

## Häufige Fragen zur Verordnung von Physiotherapie im KVG-Bereich

**Antworten auf die 12 wichtigsten Fragen zur Verordnung von Physiotherapie**  
**Zielgruppe: medizinisches Personal und Physiotherapeut:innen**  
**Stand Oktober 2022, verfasst von Physioswiss**



### 1. Wie muss Physiotherapie verordnet werden?

Die Verordnung zur Physiotherapie erfolgt unter Verwendung eines entsprechenden Verordnungsformulars. Diese können auf der Geschäftsstelle des Schweizer Physiotherapie Verbandes bezogen oder von der Website [Physioswiss - Schweizer Physiotherapie Verband - Verordnungsformular](#) heruntergeladen werden.

Die Verordnung kann auch in anderer Form erfolgen, sofern alle im offiziellen Formular enthaltenen Angaben darin aufgeführt sind. Wichtig sind dabei die Angaben zu den Patient:innen, die Diagnose, um welche Verordnung es sich handelt (1. – 4. Verordnung oder Langzeitverordnung) sowie allenfalls Therapieziele. Weiter müssen Unterschrift, GLN- und ZSR-Nummer, Datum sowie Stempel / Praxisadresse des verordnenden Arztes / der verordnenden Ärztin angegeben sein. Sollen zudem eine Domizilbehandlung oder zwei Behandlungen pro Tag stattfinden, muss dies explizit auf der Verordnung festgehalten werden, da diese Behandlungen sonst nicht abgerechnet werden können. [Hier](#) finden Sie eine ausführliche Wegleitung zum Ausfüllen einer Verordnung, die der Regionalverband Zürich - Glarus freundlicherweise zur Verfügung gestellt hat.

Die Verordnung gilt als Urkunde mit welcher den Physiotherapeut:innen ein Behandlungsauftrag erteilt wird. Sollten oben genannte Angaben auf der Verordnung fehlen, muss durch die Ärztin / den Arzt **vor Behandlungsstart** eine neue Verordnung ausgestellt werden. Die ärztlichen Eintragungen dürfen nicht durch die Physiotherapeut:innen abgeändert oder ergänzt werden. Allfällige zusätzliche Angaben können die ausführenden Physiotherapeut:innen bei Bedarf unter «Bemerkungen» angeben und diese bestenfalls mit einem Kürzel versehen.

### 2. Wer darf Physiotherapie verordnen?

Physiotherapie darf von Ärztinnen und Ärzten **sämtlicher** Fachrichtungen inklusive Zahnärzt:innen verordnet werden. Ebenfalls können Chiropraktor:innen Physiotherapie zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) verordnen.

### 3. 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.

Ist die 5-Wochenfrist verpasst, wird der/die Physiotherapeut:in die Behandlung nicht aufnehmen, da sie diese nicht über die Krankenversicherung abrechnen kann. Die Ärztin oder der Arzt wird in der Folge eine neue Verordnung ausstellen müssen, damit die Therapie aufgenommen werden kann. Dieser unnötige Mehraufwand kann minimiert werden, wenn die Ärztin / der Arzt ihre/seine Patient:innen jeweils ausdrücklich über die beschränkte Gültigkeitsdauer der Erstverordnung informiert und ihnen nahelegt, sich umgehend bei der Physiotherapie zu melden, damit innerhalb 5 Wochen ein erster Behandlungstermin vereinbart werden kann. Die 5-Wochenfrist gilt ausschliesslich für den Beginn der Physiotherapie (Erstverordnung), für Folgeverordnungen gilt diese Einschränkung nicht.

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

#### **4. Muss die Ärztin / der Arzt auf der Verordnung für die Physiotherapie eine Diagnose angeben?**

Ja, eine Angabe der Diagnose ist zwingend. Es braucht mindestens eine ärztliche (Kurz-) Diagnose auf der Verordnung. Diese Informationen werden einerseits für die Therapieplanung benötigt, andererseits für die korrekte Abrechnung mit den Kostenträgern. Bei der Rechnungsprüfung stützen sich die Kostenträger auf die ärztliche Verordnung und vergüten die Leistungen nur entsprechend der relevanten Diagnosen.

