TARIFUPDATE

TARDOC 2027: Neuerungen und operative Auswirkungen für die Institute

TARDOC 1.5 und Ambulante Pauschalen 1.2: wichtigste Neuerungen und Folgen für den Praxisalltag

Marco Budin, November 2026

Stand der Informationen

Der vorliegende Text basiert auf der von der OAAT AG am 25. November 2026 veröffentlichten Version der Tarifstruktur 2027, die vom Bundesrat am 11. November 2026 genehmigt wurde. Für allfällige Vertiefungen, Klärungen oder Überprüfungen bei Abweichungen oder Unstimmigkeiten sind ausschliesslich die offiziellen Publikationen der OAAT AG massgebend. Zudem wird darauf hingewiesen, dass sämtliche angegebenen Werte in Taxpunkten (TP) ausgedrückt sind und keine Frankenbeträge (CHF) darstellen.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 2
1. Strukturelle Änderungen 2026/2027: die Höchstgrenze für ärztliche Leistungen 3
1.1 Ursprung und Zweck der AL-Höchstgrenze 3
1.2 Anwendung und Berechnung 3
1.3 Herleitung der Grenze von 1'577 Taxpunkten 4
1.4 Für 2028 und 2029 erwartete Tarifentwicklungen 5
2. Wichtigste Änderungen der TARDOC-Version 1.5 mit Relevanz für die Radiologie 6
2.1 Übersicht über die Änderungen 6
2.2 Befundung: neue Klassierung und Nummerierung der Positionen 6
2.3 Referenzleistungen 7
2.4 CT und MR: Kombination von einfachen und aufwändigen Befundungen 7
2.5 Konventionelles Röntgen, Mammografie und Osteodensitometrie 8
2.6 Durchleuchtung und Interventionen: Anpassungen der Abrechnungsregeln 8
3. Ambulante Pauschalen 1.2: wichtigste Neuerungen der Version 2027 9
3.1 Übersicht und Gruppierungskriterien 9
3.2 Gefässinterventionen: Erweiterung und Differenzierung der Fallgruppen 9
3.3 Interventionelle Radiologie und Biopsien: neue Fallgruppen 10
3.4 Nuklearmedizin: Überarbeitung der Gruppen und der Bewertung 11
3.5 Trigger und Fallklassifikation: die Rolle der Datenqualität 12
Schlussfolgerungen: hin zu einem nachhaltigen und gemeinsam getragenen Tarifsystem 13

Einleitung

Am 1. Januar 2026 hat der TARDOC den seit 2004 geltenden TARMED abgelöst und im ambulanten Bereich erstmals zwei parallele Tarifstrukturen eingeführt: den Einzelleistungstarif (TARDOC) und die Ambulanten Pauschalen[1]. Für die Radiologie brachte der Wechsel eine neue Codierung, neue Tarifpositionen und Abrechnungsregeln mit sich, die interpretiert und in die betrieblichen Abläufe integriert werden mussten, wobei die Systematik insgesamt nahe an jener des bisherigen Systems geblieben ist. Die Ambulanten Pauschalen befinden sich ihrerseits noch in Entwicklung und sind in den verschiedenen Bereichen unterschiedlich weit umgesetzt.

Die Einführung des neuen Systems erfolgte in einem besonders knappen Zeitrahmen. Die Institute mussten ihre IT- und Abrechnungssysteme anpassen, neue Tarifpakete entwickeln und das involvierte Personal auf allen Organisationsebenen schulen: von der Direktion über das Finanzwesen und das Sekretariat bis zur Informatik und den Abteilungen für Radiologie und Labor. Im Laufe des Jahres wurden zudem Klarstellungen und Interpretationen veröffentlicht, die weitere Anpassungen erforderten, in einigen Fällen auch bei bereits ausgestellten Rechnungen. Die Schwierigkeiten und Verzögerungen bei der Rechnungsstellung wurden auch von den Behörden anerkannt[2] und haben in mehreren Instituten zu Liquiditätsengpässen geführt, wie auch die Presse berichtete[3].

Ein ebenso dynamisches Umfeld prägt den Übergang ins Jahr 2027. Die Tarifpartner haben die Tarifrevision 2027 am 2. Juni 2026 dem Bundesrat eingereicht[4]. Am 30. Oktober 2026 wurde eine aktualisierte Vorversion veröffentlicht, die weitere Anpassungen der Nummerierung enthält[5]. Inzwischen hat der Bundesrat am 11. November 2026 die erste jährliche Revision des Gesamttarifsystems (TARDOC und ambulante Pauschalen) genehmigt, das Anfang 2026 in Kraft getreten ist. Er folgte zwar dem Grossteil der von den Tarifpartnern vorgeschlagenen Änderungen, stellte jedoch einzelne methodische Lücken fest und forderte in drei Bereichen zusätzliche Korrekturen. Besondere Aufmerksamkeit gilt der Kostenneutralität: Um den jährlichen Anstieg der effektiven Gesamtkosten im ambulanten ärztlichen Bereich auf 4 Prozent zu begrenzen, hat der Bundesrat das Eidgenössische Departement des Innern beauftragt, einen allfälligen Eingriff vorzubereiten, falls dieser Schwellenwert überschritten wird und sich die Tarifpartner nicht auf die erforderlichen Korrekturmassnahmen einigen[6]. Die Revision bringt Verbesserungen in zahlreichen Punkten, die im ersten Anwendungsjahr Schwierigkeiten bereitet hatten. Für die Institutionen bedeutet sie jedoch einen erneuten Zyklus von Anpassungen der Abrechnungspauschalen, der IT-Systeme und der internen Prozesse, und das bei besonders knappen Vorbereitungszeiten. Die zeitnahe Rechnungsstellung ist nämlich nicht bloss eine administrative Frage: Sie ist eine wesentliche Voraussetzung, um die für den Betrieb der Institutionen erforderliche Liquidität und damit die Kontinuität der Gesundheitsleistungen sicherzustellen.

