

# Monitoring

## Anhang D zum Tarifvertrag

*Gültig ab: 01. Januar 2026*

## Ingress

- <sup>1</sup> Vorliegender Anhang regelt im Sinne von Teil IX des Tarifvertrags die Bestellung einer Expertengruppe Monitoring sowie das unbefristete Monitoring von Leistungskosten
  - des ambulanten ärztlichen Patientenpauschaltarifs (Anhang B, Ziffer 6.1)
  - des ambulanten ärztlichen Einzelleistungstarifs (Anhang B, Ziffer 6.2)
- <sup>2</sup> Das Monitoring umfasst nur Leistungen zu Lasten der Unfallversicherungen nach UVG sowie der Militärversicherung nach MVG und der Invalidenversicherung nach IVG.

## 1. Expertengruppe Monitoring

### 1.1. Bestellung der Expertengruppe Monitoring

- <sup>1</sup> Die Vertragsparteien ernennen zeitnah nach der Unterzeichnung des vorliegenden Tarifvertrages eine Expertengruppe Monitoring. Die Richtlinien sind im Anhang J des «Reglements Expertengruppe Monitoring» verbindlich aufgeführt.
- <sup>2</sup> Die Expertengruppe Monitoring hat die Interessen der Leistungserbringer und Versicherer gleichermaßen zu berücksichtigen. Kostenträger und Leistungserbringer sind paritätisch in der Expertengruppe Monitoring vertreten.

### 1.2. Aufgaben

- <sup>1</sup> Der Expertengruppe Monitoring kommen insbesondere nachfolgende Aufgaben zu - weitere Aufgaben können nach Bedarf dazukommen:
  - a. Kontinuierliche Überwachung tarifrelevanter Entwicklungen in der Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung.
  - b. Analyse relevanter Daten (Gesamtkosten und Gesamtfälle), inkl. Einsicht in die Berechnung der durchschnittliche Fallkosten pro Quartal und pro Jahr.
  - c. Berechnung der durchschnittlichen Heilkosten pro Quartal und Fall sowie Ermittlung von Eckwerten.
  - d. Verantwortung für die Berechnung des Korrekturfaktors; Sicherstellung der Nachvollziehbarkeit und Transparenz der Auswertungen.
  - e. Konsensfindung und Definition einheitlicher Parameter zur Anwendung des Korrekturfaktors innerhalb der Gruppe; keine Entscheidungskompetenz.
  - f. Erstellung von Entscheidungsgrundlagen zur Weiterleitung an die Entscheidungsgremien der Tarifpartner.
  - g. Möglichkeit zur Ergänzung der Messgrössen für ambulante ärztliche Leistungen (gemäss Ziff. 4.4) sowie der Differenzierungskriterien (Ziff. 4.3) im Anwendungsbereich von TARDOC und ambulanten Pauschalen.
  - h. Zuständigkeit für die Umsetzung des vom Entscheidungsgremium genehmigten External Factors (vgl. Anhang J Absatz 4).
  - i. Berechtigung zum Bezug externer Personen zur Erfüllung der Aufgaben.
  - j. Begleitung der externen Personen und Bereitstellung einer Ansprechperson auf technischer Ebene für die externen Personen.

- <sup>2</sup> Neue Erkenntnisse werden in die Berechnungen und Massnahmen mit einbezogen. Erkenntnisse aus dem KVG müssen nicht automatisch auf Massnahmen für die Kostenträger abgeleitet werden. Die Vertragsparteien prüfen neue Erkenntnisse sowie die Erkenntnisse aus dem KVG und ziehen diese bei Bedarf bei.

## 2. Daten

- <sup>1</sup> Die Datenquelle für die Erhebung der Fallkostendaten ist das ZMT-Cockpit.
- <sup>2</sup> Das ZMT-Cockpit Auswertungen werden den Tarifpartnern in elektronisch strukturierter Form zugestellt (gemäss den beiliegenden Auswertungen vom 21.05 und 07.07.2025). Die dafür notwendigen Auswertungen sind so zu gestalten, dass die Entscheidungen betreffend Korrekturen eigenständig und nachvollziehbar überprüft werden können. Sobald SPIGES die benötigten Daten zur Verfügung stellt, wird die Datenquelle auf SPIGES erweitert (voraus. erstmals Daten 2026).

