



# MERKBLATT

zur Anwendung des Tarifs zur Entschädigung  
physiotherapeutischer Leistungen im Bereich der UV/MV/IV  
ab 1. Juli 2025

## Geltungsbereich

Zuständiger Versicherer	Für die Abrechnung notwendige Unterlagen
✓ Unfallversicherung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unfall- / Schadennummer</li> <li>Name der Unfallversicherung</li> <li>Gültige Verordnung für Physiotherapie</li> </ul>
✓ Invalidenversicherung	<ul style="list-style-type: none"> <li>IV-Fürführungsnummer</li> <li>Gültige Verordnung für Physiotherapie</li> </ul>
✓ Militärversicherung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Versichertenkarte (wenn vorhanden)</li> <li>MV-Versichertennummer oder Sozialversicherungsnummer</li> <li>Gültige Verordnung für Physiotherapie</li> </ul>

Im KVG gilt weiterhin die Tarifstruktur 312 aus dem Jahr 2018.

Krankenversicherung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Versichertenkarte</li> <li>Sozialversicherungsnummer</li> <li>Gültige Verordnung für Physiotherapie</li> </ul>
✗	

## Tarifstruktur - Lesehilfe

Physiotherapietarif gültig ab 01.07.2025				
Ziffer	Leistungsbeschrieb	Interpretationen	Regeln	Taxpunkte
25.1	Physiotherapeutische Leistungen Einzelsetting	Anmerkung: Personenbezeichnungen gelten für alle Menschen. Aus Gründen der Lesbarkeit wird jeweils entweder die weibliche oder männliche Form verwendet. Bei Unklarheiten in der Interpretation ist die deutsche Version massgebend.		

- Ziffer: Eindeutig zuordenbare Tarifziffer, die zur Überprüfung der Abrechnung verwendet wird. Die bisherigen Tarifziffern beginnend mit 73xx sind mit der Einführung des neuen Tarifs im Bereich UV, MV und IV nicht mehr gültig.
- Leistungsbeschrieb: Kurzbeschreibung der Tarifposition. Diese ist auf der Rechnung ersichtlich.
- Interpretation: Kurze Erklärung, welche Leistungen über die Tarifposition abgegolten werden.
- Regeln: Voraussetzungen und Limitationen (z.B. maximale Sitzungsdauer) für die Abrechnung der Tarifposition.
- Taxpunkte: Die Taxpunkte multipliziert mit dem Taxpunktewert (1 Franken) ergeben die Vergütung der Leistung.

## Taxpunktewert: 1 Franken

Der Taxpunktewert für den Bereich UV, MV und IV ist national gültig und liegt bei 1 Franken.

## Tarifpositionen

Hier finden Sie eine Übersicht der einzelnen Tarifpositionen in der neuen Tarifstruktur im Bereich UV/MV/IV. Die Erklärung der einzelnen Positionen und die zur Abrechnung relevanten Regeln finden Sie in der Tarifstruktur. Weitere Hintergrundinformationen finden Sie im Handbuch (ab Ende März 2025 verfügbar).

