03.2011

unternehmen praxis

Praxismanagement für Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie

Für **up-premium plus** *Kunden:*
Vorlage gegen Abrechnungsbetrug

Neufassung der Heilmittelrichtlinie beschlossen

Lymphdrainage nur noch begrenzt verordnungsfähig?

Ein Ziel der Neufassung der Heilmittelrichtlinie war die Begrenzung der Anzahl von Massagen außerhalb des Regelfalls. Vermutlich ist ein Formulierungsfehler der Grund dafür, dass nun in der Neufassung nicht nur die Massagen, sondern auch die Anzahl der Lymphdrainagen außerhalb des Regelfalls begrenzt werden. Das ist medizinisch/therapeutisch fragwürdig und bedeutet für viele chronische Patienten eine deutliche Verschlechterung der Versorgungssituation. Eine Präzisierung ist notwendig, steht aber bisher noch nirgendwo auf der Agenda.

Es ist nur eine kleine Änderung, die sich in die Neufassung der Heilmittelrichtlinie eingeschlichen hat: „Maßnahmen der Massagetherapie können außerhalb des Regelfalls nur bis zu der für den Regelfall vorgesehenen Gesamtverordnungsmenge verordnet werden“, heißt es in § 8, Abs. 1, Satz 4 der Neufassung der HeilM-RL. Damit hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das in den Richtlinien ergänzt, was schon im gemeinsamen Fragen-/Antwortenkatalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung als Ergänzung zu der HeilM-RL erläutert wurde. Somit also nichts Neues.

Aus Massage wird Massagetherapie

Wer aber die Frage 32 des gemeinsamen Fragen-/Antwortenkatalogs liest, stellt schnell fest, dass dort nur von „Massagen“ gesprochen wird. In der Neufassung der HeilM-RL wird dagegen von „Massagetherapie“ gesprochen. Das wirkt zunächst nicht problematisch, doch im § 18 wird der Begriff „Massagetherapie“ konkretisiert. Dort heißt es in Satz 2: „Die Massagetherapie umfasst die nachstehend beschriebenen Maßnahmen: … 7. Manuelle Lymphdrainage…“.

Bleibt die Anzahl der Lymphdrainagen außerhalb des Regelfalls in der neuen Heilmittelrichtlinie begrenzt?

Folgt man also der Logik der Neufassung der HeilM-RL, dann darf Lymphdrainage zukünftig außerhalb des Regelfalls nur noch so oft verordnet werden, wie es im Regelfall erlaubt ist. Danach wäre Schluss – es würde dann erst das 12-wöchige behandlungsfreie Intervall ablaufen müssen, um einen erneuten Behandlungsfall auszulösen. Nachgefragt bei der Pressestelle des G-BA, bestätigt man dort, dass Lymphdrainage schon immer eine Maßnahmen der Massagetherapie gewesen sei und dass durch die Neufassung der HeilM-RL tatsächlich eine Begrenzung der Lymphdrainageverordnungen außerhalb des Regelfalls festgeschrieben wird: „Ihre Anzahl ist jedoch für alle Verordnungen außerhalb des Regelfalls zusammen begrenzt auf die für den Regelfall festgelegte Menge“. >>>

Aktuell

Nur behandeln, was auf der Verordnung steht
Kompensationsgeschäfte sind Betrug 10

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) überdenkt Heilmittelverordnungen
Wie viel Arzt ist ein Zahnarzt? 12

Modellprojekt IFK-Krankenkasse BIG
Forschungsprojekt Top – Informationspolitik Flop 14

Konzepte

Gefragte Selbstzahlerleistung für Menschen mit wenig Zeit
Trend: Personal Yoga 16

Beratung rund um die Uhr
Online-Sprechstunde beim Physiotherapeuten 18

Tipps

Serie: Fallbeispiel aus der *up-premium plus* Hotline
Bereitschaftsdienst für Therapeuten 21

Zustimmung des Arbeitgebers nicht erforderlich
Angestellte können Elternzeit verlängern 22

Anlass für Marketingaktionen
Tag der Rückengesundheit 2011 23

@ Passwort für **www.up-aktuell.de:** medizin

ISSN 1869-2710 • www.up-aktuell.de • redaktion@up-aktuell.de • Einzelpreis 15 Euro

Kommentar

Ein schwarzes Schaf ist noch lange keine Herde

Das Thema Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen nimmt kein Ende. Eine Kasse nach der anderen veröffentlicht ihre Zahlen. Heilmittelerbringer kommen in den Pressemitteilungen schlecht weg, denn die Anzahl der Betrugsfälle wird prominent hervorgehoben, während die verursachte Schadenssumme offenbar nicht so wichtig ist und erst am Ende der Mitteilung genannt wird. Durch diese Form der Berichterstattung könnte der Eindruck erweckt werden, alle Heilmittelerbringer seien Betrüger.

Schaut man sich die Zahlen etwas genauer an, stellt man schnell fest, dass es zum Beispiel bei der KKH-Allianz 228 schwarze Betrugsschafe unter den Physiotherapeuten gab. Das ist gerade mal ein Viertel der gesamten Betrügerschaft von 818 Fällen. Und nicht etwa die Physiotherapeuten verursachten den größten finanziellen Schaden auf Kosten der Beitragszahler. Nein, es waren die Apotheker, die stolze 270.000 Euro hinterschlugen. Die Summe, die die Physiotherapeuten verursachten, war offenbar so gering, dass sie gar nicht erst nennenswert war.

Die DAK hingegen warf lieber erst einmal pauschale Angaben ins Rennen. 40 Prozent der aktuellen Fälle fielen auf Heilmittelerbringer zurück. Von der Gesamtschadenssumme von 2 Millionen Euro lag deren Anteil bei 24 Prozent. Aber DAK-Chefermittler Volker zur Heide bemerkte auch sehr weise: „Die breite Masse der Leistungserbringer rechnet vertragsgemäß ab und lässt sich nichts zu Schulden kommen.“ Und genau diese Information sollten Heilmittelpraxen auch ihren Patienten mitteilen und sich nicht von der allgemeinen Berichterstattung irritieren lassen.

Herzlichst Ihre

Heidi Kohlwes, Chefredakteurin

PS: up-premium plus Kunden können kostenlos eine Informationsvorlage für ihre Patienten bei der Hotline 0800-9477360 anfordern.

>>> Fortsetzung S. 1

Nachfragen bei Lymphdrainage-Therapeuten zeigen schnell, dass eine 12-wöchige Therapieunterbrechung medizinisch für die betroffenen Patienten nicht akzeptabel ist. Susanne Hügel vom Lymphnetz Kiel berichtet beispielsweise, dass die Erhaltungsphase der Therapie bei chronischen Krankheitsbildern zwei bis fünf Jahre dauern kann: „Eine Unterbrechung könnte die gesamte vorangegangene Therapie zunichtemachen. Es könnte dazu kommen, dass sich das Ödem verschlechtert. Dadurch hätte der Patient wieder die anfänglichen Beschwerden und mit einer Ödemveränderung passt die maßgefertigte Kompressionsbestrumpfung nicht mehr“. Das bedeutet, die Therapie beginnt nach dem behandlungsfreien Intervall von vorn.

Handlungsbedarf dringend vorhanden

Handlungsbedarf ist also dringend geboten, wenn es nicht zu einer deutlichen Fehlversorgung von Lymphdrainagepatienten kommen soll. Zusätzlicher Handlungsbedarf ergibt sich auch aus den Prüfroutinen der Krankenkassen. Wer einmal erlebt hat wie „falsche“ Verordnung zu Abzügen bei der Abrechnung oder zu In-Regressnahme von verordneten Ärzten geführt hat, wird auf jeden Fall auf eine Klarstellung dieses Problems bestehen.

Leider ist nicht zu erkennen, wer sich um die Korrektur bzw. Klarstellung in dieser Angelegenheit kümmern wird. Heilmittelverbände und Ärztekammer haben im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens nichts zu diesem Punkt gesagt, in der Pressestelle des G-BA ist man zwar hilfsbereit, jedoch nicht zuständig: „Der G-BA nimmt keine rechtsverbindliche Auslegung seiner Richtlinien vor, dafür sind die Spitzenverbände der Ärzte und Kassen zuständig.“ Dann muss es wohl eine Fragen-/Antwortliste auch für die Neufassung der HeilM-RL geben. Oder aber der G-BA arbeitet eine Korrektur in den Text ein. Oder das Bundesgesundheitsministerium erkennt, was da passiert und genehmigt nicht.

Wir bleiben für Sie an dem Thema dran und werden Sie aktuell informieren. *(bu)*

Impressum

buchner

Herausgeber: Buchner & Partner GmbH
Lise-Meitner-Straße 1-7
24223 Schwentinental
Telefon +49(0) 4307 8119 – 0, Fax – 99
redaktion@up-aktuell.de, www.buchner.de

V.i.S.d.P.: Ralf Buchner (Anschrift s. Herausgeber) | **Chefredaktion:** Heidi Kohlwes

ISSN 1869-2710 • Heftpreis: 15 Euro • im Abo: 12 Euro

Quellen und Autoren dieser Ausgabe:
Heidi Kohlwes (ko), Ralf Buchner (bu), Katrin Schwabe-Fleitmann (ks), Björn Schwarz (bj), Nele Mahnken (nm), Christian Beneker (ben), Erstveröffentlichung ZVK Sachsen 2008, Veröffentlichung mit freundlicher Genehmigung des ULD; Lektorat: Ulrike Stanitzke

Layout: Mario Durst, Köln

Fotos: © fotolia: P. Atkins (1), d. cervo (12), M. Dietrich (18), cohelia (20), Ivan Grlic (21), Kzenon (17, 22), G. Sanders (22); L. Heinemann (5), BIG/ifk (14), W. Mertens (14), S. Kuhn/press image (15), H. Jentsch (16), H. Hecht (19)

Datenschutz ist für Patienten wichtig

Was Praxischefs wissen müssen

Zugegeben, das Thema Datenschutz in Heilmittelpraxen ist gepflastert von Paragraphen und Juristen-Deutsch. Nichts destotrotz ist die Einhaltung des Datenschutzes nicht nur gesetzlich vorgeschrieben, sondern auch hilfreich, wenn zum Beispiel die Krankenkasse der Praxis unangemeldet einen Besuch abstattet. Was Praxisinhaber über das Thema Datenschutz wissen müssen, lesen Sie in unserem Schwerpunktthema.

Grundsätzlich gilt in allen medizinischen Praxen das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG). Aber das BDSG lässt die Erhebung sensibler Patientendaten nur dann zu, wenn sie zum „Zweck der Gesundheitsvorsorge, der medizinischen Diagnostik, der Gesundheitsversorgung oder Behandlung oder für die Verwaltung von Gesundheitsdiensten erforderlich ist und die Verarbeitung dieser Daten durch ärztliches Personal oder durch sonstige Personen erfolgt, die einer entsprechenden Geheimhaltungspflicht unterliegen.“ (Paragraf 28, Absatz 7)

Sozialdaten dürfen nicht weitergegeben werden

Thorsten Vogtländer vom Verband der Physiotherapeuten: „Allerdings haben Heilmittelpraxen ebenso wie Arztpraxen Besonderheiten zu beachten.“ So hat jeder Mensch „Anspruch darauf, dass die ihn betreffenden Sozialdaten (...) von den Leistungsträgern nicht unbefugt erhoben, verarbeitet oder genutzt werden“, so Paragraf 35 SGB I. Für eine Heilmittelpraxis bedeutet das, „dass sie Unbefugten, zum Beispiel anderen Patienten, nicht einmal mitteilen darf, wer in der Praxis noch in Behandlung ist“, erklärt Vogtländer, „dieses Verbot betrifft auch Auskünfte an die Krankenkassen.“

Grundsätzlich haben therapeutische Praxen die gleichen Regeln zu beachten wie Arztpraxen. So darf etwa der Computer-Bildschirm an der Rezeption nicht so stehen, dass die Patienten ablesen können, etwa wer vor ihnen das Behandlungszimmer betreten hat. Gleiches gilt für Gespräche am Tresen. Hier gehört es zum Schutz des Sozialgeheimnisses, dass nicht alle, die am Tresen warten, mithören können, weshalb ein Patient in Behandlung ist. Also: Mindestabstand beachten und/oder ein Schild auf den Tresen stellen, das zur Diskretion auffordert.

Stichwort Schweigepflicht: Das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Angehörigen der Heilberufe ist nach Paragraf 203 Strafgesetzbuch geschützt. Danach wird, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis offenbart, das ihm in seiner Eigenschaft als Arzt oder Therapeut anvertraut wurde, mit bis zu zwei Jahren Gefängnis oder eine Geldstrafe bestraft. Auch hat der Patient in beiderlei Praxen ein Auskunftsrecht.

Therapeuten haben´s leichter als Ärzte

„Allerdings gibt es in Sachen Datenschutz auch Unterschiede zwischen Arzt- und Therapeutenpraxen“, sagt Vogtländer. Es gebe zum Beispiel im Rahmen der therapeutischen Versorgung weit weniger gerichtliche Auseinandersetzungen um den Datenschutz als im Zusammenhang mit ärztlicher Betreuung. Damit werden auch weniger Einzelfälle geklärt und weniger klärende Grundsatzentscheidungen gefällt. „Bei Ärzten könnte etwa das Auskunftsrecht unter Umständen dann beschränkt sein, wenn die Ärzte problematische Diagnosen gestellt haben oder persönliche Bemerkungen notiert haben, die sie nicht preisgeben wollen“, so Vogtländer.

Inhalt

Thema: Datenschutz

- Was Praxischefs wissen müssen 3
- up im Gespräch: Keine Auskunft für Krankenkassen bei personenbezogenen Daten 4
- Der richtige Umgang mit Patientenakten 6
- SGB V erlaubt Weitergabe von Daten an Abrechnungsstellen ohne Einwilligung des Patienten 9

Eine besondere Herausforderung für den Datenschutz stellt die elektronische Übermittlung von Patienten-, Diagnose- und Abrechnungsdaten dar. „Ärzte und Heilmittelerbringer dürfen Dritte bei der Abrechnung einschalten“, so Vogtländer. Laut Paragraf 302 SGB V müssen Abrechnungsdaten von Ärzten und Heilmittelerbringern dabei elektronisch an Krankenkassen oder spezielle Abrechnungszentren übermitteln werden. Die Übermittlungswege sind in der Regel eigens geschützt.

