

# ETL Gesundheitsbrief

Steuerberatung | Rechtsberatung | Wirtschaftsprüfung | Unternehmensberatung

News und aktuelles Wissen aus dem Gesundheitswesen

3/2016

## Inhalt



### Im Brennpunkt

Weniger (Papier) ist mehr: Die elektronische Lohnakte ..... S. 2



### Ärzte/Zahnärzte

Aktuelle Arzt-Statistik der Bundesärztekammer..... S. 3

Scheingesellschafter und verdeckte Arbeitnehmer in der BAG..... S. 6

Ausstieg aus ÜBAG künftig ohne Steuerprobleme..... S. 7

Umwandlung von Zulassung in Arztstelle erheblich erschwert..... S. 7



### Apotheken

Nicht jede Retaxierung akzeptieren..... S. 8

Das Antikorruptionsgesetz – Was Sie als Apotheker wissen sollten..... S. 9

Förderung der Unternehmensberatung für Apotheken..... S. 11



### Pflege

Die Reform der Pflegeausbildung kommt!..... S. 13

Wohngruppenzuschlag auch bei Pflege in der Familie ..... S. 14

Keine IHK-Beiträge bei gewerbesteuerbefreiten Pflegeeinrichtungen..... S. 14

PSG II: Handlungsbedarf für stationäre Einrichtungen in 2016 ..... S. 15



### Therapeuten

Sektoraler Heilpraktiker für Osteopathie wird nicht anerkannt ..... S. 17

Physio-Trendbarometer: So war das Jahr 2015..... S. 18



### Arbeitsrecht

Kündigung wegen Alters (auch) im Kleinbetrieb unwirksam..... S. 20



### ETL Veranstaltungskalender

Aktuelles aus der Branche – persönlich vermittelt ..... S. 22

 Besuchen Sie uns auch auf Facebook

# Weniger (Papier) ist mehr: Die elektronische Lohnakte

Wer kennt ihn nicht, den Gang zum Aktenschrank und das Herausholen der Personalakte? Es geht aber auch anders. Dank der elektronischen Lohnakte müssen Sie nie mehr mühsam nach wichtigen Informationen und Papierunterlagen in Aktenordnern suchen. Personenbezogene Daten sind online und zentral von jedem beliebigen Standort aus zugänglich. Sie behalten den Überblick und können Ihren Mitarbeitern gewünschte Auskünfte direkt geben. Aber vor allem sind alle Daten gesetzeskonform abgelegt und geschützt vor unbefugtem Zugriff.

## Anforderungen an die digitale Aktenführung

Insbesondere wenn die Lohn- und Gehaltsabrechnungen an einen Dienstleister ausgelagert sind, bringt die Digitalisierung von Dokumenten und Auswertungen, die beim Dienstleister vorgehalten werden und üblicherweise den Großteil einer Personalakte ausmachen, erhebliche Vorteile. Erfolgt die Digitalisierung dann zusätzlich in einem Web-basierten System, können Arbeitgeber und Dienstleister gemeinsam am Aufbau der Digitalen Personalakte arbeiten. Dabei sind dieselben vier Grundsätze zu beachten, wie sie auch bei einer papiergebundenen Aktenführung gelten: Richtigkeit, Zulässigkeit, Vertraulichkeit und Transparenz.

Der Begriff der Lohnakte stammt aus dem steuerberatenden Umfeld und beschreibt allgemein die Sammlung aller Unterlagen einer Lohnbuchhaltung. Im Vordergrund steht dabei, dass für steuerliche und sozialversicherungsrechtliche Prüfungszwecke entsprechende Nachweise vorzuhalten sind. Die Lohnakte umfasst sowohl eine Arbeitgeberakte als auch Arbeitnehmerakten.

Die Arbeitgeberakte beinhaltet alle abrechnungsrelevanten Informationen über den Arbeitgeber (z. B. steuerliche Merkmale oder Informationen zur Unfallversicherung) sowie ggf. die gemeldeten monatlichen Bewegungsdaten (z. B. monatliche Stundenübersichten). In den Arbeitnehmerakten werden für jeden Arbeitnehmer die abrechnungsrelevanten Nachweise gesammelt (z. B. Mitgliedsbescheinigungen von Krankenkassen oder Bescheinigungen zur Elterneigenschaft).

## Die elektronische Lohnakte als ideales Medium zum Aufbau von Digitalen Personalakten

Beim Aufbau von Lohnakten legt das Steuerbüro zunächst einmal den Fokus auf der zeitnahen und revisionssicheren Bereitstellung von Nachweisen für Betriebsprüfungen. Mit einer Web-basierten elektronischen Lohnakte lässt sich jedoch dieser eng gefasste Anwendungsbereich auf sehr einfache Art und Weise erweitern und die Lohnakten können zu Digitalen Personalakten ausgebaut werden. Die Voraussetzungen dafür sind:

- Der Arbeitgeber erhält über das Web einen gesicherten Zugriff auf alle Dokumente und Nachweise, die der Dienstleister strukturiert digital abgelegt hat und zu Prüfungszwecken vorhält. Diese bilden inhaltlich eine wesentliche Grundlage für die Digitalen Personalakten.
- Der Dienstleister stellt monatlich alle Auswertungen aus dem Lohnabrechnungssystem in die elektronische Lohnakte ein.
- Der Arbeitgeber erhält in der vorgegebenen Ablagestruktur einen eigenen Bereich, in welchem er Informationen über den Arbeitnehmer ablegen kann (z. B. Gesundheitszeugnisse, Prüfungs-

zeugnisse, Entwicklungsprofile). Diese Dokumente und Nachweise sind zwar für die monatliche Lohn- und Gehaltsabrechnung nicht relevant, aber trotzdem für den Personalbereich des Arbeitgebers von großer Bedeutung.

## Tausendfach bewährt

Die ETL Steuerberatungsgruppe nutzt inzwischen die elektronische Lohnakte flächendeckend für rund 280.000 Arbeitnehmer und setzt damit einen neuen Qualitätsstandard für die Lohn- und Gehaltsabrechnung beim Steuerberater in Deutschland. Die elektronische Lohnakte der ETL Gruppe zeichnet sich durch folgende Merkmale aus:

- Dokumente und Nachweise des jeweiligen Mandanten können mit unbegrenztem Belegvolumen in einer vorgegebenen Ablagestruktur sehr einfach direkt gescannt werden.
- Alle Auswertungen werden beim Abrechnen automatisch sowohl in der Arbeitgeberakte als auch in den Arbeitnehmerakten abgelegt.
- Alle berechtigten Personen können standortunabhängig auf die elektronische Lohnakte zugreifen – egal ob mit PC oder Tablet.

Machen Sie mit und starten Sie die Digitale Personalakte für Ihr Unternehmen!



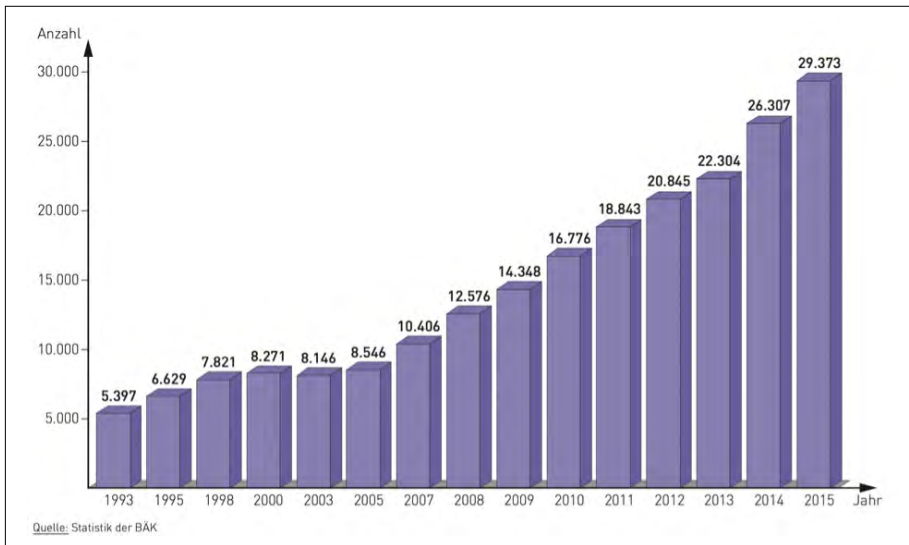
**Torsten Lenk**  
Steuerberater  
ETL ADVISION  
Berlin

Tel.: (030) 22 64 12 15  
torsten.lenk@etl.de

# Aktuelle Arzt-Statistik der Bundesärztekammer

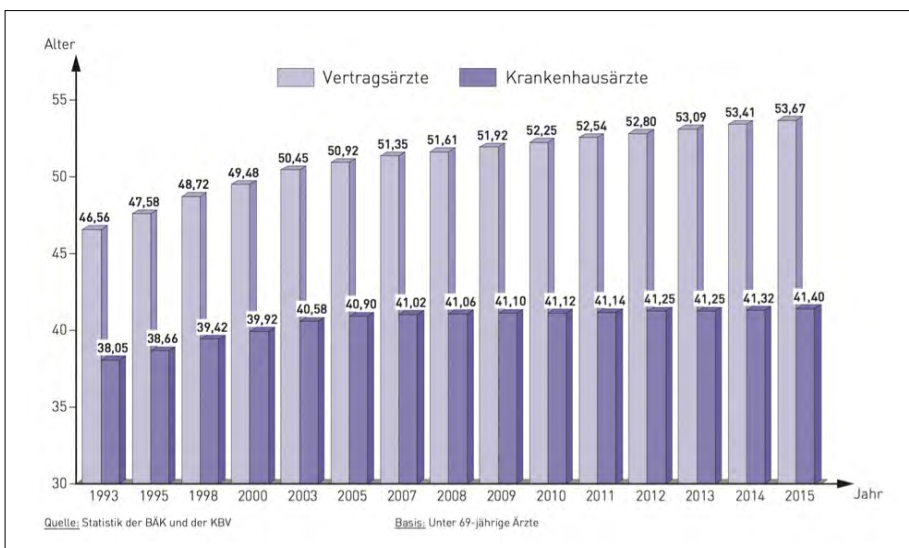
Immer stärker zeigt sich das Versorgungsproblem im deutschen Gesundheitswesen durch Überalterung und mangelnden Nachwuchs sowie die Tendenz zur Bevorzugung der Anstellung gegenüber der Selbstständigkeit. So zieht die Zahl der angestellten Ärzte weiter deutlich an.

