



18. Mai 2009

IV-Rundschreiben Nr. 277

Physiotherapieberichte (ersetzt das IV-Rundschreiben Nr. 258)

Sie erhalten mit diesem Rundschreiben die Tarifvereinbarung für die Abgeltung von Physiotherapie-Berichten zwischen physioswiss und den UV/MV/IV-Versicherern. Die mit dem Rundschreiben 258 kommunizierte Regelung der Berichtsvergütung bei der Invalidenversicherung wurde in dieser Vereinbarung übernommen und noch erweitert. Nebst den beiden bereits bekannten Berichten ist zusätzlich ein dritter formalisierter Kurzbericht mit vorgegebenem Fragebogen enthalten.

Die wichtigsten Punkte sind:

Die Berichtspositionen sind neu mit Tarifizern versehen und mit Taxpunkten bewertet, um sie später ggf. einfach in den Physiotherapietarif überführen zu können.

Die Berichte werden nur vergütet, wenn sie vorgängig von der IV-Stelle explizit eingefordert wurden. In der IV-Verfügung ist die Art des gewünschten Berichts (Bericht 1, 2 oder 3) aufzuführen.

Kann der Physiotherapeut den Bericht nicht ohne vorgängige Befragung oder Testung des Versicherten verfassen, kann er für diesen zusätzlichen Aufwand (Assessment) die Tarifiziffer 7350 verrechnen.

Beilagen

Vereinbarung
Formular_Physio

Vereinbarung

zwischen

**den Versicherern gemäss Bundesgesetz
über die Unfallversicherung**

vertreten durch die

Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK),

der Militärversicherung

vertreten durch die

Suva,

der Invalidenversicherung (IV)

vertreten durch

das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV),

nachfolgend **Versicherer** genannt

und

**dem Schweizer Physiotherapie Verband
physioswiss,**

H+ Die Spitäler der Schweiz,

nachfolgend **Leistungserbringer** genannt

betreffend

Vergütung von Physiotherapie-Berichten

1. Ausgangslage

Im Rahmen von physiotherapeutischen Behandlungen im UVG, MVG und IVG werden von den Versicherern vermehrt Berichte bei Physiotherapeutinnen (*aus Gründen der Lesbarkeit steht die weibliche Form jeweils für beide Geschlechter*) eingefordert. Da im Physiotherapietarif keine Berichtspositionen vorgesehen sind, haben sich die Versicherer mit dem Berufsverband physioswiss sowie mit H+ über die Vergütung solcher Berichte verständigt. Der gewählte Tarif lehnt sich dabei eng an die bereits bestehende Regelung im IV-Bereich an und ersetzt diese.

2. Vergütung von Berichten

2.1 Allgemeine Bestimmungen

- Der Versicherer legt bei der Auftragserteilung fest, welche Art von Bericht er wünscht (z.B. ein nicht formalisierter Bericht 2), oder er fügt bei formalisierten Berichten das auszufüllende Formular bei. Fehlt eine Konkretisierung bei der Auftragserteilung, kann die Physiotherapeutin davon ausgehen, dass der Versicherer etwa eine (1) A4-Seite freien Text erwartet und dafür einen Bericht 2 vergütet.
- Wenn es aus Sicht der Physiotherapeutin Gründe gibt, die gegen eine Berichtserstellung im Rahmen des Auftrags sprechen, nimmt sie mit dem Versicherer Rücksprache und vereinbart das weitere Vorgehen.
- Unvollständige Berichte, in denen wichtige Informationen fehlen, müssen kostenlos ergänzt werden.
- Ist die Vergütung eines Berichtes unklar, so ist die Definition analog zum TARMED massgebend, wonach eine Seite freier Text mindestens 35 Zeilen (10 Punkt-Schrift) beinhalten muss. Das bedeutet z.B., dass ein Bericht 2 (Ziffer 7492) einen Umfang in der Grössenordnung von 35 Zeilen freien Text haben muss.
- Wird im Zusammenhang mit dem Bericht zusätzlich ein Assessment verlangt, so kann für dieses einmal die Ziffer 7350 in Rechnung gestellt werden.
- Diese Regelung gilt ohne Präjudiz für die im Rahmen einer künftigen Revision des Physiotherapietarifs allenfalls festzulegende Vergütung von Berichten.
- Physiotherapie-Berichte sollen nicht in jedem Einzelfall eingefordert werden, sondern nur dann, wenn aus Sicht der Versicherer ein derartiger Bericht für die Fallbeurteilung notwendig ist (kein Automatismus).
- **IV:** Diese Vergütungsregelung ersetzt jene des IV Rundschreibens Nr. 258.