Schwieriger wird es bei Pflege der Praxis-Homepage und beim E-Mail-Verkehr. Beides sollte möglichst nicht über den Praxiscomputer abgewickelt werden, sondern über einen getrennten PC, erklärt Raimund Dehmlow von der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN). Der Chef sollte ebenso klar organisieren, wer in der Praxis auf welche E-Mails und Abrechnungsdaten Zugriff hat. Hier kann also der Praxischef für mehr Sicherheit sorgen. In anderen Fällen indessen ist er aufgeschmissen. 99 Prozent aller User hinterlassen auf den Servern ihre IP-Adresse. „Im Moment wird darüber gestritten, ob die IP-Adresse zu den Persönlichkeitsdaten des Users gehört“, erklärt Dehmlow. *(ben)*

Interview mit Rechtsanwalt Dr. Lars Heinemann

Keine Auskunft für Krankenkassen bei personenbezogenen Daten

In letzter Zeit überprüfen viele Krankenkassen die Praxen von ambulanten Leistungserbringern im Heilmittelbereich. up wollte von Rechtsanwalt Dr. Lars Heinemann wissen, welche Rechte und Verpflichtungen Heilmittelerbringer in Sachen Datenschutz gegenüber Krankenkassen haben.

? Herr Dr. Heinemann, wie ist die Rechtslage für Heilmittelerbringer?

Die Erhebung und Verarbeitung von Patientendaten gehört im Datenschutzrecht sicherlich zu den komplexeren Problemen. Zum einen handelt es sich schlicht um besonders sensible Daten. Zum anderen beschäftigen sich gleich mehrere Gesetze mit ihrer Verwendung. Neben der ärztlichen Schweigepflicht, die neben berufsrechtlichen Vorschriften ihre gesetzliche Normierung in § 203 StGB findet, sind die Bestimmungen des BDSG, des SGB X und vor allem die spezielleren Regelungen im SGB V heranzuziehen. Nach § 302 SGB V sind die Leistungserbringer im Bereich der Heilmittel verpflichtet, bestimmte Daten zu erheben und den Krankenkassen zum Zweck der Leistungsabrechnung zu übermitteln.

„Dem Auskunftsverlangen der Krankenkasse müssen Therapeuten nicht immer nachkommen."

? Welche Daten sind das genau?

Zunächst sind die von der Praxis erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis zu bezeichnen. Daneben müssen der Tag der Leistungserbringung, die Arztnummer des verordnenden Arztes, die Verordnung des Arztes mit Diagnose und den erforderlichen Angaben über den Befund angegeben werden. Letztlich sind auch noch die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 10 SGB V gegenüber der Krankenkasse zu machen. Das sind unter anderem die Angaben wie Name und Anschrift, die sich auf der Versichertenkarte befinden.

? Können die Krankenkassen noch weitere Daten verlangen?

Nein. Bei den in § 302 SGB V genannten Daten handelt es sich aus datenschutzrechtlichen Gründen um eine abschließende Aufzählung. Dies hat das Bundessozialgericht für die vergleichbare Vorschrift zur Abrechnung von Krankenhausleistungen bereits entschieden. Zuvor war dies auch vom Bundesbeauftragten für Datenschutz bestätigt worden. Die Übermittlung von weiteren Patientendaten kann gegebenenfalls aber vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen verlangt werden, für den eigene Vorschriften gelten, §§ 275 ff. SGB V.

? Neuerdings kommen Krankenkassenmitarbeiter unangekündigt in die Praxis und verlangen Auskunft. Ist es dies erlaubt?

In dem Auskunftsverlangen der Krankenkasse liegt – rechtsterminologisch – der Wunsch, auch besondere Arten personenbezogener Daten – nämlich die besonders schützenswerten Patientendaten – zu erheben. Dafür ist nach § 100 Abs. 1 SGB X eine gesetzliche Ermächtigung nötig, in einigen Fällen alternativ eine schriftliche Einwilligungserklärung des betroffenen Patienten. Diese gesetzliche Ermächtigung zur Datenerhebung liegt in dem zuvor genannten § 302 SGB V. Der sieht allerdings „nur" eine Datenübermittlung an die Krankenkasse vor, nicht aber eine aktive Datenerhebung der Krankenkasse in der

jeweiligen Praxis. Auch wenn man sich vielleicht über Fälle wie „Datenübermittlung durch Übergabe der Patientenakte“ noch streiten könnte, ist das von Ihnen beschriebene Vorgehen der Krankenkassen meines Erachtens unzulässig.

? Fiele die rechtliche Bewertung anders aus, wenn die Krankenkassen Einwilligungserklärungen ihrer Versicherten vorlegen könnten?

Nein, das Ergebnis änderte sich nicht. Auch wenn § 100 SGB X grundsätzlich die Möglichkeit einer Einwilligung nennt, heißt das nicht, dass eine Datenerhebung auf ihrer Grundlage immer gerechtfertigt ist. Denn zum einen ist § 100 SGB X selbst keine Rechtsgrundlage für irgendeine Datenerhebung der Krankenkassen und zweitens ginge insoweit die abschließende, spezialgesetzliche Regelung in § 302 SGB V sowieso vor. Diese Vorschrift sieht gerade nicht die Möglichkeit vor, das Erhebungsverlangen der Krankenkasse mithilfe einer datenschutzrechtlichen Einwilligung anderweitig zu befriedigen. Davon einmal abgesehen, sprechen noch weitere Gründe gegen eine Datenerhebung unmittelbar in der Praxis – beispielsweise durch Einsichtnahme in die Patientenakten, den Praxis-PC oder auch den Terminkalender des Leistungserbringers: Erstens sieht § 302 SGB X nur eine elektronische Datenübermittlung an die Krankenkasse oder aber zumindest eine maschinell verwertbare Übermittlungsform vor. Zweitens sind Datenerhebungen immer nur für den konkreten Einzelfall zulässig, wenn für diesen eine Rechtfertigung vorliegt. Pauschales Auskunftsverlangen scheidet damit aus. Es ließe sich bei einem solchen Vorgehen auch kaum wirksam verhindern, dass zweitens die einzelnen Krankenkassen gleichzeitig auch Kenntnis von Patientendaten bekämen, die entweder gar nicht bei ihnen versichert sind, wobei die theoretische Möglichkeit der Kenntnisnahme schon ausreichte, oder dass sie drittens auch Daten erheben könnten, die gerade nicht von § 302 SGB V erfasst sind und deshalb auch nicht erhoben werden dürfen. Daneben bedeutete ein solches Vorgehen auch noch einen ganz erheblichen Eingriff in den „Geschäftsbetrieb“ eines Leistungserbringers, der meines Erachtens in keinerlei angemessenem Verhältnis zum Zweck der Datenerhebung vor Ort stünde und schon deshalb unzulässig sein dürfte.

? Wie sollen sich Praxisinhaber und seine Angestellten verhalten, wenn ein Mitarbeiter einer Krankenkasse vor Ort Auskunft verlangt.

Abgesehen davon, dass dem Auskunftsverlangen nach dem zuvor Gesagten zu widersprechen ist, empfehle ich, das Auskunftsverlangen zu dokumentieren, also den Namen der Krankenkasse und des jeweiligen Mitarbeiters zu notieren. Zusätzlich sollte auch, wenn denn das Auskunftsverlangen überhaupt so konkretisiert wird, der Name des Patienten vermerkt werden, über den Auskunft verlangt wird; denn in der Regel wird es ja um Leistungsabrechnungen gehen. Wegen des Auskunftsverlangens sollte sich der Praxisinhaber dann schriftlich an die Krankenkasse wenden und gleichzeitig den Vorgang der zuständigen Datenschutzbehörde zur Kenntnis geben. Daneben empfiehlt es sich auch, in geeigneter Weise die berufsständische Vertretung einzubeziehen, um gegenüber der Krankenkasse nicht allein dazustehen.

„Praxisinhaber sollten den Besuch eines Krankenkassenmitarbeiters ausführlich dokumentieren.“

Dr. Lars Heinemann ist Rechtsanwalt und Partner der Kieler Sozietät „Gabriel Rechtsanwälte“. Er berät und vertritt zahlreiche Leistungserbringer im Gesundheitswesen.

? Ab wann lohnt es sich, einen Rechtsanwalt einzuschalten?

Eine rechtliche Beratung und Vertretung durch einen spezialisierten Rechtsanwalt empfiehlt sich sicher immer dann, wenn dem Leistungserbringer durch eine Krankenkasse konkrete Sanktionen angedroht werden. Dann wird es in der Regel schnell um die Vergütung erbrachter Leistungen bzw. deren Verweigerung gehen und damit auch – mehr oder weniger – um die wirtschaftliche Grundlage der Praxis. Im Übrigen kann ein Rechtsanwalt natürlich auch sonst die Kommunikation mit dem Datenschutzbeauftragten und anderen Behörden übernehmen.

Vielen Dank für das Gespräch.

Kontakt: Dr. Lars Heinemann, Rechtsanwalt und Partner bei Gabriel Rechtsanwälte, Lessingplatz 4, 24116 Kiel, www.gabriel-recht.de, heinemann@gabriel-recht.de

Datenschutz konkret:

Der richtige Umgang mit Patientenakten

Die Aufbewahrung und Vernichtung von therapeutischen Patientenakten ist nach dem Datenschutzgesetz streng geregelt. Das Unabhängige Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein (ULD) hat eine genaue Übersicht erstellt, was Therapeuten beachten müssen.

I. Aufbewahrungspflichten im Bereich der Physiotherapie

Die Frage der datenschutzrechtlichen Zulässigkeit der Aufbewahrung der Patientenakten ist nach § 28 Abs. 6 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und (vgl. „ferner" in § 26 Abs. 7 Satz 1 BDSG) nach § 28 Abs. 7 Satz 2 BDSG zu beurteilen. Bei den Patientendaten handelt es sich um Gesundheitsdaten und damit um besonders sensible Daten im Sinne des § 28 Abs. 6 und 7 i.V.m. § 3 Abs. 9 BDSG. Die Aufbewahrung der Patientenakten stellt eine Speicherung im Sinne des § 3 Abs. 4 Nr. 1 BDSG dar und ist damit nach § 3 Abs. 4 BDSG eine Datenverarbeitung.

Personenbezogene Daten sind zu löschen, wenn die Voraussetzungen des § 35 Abs. 2 BDSG erfüllt sind. Grundsätzlich müssen personenbezogene Daten gelöscht werden, wenn der Zweck, für den sie gespeichert sind, erfüllt ist (§ 35 Abs. 2 Nr. 3 BDSG). Nach § 35 Abs. 3 Nr. 1 BDSG ist eine weitere Aufbewahrung von Patientenakten dann erlaubt, wenn gesetzliche, satzungsmäßige oder vertragliche Aufbewahrungsfristen aus anderen Rechtsvorschriften dies erfordern. Diese Aufbewahrung ist allerdings nur noch in gesperrter Form zulässig.

1. Berufsspezifische Aufbewahrungspflichten

Standesrechtliche Regelungen für die Dokumentation und Aufbewahrung von Patientenakten bestehen – soweit ersichtlich – für den Bereich der Physiotherapie nicht. Ohnehin würden Vereinbarungen der physiotherapeutischer Standesverbände nur für Mitglieder gelten. Das schleswig-holsteinische Heilberufekammergesetz (HBKG SH) sieht nach § 31 HBKG SH die Möglichkeit der Regelung von Berufsausübungsregeln vor, wozu auch die Aufbewahrungspflichten gehören. Das Gesetz gilt jedoch nicht jedoch für den physiotherapeutischen Berufsstand, § 1 HBKG SH.

2. Kassenrechtliche Aufbewahrungspflichten

Für Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, die nach § 124 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) eine kassenrechtliche Zulassung innehaben, ergeben sich jedoch Vorgaben zur Dokumentation der physiotherapeutischen Behandlung und deren Aufbewahrung aus den jeweils regional geltenden Rahmenverträgen nach § 125 Abs. 2 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den jeweils regional maßgeblichen Berufsverbänden der Heilmittelerbringer. Die Anerkennung u.a. auch der geltenden Verträge nach § 125 Abs. 2 SGB V ist nach § 124 Abs. 2 Nr. 3 SGB V ist Voraussetzung für die kassenrechtliche Zulassung (siehe auch Hess, in: Kassler Sozialversicherungsrecht, § 124, Rdnr. 11).

Für Schleswig Holstein sind verschiedene Rahmenverträge nach § 125 Abs. 2 SGB V zwischen den Landeskrankenkassen und den jeweiligen Landesberufsverbänden abgeschlossen worden (vgl. z.B. Vertrag nach § 125 Abs. 2 SGB V zwischen dem VPT und dem VdAK, § 8 Aufbewahrungsfrist: drei Jahre). Eine entsprechende Empfehlung findet sich auch in den bundesweit geltenden Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer. Auch nach § 16 Satz 1 dieser Rahmenempfehlung ist die nach § 14 Abs. 4 der Rahmenempfehlung zu führende physiotherapeutische Verlaufsdokumentation drei Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlung abgeschlossen wurde, aufzubewahren. Dabei ist eine sichere Aufbewahrung zu gewährleisten (§ 16 Satz 2 der Rahmenempfehlung).

3. Steuerrechtliche Aufbewahrungspflichten

Aufbewahrungsfristen für den Bereich der Physiotherapie ergeben sich aber auch aus den steuerrechtlichen Regelungen. Nach § 147 Abs. 3 Abgabenordnung (AO) sind Unterlagen mit besonderem steuerrechtlichen Beweiswert zehn Jahre, die anderen in § 147 Abs. 1 AO genannten Unterlagen sechs Jahre aufzubewahren. Besondere Bedeutung im Hinblick auf die Verarbeitung personenbezogenen Daten kommt hier den ärztlichen Verordnungen zu. Sie werden in der Praxis als Unterlagen eingestuft, die nach § 147 Abs. 3 Satz 1 AO einer sechsjährigen steuerrechtlichen Aufbewahrungsfrist unterliegen. Den Finanzämtern werden die ärztlichen Verordnungen unverändert zugänglich gemacht, d.h. in einer Form, deren Informationsgehalt sich nach § 302 SGB V richtet und ursprünglich auf das kassenrechtliche Informations- und Kontrollbedürfnis ausgerichtet ist. Auf diese Weise werden den Fi-

nanzämtern auch Informationen übermittelt, die für die steuerrechtliche Bewertung und Überprüfung gar nicht erforderlich sind. Derzeit wird aber in der Übermittlung in Form von teilweise geschwärzten Durchschriften keine Möglichkeit gesehen, weil solchen Durchschriften kein ausreichender Beweiswert beigemessen wird.