## Entwicklung der im ambulanten Bereich angestellten Ärzte

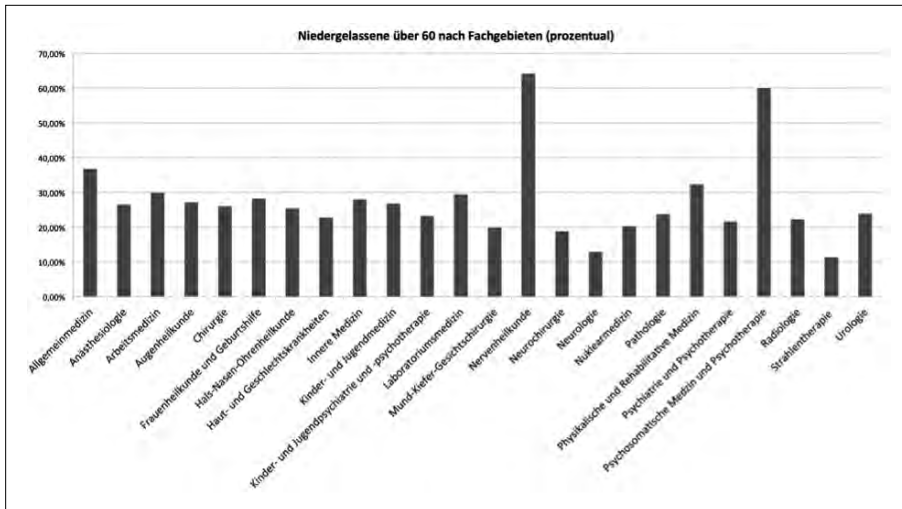


Zugleich sinkt die Zahl der Vertragsärzte und die Lage verschärft sich zusätzlich durch eine dramatische Überalterung in der ambulanten Versorgung.

## Durchschnittsalter der Ärzte

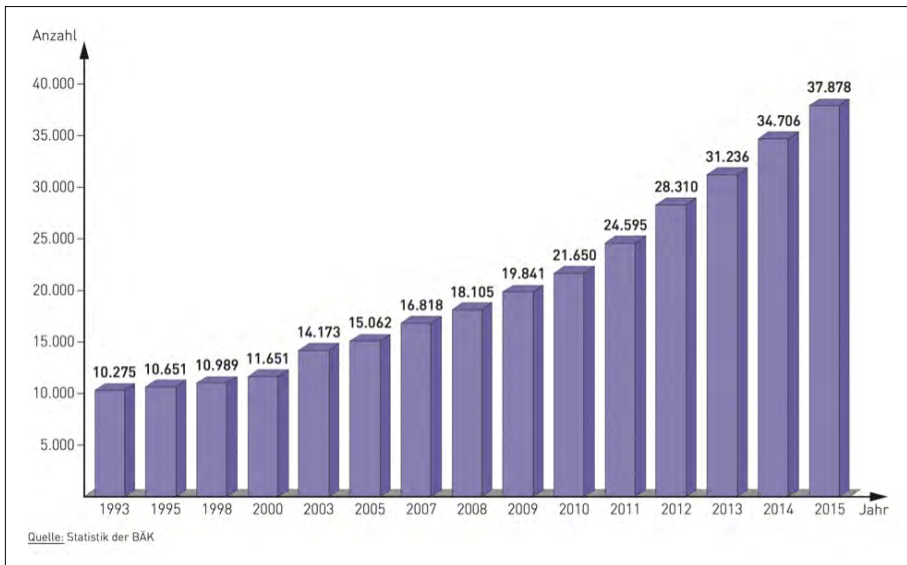


Dabei sind manche Fachbereiche besonders stark betroffen.



Anhaltend ist der Trend, die fehlenden deutschen Ärzte durch ausländische Mediziner zu ersetzen. Größtes Integrationsproblem ist dabei die mangelnde Kenntnis der deutschen Sprache.

Entwicklung der berufstätigen ausländischen Ärzte



Ausländische Ärzte machen inzwischen schon über zehn Prozent der Ärzteschaft in Deutschland aus. Die größte Gruppe der ausländischen Ärzte bilden Rumänen, gefolgt von Griechen und Österreichern.

Ärzte in Deutschland gesamt	371.302
<b>Herkunftsland ausländischer Ärzte</b>	
Rumänien	1,01%
Griechenland	0,72%
Österreich	0,61%
Syrien	0,54%
Russland	0,52%
Polen	0,49%
Ungarn	0,41%
Bulgarien	0,38%
Übrige	5,52%
<b>Prozentsatz ausländischer Ärzte</b>	<b>10,20%</b>



**Dr. Jens Peter Damas, RA**  
FA für Steuerrecht  
ETL ADVISION  
Berlin  
Tel.: (030) 22 64 12 48  
jens.damas@etl.de

# Scheingesellschafter und verdeckte Arbeitnehmer in der BAG

In vielen Praxen besteht der Wunsch, einen neuen Kollegen zwar gesellschaftsrechtlich einzubinden, ihm aber letztlich doch nur ähnliche Rechte wie einem Angestellten einzuräumen. Der Bundesfinanzhof hat mit Urteil vom 3.11.2015, VIII R 63/13, noch einmal die Kriterien benannt, die es hier zu beachten gilt.

Im Streitfall hatten zwei Ärzte eine Kollegin in ihre Gemeinschaftspraxis aufgenommen. Der Honoraranteil der Ärztin hing nur von ihren eigenen Umsätzen ab und wesentliche Bereiche waren von der gemeinsamen Geschäftsführung ausgenommen. Dem Bundesfinanzhof hat dies an Mitwirkungsrechten der Ärztin nicht genügt und er hat befunden: Erhält ein (Schein-)Gesellschafter eine von der Gewinnsituation abhängige, nur nach dem eigenen Umsatz bemessene Vergütung und ist er zudem von einer Teilhabe an den stillen Reserven der Gesellschaft ausgeschlossen, kann wegen des danach nur eingeschränkt bestehenden Mitunternehmerrisikos eine Mitunternehmerstellung nur bejaht werden, wenn eine besonders

ausgeprägte Mitunternehmerinitiative vorliegt. Hieran fehlt es jedoch, wenn zwar eine gemeinsame Geschäftsführungsbefugnis besteht, von dieser aber tatsächlich wesentliche Bereiche ausgenommen sind.

Die Kriterien zur Abgrenzung des Schein-Gesellschafters vom (echten) Mitunternehmer lassen sich zusammenfassend so beschreiben:

- Zwingend erforderlich ist die Beteiligung aller Gesellschafter am laufenden Gewinn.
- Eine Beschränkung der Verlustbeteiligung auf die Einlage ist dagegen unschädlich.
- Außerdem ist die Teilnahme der Gesellschafter an unternehmerischen Entscheidungen notwendig. Ausreichend ist dafür die Möglichkeit zur Ausübung von Stimm-, Kontroll- und Widerspruchsrechten wie bei einem Kommanditisten.

Gilt der Kollege nur als Scheingesellschafter, d. h. tatsächlich als Arbeitnehmer, sind damit erhebliche Risiken aus verschiedenen Rechtsbereichen verbunden.

- Der Arbeitgeber hat Lohnsteuern und Sozialabgaben nachträglich abzuführen.
- Die Einkünfte der BAG werden gewerblich infiziert, da die Tätigkeit des Scheingesellschafters als gewerblich gilt.
- Für die Tätigkeit des Scheingesellschafters, der tatsächlich ein Angestellter ist, liegt keine Anstellungsgenehmigung vor, sodass für seine Tätigkeit erhaltene Honorare an KV/KZV zurückzuzahlen sind.

Bei Neuverträgen ist deshalb unbedingt auf die Gestaltung einer (echten) Gesellschafterposition zu achten und auch bestehende BAG-Verträge sollten regelmäßig überprüft werden, ob sie noch den gesetzlichen Anforderungen entsprechen.



**Martin Geißer, RA, StB,**  
**FA für Steuerrecht**  
**Dr. Otto & Kollegen**  
**München**  
Tel.: (089) 203 00 20 10  
geisser@otto-kollegen.com

## Ausstieg aus ÜBAG künftig ohne Steuerprobleme

Schied ein Arzt unter Übernahme „seines Standortes“ aus der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (ÜBAG) aus, ergaben sich daraus bisher häufig steuerliche Probleme.

### Beispiel:

Dr. A, Dr. B und Dr. C betreiben eine überörtliche Sozietät, an der jeder zu einem Drittel beteiligt ist. Dr. C leitet seit Jahren die Zweigniederlassung in M. Er möchte unter Übernahme „seines Standortes“ aus der Gesellschaft ausscheiden.

Bislang waren Finanzverwaltung und Rechtsprechung der Ansicht, dass das Ausscheiden des C steuerlich nicht begünstigt war und er deshalb den Unterschied zwischen Buchwert und Verkehrswert seines Standortes zu versteuern hatte, obwohl tatsäch-

lich kein Geld zugeflossen war. Eine steuerlich günstige Realteilung wurde nur für den Fall angenommen, dass die Gesellschaft insgesamt beendet wurde. Im Ergebnis bedeutete dies für alle beteiligten Ärzte, dass zur Steuer-Vermeidung die bestehende Gemeinschaftspraxis nicht hätte weitergeführt werden können.

Nach neuer Rechtsprechung des BFH vom 19.09.2015, III R 49/13 kann eine gewinnneutrale Realteilung einer Personengesellschaft dagegen auch beim Ausscheiden eines Gesellschafters vorliegen, selbst wenn die Gesellschaft zwischen den übrigen Gesellschaftern fortgesetzt wird. Sinn und Zweck der Realteilung ist es nämlich, wirtschaftlich sinnvolle oder notwendige Umstrukturierungen nicht steuerlich zu belasten. Dies trifft jedoch nicht nur

auf die Auflösung einer Gesellschaft, sondern auch auf das Ausscheiden eines Gesellschafters aus einer ÜBAG zu.

Der Arzt, der aus der ÜBAG ausscheiden möchte, kann künftig „seinen Standort“ steuerneutral in sein eigenes Betriebsvermögen überführen, also als Einzelpraxis fortführen. Dies dürfte vielen Ärzten, die bislang aufgrund steuerlicher Unsicherheiten das Ausscheiden aus der ÜBAG scheuten die Entscheidung erleichtern.



