

Häufige Fragen zur Verordnung von Physiotherapie

Als Partner im Gesundheitswesen stellen Physiotherapeuten immer wieder fest, dass bei einigen Ärzten Unsicherheiten bei der Verordnung von Physiotherapie bestehen beziehungsweise dass Krankenversicherer immer wieder bei Ärzten rückfragen, was zu einem Mehraufwand führt. Um den Aufwand zu minimieren, hat der Schweizer Physiotherapie Verband ein Merkblatt zusammengestellt, in welchem die häufigsten Fragen beantwortet werden.

Lassen Sie uns zunächst in der Vorbemerkung kurz das Tarifsystem erläutern, danach werden Fragen beantwortet in den Bereichen a) Diagnose, b) zeitliche Geltung der Verordnung und c) Notwendigkeit von Arztberichten.

Vorbemerkung: Tarifsystem mit Taxpunktwerten

Der Physiotherapie-Tarif ist ein Einzelleistungstarif bestehend aus Sitzungspauschalen und einigen Zuschlagspositionen. Die Taxpunkte der Tarifpositionen werden mit kantonal abgestimmten Taxpunktwerten multipliziert, vergleichbar mit dem Tarmed. So wird beispielsweise die „Sitzungspauschale für allgemeine Physiotherapie“ mit 48 Taxpunkten entschädigt (Tarifposition 7301). Die kantonalen Taxpunktwerte bewegen sich zwischen CHF 0.86 (GR) und CHF 1.03 (ZH, ZG). Einen Auszug des Tarifs finden Sie im Anhang.

Gewisse Tarifpositionen weisen aufgrund der Komplexität des Falles wesentlich höhere Taxpunkte auf. Die „Sitzungspauschale für aufwändige Bewegungstherapie“ (Tarifposition 7311) oder die „Sitzungspauschale für manuelle Lymphdrainage“ (Tarifposition 7312) werden beispielsweise mit 77 Taxpunkten bewertet. Bei diesen Tarifpositionen will und braucht die Versicherung mehr Informationen von den Physiotherapeuten.

Nachfolgend finden Sie die häufigsten Fragen und Unklarheiten, die im Zusammenspiel Arzt-Patient-Physiotherapeut-Krankenversicherer auftauchen. Geregelt sind sie insbesondere im Tarifvertrag der Physiotherapeuten, welcher auf dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) basiert.

Für die Zusammenarbeit danken wir Ihnen herzlich. Zusätzliche Informationen finden Sie auf unserer Website www.physioswiss.ch. Weitere Auskünfte gibt Ihnen auch gerne die Geschäftsstelle des Schweizer Physiotherapie Verbandes unter der Telefonnummer 041 926 69 69.

a) Wer kann Physiotherapie verordnen und braucht es die Angabe einer Diagnose?

1. Wer darf Physiotherapie verordnen?

Physiotherapie darf von den Ärzten **aller** Fachrichtungen verordnet werden, inklusive Zahnärzte.

Begründung: Gemäss Art. 35 Abs. 2 lit. e KVG können Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen. Als Arzt und Ärztin im Sinne des KVG gilt, wer das eidgenössische Diplom besitzt und über eine vom Bundesrat anerkannte Weiterbildung verfügt (Art. 36 Abs. 1 KVG).

Zahnärzte sind nach Art. 36 Abs. 3 KVG den Ärzten als Leistungserbringer für Leistungen im Rahmen von Art. 17ff. KLV gleichgestellt. Dies umfasst auch die Delegation der Behandlung an die Physiotherapie.

2. Muss der Arzt auf der Verordnung für die Physiotherapie eine Diagnose angeben?

Ja. Der Physiotherapeut braucht immer eine ärztliche (Kurz-)Diagnose bzw. Diagnosecode auf der Verordnung, damit er die Leistungen vom Krankenversicherer vergütet erhält.

Begründung: Der Leistungserbringer (also der Physiotherapeut) muss dem Schuldner (also der Krankenversicherung) Angaben machen, damit dieser die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen kann (Art. 42 Abs. 3 KVG, Art. 5 Abs. 1 Tarifvertrag).

3. Wie präzise muss die Diagnose sein?

Eine globale, unspezifische Diagnose genügt, z.B. Lumbalgie oder Inkontinenz.

Begründung: Die Diagnose muss dem Krankenversicherer lediglich ermöglichen, die Wirtschaftlichkeit der Leistung zu überprüfen (Art. 42 Abs. 3 KVG). Der Versicherer kann eine genauere Diagnose verlangen (Abs. 4), wobei der Leistungserbringer berechtigt und u.U. verpflichtet ist, diese nur dem Vertrauensarzt zukommen zu lassen (Abs. 5). Es gilt das Prinzip der stufenweisen Bekanntgabe der Behandlungsdaten.