4. Andere Aufbewahrungspflichten

Arztrechtliche Aufbewahrungsfristen (etwa nach § 10 Musterberufsordnung für Ärzte – MBO-Ä) finden keine unmittelbare Anwendung. Handelsrechtliche Aufbewahrungsverpflichtungen nach § 257 Handelsgesetzbuch (HGB) bestehen nicht, weil Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten als Freiberufler (vgl. § 1 Abs. 2 Satz 2 Partnerschaftsgesellschaftsgesetz – PartGG) kein Gewerbe betreiben und damit nach § 1 HGB nicht dem HGB unterliegen.

Ergebnis: Für physiotherapeutische Patientenakten ist – in teilweise analoger Anwendung der kassenrechtlichen Regelungen – von einer Aufbewahrungsfrist von drei Jahren auszugehen, soweit nicht die jeweiligen Unterlagen der sechsjährigen steuerrechtlichen Aufbewahrungsfrist unterliegen.

II. Aufbewahrungsbefugnis

Das Unabhängige Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein als datenschutzrechtliche Aufsichtsbehörde nach § 38 BDSG akzeptiert in ständiger Prüfpraxis jedoch auch die weitere Aufbewahrung nach Ablauf der obligatorischen Aufbewahrungsfristen, falls Verjährungsfristen bestehen, die über die Aufbewahrungsfristen zu Dokumentationszwecken hinausgehen (Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz (ULD), Stellungnahme vom 11.4.2002, siehe www.datenschutzzentrum.de/material/themen/gesund/entsorg.htm). Zwar stellen Verjährungsfristen keine (verpflichtende) Aufbewahrungsfristen im Sinne des § 35 Abs. 3 Nr. 1 BDSG dar. Sie können aber ggf. eine Befugnis zur Aufbewahrung geben.

1. Aufbewahrungsbefugnis zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung rechtlicher Ansprüche

Eine solche Aufbewahrungsbefugnis könnte sich möglicherweise aus § 35 Abs. 2 Nr. 3 i.V.m. § 28 Abs. 6 Nr. 3 BDSG ergeben. Nach § 28 Abs. 6 Nr. 3 BDSG ist die Datenverarbeitung, also auch die Speicherung, zulässig, wenn sie zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung rechtlicher Ansprüche erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse der oder des Betroffenen an dem Ausschluss der Datenverarbeitung überwiegt. In diesem Zusammenhang könnte argumentiert werden, dass Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten die Möglichkeit zugestanden werden muss, durch die Herstellung einer möglichst guten Beweislage den eventuell erheblichen haftungsrechtlichen Risiken entgegenzuwirken.
Ergebnis: Entsprechend der bisherigen Bewertung des ULD in derartigen Fällen kann eine Aufbewahrung der Patientenakten über den Zeitraum der drei- bzw. sechsjährigen Aufbewahrungsfrist – obwohl nicht verpflichtend – gleichwohl zulässig sein.

III. Art und Weise der Aufbewahrung

Die Aufbewahrung muss jedoch den gesetzlich vorgeschrieben datenschutzrechtlichen Sicherheitsvorkehrungen genügen. Der rechtliche Rahmen für die Aufbewahrung und insbesondere auch für die Archivierung von physiotherapeutischen Patientenakten findet sich in folgenden Regelungen:

- § 9 BDSG nebst Anhang (technisch-organisatorische Vorkehrungen zur Sicherstellung des Datenschutzes)
- Regelungen der Rahmenverträge nach § 125 Abs. 2 SGB V
- § 16 Satz 2 der Rahmenempfehlungen (nur mit Empfehlungscharakter)

Folgende Gesichtspunkte sollen hervorgehoben werden:

1. Zutritts-, Zugangs- und Zugriffskontrolle: Alle Patientenakten müssen so verwahrt werden, dass keine unberechtigten Personen Zugriff auf sie haben. Das bedeutet insbesondere, dass sie in abschließbaren Behältnissen und Räumlichkeiten verwahrt werden müssen (Vgl. Nrn. 1, 2 und 3 der Anlage zu § 9 BDSG).
2. Entfernung aus dem operativen Geschäft: Auf Akten im operativen Geschäft haben alle Praxismitarbeiter Zugriff, die im operativen Praxisgeschäft tätig sind. Damit verbunden ist ein erhöhtes datenschutzrechtliches Gefährdungspotenzial. Sobald die Behandlung eines Patienten abgeschlossen ist, müssen die betreffenden Akten daher archiviert werden, d.h. in gesonderten Aktenschränken oder idealerweise auch in gesonderten Räumlichkeiten verwahrt werden (sog. Sperrung der Patientenakten). Der Zugriff auf die Akten sollte dann nur denjenigen gestattet sein, die zur Erfüllung der jeweiligen Verwahrungszwecke Zugriff auf die Akten haben müssen (z.B. bei der Gewährung von Einsichtsnahme durch die betreffende Patienten in Ausübung von Patientenrechten oder durch berechtigte Behörden).

>>>

>>> Fortsetzung S. 7

3. Datentrennung und Datensparsamkeit

Zu den technisch-organisatorischen Vorkehrungen zählt es auch, ggf. Aktentrennungen vorzunehmen. Dabei werden die einzelnen Akten darauf überprüft, ob nicht bestimmte Aktenteile bereits vernichtet werden können. Eine solche Aktentrennung kommt beispielsweise nach Ablauf der dreijährigen kassenrechtlichen Aufbewahrungsfrist (s.o.) in Betracht. Dies ist zweifelsohne mit einem gewissen Aufwand verbunden. Auf der anderen Seite führt jedoch die Aufbewahrung von Aktenteilen, die bereits vernichtet werden könnten, zu einem erhöhten datenschutzrechtlichen Gefährdungspotenzial. Je länger die Aufbewahrung dauert, desto größer ist die Gefahr von unberechtigten Zugriffen auf die Akten. Die datenschutzrechtliche Verpflichtung zu einer Minimierung der archivierten Aktenmaterials ist dabei auch dem Grundsatz der Datensparsamkeit nach § 3a Satz 1 BDSG und Nr. 8 der Anlage § 9 BDSG zu entnehmen. Zudem sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass eine frühzeitige Vernichtung nicht mehr benötigter Akten und Aktenteile sich auch wirtschaftlich rechnen kann. Je geringer der Umfang der aufzubewahrenden Akten ist, desto weniger Lagerraum wird benötigt und desto geringer sind damit auch die Aufbewahrungskosten.

IV. Art und Weise der Entsorgung

Für die Vernichtung von Patientenunterlagen – also allen Datenträgern in Papierform (wovon auch Röntgenbilder und ähnliche Aufnahmen erfasst sind), in magnetischer Form (insbesondere Diskette und Festplatte), in optischer Form (insbesondere MO-Datenträger, CD-ROM, DVD) – wurden in DIN 32 757 (01/1995) und DIN 33 858 (04/1993) verschiedene Sicherheitsstufen festgelegt. Die Stufen bestimmen je nach Sensibilität des zu vernichtenden Materials unterschiedliche Grenzwerte für Zustand, Form und Größe der nach der Vernichtung verbleibenden Materialteilchen. Bei Informationsträgern mit besonders sensiblen personenbezogenen Daten, wozu auch medizinische Daten zählen, sollte eine Vernichtung nach der vierten Stufe sicher gestellt sein. Das erfordert, dass ein Wiederherstellen unter Verwendung gewerbeüblicher Einrichtungen bzw. Sonderkonstruktionen ausgeschlossen ist. Aus Sicht des Datenschutzes wünschenswert ist eine Vernichtung nach der fünften Sicherheitsstufe mit anschließender Unmöglichkeit des Wiederherstellens nach dem Stand der Technik.

Datenträger mit Patientendaten müssen nicht von den verantwortlichen Personen selbst vernichtet werden. Man kann diese Arbeiten auch PraxismitarbeiterInnen übertragen oder Unternehmen beauftragen, die sich auf die Vernichtung von Datenträgern spezialisiert haben. Wird die Vernichtung der Patientenakten selbst vorgenommen, müssen bei der Wahl der entsprechenden Geräte zur Datenträgervernichtung die DIN-Anforderungen berücksichtigt werden. Das so vernichtete Material kann dem normalen Altpapier bzw. sonstigen Müll zugeführt werden. Entscheidet man sich für eine Entsorgung durch ein externes Unternehmen – derartige Unternehmen zur Vernichtung von Datenträgern finden sich zahlreich etwa in den Gelben Seiten – muss unter Berücksichtigung des strafrechtlich geschützten Patientengeheimnisses sicher gestellt sein, dass keine unbefugte Offenbarung im Sinne des § 203 Strafgesetzbuch an die Beschäftigten des Entsorgungsunternehmens erfolgt. Aus diesem Grund ist eine bloß vertragliche Absicherung im Wege einer Auftragsdatenverarbeitung (vgl. § 11 BDSG, § 17 Landesdatenschutzgesetz Schleswig-Holstein) gegen einen unbefugten Zugriff nicht ausreichend. Auch die Datenweitergabe im Rahmen einer Auftragsdatenverarbeitung stellt ein strafbares Offenbaren dar.

Eine datenschutzkonforme Vernichtung durch Dritte ist nur möglich, wenn die Physiotherapeutin/der Physiotherapeut als verantwortliche Person die Verfügungsgewalt über die Datenträger bis zur durchgeführten Vernichtung oder Löschung behält, indem deren Vernichtung durch sie selbst oder einer/einem ihrer Beschäftigten überwacht werden (praktikabel ist diese Möglichkeit wohl nur bei Unternehmen, die mit mobilen Einrichtungen die Datenträger vor Ort vernichten, nicht hingegen, wenn auch noch der Transport zur Vernichtungsstelle begleitet werden muss), oder wenn das Unternehmen ausschließen kann, dass eine Einsichtnahme in die Unterlagen überhaupt möglich ist, weil die im Beisein der verantwortlichen Person in Behältnissen verschlossenen Datenträger ohne weitere Kenntnisnahmemöglichkeit unmittelbar der Vernichtung zugeführt werden. Stets muss zudem eine den eingangs geschilderten DIN-Anforderungen gerechte Entsorgung durch das Unternehmen vertraglich abgesichert sein.

V. Implementierung der Anforderungen des Patientengeheimnisses und des Datenschutzes

1. Datenschutzrechtliche Sensibilisierung und Erarbeitung von geeignete Datenschutzkonzepten

Gerade vor dem Hintergrund der jüngsten Verstöße gegen das Patientengeheimnis durch eine unsachgemäße Aufbewahrung und Entsorgung von Patientenakten erscheint eine Sensibilisierung für dieses Thema

als dringend geboten. Verstöße gegen das Patientengeheimnis schädigen nicht nur die betreffenden Patientinnen und Patienten, sondern auch die verantwortliche Person und ihren ganzen Berufsstand. Es sollte dem Umstand entgegengewirkt werden, dass es aufgrund von Unwissenheit oder organisatorischer Überforderung zu Verletzungen des Patientengeheimnisses kommt. Verbandsseitig sollte diesbezüglich auf eine gute Informationspolitik Wert gelegt werden (Informationsbroschüren, Ansprechpartner).

2. Übernahme einer verbandsrechtlichen Verantwortlichkeit

Zur Vermeidung von Verstößen gegen die Anforderungen an eine ordnungsgemäße Aufbewahrung von Patientenunterlagen wäre darüber nachzudenken, ob diese Thematik nicht verbandspolitisch aufgegriffen werden sollte. Denkbar wäre es, eine Regelung in die Satzung aufzunehmen, wonach eine subsidiäre Verantwortung für eine ordnungsgemäße Aufbewahrung oder Vernichtung von Patientenakten in Fällen, in denen eine solche bei dem betreffenden Verbandsmitglied nicht gewährleistet ist, verbandsseitig übernommen wird. Eine solche verbandsrechtliche Regelung ließe sich damit rechtfertigen, dass ein Verstoß gegen das Patientengeheimnis durch unsachgemäße Verwahrung und Entsorgung von Patientenunterlagen nicht nur dem betreffenden Verbandsmitglied, sondern den ganzen Berufsstand schädigt.

Beispiele für eine solche Regelung finden sich in § 4 Abs. 1 Satz 3 und 4 des badenwürttembergischen Heilberufekammergesetzes und in § 4 Abs. 1 Nr. 14 des Heilberufsgesetz Mecklenburg-Vorpommern.

Ulrich Stocker hat für das ULD gearbeitet.

✔ Info

SGB V erlaubt Weitergabe von Daten an Abrechnungsstellen ohne Einwilligung des Patienten

Heilmittelerbringer (Physio-, Ergotherapeuten, Logopäden, Podologen) rechnen regelmäßig mit den Krankenkassen der GKV ab. Viele nutzen dazu private Anbieter von Abrechnungsstellen. Doch auf jeder Heilmittelverordnung stehen personenrelevante Patientendaten, die unverschlüsselt weitergeleitet werden. Ist das im Sinne des Datenschutzes zulässig?

Heilmittelverordnungen enthalten medizinische Daten der Patienten, die unverschlüsselt im Klartext auf den Heilmittelverordnungen stehen. Es stellt sich die Frage, ob es aus datenschutzrechtlicher Sicht zulässig ist, diese Heilmittelverordnungen an eine private Firma zur Weiterverarbeitung zu schicken. Frau Dr. Drechsel vom Unabhängigen Landeszentrum für Datenschutz Schleswig Holstein beantwortet diese Frage mit einem klaren „Ja“:

„Generell gilt die Rechtsgrundlage des § 302 SGB V für die Abrechnung. Alle dort aufgeführten Daten müssen den Krankenkassen zu Abrechnungszwecken vorliegen und sind daher auch zu erheben und zu übermitteln. Alle ggf. gekennzeichneten Daten sind nur dann aufzuführen, wenn es für die Abrechnung erforderlich ist.

Eine Abrechnung über Abrechnungsdienstleister ist zulässig (§ 302 II SGB V), wenn es im Rahmen einer Auftragsdatenverarbeitung erfolgt und der AV-Vertrag den Anforderungen des Gesetzes entspricht.“

Anders als bei den GKV-Rezepten verhält es sich allerdings mit den Rezepten von Privatpatienten. Hier muss schriftlich das Einverständnis des Patienten eingeholt werden, um den Datenschutz zu bewahren. *(ko)*

up-premium plus

up-premium plus Kunden können ein kostenloses Muster für die Einwilligung von Patienten bei der Hotline 0800-9477360 abrufen (Bestellnr. 011-05).

Nur behandeln, was auf der Verordnung steht

Kompensationsgeschäfte sind Betrug

Patienten und Therapeuten sind sich oft darüber einig, welche besondere Leistung in der Behandlung sinnvoll wäre. Doch auf der Verordnung steht etwas anderes. Wenn sich Patienten und Therapeut dann darauf einigen, trotzdem die besondere Leistung durchzuführen und diese über die (anderslautende) Verordnung abzurechnen, dann ist das Betrug – und ist sowohl für Patienten als auch Therapeut strafrechtlich relevant.

