Basler Bachletten-Quartier, zu denen ich in der Regel mit dem Velo aus der SÄZ-Redaktion in Muttenz anreiste, wurden über die Jahre zu Tradition. Vorbei am St. Jakobsstadion, dem Bahnhof, der Pauluskirche und dem Schützenmattpark ging die Fahrt. Für den Zürcher jedes Mal ein Abenteuer.

Ärztin mit grossem künstlerischen Talent

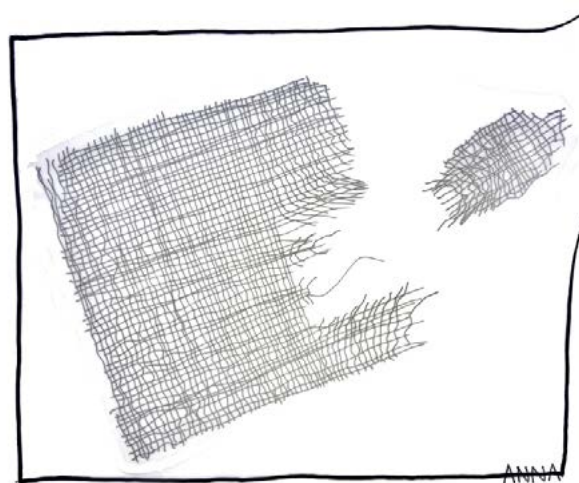
Entdeckungsreisen waren auch die Gespräche mit ANNA. Als promovierte Ärztin war sie medizinisch beschlagen, doch ihr Horizont und ihre Interessen gingen weit über die Medizin hinaus. Auch wenn sie sich als Karikaturistin in der Schweizerischen Ärztezeitung in Regel medizinischen oder gesundheitspolitischen Themen widmete, waren ihre Zeichnungen von einem Engagement geprägt, das man vielleicht am treffendsten als humanistisch bezeichnen könnte. Selten positionierte sie sich direkt politisch, was gelegentlich zu erbosten Anrufen polternder Ärzte beim Chefredaktor führte.

Zweifellos hatte ANNA alle Voraussetzungen für eine hervorragende Ärztin. Dennoch kann rückblickend kein Zweifel bestehen, dass ihre Berufung in der künstlerischen Aus-

einandersetzung mit der Welt lag. Ihr Anspruch an sich war hoch. Sie blieb ihm stets treu, perfektionierte ihren unverwechselbaren Strich mit höchster Ausdruckskraft und sprühte immer vor Ideen. Zahlreiche Preise und eine Vielzahl einzigartiger und erfolgreicher Bücher zeugen von der grossen Resonanz ihres Schaffens.

Gegen Ende unseres gemeinsamen Weges bei der SÄZ im Jahr 2019 deutete ANNA an, dass ihre Rolle als «Grossmamma» – sie war vierfache Mutter und siebenfache Oma – für sie künftig im Vordergrund stehen werde. Möglich, dass ihre Parkinson-Diagnose, die sie von Beginn weg offen kommunizierte, zur Verschiebung der Prioritäten beitrug. Dem «eisernen Griff» dieser Erkrankung, wie sie ihn in ihrem Abschiedsbrief nennt, hat sie noch etliche Jahre getrotzt. Nun hat sie sich selbstbestimmt aus ihm befreit, ist ihm entflohen. Wir sind traurig, aber dankbar für ein reiches künstlerisches Vermächtnis, an dem wir uns weiterhin erfreuen dürfen.

Die Abdankung findet am 23. Mai um 14 Uhr in der Pauluskirche Basel statt.



Das zerrissene Netz. Die letzte Zeichnung an der Dr. med. Anna Regula Hartmann-Allgöwer bis zu ihrem Tod gearbeitet hat.

Selbstdispensation: Teil einer erfolgreichen Therapie

Ärztliche Arzneimittelabgabe Die ärztliche Arzneimittelabgabe (=Selbstdispensation) leistet einen wichtigen medizinischen Beitrag. Sie ermöglicht eine flächen-deckende, patientenorientierte und direkte Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln. Die APA engagiert sich seit mehr als 50 Jahren für den Erhalt dieses bewährten und beliebten Abgabekanals.

