07.2011

unternehmen praxis

Praxismanagement für Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie

Für **up-premium plus** *Kunden:*
Vereinbarung Nutzung von Privatfahrzeugen für Dienstfahrten

Abrechnungsprobleme mit den Kassen

Verbandszugehörigkeit bestimmt Verordnungsgültigkeit

Die Rahmenverträge zwischen den Heilmittelverbänden und den Krankenkassen regeln die Details der Abrechnung. Da es auf Landesebenen durchaus vorkommt, dass einzelne Verbände unterschiedliche Verträge vereinbaren, muss sich der Praxisinhaber genau überlegen, nach welchem Vertrag er abrechnen möchte – denn es gibt durchaus wichtige Unterschiede, die entscheidend für die Arztkommunikation sind.

Die Frist beim Beginn der Behandlung auf dem Rezept wurde überschritten. Die AOK hat die Rechnung deswegen nicht bezahlt. Sabine Klemm, Physiotherapeutin und Praxischefin in Leipzig ist sauer. „Meine Rezeptionsfachkraft hat vergessen, den späteren Behandlungsbeginn vom Arzt mit Stempel und Unterschrift bestätigen zu lassen“, ärgert sie sich auf einem Treffen von rund 20 Praxisinhabern zu einem Qualitätszirkel. Auch die übrigen Praxisinhaber bestätigen, dass sie mit ähnlichen Problemen zu tun haben.

Die zahlreichen Rahmenverträge der AOK mit den einzelnen Verbänden sorgen für unterschiedliche Gültigkeit der Verordnungen.

Rahmenverträge regeln unterschiedlich

Die für niedergelassene Heilmittelerbringer wichtigsten Rahmenverträge bestehen zwischen den jeweiligen Berufsverbänden und der AOK, bzw. dem Verband der Ersatzkassen. In diesen Verträgen wird auf Landesebene im Detail geregelt, was die Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) nur als grobe Zielformulierung vorgibt. Zum Thema Behandlungsbeginn sagt die HeilM-RL, dass eine Physiotherapieverordnung immer dann ungültig wird, wenn sie (bei fehlenden Angaben zum spätestens Behandlungsbeginn) nicht innerhalb von zehn Tagen (Neufassung: 14 Tagen) nach Ausstellungsdatum begonnen wird. Das wird in den Rahmenverträgen auf Landesebene meistens etwas entschärft. So regelt der Vertrag zwischen fünf (!) Physiotherapieverbänden und den Ersatzkassen, dass, nach (telefonischer) Rücksprache mit dem Arzt, der Therapeut eine Überschreitung der Frist selbstständig auf der Verordnung begründen darf, damit die Verordnung gültig bleibt – und zwar ausdrücklich OHNE Stempel und Unterschrift des Arztes.

„Die AOK hier in Sachsen erlaubt so etwas aber nicht“, moniert Klemm. Gleichzeitig weisen einige Kollegen daraufhin, dass es wohl kaum darum ginge, was die AOK „erlauben“ würde, sondern was im Rahmenvertrag vereinbart sei. Doch da gibt es ein Problem: Es gibt verschiedene Verträge mit der AOK.

>>>

Aktuell

Neufassung der Heilmittel-Richtlinie
Keine Änderungen an Verordnungsformularen 11

Neue Heilmittel-Richtlinie gilt vor Regelungen der Rahmenverträge 11

Schlaganfall-Patienten
Nervenprothese soll Gehen erleichtern 12

Schwerpunkt

Ungeliebt aber wirksam
10 Jahre Heilmittelkatalog mit überdurchschnittlichem Wachstum 3

G-BA Pressestelle bestätigt
Heilmittel-Richtlinie wird pünktlich in Kraft treten 4

Interview mit Dr. Beyer, Urheber der HeilM-RL
„Bürokratie verhindert Dialog“ 6

Tipps

Serie: Fallbeispiel aus der *up-premium plus* Hotline
Auslastungsprobleme in der Praxis 21

Werbeidee für die Praxis
Mit Postkarten werben 22

Marketingplan mit Geling-Garantie
Jetzt planen für Oktober 23

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

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

Kommentar

Weg mit dem Prüfungskeil!

Heilmittelerbringer sind verpflichtet, die Gültigkeit einer Verordnung zu überprüfen. Allerdings nur im Rahmen ihrer jeweiligen Verträge. Wenn sich nun die Verträge von Kasse zu Kasse, von Bundesland zu Bundesland, von Berufsverband zu Berufsverband und von Fachgruppe zu Fachgruppe unterscheiden, entsteht erhebliche Verwirrung. Genau die Art der Verwirrung, die den Krankenkassen hilft, Geld zu sparen.

Wer aus lauter Vorsicht jede Änderung an der Verordnung zum Arzt schickt, damit die Änderung mit Stempel und Unterschrift bestätigt wird, spielt den Krankenkassen in die Hände. Denn je mehr die Ärzte stempeln und unterschreiben müssen, desto weniger sind sie bereit, weitere Heilmittelverordnungen auszustellen. Damit wird genau das erreicht, was die Kassen erreichen wollen: Aufgrund von Bürokratie und Formalismus wird weniger verordnet.

Wer keine Lust hat, sich vor den Karren der Kostensenkung der Krankenkassen spannen zu lassen, braucht nur die Rahmenverträge genau zu lesen und konsequent umzusetzen. Dabei werden Ärzte nur dann zu Veränderungen aufgefordert, wenn das wirklich notwendig ist.

Die Berufsverbände sollten die kommenden Verhandlungen über Rahmenempfehlungen und neue Rahmenverträge aufgrund der Neufassung der Heilmittel-Richtlinie nutzen, um endlich Schluss mit diesem Regelungsirrsinn zu machen. Wäre es nicht an der Zeit den Bürokratismus, wenn schon nicht abzuschaffen, so doch wenigstens zu vereinheitlichen? Damit könnten die Verbände sämtliche Heilmittelerbringer und ihre zuweisenden Ärzte wirklich nachhaltig begeistern!

Herzlichst Ihr

Ralf Buchner
Herausgeber

>>> Fortsetzung S. 1

Wer als Physiotherapeut in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Thüringen oder Sachsen-Anhalt seine Zulassung beantragt, hat die Qual der Wahl. Denn in diesen Bundesländern gibt es einen Rahmenvertrag zwischen den AOKen der genannten Bundesländer und dem IFK aus Bochum. Zum anderen gibt es einen zweiten Rahmenvertrag, wieder zwischen den AOKen und dem VPT, VDB und ZVK. Diese Verträge sind über viele Seiten identisch, doch gerade bei der Frage der Fristenüberschreitung unterscheiden sie sich deutlich. Der Vertrag mit VPT, VDB und ZVK legt für die nicht rechtzeitig begonnende Behandlung fest: „Kann die Behandlung innerhalb dieses Zeitraumes nicht aufgenommen werden, ist grundsätzlich eine Neuverordnung notwendig.“ Ergo: keine Änderungsmöglichkeit.

Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis

Die Teilnehmer des Qualitätszirkels sind irritiert, denn die gängige Abrechnungspraxis wird anders gelebt. Mit Stempel und Unterschrift des Arztes werden auch geänderte Verordnungen ohne Probleme bezahlt. Hier weichen vertragliche Regelung und gelebte Praxis erheblich voneinander ab.

Der Rahmenvertrag zwischen AOKen und IFK ist im Prinzip wortgleich, jedoch wird hier die vertragliche Regelung so beschrieben, wie auch schon im Ersatzkassenvertrag festgelegt: Rücksprache mit dem Arzt und Dokumentation der weiterhin bestehenden Erreichbarkeit des angestrebten Therapieziels reichen aus, um die Gültigkeit (und damit Abrechenbarkeit) der Verordnung weiterhin zu sichern.

„Das bedeutet ja, dass die Gültigkeit meiner Verordnung nur davon abhängt, über welchen Rahmenvertrag ich abrechne,“ empört sich Klemm. „Das ist doch vollkommener Irrsinn!“ – Irrsinn oder nicht – es beschreibt die Abrechnungssituation in vielen Bundesländern. Faktisch gibt es in jedem Bundesland pro Fachrichtung (Logo, Physio, Ergo) mindestens zwei Regelungen (AOK, VdeK). Bei 16 Bundesländern kommt da einiges zusammen, besonders dann, wenn die Berufsverbände teilweise sogar unterschiedliche Verträge im selben Bundesland abschließen.

Für Sabine Klemm und ihre Kollegen im Qualitätszirkel ergibt sich, dass es erstens hilft, Verträge zu lesen und zweitens, dass es viel weniger Änderungsstress mit dem Arzt geben muss, als bisher praktiziert. Das sollte die Arztkommunikation erleichtern – auch in anderen Bundesländern. *(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), Dirk Schnack (di); Lektorat: Ulrike Stanitzke

Layout: Mario Durst, Köln

Fotos: © fotolia: fotoexodo (1), R. Richter (11), A. Plath (14), W. Luger (15), Kzenon (16), peppi18 (17), K. Eppele (20), electriceye (21); Privat (7), di (10), Privat (18/19), SLWL (22)

Ungeliebt aber wirksam

10 Jahre Heilmittelkatalog mit überdurchschnittlichem Wachstum

Am 1. Juli 2001 trat die erste Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) und damit auch der erste Heilmittel-Katalog in Kraft. Damit steht nun am 1. Juli 2011 das 10-jährige Jubiläum dieses Regelwerks an. Im Alltag empfinden viele Praxen die HeilM-RL als extrem lästige Formalie. Betrachtet man allerdings die Umsatzentwicklung im Heilmittelbereich, dann kann man feststellen, dass die HeilM-RL eine Erfolgsgeschichte ist.

„Ambivalent" ist wohl das passende Wort, das das Gefühl von Logopäden, Ergo- und Physiotherapeuten beschreibt, wenn sie an den Heilmittel-Katalog denken. Einerseits herrscht tiefe Frustration über die zunehmende Bürokratisierung von Heilmittelverordnungen, andererseits bietet die HeilM-RL Verordnungssicherheit und hat dafür gesorgt, dass die Umsätze im Heilmittelbereich in den letzten zehn Jahren um fast 50 Prozent (!) zugelegt haben.

Große Vorbehalte von Ärzten und Therapeuten

2001 hatten überwiegend Ärzte einen Indikationskatalog für Heilmittelverordnungen zusammengestellt, der als verbindliche Verordnungsgrundlage für alle Vertragsärzte gelten sollten. Die dabei aus Sicht der Heilmittelerbringer viel zu späte und geringe Einbindung von Logopäden, Ergo- und Physiotherapeuten war einer der grundlegenden Geburtsfehler der HeilM-RL. Noch heute empfinden Heilmittelerbringer die Richtlinie als Fremdbestimmung ihrer Profession. Der Versuch der Heilmittelverbände, diese Fremdbestimmung juristisch zu beenden, scheiterte im November 2006 vor dem Bundessozialgericht. Dort wurde bestätigt, dass ausschließlich der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die alleinige Hoheit über die HeilM-RL habe und demzufolge ein „Anhörungsrecht" der Verbände vollkommen ausreichend sei.

Auch bei der Neufassung der Richtlinie in diesem Jahr sind eher Patientenverbände und Politiker die treibende Kraft hinter Veränderungen. Heilmittelverbände können bestenfalls Lobbyarbeit im Hintergrund betreiben oder ihr Anhörungsrecht wahrnehmen. Auch viele Ärzte empfinden die HeilM-RL als unsinnige Bürokratie und Eingrenzung ihrer professionellen Kompetenz. In diesem Punkt sind sich also niedergelassene Therapeuten und Ärzte weitestgehend einig.

Heilmittelumsätze seit 2001 deutlich gestiegen

Dementsprechend schwer fällt es allen Beteiligten, die Chancen und Möglichkeiten der HeilM-RL zu sehen und zu nutzen. Dabei zeigen sich bei ganz nüchterner Betrachtung eines Jahrzehntes beachtenswerte Ergebnisse: Der Heilmittelumsatz ist den Jahren von 2000 bis 2010 um 48,4 Prozent gestiegen! Zum Vergleich: Die Gesamtausgaben der GKV in demselben Zeitraum sind nur um 31,1 Prozent angestiegen, die Ärztehonorar sogar nur um 23,4 Prozent (vgl. Abb. 1).