Die rasche Abfolge der Revisionen macht es daher besonders wichtig, über zeitnahe Informationen, aktuelle Dokumentation und ausreichend klare Anwendungshinweise zu verfügen. All dies muss

[1] Bundesrat, Medienmitteilung vom 30. April 2025: «TARDOC und ambulante Pauschalen: Der Bundesrat genehmigt das neue Gesamt-Tarifsystem», https://www.admin.ch/de/newnsb/ZmuX5mu0cy0X4PeZqT-2o. Zusammenfassende Informationen auch auf der Website des BAG: https://www.bag.admin.ch/de/tardoc-und-ambulante-pauschalen.

[2] BAG, Mitteilung zur Kostenentwicklung 2026, https://www.bag.admin.ch/de/newnsb/BfuGvedj0OOX.

[3] «Geldnot in Spitälern: Monatlich fehlen Millionen Franken wegen Tarifumstellung», 20 Minuten, https://www.20min.ch/story/tarifumstellung-es-fehlen-20-mio-pro-monat-spitaeler-muessen-kredite-aufnehmen-103486369.

[4] OAAT AG, Medienmitteilung vom 2. Juni 2026 zur Einreichung der Revision 2027, https://oaat-otma.ch/.

[5] OAAT AG, Entwicklungsbericht TARDOC 1.5 (Bern, 2. Juni 2026), in der Darstellung des Itignos LKAAT-Browsers, Vorabversion 2027 vom 30.10.2026, nicht vom Bundesrat genehmigt: https://browser.itignos.com/DE/lkaat2027/oaat/TARDOC_Entwicklungsbericht.html. Der Browser ist eine redaktionelle Aufbereitung: Massgebend sind die Originalpublikationen der OAAT AG.

[6] Bundesrat genehmigt erste Revision von TARDOC und Ambulanten Pauschalen

selbstverständlich unter Wahrung des vom Bundesrat geforderten Grundsatzes der Kostenneutralität erfolgen, auf der Grundlage einer ausgewogenen Beurteilung und repräsentativer, die betriebliche Realität abbildender Daten.

1. Strukturelle Änderungen 2026/2027: die Höchstgrenze für ärztliche Leistungen

1.1 Ursprung und Zweck der AL-Höchstgrenze

Ab 2027 ist im TARDOC die Einführung einer Höchstgrenze für die ärztliche Leistung (AL-Höchstgrenze) vorgesehen. Die Massnahme beruht auf einem gesetzgeberischen Auftrag des Parlaments: Im Jahr 2025 haben der Nationalrat und der Ständerat im Rahmen des zweiten Kostendämpfungspakets nach einer Einigungskonferenz beschlossen, den Bundesrat zu beauftragen, in der ambulanten Tarifstruktur eine Höchstgrenze für die pro Arbeitstag verrechenbaren Taxpunkte des ärztlichen Teils einzuführen[7].

Nach dem Parlamentsentscheid stellte sich nicht mehr die Frage, ob die Grenze eingeführt wird, sondern in welcher Form sie anzuwenden ist. Ohne gemeinsamen Vorschlag der Tarifpartner hätte der Bundesrat die Modalitäten selbst auf dem Verordnungsweg festlegen können. Die Tarifpartner haben daher ein Anwendungsmodell erarbeitet, das in die Tarifversion 2027 integriert und dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreitet wurde.

1.2 Anwendung und Berechnung

Die Grenze betrifft ausschliesslich die Komponente der ärztlichen Leistung (AL) der TARDOC-Positionen, die zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abgerechnet werden. Die Berechnung erfolgt pro ausführendem Arzt, identifiziert über die GLN-Nummer, auf der Grundlage des Durchschnitts eines Kalendermonats. Die Summe der Taxpunkte der AL-Komponente wird durch die Anzahl der Tage geteilt, an denen der Arzt Leistungen zulasten der OKP abgerechnet hat, einschliesslich Wochenenden. Folglich führt die Überschreitung von 1’577 Taxpunkten an einem einzelnen Tag nicht automatisch zur Überschreitung der Grenze. Massgebend ist der über den gesamten Monat berechnete Durchschnitt.

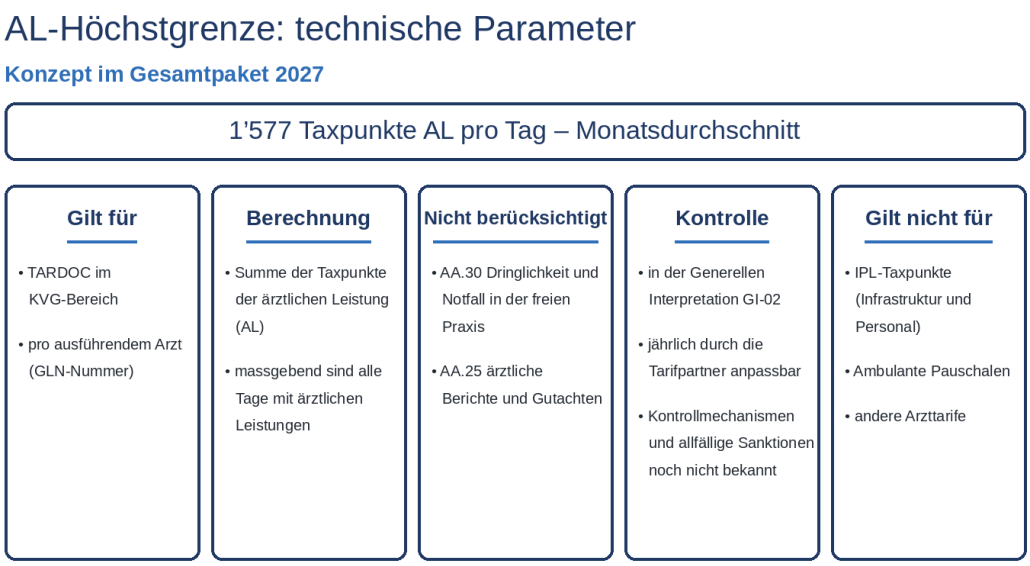
Tabelle 1 – Wesentliche Elemente der AL-Höchstgrenze