Physiotherapietarif UV/MV/IV gültig ab 01.07.2025		
Ziffer	Physiotherapeutische Leistungen	TP
<b>25.1</b>	<b>Einzelsetting</b>	
25.110	Patientenbehandlung (Einzelsetting), pro 5 Min.	10.03
25.120	Patientenbehandlung Hippotherapie (Einzelsetting), pro 5 Min.	18.26
25.130	Durchführung von Wohnungs- oder Arbeitsplatzabklärungen, pro 5 Min.	10.03
<b>25.2</b>	<b>Robotik</b>	
25.210	Patientenbehandlung Robotik obere Extremität (Einzelsetting), pro 5 Min.	11.57
25.220	Patientenbehandlung Robotik untere Extremität (Einzelsetting), pro 5 Min.	14.44
<b>25.3</b>	<b>Behandlungsmassnahmen auf räumliche Distanz</b>	
25.310	Patientenbehandlung (Einzelsetting) auf räumliche Distanz, pro 5 Minuten	10.03
<b>25.4</b>	<b>Gruppensetting</b>	
25.410	Patientenbehandlung (Gruppensetting), pro 5 Min.	10.38
<b>25.5</b>	<b>Medizinische Trainingstherapie</b>	
25.510	MTT-Einführung / Reevaluation (Einzelsetting), pro 5 Min.	10.23
25.520	MTT-Training (selbstständig)	48.47
<b>25.6</b>	<b>Zuschlagspositionen zur Patientenbehandlung</b>	
25.610	Zuschlag für zweiten Physiotherapeuten im Einzelsetting, pro 5 Min.	9.28
25.620	Zuschlag für zweiten Physiotherapeuten im Gruppensetting, pro 5 Min.	9.28
25.630	Zuschlag für die Behandlung an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen, pro 5 Min.	3.65
25.640	Zuschlag für Geh-, Schwimmbad Einzelsetting	30.00
25.650	Zuschlag für Geh-, Schwimmbad Gruppensetting	15.00
<b>25.7</b>	<b>Auswertung, Kommunikation und übrige Leistungen</b>	
25.710	Auswertungs- und Koordinationsaufgaben in Abwesenheit des Patienten, pro 5 Min.	9.72
25.720	Besprechung / Beratung in An- oder Abwesenheit des Patienten, pro 5 Min.	9.72
25.730	Bericht 1 - Formalisierter Bericht	26.20
25.740	Bericht 2 - Formalisierter oder nicht formalisierter Bericht	52.40
25.750	Bericht 3 - Formalisierter oder nicht formalisierter Bericht	104.80
25.760	Herstellen und Anpassen von Schienen in Abwesenheit des Patienten, pro 5 Min.	9.72
25.770	Wegentschädigung pro Min.	2.32
<b>25.8</b>	<b>Behandlungsmaterial</b>	
25.810	Patientenspezifisches Behandlungsmaterial	
25.820	Zuschlag für die Behandlung von Beckenbodendysfunktionen in der Einzeltherapie	5.00

## Planung der Behandlung

- Geplant wird die Zeit, die voraussichtlich für die Patient:innen aufgewendet wird.
- Die neue flexible Planung der Therapiezeiten kann in gewissen Fällen zu Leerzeiten führen, wenn eine Behandlung nicht so lange dauert, wie sie ursprünglich geplant war. In dieser Zeit können administrative Arbeiten oder andere praxisrelevante Tätigkeiten vorgezogen werden.
- In die Produktivität im Kostenmodell wurden Tätigkeiten, die für die physiotherapeutische Leistungserbringung erforderlich sind, aber nicht direkt abgerechnet werden können, eingerechnet (z.B. Waschen der Liegenabdeckungen, Terminplanung, Teamkommunikation etc.). Sie werden über die Tarifpositionen vergütet.
- Die Therapiezeit wird ausschliesslich von den behandelnden Physiotherapeut:innen bestimmt. Die Patient:innen haben kein Anrecht auf eine Therapiedauer, welche über die wirksame und zweckmässige Behandlung hinausgeht.

## Abrechnung

- Abgerechnet wird die tatsächlich aufgewendete Zeit.
- Administrative Arbeiten müssen explizit abgerechnet werden, da sie nicht mehr durch eine Pauschale abgedeckt sind.
- Auf der Abrechnung ist transparent ersichtlich, wann und wie viel Zeit für die Behandlung aufgewendet wurde.
- Die Rechnungsstellung erfolgt zeitnah nach der letzten Behandlung, spätestens aber nach neun Behandlungen.
- Die Versicherer verpflichten sich, die Rechnungen innerhalb von 30 Tagen nach Rechnungseingang bzw. nach Eingang aller zur Beurteilung des Falls notwendigen Dokumente zu begleichen. Die Versicherer melden sich innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Rechnungseingang, falls notwendige Informationen für die Prüfung der Rechnung fehlen.
- Auf Nachfrage müssen die Physiotherapeut:innen gegenüber der Versicherung die Therapiemassnahmen und/oder die Verrechnung der entsprechenden Tarifpositionen begründen. Diese Auskunft wird nicht vergütet und kann bei vorgängiger Absprache mit dem Versicherer, über eine geschützte Verbindung via E-Mail, erfolgen.

