

FAQ MTK Tarife ab 1.3.2019

- **Frage: Haben wir nun zwei Tarifsysteme mit jeweils unterschiedlichen Abläufen**

Ja, in Zukunft werden wir mit zwei unterschiedlichen Tarifsystemen arbeiten. Wir haben für die MTK Versicherungen (IV, MV, SUVA, Unfallversicherungen gemäss Anhang) und die privaten Krankenversicherungen unterschiedliche Verträge und unterschiedliche Tarife. Einzig der Taxpunktwert von Fr.1.10 sowie das Verordnungsformular sind bei beiden Systemen gleich.

- **Gilt das bisherige offizielle Verordnungsformular noch?**

Nein, ab 1.3.2019 tritt ein neues, einheitliches Verordnungsformular für alle Versicherungen (UVG, KVG) in Kraft und muss verbindlich angewendet werden. Andere Formulare werden nicht mehr akzeptiert.

- **Wie handhabe ich die Umstellung bezüglich der Rechnungen?**

Alle Behandlungen, welche über die genannten MTK-Versicherungen abgerechnet werden, müssen Ende Februar 2019 nach dem alten Tarif abgerechnet werden. Ab dem 1.3.2019 erfolgt die Rechnungsstellung mit den verbleibenden Behandlungen nach neuem Tarif. Die Kostengutsprachen bleiben dabei bestehen, verändert wird nur die Rechnungsstellung.

- **Darf ich einen Bericht an den verordnenden Arzt mit der Bitte um eine weitere Verordnung im neuen Tarif verrechnen?**

Wir müssen unterscheiden zwischen Berichten, welche der Versicherer wünscht, damit er seine Leistungspflicht überprüfen kann, und Rückmeldungen im Sinne einer Besprechung an den verordnenden Arzt.

Wenn eine Versicherung einen Bericht anfordert, wird dieser entsprechend pauschal vergütet je nach Anzahl Zeichen (Ziffern 3131 oder 3132). Wir füllen dazu den Berichteraster des EVS aus und senden diesen an den verordnenden Arzt. Die Unterschrift des Arztes ist hilfreich, aber nicht zwingend. Der Bericht kann auch ohne Unterschrift des Arztes an die Versicherung weitergesendet werden. Berichte werden von den Versicherungen im Normalfall frühestens nach 4x9 Behandlungen verlangt und sind dann auch absolut gerechtfertigt.

Bei den Rückmeldungen an den verordnenden Arzt gilt es zu unterscheiden zwischen den Fällen, bei welchen eine längere Behandlung von Beginn weg klar ist und den Fällen, bei welchen die Fortsetzung der Behandlung je nach Erfolg der Therapie jedes Mal neu entschieden wird. Gerade im Rahmen des MTK Versicherungsbereichs gibt es häufig Klienten, deren Behandlung nicht nach 9 Behandlungen abgeschlossen werden können.

Haben Sie einen Klienten, bei dem klar ist, dass es mehr als 9 Behandlungen benötigt, damit er in seinem Alltag wieder die gewünschte Betätigungsperformanz erreichen kann, reicht ein Telefonat oder eine E-mail mit der Anfrage um eine Folgeverordnung. Wenn Sie der MPA oder dem Arzt noch in zwei Sätzen erläutern, weshalb Sie die Therapie fortführen möchten, ist dies sicherlich sinnvoll. In diesem Fall ist ein Bericht nicht angezeigt. Wenn Sie trotzdem einen Bericht schreiben möchten, kann dieser den Versicherungen NICHT in Rechnung gestellt werden.

Wo eine gute Absprache unter den behandelnden Gesundheitsfachpersonen besonders angezeigt ist, sind koordinierende Besprechungen wichtig. Die Ziele lassen sich besser erreichen, wenn alle

Beteiligten am selben Strick ziehen. Deshalb haben Sie mit der Ziffer 3105 in Zukunft die Möglichkeit, diese Besprechungen abzurechnen. Je nach Fall und Verfügbarkeit des Arztes treffen Sie unterschiedliche Vereinbarungen, wie dieser Austausch gewährleistet werden kann. Dies kann in Form eines Telefongesprächs, eines persönlichen Treffens, eines E-Mails oder einer Notiz geschehen. Notizen und E-Mails können Sie dem Klienten für die Sprechstunde mitgeben. So können Sie kurz über den Verlauf informieren und wichtige Fragen direkt klären. Im Zuge dieser Information können wir bei Bedarf natürlich erwähnen, dass wir eine neue Verordnung benötigen.

