

Kurzbericht

Studie zu den Leistungen in der Physiotherapie (LeDa)



Studie zu den Leistungen in der Physiotherapie (LeDa)

Kurzbericht, erstellt von Physioswiss

Bern, 22. Oktober 2025

Grundlage: Studie zu den Leistungen in der Physiotherapie

Autor: Ecoplan/FHNW
Titel: Studie zu den Leistungen in der Physiotherapie
Auftraggeber: Physioswiss, der Schweizer Physiotherapie Verband
Ort: Bern
Datum: 9. Mai 2023 (Datum der aktualisierten Fassung: 22. Oktober 2025)
Anmerkung: In der vorliegenden aktualisierten Fassung wurden Korrekturen im Kapitel 3.2 vorgenommen.

Auftraggeber

Physioswiss, der Schweizer Physiotherapie Verband

Projektteam Ecoplan

Eliane Kraft
Katja Manike
Renata Josi

Projektteam FHNW

Tobias Schoch
Oscar Thees
Roman Müller

Projektteam Physioswiss

Anke Trittin
Yvonne Zürcher
Andrea Schopf-Lazzarino

Inhalt

1. Ziele der Studie	5
2. Methodik	5
2.1 Bimodales Erhebungsdesign	5
2.2 Ziehung der Stichprobe	6
2.3 Analyseebene der Resultate.....	7
2.4 Präzision	7
2.5 Erhebungsinstrumente.....	7
3. Resultate	9
3.1 Beschreibung der Stichprobe	9
3.2 Tätigkeiten und Zeitaufwände.....	10
3.3 Abrechenbare und nicht abrechenbare Arbeitszeit	10
3.4 Abrechnung physiotherapeutischer Leistungen	11
4. Schlussfolgerungen Forschungsteam	12
Schlusswort Physioswiss, der Schweizer Physiotherapie Verband	13
Validität der Methode	13
Behandlungsdauer und Behandlungsqualität	13
Auswirkungen der veränderten Produktivität	13
Fazit	14

Vorwort Physioswiss

Der Bundesrat setzte die aktuelle physiotherapeutische Einzelleistungs-Tarifstruktur 2017 fest. Sie trat 2018 in Kraft. Der Bundesrat hat dabei einige Anpassungen vorgenommen, die Verordnung beruht aber weiterhin auf dem damaligen Prinzip der Tarifstruktur und dem Tarifmodell von 1997. Die Tarifstruktur beinhaltet hauptsächlich Behandlungspauschalen. Die Pauschalen weisen eine fixe Taxpunktmenge aus, die bei der Abrechnung mit den Krankenversicherern mit dem Taxpunktwert multipliziert wird. Der Bundesrat hat die Taxpunktanzahl für die einzelnen physiotherapeutischen Leistungen 2017 nicht angepasst. Die Pauschalen sind nicht auf eine fixe Minutage im Tarif festgelegt. Das Modell geht jedoch von einer durchschnittlichen Behandlungszeit von rund 30 Minuten (allgemeine Sitzung) respektive 40 Minuten (aufwändige Sitzung) aus.

Die Behandlungspauschalen inkludieren auch diejenigen Tätigkeiten, die ausserhalb der eigentlichen Behandlungszeit mit den Patient:innen anfallen. 1997 ist anhand eines Modells kalkuliert worden, um wieviel die Taxpunktmenge einer Behandlung in der Anwesenheit der Patient:innen erhöht werden muss, damit dadurch auch die durchschnittliche Leistung in Abwesenheit der Patient:innen entschädigt werden kann. Konkret wurden in einer durchschnittlichen Stunde Behandlungszeit eine gewisse Anzahl Minuten (und damit Taxpunkte) einkalkuliert, in denen die Physiotherapeut:innen nicht mit den Patient:innen arbeiten, aber dennoch für die Erbringung von Physiotherapie notwendige Tätigkeiten durchführen. Die Summe der Arbeitszeit mit den Patient:innen (abrechenbare Leistungen) und der Arbeitszeit in deren Abwesenheit (nicht abrechenbare Leistungen) ergibt die tarifwirksame Gesamtarbeitszeit. Der Anteil der Arbeitszeit mit den Patient:innen an der Gesamtarbeitszeit wurde als «Produktivität» definiert.

