

## Fragen und Antworten (FAQ) zum Tarifmodell PS25

### 1. Wie funktionieren Tarifverträge im Zusatzversicherungsbereich?

Die Tarifverträge im Zusatzversicherungsbereich gemäss Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zwischen Leistungserbringern (Spitäler, Ärzte<sup>1</sup>) und Versicherungsgesellschaften regeln die Übernahme von Leistungen ausserhalb der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Ein klassisches Beispiel bildet die freie Arztwahl: Die früheren Tarifverträge im Zusatzversicherungsbereich wurden von der eidgenössischen Finanzmarktaufsicht (FINMA) seit Jahren kritisiert. Es wurde aufgrund genauer Analysen festgestellt, dass Rechnungen im Bereich der Krankenzusatzversicherung häufig intransparent, zu hoch oder sogar ungerechtfertigt seien. Insbesondere die Querfinanzierung vom VVG-Bereich in den OKP-Bereich wurde von der FINMA beanstandet.

Die FINMA hat den Druck auf die Zusatzversicherung massiv erhöht und erwartet nun von den Krankenzusatzversicherern eine wirksamere Kontrolle der vergüteten Mehrwerte im Zusatzversicherungsbereich sowie eine klare Trennung zwischen dem VVG- und OKP-Bereich. Die Krankenzusatzversicherer müssen ihre Verträge mit den Leistungserbringern überprüfen und bei Notwendigkeit verbessern, damit eine Bewilligung ihrer Spitalzusatzversicherungsprodukte durch die FINMA gewährleistet werden kann.

### 2. Welche Anforderungen muss heute ein Tarifvertrag im Zusatzversicherungsbereich gemäss Versicherungsvertragsgesetz (VVG) erfüllen?

Heute muss klar ausgewiesen sein, wie sich der Mehrwert einer Spitalzusatzversicherung gegenüber der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) rechtfertigt. Spitalzusatzversicherungsverträge haben sich am Mehrleistungsprinzip (bottom-up) und nicht mehr am Vollkostenprinzip (top-down) zu orientieren.

Im Sommer 2021 verfasste der Schweizerische Versicherungsverband (SVV), der im Bereich der Zusatzversicherungen die Krankenversicherer vertritt, ein Branchen-Framework mit elf Grundsätzen und Mindestanforderungen zu «Mehrleistungen VVG». Bis Ende 2024 sollen die Grundsätze in allen Tarifverträgen für die Spitalzusatzversicherungen privat und halbprivat verankert sein. Zusätzlich verfasste der SVV im November 2021 einen Zusatz zum Branchen-Framework «Mehrleistungen VVG», um einzelne Grundsätze im Bereich der ärztlichen Mehrleistungen zu präzisieren.

### 3. Zum Begriff «Tarifmodell»

Der SVV verwendet in seinen Grundlegendendokumenten, dem Branchen-Framework und dem Zusatz zur Präzisierung der ärztlichen Mehrleistungen VVG, die Begriffe «Mehrleistungskatalog» und «Tarifmodell». Premi Med hat sich für den Begriff «Tarifmodell» entschieden. Andere Anbieter von Mehrleistungskatalogen bzw. Tarifmodellen verwenden weitere Begriffe (Kalkulationshilfe, Kalkulationssystem, Tarif, Honorarmodell u.w.m.)

---

<sup>1</sup> Sprachliche Maskulina wie Feminina beziehen sich auf Personen jedweden Geschlechts.

#### 4. Wie sind die Begriffe Mehrleistung, Mehrwert und Zusatzleistung definiert?

Die SVV definiert diese Begriffe im Branchen-Framework zu «Mehrleistungen VVG» wie folgt:

- Mehrleistung:** Leistungen, die mit einer OKP-Leistung in Verbindung stehen, aber über das Leistungsniveau der OKP-Leistung hinausgehen.
- Mehrwert:** Der Mehrwert einer Mehrleistung übersteigt den Wert einer Grundleistung eines entsprechenden Leistungserbringers bzw. stellt als eigenständige Leistung den Mehrwert dar.
- Zusatzleistung:** Leistungen, die nur VVG-Patienten in Anspruch nehmen können und die nicht mit einer OKP-Leistung in Verbindung stehen.