Ausführliche Berichte an den Arzt oder andere Therapeuten braucht es in der Regel selten. Dies kann z.B. der Fall sein, wenn ein Klinikaufenthalt ansteht und der bisherige Verlauf und die Ziele der Therapie den nachbehandelnden Therapeuten kommuniziert werden müssen. Wenn dieser interprofessionelle Austausch in schriftlicher Form verlangt wird, damit die Behandlung von allen behandelnden Personen optimal weitergeführt werden kann, kann auch diese Arbeit unter der Ziffer 3105 abgerechnet werden.

Werden jedoch Berichte lediglich geschrieben, um die Arbeit eines Therapeuten darzustellen, kann dieser Bericht den Versicherungen nicht in Rechnung gestellt werden. In diesem Fall hat der Bericht vor allem Marketingzwecke und ist nicht notwendig, um die Ziele mit dem Klienten zu erreichen.

Mögliche Berechnungsgrundlage für die im Benutzerhandbuch erwähnte Modellpraxis

In der Modellpraxis haben wir eine Praxis gewählt, welche ErgotherapeutInnen zu 325 Stellenprozent beschäftigt (inklusive PraxisinhaberIn). Dazu wurden die genauen Kosten aufgeführt, welche für einen derartigen Praxisbetrieb anfallen. Diese Kosten müssen durch den Tarif gedeckt werden. Die Kosten und die abrechenbaren Arbeitszeiten ergeben somit den Stundenkostensatz von Fr.109.83.

Damit Sie für ihre Praxis Anhaltspunkte bezüglich der Kosten erhalten, stellen wir Ihnen folgende Eckwerte zur Verfügung:

Eckwerte Einnahmen – Ausgaben einer Ergotherapie-Praxis

Für die Berechnung gelten in der Modelpraxis folgende Werte bezüglich Arbeitszeit:

Arbeitszeit	8.4 Std./Tag (42 Std.-Woche)
Jahresarbeitszeit	1789.20 Stunden / 100 Stellenprozent

Verrechenbare Stunden bei 75% Produktivität	1341.90 Std. bei 100 Stellenprozent
--	-------------------------------------

Dabei berücksichtigt sind:
23 Gesetzliche Ferientage
10 Krankheits- und sonst. Absenztage
Maximal 213 Tage Jahresarbeitszeit

Die Modellpraxis basiert auf 325 Stellenprozent.

Lohnkosten inkl. Sozialversicherungsbeiträge	80 % der Einnahmen
---	--------------------

Die Kosten beinhalten die Löhne der Praxisinhaberinnen, der angestellten Ergotherapeutinnen und Praktikantinnen, sowie die entsprechenden Sozialleistungen inklusive Weiterbildungskosten.

Praxismiete

Praxismiete inkl. Reinigung und Nebenkosten	9 % der Einnahmen
---	-------------------

Beispiel bei 100 Stellenprozent Einnahmen (Fr.147'282.-)	Fr.13'255.- /Jahr
Beispiel bei 150 Stellenprozent Einnahmen (Fr. 220'923.-)	Fr.19'883.-/Jahr

Administration

Buchhaltung	0.6 % der Einnahmen
Kosten für Buchhalter, Treuhänder, Jahresabschluss	

Verwaltungskosten	4.5 % der Einnahmen
z.B. Administrative Mitarbeiter, Verwaltungs- und Werbekosten, Kopierpapier, Druckerpatronen, Versicherungen, Kosten für die elektronische Abrechnung, Telefonie etc.	
Beispiel bei 100 Stellenprozent Einnahmen (Fr.147'282.-)	Fr.6627.- / Jahr
Beispiel bei 150 Stellenprozent Einnahmen (Fr. 220'923.-)	Fr.9941.- / Jahr

Material

Materialkosten	3 % der Einnahmen
Nicht direkt an den Patienten verrechenbares Material (Spiele, Paraffin etc.)	

Betriebskosten

Übrige Betriebskosten	2.7 % der Einnahmen
Kalkulatorische Abschreibungen und Zinsen auf Betriebsmitteln wie Mobiliar, Behandlungsgeräte, PC, Drucker, Software, Literatur etc.	

Was bedeutet nicht produktive Zeiten und was sind produktive Zeiten?