Die Produktivität von 1997 ist das Resultat einer Studie aus dem Jahr 1994. Die damaligen Leistungen in Abwesenheit beinhalteten Tätigkeiten wie beispielsweise Fachkontakte mit Ärzt:innen, Berufskolleg:innen und Institutionen, Zeitaufwand für interne Rapporte sowie «übrige Arbeiten» und Pausen. Tariffremde Tätigkeiten (z.B. ergotherapeutische Leistungen) und Tätigkeiten, die anderweitig bereits entschädigt werden, wurden nicht in die tarifwirksame Gesamtarbeitszeit eingerechnet. Es wurde damals eine durchschnittliche Produktivität von 83 Prozent festgelegt: Die 17 Prozent der Arbeitszeit für die Patient:innen, die in der Abwesenheit der Patient:innen erfolgten, wurde in die Vergütung der Behandlungspauschale integriert. Aufgrund dieser Daten wurden die Verträge mit den Krankenversicherern abgeschlossen, die der Bundesrat genehmigte.

Seit 1997 sind die Bedingungen zur Berufsausübung insgesamt komplexer und administrativ wesentlich anspruchsvoller geworden. Ziel der nachfolgend vorgestellten Studie zu den Leistungen in der Physiotherapie ist, in einem definierten Zeitraum sämtliche Tätigkeiten (in An- und in Abwesenheit der Patient:innen) zu Lasten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) genau zu erheben und zu messen, wie viel Zeit dafür aufgewendet wird. Die Studienleitung berücksichtigte dabei alle Tätigkeiten, die heute im Alltag von Physiotherapeut:innen zur effizienten Behandlung von Patient:innen eine Rolle spielen.

Die Ergebnisse lassen aufhorchen und werden im folgenden Kurzbericht aufgezeigt.

Kurzbericht: Leistungsdatenerhebung in der Physiotherapie (LeDa)

1. Ziele der Studie

Physioswiss hat die Arbeitsgemeinschaft Ecoplan/FHNW beauftragt, in einer Studie Daten zu den von Physiotherapeut:innen erbrachten Leistungen und deren jeweiligen Zeitaufwänden zu erheben. Die Studie misst dafür den Zeitaufwand für die eigentliche physiotherapeutische Behandlung und für definierte Tätigkeiten, die vor, nach oder zwischen den Behandlungen von Physiotherapeut:innen durchgeführt werden. Darüber hinaus soll untersucht werden, wie und über welche Tarifpositionen physiotherapeutische Leistungen abgerechnet werden.

Zur **Zielgrundgesamtheit** (engl. «target population») werden alle Physiotherapeut:innen gezählt, die am 1. März 2022 (und bis zum Abschluss der Erhebung) den Beruf in der Schweiz aktiv ausüben. Für diese Zielgrundgesamtheit will die vorliegende Studie folgende **Forschungsfragen** beantworten:

1. Wieviel Zeit verbringen Physiotherapeut:innen mit welchen Tätigkeiten?
 - Welche Tätigkeiten führen Physiotherapeut:innen neben der physiotherapeutischen Behandlung aus, und für wie lange?
 - Wie viel Zeit nehmen Tätigkeiten abseits der «klassischen» Physiotherapie in Anspruch?
 - Wie lange dauert eine physiotherapeutische Sitzung je nach Art der Behandlung?
2. Wie werden die physiotherapeutischen Behandlungen abgerechnet?
 - Über welchen Leistungsträger werden die Behandlungen abgerechnet?
 - Wie häufig werden welche Sitzungspauschalen abgerechnet?
 - Welche Sitzungspauschalen und Zuschlagpauschalen werden kombiniert?

2. Methodik

2.1 Bimodales Erhebungsdesign

Die Studie beruht auf einer Querschnittsdatenerhebung bestehend aus einer Fremdbeobachtung und einer Selbstbeobachtung:

- In der **Fremdbeobachtung** haben Studierende die teilnehmenden Physiotherapeut:innen während eines Arbeitstags beobachtet und die ausgeführten Tätigkeiten sowie die damit verbundenen Zeitaufwände erfasst.
- In der **Selbstbeobachtung** erfassten die Physiotherapeut:innen ihre Tätigkeiten und die damit verbundenen Zeitaufwände während eines Arbeitstags fortlaufend selbst.

