

LEITFADEN

zur Anwendung des Tarifs zur Entschädigung
physiotherapeutischer Leistungen im Bereich UV/MV/ IV

Inhalt

1.	Einleitung	2
2.	Zur Entstehung des Tarifs	2
2.1	Hintergründe	2
	Gemeinsames Verständnis der Tarifpartner	2
	Tarifstruktur und Taxpunktwert	3
2.2	Datengrundlage	3
2.3	Kostenmodell	4
3.	Was ist neu am Tarif?	4
3.1	Bisher Pauschaltarif, neu Einzelleistungstarif	4
3.2	Abrechnen im 5-Minuten-Takt	4
3.3	Differenzierung nach Infrastruktur, nicht nach Diagnose	5
3.4	Neue Tarifpositionen	6
4.	Die Tarifpositionen der neuen Tarifstruktur im Detail	6
4.1	Einzelsetting (Tarifpositionen 25.110–25.130)	6
	25.110 Patientenbehandlung (Einzelsetting)	6
	25.120 Patientenbehandlung Hippotherapie	8
	25.130 Durchführung von Wohnungs- oder Arbeitsplatzabklärungen	8
4.2	Robotik (Tarifpositionen 25.210–25.220)	9
4.3	Behandlungsmassnahmen auf räumliche Distanz (Tarifposition 25.310)	9
4.4	Gruppensetting (Tarifposition 25.410)	10
4.5	Medizinische Trainingstherapie (MTT; Tarifpositionen 25.510 und 25.520)	11
	25.510 MTT-Einführung/Reevaluation	11
	25.520 MTT-Training (selbstständig)	11
4.6	Zuschlagspositionen zur Patientenbehandlung (Tarifpositionen 25.610–25.650)	11
	25.610 Zuschlag für zweiten Physiotherapeuten im Einzelsetting	11
	25.620 Zuschlag für zweiten Physiotherapeuten im Gruppensetting	12
	25.630 Zuschlag für die Behandlung an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen	12
	25.640 Zuschlag bei Behandlung im Geh-, Schwimmbad im Einzelsetting	12
	25.650 Zuschlag bei Behandlung im Geh-, Schwimmbad im Gruppensetting	13
4.7	Auswertung, Kommunikation und übrige Leistungen (Tarifpositionen 25.710–25.770)	13
	25.710 Auswertungs- und Koordinationsaufgaben in Abwesenheit des Patienten	13
	25.720 Besprechung/Beratung in An- oder Abwesenheit des Patienten	14
	25.730–25.750 Verfassen von Berichten 1–3	15
	25.760 Herstellen und Anpassen von Schienen in Abwesenheit des Patienten ..	15
	25.770 Wegentschädigung pro Minute	16
4.8	Behandlungsmaterial (Tarifpositionen 25.810 und 25.820)	17
	25.810 Patientenspezifisches Behandlungsmaterial	17
	25.820 Zuschlag für die Behandlung von Beckenbodendysfunktionen in Einzeltherapie	18
5.	Ausführungsbestimmungen	18
5.1	Verordnungsformular	18
5.2	Kostengutsprache gesuch	19

5.3	Anwendungsregeln	19
5.3.1	MTT	19
5.4	Vergütungsregeln	19
5.5	Tarifbeitritt	20
6.	Kommissionen	20
6.1	Die paritätische Vertrauens- und Qualitätssicherungskommission (PVQK)	20
6.1.1	Anlaufstelle bei Streitigkeiten	20
6.1.2	Überprüfung der Qualitätsmassnahmen	20
6.2	Tarifkommission	21
7.	Monitoring	21
7.1	Was bedeutet dies konkret?	22

1. Einleitung

Ab dem 1. Juli 2025 wird der bisherige Tarifvertrag zwischen Physioswiss, H+, der Medizinal Tariffkommission (MTK), der Militärversicherung und dem Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) durch den neuen Tarifvertrag ersetzt. Dieser gilt für die Leistungen im Rahmen der Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung (UV, MV, IV). Leistungen im Rahmen der Krankenversicherung werden nach wie vor über die Struktur zur Vergütung von physiotherapeutischen Leistungen im Rahmen des KVG vergütet, welche seit 2018 durch die Verfügung vom Bundesrat in Kraft ist. Somit bestehen auch zukünftig zwei verschiedene Tarifstrukturen für die Bereiche UV/MV/IV und KV.

Der neue Tarifvertrag bringt wesentliche Änderungen gegenüber dem bisherigen Tarif mit sich. Die grösste Änderung stellt die neue Tarifstruktur dar, die einen Wechsel von einem Pauschaltarif zu einem Einzelleistungstarif mit Zeitkomponente vollzieht. Dadurch unterscheidet sich die neue Struktur im Bereich UV/MV/IV von der weiterhin geltenden Struktur im Bereich KVG. Zudem beinhaltet der neue Tarif Änderungen im Bereich der Qualitätsmassnahmen (Weiterbildungsregelung, MTT) sowie ein Monitoring für die Überwachung der Kostenentwicklung in der ersten Zeit nach der Einführung.

Der Tarifwechsel erfordert von allen Seiten eine Anpassung und einen damit verbundenen Lernprozess. Das vorliegende Handbuch dient dabei als Hilfestellung zur korrekten Anwendung des neuen Tarifs. Weiter finden sich auf der Website von Physioswiss zusätzliche Informationen zur konkreten Tarifierung.

2. Zur Entstehung des Tarifs

2.1 Hintergründe

Gemeinsames Verständnis der Tarifpartner

Im Jahr 2022 beschlossen die Tarifpartner im Bereich der Unfall- Militär- und Invalidenversicherung den Physiotherapietarif, der im Bereich UV/MV/IV gültig ist, grundlegend zu überarbeiten. Dazu gehören Physioswiss und H+ als Vertreter der Leistungserbringer. Die

Vertreter der Kostenträger sind die Medizinaltarifkommission (MTK, zuständig für die Unfallversicherer), die Militärversicherung sowie das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV), welches die Interessen der Invalidenversicherung (IV) vertritt. Der bislang gültige Tarif war nach allgemeiner Ansicht nicht mehr aktuell und wies verschiedene Probleme auf. Zum einen waren einige Leistungen, die von Physiotherapeut:innen geleistet werden, nicht abgebildet, zum anderen führte die Definition verschiedener Tarifpositionen regelmässig zu Diskussionen. Zudem erlaubten die Pauschalen keine genauere Überprüfung der abgerechneten Leistungen, sodass Tarif und Abrechnungen wenig transparent waren. Die Tarifpartner hatten daher folgende Ziele:

- Die korrekte und eindeutige Abbildung der Leistungen.
- Eine sachgerechte, revidierte oder neue Tarifstruktur wird unter Berücksichtigung der betriebswirtschaftlichen Kosten der Leistung erarbeitet.
- Bisher nicht oder nicht adäquat abgeregeltene Leistungen werden unter Berücksichtigung der Tarifierungsgrundsätze neu aufgenommen und tarifiert.
- Das Kostenmodell trägt der betriebswirtschaftlichen Kostenrealität Rechnung und beruht auf aktuellen Kostendaten.
- Es werden im Rahmen der Tarifverhandlungen Gremien zur Tarifpflege und zur Qualitätssicherung und -entwicklung geschaffen.
- Die Kostenentwicklung des Tarifs wird nach dessen Einführung anhand eines Monitoringkonzepts überwacht.

Tarifstruktur und Taxpunktwert

Der Preis einer physiotherapeutischen Leistung wird durch zwei Faktoren bestimmt: die Tarifstruktur und den Taxpunktwert. Dabei definiert die Tarifstruktur die einzelnen Leistungen und regelt deren Anwendung. Zudem weist sie jeder Leistung eine Taxpunktmenge zu und gewichtet somit die verschiedenen Leistungen innerhalb der Tarifstruktur. Der Wert eines Taxpunktes wird über die Taxpunktvereinbarungen festgehalten. Wird die Taxpunktmenge gemäss Tarifstruktur mit dem Taxpunktwert multipliziert, erhält man den Preis einer Leistung.

Wenn die Tarifstruktur revidiert wird, entwickeln die Tarifpartner eine neue Struktur, welche die erbrachten Leistungen so darstellt, wie sie in der Praxis erbracht werden. Dadurch können Leistungen neu eine eigene Tarifposition erhalten, die vorher nicht separat ausgewiesen worden sind, oder es kann zu einer Zusammenlegung von mehreren Tarifpositionen zu einer erfolgen.

