

Empfehlungen zur Durchführung von Videobehandlungen (Stand 26. März 2020, 14 Uhr)

Die Corona/Covid-19 Krise erfordert unbürokratische Schritte, um die Versorgung mit Heilmitteln zumindest in Teilen sicherzustellen. Es ist daher ein erforderlicher Schritt, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen auf Empfehlung der Berufsverbände die Möglichkeit eröffnet haben, Onlinebehandlungen/Videobehandlungen zu ermöglichen.

Voraussetzung für die Durchführung einer Videobehandlung

- Einwilligung des Versicherten
- Darf in Räumen durchgeführt werden, die Privatsphäre bieten
- Die eingesetzte Technik muss eine angemessene gegenseitige Kommunikation gewährleisten.
- Eines der folgenden Heilmittel ist verordnet:
 - „Bewegungsübungen/orthopädisches Turnen“ (X0301),
 - „Atemgymnastik“ (X0302)
 - „Atem- und Kreislaufgymnastik“ (X0303),
 - „Krankengymnastische Behandlung, auch Atemgymnastik, auch auf neurophysiologischer Grundlage als Einzelbehandlung“ (/X0501)
 - „Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage, auch Atemtherapie bei cystischer Fibrose (Mucoviscidose) (X0701)
 - „Krankengymnastik, auch Atemtherapie, bei Mucoviscidose und schweren Bronchialerkrankungen, 60 Min.“ (X0702)

Ob der Patient durch eine Videobehandlung therapiert werden kann, obliegt ausschließlich dem zu behandelnden Physiotherapeuten*in. Sie können sich an den folgenden Kriterien orientieren:

Der Patient...

- ist kognitiv in der Lage, Bewegungsaufträge ohne taktile Reize umzusetzen.
- ist nicht sturzgefährdet.
- hat eine Erkrankung, die keine besondere Schutzmaßnahmen bedarf (z.B. Bewegungslimitierung), welche durch den Therapeuten sichergestellt werden müssen.

Grundsätzlich schließt die Empfehlung auch die Betreuung von Neupatienten per Videobehandlung nicht aus.

Empfehlungen zu technischen Voraussetzungen

Die Hürden sind hierfür richtigerweise sehr niedrig.

Laut [aktueller Empfehlung der Kostenträger](#) können Sie jedes Videosystem nutzen, welches eine „angemessene gegenseitige Kommunikation gewährleistet“ – also so gut wie jedes System.

Wir empfehlen, dass sowohl der Therapeut als auch der Patient mit kabellosen Kopfhörern arbeitet, sodass eine perfekte Kommunikation ohne störende Kabel oder Nebengeräusche funktionieren kann. Mindestens jedoch der Therapeut sollte mit kabellosen Kopfhörern arbeiten, damit er beispielsweise Bewegungsaufträge vormachen und gleichzeitig sprechen kann.

Wir empfehlen feste Videosysteme an einem PC, idealerweise mit externer Kamera (nicht eingebaute Kamera im Notebook), damit sie flexibel sein können. In jedem Fall sollten der Therapeut und der

Patient die Hände frei haben, was den Einsatz von Handykamera schwieriger macht. Hier muss gegebenenfalls für Stativ/Halterungen gesorgt werden.

Der Datenschutz ist gemäß der DSGVO zu beachten.

Auswahl des Videosystems? *

Beispielhaft bekannte Systeme sind u.a.

- Google Hangout
- Google Duo
- Microsoft Skype
- Microsoft Teams
- Facebook Messenger
- Zoom.us

* Die Liste ist nicht vollständig, Die benannten Systeme wurden nicht unter DSGVO-Gesichtspunkten geprüft. Bitte beachten Sie, dass die Videobehandlung nur über eine sichere Datenverbindung durchgeführt werden darf.

Es können aber natürlich auch branchenspezifische Softwarelösungen zum Einsatz kommen, welche schon vielfach am Markt bestehen. Hierbei empfehlen wir, die Softwarelösung nach den folgenden Kriterien zu beurteilen:

- Wie leicht erhält der Patient Zugang zum System?
Muss er zum Beispiel eine Software runterladen oder kann er sich über eine Website einbinden?
- Kann neben der Übertragung von Ton und Bild auch gechattet werden?
- Welchen Stellenwert hat die Einhaltung der DSGVO?
- Ist der Anbieter ggf. z.B. zur [Videosprechstunde der Ärzte von der KVB](#) zertifiziert und hat entsprechende Nachweise?
- Bietet die Software ggf. Zusatzmöglichkeiten wie Übungsprogramme/-aufgaben, Aufzeichnung der Therapiesitzung etc. an?

Abrechnung der Videobehandlung

Das Empfehlungsschreiben sieht eine Dokumentation der Behandlung wie folgt vor:

Auf der Rückseite der Verordnung ist die Therapie als Videobehandlung „V“ oder „Video“ zu kennzeichnen und von dem Therapeuten zu bestätigen.

Zur Bestätigung der Behandlung schickt der Patient, nach der Behandlung, eine E-Mail mit dem Wortlaut:

„Hiermit bestätige ich, <NAME>, den Erhalt einer Videobehandlung am <DATUM> durch die Praxis <PRAXISNAME/THEAPEUT>.“

Diese E-Mail muss nicht zur Abrechnung beigelegt, sondern lediglich als Nachweis archiviert werden.

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Videobehandlung

Hiermit erkläre ich:

Name Vorname Geburtsdatum

Straße Postleitzahl Wohnort

E-Mail-Adresse Tel. Nr.

durch die Mitarbeiter der Praxis _____ ausreichend über den Ablauf der physiotherapeutischen Videobehandlung sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden zu sein.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der Videobehandlung freiwillig ist und die Nutzung für mich keine weiteren Kosten verursacht, da dies auf der Grundlage meiner ärztlichen Verordnung zur Physiotherapie abgedeckt wird.

Ich versichere, dass

- die Videobehandlung in einem geschlossenen Raum und ruhiger Umgebung stattfindet, damit die Behandlung ungestört und unter Gewährleistung der Datensicherheit erfolgt.
- anwesende Personen im Raum zu Beginn vorgestellt werden.
- anwesende Hilfspersonen auf den Geheimnisschutz und Datenschutz hingewiesen werden.
- ich keine Bild- und/oder Tonaufzeichnungen mache.
- Mir die technisch erforderlichen Voraussetzungen für die Nutzung der Videobehandlung zur Verfügung stehen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, E-Mail-Adresse, Termin mit Datum, Uhrzeit und Dauer) zur Dokumentation der stattgefundenen Videobehandlung gespeichert werden. Diese Daten dienen einzig zu Dokumentations-zwecken und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Löschung erfolgt nach den gesetzlichen Vorgaben.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann. Hierfür ist eine mündliche Mitteilung an meinen Physiotherapeuten ausreichend.

Durch meine Unterschrift erkläre ich vorstehende Einwilligung als erteilt und die Kenntnisnahme der Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videosprechstunde.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