Inhalt

Thema: Heilmittelkatalog

- 10 Jahre Heilmittelkatalog mit überdurchschnittlichem Wachstum 3
- Heilmittel-Richtlinie wird pünktlich in Kraft treten 4
- Lebensgeschichte der Heilmittelrichtlinie 5
- „Bürokratie verhindert Dialog" 6
- „Auch Leistungserbringer können Anträge stellen" 9

Es lohnt sich auch ein Blick auf die Umsatzentwicklung im Zeitverlauf. Schon im ersten Jahr des Inkrafttretens (2002) der HeilM-RL stieg der Umsatz im Heilmittelbereich um 5,6 Prozent deutlich an. Im Folgejahr 2003 war dann ein Zuwachs von fast 15 Prozent zu verbuchen. Erst mit der deutlichen Beschneidung des Leistungsumfangs des Heilmittelkatalogs im Jahr 2004 wurde die Umsatzentwicklung gebremst >>>

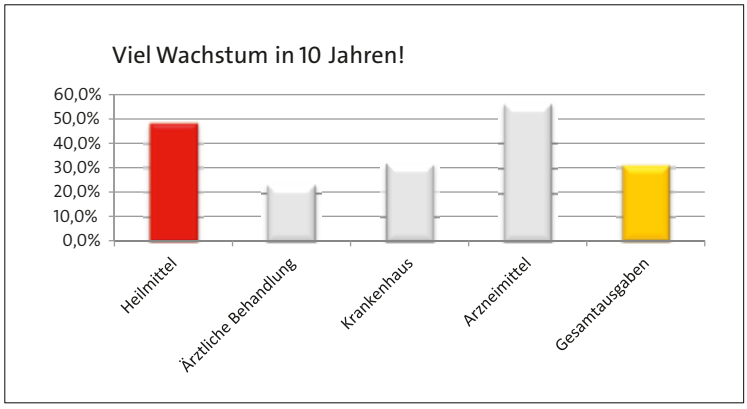

Abb. 1: Die Umsätze im Heilmittelbereich sind in den letzten zehn Jahren deutlich gestiegen.

>>> Fortsetzung S. 3

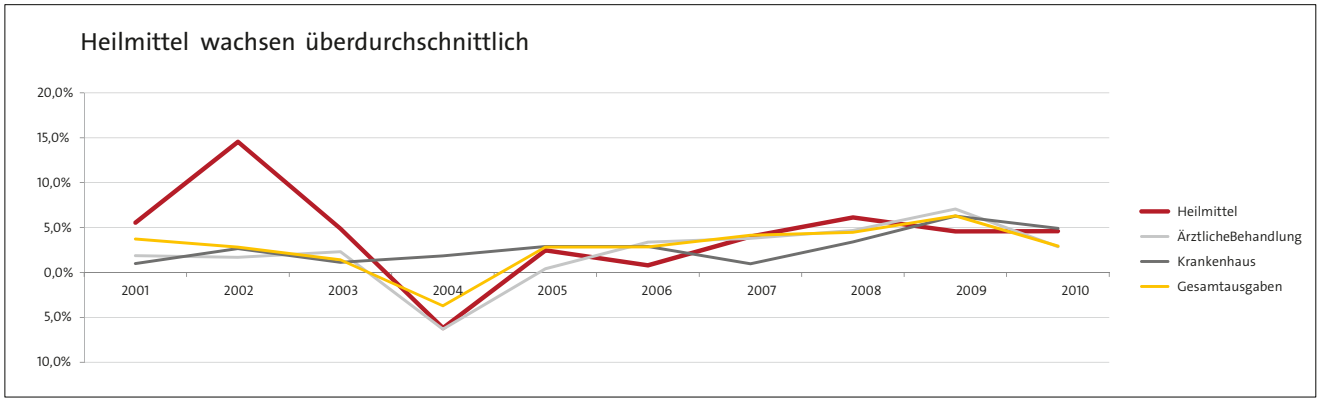

Abb. 2: Nach der Novellierung der HeilM-RL 2004 kam es zu einem deutlichen Umsatzeinbruch.

(-6,2 Prozent). Der Rückgang ist sicherlich auch damit zu erklären, dass in 2004 die Gesundheitsreform härtere Budgetprüfungen für Ärzte vorschrieb und die Praxisgebühr für Patienten eingeführt wurde. Bereits im Folgejahr stieg der Umsatz um 2,5 Prozent wieder an, um dann mit der Gesamtentwicklung Schritt zu halten (vgl. Abb. 2).

Recht auf Therapie

Einen weiteren Vorteil hat das Bundessozialgericht in besagtem Urteil von 2006 deutlich artikuliert. Für Patienten lasse sich aus den HeilM-RL ein Recht auf Therapie ableiten und Ärzte seien vor Regress geschützt, verlautete das Gericht. Inzwischen sind sogenannte Vorab-Praxisbesonderheiten für die meisten KV-Gebiete mit den Kassen vereinbart, so dass Ärzte im Prinzip einigermaßen sorglos verordnen können.

Die HeilM-RL ist also nicht nur eine lästige Formalie, sondern kann zu einer besseren und sorgloseren Zusammenarbeit zwischen Therapeuten und Ärzten führen und dadurch die Versorgung des Patienten optimieren – wenn Ärzte und Therapeuten die HeilM-RL richtig anwenden würden und endlich die gedeihliche Zusammenarbeit beginnen würde, die laut HeilM-RL schon seit zehn Jahren gelebt werden soll. Bei einer zielführenden Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Therapeuten bietet sie eine sichere Hängematte für eine angemessen Heilmittelversorgung der Patienten.

Wenn es also gelingt, dass alle Beteiligten die HeilM-RL als echte Chance sehen und die formalen Anforderungen die Wahrnehmung weniger dominieren, dann dürften die nächsten zehn Jahre – wenn es denn die GKV dann noch in der heutigen Form gibt – weitere deutliche Zuwächse mit sich bringen. *(bu)*

G-BA Pressestelle bestätigt

Heilmittel-Richtlinie wird pünktlich in Kraft treten

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) verabschiedete Neufassung der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) kann erst dann in Kraft treten, wenn der Text vollständig im Bundesanzeiger veröffentlich worden ist. Dazu hat die Pressestelle des G-BA in dieser Woche erklärt, dass man davon ausgeht, dass die Neufassung der HeilM-RL am 30. Juni 2011 veröffentlicht wird und damit die Neufassung wie geplant und beschlossen pünktlich am 1. Juli 2011 in Kraft treten wird.

Meldungen und Information über die Neufassung der HeilM-RL sind bei Berufsverbänden, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen nur spärlich zu finden. Begründet wird diese zögerliche Informationspolitik mit dem Hinweis auf den noch nicht veröffentlichten Text der Neufassung im Bundesanzeiger und dem damit ungewissen Inkrafttreten.

Auf *up*-Anfrage bei der Pressestelle des G-BA wurde dort der 1. Juli 2011 als Zeitpunkt des Inkrafttretens der Neufassung der HeilM-RL bestätigt. Man gehe mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit davon aus, dass am 30. Juni 2011 der Bundesanzeiger die Neufassung der HeilM-RL veröffentlicht und damit ab dem 1. Juli 2011 die Neufassung in Kraft tritt. *(bu)*

Lebensgeschichte der Heilmittelrichtlinie

2001

Geburtsstunde

1. Juli: *Die Geburtsstunde der Heilmittel-Richtlinie und des Heilmittel-Katalogs sorgen für massive Unruhe unter Therapeuten und Ärzten – und alle stöhnen über noch mehr Bürokratie und Verwaltungsaufwand.*

2002

Umsatz wächst

Die Angst vor dem Rückgang der Heilmittelverordnungen war unnötig. Ärzte nutzen die Möglichkeiten des Heilmittel-Katalogs und verordnen ihren Patienten Heilmittel wie noch nie. Der Umsatz wächst um fast 16%.

2003

Wachstum nimmt ab

Die Heilmittelverordnungen nehmen weiter zu, das Wachstum nimmt jedoch ab. Die ersten Ärzte bemängeln, dass in den – damals noch verpflichtenden – Therapieberichten immer nur die Fortsetzung der Heilmitteltherapie gefordert wird.

2004

Neufassung

1. Juli: *Deutlicher Einschnitt in den Heilmittel-Katalog. Die Angst, Heilmittel nicht mehr finanzieren zu können, führt zu der ersten Neufassung der Heilmittel-Richtlinie und zu massiven Einschnitten der Verordnungsmöglichkeit von Heilmitteln. Der Heilmittelumsatz ist zum ersten Mal seit Jahren rückläufig.*

2005

Überarbeitung

Die damalige Gesundheitsministerin Ulla Schmidt mahnt beim Gemeinsamen Bundesausschuss eine Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie dahin gehend an, dass chronisch Kranke und Behinderte besser versorgt werden müssen. Der G-BA beginnt die erneute Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie. Die Verordnungen nehmen wieder leicht zu.

2006

Verordnungsprobleme

Erstmals eingeführte Heilmittel-Richtgrößen im Gebiet der KV Nordrhein führen zu ernsten Verordnungsproblemen in Nordrhein. Ärzte stellen die Verordnungen zum Teil vollständig ein, Heilmittelpraxen müssen Mitarbeiter entlassen. Das Thema Heilmittel-Regress kommt verstärkt in das Bewusstsein auch von Therapeuten.

2007

Rückgang

Die Richtgrößen-Problematik und verstärkte Wirtschaftlichkeitsprüfungen nehmen zu und verlangsamen das Wachstum der Heilmittelbranche. Zwar ist dieses Jahr schon besser als das Vorjahr, aber die Emotionen in einzelnen Regionen schlagen hohe Wellen. Trotz bundesweiten Wachstums gibt es in einigen Bundesländern deutliche Rückgänge.

2008

Arbeit an Neufassung

Der Unterausschuss Heil- und Hilfsmittel im G-BA wird wieder aktiv und arbeitet an der 2005 begonnen Neufassung der Heilmittel-Richtlinie weiter. Das Thema Wirtschaftlichkeitsprüfung und Heilmittel-Regress bestimmt nach wie vor massiv das Verordnungsverhalten der Ärzte mit regional sehr unterschiedlichen Auswirkungen.

2009

Neufassung beendet

Die Wirtschaftlichkeitsprüfungen führen zu abstrusen und vermutlich rechtswidrigen Regelungen: So vereinbart die KV Niedersachsen mit den Kassen, dass bei rückläufigen Heilmittelumsätzen die Kassen auf Heilmittelregresse für die vergangenen Jahre verzichten. Der G-BA hat seine Neufassung der Heilmittel-Richtlinie beendet und gibt den Text zur Stellungnahme frei, auch durch die Heilmittelverbände.

2010

Bearbeitung dauert

Die Stellungnahmen zur Neufassung der Heilmittel-Richtlinie liegt zwar schon Anfang des Jahres vor, die Bearbeitung bzw. Berücksichtigung der Inhalte ziehen sich aber über das ganz Jahr hin. Der Umfang der Stellungnahmen kann dafür nicht verantwortlich sein, denn diese sind vergleichsweise kurz und werden überwiegend verworfen.

2011

10. Geburtstag

Im Januar wird die Neufassung der Heilmittel-Richtlinie beschlossen. Bis Mai muss beim G-BA repariert und korrigiert werden, um dann das Inkrafttreten zum 1. Juli gerade noch so hinzubekommen – wenn es denn wirklich klappt, dass die Neufassung rechtzeitig im Bundesanzeiger veröffentlicht wird. Aber auf jeden Fall ist 1. Juli 2011 der 10. Geburtstag der Heilmittel-Richtlinie – Herzlichen Glückwunsch!

Interview mit Dr. Hans Martin Beyer, Urheber der HeilM-RL

„Bürokratie verhindert Dialog“

Vor genau zehn Jahren, am 1. Juni 2001, trat die Heilmittel-Richtlinie in Kraft. Damit war die Verordnung von Heilmitteln erstmals an eine ärztliche Indikation gekoppelt. Der Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Dr. Hans-Martin Beyer war an der Entwicklung der Heilmittel-Richtlinie maßgeblich beteiligt. Im Gespräch mit Heidi Kohlwes erinnert er sich an die Anfänge und wirft einen Blick auf aktuelle gesundheitspoltische Problematik.

? Herr Beyer, Sie sind Mitbegründer der Heilmittel-Richtlinie, die 2001 erstmals in Kraft trat. Wie ist es dazu gekommen?

Begonnen hat alles 1997 mit der Änderung des § 92 SGB V. Damals gab es eine große Gesundheitsreform, die auch die Änderung dieses Paragraphen beinhaltete. Der Absatz 6 besagte, dass die Verordnung von Heilmitteln nun an die ärztlich gestellte Indikationen zu koppeln ist. Diese Regelung war damals das eigentlich medizinisch Aufregende und die Initialzündung für verschiedene Institutionen und Verbände, sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen.

? Haben sich auch die Heilmittelverbände an der Entwicklung der HeilM-RL beteiligt?

Die Richtlinie regelt ja im Prinzip, wie der Arzt mit den Verordnungen umzugehen hat und ist nicht primär für den Physiotherapeuten gedacht, wie er die Verordnung dann auszuüben hat. Das machen dann die Rahmenempfehlungen. Dennoch haben damals die Berufsverbände der Physiotherapeuten Ideen eingebracht, genauso wie unser Berufsverband und die Krankenkassen. Daraus ergab sich im Rahmen der Arbeit im G-BA die neue HeilM-RL, die dann im Jahr 2001 eingeführt wurde.