Element	Regelung
Geltungsbereich	Nur TARDOC im KVG-Bereich (OKP); gilt nicht für andere Arzttarife.
Gegenstand	Nur der Anteil der ärztlichen Leistung (AL) der Tarifpositionen. Der Anteil für Infrastruktur und Personal (IPL) wird nicht berücksichtigt.
Wert	1’577 Taxpunkte AL pro Arbeitstag.
Berechnung	Durchschnitt eines Kalendermonats: Summe der AL-TP geteilt durch die Tage mit Abrechnung zulasten der OKP (Wochenenden eingeschlossen).
Bezugsgrösse	Pro ausführendem Arzt gemäss GLN-Nummer (nicht ZSR-Nummer).
Von der Berechnung ausgenommen	Zuschläge für Dringlichkeit und Notfall in der freien Praxis (AA.30); ärztliche Berichtserstellung und Gutachten (AA.25); Ambulante Pauschalen; IPL-Anteil.
Kontrolle und Weiterentwicklung	Geregelt in der Generellen Interpretation GI-02; jährlich durch die Tarifpartner anpassbar. Kontrollmechanismen und allfällige Sanktionen sind noch nicht bekannt.

Quelle: FMH, eigene Bearbeitung.

[7] FMH, «Höchstgrenze der ärztlichen Leistungen im TARDOC», TARDOC und Ambulante Pauschalen, https://tarifeambulant.fmh.ch/tarifstrukturen/hoechstgrenze.cfm. Französische Version: https://tarifeambulant.fmh.ch/fr/tarifstrukturen/plafonnement.cfm.

Abbildung 1 – Technische Parameter der AL-Höchstgrenze (deutsche Wiedergabe einer FMH-Präsentation)



Deutsche Adaption einer FMH-Präsentation vom 14. Juli 2026.

1.3 Herleitung der Grenze von 1'577 Taxpunkten

Die Grenze beruht auf dem 2018 vom Bundesrat festgelegten Kostenmodell der ärztlichen Leistung. Das Modell berücksichtigt drei Hauptfaktoren: das Referenzeinkommen, die Jahresarbeitszeit und den Tarifwirksamkeitsindex (TWI; früher «Produktivität» genannt). Bei Kosten von 2.19 Taxpunkten pro Minute für die AL-Komponente entspricht die Grenze von 1'577 Taxpunkten konventionell 12 Arbeitsstunden pro Tag: 12 Stunden × 60 Minuten × 2.19 TP/Minute ≈ 1'577 TP (Abbildung 2).

Abbildung 2 – Vom AL-Kostenmodell zur Tagesgrenze (deutsche Wiedergabe einer FMH-Präsentation)



Deutsche Adaption einer FMH-Präsentation. TP = Taxpunkte.

Zur Bestimmung dieses Werts wurden die überarbeiteten Minutagen und die Abrechnungsregeln der operativen und zeitbasierten Leistungen berücksichtigt. Die entsprechenden Minutagen wurden von Experten der medizinischen Fachgesellschaften erarbeitet, 2019 dem Bundesrat unterbreitet und anschliessend im Rahmen der Tarifrevision 2025 genehmigt. Die FMH betont in diesem Zusammenhang die Bedeutung einer regelmässigen Aktualisierung der Minutagen der operativen und zeitbasierten Leistungen, damit diese die Art der Leistungserbringung weiterhin angemessen abbilden.

Die Grenze von 1'577 Taxpunkten bezieht sich dabei ausschliesslich auf die ärztliche Leistungskomponente. Der Anteil für Infrastruktur und Personal, einschliesslich der Kosten des technischen Personals, fliesst nicht in die Berechnung ein. Für dipl. Radiologiefachpersonen HF/FH ist die Grenze daher nicht unmittelbar anwendbar. Auswirkungen könnten sich jedoch indirekt auf die Arbeitsorganisation und Ressourcenplanung ergeben.

1.4 Für 2028 und 2029 erwartete Tarifentwicklungen

Die Weiterentwicklung des Tarifsystems wird auch in den kommenden Jahren fortgesetzt. Einige derzeit diskutierte Themen könnten insbesondere ab 2028 auch für die Radiologie unmittelbare Folgen haben.

Plausibilisierung der Minutagen. Die OAAT AG führt eine Plausibilitätsprüfung der TARDOC-Minutagen durch. Gestützt auf eine Literaturrecherche wurde vorgeschlagen, einzelne Minutagen zu reduzieren, insbesondere in der Radiologie, mit einem möglichen Inkrafttreten im Jahr 2028. Das definitive Ergebnis des Prozesses ist jedoch noch offen. Da die Minutagen die tarifliche Bewertung der Leistungen direkt beeinflussen, könnten Reduktionen eine proportionale Senkung der Taxpunkte zur Folge haben. Beispielsweise wurde für ein CT des Schädels, das derzeit mit 27 Minuten bewertet ist, eine Reduktion auf 15 Minuten oder weniger in Aussicht gestellt[8]. Zudem ist zu klären, ob und in welchem Umfang eine allfällige Anpassung der Minutagen auch die Komponente Infrastruktur und Personal beeinflussen kann, falls die berücksichtigte Zeit auch auf die Raumbelegung bezogen ist[9].