Der Vorschlag von Heinz Körber*, das Massagerezept als „Anzahlung“ auf die Osteopathiebehandlung zu nutzen, erschien Monika Kraus* zunächst ganz vernünftig. War doch klar, dass die verordnete Massage therapeutisch viel weniger wirksam ist als Osteopathie. Insofern werde die Krankenkasse ja nicht geschädigt, wenn Patient Körber höherwertige Therapie zu einem Aufpreis bekomme, dachte sich Monika Kraus. Gesagt, getan. Herr Körber bekam statt Massage nun Osteopathie.

Finden Sie mehr Informationen zu diesen Themen im Internet.

Lange Tradition kreativer Abrechnungspraxis

Mit dieser Abrechnungspraxis ist Monika Kraus nicht alleine. In vielen Praxen wird die kassenärztliche Verordnung als Teilzahlung mit dem Wert der verordneten Leistungen berechnet und der Patient bezahlt zusätzlich einen „Aufpreis“. Diese Idee ist weder neu noch besonders originell. Schon vor 20 Jahren wurde in Steuerratgebern vorgeschlagen, wie man sich auf Kosten der Krankenkasse unter das Solarium legen kann: Man möge doch einfach ein vorquittiertes Massagerezept in einer Praxis gegen Solariumchips tauschen!

Vielleicht ist diese vergleichsweise lange Tradition kreativer Abrechnung die Ursache dafür, dass auch heute immer noch einige Praxen auf solche Zahlungsmodelle einsteigen. Allerdings geht es heute um höherwertige Leistungen als einen Solariumchip, wie zum Beispiel Osteopathie oder Trainingstherapie an Geräten. Die Unrechtmäßigkeit des Vorgehens aber bleibt gleich: Wer als Praxis Leistungen mit einer Krankenkasse abrechnet, die er nicht erbracht hat, begeht Betrug. Wer als Patient eine Leistung quittiert, die er nie bekommen hat, betrügt ebenfalls. Da ist es vollkommen uninteressant, ob an Stelle der falsch quittierten und abgerechneten Leistung eine andere, vielleicht sogar höherwertige Leistung erbracht wurde.

Die Folgen solchen Handelns sind teuer und hoch problematisch. So hat die Arbeitsgemeinschaft Bremer Krankenkassen vor kurzem über die Ergebnisse der Prüfgruppe berichtet und den Falle einer Physiotherapeutin vorgestellt, die ihrem Patienten eine osteopathische Behandlung anstelle von Krankengymnastik angeboten hatte. „Vergütet wurde mit einem vom Arzt ausgestellten Rezept für Krankengymnastik, das im Verhältnis 2:1 von krankengymnastischer in osteopathische Behandlung umgerechnet wurde“, berichtet Winfried Mankus, Sprecher der Prüfgruppe zu diesem Fall. 190.000 Euro soll der Schaden betragen, den die Physiotherapeutin an falsch abgerechneten Honoraren zurückzahlen muss. Dazu kommen mögliche >>>

Heilmittelerbringer im Visier der Fahnder

Jüngst meldete die Arbeitsgemeinschaft Bremer Krankenkassen einen Schaden von rund 5 Millionen Euro durch Abrechnungsbetrug in den letzten zehn Jahren im Gesundheitswesen (siehe oben). Jetzt veröffentlich auch die KKH-Allianz ihre Zahlen für das Jahr 2009. Ergebnis: 818 Betrugsfälle und ein Gesamtschaden von 913.470 Euro. In 228 Fällen waren Physiotherapeuten betroffen. Und auch die DAK spürt immer mehr Abrechnungsbetrüger auf.

Nach Schätzungen der KKH-Allianz entstehen durch kriminelles Fehlverhalten jährlich Schäden zwischen sechs und 20 Milliarden Euro. Ganz vorne auf der Liste der Ermittler und noch vor den Ärzten standen im Jahr 2009 mit 228 Fällen die Physiotherapeuten. In 128 Fällen gingen die Ermittler gegen Ärzte vor. Im Bereich der häuslichen Pflege gab es 81 Fälle zu verzeichnen. Es folgen Apotheker (67 Fälle) und Zahnärzte (37 Fälle).

Die größte Schadenssumme im Jahr 2009 verursachten Betrugsfälle von Apothekern mit 270.000 Euro, gefolgt von unzulässiger Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern mit 121.000 Euro und stationären Krankenhausfällen mit 92.000 Euro.

Nach Auskunft der DAK nach aktuellem Stand vom 31.12.2010 befinden sich ca. 2.000 Fälle in Bearbeitung. Dabei handelt es sich sowohl um Fälle, in denen ein Betrugsverdacht bereits bestätigt wurde als auch um Fälle, in denen die Hinweisprüfung noch andauert, so die DAK. Bei diesen Fällen sei noch nicht absehbar, ob eine Abrechnungsmanipulation vorliege. Der Anteil der Heilmittelfälle an den aktuellen Fällen beträgt ca. 37 Prozent. Insgesamt wurden in 2010 Geldrückflüsse in Höhe von ca. 2 Millionen Euro realisiert. Der Anteil der Heilmittel an dieser Summe beträgt ca. 24 Prozent. *(ko)*

zusätzliche Vertragsstrafen und die Staatsanwaltschaft ermittelt. Und zwar nicht nur gegen die Physiotherapeutin, sondern auch gegen die Patienten, die falsch quittiert haben.

In den letzten Jahren hat sich die Rechts- und Datenlage so stark verändert, dass das Risiko bei einer Falschabrechnung erwischt zu werden, erheblich zugenommen hat. Die Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, Prüfstellen vorzuhalten, die bei hinreichenden Verdachtsfällen die Staatsanwaltschaft einschalten müssen. Bessere Datenhaltung und Transparenz der Verordnungsdaten erlauben heute sehr viel genauere Prüfungen. Hinzu kommt, dass die Kassen untereinander Daten abgleichen und damit Verordnungsauffälligkeiten schneller finden.

Schummeln ist unwirtschaftlich

Vermutlich hat es früher viel mehr „Abrechnungsschummel“ gegeben als heute. Nur wird eben jetzt gezielt danach gesucht. Heute lassen sich solche Aktivitäten besser aufdecken. Selbst wenn das Motiv für „Abrechnungsschummel“ ehrenhaft ist – wie im oben beschriebenen Fall Osteopathie statt Massage – das Risiko, das ein Praxisinhaber damit eingeht, steht in keinem Verhältnis zu dem möglichen Ertrag.

Für Praxisinhaber, die immer noch „schummeln“, gibt es genau eine Option: Aufhören! Denn abgesehen von einer moralischen/ethischen Beurteilung, die hier gar nicht zur Debatte steht, gibt es zahlreiche betriebswirtschaftliche Argumente, die gegen solche Kompensationsgeschäfte einzuwenden sind. Wer Osteopathie mit Krankengymnastik oder Massage verrechnet, wertet Osteopathie ab. Diese Leistung wird später kaum noch zu einem angemessenen Preis als Selbstzahlerleistung anzubieten sein. Davon abgesehen ist ein 2:1 Verhältnis Massage/KG zu Osteopathie einfach zu billig. Wer sich auf solche Vereinbarungen einlässt, verkauft sich und seine Therapie deutlich unter Wert.

818 Betrugsfälle insgesamt

Im Jahr 2009 hat die KKH-Allianz in 228 Fällen und damit am häufigsten gegen Krankengymnasten und Physiotherapeuten ermittelt. In 128 Fällen gingen die Ermittler gegen Ärzte vor. Im Bereich der häuslichen Pflege gab es 81 Fälle zu verzeichnen. Es folgen Apotheker (67 Fälle) und Zahnärzte (37 Fälle).

Nicht immer „Ende gut – alles gut“

Monika Kraus hat die Erfahrung machen müssen, dass solche Kompensationsgeschäfte außerdem noch ungeahnte Dimensionen annehmen können: Ihr Patient Körber wandte sich nach seiner Behandlung an seine Krankenkasse und beschwerte sich dort darüber, dass er für die Osteopathie eine Aufzahlung leisten solle. „Auf so etwas lasse ich mich nie wieder ein“, weiß Monika Kraus heute und hat für die eigenen Praxis eine klare Linie festgelegt: „Entweder die Patienten sind bereit für mein Fachwissen zu bezahlen, oder bin einfach nicht die richtige Therapeutin für sie.“ Dem Risiko eines Regresses und einer Strafanzeige will sie auf keinen Fall mehr ausgesetzt sein. *(bu)*

**Name von der Redaktion geändert*

up-premium plus

up-premium plus Kunden erhalten die Informationsvorlage für ihre Patienten kostenlos bei der Hotline 0800-9477360.

Abrechnungsbetrug?
Nicht in unserer Praxis!

Liebe Patienten,

in den letzten Tagen ist in der Presse immer wieder darüber berichtet worden, dass einige Logopädie-, Ergo- und Physiotherapiepraxen mit den Gesetzlichen Krankenkassen falsch abgerechnet haben. Zu diesen Praxen gehören wir nicht!

Wir sind im Gegenteil sehr bemüht, die Verträge mit den Krankenkassen genau zu erfüllen. Allerdings machen es uns die Krankenkassen dabei oft nicht leicht. Verträge werden von verschiedenen Kassen oft unterschiedlich interpretiert. So kommen manchmal Falschabrechnungen zustande, ohne dass irgendjemand das beabsichtigt hat.

Sie können uns unterstützen, Falschabrechnungen zu vermeiden!

- Helfen Sie uns durch zeitliche Flexibilität bei der Terminvergabe: damit können wir Fristenregelungen der Krankenkassen besser einhalten und Ihre Verordnung bleibt gültig!
- Sagen Sie Termine, die Sie nicht wahrnehmen können rechtzeitig ab: Ihre Unterschrift für eine Therapie, die Sie gar nicht erhalten haben, kann sogar strafrechtliche Konsequenzen haben und wird deshalb in unserer Praxis zu Ihrem Schutz nicht akzeptiert!
- Nutzen Sie unser Angebot an Selbstzahlerleistungen: Wir dürfen nur die Leistungen erbringen und mit den Krankenkassen abrechnen, die vom Arzt verordnet wurden. Zusatzwünsche können Sie sich aber gern auf eigene Rechnung erfüllen!
- Machen Sie uns auf Fehler aufmerksam: Wenn Ihnen etwas „komisch“ vorkommt, informieren Sie uns bitte darüber – wir nutzen solche Hinweise als Verbesserungsmöglichkeit!

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) überdenkt Heilmittelverordnungen

Wie viel Arzt ist ein Zahnarzt?

Bei der Sitzung des G-BA im Januar 2011 wurde nicht nur die neue Fassung der Heilmittelrichtlinie beschlossen, sondern auch darauf aufmerksam gemacht, dass diese Richtlinie nach neuester Rechtsauffassung des G-BA wohl auch für Zahnärzte gälte. Das ändert für Heilmittelverordnungen von Zahnärzten alles – nach Ansicht von Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und Kassen allerdings erst in ungewisser Zukunft! Bis dahin bleibt alles so wie es war.

Noch bevor es zum Beschluss über die Neufassung der Heilmittelrichtlinie (HeilM-RL) kam, erlaubte sich der Vorsitzende des G-BA Dr. Rainer Hess eine Anmerkung: bei Verabschiedung einer anderen, für die Vertragsärzte verbindlichen Richtlinie, sei aufgefallen, dass der Begriff „Vertragsärzte“ auch die Vertragszahnärzte beinhalte. Bislang wurden Zahnärzte nicht als Vertragsärzte sondern als Vertragszahnärzte angesehen. Diese haben im G-BA einen Unterausschuss für die die Zahnärzte betreffenden Beschlüssen. Deswegen waren die Zahnärzte im Unterausschuss „Veranlasste Leistungen/Heilmittel“ bislang nicht vertreten. Durch die Feststellung von Dr. Hess ergäbe sich nun eine grundsätzliche Neubewertung der Gültigkeit der HeilM-RL für Zahnärzte.

Neubewertung der HeilM-RL für Zahnärzte

Tatsächlich sehen die gesetzlichen Regelungen vor, dass alle von der HeilM-RL Betroffenen vor der Beschlussfassung gehört bzw. beteiligt werden müssen. Da aber bis vor kurzem die Zahnärzte nicht als von der HeilM-RL Betroffene angesehen wurden, waren die Zahnärzte weder im Unterausschuss „Veranlasste Leistungen“ vertreten, noch hatte es die Notwendigkeit gegeben, die Zahnärztekammer um Stellungnahme zu bitten. Trotz Kenntnis dieser Situation wurde die Neufassung der HeilM-RL beschlossen mit Zustimmung der Zahnärzte (wir berichteten). Allerdings unter dem Vorbehalt, dass die neue Rechtsauffassung des G-BA geprüft und die HMR angepasst werden muss, sollte der G-BA recht haben.

„Die Situation ist unübersichtlich“ stellt jetzt der Pressesprecher der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) Dr. Rainer Kern fest. Denn in der aktuellen HeilM-RL und auch in der Neufassung gibt es keine Indikationsschlüssel oder Diagnosen, die sich speziell auf die Verordnungssituation in Zahnarztpraxen beziehen. Bisher galt die Regel, dass Heilmittelverordnungen immer auf dem Muster 16 verordnet werden – das ist das „alte“ rosa Rezept, auf dem auch Medikamente verordnet werden. Mit dem neuen Beschluss müssten Zahnärzte dann ebenfalls auf Heilmittelverordnungsformularen verordnen und Indikationsschlüssel, Leitsymptomatik etc. aufschreiben. Das geht allerdings zurzeit nicht, da es in der HeilM-RL keine speziell auf Zahnärzte zugeschnittenen Indikationsschlüssel gibt.

Vorerst gilt Entwarnung

Ein weiteres Problem könnte die Wirtschaftlichkeitsprüfung sein. Risiken ergeben sich aus der Unklarheit, was aktuell gilt. Stimmt die Rechtsauffassung des G-BA, dann unterliegen die Zahnärzte den HeilM-RL und damit den entsprechenden Formvorschriften. Dann könnte eine Kasse Zahnärzte praktisch sofort wegen Formfehlern in Regress nehmen. Andererseits haben die Kassen seit Jahren gezahlt, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) hat das Prozedere so propagiert und das Muster 16 ist im Bundesmantelvertrag zwischen Kassen und Zahnärzten als Verordnungsbasis auch für Heilmittel ausdrücklich festgelegt. Deswegen gilt: Entwarnung!