#### **5. Wie präzise muss die Diagnose sein?**

Die Diagnose muss präzise genug sein, um den Patient:innen oder den Kostenträgern die Prüfung der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der physiotherapeutischen Massnahmen zu erlauben. Dazu reicht oft eine globale, unspezifische Diagnose, welche die Notwendigkeit einer physiotherapeutischen Behandlung begründet. Liegen mehrere Diagnosen, Nebendiagnosen und allenfalls Differenzialdiagnosen vor, können diese eine aufwändige Physiotherapie begründen und sind daher zu spezifizieren. Insbesondere trifft dies auf folgende Diagnosefelder zu:

- Beeinträchtigung / Erkrankung des Nervensystems
- Lungenventilationsstörungen
- Störungen des Lymphgefässsystems
- Palliative Situationen
- Sensomotorische Verlangsamung oder kognitives Defizit
- Behandlung mehrerer Gelenke oder Körperregionen
- Erkrankungen, welche eine aufwändige Hilfestellung benötigen

Liegen eine oder mehrere dieser Situationen vor, sollten diese auf der Verordnung explizit angegeben werden.

*Begründung: Der Leistungserbringer (der / die Physiotherapeut:in) muss dem / der Schuldner:in (Patient:in beziehungsweise Kranken- oder Sozialversicherung) alle Angaben machen, damit diese die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen kann (Art. 42 Abs. 3 KVG). Dazu gehört die konkrete Begründung für die Abrechnungsposition, z.B. «7311: Aufwändige Physiotherapie» mittels medizinischer Diagnose.*

Hinweis bezüglich des Datenschutzes: Für den Austausch medizinischer Daten zwischen zwei an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern gelten rechtlich die ausdrückliche, stillschweigende oder auch die bloss mutmassliche Einwilligung der Patient:innen zu diesem Datenaustausch. Eine explizite Einwilligung, die Diagnose einem behandelnden Leistungserbringer mitzuteilen, ist nicht notwendig, ein Hinweis an die Patient:innen ist allerdings empfehlenswert (Details: FMH-Leitfaden «Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag», Kapitel 6, S. 143 [Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag | FMH](#)).

## 6. Kann der Krankenversicherer von Ärzten / Ärztinnen eine schriftliche Begründung für die Fortsetzung der physiotherapeutischen Behandlung verlangen?

Die ersten 4 Behandlungsserien à je 9 Sitzungen einer Therapie dürfen von der verordnenden Ärztin / dem verordnenden Arzt frei verordnet werden. Für eine Fortsetzung der Behandlung nach 36 Sitzungen ist von der behandelnden Ärztin / vom behandelnden Arzt schriftlich ein Gesuch um Kostengutsprache mit dem entsprechenden Bericht an den vertrauensärztlichen Dienst einzureichen. Physiotherapeut:innen sind nicht befugt, anstelle der Ärztin / des Arztes Anträge betreffend Langzeittherapien an die Krankenversicherer zu stellen.

*Begründung: Eine regelmässige Überprüfung durch die Ärztin ist aufgrund der Limitierung der Verordnung (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.**» (Hervorhebung durch Physioswiss). Stellt der Krankenversicherer die Wirtschaftlichkeit im Sinne der WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) bereits vor Ablauf der 36 Sitzungen in Frage, so kann er ergänzende Auskunft verlangen, die der Prüfung der Berechnung dienlich ist (Art. 42 Abs. 3 KVG). Diesfalls müssen auch vor 36 Sitzungen einverlangte Auskünfte geleistet werden.*

## 7. Kann der Krankenversicherer vom Physiotherapeuten / von der Physiotherapeutin einen Behandlungsbericht / Verlaufsbericht / Therapiebericht anfordern?

Berichte der behandelnden Physiotherapeut:innen in Bezug auf Diagnose, Therapieerfolg, Behandlungsverlauf oder zur Beurteilung von Langzeittherapien (s. unten) sind im Krankenversicherungsgesetz nicht vorgesehen, wenn sie zur Beurteilung von Kostengutsprachen genutzt werden sollen. Solche Berichte sollen – bei Bedarf der Krankenversicherer – von der verordnenden Ärztin / dem verordnenden Arzt verfasst und an den vertrauensärztlichen Dienst der Krankenversicherer gesendet werden.