? Was sollte mit der HeilM-RL erreicht werden?

Das Ziel war einerseits, die Verordnung von Heilmitteln in der Praxis der niedergelassenen Ärzte an eine medizinische Indikation zu binden und andererseits, die Zusammenarbeit mit den Therapeuten intensiv zu befruchten. Das wurde durch die Einführung der Rückmeldung des Therapeuten an den verordnenden Arzt organsiert. Es sollten kooperative Strukturen geschaffen werden, um die Zusammenarbeit zu verbessern. Das ist aber alles irgendwann wieder aufgeweicht worden. Damals war das aber definitiv etwas Neues und viele hatten daher auch große Sorge, dass das nicht funktioniert.

? Welche Sorgen bestanden denn?

Eine Befürchtung war, dass Indikationen nicht mit berücksichtigt oder explizit aufgeführt wurden. Darüberhinaus gab es manchmal Zuordnungsschwierigkeiten. Auch an den Verordnungsmengen hat man sich aufgehängt, wie zum Beispiel an dem Sechser-Rhythmus. Außerdem war eine Befürchtung, dass die Richtlinie die Ärzteschaft möglicherweise bürokratisch und verwaltungstechnisch überfordern könnte. Aber wir, die beteiligten Ärzte und auch die physiotherapeutischen Berufsverbände fanden die innere Logik des Konzeptes eigentlich gut.

Die Berufsverbände fanden das Konzept gut.

? Schon im ersten Jahr des Inkrafttretens der HeilM-RL stieg der Umsatz im Heilmittelbereich um 5,6 Prozent deutlich an. Dennoch waren nicht alle glücklich und es gab Probleme...

Die Probleme entstanden durch die neuartige Anwendung des Verordnungsformulars. Die Systematik, die dort angegeben werden musste, bedeutete für

die Ärzte einen eindeutigen Mehraufwand, sowohl inhaltlich als auch zeitlich. Das war ein großes Problem und dementsprechend war auch der Widerstand gewaltig. Allerdings hat man dann eingesehen, dass es bei immer weniger Geld auch immer schwieriger wird, Heilmittelverordnungen zu begründen. Das ging nur durch die klare Bindung der Verordnung an eine präzise Indikation. Unter dem Aspekt war es für uns Ärzte ein Ansporn, präzise die Verordnungen auszufüllen.

Dr. Hans-Martin Beyer war an der Entwicklung der Heilmittel-Richtlinie maßgeblich beteiligt.

? *Das scheint ja auch funktioniert zu haben, denn es kam im Folgejahr 2003 zu einem weiteren Umsatzzuwachs von fast 15 Prozent. Dem wurde dann 2004 mit einer deutlichen Beschneidung des Leistungsumfanges des Heilmittelkatalogs entgegengewirkt.*

Ja, eine Verordnung in Anlehnung an die Indikation – da war es klar, dass dies zu Steigerungen führen würde. Man konnte ja auch nicht mehr sagen: Massage gibt es nicht mehr... Die Indikation sollte den medizinischen Bedarf abbilden. Ökonomisch musste man 2004 reagieren, weil die Ausgaben stiegen und das Geld begrenzt war. Man hat dann letztendlich Serienbegrenzungen eingeführt, die Diagnosegruppen verändert und den Katalog modifiziert. Meiner Meinung nach geschah das mehr aus ökonomischen Gründen als aus medizinischen. Das Ergebnis war ja dann auch, dass die Kosten erst einmal wieder zurückgingen.

Irgendwann müssen die Kooperationsstrukturen definiert werden.

? *...und für weitere Aufregung unter Ärzten und Therapeuten sorgte...*

Richtig. Aufgeregt haben sich damals die, die es als richtig empfanden, dass man Verordnungen eigentlich nur auf der Grundlage einer ärztlichen Indikation tätigen sollte und dieses Mittel mit der zweiten Fassung verloren ging. Jetzt mussten sich Ärzte in ein rigides ökonomisches Korsett einzwängen, was mit dem wichtigsten Prinzip der Richtlinie, nämlich der alleinigen Bindung der Verordnung an die medizinische Indikation, nicht vereinbar ist. Aufgrund dieser Handlungsweise bin ich damals auch als Sachverständiger der KBV ausgestiegen.

? *Dennoch hat die Heilmittel-Richtlinie doch auch ihr Gutes. Sie soll Ärzte vor Regressen schützen. Ist das tatsächlich so?*

Das hat damit gar nichts zu tun. So begründen das zumindest die gemeinsamen Einrichtungen von Kassen und KVen, nämlich die Prüfungs- bzw. Beschwerdeausschüsse. Ärzte sind solange regressgefährdet, bis die Gerichtsbarkeit erklärt: wer sich nach diesen Richtlinien richtet, arbeitet wirtschaftlich. Das hat aber bisher noch kein Gericht erklärt. Solange muss man als Patient auch mit merkwürdigen Reaktionen von Ärzten rechnen, deren wichtiges Instrument die Verordnung von Heilmitteln ist und die daher regelmäßig in den Regress genommen wurden. Die müssen dann anfangen, systematisch irgendwas zu verändern, den Druck hält man nicht aus. Dann wird z.B. nicht mehr Fango verordnet, sondern unspezifische Wärmetherapie, keine Komplexverordnungen mehr verschrieben, dann kein KG-Gerät mehr, keine ergänzenden Heilmittel mehr, dann kürzt man die Menge. Man macht sozusagen gezwungenermaßen seine eigene persönliche Mengenbegrenzung. Daran können Sie erkennen, dass die HeilM-RL dahingeht, so kann man das auf Dauer nicht weitermachen, das macht sie kaputt und irgendwie auch überflüssig.

? *Was schlagen Sie also vor?*

In meinen Augen müsste man nur die Bestimmungen der Wirtschaftlichkeitsprüfung grundsätzlich für diesen Bereich aufheben. Das macht aber keiner. Deswegen muss man ganz neue Wege gehen. Die Therapeuten glauben diesen ganzen Regresswahnsinn von uns Ärzten nicht wirklich, das sage ich aus eigener Erfahrung. Es wäre wirklich bedeutungsvoll, dass von Seiten der Ärzte mehr Information an die Therapeuten rübergereicht wird, damit man dort noch mehr Verständnis für den Druck, der wirklich einseitig auf den Ärzten lastet, zeigt. Die falsche Reaktion ist jedenfalls, den Arzt mit immer mehr Verordnungswünschen und -forderungen in die Enge zu treiben. >>>

>>> Fortsetzung S. 7

? Die Therapeuten schätzen die Lage also falsch ein?

Die Lage der verordnenden Ärzte in Bezug auf die Regresswirklichkeit wird eindeutig falsch eingeschätzt, Wirtschaftlichkeitsprozesse dauern ja oft Jahre und um diesen Wahnsinn zu erklären, haben die Ärzte, aber auch die Therapeuten einfach keine Zeit. Ich denke aber, die Therapeutenverbände sehen ebenfalls, dass es in dieser Form nicht wirklich ewig so weitergehen wird und ein Zurückdrehen der Entscheidungen aus dem Jahre 2004 auch nicht realistisch ist. Deswegen sind Ideen wie Akademisierung oder Direktzugang ein ganz lebendiges Thema in den Verbänden. Dort könnte vielleicht auch irgendwann einmal eine Lösung liegen, auch wenn das Prinzip einer ärztlichen Indikationsstellung als absolute Ausgangsbasis für Verordnungen von Heilmitteln zunichte gemacht werden würde. Deswegen tut man sich auf diesem Weg auch verflixt schwer. Es fehlt einfach die umfassende Diagnostik im Bereich der Physiotherapie, das ist weiterhin ärztliche Aufgabe. Deswegen ist die Kooperation zwischen Arzt und Therapeut immer noch das Wichtigste überhaupt, um weiterzukommen.

? Aber gerade die Kooperation läuft in der Praxis oft nicht optimal ab. Da beißt sich die Katze ja in den Schwanz...

Es muss irgendwann mal die Kooperationsstruktur neu definiert werden. Zurzeit haben wir ja zumeist unsere Einzelpraxen und sind letztendlich auf unsere Einnahmen angewiesen. Jeder muss sich darum kümmern, dass er in diesem System überlebt. Eine echte Kooperation gibt es daher nicht. Denken Sie mal 25 Jahre zurück. Da hatte jeder Orthopäde seine angestellten Masseure oder Physiotherapeuten, die Heilmittel in der Praxis angewendet haben. Aber das war mehr so nebenbei, das machte man halt auch. Das war mehr eine Serviceleistung der ärztlichen Praxis. Deswegen war sie auch ganz schlecht bezahlt, was sie übrigens bis heute noch ist. Aber eigentlich liegt in diesem damaligen Kooperationsprinzip eine Riesenchance im Sinne der GKV, Qualität im ärztlich-physiotherapeutischen Bereich zu verbessern.

Ökonomische Prinzipien haben den ursprünglichen Ansatz zerstört.

? Sie meinen also auch grundsätzlich eine Veränderung der räumlichen Strukturen?

Ja klar! Zusammen! Wir müssen zusammenarbeiten unter einem Dach, nur so hat Kommunikation eine reale Chance!

? Besteht denn auf Seiten der Ärzte die Bereitschaft dazu?

Ich kann mir das für viele Kollegen gut vorstellen, aber auch hier gibt es wieder finanzielle und rechtliche Hürden und Einschränkungen, die solche Modelle nur sehr schwer umsetzbar machen. Die Lösung kann nur die direkte Kooperation zwischen Therapeuten und Ärzten in einer ambulanten berufsgruppenübergreifenden Einrichtung sein, wobei auch gemeinsame Vergütungsstrukturen entwickelt werden müssen. Ich glaube, dass die ärztliche oder physiotherapeutische Einzelpraxis in Zukunft ein Auslaufmodell ist.

? Viele Heilmittelerbinger beklagen sich, dass Ärzte gar nicht mit ihnen kommunizieren wollen...

Bürokratie verhindert Dialog, ganz einfach. Ich kann den Vorwurf gut verstehen, aber dieser Austausch ist ja immer zusätzliche Arbeit ohne Finanzierung. Das ist zwar sehr hübsch unter ethischen Aspekten, aber in dieser ökonomisierten Welt nicht mehr realisierbar.

? Das heißt, Ärzte finden nicht immer die Zeit für Kommunikation aus organisatorischen Gründen und nicht weil ihnen das Gespräch unwichtig ist?

Ich sehe die Therapeuten als unverzichtbare Ergänzung meiner ärztlichen Arbeit. Die Therapeuten sind selbstbewusst genug, um eigene Studiengänge zu initiieren und dann sind sie auch selbstbewusst genug, um auf Augenhöhe mit dem Arzt über ihre therapeutischen Ansätze und Konzepte zu sprechen. Unproduktiv allerdings ist die Kommunikation zu ergänzenden Verordnungswünschen oder Regressängsten und Budgetzwängen – aber leider ist dies unsere traurige Wirklichkeit geworden.

? Wer kann denn nun in die Pflicht genommen werden, die Dinge in diese Richtung zu ändern?

Z.B. der G-BA, der die HeilM-RL modifizieren und abändern kann und an dieser Stellschraube etwas verändern kann. Aber wir müssen natürlich auch den Gesetzgeber auffordern, der in diese Richtung gesetzestextlichen Input geben und die Rahmenbedingungen schaffen muss. Und dies ginge v.a. im Rahmen des § 92 des SGB V, denn der ist hier entscheidend.

? Ein kurzes Statement zum Schluss...

Absolut top als konzeptionelle Idee zur Veränderung des Umganges mit den Heilmitteln um die Jahrtausendwende. Flop, durch die Tatsache, dass wir ökonomische Prinzipien in die Heilmittel-Richtlinie haben einfließen lassen, die die innere Logik des ursprünglichen Ansatzes zerstört haben.

Vielen Dank für das Gespräch.

? Nachgefragt

Interview mit Heidi Hauer, Sprecherin der Patientenvertretung im G-BA

„Auch Leistungserbringer können Anträge stellen“

Seit 2004 werden die Interessen der Patienten im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) von Patientenorganisationen vertreten. Dabei handelt es sich um Organisationen, die auf Bundesebene maßgeblich die Interessen von Patienten sowie der chronisch kranken und behinderten Menschen in Deutschland wahrnehmen. Diese haben vom Gesetzgeber ein Mitberatungs- und Antrags-/Anhörungsrecht im G-BA erhalten. Heidi Hauer ist seit 2010 Sprecherin im Unterausschuss „Veranlasste Leistungen“. Sie erklärt im Gespräch mit Ralf Buchner, wie eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie zustande kommen kann.