Allen Beteiligten ist unklar, wie man in dieser Situation weiter verfahren soll. Irgendwie müssen die Zahnärzte in die HeilM-RL „eingearbeitet“ werden. Wie das konkret aussieht und nach welchem Zeitplan ist vollkommen offen. Kern empfiehlt bis zu einer Neuregelung zu verfahren wie bisher: „Wir gehen grundsätzlich davon aus, dass nach dem geltenden Bundesmantelvertrag das bisher gültige Muster 16 auch im Augenblick gültig ist.“ Es gäbe bereits direkte Gespräche mit den Krankenkassen über die Auswirkungen der aktuellen Situation auf die Praxis. Für den Zahnarzt bedeutet das: „Wenn ein Anspruch auf das Heilmittel besteht, dann ist das Heilmittel auch zu gewähren.“ – und zwar wie bisher auf Muster 16! *(bu)*

Ganz konkret: Solange die Kassen oder die KZBV keine anderslautende Mitteilung herausgeben, wird weiterhin auf Muster 16 ohne Anwendung der HMR verordnet. Sobald die eine oder anderes Seite offiziell widerspricht, werden wir Sie darüber informieren.

up-premium plus

Bei der up-premium-plus Hotline können Sie das entsprechende Merkblatt zu Heilmittelverordnung durch Zahnärzte kostenlos anfordern.

Die Chefseite

Bezahlte Freistellung von Mitarbeitern bei persönlichen Hinderungsgründen

In der Februar Ausgabe von *unternehmen praxis* haben wir darüber berichtet, dass Ihre Mitarbeiter das Recht auf Weiterzahlung Ihres Gehalts haben, wenn sie kurzfristig zur Betreuung ihres Kindes zu Hause bleiben. Die Rechtgrundlage dafür ist der § 616 BGB „Vorübergehende Verhinderung". In dieser Ausgabe geht es darum, für welche Anlässe das BGB noch eine bezahlte Freistellung vorsieht.

Anspruch auf Entgeltfortzahlung

Ein Anspruch auf Entgeltzahlung besteht nur dann, wenn der Grund für die Verhinderung „in der Person" liegt. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn es einen Sterbefall in der engeren Familie gibt oder, wie schon berichtet, erkrankte Kinder betreut werden müssen. Weitere persönliche Hinderungsgründe können unter anderem Beschäftigungsverbote nach dem Bundesseuchengesetz, Stellensuche im gekündigten Arbeitsverhältnis oder auch die Ausübung politischer oder öffentlicher Pflichten sein. Anlässe wie Streiks im öffentlichen Personennahverkehr oder schlechte Witterungsverhältnisse sind dagegen keine persönlichen Hinderungsgründe. In diesem Fall besteht für Mitarbeiter die Möglichkeit, sich unbezahlt freistellen zu lassen oder Urlaub zu nehmen.

Umfang des Anspruchs

Die Dauer der bezahlten Freistellung hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Genaue Vorgaben fehlen hier im Gesetzestext. Hier ist von einer „verhältnismäßig nicht erheblichen Zeit" die Rede. In der Regel besteht ein Freistellungsanspruch nur für wenige Tage. Die Höhe der Vergütung richtet sich danach, was der Mitarbeiter verdient hätte, wenn er gearbeitet hätte. Bei Mitarbeitern mit variablen Gehaltsbestandteilen ist der Durchschnitt der letzten 13 Wochen als Berechnungsgrundlage zu nutzen.

Auswirkungen für Praxisinhaber

Der § 616 bietet Mitarbeitern zahlreiche Möglichkeiten nach dem Bundesurlaubsgesetz und dem Entgeltfortzahlungsgesetz (u.a. Feiertage) bei persönlichen Hinderungsgründen von der Arbeit fern zu bleiben und trotzdem bezahlt zu werden. Arbeitgeber haben allerdings die Chance, selber zu bestimmen, wann sie ihre Mitarbeiter bezahlt freistellen wollen. Es ist sogar möglich, die bezahlte Freistellung nach § 616 gänzlich auszuschließen. Dazu muss dieser Paragraph explizit im Arbeitsvertrag „abgedungen" werden. Dies kann bei neuen Arbeitsverträgen von vorn herein geschehen und bei laufenden Verträgen über einen Zusatz zum Arbeitsvertrag geregelt werden. So bietet sich die Chance, individuell in den Arbeitsverträgen zu regeln, in welchen Fällen die Mitarbeiter von der Arbeit fern bleiben können und vom Arbeitgeber weiterbezahlt werden. Dies kann dann beispielsweise der Tod eines nahen Angehörigen oder die Geburt eines Kindes sein. *(bj)*

up-premium plus

Als *up-premium plus* Kunde können Sie bei der Hotline den Passus zum Ausschluss des § 616 für den Arbeitsvertrag und eine Übersicht mit den üblichen Freistellungsanlässen anfordern.

up-premium plus

*Folgende Dateien zu dieser Ausgabe können **up-premium plus** Kunden exklusiv bei der Hotline abrufen:*

- Muster Einwilligungserklärung Abrechnungsstelle (Bestellnr. 011-05)
- Informationsvorlage Abrechnungsbetrug
- Merkblatt zu Heilmittelverordnung durch Zahnärzte
- Passus zum Ausschluss des § 616 für den Arbeitsvertrag und eine Übersicht mit den üblichen Freistellungsanlässen

Modellprojekt IFK-Krankenkasse BIG

Forschungsprojekt Top – Informationspolititk Flop

Zusammen mit der gesetzlichen Krankenkasse BIG direkt gesund hat der Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e.V. ein Modellprojekt auf den Weg gebracht, das für mehr Autonomie in der Physiotherapie sorgen soll. Ein Schritt in die richtige Richtung, der allerdings statt nach vorne auch nach hinten führen könnte.

Seit 2008 besteht durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz die Möglichkeit, mit gesetzlichen Krankenkassen Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3b SGB V zu vereinbaren. Das hat der IFK nun getan und gemeinsam mit der BIG Krankenkasse ein konkretes Projekt gestartet. In 40 IFK-Praxen aus den Modellregionen Berlin und Westfalen-Lippe soll nun wissenschaftlich untersucht werden, ob sich die Therapie verbessert und Kosten eingespart werden, wenn Physiotherapeuten mehr Autonomie erhalten. Das Modellvorhaben sieht vor, dass die Therapeuten über Auswahl, Dauer und Frequenz der Behandlung selbst bestimmen sollen, wobei eine ärztliche Verordnung zugrunde liegt. „Wir wollen feststellen, ob mehr Autonomie Vorteile für die Versorgungsqualität und Kostenentwicklung bringt“, erläutert IFK-Vorsitzende Ute Repschläger das wissenschaftlich gestützte Modell-Projekt.

Dass die Ärzte um einen Kontrollverlust fürchten und somit dem Projekt nicht wohl gesinnt gegenüber stehen würden, war nicht anders zu erwarten. Dementsprechend wetterte Dr. Wolfgang Mertens, vom Vorstand des Ärztenetzwerk orthonet-NRW eG gegenüber up: „Als Orthopäde werden wir uns außerstande sehen, lediglich eine Eingangsdiagnostik zu erbringen, die den Physiotherapeuten juristisch zu Lasten des Arztes exculpieren soll, um dann die Kontrolle über das weitere Heilverfahren zu verlieren“. Ute Repschläger hingegen gibt sich optimistisch: „Unsere Hypothese ist, dass sich mithilfe dieses größeren Entscheidungsspielraums Effektivität und Effizienz der physiotherapeutischen Behandlungen entsprechend verändern lassen. Ebenso gehen wir davon aus, dass die Daten Auswirkungen auf die Patientenzufriedenheit zeigen werden“. Nur die Krankenkasse BIG direkt gesund wollte sich gegenüber up überhaupt nicht zu dem Projekt äußern.

Es stellt sich nun grundsätzlich die Frage, was ist das Ziel des Projektes und wann kann man es als erfolgreich benennen? Schaut man sich die Aussage des IFK an, soll ein Ziel des Projektes sein, Kosten zu reduzieren. Diese Kostenreduktion soll durch die selbständige Bestimmung der Physiotherapeuten über Auswahl, Dauer und Frequenz der Behandlung erreicht werden. Aber, wenn Therapeuten frei über diese Mechanismen entscheiden können, würden sie dann selbständig weniger und kürzer behandeln? Wohl eher nicht. Doch

Stellungnahme Ärztenetzwerk orthonet-NRW eG zum Modelvorhaben

Keine Kontrolle verlieren

Dr. W. Mertens vom Ärztenetzwerk orthonet-NRW EG ist gegen mehr Autonomie von Physiotherapeuten.

Die Verordnung einer indikationsgerechten Therapie setzt eine eingehende Untersuchung, Diagnostik, Auswählen der geeigneten Therapie sowie das Berücksichtigen von Kontraindikationen voraus und ist damit eine originäre ärztliche Aufgabe, da sie einer umfassenden medizinischen Ausbildung bedarf, die nicht nur den therapeutischen Teilaspekt der Physiotherapie umfasst.

Der Physiotherapeut ist nicht in der Lage, Krankheitsbilder abschließend und schlüssig zu diagnostizieren, da ihm zum Einen das medizinische Wissen für die Differentialdiagnostik der Erkrankungen fehlt und zum Anderen ihm das diagnostische Rüstzeug (wie Röntgen, Labor, etc.) strukturell fehlt.

Aus diesem Grunde ist die physiotherapeutische Therapie im Heilverfahren sinnvoll als weisungsgebundene Tätigkeit eingebettet; dem Arzt obliegt im Sinne der Patientensicherheit Indikationsstellung und Therapiekontrolle. Während der Physiotherapie auftretende Komplikationen bedürfen der ärztlichen Untersuchung, Bewertung und Behandlung. Bei sich änderndem Zustand des Patienten kann weitere oder andere, d.h. nicht-physiotherapeutische Behandlung notwendig werden, ohne dass der Krankengymnast dies rechtzeitig erkennt. Dies dient nicht nur dem Patienten, sondern sichert den Physiotherapeuten in seiner Tätigkeit auch fachlich und juristisch ab.

Als Orthopäde werden wir uns außerstande sehen, lediglich eine Eingangsdiagnostik zu erbringen, die den Physiotherapeuten juristisch zu Lasten des Arztes exculpieren soll, um dann die Kontrolle über das weitere Heilverfahren zu verlieren.

Dr. W. Mertens, Vorstand

gesetzt den Falls, das wäre das Ergebnis des Projektes, müsste man die Frage stellen, warum diese Behandlungseffizienz nicht auch bei einem vom Arzt verordneten Rezept möglich ist? Würde das Ergebnis im umgekehrten Fall zu einer Kostenerhöhung durch mehr Behandlungseinheiten führen, hätten Ärzte sogar einen wissenschaftlichen Beweis dafür, dass sich an der Autonomie der Physiotherapeuten nichts ändern darf. Ist also das Ziel „Kostensenkung" überhaupt geeignet, um die Autonomie der Physiotherapeuten zu stärken?

Das zweite Ziel des Projekts ist laut IFK die „Verbesserung der Qualität". Um dieses Ziel zu erreichen, müsste es jedoch klare Kriterien für die Messung von Therapiequalität geben. Weder IFK noch die BIG wollten sich zu diesen Kriterien äußern. Die Frage betreffe vertrauliche Inhalte und könne daher nicht beantwortet werden, begründete der IFK sein Schweigen. Schade, kennt man solch ein Verhalten doch nur von großen Pharmakonzernen. Eine offene Diskussion ist damit ausgeschlossen und das, obwohl gerade ein Verband einen solchen Schritt in Richtung Autonomie so transparent wie möglich gestalten sollte. Dann würde sich vielleicht auch die Frage erübrigen, was genau mit diesem Modellprojekt bewiesen und erreicht werden soll. Es bleibt abzuwarten, wie sich das Projekt entwickelt und welche Ergebnisse tatsächlich erzielt werden. *(ko)*

Interview mit dem IFK zum Modellvorhaben

„Effektivität und Effizienz lassen sich verbessern!"

? Heilmittelerbinger klagen häufig über zu wenig verordnete Behandlungszeit. Die Physiotherapeuten entscheiden in dem Projekt selbst über Dauer und Frequenz der Behandlung. Gibt es noch weitere Entscheidungspunkte?

Ein weiterer Entscheidungspunkt ist die Auswahl der therapeutischen Maßnahme. Dabei sind die Physiotherapeuten zwar an den Heilmittelkatalog gebunden, die dort formulieren Techniken können jedoch frei ausgewählt werden.

? Wie lautet Ihre Arbeitshypothese?
Ziel der Studie ist es festzustellen, welche Auswirkungen die Bestimmung der Art des Heilmittels, der Frequenz und der Dauer der Behandlung durch den Physiotherapeuten sowohl auf die Versorgungsqualität der Patienten als auch auf die Kostenentwicklung für diese Leistung hat. Unsere Hypothese ist selbstverständlich, dass sich mithilfe dieses größeren Entscheidungsspielraums Effektivität und Effizienz der physiotherapeutischen Behandlungen entsprechend verändern lassen. Ebenso gehen wir davon aus, dass die Daten Auswirkungen auf die Patientenzufriedenheit zeigen werden.

? Welches Ergebnis wird erwartet und warum?
Vom wissenschaftlichen Standpunkt aus erwarten wir keine Ergebnisse. Die Hypothesen werden von einem unabhängigen wissenschaftlichen Institut überprüft. Daher ist auch von unserer Seite bis zu den ersten Ergebnissen Neutralität gefragt. Wir hoffen aber natürlich, dass die Hypothese zutreffen wird.

? Sollte festgestellt werden, dass mehr Autonomie zwar zu einer Verbesserung der Therapiequalität führt, aber dadurch ein Kostenanstieg verursacht wird, welche Konsequenzen hätte dieses Ergebnis für den Berufsstand?
Internationale Studien belegen, dass mehr Autonomie in anderen Ländern zu keinem Kostenanstieg geführt hat, darum ist dies in Deutschland auch nicht zu erwarten.

? Nach welchen Kriterien wurden die teilnehmenden Praxen ausgewählt?
Es werden 40 IFK-Praxen nach festen Qualitätskriterien aus den Modellregionen Berlin und Westfalen-Lippe ausgewählt. Dabei sind Praxisgröße, qualifizierte Mitarbeiter und Durchführbarkeit des Studiendesigns ausschlaggebend.

? Nach welchen Kriterien werden die teilnehmenden Patienten ausgewählt?
Am Modellvorhaben teilnehmen können BIG-Versicherte über 18 Jahren mit muskulo-skelletalen Erkrankungen der Wirbelsäule, des Beckens oder der unteren Extremität. Nach Heilmittelkatalog wären dies die Diagnosegruppen EX 1, EX 2, EX 3 und WS 1, WS 2.