Dank des bimodalen Erhebungsdesigns können Unterschiede zwischen den beiden Erhebungsmethoden analysiert und Implikationen für eine weiterführende, längerfristige Datenerhebung aufgezeigt werden. Für beide Erhebungsmodi wurden das gleiche Stichprobendesign und die gleichen Erhebungsinstrumente verwendet, um die Vergleichbarkeit der Resultate zu gewährleisten.

2.2 Ziehung der Stichprobe

Die Ziehung der Stichprobe beruhte auf dem Zahlstellenregister der SASIS AG, das eine gute Abdeckung der Physiotherapiepraxen und der selbstständigen Physiotherapeut:innen besitzt. Bei der Stichprobenziehung kam ein **mehrstufiger Zufallsauswahlprozess** zur Anwendung, um eine möglichst repräsentative Stichprobe zu erhalten. Im ersten Schritt wurde eine Zufallsauswahl von Praxen aus der Rahmengrundgesamtheit gezogen (Abbildung 1, blaue Ebene). Im zweiten Schritt wurden die ausgewählten Praxen per Brief zur Teilnahme an der Erhebung eingeladen und gebeten, ihr Interesse durch das Ausfüllen der sogenannten Selektionserhebung zu bekräftigen (Abbildung 1, gelbe Ebene). In der Selektionserhebung (Schritt 3) erfassten die Praxen Angaben zur Praxis (z. B. E-Mail-Korrespondenzadresse) und

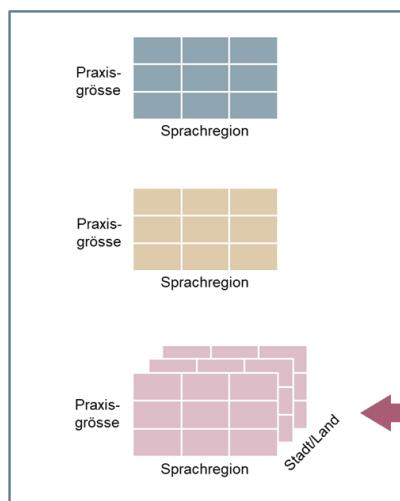
- alle in der Praxis tätigen Physiotherapeut:innen mit Klarnamen
- sowie die Arbeitstage der Therapeut:innen, die an mindestens zwei Tagen arbeiten

Ecoplan/FHNW wählten dann eine:r der genannten Therapeut:innen zufällig aus (Schritt 4).

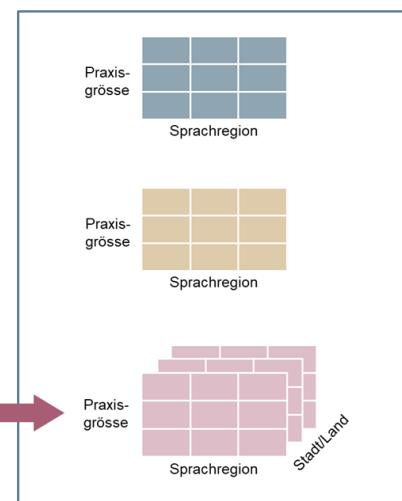
Für die zufällig gezogene Person wurde ebenfalls ein Erhebungstag (und ein Ersatzdatum) aus den genannten Arbeitstagen nach dem Zufall bestimmt.

Die Stichprobe ist nach Sprachregion und Praxisgröße geschichtet. Kleine Schichten wurden mit einem höheren Anteil ausgewählt, um sicherzustellen, dass sie in ausreichender Zahl in der Stichprobe enthalten sind. Die Erhebungsdaten wurden einer Nachschichtung und Gewichtung unterzogen (nach Praxisgröße, Sprachregion und einer Stadt-Land-Typologie des Bundesamts für Statistik), um mögliche Verzerrungen infolge von Antwortausfällen zu kompensieren (Abbildung 1, rote Ebene). Die Teilnehmerarten unterscheiden sich zwischen den Sprachregionen und Praxisgrößen. Den ungleichen Teilnehmerarten (nach Sprachregion und Praxisgröße und Gemeindetyp Stadt/Land/intermediär) wurde mit einer Nachschichtung (engl. «post stratification») begegnet. Alle Schätzungen (d. h., Mittel-, Anteils- und Totalwerte) sind als gewichtete Schätzer berechnet und auf die Grundgesamtheit aller tätigen Physiotherapeut:innen hochgerechnet.