**Matthias Draschka, RA, StB,  
Fachanwalt für Steuerrecht  
Dr. Otto & Kollegen  
München**

Tel.: (089) 203 00 20 10  
draschka@otto-kollegen.com

## Umwandlung von Zulassung in Arztstelle erheblich erschwert

Das Bundessozialgericht (BSG) hat die Anforderungen einer Umwandlung der selbständigen Zulassung in eine Arztstelle als Angestellter erheblich erschwert. Im Terminbericht zum Urteil vom 04.05.2016 (Az: B 6 KA 21/15 R) führt das BSG aus, dass es verhindern wolle, dass die Entscheidungen, die die Zulassungsgremien bei der Nachbesetzung im Falle der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit zu treffen haben (also die mögliche Einziehung der Zulassung), umgangen werden, indem ein Arzt zwar zunächst erklärt, auf seine Zulassung zu verzichten,

„um in einem MVZ tätig zu werden“, die Tätigkeit dort tatsächlich aber nicht antritt, um dem MVZ sogleich die „Nachbesetzung“ durch einen selbst gewählten Angestellten zu ermöglichen. Die zu fordernde Absicht des (ehemaligen) Vertragsarztes, im MVZ tätig zu werden, wird sich – für die Zukunft – grundsätzlich auf eine Tätigkeitsdauer im MVZ von drei Jahren beziehen müssen, wobei die schrittweise Reduzierung des Tätigkeitsumfangs um 1/4 Stelle in Abständen von einem Jahr unschädlich ist. Bereits bestandskräftig erteilte Anstellungsgenehmigungen

bleiben davon unberührt und können auch Grundlage einer späteren Stellennachbesetzung werden. Man wird davon auszugehen haben, dass diese für das MVZ getroffene Entscheidung entsprechend auch für Einzel- und Gemeinschaftspraxen gilt.



**Dr. Jens Peter Damas, RA  
FA für Steuerrecht  
ETL ADVISION  
Berlin**

Tel.: (030) 22 64 12 48  
jens.damas@etl.de

# Nicht jede Retaxierung akzeptieren

Mittlerweile stellen Retaxierungen nicht unwesentliche Einnahmequellen für Krankenkassen dar. Insofern lohnt es sich fast immer von einem Rechtsanwalt überprüfen zu lassen, ob man sich gegen die Retaxierung juristisch wehren kann.

## Einhaltung der Frist zur Überprüfung des Einspruchs durch die Krankenkasse

Oft hilft schon ein formaler Aspekt weiter: Die Arzneiversorgungsverträge bzw. Arzneilieferverträge sehen vor, dass bei Rechnungs- und Taxbeanstandungen Einsprüche gegen Taxdifferenzen von den Apotheken in der Regel innerhalb von drei Monaten geltend gemacht werden müssen. Aber auch für die Krankenkassen gilt eine zu beachtende Frist: nämlich die Vornahme der Prüfung des Einspruchs gegen eine ausgesprochene Beanstandung innerhalb von drei bzw. vier Monaten nach Eingang des Einspruchs bei der Krankenkasse. Wird diese Frist ohne Stellungnahme zur Sache überschritten, gilt der Einspruch als anerkannt, sodass Rechnungskorrekturen nicht vorgenommen werden können.

## Unterschiedliche Heilungsmöglichkeiten in den Arzneiversorgungsverträgen/Arzneilieferverträgen

Ebenso lohnt es sich, die Regelungen in den Arzneiversorgungsverträgen bzw. Arzneilieferverträgen genau anzusehen. So besteht z. B. nach § 4 des Arzneiversorgungsvertrages zwischen den Ersatzkassen und dem Deutschen Apothekerverband e. V. eine Heilungsmöglichkeit durch den Apotheker lediglich hinsichtlich bestimmter fehlender oder fehlerhafter Angaben in den vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Verordnungen. Eine solche Heilungsmöglichkeit durch

den Apotheker besteht allerdings nicht hinsichtlich des Ausstellungsdatums, der Unterschrift des Vertragsarztes und des Vertragsarztstempels bzw. des entsprechenden Aufdrucks. Fehlt es an einem dieser drei Angaben, stellen sich Ersatzkassen teilweise auf den Standpunkt, dass auch eine Bestätigung des Arztes in Bezug auf die fehlenden Angaben zu keiner Heilung führt. Hierbei können sich die Ersatzkassen auf Urteile des Bundessozialgerichts vom 17.12.2009 (Fehlende Unterschrift des Vertragsarztes bez. einer Mengenänderung) bzw. vom 20.03.2013 (Fehlende Arztunterschrift an sich) berufen. Dagegen sieht z. B. der Arzneimittelvertrag der gesetzl. Krankenkassen in NRW vor, dass bei einem Fehlen des Ausstellungsdatums, der Unterschrift des Vertragsarztes oder des Vertragsarztstempels bzw. des entsprechenden Aufdrucks die Verordnung zwar zurückgewiesen werden kann, in diesen Fällen die Krankenkasse die Originalverordnung jedoch an den Apotheker zurückzusenden hat und eine Heilung durch den Vertragsarzt möglich ist, indem die fehlenden Angaben auf dem Verordnungsblatt aufgetragen und von dem Arzt mit Datumsangabe unterschrieben werden. Danach kann das Verordnungsblatt erneut über das Rechenzentrum abgerechnet werden.

## Chancen je nach Art der Retaxierung

Bei anderen Verstößen kommt es darauf an, welche Art von Verstoß vorliegt. So hat das Bundessozialgericht mit Urteil vom 03.08.2006 entschieden, dass ein Verstoß gegen den Rahmenvertrag, wonach den Apothekern aufgegeben wird, nur die nächst kleinere Packung oder ein Vielfaches dieser Packung abzugeben, nachträglich nicht

geheilt werden kann. Das Gleiche hat das Bundessozialgericht entschieden wegen Überschreitung der vertraglichen Frist zur Vorlage des Kassenrezeptes in der Apotheke innerhalb eines Monats seit der Rezeptausstellung. Mit Urteil vom 02.07.2013 hat das Bundessozialgericht entschieden, dass bei Nichtberücksichtigung von Arzneimittelrabattverträgen die Krankenkasse für die pflichtwidrige Arzneimittelabgabe nicht zahlen muss. Die Retaxierung sei der Höhe nach nicht auf den Betrag beschränkt, der sich aus der Differenz der von der Krankenkasse gezahlten Vergütung für das abgegebene Arzneimittel und einem Rabattvertragsarzneimittel ergibt. Auf der anderen Seite hat das Sozialgericht Braunschweig durch Urteil vom 19.06.2015 entschieden (wobei jedoch vonseiten der Krankenkasse Berufung eingelegt wurde), dass bei einem T-Rezept, bei dem der Facharzt vergessen hatte, die drei Kreuze über die Sicherheitsbelehrungen des Patienten zu setzen, eine Null-Retaxierung rechtsmissbräuchlich ist, wenn der Arzt bescheinigt hat, dass eine ordnungsgemäße Aufklärung erfolgt ist. Ferner sieht das Sozialgericht Braunschweig in der Null-Retaxierung eine un gerechtfertigte Bereicherung durch die Krankenkasse. Damit argumentiert das Sozialgericht Braunschweig entgegen den Urteilen des Bundessozialgerichts zu einer fehlenden Arztunterschrift. Es bleibt abzuwarten, wie die nachfolgenden Instanzen entscheiden.



**Dr. Joachim Wüst, RA, StB**  
**FA für Steuerrecht**  
**PNHR, Köln**  
 Tel.: (0221) 54 67 80  
 dr.joachim.wuest@pnhr.de



# Das Antikorruptionsgesetz – Was Sie als Apotheker wissen sollten

Am 13. Mai 2016 hat auch der Bundesrat den Weg für das Gesetz zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen frei gemacht und nicht den Vermittlungsausschuss angerufen. Für die Apotheker bedeutet die beschlossene Gesetzesfassung eine weitgehende Entschärfung gegenüber den vorherigen Entwürfen. War im Entwurf des Bundesministeriums der Justiz noch eine Strafbarkeit für den Bezug von Arzneimitteln vorgesehen, sofern

1. ein anderer im inländischen oder ausländischen Wettbewerb in unlauterer Weise bevorzugt wird oder
2. der Apotheker in sonstiger Weise seine Berufsausübungspflichten verletzt,

so ist die erste Variante im Gesetzesentwurf der Bundesregierung bereits gestrichen worden. Maßgeblich war die Einsicht, dass potenzielle Verstöße gegen das Arzneimittelpreisrecht nicht zur Strafbarkeit führen sollen. In der Gesetzesbegründung wird dies so formuliert:

„Die Strafbarkeit soll ... nicht an eine unlautere Bevorzugung im Wettbewerb anknüpfen, da sich bei Bezugentscheidungen die Unlauterkeit einer Bevorzugung auch aus Verstößen gegen Preis- und Rabattvorschriften ergeben kann, bei denen es an einem korruptionsspezifischen Unrechtsgehalt sowie an einer Beeinträchtigung des Vertrauens in die Integrität heilberuflicher Entscheidungen fehlt.“

Innerhalb der Tatvarianten einer unlauteren Bevorzugung eines anderen im Wettbewerb wurde die Modalität des Bezugs von Arzneimitteln außerdem dahingehend beschränkt, dass

der Bezug von Arzneimitteln nur noch dann strafbar sein kann, wenn er jeweils zur unmittelbaren Anwendung durch den Heilberufsangehörigen oder einen seiner Berufshelfer bestimmt ist. Das ist selbstverständlich beim Apotheker nicht der Fall – er wendet ja Arzneimittel nie selbst am Patienten an. Die Einschränkung hat also konsequent zum Ziel, den Bezug von Arzneimitteln vom Großhandel oder als Direktbezug aus dem Strafrecht grundsätzlich herauszuhalten.

Auf den letzten Metern des Gesetzgebungsprozesses hat sich dann noch eine weitere wesentliche Entschärfung ergeben. Die Strafbarkeit der Abgabe von Arzneimitteln im Zusammenhang mit einer unlauteren Bevorzugung ist gestrichen worden. Damit ist beispielsweise die Thematik von WKZs der Pharmahersteller (z. B. für Aufsteller oder eine bestimmte Fläche der Sichtwahl) aus dem strafrechtlichen Kontext ausgeschieden. Berufsrechtlich bleibt die Unzulässigkeit aber bestehen.

Was bleibt vom Anti-Korruptionsgesetz in Bezug auf den Apotheker übrig? Es bleibt als Bevorzugender und Vorteilsempfänger die Zuführung von Patienten an andere Leistungserbringer – eine Konstellation, die wohl in der Praxis eine geringe Bedeutung haben wird. Und es bleibt die Gewährung eines Vorteils durch den Apotheker an einen anderen Leistungserbringer, der den Apotheker bevorzugt.

## **Beispiel: Mietkostenzuschuss vom Apotheker an den Arzt**

Ein Arzt erhält einen Mietkostenzuschuss vom Apotheker, damit er in der Etage über der Apotheke seine Praxis

einrichtet bzw. weiterhin dort belässt. Im Praxis-TV des Arztes läuft eine Werbesequenz für die Apotheke.

Der Mietkostenzuschuss stellt zwar einen Vorteil für den Arzt dar; solange aber keine Bevorzugung des Apothekers erfolgt, ist der Vorteilserhalt straflos.

