Tarifanwendung: Gut zu Wissen
Teil 17, Newsletter Februar 2024

Physiotherapeutische Langzeitbehandlung im KVG

Langzeitbehandlung bedeutet, dass die Physiotherapie über 36 Sitzungen hinausgeht. Dafür müssen eine Langzeitverordnung und vor allem eine Kostengutsprache des Krankenversicherers vorliegen.

Wie wird die Langzeitbehandlung verordnet?

Ärzt:innen stellen Langzeitverordnung in der Regel aus, nachdem sie entweder die vierte Verordnung erteilt haben oder wenn die Gültigkeit einer bestehenden Kostengutsprache abgelaufen ist. Auf dem Verordnungsformular kreuzen die Ärzt:innen das Feld «Langzeitverordnung» an oder machen einen Vermerk z.B. «Langzeitbehandlung». Parallel dazu beantragen sie die Fortsetzung der Therapie. Dazu unterbreiten sie dem Vertrauensarzt oder -ärztin der Krankenkasse einen Bericht zum bisherigen Verlauf der Therapie und einen begründeten Vorschlag für deren Fortsetzung. Diese:r prüft den Vorschlag und stellt eine Empfehlung zuhanden der Leistungsabteilung des Versicherers aus. Erst wenn der physiotherapeutischen Praxis eine schriftliche Kostengutsprache vorliegt, in welcher der Kostenträger den Umfang der genehmigten Therapie (Frequenz oder Anzahl Behandlungen, und Gültigkeitsdauer) definiert, kann die Langzeitbehandlung zu Lasten des Krankenversicherers aufgenommen werden.

Innert welcher Zeit muss der Krankenversicherer auf das Gesuch reagieren?

Die Bearbeitungsdauer für das Gesuch kann wegen der notwendigen Abklärungen variieren. Die Krankenkasse muss jedoch «innert nützlicher Frist» reagieren und darf die Bearbeitungszeiten nicht beliebig hinauszögern.
Physiotherapiepraxen sollten sich daher bei der zuständigen Ärztin bzw. Arzt erkundigen, ob zur Ausstellung der Langzeitverordnung bereits ein Kostengutsprachegesuch gestellt wurde. Nach zwei bis drei Wochen können sie zudem direkt bei der Krankenkasse nachfragen, ob alle für die Prüfung notwendigen Unterlagen eingetroffen sind und wann mit einer Kostengutsprache zu rechnen ist. Um eine lückenlose Behandlung zu gewährleisten, sollten Langzeitverordnungen und die dafür notwendigen Kostengutsprachen frühzeitig beantragt werden.

Stimmt es, dass der Krankenversicherer stillschweigend mit der Kostenübernahme einverstanden ist, wenn keine Rückmeldung vorliegt?

Hier handelt es sich um ein hartnäckiges Gerücht, das **nicht** zutrifft. Ohne Kostengutsprache ist eine Kostenübernahme der physiotherapeutischen Langzeitbehandlung durch den Krankenversicherer nicht gewährleistet.

Schweizer Physiotherapie Verband
Association Suisse de Physiothérapie
Associazione Svizzera di Fisioterapia

Physioswiss, Dammweg 3, 3013 Bern
058 255 36 00, info@physioswiss.ch, www.physioswiss.ch

Was passiert, wenn ich ohne Kostengutsprache (weiter)behandle?

Wird ohne schriftliche Kostengutsprache über die 36. Behandlung hinaus oder bei einer Langzeitverordnung behandelt, so kann der Versicherer die Übernahme der Rechnung verweigern.

Unser Tipp, wenn Sie neue Patient:innen aufnehmen

Wir empfehlen, die Patient:innen bei der ersten Sitzung nach früheren oder gleichzeitigen physiotherapeutischen Behandlungen anderswo zu befragen. Wenn diese Behandlungen denselben diagnostischen Hintergrund haben, könnte der Kostenträger sie möglicherweise mitzählen. In diesem Fall müsste schon früher eine Kostengutsprache für eine Langzeitbehandlung beantragt werden.

Wann gilt eine Kostengutsprache als erteilt?

Die Kostengutsprache ist erteilt, wenn die Krankenkasse ein Schreiben den gesuchstellenden Ärzt:innen, Praxen oder Patient:innen zustellt. Die Kostengutsprache enthält die Tarifposition, Anzahl Sitzungen und oder Frequenz sowie die Frist, bis wann die Kostengutsprache gilt. Allfällige mündlichen Zusagen müssen auf jeden Fall schriftlich bestätigt werden.

Gut zu Wissen

«Gut zu Wissen» ist eine Serie in unserem monatlichen Newsletter, die sich um die Tarifanwendung und ihre Tücken dreht. Sie behandelt Themen, die unsere Mitglieder beschäftigen und zu denen unser Tarif-Team täglich Auskunft gibt.