Selbstbeobachtung



Fremdbeobachtung



Vergleich

Hochrechnung vs. Hochrechnung

Abbildung 1: Sowohl bei der Selbst- als auch bei der Fremdbeobachtung wurde von derselben Grundgesamtheit ausgegangen (blaue Fläche). Bei beiden Methoden wurde eine Stichprobe gezogen, die die Grundgesamtheit in Bezug auf Praxisgrößen und Sprachregionen repräsentiert (gelbe Flächen). In einem letzten Schritt wurden die Stichproben nachträglich noch nach Gemeindetyp gewichtet (rote Flächen) und auf die Gesamtpopulation hochgerechnet. Diese gewichteten Resultate wurden schliesslich miteinander verglichen. *Grafik von Ecoplan.*

Bei der Fremdbeobachtung umfasste der realisierte Stichprobenumfang 1106 verwertbare Angaben zu den behandelten Patienten:innen; 99 Physiotherapeut:innen führten diese Behandlungen durch. Bei der Selbstbeobachtung liegen verwertbare Angaben zu 3846 behandelte Patienten:innen vor; diese Behandlungen leisteten 336 Physiotherapeut:innen. Total beläuft sich die Anzahl behandelter Patient:innen in dieser Studie somit auf 4952.

2.3 Analyseebene der Resultate

Die Häufigkeitsverteilung der Tätigkeiten ist sehr heterogen. Einzelne Tätigkeiten werden sehr häufig angewendet, andere praktisch nie. Die ungleiche Verteilung macht Vergleiche schwierig. Zudem orientiert sich der aktuelle Tarif zur Abrechnung von Leistungen in der Physiotherapie an den Behandlungen pro Patient:innen. Die Zeitaufwände pro Tätigkeit werden deshalb pro Behandlung berechnet, um eine Vergleichbarkeit sicher zu stellen. Wird beispielsweise eine Tätigkeit an einem Tag dreimal durchgeführt, und an diesem Tag finden 14 Behandlungen statt, wird für die durchschnittliche Dauer pro Behandlung die drei Zeiten der Tätigkeit addiert und durch die Anzahl Behandlungen (hier 14) geteilt.

Die Zeitangaben sind in diesem Bericht als Minuten im Dezimalsystem angegeben. Beispiel: Der Wert 1.14 Minuten ist gleich eine Minute und 8.4 Sekunden.

2.4 Präzision

Die Präzision einer Schätzung wird durch den Standardfehler des Schätzers angegeben. Damit lassen sich Vertrauensintervalle bilden. Eine weitere Möglichkeit, um die Präzision oder Qualität einer Schätzung zu beurteilen, ist der Variationskoeffizient (engl. «coefficient of variation» [CV]). Je grösser dieser Koeffizient ist, desto geringer ist («ceteris paribus») die Präzision. Die Autor:innen orientieren sich an den Vorgaben von Statistics Canada (2020). Dort werden drei Qualitätsstufen oder Kategorien (von «good» bis «poor») definiert. Schätzungen, deren Variationskoeffizient grösser als 33.3 Prozent ist, werden als «problematisch» betitelt.

2.5 Erhebungsinstrumente

Die zu untersuchenden Tätigkeiten wurden gemeinsam mit Physioswiss definiert. Es handelte sich dabei um diejenigen Tätigkeiten, von denen Physioswiss annimmt, dass sie bei Physiotherapeut:innen neben ihrer physiotherapeutischen Tätigkeit im Arbeitsalltag zusätzliche Zeit beanspruchen, da diese Tätigkeiten in Abwesenheit der/des Patient:in ausgeführt werden. Insgesamt wurden zusätzlich zur Behandlung 24 Tätigkeiten erfasst.

Tabelle 1: Insgesamt wurde die Zeit für 24 Tätigkeiten ausserhalb der Behandlungszeiten erfasst. Quelle: Physioswiss.