2.2 Tarif

Bericht 1 - Formalisierter Bericht

Ziffer 7491 Vergütungspauschale pro Bericht

25 TP

Berichtsumfang

eine A4-Seite (siehe Anhang: Fragebogen der Versicherer *)

Berichtsinhalt

Enthält in der Regel die Antworten auf gezielte Fragen des Versicherers (formalisierter Bericht). Bestandteil dieses Berichtes kann u.a. eine Begründung der Physiotherapeutin für eine 3. oder 4. Serie sein, warum aus ihrer Sicht eine weitere Therapie sinnvoll ist oder auch eine Einschätzung zur Leistungsfähigkeit des Patienten sein.

Bericht 2 - Formalisierter oder nicht formalisierter Bericht

Ziffer 7492 Vergütungspauschale pro Bericht

50 TP

Berichtsumfang

Formalisierter Bericht im Umfang von zwei A4-Seiten oder nicht formalisierter Bericht im Umfang von einer A4-Seite freier Text (siehe dazu Ziffer 2.1 Abs.5 der allgemeinen Bestimmungen in dieser Vereinbarung).

Berichtsinhalt:

Enthält Anamnese/Verlauf, Therapieziele und Prognose (wahrscheinlicher Grad der Funktionsverbesserung). Wird ein einfacher „normaler“ Zwischen- oder Verlaufsbericht (ohne spezifischen umfangreichen Fragekatalog) verlangt, gilt dies in jedem Fall höchstens als Bericht 2.

*) Der Fragebogen kann ebenfalls von unserer Webseite heruntergeladen werden:

www.zmt.ch

Bericht 3 (Formalisierter oder nicht formalisierter Bericht)

Ziffer 7493 Vergütungspauschale pro Bericht

100 TP

Berichtsumfang:

Formalisierter oder nicht formalisierter Bericht. Formalisierte Berichte im Umfang von mindestens drei A4-Seiten. Nicht formalisierte Berichte mit mindestens zwei A4-Seiten freiem Text (siehe dazu Ziffer 2.1 Abs.5 der allgemeinen Bestimmungen in dieser Vereinbarung).

Berichtsinhalt:

Enthält neben Anamnese/Verlauf, Therapiezielen und Prognose noch weitere von den Versicherern verlangte Informationen.

Ist die Zuordnung eines Berichtes in eine der drei Berichtskategorien unklar, so gelten die Ausführungen gemäss Ziff. 2.1 Punkt 4 der Allgemeinen Bestimmungen.

3. Vergütungsvoraussetzungen

- Von Physiotherapeutinnen verfasste Berichte werden nur vergütet, wenn sie vorgängig vom Versicherer verlangt wurden. Unaufgefordert zugestellte Berichte werden nicht vergütet. Die Beweispflicht, dass ein Bericht vom Versicherer verlangt worden ist, liegt beim Leistungserbringer, der Rechnung stellt.
- Die Vergütung erfolgt direkt an den Leistungserbringer und ist in der Regel 30 Tage nach Rechnungsstellung fällig.
- Für die Behandlung von IV-Versicherten gilt Art. 5 der Ausführungsbestimmungen zum Tarifvertrag vom 1. September 1997.

4. Inkraftsetzung / Kündigung

Diese Vereinbarung tritt am 1. April 2009 in Kraft und läuft im Rahmen eines Pilotprojektes für 2 Jahre. Die Vertragspartner werden nach Ablauf von 18 Monaten ab Inkraftsetzung eine Evaluation zur Berichtsvergütung vornehmen.

Sursee, Luzern, Bern, 20. März 2009

Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK)

Der Präsident

Felix Weber

**Suva
Abteilung Militärversicherung**

Der Direktor

Stefan A. Dettwiler

**Bundesamt für Sozialversicherungen
Geschäftsfeld Invalidenversicherung**

Der Vizedirektor

Alard du Bois-Reymond

**physioswiss
Schweizer Physiotherapie Verband**

Die Präsidentin

Omega Erika Huber

Die Geschäftsführerin

Maja Müller

H+ Die Spitäler der Schweiz

Der Präsident

Charles Favre

Der Direktor

Bernhard Wegmüller

Anhang: Fragebogen der Versicherer (formalisierter Bericht 1)

Physiotherapie Institut

Personalien Patient

Name Vorname

Strasse PLZ / Wohnort

Geburtsdatum

KK / Versicherer Vers.-/Unfall-Nr.

XXXXX

Überweisungsdiagnose

Behandlungsziele

Relevantes Assessment

z.B Messung von Gelenkbeweglichkeit, Kraft, Schmerzen - Nennung von Methode und Messwert

Eintrittsmessung am

Aktuelle Messung am

Kooperation des Patienten

gut genügend inkonsistent Symptomausweitung

Beurteilung / Prozedere / Fragestellungen

Entscheidungshilfe zur Arbeitsfähigkeit

Zumutbare Arbeitsfähigkeit aus physiotherapeutischer Sicht ab Woche

voll teilweise Arbeitsunfähig

Datum

Unterschrift