? Frau Hauer, 2004 wurde zum ersten Mal die Patientenbeteiligungen im G-BA durch gesetzliche Vorgaben initiiert. Warum war das aus Ihrer Sicht ein wichtiger Schritt?

Eine Patientenbeteiligung gab es bis dahin nicht. Krankenkassen und Leistungserbringer konnten vor 2004 selbstständig und ohne Beteiligung der Patienten über GKV-Leistungen entscheiden. Zum ersten Mal wurde überhaupt die Möglichkeit geschaffen, Patientenverbände oder -organisationen im sozialrechtlichen Rahmen an Entscheidungsprozessen zu beteiligen. Es gibt gegenwärtig fünf Patientenorganisationen, die ein Mitberatungsrecht und ein Mitantrags-/Anhörungsrecht haben. Allerdings haben sie kein Stimmrecht. Das bedeutet, wir werden im Rahmen der Beratungen und Diskussionen zu einer Anfrage beteiligt.

? Wie kommt denn eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie zustande?

Jeder hat die Möglichkeit, entweder als Verband oder auch als Einzelperson an den G-BA Anträge, bzw. eine Anfrage über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie zu stellen. Auch Leistungserbringer können diese Anträge oder Anfragen stellen.

? Welche Anfragen können gestellt werden?

Die Anfragen müssen natürlich medizinisch sinnvoll und nachvollziehbar dargestellt sein und sollten einen Bezug zu der Richtlinie haben. Der G-BA prüft, ob die Anfrage im Rahmen der Richtlinie berücksichtigt werden kann. Nach Abschluss der Prüfung kann die Anfrage in die Beratungen miteinbezogen werden.

? Wonach prüfen Sie, ob der Antrag Aussicht auf Erfolg hat?

Wir prüfen zum Beispiel, ob es zu dem Thema evaluierte, randomisierte Studien oder Erkenntnisse, Erfahrungsberichte gibt. Nehmen wir mal an, wir würden den Antrag stellen, dass Osteopathie für GKV-Patienten im Rahmen des GKV-Leistungskataloges erstattungsfähig wird. Diesen Antrag müssten wir medizinisch begründen. Das heißt, wir müssten auf entsprechende Studien/Erfahrungsberichte verweisen. Die Prüfung übernimmt der G-BA, zum Beispiel über seine Fachabteilung Medizin oder, in anderen Fällen, die Fachabteilung Recht. Und dann wird darüber im zuständigen Unterausschuss Veranlasste Leistungen oder einem anderen jeweils zuständigen Unterausschuss und seinen Arbeitsgruppen beraten.

? Wie findet man heraus, ob über einen Antrag nicht schon beraten wurde?

Der gemeinsame Bundessauschuss veröffentlicht auf seiner Homepage alle gefassten Beschlüsse und die tragende Gründe, dort wird der Beratungs- und Entscheidungsprozess dargestellt. Es kann aber jederzeit wieder neu über einen Antrag beraten werden. Beispiel: Heilmittel „Osteopathie“ – wurde schon mal behandelt in 2001. Dann prüft der G-BA z.B. unter folgenden Fragen: Welchen Kriterien wurde beraten? Wie war damals die Fragestellung? Gibt es neue Erkenntnisse? Neue medizinische oder juristische Aspekte, die eine Änderung der Richtlinie nötig machen?

? Nehmen wir mal an, Sie haben festgestellt, die Informationen und Begründungen sind ausreichen. Was passiert dann?

Die Prüfung übernimmt, wie gesagt, der Gemeinsame Bundesausschuss, z. B. über seine Fachabteilung Medizin oder, in anderen Fällen, die Fachabteilung Recht. Dann wird das alles im zuständigen Unterausschuss z. B. Fragestellung, Beauftragung der zuständigen AG beraten. Danach beginnt die Beratung in der zuständigen AG.

? Finden Sie Ihre Arbeit im G-BA sinnvoll und produktiv?

Ja. Man muss sich bewusst machen, dass die Richtlinie ohne die Patientenvertretung wahrscheinlich ganz anders aussehen würde. Die PatientenvertreterInnen leisten eine wertvolle, produktive und und erfahrungsreiche ehrenamtliche Mitberatungsarbeit im G-BA.

? Was steht als nächstes an?

Die Patientenvertretung setzt sich für ein Stimmrecht in Verfahrensfragen ein.

Vielen Dank für das Gespräch.

Bald auch für Physiotherapeuten?

Bewegung auf Rezept

Gegen mangelnde Bewegung gibt es in Schleswig-Holstein und einigen anderen Bundesländern ein ärztliches Rezept. Bislang können nur Ärzte das Rezept ausstellen – eine Ausweitung auf Physiotherapeuten ist aber im Gespräch.

Niedergelassene Ärzte in Schleswig-Holstein können bislang exklusiv auf eine Datenbank zugreifen, um mit wenigen Schlagworten ein für den Patienten passendes Bewegungsangebot in einem Sportverein zu finden. Die angezeigte Auswahl enthält eine kurze Beschreibung des Angebotes, das der Verordner mit dem Patienten besprechen kann. Anschließend druckt der Arzt das Rezept, das im Aussehen an konventionelle Verordnungen erinnert, aus.

Rückengymnastik in Lübeck: Eines von über 720 Angeboten, das als Rezept für Bewegung angeboten wird.

Ärztliches Honorar gibt es dafür nicht, der Patient zahlt beim Anbieter des Kurses nur bei Inanspruchnahme. Wie viele Rezepte die Ärzte in Schleswig-Holstein inzwischen ausgedruckt haben, ist nicht bekannt. Thomas Niggemann, Geschäftsführer Breitensport beim Landessportverband (LSV), bekommt aber zahlreiche positive Rückmeldungen. „Viele Übungsleiter berichten uns, dass Menschen mit diesen Rezepten in die Übungsstunden kommen“, sagt Niggemann.

Der LSV schloss nicht aus, dass das Angebot in einer weiteren Ausbaustufe auf andere Berufe aus dem Gesundheitswesen ausgedehnt wird. Überlegungen für Gespräche mit Apothekern bestehen bereits, auch die Einbeziehung von Physiotherapeuten schloss der Verband nicht aus.

Die Datenbank mit den Angeboten der Sportvereine umfasst inzwischen mehr als 720 Angebote aus dem ganzen Land. Über 430 Arztpraxen haben sich bereits beim LSV gemeldet, um sich zu beteiligen. Viele von ihnen begrüßen das Rezept, weil es ihrer Empfehlung, der Patient solle sich mehr bewegen, mehr Nachdruck verleiht. Wichtig war den Partnern, dass die Ärzte das passende Angebot schnell finden und das Rezept ohne großen Aufwand ausdrucken können. Die Sportvereine erhoffen sich vom Rezept Kontakte zu Menschen, die bislang nicht regelmäßig Sport betrieben haben. Ärzte berichten, dass Patienten häufig die Beiträge von Fitnessstudios als Argument bringen, um keinen Sport zu treiben. Dieser Einwand gilt beim Rezept für Bewegung nicht mehr. Ein Teil der Angebote ist zertifiziert, diese Kurse sind erstattungsfähig bei den Krankenkassen. Langfristiges Ziel ist aber die Mitgliedschaft in einem Sportverein. *(di)*

Ausdauersport wirkt besonders bei Asthma

Wer unter Asthma leidet, sollte Ausdauersport treiben. Durch körperliches Training können die Patienten mehr beschwerdefreie Tage genießen und so ihre Lebensqualität verbessern. Das berichtet die Ärzte Zeitung und bezieht sich auf eine Studie, die Professor Martin Kohlhäufl von der Klinik Schillerhöhe in Stuttgart vorstellte.

An der Studie hatten 101 Patienten im Alter von 20 bis 50 Jahren mit mittlerem und schwerem Asthma teilgenommen. Alle wurden mit inhalativen Steroiden dauerhaft behandelt. 50 von ihnen trainierten über einen Zeitraum von drei Monaten zweimal pro Woche für 30 Minuten. Beide Gruppen erhielten eine Asthmaschulung und mehrere Sitzungen Atemphysiotherapie.

Ergebnis: Die Patienten, die an dem Ausdauersport teilnahmen, hatten in einem Monat an etwa 24 Tagen keine Asthma-Symptome, die anderen waren dagegen nur an 16 Tagen beschwerdefrei. „Damit ist Ausdauertraining“, so Professor Kohlhäufl, „auch für unsere Asthma-Patienten uneingeschränkt zu empfehlen.“ Wichtig sei es aber, sich vor dem Sport ordentlich aufzuwärmen, um Asthma-Anfälle zu vermeiden.

Doch nicht nur die körperliche Gesundheit besserte sich, auch die psychische Leistungsfähigkeit nahm während des Trainings zu. „Es gab signifikante Vorteile bei der asthmaspezifischen Lebensqualität, und die Patienten schnitten bei Angst- und Depressionsfragebögen besser ab“, sagte Kohlhäufl beim Praxis Update 2011 in Berlin. *(ks)*

Neufassung der Heilmittel-Richtlinie

Keine Änderungen an Verordnungsformularen

Mit dem Inkrafttreten der Neufassung der Heilmittel-Richtlinie am 1. Juli 2011 ändert sich nichts an den bestehenden Verordnungsformularen. Darauf hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf Nachfrage von up hingewiesen. Der Übergang von der alten zu neuen Heilmittel-Richtlinie sollte damit problemlos möglich sein.

„Nein, eine Änderung der Verordnungsvordrucke ist nicht geplant", beantwortet Anna Mareike Lüttge, Referentin für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) eine Frage, die sich schon viele Heilmittelerbringer gestellt haben. Da sich mit der Neufassung der HeilM-RL auch bei den Details der Verordnung nicht viel geändert hat, besteht offensichtlich kein Grund, die Formulare neu anzupassen.

Für die verordnenden Ärzte bedeutet diese Information mehr Entspannung. Wer seine Ärzte informieren will, sollte unbedingt auf die Vorteile der Neufassung der HeilM-RL hinweisen: Einfachere Versorgung von chronisch Kranken, weniger Bürokratie beim Thema Genehmigungspflicht und Behandlungen in Tagesfördereinrichtungen sind wieder leichter möglich. *(bu)*

Neue Heilmittel-Richtlinie gilt vor Regelungen der Rahmenverträge

Wenn am 1. Juli 2011 die neue Heilmittel-Richtlinie in Kraft tritt, werden sich auch einige Fristen für Heilmittelerbringer ändern. Diese sind in der Richtlinie zum Teil anders geregelt, als in den Rahmenverträgen. Das kann zu Verwirrungen führen: Welche Regelung gilt nun? Wir haben es für Sie geklärt.

Die unterschiedliche Fristenregelung hatte auch Michael K. erkannt und stellte diese Frage auf www.praxisfragen.de: „In § 15 der neuen HMR wird die Frist für den Behandlungsbeginn einheitlich auf 14 Kalendertage (Podologie 28 Tage) festgesetzt. Im folgenden § 16 wird diese einheitliche Fristsetzung fortgeführt: Die Unterbrechung einer Behandlung darf jetzt einheitlich bis zu 14 Kalendertagen dauern. In unseren Rahmenverträgen stehen aber noch unterschiedliche Fristen, wie z. B. 10 Kalendertage beim VdEK und 10 Arbeitstage bei den Primärkassen in BaWü. Was gilt ab dem 1.7.? Die HMR oder unsere Verträge?"

Wir fragten beim GKV-Spitzenverband nach: Frau Claudia Widmaier, Mitarbeiterin der Pressestelle des GKV-Spitzenverbandes, hat die Frage dahingehend umgehend beantwortet und begründet:

„Die Heilmittel-Richtlinie ist nach § 91, Abs. 6 SGB V für Leistungserbringer, Kassen und Versicherte verbindlich, sie hat also in der Regelungshierarchie Vorrang. (§ 91, Abs. 6 SGB V: „Die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Ausnahme der Beschlüsse zu Entscheidungen nach § 137b und zu Empfehlungen nach § 137f sind für die Träger nach Absatz 1 Satz 1, deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Versicherten und die Leistungserbringer verbindlich.")"

Fazit: Ab dem 1. Juli 2011 gelten verbindlich für alle Beteiligten die neuen Regelungen aus der Neufassung der Heilmittel-Richtlinie! *(bu)*

Schlaganfall-Patienten

Nervenprothese soll Gehen erleichtern

Im Klinikum der Universität München (LMU) haben Chirurgen einem Schlaganfall-Patienten eine Nervenprothese in den Oberschenkel implantiert, die ihm das Gehen erleichtern soll. Die High-Tech Lösung ist allerdings bislang keine Serienproduktion.