Übersicht über die Erfassten Tätigkeiten (alphabetisch):

Allgemeine Administration**	Qualitätsmanagement**
Persönliche Inkovenienzen (beispielsweise privater Anruf, private Nachrichten schreiben)**	Rechnungsprüfung, Kommunikation mit Versicherern**
Aufsicht Medizinische Trainingstherapie*	Rechnungsstellung und Rechnungskontrolle**
Bericht an Ärzt:in schreiben**	Sonstige Dienstleistungen ausserhalb der Physiotherapie (beispielsweise Yoga, Personal Training, medizinische Massage, o.ä.)
Bericht an Sozialversicherer schreiben*	Tätigkeiten in der Praxis nach Arbeitsende**
Besprechung mit Angehörigen/ Betreuungspersonen**	Terminplanung**
Dossierführung**	Teamkommunikation**
Inter- oder multidisziplinärer Austausch**	Trainingsplan erstellen**
Interne Weiterbildung**	Versorgung Pferde bei Hippotherapiepraxen*
Kostengutsprachegesuche erstellen**	Wechsel zwischen Patient:innen**
Pausen (exkl. Mittagspause)**	Wegzeit Domizilbehandlung*
Praxisräume vor- und nachbereiten**	Wegzeit zu externen Therapieorten

Mit * versehene Tätigkeiten sind abrechenbar und tarifwirksam. Mit ** versehene Tätigkeiten sind nicht abrechenbar, aber tarifwirksam. Die übrigen Tätigkeiten sind nicht tarifwirksam.

Neben diesen Tätigkeiten wurde der Zeitaufwand für die physiotherapeutische Behandlung sowie die Mittagspause erhoben. Dies ermöglichte es den teilnehmenden Physiotherapeut:innen, ihren gesamten Arbeitstag lückenlos zu erfassen. In beiden Erhebungen wurden die gleichen Erhebungsinstrumente angewendet, um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse sicherzustellen.

3. Resultate

3.1 Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt haben 99 respektive 336 Physiotherapeut:innen an der Fremd- respektive Selbstbeobachtung teilgenommen (Tabelle 2). Die Fremdbeobachtung umfasste 1106, die Selbstbeobachtung 3846 behandelte Patient:innen. Das entspricht einem Total von 4952 behandelten Patient:innen.

Tabelle 2: Merkmale der Stichproben (für die Fremd- und Selbstbeobachtung). *Quelle: Ecoplan.*

		Fremdbeobachtung		Selbstbeobachtung	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
	Physiotherapeut:innen	99	-	336	-
	Patient:innen	1106	-	3846	-
Arbeitsverhältnis	Selbstständig	85	86.7%	305	91.0%
	Angestellt	13	13.3%	30	9.0%
Praxisform	Einzelpraxis	24	25.0%	122	38.6%
	Einzelpraxis mit Angestellten	18	18.8%	67	21.2%
	Organisation der Physiotherapie	11	11.5%	18	5.7%
	Gemeinschaftspraxis	39	40.6%	101	32.0%
	Reine Domizilbehandlung	4	4.2%	8	2.5%
Sprache	Deutsch	78	78.8%	241	71.7%
	Französisch	17	17.2%	71	21.1%
	Italienisch	4	4.0%	24	7.1%
Praxisgrösse	Gross	8	8.8%	31	9.7%
	Mittel	37	40.7%	98	30.7%
	Klein	46	50.5%	190	59.6%
Spezialisierung (Mehrfach-nennungen möglich)	Allg. Physiotherapie/ Psychosomatik	72	26.1%	243	25.4%
	Geriatrische Physiotherapie	30	10.9%	91	9.5%
	Innere Organe und Gefässe	11	4.0%	26	2.7%
	Palliative Care	5	1.8%	20	2.1%

Muskuloskelettale Physiotherapie	70	25.4%	249	26.0%
Neuomotorik und Sensorik	21	7.6%	92	9.6%
Pädiatrie	17	6.2%	43	4.5%
Beckenbodenrehabilitation	15	5.4%	51	5.3%
Hippotherapie	1	0.4%	6	0.6%
Lymphologie	31	11.2%	119	12.4%
Onkologische Physiotherapie	3	1.1%	18	1.9%

3.2 Tätigkeiten und Zeitaufwände

Die physiotherapeutische Behandlung dauerte pro Patient:in durchschnittlich 34.3 Minuten (Selbstbeobachtung) respektive 33.7 Minuten (Fremdbeobachtung). Eine differenzierte Betrachtung nach Abrechnungsart gestützt auf die Fremderhebung zeigt, dass Behandlungen, die als aufwändige Physiotherapie abgerechnet wurden, mit rund 40 Minuten knapp zehn Minuten länger dauerten als Behandlungen, die als allgemeine Physiotherapie abgerechnet wurden und knapp 31 Minuten dauern. Die Resultate der Selbstbeobachtung weisen keine nennenswerten Unterschiede zu diesen Werten auf.