Ebenfalls können je nachdem auch Leistungen aufgenommen werden, die neu von der Physiotherapie erbracht werden. Wenn die Leistungen definiert sind, wird ihnen eine Taxpunktmenge zugewiesen. Die Taxpunktmenge dient dazu, die Leistungen im Verhältnis zueinander zu gewichten. Leistungen, die bei der Erbringung teurer sind, erhalten dabei mehr Taxpunkte.

Zu Beginn der Verhandlungen wurde gemeinsam festgelegt, dass der Taxpunktwert bei CHF 1 bleiben soll, jedoch die Taxpunktmenge pro Tarifposition neu berechnet wird.

2.2 Datengrundlage

Die Tarifpartner hatten vereinbart, dass die Verhandlungen auf aktuellen und repräsentativen Daten basieren sollen. Daher wurden verschiedene Datenquellen berücksichtigt. Einerseits hat

Physioswiss zwei grosse Datenerhebungen zu den Leistungsdaten (LeDa) und den Kostendaten (KoDa) durchgeführt. Andererseits wurden Routinedaten wie aus der Lohndatenerhebung von H+ oder öffentlich zugängliche Daten z. B. vom Bundesamt für Statistik verwendet (z. B. Anzahl Feiertage, Anzahl Absenztage o. ä.). Nur dort, wo keine Daten vorlagen, wurden normative Annahmen getroffen.

2.3 Kostenmodell

Der neue Tarif basiert auf einem aktuellen Kostenmodell mit Leistungskomponenten. Im Kostenmodell werden die jährlichen Betriebskosten auf die erbrachte Arbeitszeit umgelegt. Die Jahresarbeitszeit ergibt sich aus der Anzahl Tage, an denen in der Praxis gearbeitet werden kann – unter Berücksichtigung von Ferien- und Feiertagen, Absenztagen (Krankheit, Unfall, Mutterschafts- und Vaterschaftsurlaub) sowie sechs Tagen für die Weiterbildung. Zu den Betriebskosten zählen sämtliche Kosten, die zum Erbringen einer Leistung notwendig sind, nämlich Personalkosten, Infrastrukturkosten (Material- und Mietkosten) sowie Sach- und Umlagekosten (u. a. Versicherungsbeiträge, Unterhaltskosten, administrative Kosten). Anhand von Leistungskomponente wurde für jede Tarifposition einzeln berechnet, welche Kosten für die Erbringung dieser Leistung anfallen. Die Leistungskomponente setzt sich demnach aus den Infrastruktur-, Lohn- und weiteren Kosten zusammen. Je nachdem, was für die Erbringung der Leistung notwendig ist, wird die Leistungskomponente anders zusammengesetzt. So wird z. B. das Pferd nur bei der Leistungskomponente für Hippotherapie eingerechnet, aber nicht bei den Leistungskomponenten für die anderen Behandlungsformen. Auf diesen Grundlagen wurde berechnet, welche Kosten für die wirtschaftliche Erbringung einer spezifischen Leistung anfallen und welche Taxpunktmenge der jeweiligen Tarifpositionen entspricht.

3. Was ist neu am Tarif?

3.1 Bisher Pauschaltarif, neu Einzelleistungstarif

Der bisherige Tarif war ein Pauschaltarif, mit Sitzungs- und Zusatzpauschalen. In den Sitzungspauschalen waren dabei sowohl die Arbeiten direkt an den Patient:innen als auch Arbeiten in der Abwesenheit der Patient:innen wie z.B. Gespräche mit anderen Leistungserbringern oder administrative Tätigkeiten einberechnet. Die Entschädigung für eine Therapiesitzung wurde unabhängig von der Therapiedauer festgelegt. Der Arbeitsaufwand für Arbeiten in Abwesenheit ist über die Jahre hinweg jedoch nachweislich angestiegen, sodass die Pauschalen den tatsächlichen Arbeitsaufwand schon länger nicht mehr decken konnten. Der neue Tarif wurde daher so gestaltet, dass auch die Arbeiten in Abwesenheit der Patient:innen separat abgerechnet werden können.

3.2 Abrechnen im 5-Minuten-Takt

Im neuen Tarif gibt es neun Sitzungspositionen und vierzehn Zusatzpositionen. Die Sitzungspositionen sind unterteilt in Einzel- und Gruppensettings sowie Behandlungen, die eine spezifische Infrastruktur benötigen.

Die Sitzungspositionen werden neu im 5-Minuten-Takt abgerechnet, wodurch die tatsächliche Behandlungszeit entschädigt wird. Was bedeutet das konkret?

- Es muss bei jeder Sitzung erfasst werden, wie lange der bzw. die Patient:in tatsächlich behandelt worden ist.
- Sitzungen können unterschiedlich lange dauern und werden entsprechend unterschiedlich vergütet.
- Die Therapiedauer kann so lange geplant werden, wie es für die Behandlung aktuell sinnvoll und zweckmässig ist. Die im Tarif vorgesehenen Zeitlimitationen dürfen aber nicht überschritten werden.
- Durch den 5-Minuten-Takt wird die effektiv geleistete Arbeit entschädigt.
- Dadurch, dass es sich nicht mehr um Pauschalen handelt, decken die Sitzungspositionen die Arbeit direkt am Patienten ab und zusätzlich das Verfassen von Verlaufsnotizen und die Wechselzeit. Für alle zusätzlichen Leistungen gibt es neu separate Tarifpositionen, sodass diese Leistungen transparent ausgewiesen werden können.

Dass gewisse Diagnosen oder Situationen eine längere Behandlung bedingen, wird durch die Flexibilität der Behandlungszeit abgedeckt. Es ist also möglich, Patient:innen mit aufwändigeren Behandlungen länger zu behandeln und entsprechend mehr für die Sitzung vergütet zu bekommen. Umgekehrt ist es auch möglich, eine kürzere Behandlungszeit korrekt abzurechnen. Dabei liegt es in der Kompetenz und der Verantwortung der Physiotherapeut:innen, die Sitzungsdauer so zu planen, wie es für die jeweilige Therapiesituation notwendig und angebracht ist. Zu beachten ist dabei Art. 54 UVG: Der Leistungserbringer hat sich auf das durch den Behandlungszweck geforderte Mass zu beschränken. Eine separate Tarifposition für eine aufwändige Physiotherapie gibt es daher nicht mehr.

Die Abrechnung im 5-Minuten-Takt bedeutet eine relevante Änderung in der Erfassung und der Abrechnung der erbrachten Leistungen. Dies bedeutet eine gewisse Arbeitsumstellung, damit die für eine Leistung aufgewendete Zeit möglichst zeitnah festgehalten werden kann.

Durch die neue Abrechnung im 5-Minuten-Takt kann die Leistung in An- und Abwesenheit der Patient:innen genauer ausgewiesen werden.

3.3 Differenzierung nach Infrastruktur, nicht nach Diagnose

Im bisherigen Tarif wurden die Sitzungspauschalen entweder abhängig von der Diagnose (z. B. 7311) oder der benötigten Infrastruktur (z.B. 7313 Hippotherapie-Infrastruktur) eingeteilt. Die Einteilung aufgrund von Diagnosen hat jedoch in der Vergangenheit zu vielen Unklarheiten und Rückfragen geführt. Im neuen Tarif wurde auf eine Differenzierung der Tarifpositionen nach Diagnosen verzichtet. Um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass gewisse Krankheits- und Diagnosebilder eine aufwändigere oder längere Therapie erfordern, können die Physiotherapeut:innen die Sitzungsdauer selbst bestimmen.

Im neuen Tarif finden sich jedoch weiterhin separate Tarifpositionen für Behandlungen, die eine differenzierte Infrastruktur benötigen, wie z.B. Hippotherapie, Therapie im Schwimm- oder Gehbad oder MTT. Auch diese Sitzungspositionen werden im 5-Minuten-Takt abgerechnet. Diese Sitzungspositionen sind mit einer unterschiedlichen Taxpunktmenge pro fünf Minuten hinterlegt. Während die Personalkosten für alle Sitzungspositionen gleich hinterlegt wurden, unterscheiden sich die Infrastrukturkosten je nach Behandlungsart, was zu den unterschiedlichen Taxpunktmenge pro fünf Minuten führt.