Nicht produktive Zeiten nennen wir alle Arbeiten, welche den Versicherern nicht direkt in Leistung gestellt werden können. Diese Arbeiten sind jedoch in unserem Tarif mit eingerechnet und werden über die produktiven Zeiten bezahlt. Die produktiven Zeiten betragen 75% des Tages, also 6.3 Stunden. Wenn Sie 6.3 Stunden am oder um den Patienten arbeiten gemäss dem Tarifsystem mit seinen Leistungspositionen, haben sie bei 8.4 Stunden Tagesarbeitszeit 2.1 Stunden für die nicht produktiven Zeiten zur Verfügung. Je höher die Produktivität, desto besser profitieren Sie vom Tarif.

Nicht produktive (nicht verrechenbare) Zeiten sind:

- ✓ **Kostengutsprachen einholen, prüfen**
- ✓ **Rechnungswesen**
- ✓ **Teamsitzung**
- ✓ **Materialbeschaffung/-verwaltung**
- ✓ *spezifische Auswahl und Anpassung von Hilfsmitteln oder Schienen für einen Klienten in Abwesenheit dessen, kann unter der Ziffer 3104 verrechnet werden*
- ✓ **Büroarbeiten allgemein Telefon, Post, Mail**
- ✓ *fachliche Besprechungen per Telefon, Mail etc. können dem Klienten unter der Ziffer 3105 verrechnet werden*
- ✓ *Organisation von interprofessionellen Besprechungen kann unter der Ziffer 3103 verrechnet werden*
- ✓ **Reinigung/Aufräumen allgemein**
- ✓ *desinfizieren des Tisches vor oder nach einem Klienten, aufräumen des direkt benötigten Materials, vorbereiten des Arbeitsplatzes für die nächste Behandlung kann unter der Ziffer 3101 dem jeweiligen Klienten verrechnet werden*
- ✓ **Personelles (Lohn, MA-Gespräche etc.)**
- ✓ **Praktikantenbetreuung**

- ✓ **Forschung / Literaturrecherche**
- ✓ **Marketing / Kommunikation**
- ✓ **Fort-/Weiterbildung**
- ✓ **Absenz-Tage, bezahlt**
- ✓ **Pausen/Wartezeit**

- **Was gehört ins Patientendossier und muss dementsprechend der Kasse auf Verlangen kostenlos zugestellt werden?**

Diese Forderung bezieht sich auf den UVG Art. 54a. Dort wird festgehalten, dass alle Angaben vorliegen müssen, damit eine Beurteilung der Leistungsansprüche, der Abrechnung und der Wirtschaftlichkeit möglich ist. Somit wird nicht klar definiert, welche Dokumente vorliegen müssen. Es liegt somit im Ermessen der Ergotherapeutin abzuschätzen, welche Dokumente dazu nötig sind. Aber normalerweise handelt es sich um die Verordnungen, Verlaufsberichte, das Kalendarium und Lieferscheine/Rechnungen zu Material.

- **Dem Patienten darf, wenn er durch eigenes Verschulden einen Termin verpasst, eine Rechnung gestellt werden. Was heisst eigenes Verschulden? Gehört da auch plötzliche Erkrankung dazu? Bisher waren es doch einfach kurzfristige Absagen innerhalb 24h.**

Auch im bisherigen Tarifvertrag hiess es: Versäumte Sitzungen können den Versicherungen nicht in Rechnung gestellt werden. Die erwähnte kurzfristige Absage innerhalb 24h stand somit auch bis anhin nicht im Tarifvertrag. Beim eigenen Verschulden handelt es sich nicht um den Grund für das Verpassen des Termines sondern darum, dass der Termin nicht abgesagt wird. Eine Frist in welcher abgesagt werden muss, hält der Tarifvertrag nicht fest und kann deshalb vom Leistungserbringer festgelegt werden. Diese Frist muss angemessen sein (meistens 24h) und muss den Versicherten klar kommuniziert werden.

- **Im Tarifvertrag Art. 3, Absatz 1 auf Seite 2 steht, dass die Ergotherapeutin sich schriftlich dem Vertrag anschliessen muss. Auf Seite 4 wiederum steht, dass die Ergotherapeutin mit bestehendem Vertrag automatisch als aufgenommen gilt. Was gilt nun?**

Die ZMT hat zugesichert, dass Ergotherapeutinnen mit bestehenden Tarifverträgen automatisch in den neuen Vertrag übernommen werden.

