

Übersicht zur Kostenerstattung

bei Erbringung physiotherapeutischer Leistungen durch freiberuflich tätige Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

1. Allgemeines zur Kostenerstattung im Wahlbereich für Kassenleistungen

Die Kostenerstattung richtet sich aufgrund von gesetzlichen Bestimmungen nach den entsprechenden vertraglichen Vereinbarungen. Das heißt die Rahmenvereinbarung über die Erbringung physiotherapeutischer Leistungen durch freiberuflich tätige Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten bildet die Grundlage für die Kostenerstattung. Für die Kostenerstattung sind daher auch die Einhaltung der in der Rahmenvereinbarung festgelegten Kriterien für die Erbringung von Kassenleistung maßgeblich. Das betrifft insbesondere die Kriterien Berufserfahrung (§ 5 RV), die Mindestkriterien für die Praxis (RV-Anlage 3) wonach auch die Einhaltung der Schilderempfehlung und Hygieneempfehlung von Physio Austria verbindlich sind, als auch die Wahrung der Verrechnungsvoraussetzungen und Definitionen der einzelnen Leistungspositionen der RV (§ 18 Telemedizinische Behandlungen und Anhang 6 RV). Die Kostenerstattung erfolgt in der Höhe von 80% des Vertragstarifes für die jeweilige Leistungsposition. Dies bezieht sich auf jede einzelne Position des Leistungskataloges (daher u.a. auch auf die Positionen der Vernetzungstätigkeit, Additive Leistungen als auch auf die Positionen „Hausbesuche“ und „Kilometergeld für Hausbesuche“). Eine Delegation an andere Berufsgruppen ist unzulässig.

2. Voraussetzungen auf der Seite der Physiotherapeutinnen bzw. Physiotherapeuten, damit ab 01.01.2022 eine Kostenerstattung in Höhe von 80% der Vertragstarife erfolgen kann.

Für Wahlphysiotherapeutinnen und Wahlphysiotherapeuten, welche bereits bis einschließlich 31.12.2021 zur selbstständigen Berufsausübung berechtigt und zum Stichtag ins GBR eingetragen waren, gilt die Berufserfahrung gemäß Rahmenvereinbarung als erfüllt. Für Wahlphysiotherapeutinnen und Wahlphysiotherapeuten, welche sich ab 01.01.2022 in das GBR eintragen lassen, gilt das Folgende: Gemäß der Rahmenvereinbarung haben bestimmte Qualitätskriterien der Berufserfahrung (Ausübung des physiotherapeutischen Dienstes im Rahmen einer Vollzeittätigkeit von zumindest 1 Jahr oder eine mehrjährige freiberufliche Tätigkeit von mindestens 3 Jahren in den im § 5 im Detail genannte Dienstverhältnissen) vorzuliegen. Diese werden durch die ÖGK im Rahmen der Information über die Aufnahme der freiberuflichen Tätigkeit unter Verwendung eines Fragebogens abgefragt. Sollten die Kriterien entsprechend erfüllt sein, erhalten Versicherte eine Kostenerstattung. Werden weder das Kriterium der Anstellung noch der freiberuflichen Tätigkeit erfüllt, kann keine Kostenerstattung für Versicherte erfolgen.

3. Leistungserbringung durch angestellte Physiotherapeutinnen bzw. Physiotherapeuten

Eine Kostenerstattung wird auch dann geleistet, wenn die Leistung durch eine Physiotherapeutin bzw. einen Physiotherapeuten erfolgt, die bei einer freiberuflichen Physiotherapeutin bzw. einem freiberuflichen Physiotherapeuten angestellt ist. Auf der von der freiberuflich tätigen Physiotherapeutin bzw. dem freiberuflich tätigen Physiotherapeuten ausgestellten Honorarnote muss ersichtlich sein, welche/r namentlich genannte berufsberechtigte Berufsangehörige/r die Leistung erbracht hat.

Es empfiehlt sich dabei die Nennung der Registrierungsnummer im GBR der durchführenden Person auf der Honorarnote. Eine Delegation an andere Berufsgruppen ist unzulässig.

4. Vorliegen von Praxisräumlichkeiten

Die Rahmenvereinbarung sieht vor, dass bestimmte Mindeststandards (siehe dazu Anlage 3 der RV) bei den als Praxis genutzten Räumlichkeiten vorzuliegen haben und mit Ausnahme von Hausbesuchen die Behandlungen grundsätzlich in Räumlichkeiten zu erbringen sind, die ausschließlich als Praxis benützt werden. Seit 01.04.2022 ist aufgrund der 2. Zusatzvereinbarung die Kostenerstattung auf Basis der Rahmenvereinbarung nicht mehr an das Vorliegen von Praxisräumlichkeiten gemäß Anlage 3 der RV geknüpft. Verfügt jedoch die Physiotherapeutin bzw. der Physiotherapeut über entsprechende Praxisräumlichkeiten und werden diese auch grundsätzlich für die Behandlung von Patientinnen und Patienten benützt, müssen die genannten Mindestkriterien vorliegen. Eine Kostenerstattung kann nur für Behandlungen geleistet werden, welche auch als sinnvolle Krankenbehandlung anzusehen ist. Für eine solche Behandlung braucht es gewisse Standards, wozu auch die Behandlungsumgebung und somit die Praxisräumlichkeiten zu zählen sind. In der Rahmenvereinbarung zur Erbringung physiotherapeutischer Leistungen wurden daher zwischen Physio Austria und der ÖGK Mindeststandards definiert. Gesetzliche Vorschriften sind dabei einzuhalten.