3.4 Neue Tarifpositionen

Im neuen Tarif gibt es auch neue Leistungen. Dies sind z. B. Leistungen wie «Arbeitsplatzabklärung», bei welcher Abklärungen direkt vor Ort am Arbeitsplatz von Patient:innen vorgenommen werden können, oder «Leistungen auf Distanz», die in der Regel über Videotelefonie stattfinden. Zudem können neu Leistungen, die in Abwesenheit der Patient:innen erbracht werden, separat abgerechnet werden. Dazu zählen die Organisation von Besprechungen mit Drittpersonen sowie die Durchführung dieser Besprechungen; die Abrechnung erfolgt ebenfalls im 5-Minuten-Takt. Weiter gibt es eine Zuschlagsposition für den Einbezug einer zweiten Physiotherapeutin sowie für die Behandlung an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen. Die Wegentschädigung wird neu pro Minute gefahrener Zeit verrechnet. Wie bis anhin entschädigt werden Berichte, die im Auftrag der Versicherer verfasst werden.

4. Die Tarifpositionen der neuen Tarifstruktur im Detail

Die neuen Tarifpositionen sind in Kapitel eingeteilt und fortlaufend nummeriert (25.1 bis 25.8). Die einzelnen Tarifpositionen erhalten jeweils eine fünfstellige Nummer innerhalb ihrer Kapitelnummer.

4.1 Einzelsetting (Tarifpositionen 25.110–25.130)

25.110 Patientenbehandlung (Einzelsetting)

Die Tarifposition «Patientenbehandlung (Einzelsetting)» ist die wohl am häufigsten verwendete Tarifposition im neuen Tarifvertrag. Über diese wird grundsätzlich jede physiotherapeutische Behandlung abgerechnet, die nicht mit einer speziellen, in der Tarifstruktur ausgewiesenen Infrastruktur durchgeführt wird. Die Tarifposition deckt das ganze Spektrum der physiotherapeutischen Behandlung im Einzelsetting an den Patient:innen ab: Die Befunderhebung, die Patientenbeurteilung, das Besprechen der Ergebnisse und Therapieziele mit den Patient:innen, die eigentliche Behandlung, das Verfassen der Verlaufsnotizen und die Wechselzeit zwischen Patient:innen. Die Tarifposition 25.110 kann bis zu 75 Minuten pro Tag abgerechnet werden. Die Behandlung darf dabei auch unterbrochen werden. Für die Rechnung wird die Gesamtsumme der Zeit pro Tag ausgewiesen und als eine Behandlung abgerechnet. Sollte für eine Behandlung eine längere Behandlungszeit als 75 Minuten nötig sein, so ist vorgängig eine Kostengutsprache einzuholen.

Behandlungen sollen grundsätzlich nur so lange dauern wie notwendig. Es wird davon ausgegangen, dass die gesamte aufgewendete Therapiezeit bis zum Abschluss der Therapie im gleichen Rahmen bleibt wie bisher. Die Zeit kann jedoch neu flexibel geplant und an die Patient:innen angepasst werden. Diese Flexibilität kann auch bedeuten, dass eine Behandlungsdauer kürzer als die bis jetzt üblichen 25-30 Minuten ausfällt.

Beispiel Erstbehandlung

Patientin A kommt neu in die Physiotherapie. Für die Befundung wird etwas mehr Zeit aufgewendet, sie dauert z. B. 40 Minuten. Für die Auswertung der Assessments und die Behandlungsplanung wird in der ersten Sitzung z. B. 10 Minuten administrative Arbeit benötigt, nachdem die Patientin verabschiedet worden ist. Neu kann diese effektiv erbrachte Zeit verrechnet werden.

Abrechnung bisher

Pauschale für Einzeltherapie (7301)
+ Zuschlag für Erstbehandlung (7350)
= 72 TP

Abrechnung neu

8 x 5 Min. Patientenbehandlung im Einzelsetting (25.110)
+ 2 x 5 Min. Auswertungs- und Koordinationsaufgaben in Abwesenheit (25.710)
= 99.68 TP

Beispiel Einzelbehandlung mit Recherche

Patient B kommt zur dritten Therapiesitzung. Physiotherapeutin Z behandelt Patient B während 30 Minuten. Nachdem der Patient gegangen ist, recherchiert Therapeutin Z noch 5 Minuten zu einem spezifischen Problem zur Diagnose für Patient B und erstellt ein Heimübungsprogramm innert 5 Minuten.

Abrechnung bisher

Pauschale für Einzeltherapie (7301)
= 48 TP

Abrechnung neu

6 x 5 Min. Patientenbehandlung im Einzelsetting (25.110)
+ 2 x 5 Min. Auswertung und Koordination in Abwesenheit (25.710)
= 80.24 TP

Beispiel Einzelbehandlung

Patient C kommt zur vierten Therapiesitzung. Physiotherapeutin Y behandelt Patient C für 30 Minuten. Therapeutin Y führt das Dossier bereits während der Sitzung nach und hat nach der Behandlung keinen weiteren Aufwand für Patient C.

Abrechnung bisher

Pauschale für Einzeltherapie (7301)
= 48 TP

Abrechnung neu

6 x 5 Min. Patientenbehandlung im Einzelsetting
(25.110)
= 60.18 TP

25.120 Patientenbehandlung Hippotherapie

Über die Tarifposition «Patientenbehandlung Hippotherapie» wird die physiotherapeutische Hippotherapie abgerechnet. Die Tarifposition beinhaltet dabei sowohl die Kosten für die Physiotherapie als auch für das Pferd und den Pferdeführer beziehungsweise die Pferdeführerin. Hippotherapie kann nur abgerechnet werden, wenn sie ärztlich verordnet ist. Die Tarifposition deckt dabei sowohl die eigentliche Behandlung wie auch die Befunderhebung, das Besprechen der Ergebnisse und Therapieziele, das Verfassen von Verlaufsnotizen und die Wechselzeit zwischen Patient:innen ab.

Beispiel Hippotherapie

**Vor der Therapie bereitet Therapeutin X das Pferd vor (10 Minuten).
Die Therapiedauer beträgt 40 Minuten.**

Abrechnung bisher

Pauschale für Hippotherapie (7313)
+ Zuschlagsposition (7353)
= 144 TP

Abrechnung neu

10 x 5 Min. Hippotherapie (25.120)
= 182.60 TP

25.130 Durchführung von Wohnungs- oder Arbeitsplatzabklärungen

Die Tarifposition zur «Durchführung von Wohnungs- oder Arbeitsplatzabklärungen» wurde neu in den Tarif aufgenommen. Falls es für die Therapie notwendig ist, kann der Arzt/die Ärztin eine physiotherapeutische Abklärung direkt am Arbeitsplatz oder am Wohnort der Patient:in anordnen. Bei der Wohnungs- oder Arbeitsplatzabklärung überprüfen die Physiotherapeut:innen die Bedingungen vor Ort und klären, ob bestimmte Anpassungen der Umgebung notwendig sind, damit Arbeits- und Alltagstätigkeiten selbstständig und unter Einhaltung beispielsweise von Belastungsgrenzen möglich sind. Das kann eine Überprüfung der Sitz- oder Arbeitsplatzhöhe

sein oder auch Anpassungen an Möbeln (z. B. Bett, Toilettensitz etc.), damit Transfers selbstständig oder mit geringer Hilfestellung erfolgen können.

Die Tarifposition 25.130 kann nur abgerechnet werden, wenn dies ärztlich verordnet wurde. Im Falle der IV ist eine vorgängige Absprache mit der zuständigen IV-Stelle zwingend notwendig. Insgesamt können bis 180 Minuten für die Abklärung verrechnet werden. Die Zeit kann dabei auch auf mehrere Tage aufgeteilt werden. Bei der Tarifposition 25.130 handelt es sich nicht um eine Domizilbehandlung, sondern ausschliesslich um eine Abklärung.

4.2 Robotik (Tarifpositionen 25.210–25.220)

Auch die beiden Tarifpositionen für «Robotik» sind neu in den Tarif aufgenommen worden. Zu beachten sind die Definitionen der Robotikbehandlungen, welche direkt in der Tarifstruktur aufgeführt sind. Nur falls diese Definitionen erfüllt sind, können die entsprechenden Tarifpositionen angewendet werden.

Tarifposition 25.210 definiert die Robotikbehandlung der oberen Extremitäten, Tarifposition 25.220 die Robotikbehandlung der unteren Extremitäten. Die Tarifpositionen decken neben der Behandlung auch die Befunderhebung, die Besprechung der Ergebnisse und Therapieziele mit den Patient:innen, das Verfassen von Verlaufsnotizen sowie die Wechselzeit zwischen Patient:innen ab.