Allein der Vorteil, der durch die Nähe einer Arztpraxis zu einem anderen Leistungserbringer entsteht, stellt für sich genommen keine Bevorzugung dar. Die mit der Ansiedlung einer Arztpraxis einhergehenden Vorteile z. B. für den Apotheker durch erhöhten Umsatz rezeptpflichtiger Medikamente beruhen auf dem Standortvorteil und der Entscheidung der Patienten, in gerade dieser Apotheke ihr Rezept einzulösen, OLG Braunschweig vom 23.02.2010, Ws 17/10.

Strafrechtlich unproblematisch wäre deshalb der Mietkostenzuschuss, wenn die Apotheke nicht im Praxis-TV beworben würde. Die Einbeziehung in das Praxis-TV stellt aber eine Bevorzugung dar. Die Bevorzugung durch das Praxis-TV ist unlauter, da sie gegen §§ 31 und 32 der MBO-Ärzte bzw. § 11 ApoG verstößt. Der Mietkostenzuschuss durch das Praxis-TV wird also dann strafbar, sofern ein Teil des Zuschusses als Entgelt für die Bevorzugung gewertet werden kann. Wäre dagegen der gesamte Zuschuss nur auf die örtliche Lage des Arztes bezogen und kein Cent ein Entgelt für das Praxis-TV, dann wäre auch dieser Fall straffrei.

## **Beispiel: Heimbeflieferung**

Ein Apotheker möchte ein Pflegeheim beliefern und patientenindividuell verblistern. Der Heimleiter, der selbst

auch Krankenpfleger ist, schließt den  
Heimlieferungsvertrag nur unter der  
Bedingung ab, dass der Apotheker eine  
jährliche großzügige Spende leistet.

Macht sich der Heimleiter strafbar?

Als Krankenpfleger ist der Heimleiter  
ein tauglicher Täter. Er bevorzugt den  
Apotheker unlauter und erhält mit der  
Spende einen entsprechenden Vorteil.  
Beide – Heimleiter und Apotheker –  
machen sich strafbar.

Nicht anders liegt der Fall, wenn man  
davon ausgeht, dass eine kostenlose  
Verblisterung berufs- und arzneimit-  
telpreisrechtlich nicht zulässig ist und  
der Heimleiter die kostenlose Verblis-  
terung verlangt.



**Dr. Jens Peter Damas, RA**  
FA für Steuerrecht  
ETL ADVISION  
Berlin  
Tel.: (030) 22 64 12 48  
jens.damas@etl.de

---

# Förderung der Unternehmensberatung für Apotheken

In unserer Praxis als Unternehmensberatung erleben wir immer häufiger, wie wichtig es in der heutigen Zeit geworden ist, als Apotheker und Unternehmer, über den „Tellerrand“ hinauszuschauen. Hierbei spielen eine strategische Unternehmensführung, in Zeiten von Gesundheitsreformen, und der tägliche Kampf um neue und zusätzliche Kunden, sowie die Lage der Apotheke eine immer größer werdende Rolle. Gerade die Unternehmensbereiche der wirtschaftliche Stabilität, die strategische Planung, aber auch die Mitarbeiterführung; sowie die Mitarbeiterentwicklung und Motivation seiner Angestellten, stellt den Apotheker täglich vor große Herausforderungen.

Der Apotheker ist studierter Pharmazeut, muss aber in Zukunft auch viel mehr Manager, Personalcoach und Marketingprofi werden, oder sich aber für diese Bereiche externe Unterstützung dazu nehmen, wenn er dieses so nicht selber alles leisten kann.

Viele dieser Beratungsthemen sind deutschlandweit förderfähig. Das heißt die Investition in solche Beratungsleistungen werden für Apotheken/Unternehmen z. B.: seitens der BAFA aktiv anteilig gefördert. Seit Anfang 2016 gibt es neue Richtlinien der Beratungen im Bereich „Förderung des unternehmerischen Know-hows“. Der folgende Beitrag stellt nun einmal die Kriterien und Möglichkeiten für den Unternehmer Apotheker vor (der aber natürlich auch genauso für andere Unternehmen zählt) im Detail vor.

## Wie heißt also aktuelle Förderprogramm?

Das neue Förderprogramm heißt „Förderung unternehmerischen Know-hows“.

## Welche Bereiche fallen in das Programm?

Das Programm betrifft jegliche Beratungen im Bereich:

- „Unternehmensberatungen“ für Apotheken
- „Gründercoaching Deutschland“
- „Turn-Around-Beratungen“
- Beratungen im Bereich „Runder Tisch“

## Welche Voraussetzungen muss der Antragsteller/Apotheker/in erfüllen, damit er/sie die Förderungen beantragen kann?

Gefördert werden Apotheker/innen im Bereich des „unternehmerischen Know-hows“

1. als Existenzgründer, d. h. mit Ihren Unternehmen/Apotheken, wenn Sie nicht länger als zwei Jahre am Markt sind
2. als Bestandsunternehmen, ab dem dritten Jahr
3. in Krisenzeiten und wirtschaftlich schwierigen Situationen, im Sinne der Leitlinien für staatliche Beihilfen zur Rettung und Umstrukturierung nichtfinanzieller Unternehmen in Schwierigkeiten (2014/249/01)

## Welche Beratungsinhalte sind denn für Apotheken (u. a. andere Unternehmen) alles förderfähig?

Förderfähig sind bei Apotheken

Beratungen, die:

- wirtschaftlichen Belange
- finanzielle Themen
- sämtliche Beratungen im Bereich Personal und der Organisation
- sowie Unternehmensführungsthemen behandeln.

## Wie geht man so eine Beantragung denn in der Praxis an?

Hierzu sind folgende Dinge für das beratende Unternehmen und eine Beratungsfirma wichtig:

1. Der Antrag für die Beratung muss immer erst vorab gestellt werden, und zwar über die Antragsplattform des BAFA (online)
2. Das Beratungsunternehmen muss über alle erforderlichen Fähigkeiten verfügen und gegebenenfalls hierfür die Qualitätsnachweise erbringen. Diese müssen klar aufzeigen, dass das Unternehmen Erfahrungen in den Bereichen der Planung; der Durchführung und Überprüfung und natürlich in allen Umsetzungsrelevanten Arbeits- und Organisationsabläufen von Unternehmen hat, die dann in einer solchen Beratung Berücksichtigung finden werden.
3. Das Beratungsunternehmen muss zusätzlich eine Beratererklärung, einen Lebenslauf und den mittlerweile geforderten Qualitätsnachweis (QM Nachweis) vor der Beratung in der BAFA hochgeladen haben.
4. Nach Online Antragstellung wird der Antrag von der Leitstelle geprüft und die Leitstelle erstellt dann bei Bewilligung ein Informationsschreiben. Erst danach darf mit der Beratung begonnen werden und ein Beratungsvertrag zwischen Beratungsunternehmen und Apotheke geschlossen werden.

## In welchem Zeitraum muss die Maßnahme/ Beratung erfolgen und umgesetzt sein?

Innerhalb von 6 Monaten nach Erhalt des Informationsschreibens und Antragsstellung, muss an die Leitstelle ein sogenannter Verwendungsnachweis online auf der Plattform der BAFA ein gereicht werden.

## Wie wird dann die Beratung abgeschlossen und zur endgültigen Abrechnung der Fördergelder eingereicht am Ende?

Der Antragsteller muss nun diverse Unterlagen einreichen, dazu gehört u.a.:

- Ein ausgefüllte Verwendungsformular (dieses muss sowohl vom Unternehmen, als auch von Berater unterzeichnet sein)
- Die ausgefüllte und unterzeichnete Vereinbarungen zur De-minimis und EU-KMU Erklärung (auf der Seite der BAFA )
- Das Betätigungsschreiben der Regionalagentur zum geführten Informationsgespräch (nur bei Jungunternehmen und Unternehmen in Schwierigkeiten)
- Der Beratungsbericht des Beraters
- Die Rechnung des Beratungsunternehmens für die erbrachte Leistung
- Der/die Kontoauszüge des Antragstellers über die Zahlung des Honorars

Nach rechtzeitiger Einreichung aller Unterlagen, prüft die Leitstelle nun vorab die Unterlagen und leitet diese dann an das Bundesamt für Wirtschaft und Ausfuhrkontrolle (BAFA) zur endgültigen Entscheidung weiter und Auszahlung weiter, die dann bei positiver Bewilligung den beantragten Zuschuss nach den vorab erfüllten Bemessungsgrundlagen als De-minimis-Beihilfe an den Antragsteller auszahlt.

Ein Hinweis noch zu Jungunternehmen und Unternehmen in finanziellen Schwierigkeiten. Hier muss auf jeden Fall vor einer Antragsstellung eines Förderzuschusses noch ein persönliches Informationsgespräch mit einem der in der Region zuständigen regionalen Ansprechpartnerstellen

- (Listen der Regionalagenturen findet man über die Leitstellen) geführt werden, welches zeitlich zur Antragsstellung aber auch nicht länger als 3 Monate her sein darf.

Hier noch ein wichtiger Hinweis an alle Beratungsunternehmen. Seminare und

Workshops sind nicht förderfähig in diesem Programm.

Nun zur Bemessungsgrundlage der Beratungszuschüsse.

### Welche max. Zuschüsse gibt es für welche Beratungsleistungen?

Die Höhe des Zuschusses orientiert sich an den maximal förderfähigen Beratungskosten (Bemessungsgrundlage) sowie dem Standort des Unternehmens.

Fördersätze: 80% neue Bundesländer (ohne Berlin und ohne Region Leipzig), 60% Region Lüneburg, sonst 50%, 90% Unternehmen in Schwierigkeiten unabhängig von Alter und Standort

Erfolg von Unternehmen hat unserer Meinung nach auch in der Zukunft sehr viel mit permanenter Weiterentwicklung, motiviertem Personal, und natürlich

dem richtigen Unternehmertum zu tun. Aus diesem Grund begrüßen wir solche tollen Möglichkeiten, die u. a. die BAFA dem Unternehmer hierzu als Unterstützung anbietet.

Es ist jedem zu empfehlen sich bei Bedarf und Umsetzung einer solchen notwendigen oder geplanten Maßnahme, sich hier die Mühe und Arbeit gemeinsam mit seinem Berater zu machen und sich solche Fördergelder zu nutzen.

Die AMM Apotheken Management und Marketing GmbH, ist wie auch andere Unternehmen für dieses Programm bereits unter dem Beraterportal der BAFA, als „autorisierter fachspezifischer Berater“ gelistet und bietet diese Beratungsleistungen speziell für Apotheken nach den aktuellen Kriterien bereits erfolgreich deutschlandweit an.