Der Versicherer kann aber **zwecks Rechnungsprüfung** zusätzliche (kostenlose) Auskünfte medizinischer Natur verlangen (Art. 42, Abs. 4 KVG), die von den Therapeut:innen unentgeltlich zur Verfügung gestellt werden müssen. Die Angaben beziehen sich auf eine bereits erfolgte und verrechnete Therapie. Alle medizinischen Angaben müssen aus Datenschutzgründen dem Vertrauensarzt der Krankenversicherung zugestellt werden.

## 8. Wie kann nach 36 Sitzungen eine Langzeittherapie verordnet werden?

Der Antrag erfolgt durch die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt aufgrund eines Berichtes mit Bezug auf Zeitdauer und Umfang bzw. Frequenz. Dabei muss die Frequenz der Behandlungen an die jeweils vorliegende therapeutische Situation angepasst werden. Voraussetzung für eine Abrechnung einer Langzeitbehandlung (ab der 37. Sitzung) ist die ausdrückliche Kostengutsprache des Versicherers.

*Begründung: 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. Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin prüft den Vorschlag und beantragt, ob, in welchem Umfang und für welche Zeitdauer bis zum nächsten Bericht die Physiotherapie zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden kann.» (Hervorhebung durch Physioswiss).*

## 9. Gibt es eine zeitliche Befristung, bis wann der Krankenversicherer den Antrag auf Kostengutsprache einer Ärztin oder eines Arztes für eine Langzeittherapie beantwortet haben sollte?

Nein, es gibt keine zeitliche Befristung, bis wann der Krankenversicherer den Antrag auf Kostengutsprache beantwortet haben sollte. Für die Arztpraxis empfiehlt es sich, innerhalb nützlicher Frist nachzufragen. Eine Kostengutsprache gilt nicht automatisch als genehmigt, wenn innerhalb von 10 Tagen keine Antwort eintrifft.

## 10. Darf der Krankenversicherer die Anzahl Sitzungen pro Patient:in oder deren Frequenz im Voraus pauschal einschränken?

Für die 1. bis 4. Verordnung (die ersten 36 Behandlungen): Nein. Eine Einschränkung ist weder im Krankenversicherungsgesetz (KVG) noch in der Tarifstruktur vorgesehen. Die Verordnungen zur Physiotherapie erfolgen allein nach medizinischen Kriterien, die die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt vor jeder Verordnung jeweils neu evaluiert.

Für die Fortsetzung der Physiotherapie nach 36 Behandlungen (Langzeitverordnung): grundsätzlich Ja.

*Begründung: Es gibt eine gesetzliche Limitation nach vier Behandlungsserien – ansonsten jedoch keine Einschränkung in Bezug auf die Patient:innen, das Kalenderjahr oder bestimmter Diagnosen. Gemäss Art. 5 Abs. 4 KLV kann der Vertrauensarzt / die Vertrauensärztin **bei einer Langzeitverordnung** dem Krankenversicherer einen Vorschlag in Bezug auf Umfang und Zeitdauer unterbreiten.*

## 11. Wie werden die Verordnungen / Serien gezählt?

Die Verordnungen oder Serien beziehen sich auf ein Krankheitsbild bzw. einen «Fall». Die Anzahl Sitzungen werden pro fortlaufende Therapie zusammengezählt, es sei denn, die ursprüngliche Behandlung ist abgeschlossen und das Krankheitsbild hat sich grundlegend geändert. Keine Rolle spielt dabei das Kalenderjahr: Wird eine Therapie über den Jahreswechsel weitergeführt, werden auch die Verordnungen kontinuierlich nummeriert.

## **12. Können mehrere Behandlungen pro Tag verordnet werden?**

Zwei Behandlungen pro Tag für die gleiche Diagnose sind zulässig. Diese müssen jedoch medizinisch begründbar und durch die Ärztin / den Arzt ausdrücklich auf der Verordnung vermerkt werden. Die zwei Behandlungen müssen an einem Tag zeitlich versetzt stattfinden und dürfen nicht direkt aneinander anschliessend durchgeführt werden.

*Begründung: In Ziff. 2 der einleitenden Bemerkungen zur Tarifstruktur wird eine formelle ärztliche Verordnung für zwei Behandlungen pro Tag vorausgesetzt.*

Oktober 2022, Physioswiss