Die Robotik muss immer ärztlich verordnet sein und ist auf maximal 60 Minuten (obere Extremität) respektive 90 Minuten (untere Extremität) pro Tag limitiert.

4.3 Behandlungsmassnahmen auf räumliche Distanz (Tarifposition 25.310)

Auch die Tarifposition 25.310 zu «Behandlungsmassnahmen auf räumliche Distanz» wurde neu in den Tarif aufgenommen. Darunter werden Behandlungen verstanden, die mittels Videotelefonie durchgeführt werden, wobei sich also Patient:in und Therapeut:in nicht am gleichen Ort befinden müssen. Die Behandlung auf räumliche Distanz muss daher auf die Massnahmen eingeschränkt werden, die ohne direkten physischen Kontakt zwischen Patient:in und Therapeut:in durchgeführt werden können. Zudem muss die gleiche Behandlungsqualität und der gleiche Behandlungserfolg wie bei einer Behandlung vor Ort sichergestellt sein. Es ist zwingend notwendig, dass der Kontakt von Therapeut:in und Patient:in direkt und zeitgleich mündlich erfolgt, also per Videotelefonie. Ein schriftlicher Austausch gilt nicht als Therapie.

Bei einer verordneten Physiotherapie kann die Behandlung auf Distanz die Behandlung vor Ort ergänzen, die Therapie darf jedoch nicht ausschliesslich auf Distanz durchgeführt werden. Der Entscheid, ob eine Therapiesitzung auf räumliche Distanz sinnvoll und zweckmässig ist, liegt in der Kompetenz der Physiotherapeut:innen und muss nicht explizit verordnet werden.

Bei Kindern unter zwölf Jahren muss zudem eine Bezugsperson anwesend sein, diese wird nicht entschädigt. Die Therapiedauer der Massnahmen auf räumliche Distanz ist auf 45 Minuten limitiert. Die Tarifposition 25.310 kann im Einzelfall sinnvoll sein, z. B. um einen aktiven Therapieinhalt im häuslichen Setting zu überprüfen und an die Umgebung anzupassen. Eine systematische Durchführung, z. B. im Sinne eines Beratungsgesprächs oder einer Standortbestimmung, ist nicht zulässig und widerspricht den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW), nach welchen alle Behandlungen ausgerichtet werden müssen. Die Tarifposition 25.310 ist am selben Tag nur mit Tarifpositionen aus dem Kapitel 25.7 (Auswertung, Kommunikation und übrige Leistungen) kumulierbar, ausgeschlossen davon ist die Leistung 25.770 Wegentschädigung.

4.4 Gruppensetting (Tarifposition 25.410)

Unter Tarifposition 25.410 «Gruppensetting» werden im neuen Tarif die Gruppenbehandlungen abgerechnet. Inhaltlich bleibt die Tarifposition vergleichbar mit der Tarifposition für Gruppentherapie im alten Tarif. Die Tarifposition umfasst die eigentliche Gruppentherapie sowie das Verfassen von Verlaufsnotizen, die Vorbereitung der Therapie sowie die Wechselzeit zwischen Patient:innen respektive Gruppen. Im neuen Tarif wird keine maximale Gruppengrösse mehr vorgegeben. Es liegt in der Kompetenz der Physiotherapeut:innen, die Gruppe so zusammenzustellen, dass für alle Teilnehmenden eine optimale Begleitung möglich ist. Eine weitere wichtige Neuerung betrifft die Abrechnung der Gruppentherapie. Neu wird die Gruppentherapie mittels Divisormethode abgerechnet. Dies bedeutet, dass die Kosten durch die Anzahl teilnehmender Patient:innen geteilt werden. Die Sitzung wird für die Patient:innen daher unterschiedlich teuer, abhängig davon, wie gross die Gruppe ist (siehe Beispiel). Die Physiotherapeut:innen im Gegenzug erhalten immer die gleiche Entschädigung, unabhängig von der Gruppengrösse. Dadurch tragen die Physiotherapeut:innen das finanzielle Risiko nicht mehr, wenn Teilnehmende kurzfristig absagen, und die Durchführung der Gruppentherapie ist sichergestellt.

Es kann sein, dass in der Gruppe Patient:innen teilnehmen, bei denen die Leistungen über die Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung vergütet werden, und gleichzeitig auch Teilnehmer:innen, bei denen die Leistungen über die Krankenversicherung vergütet werden. In diesem Fall wird die Leistung ebenfalls auf die Anzahl aller Anwesenden aufgeteilt und nicht nur auf die Anzahl der anwesenden «UV/MV/IV»-Patient:innen. Die Teilnehmenden, deren Leistung über die KVG vergütet werden, werden weiterhin mit der Pauschale aus dem KVG abgerechnet. Die Tarifposition 25.410 kann bis zu maximal 75 Minuten pro Behandlung abgerechnet werden.

Beispiel Gruppentherapie

Therapeutin W bietet verschiedene Gruppentherapien an. Jede Therapiesitzung dauert dabei 50 Minuten, plus 10 Minuten Vorbereitung und Wechselzeit zwischen den Gruppen. In der Knie-Gruppe nehmen drei Patient:innen teil und in der Rücken-Gruppe möchten sechs Patient:innen teilnehmen.

Abrechnung bisher

- Knie-Gruppe:
3 x Pauschale (7330)
= 75 TP
- Rücken-Gruppe:
In der Rücken-Gruppe musste einem Patienten abgesagt werden, da nur maximal fünf Patient:innen teilnehmen durften.
5 x Pauschale (7330)
= 125 TP

Abrechnung neu

- Knie-Gruppe:
12 x 5 Min. Gruppentherapie inkl. Wechselzeit (25.410)
= 124.60 TP
- Rücken-Gruppe:
12 x 5 Min. Gruppentherapie inkl. Wechselzeit (25.410)
= 124.60 TP
Taxpunktmenge geteilt durch Anzahl Teilnehmende: 124.60 / 6 = 20.80 TP pro Patient:in

4.5 Medizinische Trainingstherapie (MTT; Tarifpositionen 25.510 und 25.520)

Eine wichtige Änderung betrifft auch die MTT. Neu gibt es für MTT zwei Tarifpositionen, von denen nur jeweils eine pro Tag verrechnet werden kann, eine Kumulierung ist nicht möglich. Zudem wird neu eine gewisse Infrastruktur vorgegeben (was von den Versicherern auch überprüft werden kann). Diese ist in den Ausführungsbestimmungen (Anhang 2) zum Tarifvertrag aufgeführt.

25.510 MTT-Einführung/Reevaluation

Diese Tarifposition beinhaltet die Einführung der Patient:innen in das individuelle Trainingsprogramm sowie allfällige Reevaluationen und Anpassungen des Trainingsprogrammes. Sowohl die Einführung als auch die Reevaluationen des Trainingsprogrammes finden im Einzelsetting zwischen Physiotherapeut:in und Patient:in statt. Die aufgewendete Zeit wird im 5-Minuten-Takt abgerechnet. Um einen möglichst optimalen Trainingsverlauf zu ermöglichen, sind insgesamt sechs Einführungs- oder Reevaluationssitzungen pro Verordnung (36 Sitzungen) möglich. Im Bedarfsfall können mittels vorgängigem Kostengutsprachege such mehr als sechs Einführungs- oder Reevaluationssitzungen beantragt werden.

25.520 MTT-Training (selbstständig)

Diese Tarifposition ist eine Pauschale. Mit ihr wird das selbstständige Training der Patient:innen im Rahmen der MTT abgerechnet, unabhängig davon, wie lange die Trainingseinheit dauert. Somit müssen die Physiotherapeut:innen nicht die genauen Trainingszeiten der Patient:innen protokollieren. Es kann eine Trainingseinheit pro Tag verrechnet werden. Zwingend notwendig ist die Anwesenheit eines:r Physiotherapeut:in im MTT-Raum, solange Patient:innen anwesend sind. In der Vergütung der Leistung 25.520 (selbstständiges Training) wurde der Lohn eines:r Physiotherapeut:in mit eingerechnet. Somit muss zwingend ein:e Physiotherapeut:in ausschliesslich für das MTT zur Verfügung stehen. So umfasst die Pauschale nebst der Benützung der Infrastruktur auch Hilfestellungen bei Fragen zum Trainingsplan oder der Gerätebenützung oder Hilfestellungen und Korrekturen bei der Ausführung. Die aufsichtsführende Person darf nicht gleichzeitig eine Einführung oder Reevaluation einer Person im MTT oder eine andere physiotherapeutische Behandlung durchführen.