Pauschalen für CT und MR. Gemäss der Roadmap der OAAT AG ist ab 2029 die Einführung der ambulanten Pauschalabrechnung für CT und MR vorgesehen, im Rahmen der schrittweisen Weiterentwicklung des Systems im Hinblick auf das Ziel 2030. Derzeit sind die radiologischen Leistungen, darunter MR, CT, konventionelles Röntgen, Durchleuchtung, Sonografie und Mammografie, weitgehend in der TARDOC-Struktur abgebildet. Der Übergang zu den Pauschalen wird daher einen wesentlichen Wandel in der Bewertung und Abrechnung dieser Leistungen mit sich bringen.

[8] FMH, Informationen zur Plausibilisierung der Minutagen im TARDOC, https://tarifeambulant.fmh.ch/. Die Angabe stammt von der FMH; der Entscheid der OAAT AG ist noch nicht definitiv.

[9] OAAT AG, Glossar des Gesamttarifsystems, https://oaat-otma.ch/gesamt-tarifsystem/glossar.

2. Wichtigste Änderungen der TARDOC-Version 1.5 mit Relevanz für die Radiologie

2.1 Übersicht über die Änderungen

Die Tarifrevision 2027 führt zahlreiche Änderungen am TARDOC ein. Nachfolgend werden jene dargestellt, die für die Radiologie besonders relevant sind, gestützt auf den Entwicklungsbericht der OAAT AG[10]. Der allgemeine Aufbau der Tarifstruktur bleibt gegenüber der 2026 geltenden Version 1.4c im Wesentlichen unverändert. Die Revisionsarbeiten betreffen hauptsächlich die Klassierung der Leistungen, deren Nummerierung und die Verknüpfungen zwischen den einzelnen Tarifpositionen. Zudem wurden neue Tarifpositionen eingeführt, während andere gestrichen wurden. Auch die Bewertung der Taxpunkte wurde überarbeitet.

2.2 Befundung: neue Klassierung und Nummerierung der Positionen

In der Version 1.4c waren die Leistungen der Befundung und Berichtserstellung in spezifischen Unterkapiteln innerhalb der einzelnen diagnostischen Modalitäten angesiedelt. Ein Beispiel ist das Unterkapitel GM.15 «Befundung und Bericht CT» im Kapitel GM zur Computertomografie.

In der Version 1.5 wurden die entsprechenden Tarifpositionen direkt in die jeweiligen Hauptkapitel verschoben und neu nummeriert. Eine weitere Änderung betrifft ihre Klassierung: Die zuvor als Referenzleistungen definierten Positionen wurden in Zuschlagsleistungen (Z) umgewandelt.

Für die Radiologieinstitute bedingt diese Neuorganisation, die Abrechnungspakete zu aktualisieren und die Verknüpfungen zwischen den diagnostischen Leistungen und den jeweiligen Befundungspositionen zu überprüfen.

Tabelle 3 – Befundung: neue Zuordnung der Tarifpositionen

Titel der Position	V26 (1.4c)	V27 (1.5)	Typ V27
Befundung Röntgen der Organe	GG.30.0020	GG.00.0025	Z
Befundung Mammografie	GG.30.0030	GG.05.0055	Z
Befundung Erstbeurteilung Screening-Mammografie	GG.30.0040	GG.05.0015	Z
Befundung Durchleuchtungen, DVT, CBCT	GG.30.0070	GG.10.0015	Z
Befundung durchleuchtungsgesteuerte Interventionen	GG.30.0080	GG.15.0015	Z
Befundung Osteodensitometrie	GG.30.0090	GG.20.0015	Z
Befundung EOS	GG.30.0100	GG.20.0045	Z
Erstellung eines ärztlichen Sonografie-Berichts zuhanden eines anderen Arztes, pro 1 Min.	GK.50.0010	GK.00.0015	Z
Befundung und Berichtserstellung CT	GM.15.0010	GM.00.0025	Z
Besonders aufwändige Befundung und Berichtserstellung CT, pro 1 Min.	GM.15.0020	GM.00.0027	Z
Befundung und Berichtserstellung MR	GP.15.0010	GP.00.0035	Z
Besonders aufwändige Befundung und Berichtserstellung MR, pro 1 Min.	GP.15.0020	GP.00.0037	Z

Quelle: OAAT AG, Entwicklungsbericht TARDOC 1.5, Tabelle 3.

[10] OAAT AG, Entwicklungsbericht TARDOC 1.5 (Fussnote 5), insbesondere Kapitel 1.3, 1.4 und 7.1.

Ausnahme: Screening-Mammografie. Für die Screening-Mammografie wurde eine eigene Klassierung beibehalten. Die zweite und die dritte Beurteilung können einzeln abgerechnet werden und hängen nicht von der Erbringung einer anderen Tarifleistung ab. Aus diesem Grund bleiben die entsprechenden Positionen Hauptleistungen (H) und wurden nicht in Zuschlagsleistungen umgewandelt.

Tabelle 4 – Screening-Mammografie: zweite und dritte Beurteilung

Titel der Position	V26 (1.4c)	V27 (1.5)	Typ V27
Befundung Zweitbeurteilung Screening-Mammografie	GG.30.0050	GG.05.0016	H
Befundung Drittbeurteilung Screening-Mammografie	GG.30.0060	GG.05.0017	H

2.3 Referenzleistungen

Mit der Version 1.5 wurden die Wechselzeiten (Positionen AR) von Referenzleistungen in Hauptleistungen umklassiert. Anschliessend wurden sie mit der Version vom 30.10.2026 wieder als Referenzleistungen klassiert, womit die bereits 2026 geltende Klassierung wiederhergestellt wurde. Diese Leistungen werden den jeweiligen Hauptleistungen automatisch zugeordnet, was die Beziehung zwischen den einzelnen Positionen klarer macht und den Bedarf an individuellen Interpretationen verringert. Gleichzeitig wurden einige Leistungen, die ihrer Natur nach nicht eigenständig abgerechnet werden können, als Referenzleistungen (R) umklassiert. Dazu gehören einige technisch aufwändige CT- und MR-Untersuchungen.