#### 5. Wer ist Vertragspartner mit dem Krankenzusatzversicherer bei einem Belegarzt-Spital?

Eine besondere Herausforderung besteht bei Spitälern bzw. Kliniken, welche Belegärzte beschäftigen. In diesem Verhältnis stellen das Spital und die Ärzte verschiedene Rechtspersonen dar. Der SVV hat fünf mögliche Konstrukte skizziert, wie die Krankenzusatzversicherer mit den Belegärzten verfahren könnten, wobei der SVV die ersten zwei bevorzugt:

- Bilateraler Vertrag zwischen Krankenzusatzversicherung und Spital
- Rahmenvertrag mit Spital plus Anschlussvertrag mit Belegarzt
- Tripartiter Vertrag zwischen Krankenzusatzversicherung, Spital und Belegarzt
- Tripartiter Rahmenvertrag mit Verweis auf Zusatzverträge
- Zwei separate, bilaterale Verträge (Vertrag zwischen Krankenzusatzversicherung und Spital sowie zwischen Krankenzusatzversicherung und Belegarzt)

#### 6. Welche Vorgaben bestehen seitens FINMA (Eidgenössische Finanzmarktaufsicht)

- Zusatzversicherer dürfen nur echte Mehrleistungen ausserhalb der OKP und Zusatzleistungen vergüten (und müssen dies konkretisieren)
- Die Versicherer müssen dafür sorgen, dass die Leistungserbringer transparente und nachvollziehbare Abrechnungen erstellen
- Von den Krankenzusatzversicherern ist eine hohe Transparenz bezüglich Rechnung verlangt
- Honorarexzesse, die sich auf die Prämien auswirken, sind zu verhindern
- Verhinderung von Honorarexzessen wichtiger als Transparenz
- Die FINMA beurteilt eine VVG-Baserate sehr kritisch.

(Quelle: FINMA, SBV/Zusatzversicherungen)

#### 7. Wie unterscheidet sich ein heute akzeptiertes Tarifmodell im Zusatzversicherungsbereich von einem Tarifmodell, wie es typischerweise früher angewendet wurde?

Früher erfolgte die Rechnungsstellung über eine Addierung der verschiedenen Tarifpositionen und einem anschliessenden Abzug des «ärztlichen Anteils des DRG-Fallertrags» (= Konsolidierungsfaktor).

Eine solche «top-down Vollkostenrechnung» wird von den VVG-Versicherern heute nicht mehr akzeptiert. Um den heutigen Anforderungen seitens FINMA und SVV zu genügen, bedarf es bei modernen VVG-Arztтарифmodellen eine in zwei Teile getrennte (= gesplittete), sogenannte «bottom-up» Arztrechnung.

## 8. Worin besteht im Tarifmodell PS25 der Unterschied der ärztlichen Mehrwertleistung gegenüber allgemein versicherten Patienten?

Das Mehrleistungskonzept im Tarifmodell PS25 ist umfassend und enthält eine qualitative und quantitative Komponente. Auf der einen Seite sorgt die freie Arztwahl für einen Mehrwert. Mit der freien Arztwahl kann der Patient den Facharzt seines Vertrauens frei wählen und weitere direkt oder indirekt gewählte Fachärzte, was die Behandlungsqualität durch die Ergänzung eines gut zusammenarbeitenden Behandlungsteam positiv beeinflusst. Desweiteren ist über die freie Arztwahl ein Zugang zur ärztlichen Kunst gewährt, welche individuell vom Patienten ausgesucht werden kann.

Zusätzlich zum Mehrwert steht dem Zusatzversicherten die Mehrleistung zur Verfügung, welche im Unterschied zum allgemeinversicherten Patienten dafür sorgt, dass die ärztliche Betreuung in den Parametern Zeit und Anzahl abweicht und eine engere, sowie individuellere ärztliche Behandlung ermöglicht. Das Tarifmodell unterstützt die Kontinuität der zeitnahen ärztlichen Behandlung durch die frei gewählten Fachärzte auch nachts und am Wochenende.

## 9. Welche sind die Eigenschaften von PS25

- PS25 erfüllt die FINMA- und SVV-Vorgaben bezüglich Transparenz und Nachvollziehbarkeit von ärztlichen Mehrleistungen.
- Die Bewertung von Mehrwertleistungspositionen ist systematisch durch die Komplexität und den Zeitbedarf der fachärztlich erbrachten Mehrwertleistung bestimmt.
- Aufgrund der einheitliche Bewertungsmethodik und -systematik erfüllt PS25 die von einem modernen Tarifmodell geforderte Transparenz und Nachvollziehbarkeit.
- PS25 lässt sich für alle Beteiligten benutzerfreundlich anwenden und überprüfen.
- Die Vergütung ist direkt an die Mehrleistungserbringung gekoppelt.
- Unterstützt die bevorzugte Behandlung von Zusatzversicherten Patienten.
- Unabhängigkeit von SwissDRG: Das Modell ist nicht an das DRG-System und damit nicht an das Kostengewicht gekoppelt; Abbildung der Mehr- und Zusatzleistungen direkt in Taxpunkten.
- Patienten können im Voraus aufgeklärt werden, um die Kosten und den Umfang der Mehrleistungen verstehen zu können.
- Das Tarifmodell ist adaptiv und kann sich den sich ändernden Anforderungen des Gesundheitsmarkts anpassen.