Womöglich lohnt es sich, die Öffnungszeiten des MTT auf bestimmte Zeiten zu beschränken. Dadurch kann die durchgehende Anwesenheit eines:r Physiotherapeut:in gewährleistet werden. Dies erfordert nicht nur ein Umdenken seitens der Physiotherapeut:innen in Bezug auf die Praxisorganisation, sondern auch seitens der Patient:innen. Bei eingeschränkten Öffnungszeiten im MTT wird die Spontanität der Patient:innen eingeschränkt. Hier ist zu bedenken, dass auch die MTT eine therapeutische Massnahme ist und daher eine gewisse Verbindlichkeit von den Patient:innen erwartet werden darf. Die Tarifposition MTT ermöglicht durch die bessere Vergütung und die Möglichkeit, bis zu sechs Reevaluationen durchzuführen, eine professionelle Betreuung und unterscheidet sich damit klar von einem Fitnessstudio.

4.6 Zuschlagspositionen zur Patientenbehandlung (Tarifpositionen 25.610–25.650)

25.610 Zuschlag für zweiten Physiotherapeuten im Einzelsetting

Diese Tarifposition ist ebenfalls neu in die Tarifstruktur aufgenommen worden. Sie kann abgerechnet werden, wenn in einer Einzelbehandlung (Kapitel 25.1 und 25.2) der Einbezug eines zweiten Physiotherapeuten aus therapeutischen Gründen notwendig ist. Dies kann zum Beispiel für einen Transfer oder zur Sicherung von Patient:innen angebracht sein. Dabei darf

der Zuschlag für den oder die zweite:n Physiotherapeut:in nur für die Zeit verrechnet werden, in der beide Physiotherapeut:innen aktiv an der Therapie beteiligt sind. Auch der oder die zweite:n Physiotherapeut:in muss diplomiert sein. Die Betreuung durch Studierende kann nicht über diese Pauschale abgerechnet werden.

25.620 Zuschlag für zweiten Physiotherapeuten im Gruppensetting

Diese Tarifposition ist ebenfalls neu in die Tarifstruktur aufgenommen worden. Sie kann abgerechnet werden, wenn in einer Gruppenbehandlung (Kapitel 25.4) der Einbezug einer zweiten Physiotherapeutin aus therapeutischen Gründen notwendig ist. Es gelten die gleichen Bedingungen wie bei der Tarifposition 25.610. Die Tarifposition wird – wie die Tarifposition für die Gruppentherapie – per Divisormethode verrechnet. Dies bedeutet, dass die Summe der Taxpunktmenge dieser Tarifposition auf die Anzahl an der Therapie teilnehmenden Personen verteilt wird (siehe Beispiel zu Gruppentherapie).

25.630 Zuschlag für die Behandlung an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen

Auch diese Tarifposition ist neu im Tarif. Damit wird für Einzelbehandlungen, die gemäss ärztlicher Anordnung an einem Sonn- oder Feiertag erbracht werden müssen, ein Zuschlag entrichtet. Wichtig ist hier, dass eine medizinische Notwendigkeit für die Behandlung an einem Sonn- oder Feiertag vorliegen muss (z. B. wenn eine Behandlung über mehrere Tage täglich durchgeführt werden muss) und dies auf dem Verordnungsformular vermerkt ist. Bei Behandlungen, die freiwillig oder auf Wunsch der Patient:innen an Sonn- oder Feiertagen stattfinden, kann der Zuschlag nicht verrechnet werden.

25.640 Zuschlag bei Behandlung im Geh-, Schwimmbad im Einzelsetting

Bei dieser Tarifposition handelt es sich um eine Pauschale. Sie kann verrechnet werden, wenn eine Therapie im Wasser verordnet wurde und die Einzelbehandlung im Geh- oder Schwimmbad stattgefunden hat. Die Pauschale deckt dabei die Nutzungskosten des Bades respektive die Eintrittskosten für Patient:in und Physiotherapeut:in mit einem fixen Betrag von CHF 30. Die gleichzeitige Verrechnung von 25.110 ist dabei für die Rechnungsstellung zwingend. Falls die Therapie ausnahmsweise nicht im Wasser stattfindet (z. B. im Falle eines Infektes oder aufgrund einer offenen Wunde) oder wenn der bzw. die Patient:in den Eintritt ins Gehbadschwimmbad selber bezahlt, kann die Zuschlagsposition nicht verrechnet werden. Neu muss die Behandlung im Geh- und Schwimmbad verordnet werden, da die Behandlung teurer ist als die übliche Behandlung in der Praxis.

25.650 Zuschlag bei Behandlung im Geh-, Schwimmbad im Gruppensetting

Diese Tarifposition ist ebenfalls als Pauschale definiert. Sie kann bei Gruppentherapien im Wasser verrechnet werden. Dabei kann die Tarifposition einmal pro Gruppenteilnehmer:in plus einmal für den oder die Therapeut:in verrechnet werden. Die Summe wird anschliessend auf die Anzahl an der Therapie teilnehmenden Personen verteilt (Divisormethode). Dadurch wird der Eintritt für den oder die Therapeut:in auf die einzelnen Teilnehmenden verteilt. Für Teilnehmende, welche den Eintritt ins Schwimmbad selber bezahlen, kann der Zuschlag nicht abgerechnet werden, da es sich nicht um eine Leistung handelt, welche von dem oder der Physiotherapeut:in erbracht wurde.

Beispiel Gruppentherapie im Gehbad

Therapeutin W bietet eine Gruppentherapie für Hüftpatienten im Gehbad an. Die Therapiesitzung dauert 45 Minuten, plus 15 Minuten Vorbereitungs- und Wechselzeit. In der Gehbad-Hüft-Gruppe sind vier Patientinnen.

Abrechnung bisher

4 x Pauschale Gruppentherapie (7330)
+ 4 x Zuschlag Geh- und Schwimmbad (7352)
= 176 TP

Abrechnung neu

12 x 5 Min. Gruppentherapie inkl. Wechselzeit (25.410)
+ 5 x Zuschlag Geh- und Schwimmbad Gruppensetting (25.650, 15 TP pro Patient:in und Physiotherapeut:in)
= 199.60 TP
Taxpunktmenge geteilt durch Anzahl Teilnehmende: 199.60 / 4 = 49.00 TP pro Patient:in

4.7 Auswertung, Kommunikation und übrige Leistungen (Tarifpositionen 25.710–25.770)

Neu können Leistungen, die in Abwesenheit der Patient:innen erbracht werden, separat abgerechnet werden. Auch diese Leistungen können – mit Ausnahme des Verfassens von Berichten und der Wegentschädigung – im 5-Minuten-Takt abgerechnet werden.

25.710 Auswertungs- und Koordinationsaufgaben in Abwesenheit des Patienten

Diese Tarifposition beinhaltet sämtliche Organisations- und Koordinationsaufgaben, die in Abwesenheit der Patient:innen durchgeführt werden. Dazu gehören das Organisieren und Vorbereiten von Besprechungen mit anderen an der Behandlung beteiligten Fachpersonen, das Zusammenstellen von Informationen für die Patient:innen, die Auswertung von Tests oder Assessments, die Recherche und Vorbereitung besonderer Fälle und die fachspezifische Kommunikation mit Kostenträgern. Die eigentliche Durchführung von Besprechungen und Beratungen kann unter der Tarifposition 25.710 abgerechnet werden.

Die Tarifposition 25.710 kann maximal zwölfmal pro neun Behandlungen abgerechnet werden, sprich für maximal 60 Minuten.

Grundsätzlich werden nur notwendige Leistungen vergütet. Dies betrifft auch alle Leistungen, die in Abwesenheit der Patient:innen erbracht werden. Neu wird zwischen Arbeit in Anwesenheit der Patient:innen und Arbeit in Abwesenheit der Patient:innen unterschieden.

Beispiel Heimübungsprogramm

Administrative Leistungen werden, wenn möglich, während der Behandlung erbracht, z. B. wenn sich die Patient:innen umziehen. Wenn das nicht möglich ist, so kann die administrative Arbeit, wie z. B. das Erstellen eines Heimübungsprogrammes, nach der Behandlung in Abwesenheit der Patient:innen erstellt werden. Nachfolgend werden die beiden Abrechnungswege erläutert. Wenn bisher z. B. 30 Minuten behandelt und 5 Minuten ein Heimübungsprogramm erstellt wurde, konnte dies mit einer Sitzungspauschale abgerechnet werden.