? Wissen die Patienten, ob sie zur Kontroll- oder Experimentalgruppe gehören?
Direkt darüber informiert werden die Patienten nicht.

? Welche Messverfahren werden generell angewendet?
Die Messverfahren befinden sich ICF-konform auf den Komponenten „Körperstrukturen" und „Körperfunktion", „Aktivität" und „Partizipation" und sind alle standardisiert. Es werden Selbst- und Fremdeinschätzungstests kombiniert.

? Die Qualität einer physiotherapeutischen Behandlung ist nur schwer messbar. Mit welcher Methode soll diese gemessen werden? Nach welchen Kriterien bewerten Sie die Qualität und damit den „Erfolg" einer Behandlung?
Diese Frage betrifft vertrauliche Inhalte des Forschungskonzepts und kann daher nicht beantwortet werden. Wir bitten um Verständnis.

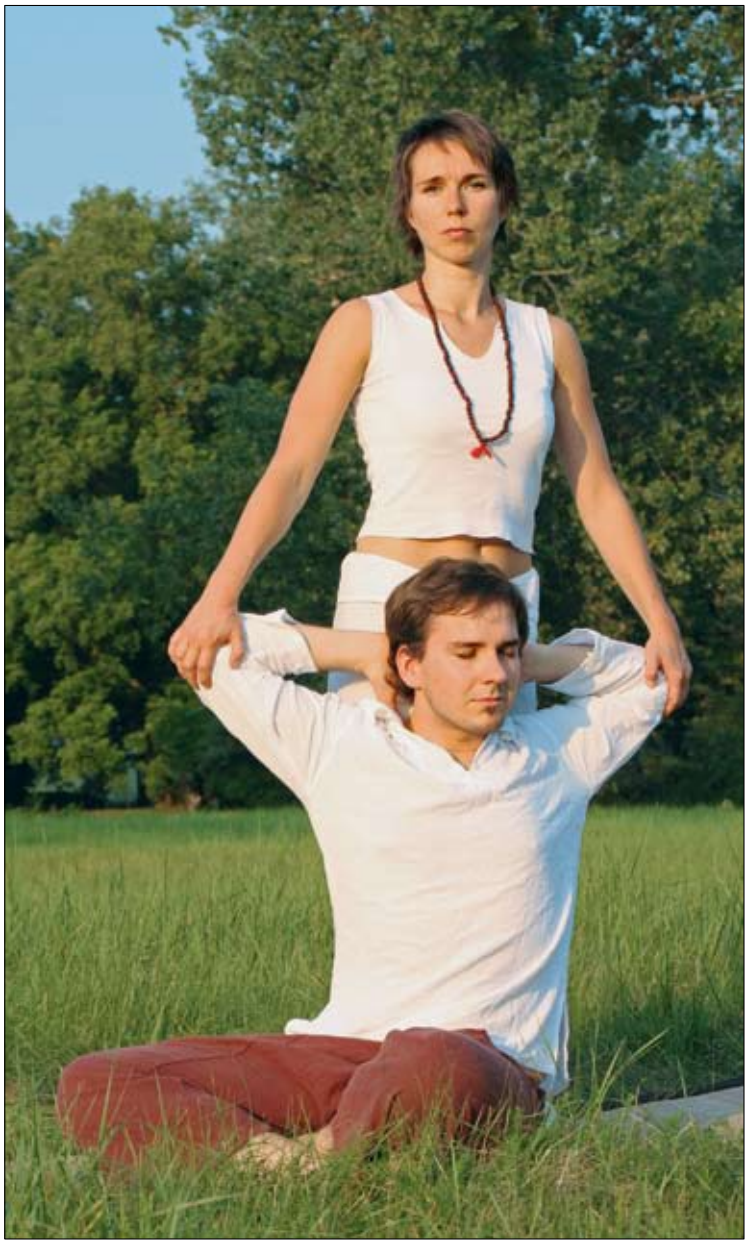
IFK-Vorsitzende Ute Repschläger will mehr Autonomie für Physiotherapeuten.

Gefragte Selbstzahlerleistung für Menschen mit wenig Zeit

Trend: Personal-Yoga

Rund fünf Millionen Menschen in Deutschland betreiben regelmäßig Yoga, Tendenz steigend. Viele Heilmittelpraxen bieten bereits Yoga-Kurse an. So auch die Magdeburger Physiotherapiepraxis „Physio Balance – Praxis für Gesundheitsförderung, Physiotherapie und Yoga“. Diese hat für Selbständige mit wenig Zeit und andere Selbstzahler das Programm Yoga Individuell entwickelt. Ein Modell, das gut ankommt.

Seit etwa zwei Jahren bietet die Magdeburger Praxis „Physio Balance - Praxis für Gesundheitsförderung, Physiotherapie und Yoga“ die Selbstzahlerleistung Yoga Individuell in ihrem Kursprogramm an. Bereits bei der Eröffnung der Praxis vor fünf Jahren hatte die Physiotherapeutin Andrea Benkewitz gemeinsam mit ihrem Mann Christoph, Yogalehrer und Dozent in Deutschland und Österreich, Yoga-Kurse im Programm.



150 Yoga Schüler pro Woche

Heute geben sie jede Woche 13 Yoga-Kurse, für Anfänger und Fortgeschrittene, von der „Sanften Yoga“ über „Yoga für Schwangere“ bis hin zu „Firmenyoga“. Mehr als 150 Yoga-Schüler zwischen 40 und 60 Jahren nehmen pro Woche das Angebot wahr und trainieren in den Praxisräumen in Magdeburgs Grünen Zitadelle – zur überwiegenden Mehrheit Frauen, aber „wir haben auch immer ein bis zwei Männer in unseren Kursen“, freut sich der 28jährige Sportphysiotherapeut, der aber auch weiß, dass der Anteil des „starken Geschlechts“ in Städten wie Berlin oder Leipzig wesentlich höher liegt.

Die Idee für Yoga Individuell entstand aus der Nachfrage heraus, erinnert sich Benkewitz. Aus Angst, sich in einer Gruppe möglicherweise zu blamieren, wurde in der Praxis immer wieder nach der Möglichkeit von Einzelunterricht gefragt. „Einige haben noch nie Yoga gemacht, andere, darunter viele Selbständige, hatten bereits Erfahrungen gesammelt, aber keine Zeit mehr, an den Kursen teilzunehmen.“

Ein Euro pro Minute

Die Werbetrommel für ihr Yoga Individuell mussten die beiden Therapeuten nicht groß rühren, sie weisen in ihren Kursen auf die Möglichkeit eines Einzeltrainings hin. Mit Erfolg: Jede Woche nutzen etwa zwei Schüler dieses Angebot. Wer eine persönliche Yoga-Stunde bucht, bespricht in einem ausführlichen Vorgespräch mit dem Yogalehrer seine persönlichen Erwartungen. Nach diesen Vorgaben wird dann gemeinsam die Stunde individuell gestaltet, ob „man mehr Entspannung wünscht oder sich richtig auspowern will“, so Benkewitz. „Andere wieder leiden an Asthma und möchten hauptsächlich Atemübungen machen, und wieder andere wollen einfach nur den Kopfstand lernen.“

Das Grundprogramm dauert 75 Minuten, kostet 75 Euro und beinhaltet Atemtechniken oder Pranayama, den Sonnengruß als Aufwärmübung, verschiedene Yoga-Stellungen oder Asanas und Entspannungstechniken. Wer noch Meditation wünscht, bucht das Komplettprogramm mit 100 Minuten für 100 Euro. Wer keinen Wert auf die Atemübungen legt, kann auch das 50minütige Kurzprogramm für 50 Euro wählen.

Nach der Einzelleistung in die Gruppe

Kunden, die Yoga Individuell ausprobiert haben, entscheiden sich in der Regel danach für die Teilnahme an

einem normalen Kurs. „Aber es gibt auch etwa drei bis vier Kunden, die sich für regelmäßige Einzelstunden entscheiden“, freut sich der Magdeburger Therapeut. Insgesamt könne er allen seinen Kollegen Yoga Individuell nur empfehlen. „Jede Praxis muss heutzutage daran interessiert sein, ihr Angebot an Selbstzahlerleistungen zu erhöhen“, meint Christoph Benkewitz. Und wer bereits schon Yoga- oder Pilates-Kurse in seinem Programm habe, verschaffe sich mit der Einzelstunde nicht nur zusätzliche Einnahmen, „für die Kursleiter ist dies auch eine Bereicherung, da wesentlich schneller die Fortschritte sichtbar werden“. *(ks)*

Kontakt: Praxis für Gesundheitsförderung, Physiotherapie und Yoga, In der Grünen Zitadelle, Breiter Weg 10m, 39104 Magdeburg, Tel.: 0391-5 06 88 99, Fax: 0391-5 06 88 98, harmonie@physiobalance-md.de, www.physiobalance-md.de

i Hintergrund

Yoga nach wie vor Trendsport

Mit einem 24-Stunden-Marathon ging der Welt-Yoga-Tag am 30. Januar 2011 als Zeichen für Menschenrechte an den Start. Yoga-Schulen und Yoga-Lehrende boten an diesem Tag weltweit zwischen 11 und 13 Uhr lokaler Zeit kostenfreie Yogastunden an – für einen guten Zweck und präsentierten sich so in der Öffentlichkeit.

Seit 2007 üben Yoga-Fans weltweit immer am letzten Sonntag im Januar für gute Zwecke. Initiatorin des Welt-Yoga-Tages ist die Berliner Yoga-Lehrerin und Regisseurin Samira Radsi. Die Idee sei ihr eines Morgens gekommen, heißt es auf ihrer Homepage, als sie - leicht übermüdet – die Milchbläschen in ihrem Cappuccino zählte. Sie kam auf 6.844. Seither organisiert sie die Kampagne und stellt allen Teilnehmern Werbematerialien zur Verfügung. Für 2011 haben sich etwa 300 Schulen aus 35 Ländern registriert, allein aus Deutschland etwa 40 Schulen. Mit den Spenden unterstützt die gebürtige Krefelderin Projekte und Organisationen in aller Welt, in diesem Jahr die UNICEF-Wasserhilfsprogramme in Äthiopien. Allein im letzten Jahr kamen für „Ärzte ohne Grenzen“ 27.000 Euro an Spendengeldern zusammen, in den vergangenen vier Jahren insgesamt rund 72.000 Euro.

Wenig Geld, verglichen mit dem Milliardenmarkt, der sich um Yoga rankt. Seit den 40er Jahren, als Yoga in Deutschland Einzug hielt, hat die ursprüngliche indische Philosophie immer mehr Anhänger gefunden. Bei Google hat der Begriff über 63 Millionen Einträge – zum Vergleich: Joggen kommt auf etwas mehr als 1,3 Millionen. Laut Angaben des Bundesverbandes der Yogalehrenden in Deutschland (BDY) üben etwa fünf Millionen Menschen regelmäßig Yoga – sowohl zuhause als auch unter Anleitung von mehr als 20.000 Yoga-Lehrenden. „Die Zahlen beruhen auf Schätzungen und liegen wahrscheinlich weitaus höher“, weiß BDY-Geschäftsführerin Dr. Doris Hafner, „angesichts des immer noch boomenden Marktes werden sie wohl auch weiter steigen.“

Die Meditations- und Körperübungen, denen früher das Image der Esoterik anhaftete, begleiten heutzutage die Menschen in allen Lebensphasen: Es gibt Yogagruppen für Kinder, Teenager, Erwachsene und Senioren sowie für Schwangere und für die Wechseljahre. Der neueste, aber etwas umstrittene Trend aus den USA ist Yoga für Säuglinge.

Auch für Heilmittelpraxen bietet sich Yoga als Selbstzahlerleistung an. Wer selber eine Ausbildung zum Yogalehrer machen möchte, kann sich beim Berufsverband der Yogalehrenden in Deutschland e.V. informieren. Die berufsbegleitende Ausbildung dauert vier Jahre und endet mit der Prüfung zum/r »YogalehrerIn« BDY/EYU. *(ks)*

Weitere Informationen erhalten Sie bei dem Berufsverband der Yogalehrenden in Deutschland e.V.

Kontakt: Jüdenstraße 37, 37073 Göttingen, Telefon: 0551-797744-0, Fax: 0551-797744-66, E-Mail: info@yoga.de, Web: www.yoga.de

Beratung rund um die Uhr

Online-Sprechstunde beim Physiotherapeuten

Im Internet geht es in Sachen Gesundheit hoch her. Hier ein Kneifen, dort ein Pieken – sofort wird online recherchiert, worauf diese Symptome wohl hindeuten können. In diversen Foren wird dann diskutiert und diagnostiziert was das Zeug hält. Der Beratungsbedarf bei Patienten ist groß. Diese Erfahrung hat auch der Pforzheimer Physiotherapeut Alexander Mohr gemacht und bietet deswegen seine eigene Online-Sprechstunde an.

Die Idee zu seiner Online-Sprechstunde hatte Alexander Mohr vor etwa zwei Jahren „eigentlich aus der Not heraus“. Neben seiner Arbeit als leitender Physiotherapeut an der Rhea Kamen, gab er Fortbildungen und betreute die U15/16 Mädchen-Westfalenauswahl der „Fußballeliteschule“ in Kamen-Kaiserau. Das hieß, Mohr war viel unterwegs und das merkten auch seine Patienten. „Während ich mich im Trainingslager um die Mädchen kümmerte oder am Wochenende Fortbildungen gab, fehlte meinen Patienten in der ambulanten Reha Kamen der Therapeut“, erinnert er sich. Von einigen wurde er so sehr benötigt, dass sie ihn per Handy kontaktierten und um Rat baten. Doch die Beratung über das Handy hatte Nachteile, da der Therapeut nicht immer die nötige Zeit fand. So empfahl er seinen Patienten, ihm eine Mail zu schicken. Das „E-Coaching“ war geboren und wurde zum Grundgedanken seiner Homepage.

Physiotherapeutische Beratung per E-Mail

Wer unter *www.physioakut.de* auf die Online-Sprechstunde klickt, der kann sein Anliegen direkt per Mail verschicken. Alexander Mohr versendet in der Regel innerhalb von ein bis zwei Tagen eine Antwort. „Momentan ist die Beratung noch umsonst“, erklärt der 35-jährige, der vor einem Jahr einem Angebot aus Süddeutschland folgte und als Leitender Physiotherapeut in die Arcus Sportklinik Pforzheim wechselte. Seitdem wächst sein Bekanntheitsgrad beständig. „Nicht nur meine alten Patienten aus Nordrhein-Westfalen halten mir die Treue“, freut er sich, „es kommen über Empfehlungen auch immer mehr Fremde.“

Inzwischen melden sich über seine Online-Sprechstunde etwa zehn bis 20 Patienten pro Monat. Die meisten hätten schon einen langen Leidensweg hinter sich, seien von einem Arzt zum anderen geschickt worden – ohne Erfolg. „Viele sind sehr verzweifelt“, berichtet Mohr. „Besonders dann, wenn die Beschwerden nach einem Vierteljahr nicht vorbei sind, die Kasse aber kein Folgerezept mehr ausstellt.“ Andere melden sich aus dem Ausland, er habe schon Anfragen aus Neuseeland, Tunesien, Indonesien, Thailand, Afrika und Argentinien gehabt, erzählt er nicht ohne Stolz.