## 10. Erfüllt ein DRG-abhängiges Tarifmodell für ärztliche Mehrleistungen die von FINMA und SVV geforderten Kriterien der Transparenz und Nachvollziehbarkeit ?

Ein DRG-abhängiges Tarifmodell für ärztliche Mehrleistungen erfüllt die von FINMA und SVV geforderten Kriterien der Transparenz und Nachvollziehbarkeit nur bedingt. Die Tatsache, dass ein Fall erst nach Patientenaustritt codiert und einer DRG zugewiesen wird, erschwert die Vorab-Aufklärung der Patienten über Mehrleistungen und deren Kosten.

Das Tarifmodell PS25 hingegen funktioniert unabhängig von DRG und bildet Mehrleistungen in Taxpunkten. Die jeweilige Taxpunkthöhe wird mittels einer einheitlich angewendeten Methodik und Systematik transparent und nachvollziehbar bewertet. Damit ist die Grundlage für Transparenz und Nachvollziehbarkeit auch für Kostenanfragen im Vorfeld einer Mehrleistung durch den Leistungserbringer gegeben.

## 11. Welche Zielsetzungen werden mit PS25 verfolgt?

- Einfachheit und Verständlichkeit in der Anwendung, um administrative Prozesse zu verschlanken und effizientes Controlling zu ermöglichen.
- Transparente und nachvollziehbare Herleitung der Tarifhöhe von Mehrleistungspositionen.
- Innovatives Modell, das sich an aktuellen medizinischen Standards orientiert und eine Vergleichbarkeit über alle medizinischen Fachgebiete herstellt.
- Patientenorientierung, indem der Mehrwert für zusatzversicherte Patienten durch freie Arztwahl und qualitativ hochwertige fachärztliche Betreuung maximiert wird.
- Partnerschaftliche Weiterentwicklung des Tarifmodells mit den Krankenzusatzversicherungen, um ein nachhaltiges und anpassungsfähiges System zu gewährleisten.

## 12. Wie ist das Tarifmodell PS25 aufgebaut?

Das neue Tarifmodell unterteilt die ärztliche Mehrwertleistung in eine Mehrwerthauptleistung und Mehrwertnebenleistungen. Die Mehrwerthauptleistung beinhaltet die Hauptleistung mit fachärztlicher Assistenz und fachärztlicher Anästhesie: Ihr liegt ein pauschalisierter Mehrwertleistungskatalog ohne direkten Bezug zur DRG-Fallpauschale zugrunde. Allfällige zusätzliche Mehrwertnebenleistungen (Visiten, Konsilien, diagnostische Zusatzleistungen, IPS etc.) während der Hospitalisation werden über definierte Tarifpositionen abgegolten.

## 13. Wie kommen die Bewertungen der ärztlichen Mehrwertleistungen im Tarifmodell PS25 zustande?

Im Tarifmodell PS25 wird die Bewertung von Mehrwertleistungspositionen durch die Komplexität und den fachärztlichen Zeitbedarf bestimmt. Die Komplexität wird für jede Mehrleistungsposition anhand von mehreren Faktoren ermittelt. Bei der Zeit wird eine für die Ausführung der Mehrleistung durchschnittliche Zeit verwendet. Diese Bewertungsmethode führt zu einer transparenten und nachvollziehbaren Grundlage der absoluten Grössen der ärztlichen Mehrwertleistungen im Tarifmodell PS25. Damit ist sichergestellt, dass vergleichbar komplexe Mehrleistungen mit ähnlichem fachärztlichem Zeitaufwand gleich vergütet werden.

Die Bewertungshöhe der Mehrwerthauptleistungen wird im Tarifmodell mit 25 Stufen abgebildet. Die fachgruppenspezifischen Mehrwerthauptleistungen (Operationen, Interventionen, medizinische Behandlungen) sind fachgruppenspezifisch definiert und bewertet.

Die Bewertungshöhe der ärztlichen Mehrleistungen im Tarifmodell PS25 erfolgt mittels Taxpunkten. Die Verwendung von Taxpunkten erlaubt eine einfachere Administration. So muss mit den Versicherungsgesellschaften mit dem Taxpunktwert nur ein einziger Faktor verhandelt werden. Der Taxpunktwert wird von jeder im Tarifnetzwerk PS25 angeschlossenen Ärzteguppe, die das Tarifmodell PS25 anwendet, für ihren Standort mit den Krankenzusatzversicherern verhandelt.