Abrechnung bisher

- Pauschale für Einzeltherapie (7301)
= 48 TP

Abrechnung neu

- Erstellen eines Heimübungsprogrammes während der Therapie:
6 x 5 Minuten Patientenbehandlung (25.110)
= 60.20 TP
- Erstellen eines Heimübungsprogrammes nach der Therapie:
6 x 5 Minuten Patientenbehandlung (25.110)
+ 5 Minuten Auswertungs- und Koordinationsaufgaben in A. des Patienten (25.710)
= 69.90 TP

Grundsätzlich soll weiterhin wie bisher gearbeitet werden. Die Tarifpartner gehen davon aus, dass durch die Differenzierung der bisherigen Pauschale keine prinzipielle Verlängerung der abrechenbaren Zeit entsteht. Sollte diese Tarifposition zu unerklärlich hohen Kosten führen, so kann sie im Rahmen des Monitorings wieder limitiert werden. Mehr Informationen folgen im Kapitel 7 Monitoring.

25.720 Besprechung/Beratung in An- oder Abwesenheit des Patienten

Unter diesen Tarifpositionen kann der Zeitaufwand verrechnet werden, der für Besprechungen mit anderen an der Behandlung beteiligten Fachpersonen (z. B. verordnende Ärztin, involvierte Psychologin, Ergotherapeut etc.) oder für Gespräche mit Personen im alltäglichen Umfeld (z. B. Eltern, Betreuungspersonen etc.) der Patient:innen aufgewendet wird. Die Behandlung ist auf maximal 60 Minuten pro neun Behandlungen limitiert. Falls ein höherer Aufwand absehbar ist, kann ein entsprechendes Gesuch für eine Kostengutsprache eingereicht werden. Gespräche im Sinne einer Fallbesprechung oder einer Supervision gehören zum persönlichen Lernprozess und können nicht über diese Tarifposition abgerechnet werden.

25.730–25.750 Verfassen von Berichten 1–3

Bis anhin wurde die Verrechnung von Berichten in einer separaten Vereinbarung geregelt. Neu wurden diese Tarifpositionen in die Tarifstruktur integriert. Die Tarifpositionen 25.730–25.750 entsprechen in der Anwendung den bisherigen Tarifpositionen 7391–7393.

Vergütet werden nur Berichte, die explizit von der Versicherung bei den Physiotherapeut:innen angefordert wird. Dabei wird ein Bericht jeweils mit einem Pauschalbetrag vergütet. Die Höhe der Pauschalen wurde gemäss der Teuerung seit der Einführung der bereits bekannten Berichtspositionen angepasst. Die Vergütung unterscheidet sich dabei nach Länge und Form der Berichte:

- Bericht 1 – Eine A4-Seite, welche die Antworten auf gezielte Fragen des Versicherers enthält.
- Bericht 2 – Entweder zwei A4-Seiten mit Antworten auf gezielte Fragen des Versicherers (formalisierter Bericht) oder 660–2100 Zeichen (nicht formalisierter Bericht).
- Bericht 3 – Entweder drei A4-Seiten Antworten auf gezielte Fragen des Versicherers (formalisierter Bericht) oder 2101–3600 Zeichen (nicht formalisierter Bericht).

25.760 Herstellen und Anpassen von Schienen in Abwesenheit des Patienten

Auch die Tarifposition 25.760 «Herstellen und Anpassen von Schienen in Abwesenheit des Patienten» wurde neu in den Tarif aufgenommen. Die Tarifposition kann abgerechnet werden, wenn sie entsprechend verordnet wurde und deckt die Zeit für die Vorbereitung, Erstellung und Anpassung einer individuell auf den bzw. die Patient:in angepassten Schiene ab (z. B. Klumpfussschienen). Das verwendete Material kann mit der Tarifposition 25.810 abgerechnet werden. Die Zeit für die Anpassung der Schienen zusammen mit dem bzw. der Patient:in wird über die Tarifposition 25.110 abgerechnet.

25.770 Wegentschädigung pro Minute

Neu wird die Wegentschädigung pro Minute abgerechnet und deckt sowohl die aufgewendete Zeit als auch die Fahrkosten. Dabei sind im Preis sowohl die Entschädigung für das Auto als auch die Personalkosten der Physiotherapeut:innen enthalten. Ausschlaggebend für die Berechnung der Zeit gilt die in einem gängigen Routenplaner effektive (auf direktem Weg) ausgewiesene Fahrzeit für Automobile.

Werden an derselben Adresse mehrere Patient:innen behandelt, wird die Wegpauschale per Divisormethode verrechnet. Dies bedeutet, dass die Wegpauschale durch die Anzahl Patient:innen geteilt wird, die an dieser Adresse betreut werden. Dies gilt auch, wenn weitere Patient:innen an dieser Adresse betreut werden, deren Behandlung durch das KVG vergütet wird. Der Weg für die Rückkehr bemisst sich nach dem direkten Weg vom letzten Patienten zurück zur Praxis und wird dem letzten Patienten in Rechnung gestellt. Dem letzten Patienten wird somit sowohl der Weg zu ihm als auch der Weg zurück in die Praxis in Rechnung gestellt. Die Wegentschädigung wird nur in Kombination mit einer explizit verordneten Domizilbehandlung respektive Wohnungs- oder Arbeitsplatzabklärung vergütet. Distanzen von mehr als 25 Kilometern werden nur im Ausnahmefall übernommen und nur mit einer vorliegenden Kostengutsprache vergütet.

Beispiel Wegentschädigung 1: Mehrere Personen an unterschiedlichen Wohnorten

Therapeut V macht eine Domizil-Runde, auf der er fünf Patient:innen behandelt. Der Weg von der Praxis zur ersten Patientin dauert 15 Minuten, der Weg von der ersten zur zweiten und von der zweiten zur dritten Patientin je 10 Minuten. Von Patientin drei zu Patient vier dauert es sechs Minuten, von Patient vier zu Patient fünf 10 Minuten. Von Patient fünf dauert es 8 Minuten zurück zur Praxis.

Abrechnung bisher

- Jedem Patienten 1 x 34 TP

Abrechnung neu

- Patientin 1: 15 x 2.32 TP
- Patientin 2: 10 x 2.32 TP
- Patientin 3: 10 x 2.32 TP
- Patient 4: 6 x 2.32 TP
- Patient 5: 10 x 2.32 TP sowie 8 x 2.32 TP

Beispiel Wegentschädigung 2: Mehrere Patient:innen an der gleichen Wohnadresse

Therapeutin V behandelt fünf Patient:innen in einem Wohnheim. Von der Praxis benötigt sie 15 Minuten in das Wohnheim. Anschliessend behandelt sie noch ein Ehepaar im Domizil, sie benötigt 8 Minuten vom Wohnheim zum Ehepaar. Vom Ehepaar fährt sie direkt nach Hause.

Abrechnung bisher

- Für die Behandlungen im Wohnheim war keine Wegentschädigung abrechenbar.
- Für die Behandlung des Ehepaars konnte die Wegpauschale bisher einem der beiden Patient:innen in Rechnung gestellt werden.
- 1 x 34 TP

Abrechnung neu

- Die Wegpauschale kann neu auch in Alters- und Pflege- und Wohnheimen abgerechnet werden, sofern mit diesen Institutionen keine Leistungsvereinbarung besteht. Dabei wird die Wegzeit mittels Divisormethode auf alle Patient:innen aufgeteilt, die an dieser Adresse behandelt wurden.
 - Patient:innen im Wohnheim:
 $15 \times 2.32 \text{ TP} = 34.80 \text{ TP}$
 Taxpunktmenge geteilt durch Anzahl Patient:innen im Wohnheim: $34.80 / 5 = 6.96 \text{ TP}$ pro Patient:in
 - Ehepaar im Domizil:
 $8 \times 2.32 \text{ TP} = 18.56$
 Taxpunktmenge geteilt durch Anzahl Patient:innen im Domizil: $18.56 / 2 = 9.28 \text{ TP}$ pro Patient:in
- Der Rückweg vom Ehepaar zur Privatadresse kann nicht in Rechnung gestellt werden.