## 3. Statistische Definitionen

### 3.1. Statistische Einheit

- <sup>1</sup> Als statistische Einheit gilt ein Fall aus der Unfall-, Militär- oder Invalidenversicherung.

### 3.2. Grundgesamtheit

- <sup>1</sup> Die Grundgesamtheit setzt sich aus allen Versicherten nach UVG, MVG und IVG zusammen.

### 3.3. Referenzperioden

Für die Analyse wird die Referenzperiode der einzelnen Quartale innerhalb des Referenzjahres 2025 verwendet.

Die Kosten der Folgejahre werden jährlich mit den im Referenzjahr 2025 angefallenen Kosten verglichen.

### 3.4. Zeitbezug

- <sup>1</sup> Das Monitoring stellt auf das Datum der Leistungserbringung ab.

### 3.5. Dauer und Periodizität

- <sup>1</sup> Das Monitoring wird ab dem Kalenderjahr 2026 durchgeführt.
- <sup>2</sup> Das Monitoring wird zeitlich unbefristet durchgeführt.
- <sup>3</sup> Das Monitoring wird für jede Referenzperiode durchgeführt.

### 3.6. Stichprobe

- <sup>1</sup> Im ZMT-Cockpit sind mindestens 90 % der Daten der Unfallversicherung, 100 % der Daten der Militärversicherung und 100 % der Daten Invalidenversicherung enthalten (Stand 2025).
- <sup>2</sup> Ziel ist es auch in der Unfallversicherung eine 100 % Abdeckung der Leistungsdaten im ZMT-Cockpit zu erreichen. Ende 2025 wird eine Abdeckung nahezu 100% vorhanden sein.

## 4. Messgrößen

### 4.1. Differenzierung der Messgrößen

- Alle in Ziffer 4.2 aufgeführten Messgrößen werden wie folgt differenziert ausgewiesen:
- getrennt für den niedergelassenen Bereich und den spitalambulanten Bereich
- separat für die Unfall-, Militär-, und Invalidenversicherung auf nationaler Ebene;
- unter Berücksichtigung allfälliger veränderter Rahmenbedingungen (z.B. neue Leistungen, Verschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich, neue gesetzliche Vorgaben Pandemie);
- mit und ohne Berücksichtigung der External Factors gemäss Anhang E.

### 4.2. Messgrösse: Durchschnittliche Fallkosten pro Quartal

- <sup>1</sup> Als Basis gelten die durchschnittlichen dreimonatlichen Heilkosten (= Heilkosten pro Quartal) pro Fall. Zu beachten ist der Unterschied zwischen einer Quartalssicht und einer rollierenden Sicht mit vier Quartalen.
- <sup>2</sup> Berücksichtigt werden Rechnungen, bei denen der TARDOC (007) und/oder ambulante Pauschalen (005) angewendet wurden. Die Werte des Jahres 2025 des TARMED (001) fliessen als Vergleichsgrösse ins Monitoring ein (TARDOC). Zu beachten ist, dass bestimmte Tarifziffern vom TARMED, Medikamente, Materialien, Implantate wie auch **Pathologie- oder**-Laborkosten in den Ambulanten Pauschalen integriert wurden.
- <sup>3</sup> Die Summe der Heilkosten pro Quartal wird dividiert durch die Anzahl Fälle pro Quartal. Das Quartal wird anhand des Datums der Leistungserbringung ermittelt.
- <sup>4</sup> Aufgrund der teilweise verzögerten Rechnungsstellung und -abwicklung ist das Monitoring mit einer Verzögerung zu beurteilen. Diese Verzögerung dauert so lange, bis die Abdeckung der Quartals-Auswertung gemäss Datenquelle mindestens 90 % des Rechnungsvolumens beträgt. Dabei wird sich auf das Vorjahres-Rechnungsvolumen abgestützt. Sobald im Quartal das Rechnungsvolumen erreicht wird, welches im Vorjahr einem Volumen von 90% des Gesamtvolumen entsprach, wird das Quartal ausgewertet. Nach bisherigen Erfahrungen ist dies nach 3 bis sechs Monaten der Fall. Es ist davon auszugehen, dass zukünftig eine ähnliche Verzögerung der Rechnungsabwicklung und somit der Daten zu erwarten ist. In der Einführungsphase wird überprüft, ob diese Hypothese stimmt, indem zusätzlich die Anzahl gelieferter Rechnungen und Fälle pro Quartal mit dem Vorjahresquartal verglichen wird. Sind hier grosse Abweichungen festzustellen, wird das Quartal noch nicht für die Beurteilung verwendet.