Unternehmensart	Bemessungsgrundlage	Fördersatz	maximaler Zuschuss
Junge Unternehmen nicht länger als 2 Jahre am Markt	4.000 Euro	80%	3.200 Euro
		60%	2.400 Euro
		50%	2.000 Euro
Bestandsunternehmen ab dem dritten Jahr nach Gründung	3.000 Euro	80%	2.400 Euro
		60%	1.800 Euro
		50%	1.500 Euro
Unternehmen in Schwierigkeiten	3.000 Euro	90%	2.700 Euro

(Quelle: Neue Beratungsrichtlinien ab 2016 , www.bafa.de)



**Gastbeitrag**  
**Heike Riepe**  
 AMM Apotheken Management und Marketing GmbH  
 Dortmund  
 Tel.: (0231) 725 66 00  
 h.riepe@amm-beratung.de

# Die Reform der Pflegeausbildung kommt

Das Gesetz zur Reform der Pflegeberufe soll die Grundlage für eine zukunftsfähige Pflegeausbildung und die notwendige Verbesserung der Pflegequalität schaffen sowie gleichzeitig die Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes bewirken. Trotz deutlich bestehender Kritik scheint der Referentenentwurf die Hürden des Gesetzgebungsverfahrens zu passieren – am 18. März 2016 fand die erste Lesung im Bundestag statt. Das Bundesgesundheitsministerium hat jetzt die Eckpunkte der neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung veröffentlicht.

Mit dem neuen Pflegeberufegesetz soll auch ein neuer Beruf geschaffen werden – Abschluss: Pflegefachfrau/ Pflegefachmann. Dieses neue Berufsbild und die dazugehörigen jeweils dreijährigen Ausbildungsinhalte lassen sich aber nicht allein durch das Aufsummieren aller Inhalte aus den bisher existierenden Berufen der Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege darstellen.

Die generalisierte Ausbildung sieht folgende Ausbildungszeiten vor:

- 3 Jahre (in Vollzeit)
- 5 Jahre (in Teilzeit)
- 2.100 Stunden Theorie und Praxis in der Pflegeschule
- (+100 Stunden freies Kontingent für zusätzliche unterschiedliche Themenbereiche)
- 2.500 Stunden praktische Ausbildung (1.300 Stunden beim Ausbildungsträger)

Folgende Ausbildungsinhalte werden

in fünf Themenbereichen vermittelt (2.100 Stunden):

- Themenbereich 1 – 1000 Stunden  
Die Pflege von Menschen aller Altersgruppen verantwortlich organisieren, gestalten und evaluieren
- Themenbereich 2 – 300 Stunden  
Kommunikation und Beratung personen- und situationsorientiert gestalten
- Themenbereich 3 – 300 Stunden  
Intra- und interprofessionelles Handeln in unterschiedlichen systemischen Kontexten verantwortlich gestalten und mitgestalten
- Themenbereich 4 – 200 Stunden  
Das eigene Handeln auf der Grundlage von Gesetzen, Verordnungen und ethischen Leitlinien reflektieren und begründen
- Themenbereich 5 – 200 Stunden  
Das eigene Handeln auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen reflektieren und begründen
- 100 Stunden zur freien Verfügung (unterschiedliche Themen möglich)

Kritiker befürchten durch den grundsätzlichen Ansatz der Generalisierung und die geplante Zusammenlegung dreier Pflegeausbildungen, dass die notwendige Spezialisierung ausbleibt und es somit zu einem einschneidenden Qualitätsverlust kommt.

„Die Befürchtung ist unbegründet“, so Melanie Huml (Bayerns Gesundheits- und Pflegeministerin (CSU)), „eine Spezialisierung wird es nach wie

vor geben.“ Neben einer einheitlichen Grundausbildung sei künftig eine fachspezifische Vertiefung vorgesehen, beispielsweise für die Pflege von Kindern oder von alten Menschen. Laut der Ministerin solle der überwiegende Teil der praktischen Ausbildung und speziell der Vertiefungseinsatz beim Träger der praktischen Ausbildung stattfinden. Somit soll weiter auch ein Anreiz für die Ausbildungsträger geschaffen werden. Dennoch kann dieser Vertiefungseinsatz (im dritten Ausbildungsjahr) den bisherigen tiefen Ausbildungsinhalten der drei unterschiedlichen Ausbildungsgänge nicht gleichgestellt werden. Der künftige Abschluss ist jedoch auf EU-Ebene den pflegefachlichen Ausbildungen gleichgestellt und anerkannt!

Grundsätzlich soll die Ausbildung (endlich!) für Auszubildende kostenfrei sein. Die Finanzierung soll föderal über die Bundesländer erfolgen. Zum jetzigen Zeitpunkt besteht noch kein Konsens in welcher Form die Finanzierung erfolgen soll.

Das Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz) führt eine neue Pflegeausbildung ein und löst das Krankenpflegegesetz und das Altenpflegegesetz ab.



**Sabine Gundlach**  
Mediatorin  
ETL ADVISION  
Berlin  
Tel.: (030) 22 64 12 48  
sabine.gundlach@etl.de

# Wohngruppenzuschlag auch bei Pflege in der Familie

Kann der Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI auch bei einer Unterbringung in der Familie geltend gemacht werden? Grundsätzlich ja, befindet das Bundessozialgericht mit Urteil vom 18.02.2016, B 3 P 5/14 R. Familienverbände sind geeignet einen Wohngruppenzuschlag auszulösen. Maßgeblicher Wohnzweck einer Wohngruppe ist die gemeinschaftlich organisierte pflegerische Versorgung in einer gemeinsamen Wohnung. Dies kann auch in einem Familienverbund gegeben sein. Zugleich ist die Intention des Wohngruppenzuschla-

ges die Festigung und Entwicklung neuer Wohn- und Betreuungsformen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Die Wohngruppe darf deshalb nicht lediglich eine Versorgung in eigenen häuslichen Wohnbereichen darstellen. Der Zuschlag ist nicht für die Aufstockung von pflegerischen oder rein familiären Leistungen, sondern nur für die zusätzlichen Aufwendungen bestimmt, welche sich aus der Organisation des gemeinsamen Wohnens ergeben – wie verwaltende, betreuende, hauswirtschaftlich unterstützende oder das

gemeinschaftliche Leben fördernde Tätigkeiten.



**Susanne Köhler, RAin**  
ETL Rechtsanwälte  
Schwerin  
Tel.: (0385) 44 00 02 67  
susanne.koehler@etl.de



**Heiko Grunow, RA**  
ETL Rechtsanwälte  
Schwerin  
Tel.: (0385) 44 00 02 67  
heiko.grunow@etl.de

# Keine IHK-Beiträge bei gewerbsteuerbefreiten Pflegeeinrichtungen

Muss eine Pflegeeinrichtung IHK-Beiträge zahlen, wenn sie von der Gewerbesteuer befreit ist? Die Befreiung wird immer wieder von den Kammern bestritten, obwohl die Rechtsfrage seit Langem geklärt ist, VG Neustadt (Weinstraße), Urteil vom 16. August 2006, 4 K 338/06.NW.

Eine Pflegeeinrichtung schuldet gemäß § 3 Abs. 2 Satz 1 IHK-Gesetz keine Beiträge zur Industrie- und Handelskammer, weil sie nicht Kammerzugehörige ist. Gemäß § 2 Abs. 1 IHK-Gesetz gehören zur Industrie- und Handelskammer natürliche Personen, Handelsgesellschaften, andere nicht rechtsfähige Personenmehrheiten und juristische Personen des privaten und des öffentlichen Rechts, welche im Bezirk der Industrie- und Handelskammer entweder eine gewerbliche Niederlassung oder eine Betriebsstätte oder eine Verkaufsstelle unterhalten, sofern sie zur Gewerbesteuer veranlagt sind.

Im Falle der gewerbsteuerbefreiten Pflegeeinrichtung liegt das die Kammerzugehörigkeit begründende Tatbestandsmerkmal „sofern sie zur Gewerbesteuer veranlagt sind“ nicht vor. Mit diesem Halbsatz verknüpft das IHK-Gesetz die Kammerzugehörigkeit und damit auch die Beitragspflicht mit den gewerbsteuerrechtlichen Vorschriften. Der Zweck dieser Regelung besteht darin, das Beitragsverfahren nach dem IHK-Gesetz zu vereinfachen und zu entlasten, indem bestimmten gewerbsteuerrechtlichen Tatbeständen insoweit Bindungswirkung beigelegt wird. Für das Verständnis des Begriffs „zur Gewerbesteuer veranlagt“ ist nach Auffassung des Verwaltungsgerichts prägend, ob der beitragsrechtlich Inanspruchgenommene objektiv der Gewerbesteuerpflicht unterliegt. Dies ist dann der Fall, wenn unter Berücksichtigung der §§ 2 und 3 GewStG die Gewerbesteuerpflicht dem

Grunde nach besteht und keine Befreiungsvorschrift eingreift.

Für die Pflegeeinrichtung greift aber regelmäßig die Gewerbesteuerbefreiung ein, sodass „keine Veranlagung zur Gewerbesteuer“ i. S. d. IHK-Gesetzes stattfindet und folgerichtig auch keine IHK-Beiträge zu zahlen sind. Unmaßgeblich ist übrigens, ob die Satzung der jeweiligen IHK eine Befreiung von den Beiträgen in diesen Fällen vorsieht. Die Pflegeeinrichtung kann sich direkt auf das IHK-Gesetz berufen.



**Dr. Jens Peter Damas, RA**  
FA für Steuerrecht  
ETL ADVISION  
Berlin  
Tel.: (030) 22 64 12 48  
jens.damas@etl.de

# PSG II: Handlungsbedarf für stationäre Einrichtungen in 2016

Viele der Einzelregelungen des am 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Pflegegestärkungsgesetzes II (PSG II) werden erst ab dem 01. Januar 2017 relevant. In 2016 besteht jedoch schon erheblicher Handlungsbedarf für stationäre Pflegeeinrichtungen, um die gesetzlich vorgegebenen Fristen einzuhalten und um die Auswirkungen der gesetzlichen Änderungen auf die strategische Planung des Unternehmens beurteilen zu können. Jede Pflegeeinrichtung sollte sich rechtzeitig auf die neuen Rahmenbedingungen einstellen, um in 2017 keine unliebsamen Überraschungen zu erleben.