Betrachtet man die Auswertung der Behandlungsdauer nach den Spezialisierungen der Physiotherapeut:innen, zeigen sich auch hier – ausser in der Pädiatrie und in der Hippotherapie, wo die Behandlungsdauer mit ca. 40 Minuten überdurchschnittlich hoch ist – nur geringfügige Unterschiede in der Behandlungsdauer im Vergleich zur durchschnittlichen Behandlungsdauer von 33.7 respektive 34.3 Minuten in der Fremd- respektive Selbstbeobachtung.

Für die Zeitaufwände vor, nach oder zwischen den physiotherapeutischen Behandlungen können Aussagen zu 24 verschiedenen Tätigkeiten gemacht werden. Die am häufigsten durchgeführten Tätigkeiten waren «Praxisräume vor- und nachbereiten», «Dossierführung», «Terminplanung» und «Wechsel zwischen Patient:innen». Addiert man die Zeitaufwände dieser vier am häufigsten durchgeführten Tätigkeiten, ergibt sich in der Fremdbeobachtung ein zusätzlicher Zeitbedarf von 8.65 Minuten pro Behandlung.

3.3 Abrechenbare und nicht abrechenbare Arbeitszeit

Im Mittel ergab die Auswertung, dass die Physiotherapeut:innen bei der Fremdbeobachtung 66 Prozent der tarifwirksamen Gesamtarbeitszeit für die direkte Behandlung und weitere abrechenbare Tätigkeiten aufwenden (produktive Arbeitszeit). Die restlichen 34 Prozent verwendenden sie für die Durchführung der nicht abrechenbaren tarifwirksamen Tätigkeiten (siehe Tabelle 1). Bei der Selbstbeobachtung ergaben sich ähnliche Werte (70 Prozent vs. 30 Prozent). Dies entspricht bei der Fremdbeobachtung ungefähr fünf Stunden und 33 Minuten produktiver Arbeitszeit an einem Arbeitstag von 8.4 Stunden (bei der Selbstbeobachtung sind es fünf Stunden und 53 Minuten). Diese Werte liegen deutlich tiefer als jener in der Berechnungsgrundlage der aktuellen Tarifstruktur. Dort wird ein Wert von ungefähr sieben Stunden produktiver Arbeitszeit und 84 Minuten unproduktiver Arbeitszeit pro Arbeitstag verwendet.