Tabelle 5 – Aufwändige CT- und MR-Untersuchungen als Referenzleistungen

Position V27	Titel	Typ V27
GM.10.0011	Aufwändige technische Untersuchung CT	R
GP.10.0010	Aufwändige ärztliche und technische Untersuchung MR, pro 1 Min.	R
GP.10.0021	Aufwändige technische Untersuchung MR, pro 1 Min.	R

Quelle: OAAT AG, Entwicklungsbericht TARDOC 1.5, Kapitel 1.4. Eine Referenzleistung ist mit der Hauptuntersuchung zu verknüpfen, auf die sie sich bezieht.

2.4 CT und MR: Kombination von einfachen und aufwändigen Befundungen

Die Version 1.5 bringt mehr Flexibilität bei der Abrechnung der Befundung von CT- und MR-Untersuchungen, die mehrere Körperregionen umfassen. Bei kombinierten Untersuchungen kann neu eine einfache Befundung für eine anatomische Region mit einer besonders aufwändigen Befundung für eine andere Region kombiniert werden. Bei einem CT Thorax-Abdomen kann beispielsweise eine einfache Befundung für den Thorax (GM.00.0025) und eine besonders aufwändige Befundung für das Abdomen (GM.00.0027, Abrechnung pro Minute) verrechnet werden. Für die Magnetresonanztomografie gelten die entsprechenden Positionen GP.00.0035 und GP.00.0037.

Diese Änderung ermöglicht es, den Aufwand der Befundung der einzelnen anatomischen Regionen innerhalb derselben Untersuchung differenzierter abzubilden.

2.5 Konventionelles Röntgen, Mammografie und Osteodensitometrie

Tabelle 6 – Neuerungen 2027 im konventionellen Röntgen, in der Mammografie und in der Osteodensitometrie

Position	Neuerung ab 2027
GG.00.0140 – Röntgen der gesamten Wirbelsäule	Bisher konnten zusätzlich nur «Folgeaufnahmen der gesamten Wirbelsäule» (max. 2) abgerechnet werden. Ab 2027 können auch einzelne Regionen der Wirbelsäule als zusätzliche diagnostische Aufnahmen verrechnet werden.
GG.00.0520 – Röntgen des gesamten Beins	Auch zusätzliche Röntgenaufnahmen einzelner Regionen der unteren Extremität (z. B. Knie) können wieder als «Folgeaufnahmen» abgerechnet werden.
GG.05.0020 und GG.05.0030 – Diagnostische Mammografie	Wie bereits bei der Tomosynthese ist die «erste Mammografie» pro Seite abrechenbar; die Befundung der konventionellen Mammografie kann daher zweimal verrechnet werden. Bei Kombination mit Tomosynthese ist die Befundung insgesamt höchstens dreimal abrechenbar.
GG.20.0010 – Osteodensitometrie	Die Leistungszeit erhöht sich von 15 auf 25 Minuten.

2.6 Durchleuchtung und Interventionen: Anpassungen der Abrechnungsregeln

Vorbereitungszeit.

Ab 2027 kann die Vorbereitungszeit für Interventionen unter Durchleuchtung (GG.10.0080) auch in Kombination mit drei weiteren Tarifpositionen abgerechnet werden:

- GG.10.0041 – Platzierung einer Sonde im Dünndarm durch den Facharzt für Radiologie.
- GG.10.0100 – Funktionelle Durchleuchtung von Gelenken, Thorax und Wirbelsäule, pro Minute.
- GG.15.0010 – Diagnostische und therapeutische Interventionen unter Durchleuchtung, pro Minute.

Diese Erweiterung vergrössert die tariflichen Kombinationsmöglichkeiten für die betroffenen Leistungen.

Übergang zur Pauschalabrechnung. Einzelne Positionen des Kapitels GG.15 «Durchleuchtungsgesteuerte Interventionen» wurden aus dem Einzelleistungstarif gestrichen und in das System der Ambulanten Pauschalen überführt. Dazu gehören die Embolisationen und die transvenösen Biopsien, die nun den in Kapitel 3 beschriebenen Gruppen C05.32, C07.70 und C11.70 zugeordnet sind.

Tabelle 7 – Aus dem TARDOC gestrichene und in die Pauschalen überführte GG.15-Positionen

Code	Bezeichnung
GG.15.0060	Perkutaner Zugangsweg für Osteoplastik und Osteosynthese
GG.15.0070	+ Zuschlag für multiple Lokalisationen oder weitere Interventionen, pro Minute
GG.15.0080	Transvenöse Leber- oder Nierenbiopsie, pro Minute
GG.15.0090	Anlage eines transjugulären portosystemischen Shunts (TIPS), pro Minute
GG.15.0330	Embolotherapie, pro Minute
GG.15.0340	Perkutane Punktion von Gefässsystemen mit atypischen Gefässzugängen, pro Seite
GG.15.0350	+ Zuschlag für Interventionen am Gefässsystem mit atypischen Zugängen, pro Minute

3. Ambulante Pauschalen 1.2: wichtigste Neuerungen der Version 2027

3.1 Übersicht und Gruppierungskriterien

Die Struktur der Ambulanten Pauschalen weist in der Revision 2027 die umfangreichsten Änderungen auf, sowohl hinsichtlich der Anzahl der enthaltenen Leistungen als auch ihrer tariflichen Bewertung. Gemäss dem Entwicklungsbericht der OAAT AG[11] hat sich die Zahl der Fallgruppen um rund 100 erhöht und liegt nun insgesamt bei 420. Zudem wurden fünf prioritäre Entwicklungsschwerpunkte festgelegt: Nuklearmedizin, Handchirurgie, Kieferchirurgie, Kinderchirurgie und Pathologie. Für die Radiologie sind insbesondere die Nuklearmedizin und die Pathologie relevant. Ab dem 1. Januar 2027 sind die Pathologieleistungen in die Pauschalen integriert, mit Auswirkungen auch auf die unter radiologischer Bildführung durchgeführten Biopsien. Zudem wurden weitere Differenzierungskriterien nach dem Alter der Patientinnen und Patienten eingeführt, die auch für PET-, SPECT- und Szintigrafie-Untersuchungen gelten.