Seit einem Herzinfarkt vor fünf Jahren litt der 60-Jährige unter anderem unter einer Halbseitenlähmung mit Fußheberschwäche, heißt es in einer Pressemitteilung des Klinikums. Der Allgäuer konnte die Füße nicht mehr richtig anheben und musste immer bewusst auf seinen Gang achten. Dennoch stolperte er regelmäßig über die eigenen Fußspitzen – mit entsprechend hohem Risiko eines Sturzes. Weder die Physiotherapie noch eine Spezialschiene halfen ihm, das Gehen entscheidend zu verbessern. Mit der neuen Nervenprothese soll mittels elektrischen Signalen der Nerv stimuliert und damit die nicht mehr vorhandene Steuerung aus dem Gehirn ersetzt werden.

Anderthalb Zentimeter großer Schrittmacher

Mit der neuen Nervenprothese, einem anderthalb Zentimeter großen Schrittmacher könne der Defekt entschärft werden, hofft Professor Dr. Riccardo Giunta. Schon seit längerem arbeitet der Chefarzt der Handchirurgie, Plastischen Chirurgie und Ästhetischen Chirurgie der Ludwig-Maximilians-Universität München an der Schnittstelle Mensch-Maschine, beispielsweise nach Amputationsverletzungen der Hand und des Armes oder nach peripheren Nervenlähmungen. Das Ziel der Münchner Forscher: High-Tech-Lösungen, die verloren gegangene Nervenfunktionen nach schweren Verletzungen wiederherstellen und eine bessere Anbindung von neuen Handprothesen an das Nervensystem ermöglichen.

Bislang weltweit wenige Implantationen

Dem Patienten implantierte Dr. Giunta und sein Team eine eigens für diesen Zweck angefertigte Manschetten-Elektrode um den kontrollierenden Nerv. „Keine triviale Aufgabe“, so der Chirurg nach dem knapp einstündigen Eingriff, denn der Ort der Transplantation muss genau gewählt sein und der Schrittmacher individuell angepasst werden. Ein Drucksensor an den Fersen schickt einen Impuls an die Nervenprothese im Oberschenkel, die den Muskel aktiviert. Das Implantat wiederum wird von einem Gerät mit Energie versorgt, das der Patient am Gürtel trägt. Bislang gab es weltweit nur wenige solcher Implantationen. Nach den ersten Erfahrungen normalisiert und automatisiert sich der Gang deutlich; die Patienten werden zudem sicherer. *(ks)*

Studie belegt:

Marathonlaufen schädigt Kniegelenke nicht

Auch wenn viele Läufer über Kniebeschwerden klagen – wer regelmäßig Marathon läuft, schädigt seine Kniegelenke nicht. Das ist das Ergebnis einer Studie, die Dr. Wolfgang Krampla vom Donauspital in Wien auf dem 92. Deutschen Röntgenkongress in Hamburg veröffentlichte. Allerdings: Die Gelenke brauchen Zeit zur Regeneration.

Finden Sie mehr Informationen zu diesen Themen im Internet.

Der österreichische Radiologe hatte die Kniegelenke aktiver Marathonläufer mittels Magnetresonanztomografie (MRT) über einen Zeitraum von zehn Jahren untersucht. In dieser Zeit waren die Studienteilnehmer bis zu 40.000 Kilometer gelaufen und hatten ihre Kniegelenke stark beansprucht. Dennoch zeigten sich bei ihnen keine neuen Abnutzungserscheinungen, hieß es in einer Pressemitteilung der Deutschen Röntgengesellschaft e.V.

Entgegen der weit verbreiteten Meinung blieben bei den Langstreckenläufern Menisken, Knorpel und Knochen unverändert – und das trotz der kaum vorstellbaren Belastung von 6.200 Tonnen, die die Kniegelenke eines 75 Kilogramm schweren Läufers während der gesamten Strecke von 42,195 Kilometern abfedern müssen. „Der Körper passt sich der vermehrten Belastung an. Nicht nur das Muskelgewebe wächst unter Belastungen, auch die Knochendichte nimmt unter Anstrengung zu“, begründete Dr. Krampla seine Untersuchungsergebnisse.

Dennoch warnte der Mediziner, dessen Forschungsschwerpunkt Überlastungsschäden bei Sportler sind, Hobbysportler davor, das Training nicht zu übertreiben. Als Faustregel für gesunde Sportler gilt: Ein Trainingspensum von maximal 80 Kilometer pro Woche verbessert Knochen, Kondition und Muskulatur. Wer aber mehr als 100 Kilometer läuft, riskiert Überlastungsschäden, da die Regenerationsphasen nicht mehr eingehalten werden können. *(ks)*

Die Chefseite

Praxisinhaber haften bei Schaden am Privatwagen ihres Mitarbeiters

Hausbesuche gehören typischerweise zum Berufsbild von Ergotherapeuten, Logopäden und Physiotherapeuten. Nur vereinzelt stehen dafür Praxisautos zur Verfügung. Meistens nutzen die Mitarbeiter für die Fahrten zu Hausbesuchen und anderen kurzen Erledigungen ihr privates Auto.

Das ist in den meisten Fällen ganz unproblematisch. Ärger gibt es oft erst dann, wenn dem Mitarbeiter auf einer dieser Touren ein Unfall passiert. Denn dann stellt sich die Frage, wer für den Schaden am Auto des Mitarbeiters aufkommt. Trägt der Unfallgegner die Schuld, ist es unproblematisch, dann kommt dessen Versicherung für den Schaden auf. Was aber, wenn der Mitarbeiter ganz oder auch nur teilweise schuld ist? In diesem Fall ist der Praxisinhaber zur Zahlung verpflichtet. Es sei denn, dem Mitarbeiter kann eine grobe Fahrlässigkeit nachgewiesen werden. Die zweite Voraussetzung für die Zahlungsverpflichtung des Inhabers ist, dass der Mitarbeiter im Interesse und mit der Billigung der Praxis gefahren ist. Davon ist aber besonders bei Hausbesuchen meist auszugehen.

Deswegen gilt für alle Praxisinhaber, deren Mitarbeiter mit ihrem Privatauto unterwegs sind, sich im Vorwege gegen eine mögliche Zahlungsverpflichtung abzusichern. Am sichersten geht dies mit einer „Vereinbarung zur Nutzung von Privatfahrzeugen für Dienstfahrten“. Wird hier eine Fahrtkostenpauschale oder eine Wegstreckenentschädigung vereinbart (zum Beispiel 0,30 Euro pro gefahrenem Kilometer) ist damit auch ein möglicher Schaden bei einem Unfall abgegolten. Allerdings sind die Folgekosten eines Unfalls trotz der Fahrkostenpauschale meist eine erhebliche finanzielle Belastung für den Mitarbeiter und führt zu Unmut. Besser ist es, wenn in der Vereinbarung festgelegt wird, dass der Mitarbeiter eine Vollkaskoversicherung für sein Fahrzeug abschließt. Damit sind dann meist auch die Schäden am eigenen PKW versichert. Im Gegenzug kann der Praxisinhaber dem Mitarbeiter regelmäßig einen steuer- und sozialversicherungsfreien Benzingutschein in Höhe von max. 44 Euro je Monat zukommen lassen. *(bj)*

Handy weg! Wer kommt für den Schaden auf?

Werden persönliche Gegenstände von Mitarbeitern am Arbeitsplatz beschädigt oder kommen diese abhanden, dann haftet der Praxisinhaber aufgrund seiner Fürsorgepflicht für den entstandenen Schaden. Dies gilt für alle notwendig mitgeführten Sachen. Dazu zählen gewöhnlich angemessene Geldbeträge, Handy, Fahrkarten, Armbanduhren und Kleidung. Diese Regel gilt allerdings nicht für besonders wertvolle Gegenstände wie Luxus-Uhren oder exklusiven Markenschmuck.

Praxisinhaber sichern sich am einfachsten ab, indem sie ihren Mitarbeitern die Möglichkeit bieten, persönliche Gegenstände wegzuschließen. So geht man Haftungsstreitigkeiten aus dem Weg. *(bj)*

up-premium plus

up-premium plus Kunden können ein Muster der „Vereinbarung zur Nutzung von Privatfahrzeugen für Dienstfahrten“ bei der kostenlosen Hotline 0800 9477360 abrufen.

Rückenschmerzen

Prothese der Reha knapp überlegen

Bei chronischen Rückenschmerzen ist eine Bandscheibenprothese einer intensiven ambulanten Reha-Therapie knapp überlegen. Das meldet das Ärzteblatt und bezieht sich auf eine norwegische Studie, die im Britischen Ärzteblatt veröffentlicht wurde. Allerdings seien die Unterschiede geringer als erwartet.

Service:
Ein kostenloses Abstract finden Sie im Internet unter www.bmj.com.

Für die Studie hatten sich 173 Patienten mit chronischen Rückenschmerzen bereit erklärt, die Entscheidung über eine Operation dem Losverfahren zu überlassen. Die Norwegian Spine Study Group um Christian Hellum von der Universität Oslo hat die Patienten im Alter von 22 bis 55 Jahren, die seit mindestens einem Jahr unter einer Lumbalgie litten und eine Behinderung von mindestens 30 von 50 möglichen Punkten im Oswestry Disability Index angaben, in zwei Gruppen eingeteilt: Der ersten Gruppe wurde eine Bandscheibenprothese implantiert, die zweite Gruppe erhielt eine ambulante 60-stündige Reha-Therapie. Die Studie lief von April 2004 bis September 2007.

Fazit: In beiden Gruppen kam es zu einer Verbesserung, die allerdings nach der Operation besser ausfiel. Nach einem Jahr betrug der Vorteil 10 Punkte im Oswestry Disability Index, nach zwei Jahren waren es noch 8,4 Punkte. Eine deutliche Verbesserung um 15 Punkte erreichten nach der Operation 70 Prozent der Patienten, während es nach der Reha nur 47 Prozent waren. Bei anderen Aspekten, wie der mentalen Komponente der Lebensqualität oder der Rückkehr zum Arbeitsplatz gab es keine Unterschiede.

Trotz der festgestellten Vorteile wollte sich Hellum nicht eindeutig für eine Operation aussprechen, da eine OP immer Risiken berge, berichtet das Ärzteblatt. Bei einem der 77 operierten Patienten kam es zu Komplikationen mit der Prothese, in deren Folge der Unterschenkel amputiert werden musste. Vielleicht, so Hellum, sei es ratsam, vor einer Operation zunächst die Möglichkeiten der Reha auszuschöpfen. *(ks)*

Wer sich fit hält, beugt einem Herzinfarkt vor.

Prävention gegen Herzinfarkt

Die Fitness macht´s

Wer mit 50 oder 60 Jahren noch körperlich fit ist, hat ein deutlich geringeres Risiko, an einem Herzinfarkt zu sterben. Das ist das Ergebnis einer US-Studie, die jetzt in der amerikanischen Fachzeitschrift „Journal of the American College of Cardiology“ veröffentlicht wurde. Es lohnt sich also, bis ins hohe Alter in Bewegung zu bleiben und sollte Therapeuten dazu anregen, mehr Angebote für Senioren zu schaffen.

Die Wissenschaftler um Dr. Jarret Berry aus Dallas hatten Daten von 11.049 Männern im Alter zwischen 45 und 69 Jahren analysiert. Alle Männer sind über einen Zeitraum von 25 Jahren beobachtet worden. In diesem Zeitraum starben 1.106 der Studienteilnehmer an einem Herzinfarkt. Bei der Datenanalyse zeigte sich, dass sie eine geringere körperliche Fitness aufgewiesen hatten als die anderen.

Für ihre Untersuchung ermittelten die Forscher den Zusammenhang zwischen körperlicher Fitness und dem Risiko bei Männern zum Zeitpunkt ihres 45., 55. und 65. Lebensjahr an einem Herzinfarkt zu sterben. Fazit: Ein 45-jähriger Mann mit hoher physischer Leistungskraft habe nur ein Risiko von 3,4 Prozent, stellten die Wissenschaftler fest. Bei geringer Fitness liege die Gefahr bereits fast viermal so hoch, bei 13,7 Prozent.

Auch bei den 55-Jährigen waren fitte Männer im Vorteil, nur etwa jeder Sechste (15,3 Prozent) starb an einem Infarkt, während bei Männern mit geringerer Fitness jeder Dritte (34,2 Prozent) betroffen war. Diese Tendenz zeigte sich auch bei Männern im Alter von 65 Jahren: Das Risiko für Herzinfarkt-Tod lag bei geringerer Fitness bei 35,6 Prozent gegenüber 17,1 Prozent. *(ks)*

Pro Bono arbeiten

Bedürftige umsonst therapieren

Behandlung in der Physiotherapiepraxis – anonym und unentgeltlich. Das gibt es in Ausnahmefällen, wenn Menschen ohne Papiere dringend darauf angewiesen sind. Bundesweit engagieren sich auch Physiotherapeuten.