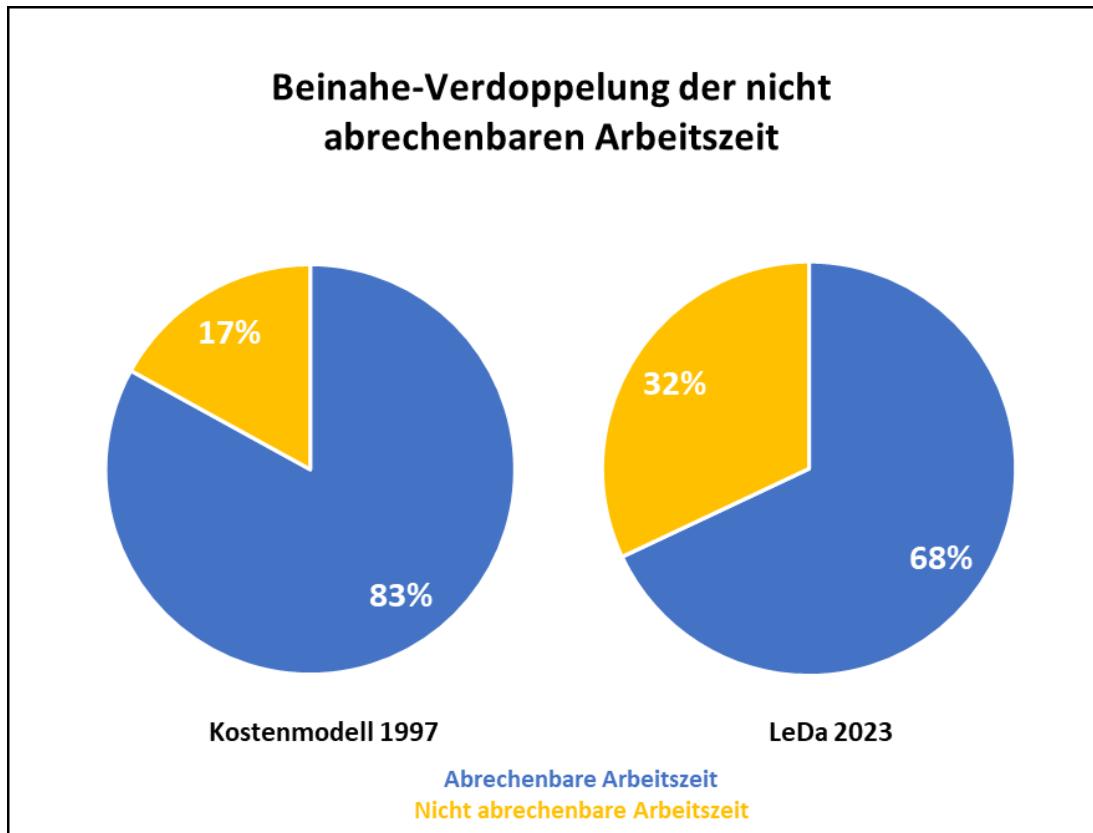


Abbildung 2: Verhältnis der abrechenbaren und nicht abrechenbaren Arbeitszeit nach LeDa (Durchschnitt der Selbstbeobachtung und Fremdbeobachtung) und dem Kostenmodell von 1997. *Grafiken: Physioswiss.*

3.4 Abrechnung physiotherapeutischer Leistungen

Zur Abrechnung können die Schlüsselergebnisse wie folgt zusammengefasst werden: In beiden Erhebungen wurden mehr als 80 Prozent der physiotherapeutischen Behandlungen über die Tarifstruktur des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) abgerechnet. Der Anteil der Behandlungen, der über die Tarifstruktur der Unfall-, Militär- oder Invalidenversicherung (UV/MV/IV) abgerechnet wurde, betrug somit knapp einen Fünftel. Mehr als 70 Prozent der Behandlungen wurden als allgemeine Physiotherapie (Tarifposition 7301) abgerechnet, davon 60 Prozent nach der Tarifstruktur KVG und rund zehn Prozent nach der Tarifstruktur UV/MV/IV. Als zweithäufigste Tarifposition wurden 26 Prozent der Behandlungen als aufwändige Physiotherapie (Tarifposition 7311) abgerechnet, davon gut 23 Prozent nach der Tarifstruktur KVG und knapp vier Prozent nach der Tarifstruktur UV/MV/IV. Die anderen Sitzungspauschalen (u. a. Hippo- und Gruppentherapie) kamen entsprechend selten zur Anwendung.

Bei Behandlungen, die als allgemeine Physiotherapie abgerechnet wurden, kam in weniger als 20 Prozent der Behandlungen eine Zuschlagspauschale zur Anwendung. Bei Behandlungen, die als aufwändige Physiotherapie abgerechnet wurden, wird erwartungsgemäss deutlich häufiger mindestens eine Zuschlagspauschale abgerechnet.

4. Schlussfolgerungen Forschungsteam

Die Produktivität der Physiotherapeut:innen liegt deutlich tiefer als sie die Berechnungsgrundlage der aktuellen Tarifstruktur ausweist. Insofern ist davon auszugehen, dass sich das Verhältnis von produktiver und unproduktiver Arbeitszeit im Arbeitsalltag der Physiotherapeut:innen in den letzten Jahren hin zu mehr unproduktiver Arbeitszeit verschoben hat.

Mit Blick auf das angewendete bimodale Erhebungsdesign mit Fremd- und Selbstbeobachtung hat die Studie aufgezeigt, dass die Unterschiede in den Resultaten der beiden Erhebungsmodi (trotz statistischer Signifikanz) mehrheitlich klein ausfallen. Das heisst, dass es zwar signifikante Unterschiede gibt, diese jedoch von eher geringer Effektstärke sind. Aufgrund dieser Resultate ist es möglich und sinnvoll, künftig regelmässig weitere Daten in Form einer Selbstbeobachtung zu erheben.