4.8 Behandlungsmaterial (Tarifpositionen 25.810 und 25.820)

25.810 Patientenspezifisches Behandlungsmaterial

Das Behandlungsmaterial umfasst dasjenige Material, das für eine spezifische Therapiemethode genutzt wird und nicht für mehrere Patient:innen wiederverwendet werden kann (z. B. Dry Needling Nadeln, Tape). Allgemeines Verbrauchsmaterial wie Desinfektions- oder Flächenreinigungsmittel kann nicht extra in Rechnung gestellt werden. Die Kosten für Verbrauchsmaterialien wurden bereits in die Kosten für die einzelnen Tarifpositionen eingerechnet und werden über diese vergütet.

Die Verrechnung von Behandlungsmaterial wurde an die im KVG bereits seit 2018 gültige Regelung angepasst. Neu wird bei Behandlungsmaterial auch im UV/MV/IV die Menge des

benötigten Materials inklusive des Einkaufspreises (+MWST) angegeben, + 10 % des Einkaufspreises. Das Behandlungsmaterial ist mit demjenigen Datum abzurechnen, an welchem es gebraucht wurde. Material, das für die Herstellung einer Handschiene verwendet wird, kann nur abgerechnet werden, wenn die Schiene ärztlich verordnet worden ist. Zusätzlich können neu auch die Nadeln fürs Dry Needling abgerechnet werden. Auch hierzu werden die Mengen pro Materialart und Einkaufspreis für die Abrechnung angegeben. Es handelt sich um eine Positiv-Liste. Das heisst, es kann nur Material abgerechnet werden, das einem der sieben aufgelisteten Punkte zugeordnet werden kann.

Positiv-Liste:

- Verbands-/Polstermaterial
- Tape
- Material für Beckenbodenrehabilitation
- Elektroden für Elektrotherapie
- Nadeln für Dry Needling
- Material für Atemtherapie
- Schienen, Gips- und Schienenmaterial

25.820 Zuschlag für die Behandlung von Beckenbodendysfunktionen in Einzeltherapie

Diese Zuschlagsposition kann bei Beckenbodentherapien angewendet werden, die am Perineum oder im inneren Beckenbodenbereich durchgeführt werden. Sie deckt die Kosten für spezifisches Hygiene- und Verbrauchsmaterial, das bei diesen Behandlungen zur Einhaltung der zusätzlichen Hygienegerichtlinien gebraucht wird. Die Pauschale kann einmal pro Sitzung verrechnet werden und deckt die bisherigen Tarifpositionen 7362 und 7363 ab, die einmal pro Jahr abgerechnet werden konnten. Hygienematerial, das für andere Therapieleistungen verwendet wird, wie z. B. die Flächenreinigung der Liege etc. wurde in den einzelnen Sitzungspositionen miteingerechnet. Spezifisches Behandlungsmaterial, das für die Beckenbodentherapie verwendet wird (z. B. Pessar, Sonden etc.), kann über die Tarifposition 25.810 verrechnet werden.

5. Ausführungsbestimmungen

In den Ausführungsbestimmungen sind verschiedene weitere Themen zur Tarifierung geregelt. Dazu gehören die Abrechnungsbestimmungen oder auch Verpflichtungen der einzelnen Vertragsteilnehmer. Die wichtigsten Bestimmungen werden hier kurz erläutert.

5.1 Verordnungsformular

Zum neuen Tarifvertrag gibt es ebenfalls ein neues Verordnungsformular, das auf den Websites der verschiedenen Tarifpartner zu finden ist. Die Verordnungen für Unfall-, Militär oder Invalidenversicherte soll über dieses neue Formular ausgefüllt werden. Dieses bietet die Möglichkeit, auch die neu aufgenommenen Leistungen zu verordnen und entspricht den erweiterten Möglichkeiten des neuen Tarifs. Das neue Verordnungsformular kann auch im KVG-Bereich verwendet werden. Zu beachten ist, dass die neuen Leistungen (Wohnungs- und Arbeitsplatzabklärungen, Behandlung an Sonn- und Feiertagen und die Schienenversorgung) im KVG-Bereich nicht verordnet werden können.

5.2 Kostengutsprachegesuch

Auf der zweiten Seite des neuen Verordnungsformulars ist ein Formular zur Einreichung eines Kostengutsprachegesuchs enthalten. Dieses hat das Ziel, den aktuellen Ablauf zu vereinfachen. Ab der 37. Sitzung ist für die Weiterführung der Therapie ein vorliegendes Kostengutsprachegesuch erforderlich. Dazu füllt die ausstellende Ärztin das Kostengutsprachegesuch auf Seite 2 des Verordnungsformulars zusätzlich zum Ausstellen der Verordnung aus und übermittelt das Verordnungsformular inklusive Kostengutsprachegesuch an die Physiotherapiepraxis. Die zuständige Physiotherapeutin vervollständigt das Kostengutsprachegesuch und reicht dieses zusammen mit dem Verordnungsformular bei der Versicherung ein. Die Versicherung prüft die eingereichten Unterlagen und stellt eine entsprechende Kostengutsprache aus. Das Kostengutsprachegesuch kann im KVG-Bereich nicht angewendet werden, da dort ein ärztlicher Bericht notwendig ist, um eine Kostengutsprache zu beantragen.

5.3 Anwendungsregeln

5.3.1 MTT

Neu wurden für die Abrechnung der MTT-Positionen gewisse Infrastrukturvorgaben festgelegt. Dazu gehören mindestens folgende Geräte:

- 1 Kardiogerät (Herz-/ Kreislauftraining)
- 1 Gerät für untere Extremitäten
- 1 Gerät für obere Extremitäten
- 1 Gerät für den Rumpf
- 2 freie Arbeitsstationen

An den zwei freien Arbeitsstationen muss ein freies Training mithilfe von Hanteln, Balancegeräten o. ä. durchgeführt werden können. Diese Grundausstattung an MTT-Geräten und MTT-Material kann nach Bedarf auch weiter ergänzt werden. Geräte, mit denen mehrere Körperregionen trainiert werden können, gelten als ein Gerät und decken nicht mehrere Geräte gemäss der obigen Aufzählung ab.

5.4 Vergütungsregeln

Die Rechnungen werden elektronisch gemäss geltenden XML-Standards gestellt. Die Anzahl Taxpunkte pro Tarifposition sind nicht gerundet. Dies kann zu – am Anfang - etwas gewöhnungsbedürftigen ungeraden Beträgen (in CHF) für die einzelnen Sitzungen führen. Gerundet wird jeweils bei der Rechnungsstellung. Dabei werden alle Sitzungsbeträge zusammengezählt und auf die nächsten 5 Rp. auf- oder abgerundet. Die Rechnungsstellung erfolgt im Regelfall nach Abschluss der verordneten Leistungen, also nach neun Sitzungen, oder nach Abschluss der Therapie, falls dieser früher eintritt.

Grundsätzlich begleichen die Versicherer eine Rechnung innerhalb von 30 Tagen nach Rechnungseingang. Sollten dem Versicherer noch Unterlagen fehlen, die er zur Rechnungsbegleichung benötigen, melden er sich innerhalb von zehn Arbeitstagen. Die Frist zur Rechnungsbegleichung läuft ab dem Zeitpunkt weiter, an dem die benötigten Unterlagen beim Versicherer eingetroffen sind.

5.5 Tarifbeitritt

Alle Physiotherapeut:innen, die am 1. Juli 2025 Mitglied bei Physioswiss, H+ oder ASPI sind, treten automatisch dem Vertrag bei und müssen nichts unternehmen. Nach dem 1. Juli 2025 können neue Mitglieder über den jeweiligen Verband beitreten, sofern die Bedingungen gemäss Art. 2 des Tarifvertrages erfüllt sind. Nichtverbandsmitglieder erklären ihren Beitritt zum Vertrag gegenüber derjenigen Vertragspartei, bei der sie berechtigt wären, Mitglied zu sein. Für Nichtmitglieder werden eine Beitrittsgebühr und ein jährlicher Unkostenbeitrag erhoben.

6. Kommissionen

Mit dem neuen Vertrag sind auch verschiedene Kommissionen etabliert worden. Diese sollen einerseits die Weiterentwicklung und Pflege des neuen Tarifs sicherstellen und andererseits bei Uneinigkeiten zur Tarifierstellung tätig werden. Zudem werden die Qualitätsanforderungen durch die Kommissionen überprüft.