- **Welche Tarifpositionen sind für die Abrechnung gemäss Berichteraster anzuwenden?**

Position 3131 für kurze Berichte gemäss Tarif, Position 3132 für lange Berichte gemäss Tarif.

- **Wie nützt die Erhöhung des durchschnittlichen Stundensatzes um 13%, wenn die Gesamtkosten nicht höher als 5% ausfallen dürfen?**

Der durchschnittliche Stundensatz hat sich um 13 % erhöht. Jedoch haben wir ein ganz neues Tarifsystem und zusätzlich werden mit der 5 Minuten-Taktung auch versteckte Zeiten wegfallen. Daher werden die Gesamtkosten nicht 13 % steigen. Die genaue Erhöhung der Gesamtkosten abzuschätzen, ist jedoch sehr schwierig. Deshalb werden wir die Umsetzung des neuen Tarifs

zusammen mit der MTK beobachten und bei unverhältnismässiger Erhöhung der Gesamtkosten oder auch bei ungeahnten Problemen, Massnahmen ergreifen.

- **Was hat es für Konsequenzen, wenn die Verordnung über die ersten 9 Behandlungen keine Kostengutsprache mehr benötigen? Entfällt dann die Garantie?**

Die ersten 9 Behandlungen können ohne Kostengutsprache gemacht werden, dies bedeutet, dass die Kosten automatisch übernommen werden bei entsprechender Leistungspflicht. Wichtig ist jedoch, dass wir bei Beginn der Behandlung gut überprüfen, welche Versicherung für den Fall zuständig ist und ob z.B. bei einem Unfall die Suva die Leistungspflicht anerkennt.

- **Die verpflichtende Weiterbildung beträgt 16 Stunden pro Jahr. Gilt diese Zahl für eine Vollzeitstelle (somit müsste eine Teilzeitangestellte die nötigen Stunden pro rata ihrer Stellenprozente absolvieren), oder gelten diese Stunden pro Person?**

Die 16 Stunden gelten für Vollzeit- wie auch Teilzeitangestellte, also pro Person.

- **Wie erhält man oder wo findet man die GLN-Nr.**

Die GLN-Nr. findet man unter www.refdata.ch. Unter der ersten Rubrik «Refdatabase» Partner /GLN den gewünschten Namen eingeben und die GLN-Nr. wird angezeigt.

Falls Sie regelmässig mit denselben Ärzten zusammenarbeitet, lohnt es sich, die GLN-Nr. dieser Ärzte zu speichern.

- **Muss die GLN-Nr. der Therapeutin auf der Abrechnung aufgeführt sein?**

Ja.

Auf der Rechnung erscheint die ZSR der Praxisinhaber*in (Einzelfirma) oder der Organisation der Ergotherapie (GmbH oder AG). Die behandelnde Ergotherapeut*in muss mit Name, Vorname und GLN aufgeführt sein.

- **Wann erscheint das neue Rechnungsformular?**

Das neue Rechnungsformular ist noch in Entwicklung bei der MTK. Es erscheint voraussichtlich Anfangs März. Da die erste Abrechnung nach dem neuen Tarif nicht vor Mitte März notwendig sein wird, sollte das Formular rechtzeitig eintreffen. Die Grundlagen des Rechnungsinhalts findet man in den Ausführungsbestimmungen. Das offizielle Formular wird die entsprechenden Positionen beinhalten.

- **Wieso gibt es auf dem Verordnungsformular die Rubrik «Informationen für die Ergotherapie» nicht mehr?**

in der heutigen digitalen Welt wurde bewusst darauf verzichtet. Beim alten Formular musste der untere Teil für die Versicherung mit der Schere abgeschnitten werden. Die Verordnungen werden aber meist elektronisch übermittelt. Zudem haben wir festgestellt, dass jeder Arzt je nach Fachgebiet andere Infos mitsenden möchte und die Felder daher nicht immer Zielführend sind. ErgotherapeutInnen können gemäss der Methodenfreiheit selber entscheiden, welche Methode sie anwenden. Je nach Fachgebiet und Fall sind unterschiedlichste Informationen der Ärzte verlangt. Die Möglichkeit, die wichtigsten Instruktionen mit der Verordnung mitzusenden gibt den Ärzten die Freiheit, die Dokumente mitzusenden, welche sie als notwendig empfinden. Die zweite Seite kann also so gestaltet werden, wie es am sinnvollsten erscheint.