## Überleitung der Pflegestufen auf Pflegegrade

Die Überleitung von den bisherigen Pflegestufen auf die neuen Pflegegrade ist in § 140 SGB XI geregelt. Danach werden die Bewohner wie folgt überleitet:

Pflegestufen mit Berücksichtigung PEA	Pflegegrade	Pflegestufe
-	1	0
0 + PEA	2	1
1 + PEA	3	2
2 + PEA	4	3
3 + PEA	5	3+

Von der Pflegeeinrichtung ist die Bewohnerstruktur am 30. September 2016 zu erheben; diese muss bis zum 31. Oktober 2016 den an der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Kostenträgern gemeldet werden. Die Überleitung erfolgt dann automatisch zum 01. Januar 2017 anhand der Überleitungsformel entsprechend dem Überleitungsverfahren nach § 92e SGB XI.

## Überleitung der Pflegesätze

Ab dem 01. Januar 2017 sind für alle Pflegeeinrichtungen neue Pflegesätze zu vereinbaren. Zur Ermittlung der neuen Pflegesätze stehen folgende Alternativen zur Verfügung:

- Vereinbarung neuer Pflegesätze entsprechend § 92c SGB XI durch individuelle Pflegesatzverhandlung, die bis zum 30. September 2016 abgeschlossen sein muss.
- Vereinfachtes Pflegesatzverfahren nach Empfehlung der Pflegesatzkommission. Grundlage ist die Berechnung anhand der Überleitungsformel zzgl. eines noch nicht eindeutig deklarierten Zuschlags. Auch das muss bis zum 30.09.2016 abgeschlossen sein.
- Sofern für die Pflegeeinrichtung keine neue Pflegesatzverhandlung erfolgt, ist eine budgetneutrale Überleitung der bisherigen Pflegesätze nach dem in § 92e SGB XI festgelegten Algorithmus durch das Pflegeheim vorzunehmen. Die entsprechende Berechnung muss zusammen mit den bisherigen Pflegesätzen bis zum 31. Oktober 2016 den an der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Kostenträgern mitgeteilt werden.

## Einrichtungbezogener einheitlicher Eigenanteil

- Bisher waren die von den Bewohnern zu tragenden Eigenanteile abhängig von der Pflegestufe wobei galt, dass der Eigenanteil mit der Höhe der Pflegestufe anstieg.
- Dagegen ist nach PSG II für jedes Pflegeheim ab 2017 ein einheitlicher Eigenanteil zu ermitteln und den Bewohnern in Rechnung zu stellen.

Die Folge: Bewohner der bisherigen höheren Pflegestufen werden einen

geringeren und die Bewohner der bisherigen niedrigeren Pflegestufen einen höheren Eigenanteil zahlen.

Bewohner, die bereits 2016 in der Einrichtung wohnten, genießen allerdings Bestandsschutz, d. h. diese müssen keine höheren Eigenanteile zahlen. Die Differenz zwischen altem und neuem (höheren) Eigenanteil wird von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung erstattet. Dies gilt allerdings nur bis zur Erhöhung des Eigenanteils durch die nächste, nach dem 01. Januar 2017 in Kraft tretende Pflegesatzänderung. Für die Einrichtungen entsteht hier ein erhöhter Abrechnungsaufwand – zunächst durch die Umstellung auf die Abrechnung der Pflegegrade und hinzukommend durch die erforderliche Beachtung des Bestandschutzes.

## Überleitung der Personalschlüssel

An die neuen Grundlagen der Einstufung der Pflegebedürftigen angepasste Personalschlüssel werden gemäß PSG II bis zum 30. Juni 2020 durch die Vertragsparteien nach § 130 SGB XI erarbeitet. In der Zeit vom 01. Januar 2017 bis zur Anpassung der Personalschlüssel müssen daher die bisherigen Personalschlüssel auf die neuen Pflegegrade übergeleitet werden.

Hierzu gibt es im Gegensatz zur Überleitung von Pflegestufen und Pflegesätzen keine gesetzlichen Vorgaben. Es liegen jedoch mittlerweile erste gemeinsame Empfehlungen von vdek und bpa vor. Diese schlagen eine Überleitung mit Äquivalenzziffern in Anlehnung an die sogenannte EViS-Studie (Evaluation des Neuen Begutachtungssassessments (NBA) – Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen) vor.

## Information von Bewohnern und Angehörigen

Die Bewohner bzw. deren Angehörige sind von der jeweiligen Einrichtung spätestens bis zum 30. November 2016 über die ab 2017 geltenden Änderungen zu informieren. Dabei kommt der Information über den für alle derzeitigen Bewohner geltenden Bestandschutz besondere Bedeutung zu.

## Auswirkungen auf die Bewohnerstruktur – Empfehlungen

Die anstehenden Änderungen sollten für jede Pflegeeinrichtung Anlass sein, die Auswirkungen auf die zukünftige Unternehmenssituation rechtzeitig in verschiedenen Varianten zu planen, um frühzeitig auf die Auswirkungen reagieren zu können.

- Dabei sind in erster Linie die möglichen Einflüsse auf die Auslastung und die Belegungsstruktur in die Planung einzubeziehen.
- Die Überleitung der Bewohner von den Pflegestufen zu den neuen Pflegegraden führt nach ersten Einschätzungen zu einem höheren Pflegegradmix, als er sich bei einer vollständigen Neubegutachtung der Bewohner ergeben würde. Daher wird davon auszugehen sein, dass in den nächsten Jahren zunächst weniger (gering-)Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen untergebracht werden. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass hierdurch die Gesamtauslastung sinkt.
- Ebenso muss als mögliches Risiko beachtet werden, dass zwar für die derzeitigen Bewohner Bestandschutz hinsichtlich des Eigenanteils besteht. Da dieser aber nur bis zur nächsten Erhöhung des Eigenanteils gilt, ist auch hierdurch davon auszugehen, dass sich Auswirkungen auf die Belegung ergeben.
- Durch die Absenkung der Leistungen der künftigen Pflegegrade 2 und 3 ist davon auszugehen, dass der Fokus

bei der künftigen Belegung bei den Pflegegraden 4 und 5 liegen wird.

Um der Gefahr einer geringeren Auslastung rechtzeitig entgegenzuwirken, sollte sich jedes Pflegeheim über sein Marktpotenzial bewusst sein. Sofern das Marktpotenzial noch nicht vollständig erschlossen ist, sind die Maßnahmen zur Bewohnerakquise zu intensivieren. Abhängig vom Ergebnis der Prüfung des Marktpotenzials – ggf. auch unter Betrachtung der Einbett-/Zweibett-Zimmer-Problematik – sind u. U. langfristig auch Maßnahmen zur Reduzierung der angebotenen Kapazitäten in die Überlegungen einzubeziehen. Im künftigen Pflegegrad 2 kommt es zu einer Absenkung um 28 Prozent und im Pflegegrad 3 um 6 Prozent der bisherigen finanziellen Leistungen. Eine Anpassung der Personalschlüssel ist erst zum 30. Juni 2020 geplant. Hinzu kommt eine derzeit bereits verkürzte Verweildauer im stationären Bereich und damit verbunden ein höherer Verwaltungsaufwand. Hier sollten Überlegungen vor dem Aspekt der gewinnbringenden Mehrerlöse des ambulanten Bereichs hinsichtlich einer Neuausrichtung und Erweiterung des Leistungsportfolios (evtl. Tagespflege) – auch ggf. im Rahmen eines Gesamtversorgungsvertrages – angestellt werden.

Kurzfristig muss von den Pflegeein-

richtungen entschieden werden, ob vor dem 30.09.2016 zu neuen Pflegesatzverhandlungen aufgefordert wird oder ob eine Überleitung der Pflegesätze erfolgen soll. Zwar erfolgt, wie oben beschrieben, die Überleitung zunächst budgetneutral, diese ist jedoch stichtagsbezogen von der Bewohnerstruktur zum 30.09.2016 abhängig. Änderungen in der Bewohnerstruktur nach diesem Stichtag führen entsprechend zu Änderungen in der Erlösstruktur.

Die frühzeitige Beschäftigung mit den Auswirkungen der Überleitung der Personalschlüssel auf den Stellenplan ist für eine vorausschauende Planung ebenfalls von großer Bedeutung. Voraussetzung ist die Kenntnis des möglichen Pflegebedarfs und den damit verbundenen Pflegeaufwendungen in den jeweiligen Pflegegraden entsprechend den Begutachtungsrichtlinien.



**Sabine Gundlach**  
Mediatorin  
ETL ADVISION  
Berlin  
Tel.: (030) 22 64 12 48  
sabine.gundlach@etl.de



**Andreas Ernst**  
Senior Consultant  
WRG Consulting GmbH  
Laatzen  
Tel.: (0511) 90 49 80  
ernst@wrg-consulting.de

			Geldleistungen SGB XI		Sachleistungen SGB XI					
			Pflegegeld § 37		ambulant § 36		teilstationär § 41		stationär § 43	
PS	PS +PEA	PG	01.2015	01.2017	01.2015	01.2017	01.2015	01.2017	01.2015	01.2017
0		1				125,-		125,-		125,-
1	0+	2	244,-	316,-	468,-	689,-	468,-	689,-	1064,-	770,-
2	1+	3	458,-	545,-	1144,-	1298,-	1144,-	1298,-	1330,-	1262,-
3	2+	4	728,-	728,-	1612,-	1612,-	1612,-	1612,-	1612,-	1775,-
3	3+	5	728,-	901,-	1995,-	1995,-	1995,-	1995,-	1995,-	2005,-



# Sektoraler Heilpraktiker für Osteopathie wird nicht anerkannt

VG Aachen, Urteil vom 03. März 2016 – 5 K III4/14

Anders als für den Bereich der Physiotherapie bestehen bei der Ausbildung zum Osteopathen keine verbindlichen bundesrechtlichen staatlichen Ausbildungs- und Tätigkeitsbestimmungen. Für die Begrifflichkeiten „Osteopathie“, „osteopathische Medizin“ und „osteopathische Behandlung“ fehlt es an einer klaren, weltweit akzeptierten Definition; auch in Deutschland liegt keine einheitliche Begriffsdefinition vor.

Der Bundesverband Osteopathie e. V. sieht derzeit innerhalb der nichtärztlichen Osteopathie auch keine einheitliche Antwort auf die Frage, welche Anforderungen an Prüfung, Fortbildung und Berufsbild des Osteopathen in Deutschland zu stellen sind. Eine Weiterbildung im Bereich der Osteopathie begründet gegenwärtig keinen eigenständigen Beruf des „Osteopathen“. Der über das Tätigkeitsspektrum eines Physiotherapeuten hinausgehende Tätigkeitsbereich der Osteopathie wird in Deutschland überwiegend nicht als eigenständige Behandlungsmethode angesehen. Selbst die Verordnung einer Weiterbildungs- und Prüfungsordnung im Bereich der Osteopathie des Hessischen Sozialministeriums vom 4. November 2008 schafft keinen Beruf des Osteopathen, sondern regelt lediglich die Weiterbildung in der Osteopathie – und das Bestehen der Prüfung berechtigt nur zum Führen der Weiterbildungserlaubnis „Osteopath“. Eine Weiterbildung zum Osteopathen ermächtigt nicht zu einer eigenverantwortlichen Ausübung der Heilkunde.