Die meisten Pauschalen schliessen das verwendete Material ein: Es ist daher wichtig, dass die Gesamtvergütung auch diese Komponente deckt, andernfalls besteht das Risiko einer Kostenunterdeckung.

Zum richtigen Verständnis der Codestruktur kann das Beispiel C05.30A dienen: «C05» bezeichnet das Kapitel Kreislaufsystem, «C05.30» die Basisfallgruppe, während der abschliessende Buchstabe die spezifische Gruppe kennzeichnet[12].

3.2 Gefässinterventionen: Erweiterung und Differenzierung der Fallgruppen

Die Gefässinterventionen gehören zu den Bereichen mit den bedeutendsten strukturellen Änderungen. 2026 waren diese Leistungen mit sechs Fallgruppen eingeschränkter abgebildet. In der Version 2027 sind es 23 Gruppen, was eine differenziertere Klassifikation der verschiedenen Verfahren ermöglicht. Für die arterielle perkutane transluminale Angioplastie (PTA) wurden zusätzliche Differenzierungskriterien eingeführt, darunter der Einsatz von Spezialballons, die Atherektomie und die intravaskuläre Lithotripsie. Auch für die venösen Verfahren und die Embolisationen bestehen nun spezifische Gruppen, nämlich C05.31 bzw. C05.32. Die diagnostische Angiografie wurde ihrerseits nach anatomischer Lokalisation, Untersuchungsart und betroffenem Gefässsystem differenziert, mit einer neuen Gliederung in der Gruppe C05.35.

Diese stärkere Differenzierung erlaubt es, die einzelnen Verfahren und den damit verbundenen Aufwand spezifischer abzubilden. Für die Institute ist es daher besonders wichtig, die korrekte Zuordnung der Fallgruppen in Abhängigkeit von den effektiv erbrachten Leistungen zu überprüfen.

[11] OAAT AG, Entwicklungsbericht Ambulante Pauschalen 1.2 (Bern, 29. Mai 2026), https://browser.itignos.com/DE/lkaat2027/oaat/Ambulante_Pauschalen_Entwicklungsbericht.html (Vorabversion 30.10.2026).

[12] H+, «Ambulantes Gesamt-Tarifsystem – Anwenderschulung Basis», https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Tarife/Ambulantes_Gesamt_Tarifsystem/Anwenderschulung/PDF_Anwenderschulung_Basis_H__final.pdf.

Tabelle 8 – Gefässinterventionen, Version 2026

Pauschale	Bezeichnung	TP
C05.30A	PTA mit Lyse oder mit mehr als drei dilatierten Gefässen sowie Stent-Implantation	10'022.14
C05.30B	PTA mit zwei oder mehr Stents	8'208.05
C05.30C	PTA mit mehr als drei dilatierten Gefässen oder mit einem Stent	5'531.85
C05.30D	PTA mit bis zu zwei dilatierten Gefässen	3'946.69
C05.30E	Andere angiologische Interventionen	2'651.62
C05.35Z	Arteriografie/Phlebografie	3'218.02

Tabelle 9 – Gefässinterventionen, Version 2027

Pauschale	Bezeichnung	TP
C05.30A	PTA mit Lyse und Stent-Implantation	12'760.06
C05.30B	PTA mit Atherektomie oder intravaskulärer Lithotripsie	9'658.15
C05.30C	PTA mit mehr als einem Stent oder Lyse	8'113.00
C05.30D	PTA mit mehr als einem dilatierten Gefäss und Stent-Implantation, oder mehr als vier dilatierten Gefässen und Einsatz von Spezialballons für die Angioplastie	5'798.29
C05.30E	PTA mit drei dilatierten Gefässen	4'651.39
C05.30F	PTA mit mehr als 3 dilatierten Gefässen, mit bis zu zwei dilatierten Gefässen und Spezialballons oder mit einem dilatierten Gefäss und einem Stent	4'523.74
C05.30G	PTA mit zwei dilatierten Gefässen	4'081.45
C05.30H	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA)	3'438.45
C05.31A	Phlebografie mit Lyse oder mit dilatierten Gefässen und Stent-Implantation	7'211.53
C05.31B	Phlebografie mit dilatierten Gefässen	3'836.38
C05.32A	Embolisation arterieller oder venöser Gefässe mit flüssigem Embolisat	9'628.30
C05.32B	Embolisation arterieller Gefässe mit Coils	6'610.38
C05.32C	Embolisation venöser Gefässe mit Coils oder Makroembolisaten	6'275.35
C05.32D	Embolisation arterieller Gefässe	5'389.73
C05.32E	Embolisation venöser Gefässe unter Durchleuchtung	3'707.84
C05.32F	Embolisation mittels Direktpunktion	2'547.74
C05.35A	Intrakranielle Phlebografie mit endokrinologischem Sampling oder Neuroangiografie zervikaler oder intrakranieller Gefässe	4'752.42
C05.35B	Phlebografie mit intravenöser Druckmessung	3'834.54
C05.35C	Arteriografie mit intraarterieller Druckmessung, CT/MR, Anästhesie durch Anästhesisten oder Phlebografie der Beckenvenen	3'320.61
C05.35D	Arteriografie oder angiografische Darstellung eines Dialyse-Shunts, transhepatische Darstellung der Pfortader oder Pulmonalisangiografie	2'725.27
C05.35E	Phlebografie mit Fremdkörperentfernung, intravenöser Sonografie oder Phlebografie der Vena cava superior	2'401.00
C05.35F	Phlebografie mittels Katheter oder Einlage/Entfernung eines Cava-Filters	1'615.52
C05.35G	Arteriografie/Phlebografie	1'060.37