#### 14. Welche grundlegenden Leistungen enthalten die pauschalisierten ärztlichen Mehrwerthauptleistungen?

Den im Tarifmodell PS25 beschriebenen ärztlichen Mehrwerthauptleistungen gemein sind folgende **fachärztliche** Leistungen:

- Die Behandlung wird persönlich durch den gewählten Facharzt erbracht («arzt-kontinuierliche Behandlung»)
- Die Behandlung wird auch dann durch den gewählten Facharzt durchgeführt, wenn dieser für diese Leistung überqualifiziert sein sollte. Es findet also keine Delegation von Arbeitsschritten an stellvertretende Ärzte statt.
- Bevorzugte Planung nach Patientenwunsch
- Vorbereitung, Visite und Nachkontrolle am Tag und Vortag der Mehrwerthauptbehandlung
- Studium Patientenunterlagen, Laborkonsultation, Diagnostik und radiologische Befundung durch den Facharzt
- Aufklärungsgespräch, Planung des Eingriffs bzw. der Intervention, Aufklärungsgespräch, Lagerungskontrolle des Patienten durch den Facharzt
- Durchführung der Operation bzw. des Eingriffs von Anfang bis Ende durch den Facharzt inkl. Bildgebung, Fixation etc.
- Verordnungen, Verfassen des Operationsberichts
- Information der Angehörigen und der nachbehandelnden Ärzte (z.B. Hausarzt)
- Verfassen des Austrittsberichts oder Verlaufsberichts
- Ausstellen des ärztlichen Rezepts sowie der postoperativen und posthospitalen Verordnungen
- Sicherstellen der Kontinuität der ärztlichen Nachbehandlung

#### 15. Ist es möglich mehrere Mehrwerthauptleistungen während der gleichen Hospitalisation abzurechnen?

Grundsätzlich ist die Idee, die Mehrleistungen, die im Rahmen einer Behandlung eines zusatzversicherten Patienten erbracht werden, mittels einer einzigen Mehrwerthauptleistung abzubilden. Es ist aber möglich, mehrere Mehrwerthauptleistungen in der gleichen Hospitalisation oder sogar am gleichen Behandlungstag abzurechnen. Wenn zum Beispiel während der gleichen Operation auf Wunsch des Patienten ein zweiter Eingriff durchgeführt werden kann, ist dies ein Mehrwert für den zusatzversicherten Patienten.

Es können jedoch nur Mehrfacheingriffe abgerechnet werden, welche mit der ersten Mehrwerthauptleistung keinen Zusammenhang haben und durch den Patienten gewünscht werden. Bei notwendigen Revisionen oder in der Behandlung von Komplikationen soll die Fachärztin oder Facharzt weiterhin frei gewählt werden können. Das Tarifmodell PS25 unterstützt damit das Fortbestehen der freien Arztwahl auch bei der Behandlung von Komplikationen oder in der Revisionschirurgie.

#### 16. Worin besteht im Tarifmodell PS25 der Unterschied der ärztlichen Mehrwertleistungen für privat Versicherte (P) und halbprivat Versicherte (HP)?

Die Unterschiede der ärztlichen Mehrwertleistungen zwischen privat Versicherten und halbprivat Versicherten bei PS25 sind in einem Mehrwertdifferenzierungs-Katalog umfassend beschrieben.

## 17. Gibt es eine Differenzierung der Vergütung zwischen privat und halbprivat versicherten Patienten?

Ja, es gibt eine Differenzierung der Vergütung von Mehrwertleistungen zwischen HP und P. Im Tarifmodell PS25 werden diese Differenzierung durch unterschiedliche Taxpunktwerte berücksichtigt. Die Taxpunktwerte für HP und P werden mit den jeweiligen Krankenversicherungen durch die angeschlossenen Standort-Organisationen verhandelt.

## 18. Wieso heisst das neue Tarifmodell PS25?

«PS25» steht für «pauschalisiert, systematisch mit 25 Stufen». Pauschalisiert, weil viele ärztliche Mehrwertleistungen in der Mehrwerthauptleistung zusammengeführt wurden und systematisch, weil die Vergütung dieser Mehrwerthauptleistungen in 25 Stufen abgebildet wird. An das Stufenmodell von PS25 sind auch die fachärztliche Assistenz sowie die fach-ärztliche Anästhesie gekoppelt und werden abhängig von der Mehrwerthauptleistung vergütet.