Nicht jeder Mensch in Deutschland hat Zugang zum Gesundheitswesen. Laut Schätzungen gibt es Hunderttausende von Migranten und Flüchtlingen, die sich ohne Papiere in Deutschland aufhalten. Aus Angst vor Entdeckung trauen sie sich auch bei schwerwiegenden Erkrankungen nicht in das deutsche Gesundheitssystem. Die Folgen sind oft Verschleppung, Ansteckung und eine Verschlimmerung des sozialen Elends.

Physiotherapeuten sind beteiligt

An bundesweit 30 Standorten helfen ehrenamtliche Mitarbeiter in so genannten Medi-Büros diesen Menschen, einen anonymen Zugang zum deutschen Gesundheitswesen zu bekommen. Die größte Hürde dabei ist die Angst, entdeckt zu werden. „Ärzte dürfen keine Daten an Ausländerbehörden weitergeben", betonen deshalb Mona Golla und Surya Stülpe vom Kieler Medi-Büro.

An manchen Standorten werden auch Physiotherapeuten, die auf die Identifikation der Betroffenen verzichten und diese ohne Honorar behandeln, vermittelt. Wie wichtig das ist, wird aus dem Arbeitshintergrund der illegalisierten Menschen deutlich. Weil sie ohne Papiere keine sozialversicherungspflichtige Anstellung finden, sind sie auf schwere Tätigkeiten angewiesen, die sie zum Teil unter unzureichendem Gesundheitsschutz ausführen müssen, etwa bei der Arbeit mit Gefahrstoffen. Weil sie zudem schlecht bezahlt werden, arbeiten sie zum Teil deutlich länger als acht Stunden täglich und sind damit anfälliger für Erkrankungen.

Wer sich trotz Angst vor Aufdeckung der wahren Identität in eine Praxis traut, zahlt entweder bar oder nutzt fremde Krankenversicherungskarten. Die meisten aber scheuen dieses Risiko und nehmen damit in Kauf, etwa Rückenprobleme nicht auszukurieren und weiterhin Tätigkeiten auszuführen, bei denen sie schwer heben müssen.

Auch Physiotherapeuten helfen Menschen, die bedürftig sind.

Vermittlung an Praxen

Durch Mund zu Mund-Propaganda hat sich in manchen Städten das Vermittlungsangebot der Medi-Büros unter den Menschen ohne Papiere herumgesprochen. Die Mitarbeiter in den Büros vermitteln außer zu Ärzten und Physiotherapeuten auch zu Psychotherapeuten, Hebammen und im Einzelfall in Kliniken. Einer der jüngsten Standorte ist Kiel, wo das Büro einmal pro Woche öffnet. Es ist mit zwei ehrenamtlich tätigen Personen besetzt, wovon immer eine weiblich ist und eine über eine medizinische Ausbildung verfügt. Untersuchungen finden im Büro nicht statt, auch Medikamente werden nicht abgegeben, es wird nur in Praxen vermittelt. *(di)*

Info:
www.medi-bueros.org

kurz & knapp

Neues Portal jetzt online +++ Ein neues Online-Portal bietet ab sofort alle Informationen zum Thema Kindergesundheit. Unter *www.kita-gesundheit.de* finden Eltern, Tageseltern und Kita-Mitarbeiter(innen) alles, was sie über die Gesundheit der Kleinen wissen müssen. Therapeuten können ihre Patienten auf das Angebot aufmerksam machen.

Die Website hat die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ), der Dachverband aller pädiatrischen Gesellschaften in Deutschland, erstellt. Sie gibt einen systematischen Überblick über die wichtigsten Krankheiten, Gesundheitsstörungen und ihre Symptome. Die Seite zeigt die richtigen Sofortmaßnahmen bei Unfällen und gibt rechtliche Hinweise zur Medikamentenabgabe im Kita-Alltag. Informationen über Ernährung und Hygiene sowie aktuelle Nachrichten und eine Mediathek mit aktuellen Sendungen runden das Angebot ab.

www.kita-gesundheit.de ist ein fachlich unabhängiges Informationsportal, heißt es in einer Pressemitteilung des DAKJ. Alle Artikel seien von Kinderärzten und anerkannten Fachleuten erstellt. *(ks)*

Kinder brauchen beim Sport das Vorbild ihrer Eltern

Mama, lauf mit mir!

Service: Weitere Informationen zur peb-Umfrage „Familien in Bewegung" finden Sie im Internet unter www.ernaehrung-und-bewegung.de.

Wenn Mama und Papa sich nicht bewegen, werden auch die Sprösslinge zu Sportmuffeln. Das ist das Ergebnis der Umfrage „Familien in Bewegung", die die Plattform Ernährung und Bewegung e.V. (peb) in Auftrag gegeben hat. Therapeuten können die Studie als Grundlage nutzen, um neue Eltern-Kind-Bewegungskurse zu entwickeln.

Für die Umfrage hat peb insgesamt 716 Mütter von Kindern im Alter von sechs bis zwölf Jahren befragt. Die Ergebnisse zeigten deutlich, dass das Wissen für mehr Bewegung zwar vorhanden sei, die Umsetzung aber schwer falle. Als Gründe nannten die Eltern vor allem Zeitmangel und zu wenig Sportangebote in Schule und Hort. Die Bedeutung der elterlichen Vorbildfunktion werde dagegen weit weniger erkannt.

66 Prozent der befragten Mütter gaben an, dass es ihnen im Alltag an Zeit fehle, einen gesunden Lebensstil optimal umzusetzen. Nach wie vor sehen sich die Mütter als Hauptverantwortliche für die Erziehung zum gesunden Lebensstil. Lediglich acht Prozent der Väter, so gaben sie an, kümmerten sich um die Bewegungsförderung der Kleinen. Gerade aber bei den Vätern liege ein großes Potenzial, die Mobilität der Kinder im Alltag zu fördern.

Nur ein Drittel der Eltern sahen die Gründe für die mangelnde Bewegung ihrer Kinder auch im eigenen Erziehungsstil. Rund 30 Prozent der Mütter gaben an, sie wollten ihr Kind nicht bevormunden. Weniger als 20 Prozent erkannten selbstkritisch ihre Vorbildfunktion für die Bewegungsförderung ihrer Kinder. Als Hinderungsgründe wurden beschränkte finanzielle Mittel, fehlender Platz in der Wohnung oder mangelnde Sportangebote von Schulen oder Kitas genannt. Zwei Drittel der Mütter aber gaben zu, dass es ihnen selbst schlichtweg zu anstrengend sei, mit den Kindern zu toben. *(ks)*

Konkret: Eltern bemängeln vor allem mangelnde Sportangebote. Hier können Therapeuten ansetzen und Angebote entwickeln, die Eltern und Kind gemeinsam den Spaß an der Bewegung aufzeigen.

Gericht entscheidet:

Kein Fahrtenbuch bei Firmenwagen nötig

Das Thema Privatnutzung von Firmenwagen ist auch für Praxisinhaber ein Dauerbrenner. Jetzt hat das Finanzgericht Hessen Freiberuflern und Gewerbetreibenden den Rücken gestärkt: Wer plausibel nachweisen kann, dass er sein Praxisfahrzeug nur für berufliche Zwecke nutzt, muss kein Fahrtenbuch mehr führen.

Im vorliegenden Fall hatte ein Ehepaar angegeben, dass der betriebliche Pkw des gewerblich tätigen Ehemanns ausschließlich für betriebliche Fahrten eingesetzt werde. Für Privatfahrten werde aus wirtschaftlichen Gründen nur der Dienstwagen der Ehefrau, ein Audi A4, genutzt. Das Finanzamt folgte der Darstellung des Ehepaares nicht und wendete die Ein-Prozent-Regel zur Versteuerung des privaten Nutzungsanteils an, da kein Fahrtenbuch vorliege.

Dieser Entscheidung widersprach das Finanzgericht, unter anderem weil die Kosten für die privaten Fahrten mit dem Firmenwagen der Ehefrau nur mit einer geringen monatlichen Pauschale in Höhe von 0,4 Prozent des Neupreises abgegolten wurden. Alle anderen Kosten wurden vom Arbeitgeber getragen. Ferner erschien es den Richtern durchaus nachvollziehbar, dass wegen eines Audi A4 von der Privatnutzung eines Citroen Berlingo abgesehen wurde (Az. 3 K 1679/10). *(ks)*

Hilfsmittelversorgung

Krankenkasse muss auch Rollstuhl-Bikes bezahlen

Die gesetzlichen Krankenkassen müssen Rollstuhlfahrern im Einzelfall auch ein Rollstuhl-Bike bezahlen.

Die gesetzlichen Krankenkassen müssen Rollstuhlfahrern im Einzelfall auch ein Rollstuhl-Bike bezahlen. Das hat das Bundessozialgericht jetzt in zwei Verfahren entschieden. Anders als die Vorinstanzen, setzte das Gericht keine Kilometer-Nahbereichsgrenze fest.

In den vorliegenden Fällen hatte die Krankenkasse den Antrag von zwei Rollstuhlfahrern aus Nordrhein-Westfalen, die Kosten für ein Rollstuhl-Bike in Höhe von 2.600 Euro zu übernehmen, verweigert. Beide seien, so hieß es in der Urteilsbegründung, mit einem manuell zu bewegenden Rollstuhl ausreichend versorgt.

Im ersten Fall hatte die 1987 geborene Klägerin, die unter einer Spaltwirbelbildung der Wirbelsäule mit Parese der Beine leidet, angegeben, sie habe durch das jahrelange Bewegen eines normalen Rollstuhls regelmäßig Schulterschmerzen. Das Landessozialgericht Essen hatte in einem Urteil vom Juni 2010 den Antrag mit der Begründung abgelehnt, die Klägerin sei noch in der Lage, mit einem in langsamen Fußgängertempo betriebenen Aktivrollstuhl eine Strecke von 500 Metern in zehn Minuten zurückzulegen.

Im zweiten Fall leidet der 1968 geborene Kläger seit einem Fahrradunfall an einer inkompletten Querschnittslähmung. Auch er ist mit einem manuell zu bewegenden Rollstuhl, einem Rollator und Unterarmgehstützen versorgt. Das Gericht lehnte auch hier den Antrag auf einen Rollstuhl-Bike mit der Begründung ab, die vorhandenen Hilfsmittel seien ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich.

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts entschied jetzt aber zugunsten der Kläger. Mit dem Rollstuhl-Bike werde das Grundbedürfnis nach Mobilität gesichert. Die Kläger verfügten zwar über einen normalen Rollstuhl, könnten sich mit diesem aber nicht mehr schmerzfrei fortbewegen. Beide Fälle verwies das Gericht an das Landessozialgericht Essen zurück, da in einem Fall nach einem Wechsel der Krankenkasse die Leistungspflicht festgestellt und im anderen Fall noch Widersprüche bei medizinischen Gutachten geklärt werden müsse. *(ks)*

(BSG, Urteile vom 18.5.2011, Az.: B 3 KR 7/10 R und B 3 KR 12/10 R)

Entscheidung des Bundesarbeitsgerichts:

Befristeter Arbeitsvertrag trotz früherer Beschäftigung zulässig

Ein Arbeitgeber darf ein Arbeitsverhältnis ohne sachlichen Grund bis zu zwei Jahre befristen. Das hat das Bundesarbeitsgericht (BAG) jetzt entschieden. Einer solchen Befristung steht auch eine frühere Beschäftigung nicht entgegen, wenn diese mehr als drei Jahre zurückliegt.

Im vorliegenden Fall hatte eine Lehrerin im Freistaat Sachsen geklagt, die von 2006 bis 2008 befristet beschäftigt gewesen war. Sie wollte die Befristung überprüfen lassen mit dem Argument, sie habe während ihres Studiums von November 1999 bis Ende 2000 insgesamt 50 Stunden als studentische Hilfskraft für das Land Sachsen gearbeitet.

Die Klage hatte keinen Erfolg. Die sechs Jahre zurückliegende frühere Beschäftigung stehe der Befristung ohne Angabe eines sachlichen Grunds nach § 14 Abs. 2 Satz 1 Teilzeit- und Befristungsgesetz (TzBfG) bis zur Dauer von zwei Jahren nicht entgegen, auch wenn ein früheres Arbeitsverhältnis bestanden habe, entschieden die Richter. Entgegen bisheriger Rechtsprechung liege eine „Zuvor-Beschäftigung“ nach der jetzigen Entscheidung des BAG nicht vor, wenn es mehr als drei Jahre zurückliege. (Az.: 7 AZR 716/09) *(ks)*

Regensburger Marketing-Konzept

Mit Vorträgen zehn Prozent mehr Patienten gewinnen

Praxis, Schulen, Vereine und Krankenkassen – es gibt für Therapeuten unzählige Möglichkeiten, Vorträge zu halten. Dass man damit nicht nur den Bekanntheitsgrad der Praxis steigern, neue Patienten gewinnen und Gewinne erwirtschaften kann, zeigt das Beispiel des Regensburger Physiotherapeuten Hubert Brüderlein. Seit fast acht Jahren hält er Vorträge zum Thema Rückengesundheit.