## Verordnung

- Für den Bereich UV/MV/IV gibt es ein neues Verordnungsformular. Dieses muss ab dem 1.Juli 2025 verwendet werden (siehe Bild). Das Verordnungsformular ist auf der Website der Tarifpartner abrufbar.
- Pro Verordnung werden maximal neun Behandlungen vergütet.
- Pro MTT-Verordnung werden maximal 36 Behandlungen vergütet, inkl. der Einführung und Reevaluationen.
- Für IV-Patient:innen gilt die Gültigkeitsdauer der Verfügung.
- Die erste Behandlung muss innerhalb von fünf Wochen nach Ausstellung der ärztlichen Verordnung durchgeführt werden. Andernfalls verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.
- Die ersten neun Behandlungen erfolgen ohne vorgängige Zustimmung des Versicherers. Die ärztliche Verordnung ist als Kopie zusammen mit der Rechnung dem Versicherer einzureichen.
- Die zweite und alle weiteren Verordnungen müssen die Physiotherapeut:innen nach Erhalt dem zuständigen Versicherer zustellen.
- Jede MTT-Verordnung ist nach Erhalt durch die Physiotherapeut:in dem zuständigen Versicherer weiterzuleiten.
- Die Zustimmung für die weiteren Behandlungen respektive für MTT gilt als erteilt, wenn der Versicherer nicht innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Erhalt des Verordnungsformulars beim Leistungserbringer interveniert.



The screenshot shows the 'Verordnung zur Physiotherapie' (Prescription for Physiotherapy) form. It includes sections for personal details, treatment selection (Physiotherapeutic treatment, Medical Training Therapy, Hipotherapy, Treatment in Geriatry / Orthopedics, Robotic care for UV/MV/IV), treatment frequency (first, second, third, fourth, fifth), and treatment purpose (short-term treatment, treatment on days off and holidays, long-term treatment up to 37 sessions). There are also fields for medical history, treatment plan, remarks, and a signature section at the bottom.

## Kostengutsprache (KoGu) für Langzeitbehandlung

- Ab der 37. Behandlung ist eine Langzeitbehandlung möglich. Dazu braucht es eine ärztliche Verordnung für Langzeitbehandlung und ein Kostengutsprache (KoGu)-Gesuch (siehe Bild).
- Dazu füllt die verordnende Ärztin den Abschnitt «Ärztliche Einschätzung» aus und übermittelt das Verordnungsformular zusammen mit dem KoGu-Gesuch an die Physiotherapiepraxis.
- Die Physiotherapiepraxis füllt den Abschnitt «Physiotherapeutische Einschätzung» aus und reicht das Verordnungsformular zusammen mit dem KoGu-Gesuch bei der Versicherung ein.
- Der Versicherer prüft die eingereichten Unterlagen und erteilt innert zehn Arbeitstagen eine schriftliche KoGu, welche die Anzahl Behandlungen und den Behandlungszeitraum festlegt.
- Behandlungen, welche innerhalb der Bearbeitungsfrist geleistet werden, werden vom Versicherer übernommen.



The screenshot shows the 'Kostengutsprachegesuch für Langzeitbehandlung' (Cost Estimate Request for Long-term Treatment) form. It includes sections for physician details, physician evaluation (recommendations for therapy, duration, frequency), physiotherapist evaluation (physiotherapeutic evaluation, duration, frequency), and a signature section at the bottom.

## Besondere Regeln

### MTT

- Die Tarifpositionen können nur verrechnet werden, wenn die dauerhafte Aufsicht durch eine:n Physiotherapeut:in gewährleistet ist und das MTT mindestens über folgende Infrastruktur verfügt:
  - 1 Kardiogerät (Herz-/ Kreislauftraining)
  - 1 Gerät für untere Extremitäten
  - 1 Gerät für obere Extremitäten
  - 1 Gerät für den Rumpf
  - 2 freie Arbeitsstationen

### Wegentschädigung

- Die Wegentschädigung deckt den Zeitaufwand für die Strecke sowie die Fahrzeugkosten (ÖV, Auto, Velo etc.)
- Wartezeiten wegen Stau oder Anschlussverbindungen sind nicht abrechenbar.
- Wegstrecken von mehr als 25 km (zwischen Praxis und Domizil) werden nur in Ausnahmefällen vergütet.
- Fahrten zu Institutionen können abgerechnet werden, ausser es besteht eine Leistungsvereinbarung mit dieser Institution.
- Werden mehrere Patient:innen am selben Ort behandelt, wird die Wegentschädigung auf die Anzahl Patient:innen aufgeschlüsselt (Divisormethode).

### Divisormethode

Wenn mittels Divisormethode abgerechnet wird, werden die Kosten durch die Anzahl der teilnehmenden Patient:innen geteilt. Diese Methode wird beispielsweise bei der Abrechnung von Gruppentherapien oder der Wegentschädigung angewendet.

Beispiel:

Preis	Anzahl Patienten	Rechnung	Betrag pro Patient
15 x 2.31*	3	34.65 CHF / 3	11.55 CHF

\*Preis für eine Fahrt von 15 Minuten zu einer Institution, wo drei Patient:innen behandelt werden.