## 19. Wer erhält Zugang zu den ärztlichen Mehrwertleistungen, die durch das Tarifmodell PS25 beschrieben werden?

Zugang zu den speziellen ärztlichen Mehrleistungen, die das Tarifmodell PS25 umfasst, haben Patienten, die eine Zusatzversicherung abgeschlossen haben. Diese Versicherung muss die das Tarifmodell PS25 ausdrücklich abdecken.

## 20. Wie ist das Tarifmodell PS25 entstanden?

Die Gesellschaft der St. Anna Ärzte (GAL) hat sich im Jahr 2020 intensiv mit den neuen tarifarischen Herausforderungen im Zusatzversicherungsbereich auseinandergesetzt. Eine Marktanalyse zeigte, dass es bisher noch kein Tarifmodell gab, welches die Bedingungen der GAL erfüllte. Es wurden erste Ideen zur Entwicklung eines eigenen Tarifmodells entwickelt. Dank einer engen Zusammenarbeit mit Krankenzusatzversicherungen konnte das Tarifmodell PS25 gemäss den aktuellen Anforderungen des SVV und den Bedürfnissen der Krankenzusatzversicherungen entwickelt werden. Es wurde insbesondere auf eine einfache Anwendung sowie ein einfaches Controlling der Mehrwertleistungen Wert gelegt.

Mit Hilfe der ärztlichen Kollegen der einzelnen Fachgruppen wurden die notwendigen Parameter zusammengetragen, um eine transparente und nachvollziehbare Vergütung der ärztlichen Leistungen im Zusatzversicherungsbereich abzubilden. 2021 wurden die ersten Modellentwürfe den über 200 Vereinsmitgliedern der GAL präsentiert und mittels Abstimmung entschieden, dass die Entwicklung eines eigenen Tarifmodells in Zusammenarbeit mit den Krankenzusatzversicherungen weiterverfolgt werden soll.

Anfangs 2022 entstand der Kontakt mit den Tarifverantwortlichen der Hirslanden Kliniken in Bern und der Klinik Linde in Biel. Schon bald entstand ein wertvoller Austausch, welcher die Weiterentwicklung des Tarifmodells PS25 unterstützte. Die Kollegen der drei verschiedenen Standorte beurteilten die vorhandenen Mehrwertleistungen aus Sicht der einzelnen Fachgruppen. Damit entstand ein Tarifmodell, welches auf der Erfahrung aller involvierten Fachgruppen entstand und an drei Standorten validiert wurde. Die Belegärzte der Klinik Linde in Biel entschieden sich im Juli 2022, die Belegärzte der Hirslanden Kliniken in Bern mittels schriftlicher Abstimmung im September 2022 für das Tarifmodell PS25. Damit wird das Tarifmodell PS25 im Herbst 2022 von über 600 freiberuflichen Belegärzten unterstützt.



## 21. Geht die Anwendung des Tarifmodells PS25 mit Risiken einher?

Die Prüfung des neuen Tarifmodells durch die FINMA und WEKO steht noch aus. Wir gehen jedoch davon aus, dass PS25 einer Prüfung standhält, da bei der Gestaltung des Tarifmodells darauf geachtet wurde, dass die Anforderungen seitens SVV erfüllt werden und während der Entwicklung ein regelmässiger Austausch mit diversen Krankenzusatzversicherern stattfand.

## 22. Was geschieht, wenn ein Krankenzusatzversicherer das Tarifmodell PS25 nicht akzeptieren?

Wenn keine Einigung mit einem Krankenzusatzversicherer über das Tarifmodell PS25 erzielt werden kann, braucht es eine andere, temporäre Lösung oder es besteht die Gefahr eines vertragslosen Zustands.

## 23. Ist das Tarifmodell PS25 den Krankenzusatzversicherern bekannt?

Das Tarifmodell PS25 wurde in Zusammenarbeit mit verschiedenen Krankenzusatzversicherern (u.a. Concordia, CSS, Helsana, Sanitas) entwickelt. Durch diese konstruktive Zusammenarbeit während der Entstehung und Entwicklung des Tarifmodells PS25 wurde versucht, den bekannten, sich teilweise widersprechenden Anforderungen der FINMA, WEKO und des SVV zu genügen. Der Vorstand von Premi Med pflegt auch weiterhin einen konstruktiven Dialog mit verschiedenen Krankenzusatzversicherern.

## 24. Seit wann kommt das Tarifmodell PS25 zur Anwendung?

PS25 wurde am 01.01.2023 in der Hirslanden Klinik St. Anna und am 01.11.2023 in der Hirslanden Klinik Linde als interne Grundlage für die Vergütung der Ärzteschaft. Bislang kommt das Tarifmodell noch nicht zur Fakturierung gegenüber den Krankenzusatzversicherungen zur Anwendung.