Die Vorträge von Hubert Brüderlein sind immer gut besucht.

Beim Thema Rücken ist er ein alter Hase – nicht nur als Therapeut, sondern auch als Vortragsredner. Seit fast acht Jahren informiert der Regensburger Praxisinhaber Hubert Brüderlein über Ursachen von Rückenschmerzen – im Mai 2011 werden es 300 Vorträge sein mit insgesamt 10.000 Zuhörern. Eine Bilanz, die sich sehen lassen kann. Dabei kam der 51-jährige Therapeut, der sich selbst damals als introvertiert beschreibt, eher zufällig zu diesem Konzept. „Auslöser waren meine Patienten“, erinnert er sich. Bei Reha-Kuren hatten sie Übungen kennengelernt, die ihnen gut getan hatten und die auch anderen gut tun sollten. Die Idee war geboren, und Brüderlein berichtete fortan aus seinen mehr als 25-jährigen Erfahrungen als Physiotherapeut.

Alltagstipps für einen gesunden Rücken

Die ersten Vorträge hielt er noch privat - vor zwei bis vier Zuhörern in den Häusern seiner Patienten. Doch bald entdeckte der Praxisinhaber, dass ihm das Vortragen nicht nur Spaß machte, sondern er nach eigenen Worten „offenbar auch Talent hatte und den richtigen Ton traf“, sein Wissen weiterzugeben. So startete er im September 2003 mit seiner Vortragsreihe in den eigenen Praxisräumen – anfangs jeden ersten Donnerstag im Monat, jetzt alle zwei Monate.

Mit „90 Minuten, die ihr Rücken nicht vergessen wird“ informiert der Physiotherapeut, der sich 1989 selbständig machte, über das breite Spektrum der Rückenschmerzen. Dort erfährt der Zuhörer beispielsweise, zu welcher Tageszeit die Bandscheibe am stärksten gefährdet ist oder wann und wie man mit einem geringen Zeitaufwand Wasser aus den Bandscheiben pumpen kann. Oder warum der beste Stuhl der Welt nichts nützt, wenn die Tisch bzw. Lesefläche nicht stimmt – kurzum: Alltagstipps für einen gesunden Rücken.

Die Vorträge in seiner Praxis waren in erster Linie ein kostenloser Service für seine Patienten. „Diejenigen, die gesund werden und bleiben wollen, kommen zu meinen Vorträgen.“ Doch seine Vortragsreihe wurde bekannt – auch außerhalb der Praxis und seit 2010 auch außerhalb Bayerns. Inzwischen hat er in verschiedenen öffentlichen und privaten Einrichtungen seine Vorträge gehalten, unter anderem in über 30 Schulen, bei Sportvereinen und Krankenkassen. Seit 2010 bietet er für den Bund Deutscher Forstleute (BDF) Workshops in Thüringen an.

Diese Vorträge hält der Praxisinhaber allerdings gegen ein Honorar oder gegen eine Spende für den privaten Regensburger Verein „Zweites Leben“, der sich um Menschen mit Schädelhirnverletzungen kümmert

und „die Lücke zwischen Akutversorgung und Nachsorge schließen will“, erklärt der engagierte Therapeut und ergänzt nicht ohne Stolz, dass er durch seine Vorträge schon etwa 10.000 Euro hat spenden können.

Vorträge rechnen sich

99,9 Prozent seiner Vorträge hält Brüderlein selbst. Fachlich müsse er sich nicht intensiv vorbereiten, doch für die Organisation sowie die Nachbereitung benötige er etwa drei Stunden. So müssten jedes Mal Stühle aufgestellt werden – im Schnitt kommen 30 Zuhörer. Um das Gehörte auch zu Hause umsetzen zu können, hat der Therapeut, der vor über zehn Jahren das erste private Rückenzentrum in Regensburg gründete, einen „Rücken-Leitfaden“ erfunden, der für vier Euro zu kaufen ist.

Abgesehen davon, dass Hubert Brüderlein seine Vortragsreihe Spaß macht, so sei der wirtschaftliche Nutzen nicht zu unterschätzen: Direkt durch die Tageshonorare und Fahrtkosten, indirekt aber auch durch den Bekanntheitsgrad, den er damit erziele. Das Alleinstellungsmerkmal einer Praxis sei wichtig, sagt der erfahrene Physiotherapeut, und durch die Vorträge erhöhe sich in den Augen der Bevölkerung die Kompetenz seiner Praxis. „Von 4.000 neuen Patienten sind 80 Prozent Wiederholer oder kommen durch Mund-zu-Mund-Propaganda“, hat er in praxisinternen Umfragen erfahren. „Weniger als 20 Prozent werden von Ärzten überwiesen.“ Durch seine Vortragsreihe habe er etwa zehn Prozent neue Patienten gewinnen können.

Ausdauer und Talent als Redner

Grund genug für Brüderlein, auch in Zukunft mit seiner Vortragsreihe weiterzumachen. Als zweites Thema hat er die Bewegungslehre LnB-Motion nach Liebscher und Bracht in sein Programm aufgenommen. „Man muss sich als Praxisinhaber heute gut verkaufen“, rät er seinen Kollegen. Ob sein Weg allerdings Vorbild für andere sein könne, sei schwer zu sagen. „Es gehört viel Ausdauer dazu“, meint der Rückenexperte, dessen Wissen in über 20 Jahren entstanden ist. „Und natürlich ein Talent als Redner“, fügt er hinzu. „Wenn man das gut kann, kann ich es nur empfehlen.“ *(ks)*

Kontakt: Physiotherapie Hubert Brüderlein, An der Schergenbreite 1, 93059 Regensburg, Telefon: 0941-410 33, E-Mail: H.Bruederlein@t-online.de, www.physiotherapie-bruederlein.de

Seit fast acht Jahren hält der Regensburger Physiotherapeut Hubert Brüderlein Vorträge zum Thema Rückengesundheit.

Hochschule Osnabrück

Neuer Masterstudiengang für Manuelle Therapie

Die Hochschule Osnabrück baut ihr Studienangebot im Gesundheitsbereich weiter aus: Ab Wintersemester 2011/2012 bietet sie das neue Studienprogramm „Master of Science in Manueller Therapie (OMT)“ an. Besonders für Physiotherapeuten kann dieses Angebot interessant sein.

Weitere Informationen zum Studienprogramm „Master of Science in Manueller Therapie (OMT)“ sind im Internet unter www.wiso.hs-osnabrueck.de zu finden.

„Das neue Studienprogramm ist ein Meilenstein im Weiterbildungskonzept des Fachgebietes Physiotherapie der Hochschule“, betonte Studiengangleiter Professor Dr. Harry von Piekartz in einer Pressemitteilung der Hochschule. Den Studierenden biete sich damit die Chance, „sich auf hohem wissenschaftlichen Niveau der Manuellen Therapie weiterzubilden und dadurch ihre beruflichen Chancen weiter zu verbessern“.

Das neue Angebot, mit dem die Akademisierung des Fachgebietes weiter vorangetrieben werden soll, richtet sich an Physiotherapeuten, die bereits ein Bachelor- oder Diplomstudium absolviert haben. Ziel des Studiengangs sei die Ausbildung nach den Standards der International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists (IFOMPT). Es soll die Bereiche des praktischen Arbeitens in der Manuellen Therapie mit der angewandten Forschung auf dem Gebiet nach internationalen Standards verzahnen. Die internationale Ausrichtung des Studiengangs werde durch Kooperationen mit internationalen Hochschulen (Perth/Australien, Madrid oder Santiago de Chile) und den international ausgewiesenen Experten als Dozenten unterstrichen.

Die Bewerbungsfrist läuft noch bis zum 15. Juli. *(ks)*

Ungerechte Löhne sind schlecht für das Herz

Ungerechte Löhne sind schlecht für das Herz. Das ist das Ergebnis einer vom Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) veröffentlichten Studie. Praxisinhaber sorgen also für die Gesundheit ihrer Mitarbeiter, wenn diese sich mit ihrem Gehalt wohl fühlen.

„Menschen, die ihre Bezahlung als unfair empfinden, geraten schnell unter Stress“, erklärte Forschungsleiter Armin Falk in einer Pressemitteilung des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW). Gemeinsam mit dem Düsseldorfer Soziologen Johannes Siegrist hatte der Bonner Ökonom in einem Experiment untersucht, wie sich das Gefühl von Ungerechtigkeit auf die Gesundheit auswirkt. Das Fazit der Wissenschaftler: Menschen, die ihre Bezahlung als ungerecht empfinden, litten eher unter Herzkrankheiten, Hypertonie und Depressionen.

Mitarbeiter, die ihre Bezahlung als ungerecht empfinden, leiden eher unter Herzkrankheiten, Hypertonie und Depressionen.

Für das Experiment wurden 80 Studierende in zweiköpfige Teams aus Chef und Arbeiter aufgeteilt. Die Arbeiter bekamen Blätter mit Nullen und Einsen. 25 Minuten lang mussten sie die Nullen zählen, während die Chefs sich entspannen durften. Je mehr Zahlen die Arbeiter addierten, desto mehr Geld erwirtschaftete das Team. Danach teilten die Chefs den Gewinn nach eigenem Gutdünken auf. In der Regel bedachten sie die Arbeiter mit einem geringeren Gewinnanteil als diese erwartet hatten.

Die erlebte Ungerechtigkeit versetzte die Arbeiter in Stress, wie Messungen ihrer Herzfrequenz belegten. Je stärker die Bezahlung von der Summe abwich, die die Arbeiter als angemessenen Lohn ansahen, desto weniger variierte die Herzfrequenz. „Wenn das Gefühl von Ungerechtigkeit die Varianz der Herzfrequenz auf Dauer beeinflusst, wirkt sich das negativ auf die Gesundheit aus“; sagte Armin Falk. „Eine verringerte Herzfrequenz ist zum Beispiel ein Frühindikator für Herzerkrankungen.“

Unterstützt wurde die These der Wissenschaftler durch die Auswertung der SOEP-Daten: Diejenigen, die ihr Gehalt als unfair betrachteten, bewerteten ihren Gesundheitszustand schlechter ein. Außerdem litten sie signifikant häufiger unter Herzkrankheiten, Bluthochdruck und Depressionen.

Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) ist die größte und am längsten laufende multidisziplinäre Langzeitstudie in Deutschland. Das SOEP ist Teil der Forschungsinfrastruktur in Deutschland und wird unter dem Dach der Leibniz-Gemeinschaft (WGL) von Bund und Ländern gefördert. Angesiedelt ist das SOEP am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW). *(ks)*

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

Auslastungsprobleme in der Praxis

Es gibt verschiedene Gründe, warum es zu Auslastungsproblemen in der Praxis kommen kann. Urlaubszeiten, Regressangst der Ärzte oder ein neuer Mitbewerber sind nur einige Faktoren. Bei Physiotherapeut Hermann Bauer* war die Ursache allerdings eine andere. Ein zu voller Terminkalender und damit verbundene lange Wartezeiten führten bei ihm zu den Auslastungsproblemen. Er wandte sich mit der Frage: „Was kann ich bei Auslastungsproblemen in meiner Praxis tun?" an die *up-premium plus* Hotline.

Die häufigste Intervention in der Beratung ist es, Instrumente zu entwickeln, mit denen die Ursachen der Auslastungsprobleme rechtzeitig erkannt werden können, so dass der Praxisinhaber frühzeitig dagegen steuern kann. So auch bei Herrn Bauer. Herr Bauer ist Physiotherapeut und betreibt eine Praxis mit acht Mitarbeitern in Lüneburg. Kürzlich rief er etwas aufgeregt bei der Hotline an und bat dringend um einen Beratungstermin. Der Grund für seine Eile war im ersten Telefongespräch schnell herausgefunden. Im Praxisterminplaner, der bisher stets für die kommenden vier Wochen so gut gefüllt war, dass es eine Warteliste für Patienten gab, klafften plötzlich schon für die nächste Woche große Lücken. Ein für Herrn Bauer unerklärliches Phänomen.

Verordnungseingänge prüfen

Die Not für Herrn Bauer war in der Tat sehr groß und wir starteten die Problemanalyse direkt am Telefon. Im ersten Schritt analysierten wir mögliche Gründe für den bisher unbekannten Zustand. Zunächst überprüften wir, ob es gegeben falls außergewöhnlich viele Absagen für die kommenden Wochen gab. Die Antwort war rasch gefunden: Nein! Die nächste Frage ging in Richtung der in den letzten Wochen eingegangenen Verordnungen. Hier gab es leider von Herrn Bauer ad hoc keine Antwort. Er wusste nicht genau, wie viele es denn waren und konnte mir auch nicht beantworten, wie viele Verordnungen pro Woche er denn benötigt, damit sein Plan einigermaßen voll ist.