Schlusswort Physioswiss, der Schweizer Physiotherapie Verband

Die Teilnahme an der Studie war ausreichend hoch, damit schweizweit repräsentative Resultate ermittelt werden konnten. Es gab jedoch regionale Unterschiede in der Teilnahme, so dass die französisch- und italienischsprachige Schweiz etwas untervertreten waren. Diese geringere Teilnahme in den zwei Sprachregionen wurde durch die Gewichtung bei der Berechnung der Resultate berücksichtigt.

Validität der Methode

Neben der Erfassung der Leistungsdaten hatte die Studie auch zum Ziel, die angewandten Erhebungsmethoden zu prüfen und miteinander zu vergleichen. Wie die Resultate zeigen, sind die Resultate der Fremd- und der Selbsterhebung sehr ähnlich. Aufgrund der Datenqualität sind somit beide Erhebungsmethoden gleichwertig. Für zukünftige Erhebungen heisst dies für Physioswiss, dass diese mit einer Selbsterhebung durchgeführt werden können, ohne dass das Studiendesign respektive die Methode der Datenerhebung in Zweifel gezogen werden sollten.

Behandlungsdauer und Behandlungsqualität

Die durchschnittliche reine Behandlungsdauer von Patient:innen für eine allgemeine Behandlung lag bei rund 30 Minuten, die Behandlungsdauer für eine aufwändige Behandlung bei rund 40 Minuten. Damit dauern die Behandlungen in etwa so lange, wie dies im Kostenmodell von 1997 angenommen wurde. Die Annahme von Versicherern und Behörden, dass die Behandlungsdauer über die Jahre systematisch reduziert wurde, kann Physioswiss so nicht bestätigen. Diese Resultate sind aus Sicht von Physioswiss sehr erfreulich, zeigen sie doch, dass sich die Physiotherapeut:innen trotz der finanziell angespannten Lage an die Rahmenbedingungen halten, die eine qualitativ hochstehende Behandlung ermöglichen.

Auswirkungen der veränderten Produktivität

Die Ergebnisse der Leistungsdatenerhebung zeigen klar auf, dass die damaligen Daten (siehe Vorwort) mit einer Produktivität von 83 Prozent nicht mehr die heutige Realität abbilden. Dass sich die nicht abrechenbare Arbeitszeit allerdings nahezu verdoppelt hat, ist eine neue Erkenntnis. Nur noch ein Teil der Leistungen ausserhalb der Behandlung wird durch den aktuellen Tarif gedeckt. Physiotherapeut:innen leisten also einen Grossteil des administrativen Aufwands wie das Vor- und Nachbereiten der Behandlungsräume, den Austausch mit anderen Fachpersonen wie den Ärzt:innen, Besprechung mit Angehörigen und Ähnliches ohne dafür eine Entschädigung zu erhalten. Anders gesagt: Physiotherapeut:innen werden für rund 15 Prozent ihrer Arbeitszeit mit dem heutigen Tarif nicht entschädigt.

Gemäss KVG muss die Finanzierung von effizienten Leistungen im OKP anhand des Tarifs kostendeckend sein. Mit der Vergütung sollte also eine Praxis mit einem 8.4-Stunden-Tag (Modell) kostendeckend arbeiten können.

Der hohe administrative Aufwand ist in den heutigen Behandlungspauschalen nicht mehr befriedigend abgebildet. Die Löhne in der Branche sind entsprechend verhältnismässig tief. Die Arbeitsbelastung ist hoch und die Arbeitstage sind lang. Die Folgen davon sind vielfältig: Knapp die Hälfte der Physiotherapeut:innen verlassen ihren Beruf früher oder später (Berufsabbrecher:innen), was den Fachkräftemangel verschärft.

Zudem können weder Investitionen in die Praxis noch in die eigene Altersvorsorge getätigt werden, was auf Dauer zu weiteren Problemen führen wird. Viele Praxen bieten in ihren Räumen fachfremde Tätigkeiten an, um die Räume quer zu finanzieren.

Fazit

Aus der Sicht von Physioswiss ist dringender Handlungsbedarf angesagt, damit alle Leistungen in Abwesenheit der Patient:innen in die Tarifstruktur übernommen werden und der Tarif angepasst wird. Physioswiss fordert die Tarifpartner und die Behörden auf, sich der Tarifrealität in der Physiotherapie zu stellen und gemeinsam Verbesserungen einzuführen.