Quelle: Itignos LKAAT-Browser

3.3 Interventionelle Radiologie und Biopsien: neue Fallgruppen

Die Revision 2027 führt auch in mehreren Bereichen der interventionellen Radiologie neue Fallgruppen ein. Dazu gehören die Verfahren an der Wirbelsäule (C08.05), die Leberbiopsien (C07.70) und die Nierenbiopsien (C11.70). Die Integration der Pathologieleistungen in die Pauschalen ist für die Biopsien besonders relevant, da die entsprechenden Analysekosten nun in der Gesamtbewertung der Fallgruppen berücksichtigt sind.

Tabelle 10 – Neue Einträge für die Radiologie (Version 2027)

Pauschale	Bezeichnung	TP	Material
C08.05A	Perkutane Vertebroplastik	3’736.46	separat
C08.05B	Perkutane Wirbelpunktion oder andere Eingriffe an der Wirbelsäule	2’264.89	separat
C07.70B	Perkutane Leberbiopsie	1’504.40	–
C07.70A	Perkutane Leberbiopsie mit molekularpathologischen Untersuchungen oder transvenöse Leberbiopsie	2’621.95	–
C11.70A	Nierenbiopsie mit molekularpathologischen Untersuchungen	3’124.39	–
C11.70B	Nierenbiopsie	1’681.33	–

Mammabiopsien (C09.50). Bei den minimalinvasiven Mammabiopsien wurden Anpassungen vorgenommen:

- C09.50A: stereotaktische Biopsie, 2’211.00 TP.
- C09.50B: vakuumassistierte Biopsie, 1’648.07 TP.

3.4 Nuklearmedizin: Überarbeitung der Gruppen und der Bewertung

Auch die Nuklearmedizin verzeichnet wesentliche Änderungen bei der Vergütung. Gemäss dem Bericht der OAAT AG umfasst die Gruppe C00.63 nun diagnoseunabhängig nur noch die nuklearmedizinischen Therapien: Die selektive interne Radiotherapie (SIRT), die zugehörige Planung und die Behandlungen sind differenziert abgebildet, und die Kosten der radiotherapeutischen Wirkstoffe sind nun in den Gruppen berücksichtigt. C00.80 ist auf PET/CT-Untersuchungen beschränkt, wobei die Radiopharmaka als primärer Kostentrenner in drei Kategorien eingeteilt sind und weitere Kriterien wie Anästhesie durch Anästhesisten, Alter und PET/MR hinzukommen. Für SPECT wurde die Gruppe C00.81 geschaffen; die Szintigrafie (C00.82) ist nach MR-Bildgebung, Alter und Radiopharmakon differenziert.

Tabelle 11 – Nuklearmedizin, Version 2026

Pauschale	Bezeichnung	TP	Material
C00.63Z	Intrakavitäre, intraarterielle/intravenöse nuklearmedizinische Therapie, appliziert oder mit Embolisation/intraarterieller Chemotherapie	5’520.44	separat
C00.80A	PET mit bestimmten komplexen Radiopharmaka	3’839.26	–
C00.80B	PET mit bestimmten Radiopharmaka oder komplexen Verfahren	2’357.57	–
C00.80C	SPECT	1’371.78	–
C00.80D	Andere PET	1’275.96	–
C00.82A	Szintigrafie, Alter < 16 Jahre	1’638.96	–
C00.82B	Szintigrafie	710.61	–

Tabelle 12 – Nuklearmedizin, Version 2027

Pauschale	Bezeichnung	TP
C00.63A	Selektive interne Radiotherapie (SIRT)	22’373.24
C00.63B	SIRT-Planung oder nuklearmedizinische Therapie mit aufwändigen radiotherapeutischen Wirkstoffen	5’829.39
C00.63C	Andere nuklearmedizinische Therapie	2’541.40
C00.80A	PET: Kombination von einfachen und aufwändigen oder komplexen Radiopharmaka	4’192.72
C00.80B	PET: aufwändige oder komplexe Radiopharmaka mit Anästhesie durch Anästhesisten oder Alter < 16 Jahre; komplexe Radiopharmaka bei PET/MR	2’803.64
C00.80C	PET: komplexe Radiopharmaka	2’634.48

Pauschale	Bezeichnung	TP
C00.80D	PET: einfache Radiopharmaka mit Anästhesie durch Anästhesisten oder Alter < 16 Jahre; aufwändige Radiopharmaka	2'160.75
C00.80E	PET: einfache Radiopharmaka bei PET/MR	1'824.03
C00.80F	PET: einfache Radiopharmaka bei PET/CT	1'661.02
C00.81A	SPECT: komplexe Radiopharmaka mit CT-Bildgebung	1'888.46
C00.81B	SPECT: komplexe Radiopharmaka oder CT-Bildgebung bei Alter < 16 Jahre	1'703.90
C00.81C	SPECT: aufwändige Radiopharmaka oder CT-Bildgebung	1'304.19
C00.81D	SPECT: andere	931.00
C00.82A	Szintigrafie: mit Anästhesie durch Anästhesisten oder mit MR-Bildgebung	1'474.45
C00.82B	Szintigrafie: mit komplexen Radiopharmaka oder Alter < 3 Jahre	1'186.46
C00.82C	Szintigrafie: mit aufwändigen Radiopharmaka, CT-Bildgebung oder Alter < 16 Jahre	897.35
C00.82D	Szintigrafie: andere	648.77

Quelle: Itignos LKAAT-Browser. Die Werte 2026 und 2027 sind nicht Punkt für Punkt vergleichbar: Die Gruppenkriterien haben sich geändert, und ab 2027 sind die Kosten der radiotherapeutischen Wirkstoffe in den Therapiegruppen enthalten.