Parallel dazu findet in der Übergangszeit gegenüber den Krankenzusatzversicherungen eine Abrechnung anhand einer pauschalisierten, DRG-abhängigen Vergütung für die ärztlichen Mehrleistungen im Zusatzversicherungsbereich mittels VVG-Arzt Baserate statt. Kontrollberechnungen sind notwendig, um den definitiven Taxpunktwert mit den Zusatzversicherungen zu verhandeln, damit das Tarifmodell PS25 ab 2024 künftig direkt bei der Rechnungsstellung an die Versicherungen verwendet werden kann.

Bisherige VVG-Einzelleistungskataloge müssen spätestens Ende 2024 durch ein neues Tarifmodell abgelöst werden.

## 25. Ist die Direktfakturierung mittels PS25 gegenüber den Krankenzusatzversicherern geplant?

Ja, ab Herbst 2024 wird das Tarifmodell PS25 bei den ersten Krankenzusatzversicherungen zur direkten Anwendung kommen.

## 26. In welchen weiteren Kliniken ist eine Anwendung des Tarifmodells PS25 geplant?

Weitere Ärztegruppen planen die Einführung von PS25 im Verlauf des Jahres 2024. Voraussetzung für die Nutzung von PS25 ist die Mitgliedschaft beim Tarifnetzwerk PS25 bzw. Premi Med.

## 27. Wie ist das Tarifnetzwerk PS25 strukturiert und organisiert?

Am 28.11.2022 haben vier Ärzteorganisationen den Trägerverein «Premi Med» des Tarifnetzwerks PS25 gegründet. Die vier involvierten Ärzteorganisationen und Gründungsmitglieder sind:

- Verein Gesellschaft der St. Anna-Ärztinnen und -Ärzte Luzern (GAL) in Luzern
- Verein Ärztekollegium Klinik Beau-Site in Bern
- Verein Ärztekollegium Salem-Spital in Bern
- Verein Belegärzte Linde Biel (BLB) in Biel

Mit «Premi Med» wurde eine professionelle Organisation aufgebaut, welche sich um die Vergütung der ärztlichen Honorare und die Begleitung der dafür notwendigen Kommissionen und Strukturen kümmern. Es wird ein Betrieb sichergestellt, der Leistungen in den Bereichen Entwicklung, Administration, Organisation und Weiterentwicklung des Tarifmodells, sowie das Controlling, die Rechnungsprüfung und Marktanalyse im Gesundheitsbereich garantiert.

Weitere Ärztegruppen oder Standorte können sich am Trägerverein «Premi Med» als Mitglieder beteiligen.

## 28. Wie wird Premi Medi, der Trägerverein des Tarifnetzwerks PS25, finanziert?

Die für die Pflege und das Controlling des Tarifmodells notwendigen finanziellen Mittel werden durch eine umsatzbezogene Abgabe auf das über das Tarifmodell PS25 abgerechnete VVG-Honorarvolumen (inkl. OKP-Anteil) generiert.

## 29. Wer kann die Bewertungen der ärztlichen Mehrwertleistungen im Tarifmodell PS25 ändern?

Änderungen oder Ergänzungen des Tarifmodells PS25 erfolgen in einem zweistufigen Verfahren, bei welchem die Paritätische Kommission PS25 (PaKo PS25) die abschliessende Entscheidungsinstanz darstellt. Die Steuerungskommission PS25 (SteKo PS25) fungiert dabei als vorberatendes Gremium. Sie nimmt Anträge seitens der Ärzteschaft entgegen, prüft diese und entscheidet, welche Anträge zur finalen Entscheidung an die PaKo PS25 weitergereicht werden. Zusätzlich kann die SteKo PS25 selbst bei Bedarf Anpassungen zu Handen der PaKo PS25 vorschlagen.



### 30. Welche Aufgaben hat die Steuerungskommission PS25 (SteKo PS25)?

Die Steuerungskommission PS25 (SteKo PS25) dient als vorberatendes Gremium für die Paritätische Kommission PS25 (PaKo PS25). Ihre Aufgabe besteht darin, das Tarifmodell PS25 einheitlich über die verschiedenen partizipierenden Standorte zu pflegen. Dazu gehört insbesondere die regelmässige Überprüfung und Diskussion der Bewertung der ärztlichen Mehrleistungen sowie die Einbringung von Tarifänderungsanträgen zu Händen der PaKo PS25. Dies umfasst auch Änderungen und Ergänzungen des Reglements zum Tarifmodell PS25.