Auf jeden Fall wurde deutlich, dass es Herrn Bauer an Messgrößen fehlte, mit denen er regelmäßig feststellen kann, wo sein Unternehmen Praxis gerade steht. Aus diesem Grund bekam der Praxisinhaber erst einmal eine Hausaufgabe: Er sollte herausfinden, wie viele Verordnungen in den letzten zwölf Monaten durchschnittlich pro Woche seine Praxis erreicht haben. Dazu sollte er eine Tabelle erstellen, aus der die Anzahl der Verordnungen insgesamt hervorgeht und aus der auch ersichtlich wird, wie sich diese Verordnungen auf die einzelnen zuweisenden Ärzte verteilt.

Ursache: zu lange Wartezeiten

Schon am nächsten Tag hatte ich die Tabelle von Herrn Bauer in meinem E-Mail Postfach. Und: Herr Bauer hatte schon beim Zusammenstellen der Daten selber herausgefunden, warum er so große Lücken in seinen Plänen hat. Von einem Orthopäden, dessen Verordnungen üblicherweise über 30 Prozent seines Umsatzes ausmachen, kamen seit ca. zwei Wochen überhaupt keine Rezepte mehr. Das beunruhigte Herrn Bauer natürlich sehr. Im anschließenden Telefonat haben wir besprochen, was als nächstes zu tun ist. Herr Bauer rief den Arzt gleich an und erkundigte sich danach, was denn in seiner Praxis falsch laufen würde. Die Antwort war ebenso prompt wie überraschend. Der Arzt habe von seinen Patienten die Rückmeldung erhalten, dass man oft über zwei Monate warten muss, bevor man in der Praxis von Herrn Bauer einen Termin bekommt. Deswegen hat er seine Patienten darüber informiert und vorgeschlagen, sich lieber eine andere Praxis zu suchen. Ein Glück für Herrn Bauer, dass er gleich angerufen hat. So hat er gleich die Gelegenheit genutzt, die Angelegenheit mit dem Arzt zu klären. *(bj)*

**Name von der Redaktion geändert.*

i Tipp

Praxisfragen.de – Jetzt Online Fragen stellen

unternehmen praxis bietet Ihnen jetzt die Möglichkeit, Ihre Fragen nicht nur an der *up-premium plus* Hotline zu stellen, sondern auch online. Unter *www.praxisfragen.de* kann nun jeder Fragen rund um die Themen Praxisorganisation, Betriebswirtschaft, Mitarbeiterführung und Abrechnung stellen. In der Regel wird jede Frage innerhalb von 48 Stunden von den Hotline-Mitarbeitern, Referenten und Beratern der Firma Buchner beantwortet. Wer nicht selbst eine Frage stellen möchte, kann alle Fragen und Antworten online nachlesen. Dieser Service ist für die ersten drei Monate für jeden kostenlos zugänglich, ab dem 18. August ist *praxisfragen.de* den *up-premium plus* Kunden vorbehalten. *(ko)*

www.up-aktuell.de

Stellen Sie Ihre fachlichen Fragen jetzt online unter www.praxisfragen.de.

Werbeidee für die Praxis

Mit Postkarten werben

Blaue Kulleraugen und ein strahlendes Kinderlächeln. „Paul, 3 Jahre, spricht für sich!“ heißt es auf einer der Postkarten, die der Verein der selbständigen LogopädInnen in Westfalen-Lippe e.V. (SLWL) herausgibt. Mit dem Slogan „LogopädInnen fördern Selbstbewusstsein“ wollen die Therapeuten für die Logopädie mit einer positiven Aussage werben.

„Wenn von Logopädie die Rede ist, wird meist von einer Störung gesprochen“, meint SLWL-Vorsitzender Felix Hardt, „von etwas Negativem also.“ Und genau dies wollte der Verein ändern, als er im Februar 2008 seine Homepage umstellte. Sie engagierten ein professionelles Werbebüro, das den Entwurf für die Postkarten sowie für Plakate in DIN-A-2-Format gestaltete. Die Idee war schnell umgesetzt und innerhalb von rund sechs Wochen lagen rund 20.000 Karten und 2.000 Plakate gedruckt vor.

Mit Postkarten Berufsstand empfehlen

Ziel der Aktion war es, die Logopädie weiterzuempfehlen und nicht einzelne Praxen, sagt Hardt, der seit 1999 in Emsdetten eine eigene logopädische Praxis betreibt. Die Postkarten fanden sowohl bei den eigenen Mitgliedern als auch über den Verein hinaus große Resonanz. „Es kamen gezielte Anfragen auch aus anderen Landesverbänden“, erinnert sich der 41-jährige Logopäde. Der Verein nutzte die Karten und Plakate für Eigenwerbung, zum Beispiel zum „Europäischen Tag der Logopädie“ am 6. März.

Auch andere Logopäden entdeckten die Postkarten als Werbeträger. So wirbt der Deutsche Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl) auf Postkarten und Plakaten auch mit Kindern. „Jana hat uns sprachlos gemacht!“ steht beispielsweise auf einem Plakat, das dbl-Mitglieder für einen Euro (Nicht-Mitglieder für drei Euro) bestellen können. Und Logopäden im Saarland druckten zum „Europäischen Tag der Logopädie 2010“ kurzerhand das dbl-Plakat auf 5.000 Postkarten, die zwei Wochen lang in 100 Kartendisplays in Saarbrücker Gaststätten verteilt wurden.

Kostengünstige Produktion

Wer solche Postkarten für die eigene Praxis drucken lassen möchte, der wird nach Auskunft des dbl schnell und preiswert im Internet fündig: Unter dem Stichwort Internetdruckerei bieten zahlreiche Unternehmen diesen Service an. Dabei variieren die Preise für 250 Stück von knapp 40 bis über 100 Euro, bei 1.000 Stück kosten die Karten zwischen rund 55 bis 200 Euro.

Ob die Postkarte allerdings als Werbung für die Logopädie das richtige Medium ist, davon ist der SLWL-Vorsitzende heute nicht mehr ganz überzeugt. „Witzige Karten, wie sie in Lokalen herumliegen, werden sicherlich eher verschickt als unsere“, erkennt er heute. Doch von der Idee ist er nach wie vor angetan, auch als Eigenwerbung für eine Praxis. So kann er sich die Karten auch als gute Alternative für die Terminzettel vorstellen. Allerdings sollten Nachahmer darauf achten, dass die Lizenzgebühr für die Fotos nicht zu teuer werde.

Inzwischen plant der SLWL, der 2001 als Verein gegründet und inzwischen als Berufsverband mit 170 Mitgliedern anerkannt wurde, schon eine neue Aktion. Bis Herbst, so der Vereinsvorsitzende, sollen kleine Sticker entwickelt werden, die man auf Briefe kleben kann. *(ks)*

Kontakt:
Gemeinschaftspraxis für Logopädie
Daniela Hardt & Felix Hardt
Friedrichstraße 1
48282 Emsdetten
Tel.: 02572-953137
E-Mail:
info@logopaedie-emsdetten.de
www.logopaedie-emsdetten.de

Marketingplan mit Geling-Garantie

Jetzt planen für Oktober

Marketingaktivitäten für den Oktober müssen jetzt dringend vorbereitet werden. Die Werbeplanung für diesen Monat ist geprägt von großen Gesundheitstagen. 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.

12.10.2011: Welt-Rheumatag

Mit dem nächsten Welt-Rheuma-Tag startet eine neue zweijährige Kampagne der Deutschen Rheuma-Liga. Thema ist diesmal „Schmerz und Bewegung". Mit Plakaten, einer neuen Broschüre, Internetseiten und mit vielen Aktionen vor Ort wollen die Verbände von 2011 bis 2013 auf die Zusammenhänge zwischen rheumatischen Schmerzen und Erschöpfung hinweisen und dass man mit Bewegungstherapie, aber auch Sport und Entspannung, zum besseren Wohlbefinden beitragen kann, heißt es auf der Internetseite der deutschen Rheuma-Liga.

Wenn Rheumatiker zu Ihren Patienten gehören oder Ihre Praxis sogar die örtliche Selbsthilfegruppe mit betreut, dann könnte der Welt-Rheuma-Tag ein Anlass sein, für Ihre Patienten einen Aktionstag auszurichten. Mit wenig Aufwand lässt sich die Praxis für ein paar Stunden öffnen. Es wird Ihnen sehr leicht fallen, kooperierende Ärzte zu finden, die bei solchen Aktionen gern mitmachen. Außerdem hält die Rheuma-Liga eine Fülle von Material auch zu ganz speziellen Themen bereit, z.B. Rheuma im Kinder- und Jugendalter. Ideen für Aktionen findet man im Welt-Rheumatag-Archiv auf den Internetseiten der Rheuma-Liga .

22.10.2011: Welttag des Stotterns

Der Welttag des Stotterns findet jedes Jahr am 22. Oktober statt und soll das Augenmerk der Öffentlichkeit ganz besonders auf das Thema Stottern richten. Von der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V. sowie von einigen der regionalen Stotterer-Selbsthilfegruppen wird rund um diesen Tag in besonderem Maße Presse- und Öffentlichkeitsarbeit betrieben, um die Menschen auf die Behinderung Stottern aufmerksam zu machen, mit Vorurteilen aufzuräumen und aufzuklären. Hier könnten Logopädiepraxen Praxiswerbung und Therapie problemlos miteinander verzahnen: Bitten Sie Ihre Stotterer-Patienten eine entsprechende Aktion zum Welttag des Stotterns vorzubereiten, natürlich mit Ihrer großzügigen Unterstützung. Die Bundesvereinigung Stotter-Selbsthilfe berichtet, dass in der Regel keine zentralen „Aktionen" anlässlich dieses Tages stattfinden. Die regionalen Gruppen sind vielmehr mit Infoständen, z. B. in der Fußgängerzone, präsent oder bieten einen Tag der Offenen Tür an. Bei solchen Aktivitäten passt das Engagement Ihrer Praxis gut ins Bild. *(bu/ko)*

Finden Sie mehr Informationen zu diesen Themen im Internet.

Weitere Termine

2.10.2011 Erntedankfest
20.10.2011 Welt-Osteoporosetag

Rückdatierung des Behinderungsgrades erleichtert

Schwerbehinderte können die Anerkennung ihrer Behinderung künftig einfacher rückdatieren lassen. Dies sei nicht auf medizinisch „offenkundige" Fälle beschränkt, heißt es in einem jetzt veröffentlichten Urteil des Bundessozialgerichts Kassel. Vielmehr müssten Behörden und Gerichte prüfen, ob die Schwerbehinderung schon zu einem früheren Zeitpunkt vorlag, was die Zahlung verschiedener Leistungen begünstige.

Im vorliegenden Fall war bei einem heute 65-jährigen Arzt für Biochemie 2002 ein zehn mal zehn Zentimeter großer Magen-Darm-Tumor festgestellt und entfernt worden. Nach weiteren Eingriffen stellte das Landesamt für Gesundheit und Soziales in Berlin einen Grad der Behinderung von zunächst 80 und dann von 100 ab April 2002 fest. Seit 2007 bezieht der Arzt eine Altersrente für schwerbehinderte Menschen, muss dabei aber Abschläge hinnehmen, die entfallen würden, wenn seine Schwerbehinderung ab Mai 2000 rückdatiert würde. Klage und Berufung blieben ohne Erfolg: Sowohl das Land wie auch das Sozialgericht und das Landessozialgericht Berlin lehnten mit der Begründung ab, die Feststellung des Behinderungsgrades sei eine „Statusentscheidung", die höchstens auf den Tag der Antragstellung zurückdatiert werden könne. Ausnahmen seien auf „offenkundige" Einzelfälle beschränkt, die in diesem Fall zuträfen.

Das Bundessozialgericht stellte dagegen klar, dass solche harten Anforderungen sich weder aus dem früheren Schwerbehindertengesetz noch aus dem heutigen Sozialgesetzbuch IX ableiten ließen. Die Rückwirkung sei „nicht auf offenkundige Fälle beschränkt, heißt es in der BSG-Entscheidung. Das Gesetz verlange lediglich ein „besonderes Interesse" des Behinderten an der Rückwirkung seiner Schwerbehinderung. Und dies liege hier mit dem Interesse an einer ungekürzten Rente vor (Az.: B 9 SB 3/10 R). *(ks)*

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:
Luftbefeuchter „Oskar“ –
für ein perfektes Wohlgefühl in der Praxis – in weiß, schwarz und silbergrau 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 dem 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