4. Gibt es Fälle, bei denen scheinbar eine unspezifische Diagnose nicht ausreicht?

Ja, bei Patienten, die eine aufwändige Bewegungstherapie benötigen. Eine Diagnose, welche die Komplexität der Behandlung andeutet (z.B. neurologisches Defizit, therapierelevante Nebendiagnose, Multimorbidität, Lymphödem), reicht jedoch bereits. Sie ist Voraussetzung, damit die Physiotherapeuten mit einer höher bewerteten Tarifposition abrechnen können (vgl. die wörtliche Wiedergabe der entsprechenden Tarifpositionen am Ende dieses Merkblattes).

Begründung: Die konkrete Begründung der Abrechnungsposition (z.B. 7311, 7312) erfolgt durch die Physiotherapeuten basierend auf dem Physiotherapie-Tarifvertrag.

5. Wie kann der Arzt am einfachsten eine Verordnung für Physiotherapie ausstellen?

Am besten verwendet er das Verordnungsblatt, das von den Versicherern und dem Schweizer Physiotherapieverband gemeinsam erarbeitet worden ist. Ärzte können dieses auf der Geschäftsstelle des Schweizer Physiotherapie Verbandes beziehen oder von der Website www.physioswiss.ch (unter „Service“) herunterladen.

Selbstverständlich kann die Verordnung auch in anderer Form erfolgen, sofern die nötigen Angaben darin enthalten sind.

b) Wie lange ist die zeitliche Geltung einer Verordnung?

6. Wie lange ist eine Verordnung für Physiotherapie gültig?

Eine Verordnung für Physiotherapie gilt für maximal 9 Sitzungen, wobei die erste Behandlung innert fünf Wochen seit der ärztlichen Anordnung durchgeführt werden muss.

Wird die 5-Wochenfrist verpasst, wird der Physiotherapeut die Behandlung nicht aufnehmen, da er nicht über die Krankenversicherung abrechnen kann. Der Arzt wird in der Folge eine neue Verordnung ausstellen müssen. Dieser unnötige Mehraufwand für den Arzt kann minimiert werden, wenn er seine Patienten jeweils ausdrücklich über die beschränkte Gültigkeitsdauer der Physiotherapieverordnung informiert und ihnen nahelegt, sich umgehend beim Physiotherapeuten zu melden, damit sicher innerhalb der 5 Wochen ein erster Behandlungstermin vereinbart werden kann.

Begründung: Art. 5 Abs. 2 KLV bestimmt, dass die Versicherung je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens neun Sitzungen übernimmt, wobei die erste Behandlung innert fünf Wochen seit der ärztlichen Anordnung durchgeführt werden muss.

c) Ab wann sind Arztberichte notwendig?

7. Kann der Krankenversicherer vom Arzt eine schriftliche Begründung für eine Fortsetzung der physiotherapeutische Behandlung verlangen?

Grundsätzlich ja, nach unserer Ansicht aber erst nach Ablauf von 4 Behandlungsserien à je 9 Sitzungen, also nach 36 Sitzungen.

Falls ein Patient an zwei unterschiedlichen Krankheiten leidet (z.B. Lumbalgie und Epicondylitis), wird die Berechnung der 36 Sitzungen für jede Krankheit gesondert vorgenommen.

Begründung: Eine regelmässige Überprüfung durch den Arzt ist aufgrund der Limitierung der Verordnung (nur 9 Sitzungen) ohnehin gewährleistet. Erst danach besteht die Notwendigkeit eines Arztberichtes. Art. 5 Abs. 4 KLV lautet: „Soll die Physiotherapie nach einer Behandlung, die 36 Sitzungen entspricht, zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten.“

8. Zusammenfassend gefragt: In welchen Fällen kann der Krankenversicherer vom Arzt eine schriftliche Präzisierung für eine physiotherapeutische Behandlung verlangen (vor Ablauf von 36 Behandlungen, siehe Frage 7 vorher)?

In folgenden Fällen braucht es zwar keinen Bericht, jedoch allenfalls eine **Präzisierung** seitens des Arztes:

1. Auf der Verordnung fehlt die Kurzdiagnose/Diagnosecode.
2. Es braucht eine Präzisierung aufgrund der Komplexität des Falles wie neurologischer Fall oder Multimorbidität gemäss Tarifposition 7311 (aufwändige Bewegungstherapie).
3. Es braucht eine Präzisierung für Lymphödem gemäss Tarifposition 7312 (Lymphdrainage).