Insoweit liegt ein wesentlicher Unterschied zur Berufsausübung von Chiropraktikern vor. Bei dem Chiro-

praktiker handelt es sich – anders als beim Osteopathen – um einen eigenständigen Beruf mit einem klar abgrenzbaren eigenständigen Berufsbild. Unter Chiropraktik ist die schulmedizinisch anerkannte, auf Handgrifftechniken – also auf bestimmten Einrenkungshandgriffen – beruhende Heilmethode zum Einrichten von durch Verschiebung der Wirbel gegeneinander entstandenen Einklemmungen im Zwischenwirbelbereich zu verstehen. Unter dem Begriff der Chirotherapie wird die zusammenfassende Bezeichnung für alle Maßnahmen, bei denen die Hände zur Behandlung von Funktionsstörungen der Gelenke – vor allem der Wirbelsäule – eingesetzt werden, verstanden.

Für die Osteopathie fehlt es demgegenüber an einer einheitlichen Begriffserklärung und es sind in Deutschland bereits viele Techniken der „parietalen“ (Bindegewebe, Muskulatur) und teilweise auch der „viszeralen Osteopathie“ (innere Organe und ihre bindegewebigen Aufhängungen) bereits Bestandteil der ärztlichen Zusatz-Weiterbildung „Manuelle Medizin/Chirotherapie“ und so in die ärztliche Heilkunst integriert. Eine inhaltlich-konzeptionelle Differenzierung der Begriffe „Osteopathie“ und „Manuelle Medizin“ ist bislang nicht ohne Weiteres möglich.

Nach der „Wissenschaftlichen Bewertung osteopathischer Verfahren“ der Bundesärztekammer sind osteopathische Behandlungsmethoden auch nicht risikofrei. Sie erfordern danach eine umfassende ärztliche Untersuchung und Differenzialdiagnose, um insbesondere Komplikationen durch befunderhebende und therapeutische

Maßnahmen einer vorgeschädigten Struktur zu vermeiden. Da in der Osteopathie funktionsbezogen, aber auch an der Körperstruktur orientiert Befunde erhoben und behandelt würden, würden sich danach implizit die möglichen Gefahren der Schädigung von Körperstrukturen und vor allem von vorgeschädigten Strukturen ergeben. Entscheidende Voraussetzung, um insbesondere Komplikationen durch befunderhebende und therapeutische Maßnahmen einer vorgeschädigten Struktur zu vermeiden, sei deshalb eine umfassende ärztliche Untersuchung und Differenzialdiagnose. Anzustreben sei, dass Ärzte bei der Verordnung von ausgewählten osteopathischen befunderhebenden und therapeutischen Leistungen nicht nur Krankheitsdiagnosen, sondern insbesondere auch relevante Informationen zu geschädigten Strukturen kommunizieren. Die Notwendigkeit einer ärztlichen Diagnostik und Differenzialdiagnose und insbesondere eine Risikoabschätzung in Bezug auf vorgeschädigte körperliche Strukturen vor Durchführung osteopathischer Techniken sei danach unumgänglich.

Während der sektorale Heilpraktiker für Chiropraktik anzuerkennen ist, kann aus o. g. Gründen ein sektoraler Heilpraktiker für Osteopathie nicht ermöglicht werden.



**Dr. Jens Peter Damas, RA**  
 FA für Steuerrecht  
 ETL ADVISION  
 Berlin  
 Tel.: (030) 22 64 12 48  
 jens.damas@etl.de

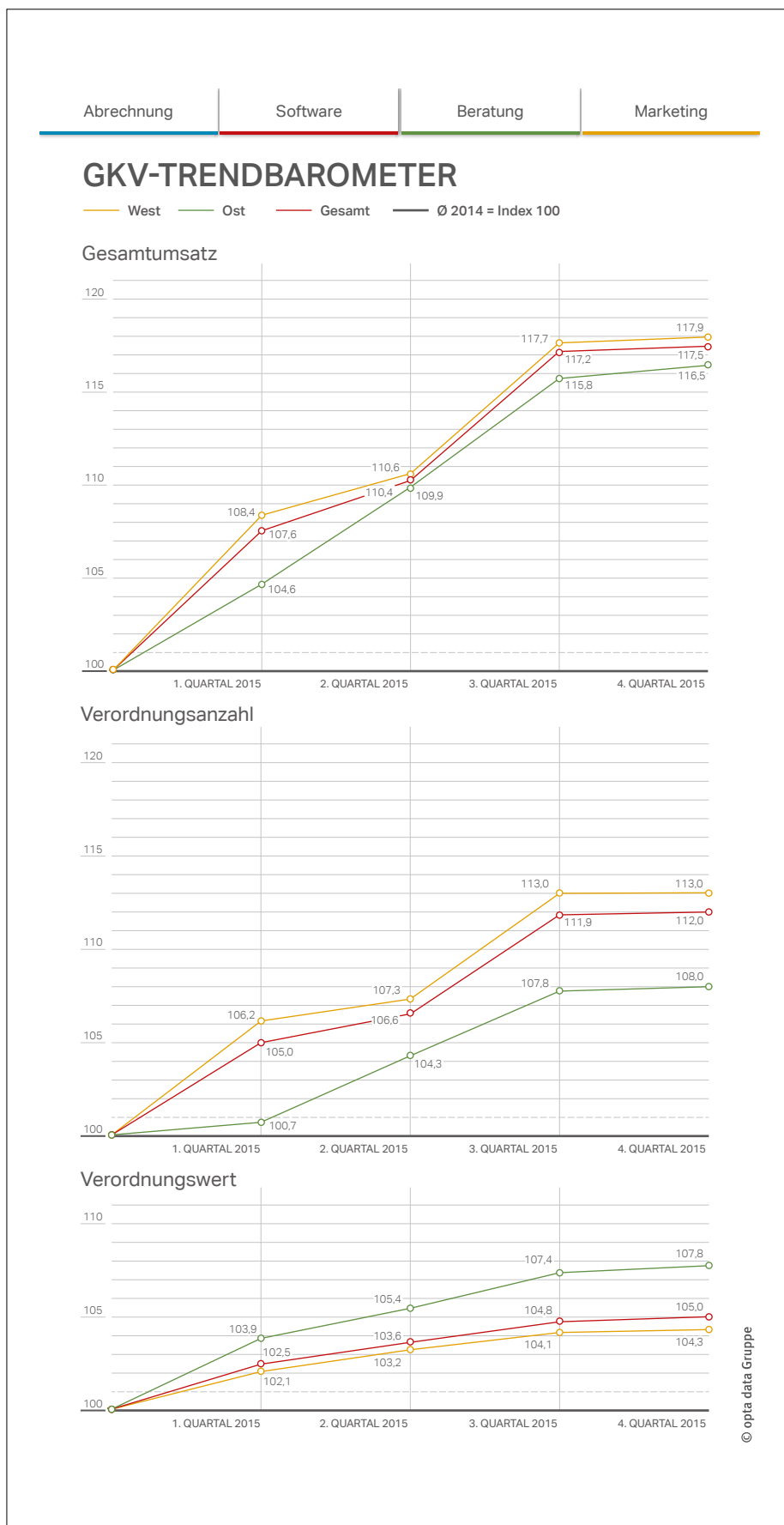
# Physio-Trendbarometer: So war das Jahr 2015

Wie entwickelt sich der GKV-Markt in der Physiotherapie? Dies ist die Fragestellung, die das GKV-Trendbarometer der opta data in den kommenden Jahren beobachten will. Einerseits soll dokumentiert werden, wie die Preisanpassungsklausel aus dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) in der Praxis umgesetzt wird. Andererseits können die ermittelten Kennzahlen „Gesamtumsatz“, „Verordnungsanzahl“ und „Verordnungswert“ von der „Physiopraxis Mustermann“ als allgemeine Vergleichszahlen herangezogen werden, um den eigenen Entwicklungsstand mit dem allgemeinen Trend in den anderen Bundesländern zu vergleichen.

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, das am 23. Juli 2015 in Kraft getreten ist, werden die Krankenkassen verpflichtet, die Vergütungen im Heilmittelbereich innerhalb des jeweiligen Vertragsgebietes – parallel zu den regulären Vergütungsverhandlungen – im Zeitraum 2016 bis 2021 einander anzugleichen. Ziel dieser Regelung ist es, so der Spitzenverband der Heilmittelverbände, eine Angleichung der Preise auf den jeweils höchsten Preis im jeweiligen Vertragsgebiet bis ins Jahr 2021 zu erreichen. Besonders davon profitieren werden voraussichtlich – so prognostizieren die Heilmittelexperten – die neuen Bundesländer. Aber auch in einigen alten Bundesländern wird es positive Effekte geben.

Inwieweit die Praxis der Theorie folgt, will das GKV-Trendbarometer, das im vierteljährlichen Rhythmus erscheint, beobachten. Auch kann jede Physio-praxis überprüfen, ob die eigene Praxis im allgemeinen Trend liegt.

**Gesamtumsatz mit der GKV von 2014 zu 2015 deutlich gestiegen**



Betrachtet man die Entwicklung des Gesamtumsatzes in der „Praxis Mustermann“ für das Jahr 2015, zeigt sich insgesamt eine deutliche Steigerung gegenüber 2014. Den größten Sprung gab es im III. Quartal 2015. In absoluten Zahlen bedeutet das von 2014 zu 2015 eine Steigerung des durchschnittlichen Gesamtumsatzes bundesweit von 13,18 Prozent – von 115.325 Euro auf 130.526 Euro Gesamtumsatz (ohne PKV und private Erlöse). Der GKV-Umsatz im Gebiet West stieg um 13,64 Prozent (2015: 133.186 Euro) und im Gebiet Ost betrug das Plus 11,69 Prozent (2015: 120.708 Euro).

#### Anzahl der Verordnungen in 2015

Das Plus beim Umsatz mit den ge-

setzlichen Kostenträgern wurde in den physiotherapeutischen Praxen in erster Linie mit einem Zuwachs an Patienten erzielt. Der Trend in Ost und West fällt bei der „Verordnungsanzahl“ über die Quartale gesehen recht ähnlich aus. Vergleicht man die Jahre 2014 und 2015 komplett in absoluten Zahlen, beträgt die Steigerung der Verordnungsanzahl insgesamt mit 8,87 Prozent (2015: 883). Im Gebiet West betrug das Wachstum 9,86 Prozent (2015: 874), im Gebiet Ost 5,18 Prozent (2015: 918).