- <sup>4</sup> Die in Anhang E festgelegte Obergrenze von +1,5 % und Untergrenze von - 1,0 % bezieht sich auf die jährliche Entwicklung der durchschnittlichen Heilkosten pro Fall. Da die Fallkosten auf Quartalsebene ausgewertet werden, muss zur Beurteilung von Abweichungen eine kumulierte Betrachtung von vier aufeinanderfolgenden Quartalen vorgenommen werden.

#### 4.2.1. Referenzwerte

- <sup>1</sup> 4-Quartalsmittelwerte vor der Tarifeinführung (Jahr 2025) = Indexwert 100%
- <sup>2</sup> Ober- und Untergrenze gemäss Anhang E Absatz 2.1 und 2.2.

#### 4.2.2. Vorgehen

- <sup>1</sup> Es werden nach Einführung des Gesamt-Tarifsystems jeden Monat die Quartals-Auswertungen der durchschnittlichen Heilkosten pro Fall erstellt. Diese werden der «Expertengruppe Monitoring» zur Kenntnis zugestellt.
- <sup>2</sup> Die Beurteilung, ob die Kosten innerhalb des Korridors der Ober- und Untergrenze der Indexwerte (Anhang E Absatz 2) liegen oder nicht, erfolgt, sobald:  
i. die fakturierten Rechnungen und Fälle pro Quartal den vergangenen Werten entsprechen und  
ii. eine Abdeckung von mindestens 90 % der Fälle erreicht wird
- <sup>3</sup> Sollten die Heilkosten pro Fall in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen die definierten Indexwerte der Ober- und Untergrenze über- oder unterschreiten, erstellt die Expertengruppe Monitoring eine Auswertung und Analyse der Kostenentwicklung und schlägt Massnahmen zur Trendumkehr zu Handen der Entscheidungsgremien der Tarifpartner vor.
- <sup>4</sup> Die Massnahmen sollen das Ziel haben, die Kosten zurück an die obere oder untere Grenze des Korridors zu lenken. Die Entscheidungsgremien entscheiden über die vorgeschlagenen Massnahmen. Eine Anpassung des External Factors (EF) ist jeweils auf Beginn eines neuen Kalenderjahres und falls notwendig auch auf Beginn eines Quartals möglich. Liegen die Fallkosten nicht in diesem Korridor sind Massnahmen gemäss Anhang E Absatz 6 zu treffen (Korrektur über EF). Nach überschreiten- oder unterschreiten der Indexwerte muss die Expertengruppe Monitoring innerhalb dreier Monate Massnahmen vorschlagen und den Entscheidungsgremien zum Beschluss vorlegen.
- <sup>5</sup> Anhang E mit den definierten Korridorwerten gilt, bis dieser durch ein von der Expertengruppe Monitoring erarbeitetes Nachfolgekonzept ersetzt wird.

#### 4.3. Veränderte Rahmenbedingungen

- <sup>1</sup> Zur Einordnung der Fallkostenentwicklung werden weitere Messgrößen zu ambulanten nicht ärztlichen Leistungen sowie stationären Leistungen betrachtet.
- <sup>2</sup> Zur Einordnung der Fallkostenentwicklung werden allfällige Preisveränderungen (Taxpunktwerte) abgegrenzt.
- <sup>3</sup> Veränderte Rahmenbedingungen (z.B. neue Leistungen, Verschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich, neue gesetzliche Vorgaben, Pandemie) werden analysiert und gemeinsam beurteilt.