9. Kann der Krankenversicherer die Anzahl Sitzungen pro Patient und pro Jahr im Voraus festlegen?

Nein.

Begründung: Es gibt keine Limitierung von Behandlungsserien durch das Gesetz – weder pro Patient noch pro Kalenderjahr.

10. Können nach Abschluss der Rehabilitationsphase Langzeittherapien verordnet werden?

Ja. Die Frequenz der Behandlungen sollte jedoch der Situation des Patienten angepasst werden. Mit anderen Worten muss bei einer Langzeittherapie die Therapiefrequenz flexibel an die jeweils vorliegende therapeutische Situation angepasst werden.

Begründung: Die Paritätische Vertrauenskommission hat entschieden, dass es bei Langzeittherapien nach Abschluss der Rehabilitationsphase im Sinne der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit gemäss Art. 32 KVG) sinnvoll ist, die Position 7311 42 mal pro Jahr zu vergüten. Selbstverständlich können auf Gesuch hin mehr als 42 Behandlungen pro Jahr verrechnet werden, wenn sich ds Krankheitsbild entsprechend verändert, d.h. wenn nachgewiesene Zustandsverschlechterungen nach einer Reduktion der Anzahl Behandlungen bzw. wenn zusätzliche oder neue therapierelevante Probleme auftreten.

11. Können mehrere Behandlungen pro Tag verordnet werden?

Ja, zwei Behandlungen pro Tag. Der Arzt muss die Mehrfachbehandlung jedoch ausdrücklich verordnen.

Begründung: Die Tarifpartner haben diese Regelung vereinbart und in der Einführung zum Tarif in den Absätzen 3 und 4 festgehalten.

Anhang: Auszug aus dem Tarif

Ziffer	Behandlungsart	Taxpunkte
7301	<p>Sitzungspauschale für allgemeine Physiotherapie: (z.B. Bewegungstherapie, Massage und/oder Kombination mit Therapie der Ziffer 7320)</p> <p>¹ Zu dieser Tarifiziffer gehören alle Einzel- oder Kombinations-Behandlungen, die nicht ausdrücklich unter den Tarifiziffern 7311 bis 7340 aufgeführt werden.</p> <p>² Unter allgemeiner Physiotherapie sind die nachfolgenden Behandlungsmethoden zu verstehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bewegungstherapie (Gelenkmobilisation, passive Bewegungstherapie, Mechanotherapie, Atemgymnastik, inkl. Anwendung von Apparaten zur Bekämpfung von Ateminsuffizienz, Wassergymnastik) - Manuelle Massage und Bewegungstherapie - Muskelmassage als Teil- oder Ganzmassage - Bindegewebsmassage - Massage reflexogener Zonen - Wirbelsäulenextensionen - Elektrobäder - Unterwasserstrahlmassage - Unterwassermassage - Hyperthermiebäder - Medizinalduschen und -bäder - Aerosolinhalationen <p>³ Die Tarifiziffer 7301 beinhaltet auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kombination von allgemeiner Physiotherapie und Elektro- oder Thermo-therapie <p>Kombination von allgemeiner Physiotherapie und Instruktion bei Gerätevermietung</p>	48
7311	<p>Sitzungspauschale für aufwendige Bewegungstherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufwendige Bewegungstherapie bei cerebralen und/oder medullären Bewegungsstörungen (inkl. Polyradiculitiden, z.B. Guillain-Barré) oder schweren funktionellen Störungen unter erschwerten Umständen (Alter, Allgemeinzustand, Hirnfunktionsstörungen). • Aufwendige bewegungstherapeutische Behandlung mehrerer 	77

Ziffer	Behandlungsart	Taxpunkte
	<p>Gliedmassen bei mehrfach-verletzten -, mehrfach-operierten - oder multimorbiden Patienten.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atemtherapie bei schweren Lungen ventilationsstörungen. <p>¹ Nach Gesuchstellung kann der Versicherer die Verrechnung der Position 7311 für weitere Indikationen bewilligen.</p>	
7312	<p>Sitzungspauschale für manuelle Lymphdrainage</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufwendige Behandlung von Lymphödemen als Bestandteil eines vollständigen Therapiekonzeptes durch speziell in dieser Therapie ausgebildete Physiotherapeuten. <p>¹ Der Zeitaufwand für die Bandagierung ist in der Sitzungspauschale inbegriffen.</p> <p>² Das notwendige Material kann gemäss MiGeL (Mittel und Gegenstände, Liste; Anhang 2 zur KLV) zusätzlich verrechnet werden (Vergleiche Ziffer 7360).</p>	77