Zusätzlich nimmt die Steuerungskommission PS25 Anträge seitens der Ärzteschaft entgegen, prüft diese auf Relevanz und Umsetzbarkeit und entscheidet, welche davon an die PaKo PS25 weitergereicht werden sollen. Sie kann ausserdem eigeninitiativ Vorschläge für Anpassungen des Tarifmodells oder des Reglements erarbeiten.

Bei spezifischen Fragestellungen oder Streitfällen kann die Steuerungskommission PS25 externe Experten sowie Vertreter von Kliniken zur Anhörung hinzuziehen.

### 31. Wie setzt sich die Steuerungskommission PS25 zusammen?

Die Mitglieder der Steuerungskommission PS25 werden durch den Vorstand von Premi Med gewählt. Das Gremium besteht aus im Tarifwesen versierten Vertretern der am Tarifnetzwerk PS25 angeschlossenen Ärzteorganisationen. Jeder angeschlossene Standort hat das Recht, geeignete Vertreter für die Steuerungskommission PS25 zu nominieren, wobei die Auswahl und die finale Besetzung durch den Vorstand von Premi Med erfolgt.

### 32. Wer ist Mitglied der Steuerungskommission PS25?

Aktuell setzt sich die Steuerungskommission PS25 aus folgenden Personen zusammen:

- Dr. med. Markus Reimers (Präsident Steuerungskommission PS25 und Präsident Tarifkommission Hirslanden Platz Bern)
- Dr. med. Daniel Christ, executive MBA HSG (GAL-Vorstandsmitglied, Leiter Tarifbüro GAL)
- André Fischer (Mitglied Controllingkommission GAL) → bis 31.12.2024
- Dr. med. Michael Fischer (Leiter Tarifverhandlungen GAL)
- Prof. Dr. med. Stephan Haerle (GAL-Vorstandsmitglied)
- Dr. med. Urs Mutter (Mitglied Tarifkommission GAL)
- Dr. med. Robert Stein (Leiter Tarifverhandlungen Hirslanden Platz Bern)
- Dr. med. Daniel Tassile (Mitglied Tarifkommission Hirslanden Klinik Linde Biel)

### 33. Welche Aufgaben hat die Paritätische Kommission PS25 (PaKo PS25)?

Die Paritätische Kommission PS25 (PaKo PS25) ist die abschliessende Entscheidungsinstanz für Änderungen und Neueinführungen im Tarifmodell PS25. Sie entscheidet über Anpassungen und Neueinführungen von ärztlichen Mehrwertleistungen und deren Bewertungen sowie über die Regelung der konkreten Anwendung und Auslegung des Tarifmodells PS25. Ebenso fällt die Verantwortung für Änderungen und Ergänzungen des Reglements zum Tarifmodell PS25 in ihren Aufgabenbereich.

Die PaKo PS25 trifft ihre Entscheidungen auf Basis der von der Steuerungskommission PS25 (SteKo PS25) eingereichten Anträge und Empfehlungen. Zusätzlich übernimmt sie die Funktion einer Schlichtungsinstanz bei Streitfragen im Zusammenhang mit dem Tarifmodell PS25 oder dessen Reglement. Um eine ausgewogene Entscheidungsfindung sicherzustellen, wird die paritätische Struktur der Kommission durch ausgeglichene Stimmenverhältnisse gewährleistet, auch wenn die Anzahl der Vertreter unterschiedlich sein kann.

### 34. Wie setzt sich die Paritätische Kommission PS25 zusammen?

Die Paritätische Kommission PS25 (PaKo PS25) besteht aus Vertretern der Versicherungen und von Premi Med. Beide Parteien verfügen über gleiches Stimmrecht, wobei bei Bedarf durch Mehrfachstimmrechte ein paritätisches Stimmenverhältnis gewährleistet wird.

Versicherungen, welche den «Zusammenarbeitsvertrag Tarifmodell PS25» abgeschlossen haben und ein gewisses Umsatzvolumen über das Ärztenetzwerk von Premi Med abwickeln, können einen Vertreter in die PaKo PS25 entsenden.

Seitens Premi Med werden die Vertreter durch den Vorstand gewählt. Dabei handelt es sich um im Tarifwesen versierte Personen, die einer der am Tarifnetzwerk PS25 angeschlossenen Ärzteorganisationen angehören.