Auch auf Internet-Ratgebern wie „gutefrage.net“ wird Mohrs Online-Sprechstunde bereits empfohlen. Auf die Frage nach dem Sinn von Akupressur gegen Kopfschmerzen rät zum Beispiel eine Userin: „Hallo,

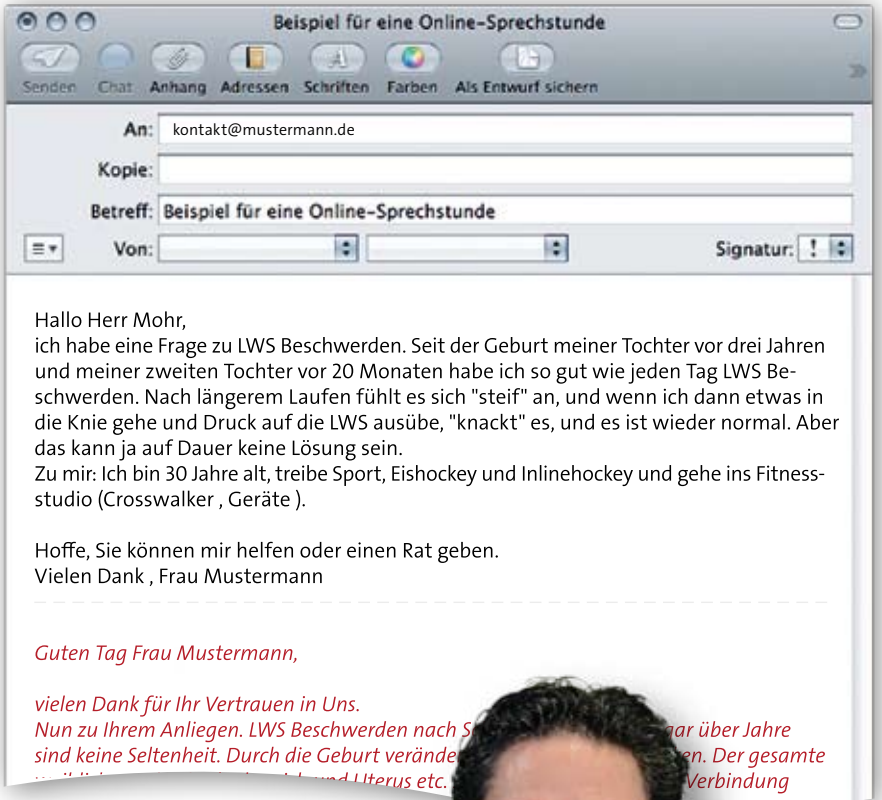
schau mal unter *www.physioakut.de* in die Online-Sprechstunde. Der Physiotherapeut, der diesen Dienst anbietet, ist auf Schmerztherapie spezialisiert.“ Eine prima Empfehlung.

Noch ist Alexander Mohr nicht an seine Grenzen gestoßen. Im Gegenteil: Er empfinde es keineswegs als Stress, wenn er die Probleme seiner Online-Patienten mit ins Privatleben nehme. Er zitiert einen seiner ehemaligen Patienten, der einmal gesagt habe, bei ihm sehe man den Unterschied zwischen Beruf und Berufung.

Eine attraktive Serviceleistung für Praxisinhaber

Für Mohr ist die Online-Sprechstunde ein Service, und er kann sie seinen Kollegen nur empfehlen. „In unserer Service-Wüste Deutschland“, so klagt er, „könnte sich ein Praxisinhaber durch einen solchen attraktiven Service seinen Bekanntheitsgrad sicherlich vergrößern.“ Vor allem mache es die Technik im Zeitalter von iPhone und iPad immer einfacher. Man müsse viel zukunftsorientierter denken, fügt er hinzu, und seines Wissens gäbe es noch keinen Physiotherapeuten in Deutschland, der eine Beratung rund um die Uhr anbiete.

Dennoch: Sollte der engagierte Sporttherapeut es eines Tages nicht mehr schaffen, innerhalb einer Woche die Mails zu beantworten, müsste er das Konzept auf eine breitere Basis stellen und eventuell auch über eine Kommerzialisierung nachdenken. Dabei denkt er an die Schaffung von Netzwerken, die Kooperationen mit qualifizierten Therapeuten bundesweit ermögliche. „Bei einem solchen globalen Patientenmanagement kann ich beispielsweise eine Anfrage aus Hamburg guten Gewissens an den Kollegen in der Hansestadt vermitteln.“ Doch im Moment sei dies noch Zukunftsmusik... *(ks)*



Der Pforzheimer Physiotherapeut Alexander Mohr hatte die Idee zu seiner Online-Sprechstunde.

Hintergrund

Rechtliches zur Online-Sprechstunde:
§ 9 des Heilmittelwerbegesetzes sieht vor: „Unzulässig ist eine Werbung für die Erkennung oder Behandlung von Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhaften Beschwerden, die nicht auf eigener Wahrnehmung an dem zu behandelnden Menschen oder Tier beruht (Fernbehandlung).“

Allerdings kennt das Heilmittelwerbegesetz noch kein Internet und schon gar keine Online-Beratung. Es gibt zahlreiche Portale, in denen Ärzte Patienten eine konkrete Beratung und Handlungsanweisungen geben. Wer also selber eine Online-Beratung anbietet, sollte den Fragenden auf den Besuch beim Arzt verweisen und sich auf die Beratung funktioneller Einschränkungen beschränken.

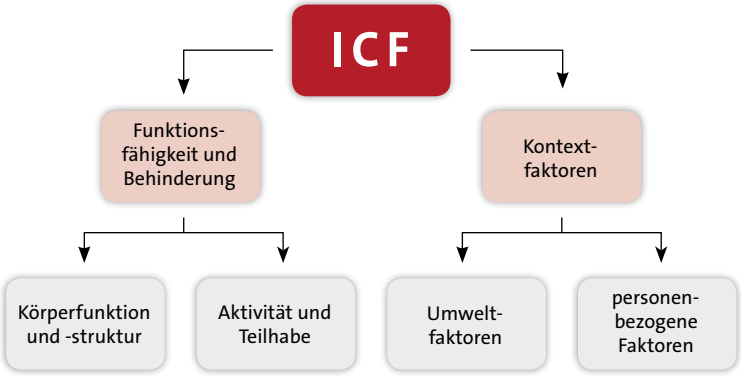
Kontakt: Alexander Mohr, Ziegelhütte 7, 71287 Weissach, 0179-7999053, Alexander.Mohr@physioakut.de, www.physioakut.de

Serie: Was ist eigentlich die ICF?

Folge 3: Das biopsychosoziale Modell

Finden Sie mehr Informationen zu diesen Themen im Internet.

Die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) ist eine Klassifikation zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der sozialen Beeinträchtigung sowie der beeinflussenden Umweltfaktoren von Menschen. Für Ärzte ist die Nutzung bereits Pflicht. Deswegen sollten sich Therapeuten jetzt mit dem Klassifizierungssystem auseinandersetzen. In der letzten Ausgabe von up haben wir Ihnen das biopsychosoziale Modell vorgestellt. Nun geht es um den theoretischen Aufbau der ICF.



Die ICF als Klassifikation besteht aus zwei Teilen: der Teil „Funktionsfähigkeit und Behinderung“ und der Teil „Kontextfaktoren“.

Jedem Teil der ICF lassen sich jeweils zwei Komponenten zuordnen. Dem Teil „Funktionsfähigkeit und Behinderung“ sind die Komponenten „Körperfunktion und -struktur“ und „Aktivität und Teilhabe“ zuzuordnen. Dem Teil „Kontextfaktoren“ sind die Komponenten „Umweltfaktoren“ und „personenbezogenen Faktoren“ zuzuordnen.

Die insgesamt vier Komponenten stehen in Wechselwirkung zueinander und bedingen sich gegenseitig. Durch bestimmte Beurteilungsmerkmale werden die einzelnen Komponenten genauer beschrieben. Wie sich das Modell im weiteren unterteilt, lesen Sie in der nächsten Ausgabe. *(nm)*

Praxisinhaber bekommen für Fortbildung Geld vom Staat

Praxisinhaber sind durch Kassenverträge verpflichtet, sich regelmäßig weiterzubilden. Fortbildungen sind teuer, aber seit Anfang des Jahres können auch Therapeuten mehr Geld vom Staat bekommen. Mit der Bildungsprämie gibt es für Fortbildungen eine Finanzspritze von bis zu 500 Euro.

Bis zu 500 Euro Zuschuss gibt es vom Staat.

Im Dezember 2008 hatte das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) die Bildungsprämie eingeführt, damit mehr Menschen durch Weiterbildung ihre Chancen im Beruf verbessern – vor allem auch jene, die sich dies aufgrund ihres Einkommens bislang nicht leisten konnten. Mit einem sogenannten Prämiengutschein, den sowohl Angestellte als auch Selbständige erhalten, übernimmt der Staat die Hälfte der Kosten für Weiterbildungskurse oder -prüfungen, seit Januar 2010 maximal 500 Euro einmal im Jahr.

Ein Beispiel: Ein Lehrgang an einer westfälischen Physiotherapeutenschule „Manuelle Lymphdrainage“ kostet 1.200 Euro. Diese Weiterbildung kann ein wichtiger Baustein in der beruflichen Weiterentwicklung von Physiotherapeuten sein und wird von den gesetzlichen Krankenkassen anerkannt. Mit dem Prämiengutschein kostet diese Weiterbildung jetzt nur noch 700 Euro – 500 Euro werden vom Staat gezahlt.

Zwei Voraussetzungen müssen erfüllt sein: Erstens darf das zu versteuernde Jahreseinkommen 25.600 Euro (bzw. 51.200 Euro bei gemeinsamer Veranlagung) nicht übersteigen. Und zweitens muss sich der Antragsteller, der eine deutsche Staatsangehörigkeit oder eine gültige Arbeitserlaubnis für Deutschland besitzen muss, vorher in einer der knapp 600 Beratungsstellen beraten lassen.

Die größte Nachfrage nach Bildungsgutscheinen herrsche bisher in den Ländern NRW, Berlin und Sachsen, heißt es in einer Pressemitteilung des Ministeriums. Neun von zehn Interessenten arbeiteten in kleinen und mittleren Unternehmen. Das zeige, dass die Prämie vor allem dort eine Finanzierungslücke für die berufliche Weiterbildung füllt. Zwei Drittel der Leute, die sich zur Bildungsprämie beraten lassen, seien Frauen, 15 Prozent davon mit Migrationshintergrund. Damit diene die Prämie auch als Fördermittel für die Gruppen von Beschäftigten, die kaum innerbetrieblich gefördert werden, heißt es weiter. *(ks)*

Service: Weitere Informationen zur Bildungsprämie und den Beratungsstellen vor Ort erhalten Interessierte unter der kostenlosen Rufnummer 0 800-2 62 30 00 und im Internet unter www.bildungspraemie.info.

Serie: Fallbeispiel aus der *up-premium plus* Hotline

Bereitschaftsdienst für Therapeuten

Für die meisten Heilmittelpraxen sind die zuweisenden Ärzte immer noch der allerwichtigste Kanal für den Zustrom von (neuen) Patienten. Es liegt in der Natur der Sache, dass stets mehrere Praxen um die Gunst eines Arztes buhlen. Aus diesem Grund wird an der *up-premium plus* Hotline immer wieder die Frage gestellt: „Was ist zu tun, damit Ärzte besonders gerne eine bestimmt Praxis empfehlen?“.

Bernd Sommer grübelt. Seine Physiotherapiepraxis liegt in einer Kleinstadt und an Konkurrenz fehlt es nicht. Er möchte, dass seine Praxis einen besonders guten Draht zu seinen Zuweisern hat, weiß aber nicht so recht, wie er das am besten anstellen soll. Kurz entschlossen ruft er bei der der *up-premium plus* Hotline an und fragte nach Rat – und der folgt auf dem Fuße: Seien Sie Dienstleister für den Arzt!

Dienstleistung für den Arzt anbieten

„Dienstleister für den Arzt? Und wie genau soll ich das machen?“, fragt sich Bernd Sommer. Ganz einfach: Als Praxisinhaber muss er sich die Frage stellen, was die Praxis für den Arzt tun kann. Und zwar immer wieder aufs Neue. Es gibt viele Antworten auf diese Frage und sie sind ebenso vielfältig wie kreativ. Bernd Sommer machte sich also an die Arbeit. Er überlegte zunächst, welche Ärzte die Hauptverordner seiner Praxis sind. Dann setzte er sich mit seinem Team zusammen und überlegte gemeinsam, womit die Praxis bei diesen Ärzten gut punkten könnte, indem sie etwas für die Ärzte tut. Nach kurzer Zeit waren die ersten kreativen Einfälle gefunden und eine davon erschien dem Praxischef als besonders geeignet. Das Team ging von der Annahme aus, dass Privatpatienten sowohl für Ärzte auch als für die Heilmittelpraxis wichtige Kunden sind. Daraus ergab sich die Idee, dass mit kleinen und außergewöhnlichen Dienstleistungen sowohl Arzt als auch Therapeut die Zufriedenheit bei dieser Kundengruppe schnell steigern können.

Eine Idee für eine außergewöhnliche Dienstleistung ist zum Beispiel die Soforttterminvereinbarung. Noch während der Privatpatient beim Arzt sitzt, kann dieser entweder per Telefon oder direkt über das Internet einen Termin für den Patienten bei der Heilmittelpraxis vereinbaren. Auf den ersten Blick mag diese Idee vielleicht auf Skepsis stoßen und manch einer denkt sich: „Aber unser Plan ist doch schon jetzt randvoll!“ Sehr schön! So soll es ja auch sein. Dennoch lohnt es sich, etwas genauer darüber nachzudenken. Wenn jeder Mitarbeiter zusätzlich zu seiner festen Arbeitszeit an ein bis drei Tagen die Woche vor und oder nach seiner Kernarbeitszeit noch Bereitschaftsstunden zur Verfügung stellt, dann ist immer genug Luft für den ersten Soforttermin des (neuen) Privatpatienten. Ist dieser erst einmal in der Praxis, dann werden die folgenden Termine in den regulären Plan integriert.