3.5 Trigger und Fallklassifikation: die Rolle der Datenqualität

Im System der Ambulanten Pauschalen sind die Trigger die entscheidenden Elemente für die Zuordnung eines Falls zur jeweiligen Tarifgruppe. Es handelt sich um Kriterien, die auf den erbrachten Leistungen, den verwendeten Materialien und den im Abrechnungspaket erfassten und übermittelten Informationen beruhen. Die korrekte Erfassung dieser Elemente ist daher wesentlich für die Bestimmung der Fallgruppe und der zugehörigen Vergütung.

Im stationären Bereich stützt sich das System SwissDRG auf spezialisierte Fachpersonen, die Kodierer, welche die Fälle anhand der klinischen Informationen und der vom System vorgesehenen Kriterien klassifizieren. Bei den Ambulanten Pauschalen hingegen befinden sich die Klassifikationsverfahren und die spezifischen Kompetenzen noch in Entwicklung, parallel zur fortschreitenden Verbreitung und Kenntnis des neuen Systems.

Jede Pauschale hat ein eigenes Regelwerk, das im Definitionshandbuch präzise beschrieben ist. Beispielsweise wird für die Gruppe C05.31A «Venöse PTA mit Stent-Implantation oder mit Thrombolyse/Thrombektomie» das Kriterium durch eine Kombination von Leistungen in Tabellen und Listen ausgedrückt, die durch logische Operatoren verknüpft sind:

> Leistung in Tabelle (OR) Leistung in Liste (C05.RJ.0010, C00.RS.0010) and Leistung in Liste (C05.RJ.Z003, C05.RJ.Z004)

Sind diese Kriterien nicht erfüllt, landet der Fall in einer anderen, oft deutlich tiefer vergüteten Gruppe. Zwei vereinfachte Beispiele zur Veranschaulichung (die effektive Zuordnung folgt dem vollständigen Entscheidungsbaum):

Tabelle 14 – Beispiele für Verluste bei nicht erkanntem Trigger

Beispiel	Mit korrektem Trigger	Ohne erkannten Trigger	Differenz
Arterielle PTA mit Lyse und Stent (C05.30)	C05.30A: 12'760.06TP	C05.30H (PTA): 3'438.45TP	−9'321.61 TP (−73%) pro Fall
PET mit komplexem Radiopharmakon (C00.80)	C00.80C: 2'634.48 TP	C00.80F (einfach bei PET/CT): 1'661.02 TP	−973.46 TP (−37%) pro Untersuchung; bei 100 Untersuchungen −97'346 TP

Um die Auswirkung in Franken zu erhalten, ist mit dem anwendbaren Taxpunktwert zu multiplizieren.

Im ersten Fall hängt der Verlust von der Erfassung der Implantation oder der Lyse ab, im zweiten von der Klassifikation des Radiopharmakons in den Stammdaten: Es handelt sich um Mapping- oder Dokumentationsfehler, nicht um die klinische Leistung.

Schlussfolgerungen: hin zu einem nachhaltigen und gemeinsam getragenen Tarifsystem

Die Einführung des neuen Tarifsystems stellt eine positive Entwicklung dar gegenüber einer über viele Jahre im Wesentlichen unveränderten Struktur wie dem TARMED. Die Möglichkeit, die Tarife periodisch zu aktualisieren, erlaubt es, das System an die Bedürfnisse der klinischen Praxis anzupassen. Die Tarife selbst befinden sich jedoch noch in Entwicklung und erfordern weitere Anwendungserfahrung und repräsentative Daten.

Die Analyse der Änderungen 2027 zeigt einige Aspekte, die besondere Aufmerksamkeit verdienen: die Vorhersehbarkeit der Revisionen, damit die Institute die organisatorischen und informatischen Anpassungen angemessen planen können; die korrekte Kostendeckung unter Einbezug von Material, Personal, Geräten und Infrastruktur; und die Qualität der Daten, die zur Festlegung der Minutagen und zur Bewertung der Fallgruppen verwendet werden. Für die Radiologie sind diese Aspekte im Hinblick auf die Überprüfung der Minutagen und den schrittweisen Übergang von CT und MR zur Pauschalabrechnung besonders relevant.

Auch die korrekte Klassifikation der Fälle und das Management der Trigger gewinnen zunehmend an Bedeutung. Die Qualität der Codierung erfordert geeignete IT-Systeme, klare interne Verfahren und eine spezifische Schulung des involvierten Personals.

Das gemeinsame Ziel sollte die Entwicklung eines aktuellen, fairen und im Praxisalltag anwendbaren Tarifsystems sein, das in der Lage ist, das Wachstum der Gesundheitsausgaben einzudämmen, ohne die Qualität der Leistungen und die Nachhaltigkeit der Institute zu beeinträchtigen. Jede Tarifänderung hat nämlich konkrete Folgen für die Organisation der Gesundheitseinrichtungen und indirekt für die Patientenversorgung.

Ein ständiger Dialog zwischen Tarifpartnern, Instituten und Fachpersonen, der auf repräsentativen Daten und praktischer Erfahrung beruht, bildet die Grundlage, um diese Entwicklung zu begleiten und ein nachhaltiges, gemeinsam getragenes System zu festigen.