### 35. Wer ist Mitglied der Paritätischen Kommission PS25?

Aktuell setzt sich die Paritätische Kommission PS25 aus folgenden Personen zusammen:

Mitglieder Versicherungen

- Devica Larizza (Vizepräsidentin Paritätische Kommission PS25, Leiterin Leistungseinkauf, KPT)
- Luca Emmanuele (Leiter Einkaufsmanagement Leistungen, Mitglied der Direktion, CSS)
- Alain Ehrsam (Leiter Leistungseinkauf & Tarife, Sanitas)
- Alfred Neff (Bereichsleiter Leistungseinkauf und Managed Care, Concordia)
- Jürgen Schewe (Verhandlungsleiter, Helsana)

Mitglieder Premi Med

- Dr. med. Daniel Christ, executive MBA HSG (Präsident Paritätische Kommission PS25, GAL-Vorstandsmitglied, Leiter Tarifbüro GAL)
- Dr. med. Michael Fischer (Leiter Tarifverhandlungen GAL)
- Dr. med. Markus Reimers (Präsident Steuerungskommission PS25 und Präsident Tarifkommission Hirslanden Platz Bern)
- Dr. med. Daniel Tassile (Mitglied Tarifkommission Hirslanden Klinik Linde Biel)

### **36. Ersetzen die Paritätische Kommission PS25 und die Steuerungskommission PS25 die lokale Tarifkommission?**

Nein. Die lokalen Tarifstrukturen der angeschlossenen Standorte bleiben weiterhin notwendig und unverzichtbar. Die Steuerungskommission PS25 und die Paritätische Kommission PS25 ergänzen die lokalen Tarifkommissionen, ersetzen diese jedoch nicht. Die Überwachung der korrekten Tarifierung erfolgt weiterhin vor Ort durch die entsprechenden lokalen Kommissionen. Auch die Verhandlungen des Taxpunktwertes mit den Zusatzversicherungen müssen an jedem Standort individuell geführt werden, da diese standortspezifisch angepasst werden.

### **37. Ist das neue Tarifmodell PS25 exklusiv für bestimmte Ärzteguppen?**

Das neue Tarifmodell PS25 ist nicht exklusiv für die Ärzteschaft einer bestimmten Klinik verfügbar. Eine Anwendung des Tarifmodells PS25 durch andere Kliniken und Ärzteguppen und dadurch Teilnahme im Rahmen des Tarifnetzwerks PS25 ist möglich und erwünscht.

Beim PS25-Tarifmodell ist jede Ärzteorganisation, die Mitglied bei Premi Med wird, Teil des «Tarifnetzwerks PS25». Der Taxpunktwert kann pro Standort unterschiedlich verhandelt werden. Ziel ist eine gemeinsame Pflege des Tarifmodells durch eine enge Zusammenarbeit der involvierten Ärzteguppen, um deren Interessen gemeinsam zu vertreten und damit die Zukunft eines Tarifmodells im Zusatzversicherungsbereich aktiv mitzugestalten.

### **38. Wie wird das Tarifmodell PS25 in der Arztpraxis angewendet?**

Das Tarifmodell kann in den für die Leistungserfassung bzw. Abrechnung von Mehrleistungen notwendigen IT-Systemen zur Verfügung gestellt. Ebenso werden die Hersteller der gängigsten Praxisinformationssystemen mit dem Tarif bedient. Dazu gehören namentlich Vitomed (Vitodata AG), Aeskulap (Kern Concept AG), Ärztekasse Genossenschaft, MedicalConcepts (Advanced Concepts AG), siMed (Amétiq AG), ePaad (Compass IT AG).

### **39. Gibt es alternative Tarifmodelle für die Vergütung der ärztlichen Mehrleistungen?**

Ja, es gibt diverse andere Tarifmodelle, die sich jedoch konzeptionell teilweise stark voneinander unterscheiden. Beispiele sind das Kalkulationssystem der Medicalculis GmbH, das ABM-Honorarmodell der Berner Belegärzte-Vereinigung (BBV+) oder der SMN VVG+ Tarif des Swiss Medical Network. Gewisse Tarifmodelle zur Vergütung der ärztlichen Mehrleistungen sind in grossem oder in ganzem Ausmass vom Kostengewicht des stationären Falls und damit von der DRG-Fallpauschale abhängig.

Aus Sicht von Premi Med ist es allerdings wenig sinnvoll, die Vergütung der ärztlichen Mehrleistungen von der DRG-Fallpauschale abhängig zu machen. Es sind viele verschiedene Faktoren für das Zustandekommen des Kostengewichts im DRG verantwortlich und der ärztliche Aufwand nur einer davon. Auch entspricht es aus Sicht der Mitglieder des Tarifnetzwerks PS25 nicht dem Branchen-Framework «Mehrleistungen VVG» der SVV, wenn die Vergütung der ärztlichen Mehrleistungen im Zusatzversicherungsbereich in hohem Ausmass von der DRG-Fallpauschale abhängig gemacht wird. Ebenfalls erfüllen zu stark pauschalisierte Vergütungsmodelle die Anforderungen nicht, dass nur geleistete Arbeit vergütet werden soll.