5. Hausbesuch bei Fehlen von Praxisräumlichkeiten

Werden ärztlich verordnete Hausbesuche von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten erbracht, welche über keine Praxisräumlichkeiten verfügen, werden seit 01.04.2022 die Positionen des einheitlichen Vertragstarifs der Kostenerstattung zu Grunde gelegt. Dabei handelt es sich um die jeweilige Behandlungsposition und zusätzlich die Positionen „Hausbesuche“ und „Kilometergeld für Hausbesuche“ zu den im Leistungskatalog dazu genannten Kriterien.

6. Bewilligungspflicht

Die Bewilligungspflicht ist vorläufig für den Zeitraum vom 01. Juli 2022 bis 30. Juni 2025 ausgesetzt.

7. Behandlungsplan

Grundlage für eine ärztliche Folgeverordnung zur Physiotherapie für Versicherte der ÖGK soll im Vertrags,- wie auch im Wahlbereich die sogenannte „strukturierte Rückmeldung“ durch Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten an die verordnenden Ärztinnen und Ärzte sein. Dafür steht Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten auch im Wahlbereich der sog. „Behandlungsplan“ als Vorlage zur Verfügung.

Der Behandlungsplan stellt eine mit der ÖGK gesicherte und vereinbarte Möglichkeit der strukturierten Rückmeldung zwecks Folgeverordnung dar.

Dabei handelt es sich um ein knappes (eine A4-Seite) und systematisiertes Rückmelde-Dokument zum Ausfüllen, das überwiegend per Ankreuzen erfolgen kann, dabei aber auch die Möglichkeit für Freitext bietet. Bestehende Varianten von strukturierten Rückmeldesystemen zwischen Ärztinnen und Ärzten und Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sind dafür ebenso weiterhin verwendbar. Wir empfehlen in jedem Fall eine schriftliche Dokumentation der Physiotherapeutin bzw. des Physiotherapeuten der Rückmeldung, welche jedenfalls stichwortartig den Zeitpunkt und die Begründung enthält. Bitte beachten Sie die Wahrung des Datenschutzes bei der Übermittlung der Rückmeldung.

Derzeit bedarf es im Wahlbereich bis auf Widerruf keiner Übermittlung von Behandlungsplänen für die Kostenerstattung an die ÖGK.

8. Delegation an andere Berufsgruppen

Eine Delegation von Kassenleistungen an andere Berufsgruppen ist unzulässig. Eine Kostenerstattung bei Leistungserbringung durch bspw. Heilmasseurinnen und Heilmasseur, Medizinische Masseurinnen und Masseur oder Trainingstherapeutinnen und Trainingstherapeuten ist nicht möglich.

9. Liste der Wahlphysiotherapeutinnen/Wahlphysiotherapeuten

Sobald der Fragebogen inkl. dem Nachweis der Eintragung in das Gesundheitsberuferegister (persönliche Registrierungsnummer ist ausreichend) an die ÖGK übermittelt wurde und die Unterlagen vollständig vorliegen, wird die Physiotherapeutin bzw. der Physiotherapeut auf die Liste der qualifizierten Wahltherapeutinnen und -therapeuten aufgenommen. Diese Liste wird auf der ÖGK-Homepage für die Versicherten veröffentlicht und quartalsweise aktualisiert.

10. Telemedizinische Behandlungen (z.B. im Rahmen der Pandemie)

Eine Kostenerstattung für telemedizinische Behandlungen erfolgt ausschließlich bei Einhaltung der Kriterien des §18 der RV und Kennzeichnung auf der aufgeschlüsselten Honorarnote entsprechend dem Anhang 6 der RV, wenn es sich um zweckmäßige Krankenbehandlung handelt. Das heißt teletherapeutische Behandlungen können derart durchgeführt werden, dass ein Behandlungserfolg grundsätzlich wie bei einer persönlichen Behandlung in der Praxis erwartet werden kann. Im Rahmen der Pandemie erfolgt daher z.B. eine Kostenerstattung für telemedizinische Behandlungen.

11. Additive Leistungen

Als sogenannte „additive Leistungen“ sind die „Heilmassage in der Mindestdauer von 15 Minuten“ und die „sonstige apparative Leistungen (z.B. Wärme-, Elektro- und Kältetherapien, ...) in der Mindestdauer von 15 Minuten“ unter den Kriterien der Anlage 6 der RV der Kostenerstattung zugänglich. Diese Kassenleistungen der „sonstigen apparativen Leistungen“ enthalten Maßnahmen, welche aufgrund ihres Wirkmechanismus vom gesetzlichen Berufsbild der Physiotherapie umfasst sind, wie insbesondere Kälte-/Wärmeanwendungen, Elektrotherapie, Softlaser, Stoßwelle und Ultraschall.

12. Manuelle Lymphdrainage

Die manuelle Lymphdrainage wird gemäß der Satzung der ÖGK in Form der Position „Manuelle Lymphdrainage 45 min“ weiterhin als Kostenzuschuss gewährt. Der Kostenzuschuss erfolgt aktuell in der Höhe von € 19,52 (Stand Mai 2022). Es muss hierfür kein spezifischer Ausbildungsnachweis an die ÖGK vorgelegt werden, da selbstverständlich die allgemeine berufliche Sorgfaltspflicht gilt.

13.Hippotherapie

Auch für die Hippotherapie erfolgt wie in der Vergangenheit gemäß der Satzung der ÖGK weiterhin ein Kostenzuschuss. Der Kostenzuschuss erfolgt aktuell in der Höhe von € 22,53 für 30 Minuten (Stand Mai 2022) bzw. in der Höhe von € 39,42 für 60 Minuten (Stand Mai 2022). Ein Kostenzuschuss für Hippotherapie kann nur erbracht werden, wenn ein entsprechender Weiterbildungsnachweis vorgelegt wird.