Bezüglich des Verordnungswertes – Entwicklung des Erstattungspreises durch die GKV – entwickelte sich der Index in den vier Quartalen 2015 ebenfalls klar positiv. Der Trend ist dabei

in den betrachteten Gebieten beinahe einheitlich.

Der durchschnittliche Rezeptwert 2015 wächst im Osten (plus 6,19 Prozent) schneller als im Westen (plus 3,43 Prozent). Mit einem Zuwachs von 3,96 Prozent steigert sich der Wert bundesweit in 2015 auf 147,77 Euro (West: 152,38 Euro; Ost: 131,55 Euro).



**Helge Lensing**  
**Verkaufsleiter Großkunden**  
**Heilmittel**  
**opta data, Essen**  
Tel.: (0201) 320 68 559  
h.lensing@  
optadata-gruppe.de

# Kündigung wegen Alters (auch) im Kleinbetrieb unwirksam

BAG, Urteil vom 23.07.2015, 6 AZR 457/14

Die Kündigung eines Arbeitnehmers ist aufgrund der bestehenden Kündigungsschutzvorschriften mitunter schwer durchzusetzen. Insbesondere dann, wenn in einem Betrieb regelmäßig mehr als zehn Arbeitnehmer beschäftigt werden, bedarf es zur Wirksamkeit einer arbeitgeberseitigen Kündigung eines anerkannten Kündigungsgrundes.

Dagegen ist in Kleinbetrieben mit nicht mehr als zehn Arbeitnehmern das Kündigungsschutzgesetz nicht anwendbar. Neben dem besonderen Kündigungsschutz, welcher unabhängig von der Betriebsgröße besteht (z. B. bei Mutterschutz, Elternzeit, Schwerbehinderung, Betriebsratsstätigkeit), gelten dort erleichterte Kündigungsbedingungen. Dass Arbeitnehmer jedoch auch in Kleinbetrieben alles andere als schutzlos gestellt sind, zeigt die hier besprochene Entscheidung des Bundesarbeitsgerichts (BAG).

## Der Fall

Die Parteien stritten über die Wirksamkeit einer arbeitgeberseitigen ordentlichen Kündigung im Kleinbetrieb. Die 63-jährige Klägerin war ca. 22 Jahre als Arzthelferin bei der beklagten urologischen Berufsausübungsgemeinschaft mit eigenem Labor angestellt. In der Praxis waren neben der Klägerin vier weitere Arbeitnehmer beschäftigt. Aufgrund der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband zum 1. Januar 2014 umgesetzten Laborreform entschied sich die Arbeitgeberin, die Praxis umzustrukturieren. Dabei fiel die Entscheidung das Arbeitsverhältnis mit der Klägerin zu kündigen. Die Kündigungserklärung vom 24. Mai 2013 hatte auszugsweise den folgenden Inhalt:

„... seit über 20 Jahren gehen wir nun beruflich gemeinsame Wege. Wir haben in dieser Zeit viel erlebt, auch manche Veränderung. Inzwischen bist Du pensionsberechtigt und auch für uns beginnt ein neuer Lebensabschnitt in der Praxis. Im kommenden Jahr kommen große Veränderungen im Laborbereich auf uns zu. Dies erfordert eine Umstrukturierung unserer Praxis. Wir kündigen deshalb das zwischen uns bestehende Arbeitsverhältnis unter Einhaltung der vertraglichen Frist zum 31. Dezember 2013.“

Die Arbeitnehmerin erhob Kündigungsschutzklage und verlangte außerdem von der Arbeitgeberin eine Entschädigung bis zur Höhe eines Bruttojahresgehalts von 20.436,00 Euro wegen Altersdiskriminierung.

## Die Entscheidung des BAG

Das LAG Hamburg hielt die Kündigung für wirksam und wies zudem die Entschädigungsklage ab. Hiergegen ging die Klägerin erfolgreich in Revision. Das BAG hob das Urteil auf und entschied, dass das Arbeitsverhältnis durch die Kündigung nicht aufgelöst wurde. Die Kündigung sei trotz Bestehens eines Kleinbetriebs wegen Altersdiskriminierung unwirksam. Nach dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) dürften Beschäftigte nicht wegen eines in § 1 AGG genannten Grundes benachteiligt werden. Werde eine Kündigung aus einem dieser Gründe ausgesprochen, handele es sich um eine vom Gesetzgeber nicht tolerierte Diskriminierung, welche die Kündigung unwirksam sein ließe. Über den geltend gemachten Entschädigungsanspruch konnte mangels hinreichender Sachverhaltsaufklärung

durch das BAG nicht entschieden werden. Der Rechtsstreit wurde insoweit an das LAG Hamburg zurückverwiesen.

## Anmerkung

Der Entscheidung ist grundsätzlich zuzustimmen. Das fortgeschrittene Alter eines Arbeitnehmers darf kein Kündigungsgrund sein, solange der Arbeitnehmer trotz seines Alters die von ihm geschuldete Arbeitsleistung erbringen kann. Dies muss auch in Kleinbetrieben gelten, in denen eine Kündigung nicht auf willkürlichen oder sachfremden Motiven beruhen darf. Zur Bestimmung solcher Motive kann auf § 1 Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz zurückgegriffen werden. Dieser lautet wörtlich: „Ziel des Gesetzes ist, Benachteiligungen aus Gründen der Rasse oder wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität zu verhindern oder zu beseitigen.“

## Praxishinweise

Die Entscheidung des BAG ist ein Lehrstück für eine gut gemeinte, im Ergebnis jedoch „nach hinten losgegangene“ Kündigungserklärung. Diese führte nicht nur zur Unwirksamkeit der Kündigung, sondern kann im Ergebnis auch ziemlich teuer werden, wenn das Arbeitsgericht aufgrund der mit der Kündigung begangenen Altersdiskriminierung gem. § 15 Abs. 2 Satz 1 AGG eine Entschädigung zusprechen sollte, wofür durchaus einiges spricht.

Der Hinweis auf eine „Pensionsberechtigung“ in dem Kündigungsschreiben begründete ohne Not die Vermutung, dass das Alter ein Motiv für die Kündigung war. Es wäre daher Sache der Ar-

beitgeberin gewesen, im Prozess diese Vermutung zu widerlegen. Bei einer wegen des Alters vermuteten Benachteiligung ist die Darlegung und gegebenenfalls der Beweis von Tatsachen erforderlich, aus denen sich ergibt, dass es ausschließlich andere Gründe waren als das Alter, die zu der weniger günstigen Behandlung geführt haben und dass in dem Motivbündel das Alter keine Rolle gespielt hat. Dies war der Arbeitgeberin hier jedoch offensichtlich nicht hinreichend gelungen. In der Praxis ist die Hinzufügung einer Erläuterung bzw. mitunter sogar einer Entschuldigung für eine Kündigung

nicht selten anzutreffen. Der Fall zeigt jedoch, wie schädlich es mitunter sein kann, einer Kündigungserklärung lyrischen Charakter zu geben. Aus arbeitsrechtlicher Sicht ist davon stets abzuraten, sofern nicht das Gesetz eine Begründung für eine Kündigung ausdrücklich verlangt (z. B. bei einer fristlosen Kündigung auf Verlangen des Arbeitnehmers). Hätte sich die Arbeitgeberin auf eine neutrale, nur an der juristischen Notwendigkeit ausgerichtete Kündigungserklärung beschränkt, wäre der Fall höchstwahrscheinlich gewonnen worden, da es der Arbeitnehmerin im Prozess sicher

schwergefallen wäre, eine Altersdiskriminierung nachzuweisen.



**Dr. Till Thomas, RA**  
**Fachanwalt für**  
**Arbeitsrecht**  
**ETL Rechtsanwälte**  
**Berlin**  
Tel.: (030) 22 64 12 20  
till.thomas@etl.de

# ETL-Veranstaltungskalender

In den nächsten Monaten stehen wieder viele Informationsveranstaltungen und Workshops an. Wir halten Sie auf dem Laufenden.

### ETL Pflegefachtag 2016

Unsere neue Veranstaltungsreihe in 2016 – der ETL Pflegefachtag. Unsere ETL ADVISION-Steuerberater und unsere Fachberaterin für den Pflegebereich präsentieren Ihnen an diesem Tag zwei spannende Themen aus der Pflegewelt. Die Veranstaltungen finden bundesweit statt. Die Veranstaltung ist für Sie kostenfrei.

Informieren Sie sich über die Termine in Ihrer Nähe auf [www.etl-pflegefachtag.de](http://www.etl-pflegefachtag.de)

Wann: Termine unter [www.etl-pflegefachtag.de](http://www.etl-pflegefachtag.de)

Wo: bundesweit

Kosten: keine

### ExpertenFORUM Pflege

ETL ADVISION und opta data führen ebenfalls erfolgreich die bundesweite Veranstaltungsreihe „ExpertenFORUM für Pflegedienste“ durch. Unsere ETL ADVISION-Berater bieten den Teilnehmern spannende Themen aus der Pflegebranche.

Informieren Sie sich über die aktuellen Termine auf unserer Homepage [www.etl-advision.de](http://www.etl-advision.de)

Wann: Termine unter [www.etl-advision.de](http://www.etl-advision.de)

Wo: bundesweit

Kosten: keine

### ETL Gesundheitswesen-EM-Tippspiel

In einigen Tagen ist es soweit – die Fußball-EM 2016 in Frankreich startet, dann heißt es vier Wochen lang wieder „Das Runde muss ins Eckige“.

Melden Sie sich noch heute bei unserem ETL Gesundheitswesen-EM-Tippspiel unter [www.etl-gesundheitswesen.de/tippspiel](http://www.etl-gesundheitswesen.de/tippspiel) an, tippen Sie die einzelnen Partien und mit etwas Glück und den richtigen Tipps gewinnen Sie am Finaltag zwar nicht den EM-Pokal, aber dafür einen unserer tollen Preise.

- 1. Platz:** Ein traumhaftes Wochenende (zwei Übernachtungen) in der Villa Westerberge in Aschersleben für zwei Personen im exklusiven Turmzimmer.
- 2. Platz:** Das offizielle Heimtrikot der deutschen Fußballnationalmannschaft zur Europameisterschaft 2016 in Frankreich.
- 3. Platz:** ETL Gesundheitswesen-Shirt.
- 4. bis 10. Platz:** Steuerschmerzstiller und ETL Gesundheitsbärchen.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß bei der EM und viele erfolgreiche Tipps.

Jetzt mitspielen:

[www.etl-gesundheitswesen.de/tippspiel](http://www.etl-gesundheitswesen.de/tippspiel)