Das Ergebnis: Geringer Aufwand für die Praxis – hoher Marketingeffekt. Und das sowohl bei den wichtigsten Zuweisern als auch bei den Privatpatienten. Bernd Sommer ist begeistert. Er hat die Idee bereits in einem persönlichen Gespräch seinen Ärzten vorgestellt. Schon nach kurzer Zeit kam der erste Anruf in Sachen Soforttermin. *(bj)*

kurz & knapp

Erste Datenbank zur Psychomotorik jetzt online +++
Unter www.psychomotorik.nifbe.de ist jetzt erstmals im deutschsprachigen Raum eine Datenbank zur Psychomotorik online geschaltet worden. Interessierte finden dort derzeit rund 130 psychomotorische Institutionen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz. Die Datenbank ist von der Forschungsstelle Bewegung, Wahrnehmung, Psychomotorik des Niedersächsischen Instituts für frühkindliche Bildung und Entwicklung (nifbe) unter Leitung von Professor Dr. Renate Zimmer und Fiona Martzy entwickelt worden. Damit werde „eine wichtige Lücke in der Psychomotorik-Landschaft“ geschlossen, so das Institut.

Gesucht werden kann unter den Kategorien „Vereinigungen für Psychomotorik“, „Hoch- und Fachschulausbildungen“, Fort- und Weiterbildungsinstitute“ sowie „Psychomotorische Förderstellen“. Die Datenbank soll ständig erweitert werden und Einrichtungen aus dem Bereich der Psychomotorik/Motologie die Chance zu einem eigenen Eintrag geben.

www.up-aktuell.de

Finden Sie mehr Informationen zu diesen Themen im Internet.

Zustimmung des Arbeitgebers nicht erforderlich

Angestellte können Elternzeit verlängern

Wer im dritten Lebensjahr seines Kindes noch das dritte Jahr der Elternzeit in Anspruch nehmen will, braucht nicht die Zustimmung seines Arbeitgebers. Das hat das Arbeitsgericht Düsseldorf jetzt entschieden. Dies gelte auch dann, wenn zwischendurch eine Rückkehr an den Arbeitsplatz geplant war.

Im vorliegenden Fall hatte die Klägerin nach Geburt ihres ersten Kindes Elternzeit beantragt. Noch vor Ablauf der zwei Jahre bekam sie ihr zweites Kind und beantragte wiederum zunächst für zwei Jahre Elternzeit. Gleichzeitig wollte sie das dritte Jahr der Elternzeit für das erste Kind auf die Zeit bis zur Vollendung des 8. Lebensjahres übertragen, was ihr Arbeitgeber jedoch ablehnte.

Eltern sollen freier über das dritte Jahr disponieren können

Das Gericht gab der Klägerin Recht: Gemäß § 15 Abs. 2 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG) bestehe in diesem Fall ein Anspruch auf Elternzeit bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres, also bis zum 7.6.2011. Sie müsse jedoch nach § 16 As. 1 spätestens sieben Wochen vor Beginn der Elternzeit verlangen und gleichzeitig erklären, für welche Zeiten innerhalb von zwei Jahren die Elternzeit genommen werden soll. Aus dieser gesetzlichen Konzeption ergebe sich, dass den Eltern die Möglichkeit gegeben werden soll, freier über das dritte Jahr der Elternzeit zu disponieren (Az.: 4 Ca 4023/10). *(ks)*

Heimaufenthalt wegen Krankheit steuerlich absetzbar

Wer krankheitsbedingt in ein Seniorenheim zieht, kann die Kosten für die Unterbringung als außergewöhnliche Belastung steuerlich absetzen. Das hat der Bundesfinanzhof (BFH) jetzt entschieden. Entgegen seiner bisherigen Rechtsprechung gilt dies auch dann, wenn weder ständige Pflegebedürftigkeit besteht noch zusätzliche Pflegekosten abgerechnet wurden. Heilmittelerbringer können diese Information als Service an ihre Patienten weitergeben.

Im vorliegenden Fall war die damals 74-jährige Klägerin nach einer stationären Behandlung in einer psychiatrischen Klinik von April bis Juli 2004 auf ärztliche Empfehlung in ein Seniorenheim gezogen. Ihre bis dahin genutzte Wohnung in einem Zweifamilienhaus behielt sie bei. Als die Klägerin ihre monatlichen Kosten für den Aufenthalt im Seniorenheim von monatlich rund 1300 Euro in ihren Einkommenssteuer-Erklärungen für 2005 und 2006 als außergewöhnliche Belastungen gemäß § 33 Absatz 1 des Einkommensteuergesetzes geltend machen wollte, erkannte das Finanzamt dies nicht an. Begründung: Die Klägerin sei nicht in eine Pflegestufe eingruppiert gewesen und im Behindertenausweis fehle auch das Merkmal „H“ oder „B1“.

Wer krankheitsbedingt in ein Seniorenheim zieht, kann die Kosten für die Unterbringung als außergewöhnliche Belastung steuerlich absetzen.

Mietkosten als außergewöhnliche Belastungen

Der Bundesfinanzhof (BFH) schloss sich der Argumentation des Finanzgerichts an und führte aus, dass die Mietaufwendungen der Klägerin für die Unterbringung als außergewöhnliche Belastungen zu berücksichtigen seien. Anders als der altersbedingte Aufenthalt in einem Seniorenheim, der zu den „gewöhnlichen“ Lebensführungskosten gerechnet werde, führe die krankheitsbedingte Unterbringung zu Krankheitskosten, die als außergewöhnliche Belastung abgezogen werden könnten. Pflegebedürftigkeit sei keine Voraussetzung für den Abzug, wenn – wie hier aufgrund ärztlicher Bescheinigungen – festgestellt werden könne, dass der Heimaufenthalt infolge einer Erkrankung notwendig gewesen sei (Urteil vom 13.10.2010, Az.: VI R 38/09). *(ks)*

Anlass für Marketingaktionen

Tag der Rückengesundheit 2011

Ein perfekter Anlass für Marketingaktionen für Praxisinhaber: Zum „10. Tag der Rückengesundheit" wird die Bevölkerung aufgefordert, sich aktiv für einen gesunden Rücken einzusetzen. Unter dem Motto „Der Rücken beginnt im Kopf" werden am 15. März 2011 bundesweit mehrere hundert Gesundheitsdienstleister über Therapie und Prävention von Rückenbeschwerden informieren. Heilmittelerbringer sollten dabei nicht fehlen.

Im Rahmen des Gesundheitstages, der gemeinsam von der Aktion Gesunder Rücken (AGR) e. V. und dem Bundesverband der deutschen Rückenschulen (BdR) e. V. initiiert wurde, finden im gesamten Bundesgebiet zahlreiche Veranstaltungen statt. Wir zeigen Ihnen eine Auswahl von Veranstaltungen als Anregung zum Mitmachen und Selberentwickeln.

Im Münchner Ortho Reha Sport (ORS) werden am 15. März von 10 bis 18. Uhr Rückenübungsstunden für Patienten und ihre Angehörigen angeboten. Der Schlafexperte Professor Dr. Dr. Jürgen Zulley wird am 20. März von 15 bis 17 Uhr im Essener Bettenstudio Nolten über den „Traum vom guten Schlaf" referieren.

Die zentrale Jubiläumsveranstaltung ist für den 12. März von 10 bis 17 Uhr in der Dortmunder DASA-Stahlhalle geplant. Neben einer Fachausstellung über rückengerechte Möbel, Schule und vieles mehr stehen Experten wie Orthopäden, Ergonomen und Psychologen Rede und Antwort.

Am 15. März feiert „Gesundheit für Deutschland" – die Initiative von Grönemeyer Medizin und der Techniker Krankenkasse mit der Deutschen Sportjugend – eine Jubiläumsveranstaltung mit Rückenparcours im BMW Pavillon Lenbachplatz gemeinsam mit vielen lokalen Netzwerkpartnern aus München. *(ks)*

Service: *Wer am „Tag der Rückengesundheit" mitmachen möchte, kann bei der Aktion Gesunder Rücken unter www.ruecken-tag.de/MEDIA/docs/Bestellformular_260111.pdf das „Rückenpaket 2011", das Plakate, Broschüren und Infoflyer enthält, zum Preis von 29,50 Euro bestellen.*

Marketingplan mit Geling-Garantie

Der nächste Sommer kommt bestimmt

Marketingaktivitäten für den Juni müssen jetzt dringend vorbereitet werden. Der Kindersicherheitstag bietet auch in diesem Jahr einen optimalen Anlass für Marketingaktionen, ebenso wie der Sommeranfang. Alle Termine sind im Marketingplan verzeichnet. Wer neben unseren Anregungen eigene Ideen entwickeln möchte, kann das ganz leicht mit Hilfe der Planungs- und Kommunikationsstrategien auf der Rückseite des Plans tun.

10. Juni: Kindersicherheitstag (BAG Kindersicherheit e.V.)

Seit dem Jahr 2000 organisiert die „Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Mehr Sicherheit für Kinder e.V." den Kindersicherheitstag mit dem Ziel, das Bewusstsein für Unfallgefahren bei Kindern zu wecken. Im letzten Jahr feierte der Kindersicherheitstag sein 10. Jubiläum unter dem Motto „Laufen. Springen. Klettern. Sicher geht das!" Für alle Praxen, die mit Kindern zu tun haben, bietet dieser Tag auch in diesem Jahr wieder eine gute Möglichkeit, Marketingaktivitäten zu initiieren. Besonders Ergo- und Physiotherapeuten mit dem Schwerpunkt Kindertherapie können ihre Kooperation mit Kindergärten pflegen, verbessern oder neu initiieren. Weisen Sie Ihren Kindergarten auf den Kindersicherheitstag hin und bieten Sie Ideen für mögliche Aktionen an. Das kann zum Beispiel ein Fachvortrag für die Eltern sein oder ein „Richtig-Stürzen-Vormittag" mit den Kindern. So ein Kurs kann man natürlich auch in mit den örtlichen Turn- und Sportvereinen machen. Vergessen Sie nicht, frühzeitig die lokale Presse über Ihre Aktion zu informieren. Alle Informationen zum Kindersicherheitstag finden Sie im Internet unter *www.kindersicherheit.de*.

21. Juni: Sommeranfang

Am 21. Juni um 19:16 Uhr MESZ beginnt der Sommer 2011. Es gibt wohl kaum jemanden, der sich nicht auf den Sommer freut. Ein guter Zeitpunkt also, den man zum Beispiel als Abschluss für den Start in den Sommer nutzen kann. Überlegen Sie, was Ihre Patienten bis zu diesem Stichtag erreichen wollen könnten. Die Damen plagt vielleicht der Gedanke an die noch nicht optimale Bikinifigur, manch einer möchte ohne Rückenschmerzen den Sommer genießen oder einfach etwas entspannter in die großen Ferien starten. Sie können also Kurse anbieten, die gezielt mit dem 21. Juni abschließen, frei nach dem Motto: „Fit in den Sommer". Da der 21. Juni in diesem Jahr auf einen Dienstag fällt, können Sie auch Aktionen an dem Tag selber planen. Eine lange Nacht der Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie mit Startschuss um 19:16 Uhr lockt Interessierte in die Praxis. Auch hier gilt natürlich: informieren Sie die lokale Presse über Ihre Aktivitäten. *(ko)*

www.up-aktuell.de

Finden Sie mehr Informationen zu diesen Themen im Internet.

Weitere Termine im Juni:
21.6.2011: Tag des Schlafes

Kunden werben Kunden...

up-premium

...und als Dankeschön erhalte ich folgende Prämie:

☐ Prämie 1:
360°-Segeltuchtasche „Tender“

☐ Prämie 2:
Pantone Espressotassen – Set 2009

☐ Prämie 3:
Energie-Sparleuchte „MAULforte“
inkl. Energiespar-Tageslicht-Leuchtmittel

☐ Ich habe einen neuen Abonnenten für **„up-premium“** (ehemals up-unternehmen praxis) geworben. Sobald die erste Jahresrechnung bezahlt ist, erhalte ich als Dankeschön meine ausgewählte Prämie.

up-premium plus

...und als Dankeschön erhalte ich folgende Prämie:

☐ Prämie 1:
Staubsaug-Roboter „iRobot Roomba 531“ –
Sauberkeit von Zauberhand

☐ Prämie 2:
Ein Luftbefeuchter „Oskar“ –
für ein perfektes Wohlgefühl in der Praxis – in weiß, schwarz, silbergrau und hellgrün erhältlich

☐ Ich habe einen neuen Abonnenten für **„up-premium plus“** (ehemals praxiswissen24) geworben. Sobald die erste Jahresrechnung bezahlt ist, erhalte ich als Dankeschön meine ausgewählte Prämie.

.....
Vorname, Name

.....
Straße, Haus-Nr.

.....
PLZ, Ort

Neukundenangebot:

☐ Ich möchte **„up-premium“** ab der nächsten Ausgabe zum Abo-Preis von 12 Euro abonnieren. Der Preis versteht sich inkl. 7 % MwSt. und Versandkosten und wird jeweils für zwölf Monate im Voraus berechnet (Jahresbetrag: 144 Euro). Das Abonnement ist jederzeit kündbar. Bereits bezahlte Beträge können nicht erstattet werden.

☐ Ich möchte **„up-premium plus“** ab den kommenden Monat zum Abo-Preis von 34,51 Euro abonnieren. Der Preis versteht sich inkl. 19 % MwSt. und Versandkosten und wird jeweils für sechs Monate im Voraus berechnet (Halbjahresbetrag: 207,06 Euro). Das Abonnement ist drei Monate vor dem Vertragsablauf kündbar. Die Vertragslaufzeit beträgt zwölf Monate.

.....
Vorname, Name

.....
Straße, Haus-Nr.

.....
PLZ, Ort

.....
Telefon

.....
Faxnummer

.....
PLZ, Ort

.....
E-Mail-Adresse

Datum, Unterschrift: .....

Hinweis: Sie können der Nutzung Ihrer Daten für Werbezwecke jederzeit widersprechen. Hierfür entstehen keine anderen als die Übermittlungskosten zu Basistarifen.

Schicken Sie uns den unterschriebenen Vertrag an unsere gebührenfreie Faxnummer:

08 00-135 82 20

buchner

Herausgeber: Buchner & Partner GmbH
Lise-Meitner-Straße 1-7, 24223 Schwentinental
Telefon +49(0) 4307 8119 – 0, Fax – 99
www.buchner.de