6.1 Die paritätische Vertrauens- und Qualitätssicherungskommission (PVQK)

6.1.1 Anlaufstelle bei Streitigkeiten

Die paritätische Vertrauens- und Qualitätssicherungskommission (PVQK) ist die Anlaufstelle für alle Tarifmitglieder, falls zwischen den Kostenträgern (Versicherern) und Leistungserbringern (Physiotherapeut:innen) Uneinigkeit über die Tarifierstellung herrscht. Sie besteht aus jeweils zwei Vertreter:innen der Kostenträger und zwei Vertreter:innen der Leistungserbringer. Bei Streitigkeiten kann sich eine Partei an die PVQK wenden.

Um einen Antrag an die PVQK zu stellen, muss das offizielle Antragsformular genutzt werden. Anschliessend wird das Sekretariat der PVQK (geführt von Physioswiss) die Anträge innert zehn Tagen den PVQK-Mitgliedern zustellen. Die Gegenseite wird danach aufgefordert, eine Stellungnahme einzureichen. Danach berät sich die PVQK und entwirft innerhalb von vier Monaten eine Empfehlung an die beiden Parteien. Die Empfehlung ist dabei nicht verbindlich, es wird jedoch davon ausgegangen, dass die Parteien dieser Empfehlung folgen. Allfällige Schlüsse aus den PVQK-Empfehlungen können von den Tarifpartnern online zur Verfügung gestellt werden.

Stellt die PVQK fest, dass Unklarheiten bei der Tarifierstellung vorliegen und der Tarif ergänzt beziehungsweise angepasst werden muss, kann sie einen Antrag an die Tarifkommission stellen (siehe unten). Die Tarifkommission prüft den Antrag und passt den Tarif gegebenenfalls entsprechend an.

6.1.2 Überprüfung der Qualitätsmassnahmen

Eine weitere Aufgabe der PVQK ist die Überprüfung der Vereinbarung über die Qualitätssicherung. Bei Einführung des neuen Tarifvertrags sind diese noch nicht abschliessend definiert, da die Massnahmen, die im Rahmen des KVGs verhandelt werden, automatisch in den Vertrag mit der UV/MV/IV einfließen werden. Bestimmte Richtlinien und Massnahmen sind jedoch bereits definiert und werden von der PVQK regelmässig anhand von Stichproben überprüft werden (ab drei Jahren nach Einführung des neuen Tarifs). Insbesondere folgender Punkt wird die PVQK im Rahmen ihrer Kontrollaufgabe überprüfen:

Anzahl Weiterbildungstage:

Im neuen Tarifvertrag sind für alle Physiotherapeut:innen, welche über den neuen Tarif abrechnen, sechs Weiterbildungstage respektive 36 Stunden Weiterbildung pro Jahr vorgeschrieben. Dabei wird der Durchschnitt der letzten drei Jahre betrachtet. Eine Weiterbildung, die in einem Jahr mehr als 36 Stunden dauert, kann entsprechend im nächsten Jahr angerechnet werden.

Als Fort- und Weiterbildung gelten:

- wissenschaftliche, klinische und/oder praxisrelevante Programmteile von Veranstaltungen wie Kursen, E-Learning-Kursen (z. B. Physiopaedia), Kongressen, Seminaren, Workshops, Tagungen und Symposien bei einem fachlich ausgewiesenen Anbieter. Die vermittelten Inhalte stehen dabei in einem direkten Zusammenhang mit der Berufsausübung.
- das Erteilen von Unterricht im Rahmen der Grundausbildung oder der beruflichen Fort- und Weiterbildung
- der Besuch von Qualitätszirkeln und deren Moderation
- der Nachweis der fachlichen Supervision als Fort- und Weiterbildung
- das Selbststudium von Fachzeitschriften, aktuellen wissenschaftlichen und fachspezifischen Publikationen (maximal werden zwölf Stunden pro Kalenderjahr angerechnet)

Um die notwendige Weiterbildung nachweisen zu können, müssen die entsprechenden Weiterbildungsbestätigungen aufbewahrt und auf Anfrage vorgelegt werden. Als Nachweis gelten am Kurs abgegebene Teilnahmebestätigungen, Zertifikate, Prüfergebnisse und ähnliche Dokumente oder Notizen über die Dauer und den Inhalt des Selbststudiums.

Wenn die PVQK feststellt, dass die überprüften Physiotherapeut:innen sich nicht an die Qualitätsvorgaben halten, kann sie Sanktionen aussprechen. Diese können von einer Verwarnung über Geldstrafen bis zu einem temporären oder definitiven Ausschluss vom Tarifvertrag reichen.

6.2 Tariffkommission

Eine essenzielle Neuerung ist die Etablierung einer Tariffkommission. Diese hat die Aufgabe, den Tarif regelmässig zu überarbeiten und gegebenenfalls neu zu bewerten. Dabei berücksichtigt die Tariffkommission, wo immer möglich, die aktuellen Kosten. Somit soll der neue Tarif die aktuelle Situation in der Physiotherapie bestmöglich abbilden und bei Veränderungen angepasst oder ergänzt werden können.

Anträge an die Tariffkommission können von allen Tarifmitgliedern gestellt werden, indem das offizielle Antragsformular an das Sekretariat der Tariffkommission (wird von Physioswiss geführt) eingereicht wird. Ein Antrag sollte dabei möglichst datengestützt sein, das heisst, es sollte möglichst nachgewiesen und aufgezeigt werden, welche Kosten für die Erbringung einer Leistung anfallen.

Die Tariffkommission ist ebenfalls zuständig für die Überprüfung des Monitorings nach Einführung des neuen Tarifs (siehe unten).

7. Monitoring

Mit der Einführung des neuen Tarifs startet auch die Überprüfung der Kostenentwicklung. Anders als im KV-Bereich unterliegt der neue Tarif im UV/IV/MV-Bereich nicht der Kostenneutralität. Dennoch dürfen die Kosten aufgrund eines Tarifwechsels auch hier nicht

unbegrenzt ansteigen. Die Tarifpartner haben deshalb ein Kostenmonitoring entwickelt, mit welchem die Kostenentwicklung beobachtet und der Tarif je nach Entwicklung angepasst wird. Die angestrebte Kostensteigerung liegt dabei bei 20 Prozent mit einem Korridor von plus/minus 1.5 Prozent (Maximum 21.5 Prozent / Minimum 18.5 Prozent) innerhalb der ersten Jahre nach Tarifeinführung. Sollte dieser Korridor über- oder unterschritten werden, müssen die Tarifpartner die Entwicklung genauer analysieren und den Tarif allfällig korrigieren.

7.1 Was bedeutet dies konkret?

Um das Kostenziel zu erreichen, ist es notwendig, dass sich das Abrechnungsverhalten der Physiotherapeut:innen nicht zu stark von der heutigen Abrechnungsmodalität unterscheidet. In der Bewertung einer neuen Tarifstruktur werden Annahmen getroffen. Eine dieser Annahmen ist, dass die Patient:innen heute bereits wirksam behandelt werden. Es wird demzufolge erwartet, dass die Behandlungen auch mit der neuen Tarifstruktur nicht signifikant länger dauern werden. Im Gegenteil, der neue Zeittarif soll dazu führen, dass die Sitzungsdauer optimal verteilt werden kann. Die Therapiedauer sollte jedoch nicht alleine deshalb ausgeweitet werden, weil dies mit der neuen Struktur möglich ist oder weil dies allenfalls von den Patient:innen gewünscht wird.

Dieselbe Annahme auch bei den Leistungen in Abwesenheit der Patient:innen. Die Leistungen, die bereits heute erbracht werden, sollen und können mit der neuen Tarifstruktur abgerechnet werden. Allerdings geht auch hier die Annahme davon aus, dass nicht plötzlich deutlich mehr Leistungen ausserhalb der Behandlung erbracht werden, sondern die Physiotherapeut:innen diese Leistungen auch weiterhin auf den für den Behandlungszweck geforderte Mass zu beschränken. Sprich: Nur weil die Möglichkeit besteht, Leistungen neu abzurechnen, bedeutet dies nicht, dass diese neu auch immer erbracht werden sollen. Leistungen wie Dossierführung oder das Erstellen von Trainingsplänen sollen auch weiterhin innerhalb der Therapie durchgeführt werden, sofern dies möglich und sinnvoll ist. Diese zu planen, liegt in der Kompetenz der Physiotherapeut:innen und ist sehr wichtig, damit das Kostenziel im Monitoring erreicht werden kann. Damit wird verhindert, dass Kürzungen notwendig werden, die alle Physiotherapeut:innen betreffen würden. Daher ist es wichtig, die neuen Tarifpositionen mit Augenmass und unter Berücksichtigung der WZW-Kriterien anzuwenden.