- **Ist auf dem Verordnungsformular eine digitale Unterschrift erlaubt?**

Ja, elektronische Unterschriften sind rechtsgültig

- **Wie berechne ich den Verkaufspreis für Schienen- und Therapiematerial**

Einkaufspreis + 10% + MWST

Die 10 % sind für das Porto und allfällige Zollkosten. Es ist empfehlenswert, nicht Einzelstücke zu bestellen, sondern wirtschaftlich einzukaufen, so werden die angefallenen Kosten auf jeden Fall abgedeckt. Grosse Lager zu führen, ist in der Therapie mit laufend wechselnden Produkten jedoch nicht empfehlenswert.

- **Wie werden zukünftig die verschiedenen Berichte vergütet und welche Berichte sind nötig oder überflüssig?**

Es ist zu unterscheiden zwischen Berichten, welche der Versicherer wünscht, damit er seine Leistungspflicht überprüfen kann, und Rückmeldungen im Sinne einer Besprechung an den verordnenden Arzt. Wenn eine Versicherung einen Bericht anfordert, wird dieser entsprechend pauschal vergütet je nach Anzahl Zeichen (Ziffern 3131 oder 3132). Wir füllen dazu den Berichteraster des EVS aus und senden diesen an den verordnenden Arzt. Die Unterschrift des Arztes ist hilfreich, aber nicht zwingend. Der Bericht kann auch ohne Unterschrift des Arztes an die Versicherung weitergesendet werden. Berichte werden von den Versicherungen im Normalfall frühestens nach 4x9 Behandlungen verlangt und sind dann auch absolut gerechtfertigt.

Bei den Rückmeldungen an den verordnenden Arzt gilt es zu unterscheiden zwischen den Fällen, bei welchen eine längere Behandlung von Beginn weg klar ist und den Fällen, bei welchen die Fortsetzung der Behandlung je nach Erfolg der Therapie jedes Mal neu entschieden wird. Gerade im Rahmen des MTK Versicherungsbereichs gibt es häufig Klienten, deren Behandlung nicht nach 9 Behandlungen abgeschlossen werden können. Haben Sie einen Klienten, bei dem klar ist, dass es mehr als 9 Behandlungen benötigt, damit er in seinem Alltag wieder die gewünschte Betätigungsperformanz erreichen kann, reicht ein Telefonat oder eine E-mail mit der Anfrage um eine Folgeverordnung. Wenn Sie der MPA oder dem Arzt noch in zwei Sätzen erläutern, weshalb Sie die Therapie fortführen möchten, ist dies sicherlich sinnvoll. In diesem Fall ist ein Bericht nicht angezeigt. Wenn Sie trotzdem einen Bericht schreiben möchten, kann dieser den Versicherungen NICHT in Rechnung gestellt werden.

Wo eine gute Absprache unter den behandelnden Gesundheitsfachpersonen besonders angezeigt ist, sind koordinierende Besprechungen wichtig. Die Ziele lassen sich besser 2 erreichen, wenn alle Beteiligten am selben Strick ziehen. Deshalb haben Sie mit der Ziffer 3105 in Zukunft die Möglichkeit, diese Besprechungen abzurechnen. Je nach Fall und Verfügbarkeit des Arztes treffen Sie unterschiedliche Vereinbarungen, wie dieser Austausch gewährleistet werden kann. Dies kann in Form eines Telefongesprächs, eines persönlichen Treffens, eines Mails oder einer Notiz geschehen. Notizen und E-Mails können Sie dem Klienten für die Sprechstunde mitgeben. So können Sie kurz über den Verlauf informieren und wichtige Fragen direkt klären.

Ausführliche Berichte an den Arzt oder andere Therapeuten braucht es in der Regel selten. Dies kann z.B. der Fall sein, wenn ein Klinikaufenthalt ansteht und der bisherige Verlauf und die Ziele der Therapie den nachbehandelnden Therapeuten kommuniziert werden müssen. Wenn dieser interprofessionelle Austausch in schriftlicher Form verlangt wird, damit die Behandlung von allen behandelnden Personen optimal weitergeführt werden kann, kann auch diese Arbeit unter der Ziffer 3105 abgerechnet werden.

Werden Berichte lediglich geschrieben, um die Arbeit eines Therapeuten darzustellen, kann dieser Bericht den Versicherungen nicht in Rechnung gestellt werden. In diesem Fall hat der Bericht vor allem Marketingzwecke und ist nicht notwendig, um die Ziele mit dem Klienten zu erreichen