Sven Bradke

Dr. rer. publ. HSG, Geschäftsführer
APA – Ärzte mit Patientenapotheke

50 Jahre APA

Am 20. März 2025 feierte der Verein «APA – Ärzte mit Patientenapotheke» mit einem stimmungsvollen Anlass im Landesmuseum Zürich sein 50-jähriges Jubiläum. Die Kulisse hätte nicht besser sein können: strahlendes Wetter, historische Mauern und über 150 Gäste aus Ärzteschaft, Pharma, Wirtschaft und Politik, die gemeinsam auf ein halbes Jahrhundert Engagement zugunsten der Selbstdispensation (SD) zurückblickten. Zu den Referentinnen und Gratulanten zählten auch die FMH-Präsidentin Yvonne Gilli, alt Ständerat Felix Gutzwiller in seiner neuen Funktion als

Präsident von prio.swiss und die derzeitige Zürcher Regierungspräsidentin Natalie Rickli.

Politischer Weckruf

Die Geschichte der APA begann mit einem politischen Weckruf: eine im St. Galler Kantonsparlament 1975 beschlossene Gesetzesänderung hätte eine massgebliche Beschränkung der Selbstdispensation zur Folge gehabt. Dank eines kurzfristig organisierten Ergreifens

des Referendums konnte dieses Vorhaben alsdann an der Urne gestoppt werden. In dieser politisch aufgewühlten Zeit folgten engagierte Ärzte dem Aufruf des Juristen Mario Vassalli und gründeten am 6. November 1975 in Zürich die «Vereinigung der selbstdispensierenden Aerzte der Schweiz» (heute «APA – Ärzte mit Patientenapotheke»). Seither setzt sich die APA auf Bundesebene wie auch in den Kantonen engagiert für die ärztliche Arzneimittelabgabe ein.

«Die Selbstdispensation sorgt für eine flächen-deckende Versorgung mit Arzneimitteln.»



Mit einem Rückblick auf die Anfänge des Vereins eröffnet APA-Präsident Adrian Müller den Jubiläumsanlass und heisst die Gäste herzlich willkommen.



© APA – Ärzte mit Patientenapotheke

Felix Gutzwiller (rechts) reflektiert im Gespräch mit Sven Bradke (links) über seine Rolle bei prio.swiss und zukünftige Entwicklungen im Gesundheitswesen.

Zentraler Pfeiler der Versorgung

Die Selbstdispensation ist in 17 der 19 Deutschschweizer Kantone zulässig, gesetzlich verankert sowie politisch und gesellschaftlich breit abgestützt. In eher ländlichen Regionen ist sie ein zentraler Pfeiler der Versorgung. Die SD sorgt in den jeweiligen Arztpraxen für eine patientenfreundliche, schnelle und praktische Arzneimittelabgabe – optimal eingebettet in den diagnostischen und therapeutischen Kontext.

Kosteneffiziente Arzneimittelabgabe

Statistische Auswertungen zeigen, dass die durchschnittlichen Medikamentenkosten pro versicherte Person in Kantonen mit Selbstdispensation tiefer ausfallen als in Kantonen ohne SD. Ein Grund hierfür ist auch, dass die Abgabe in der ärztlichen Praxis ohne leistungsorientierte Abgaben erfolgt, wie sie bei Apotheken üblich sind. Darüber hinaus zeigt sich, dass selbstdispensierende Ärztinnen und Ärzte häufiger Generika einsetzen. Die ärztliche Abgabe erfolgt in der Regel im Anschluss an die Konsultation – mit klarer Kommunikation und unter ärztlicher Aufsicht. Die SD erweist sich somit nicht nur als versor-

gungspolitisch wichtig, sondern auch als kosteneffizient.

Qualitätssicherung im Praxisalltag

Selbstdispensierende Ärztinnen und Ärzte tragen grosse Verantwortung; be-

züglich der Abgabe wie auch bezüglich der hierfür nötigen Qualitätssicherung. Diese ist gesetzlich vorgeschrieben. Die wichtigsten Aspekte der Abgabe lassen sich in einfachen, aber wirkungsvollen Checklisten zusammenfassen:

Checklisten für selbstdispensierende Ärztinnen und Ärzte

RAKI – der ärztliche Abgabe-Check:

- Risikofaktoren
- Arzneimittelanamnese
- Kontraindikationen
- Interaktionen

PADAZ – die 5-r-Regel für die korrekte Abgabe:

- richtiger / richtige Patient /-in
- richtiges Arzneimittel
- richtige Dosierung
- richtige Applikationsart
- richtiger Zeitpunkt

TAMA – was Patientinnen und Patienten unbedingt wissen müssen:

- Therapiedauer
- Abbruch der Therapie
- Mögliche Nebenwirkungen / Interaktionen
- Aufbewahrungsvorschriften



© APA – Ärzte mit Patientenapotheke

In ihrer Ansprache würdigt Regierungspräsidentin Natalie Rickli das langjährige Engagement der APA und spricht sich für verhältnismässige Vorgaben in der Qualitätssicherung aus.

Klar definierte Abläufe und Vorgaben sowie ein gut geschultes Praxisteam sind wichtige Grundlagen für eine sichere und qualitativ hochwertige Arzneimittelabgabe. Die APA liefert ihren Mitgliedern hierfür die entsprechenden digitalen Dokumente.

Vorwärts in die Zukunft

Auch nach 50 Jahren bleibt die Selbstdispensation ein unverzichtbarer Pfeiler der medizinischen Versorgung – insbesondere in Zeiten wachsender Komplexität. Politische Vorstösse, neue Abgabemodelle und digitale Entwicklungen wie beispielsweise das e-Rezept verändern den Praxisalltag. Gleichsam steigen die allgemeinen Anforderungen an die Qualität, an die Dokumentation und an die Abläufe. Als fundierte Stimme gegenüber der Politik und den Behörden sowie als praxisnahe Partnerin der Ärzteschaft wird sich die APA auch in den nächsten 50 Jahren für eine patientenfreundliche und qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung einsetzen.

Korrespondenz

info@patientenapotheke.ch

«Wer das Privileg der Selbstdispensation hat, hat die Pflicht einer qualitativ hochwertigen Abgabe.»

APA – Wer sind wir?

- Die «APA – Ärzte mit Patientenapotheke» vertritt seit 1975 engagiert, unabhängig und praxisnah die Interessen der selbstdispensierenden Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz.
- Die über 1100 Mitglieder profitieren von ihrer politischen Tätigkeit und Einflussnahme, von bewährten Hilfsmitteln für ein funktionierendes Qualitätssicherungssystem und von aktuellen Informationen zur ärztlichen Arzneimittelabgabe.
- Wenn es um Fragen der Gesundheitsgesetzgebung, der Versorgungssicherheit und der Arzneimittelabgabe geht, ist die APA eine anerkannte Ansprechpartnerin für Politik, Behörden und Verbände.
- Ihre Mitglieder erhalten Zugang zum digitalen QS-Handbuch mit Checklisten, Vorlagen und Anleitungen sowie regelmässige Updates zu politischen und rechtlichen Entwicklungen rund ums Thema Arzneimittel.

Mehr Informationen: www.patientenapotheke.ch | info@patientenapotheke.ch | T 071 246 51 40

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

- Zeev Atar* (1930),
† 29.1.2025, Facharzt für Ophthalmologie, 4052 Basel
- Charles Remund* (1951),
† 5.2.2025, Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, 1244 Choulex
- Willi Probst* (1947),
† 22.3.2025, Facharzt für Nephrologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 4125 Riehen
- Maria Schaller* (1925),
† 28.3.2025, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, 6006 Luzern
- Markus Röber* (1967),
† 12.4.2025, 4552 Derendingen
- Jan Wurster* (1953),
† 21.4.2025, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, 4142 Münchenstein 1
- Flurina Dolfi* (1972),
† 29.4.2025, Praktische Ärztin und Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, 3653 Oberhofen am Thunersee
- Anna Regula Hartmann-Allgöwer* (1941),
† 29.4.2025, 4054 Basel
- Paul Hahnloser* (1932),
† 1.5.2025, Facharzt für Chirurgie und Facharzt für Herz- und thorakale Gefässchirurgie, 8044 Zürich
- Thierry Bessard* (1952),
† 3.5.2025, Spécialiste en médecine interne générale, 1018 Lausanne

Aargauischer Ärzteverband

Zur Aufnahme in den Aargauischen Ärzteverband haben sich angemeldet:

Als ordentlich praktizierende Mitglieder:
Matthias Böhnke, Facharzt für Ophthalmologie, Mitglied FMH, angestellt in Pallas Kliniken, Augenzentrum Wohlen, Aargauerstrasse 9, 5610 Wohlen, ab sofort

Michael Carigiet, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, angestellt in Hausarztpraxis im Spital Laufenburg, Spitalstrasse 10, 5080 Laufenburg, ab sofort

Delia-Aranka Marcu, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, angestellt in Kinderarzthaus AG, Bahnhofstrasse 31, 5400 Baden, ab sofort

Lea Meier, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, angestellt in Praxiszentrum KSA am Bahnhof, Bahnhofplatz 3c, 5000 Aarau, ab sofort

Guido Orsingher, Praktischer Arzt, Mitglied FMH, angestellt in Paracelsus Medical Center AG, Sarmentorferstrasse 8, 5615 Fahrwangen, ab sofort

Aylin Rohmann, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, angestellt in Praxis Gruppe Beinwil am See, Aarauerstrasse 20, 5712 Beinwil a. See, ab sofort

Diese Kandidaturen werden in Anwendung von Art. 5 der Statuten des Aargauischen Ärzteverbandes veröffentlicht. Einsprachen müssen innert 14 Tagen seit der Bekanntmachung schriftlich und begründet der Geschäftsleitung des Aargauischen Ärzteverbandes eingereicht werden. Nach Ablauf der Einsprachefrist entscheidet die Geschäftsleitung über Gesuch und allfällige Einsprachen.

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Stadt hat sich gemeldet:

Matthias Clausen, Facharzt für Ophthalmologie, Mitglied FMH, Augenärzte Zentrum Luzern, Bahnhofstrasse 7, 6003 Luzern

David Hürlimann, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Intensivmedizin, Mitglied FMH, Arztpraxis im Park AG, Luzernerstrasse 37, 6045 Meggen

Torsten Meyer, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Facharzt für Anästhesiologie, Praxis Torsten Meyer, Alpenstrasse 7, 6004 Luzern

Einsprachen sind innert 20 Tagen nach der Publikation schriftlich und begründet zu richten an: Ärztesgesellschaft des Kantons Luzern, Schwanenplatz 7, 6004 Luzern.

Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz

Zur Aufnahme in die Ärztesgesellschaft des Kantons Schwyz hat sich angemeldet:

Silvia Kuzmiakova, Fachärztin für Kardiologie, Mitglied FMH, in Schwyz zu 20 % ab 01.07.2025

Irene Maria Uthoff, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Mitglied FMH, 01.08.2025 zu 70 %, in Küsnacht am Rigi Sz.

Einsprachen gegen diese Aufnahme richten Sie schriftlich innert 20 Tagen an Dr. med. Jörg Frischknecht, Bahnhofstrasse 31, 6440 Brunnen oder per Mail an joerg.frischknecht@hin.ch.

Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn

Zur Aufnahme als ordentliche Mitglieder haben sich angemeldet:

Miriam Adamcova, Fachärztin für Ophthalmologie, Mitglied FMH, Augenarztpraxis an der Aare, 4600 Olten

Nehir Semrin Behrens, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Mitglied FMH, Medipark Olten AG, 4600 Olten

Beatrice Grichting, Fachärztin für
Allgemeine Innere Medizin und
Fachärztin für Anästhesiologie,
Mitglied FMH, ÄrzteHaus Balsthal
AG, 4710 Balsthal

Dian Sorejo Kentjanawati Georgescu,
Fachärztin für Dermatologie und
Venerologie, Mitglied FMH, Pallas
Kliniken AG, 4600 Olten

Nikolaos Maliachovas, Facharzt
für Anästhesiologie, Mitglied FMH,
Rückenschmerz-Zentrum Olten,
4600 Olten

Gábor János Puskás, Facharzt für
Orthopädie und Traumatologie des
Bewegungsapparates, Mitglied FMH,
Praxiszentrum Schloss Aarhof,
4500 Solothurn

Einsprachen gegen diese Aufnahmen
sind innerhalb 14 Tagen nach der
Publikation schriftlich und begründet
bei den Co-Präsidenten der Gesell-
schaft der Ärztinnen und Ärzte des
Kantons Solothurn, GAeSO, Postfach,
4654 Lostorf einzureichen.