

Inhalt



Im Brennpunkt

Anti-Korruptionsgesetz in geänderter Form auf der Zielgeraden	S. 2
LG Düsseldorf: Facebook-Like-Button auf beruflichen Websites unzulässig	S. 2
BGH stärkt Rechte gegen jameda & Co.	S. 3



Ärzte

Der vorläufige Tod der GOÄ-Reform	S. 4
Partnerschaft mit beschränkter Berufshaftung – bislang nur in Bayern!	S. 4



Zahnärzte

Neueste Zahlen für 2015	S. 5
-------------------------------	------



Apotheken

Produktivitätssteigerung einer Apotheke durch Automatisierung	S. 6
Apotheken dürfen einen Prokuristen bestellen	S. 7



Therapeuten

Freier Mitarbeiter und Rentenversicherung: Rolle rückwärts – was nun?	S. 8
Osteopathie darf von Physiotherapeuten trotz ärztlicher Verordnung nicht ausgeübt werden	S. 9



Pflege

Unsicherheiten bei der Verhinderungspflege – welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein?	S. 10
Einheitliche Vereinbarung für die Intensivpflege	S. 12

Anti-Korruptionsgesetz in geänderter Form auf der Zielgeraden

Die Große Koalition hat sich darauf verständigt, von den zwei Tatvarianten

1. unlautere Bevorzugung eines anderen im Wettbewerb und
2. Verletzung der berufsrechtlichen Pflicht zur Wahrung der heilberuflichen Unabhängigkeit

die zweite Variante zu streichen, nachdem im Gesetzgebungsprozess erhebliche verfassungsrechtliche

Bedenken geltend gemacht worden waren. Der Gesetzentwurf wird voraussichtlich noch im April verabschiedet werden.

Die praktischen Konsequenzen dieser Herausnahme der Berufsrechtsvariante dürfen aber nicht überschätzt werden, denn beide Tatvarianten waren weitgehend deckungsgleich und gleichzeitig stellt die Verletzung von marktbezogenen berufsrechtlichen

Pflichten regelmäßig eine unlautere Wettbewerbsbeeinflussung dar. Der Rechtsausschuss geht deshalb auch davon aus, dass durch die Anpassung des Gesetzes keine Strafbarkeitslücken entstehen.

Eine weitere Änderung besteht darin, dass das Erfordernis eines Strafantrags entfällt und die Korruption im Gesundheitswesen von Amts wegen als so genanntes Offizialdelikt verfolgt werden soll.

LG Düsseldorf: Facebook-Like-Button auf beruflichen Websites unzulässig

Nach Auffassung des Landgerichts Düsseldorf (Az: 12 O 151/15) dürfen Unternehmen den „Gefällt-mir-Button“ von Facebook nicht ohne Einwilligung der betroffenen Seitenbesucher und ohne Angabe über Zweck und Funktionsweise auf ihren Webseiten nutzen. Die klagende Wettbewerbszentrale NRW hat dazu mitgeteilt: Unterbleiben auf einer Webseite die erforderlichen Hinweise auf die bereits bei bloßem Seitenaufruf erfolgende Datenübermittlung an Facebook und

fehlt es am entsprechenden Einverständnis der Nutzer, sind dies gravierende Verstöße gegen den Datenschutz. Das Landgericht Düsseldorf gab der Verbraucherzentrale NRW recht, die gegen die bloße Einbindung des Facebook-Like-Buttons beim Webaufttritt fashionid.de des gleichnamigen Unternehmens als Teil der Unternehmensgruppe Peek & Cloppenburg KG Düsseldorf (Az: 12 O 151/15) geklagt hatte. Die Entscheidung ist nicht rechtskräftig.



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

BGH stärkt Rechte gegen jameda & Co.

Einmal mehr lag dem Bundesgerichtshof (BGH) ein Verfahren eines negativ bewerteten Arztes gegen ein online betriebenes Bewertungsportal zur Entscheidung vor. Das Ergebnis lautet dieses Mal 1:0 für den Arzt!

Der Kläger wurde als Arzt auf der Bewertungsplattform www.jameda.de durch einen anonymen Nutzer beurteilt, der für die einzelnen Bereiche „Behandlung“, „Aufklärung“, „Vertrauensverhältnis“, „genommene Zeit“ und „Freundlichkeit“ Schulnoten vergab. Die Gesamtnote betrug 4,8, wobei die Kategorien „Behandlung“, „Aufklärung“ und „Vertrauensverhältnis“ jeweils mit der Schulnote 6 bewertet wurden. Der Arzt wehrte sich und forderte zur Löschung auf, da er den vermeintlichen Patienten überhaupt nicht behandelt habe. jameda konfrontierte den Nutzer mit der Beanstandung durch den Arzt. Die darauf ergangene Antwort leitete jameda allerdings nicht an ihn weiter, teilte aber mit, dass nach Durchführung des Prüfprozesses keine Zweifel bestünden, dass der Nutzer Patient in der Praxis gewesen sei. jameda beließ die Bewertung im Portal.

Der BGH stellt in seiner Entscheidung zunächst nochmals klar, dass jameda

dann für die Behauptung des Nutzers haftet, wenn sie die ihr zumutbaren Prüfpflichten verletzt hat. Diese Prüfpflichten konkretisiert der BGH sodann. Hierbei führt er aus, dass das Betreiben eines Bewertungsportals von vornherein ein gesteigertes Risiko für Persönlichkeitsverletzungen mit sich bringt. Dies werde durch die Möglichkeit, Bewertungen anonym bzw. unter einem Pseudonym abzugeben noch verstärkt. Es sei zudem zu berücksichtigen, dass es für den betroffenen Arzt aufgrund der Anonymisierung nur schwer möglich ist, gegen den Bewerter direkt vorzugehen. Um deswegen den Arzt mehr zu schützen, hätte jameda den Nutzer dazu auffordern müssen, ihr den angeblichen Behandlungskontakt möglichst genau zu schildern. jameda hätte zudem darauf bestehen müssen sich das Geschilderte durch die Übersendung von Unterlagen, wie Bonushefte, Rezepte etc. belegen zu lassen. Unter Beachtung des im Telemediengesetz verankerten Datenschutzes hätte jameda die Informationen und Unterlagen an den Arzt weiterleiten müssen. Welche Unterlagen das genau sind bzw. wie jameda den Namen und somit den Datenschutz durch die Übersendung

hätte wahren können, ist der bisher veröffentlichten Pressemitteilung noch nicht zu entnehmen.

Die Entscheidung des BGH ist zu begrüßen. In Zeiten zunehmender Digitalisierung „verstecken“ sich viele Kritiker hinter ihrer Anonymität und überschreiten die Grenze dessen, was noch unter die freie Meinungsäußerung fällt. Allzu leicht können die Nutzer völlig haltlose Behauptungen aufstellen. Der BGH hat diesen Praktiken nunmehr einen längst notwendigen Riegel vorgeschoben. Die Portalbetreiber dabei mehr in die Pflicht zu nehmen, ist der einzig effektive Weg. Dies ist auch angesichts dessen, dass die Betreiber ihr Unternehmen auf Bewertungen ihrer Nutzer aufbauen und ihren wirtschaftlichen Erfolg daraus erzielen, nicht ungerrecht.



**Nadine Arbasowsky, RA in
ETL Lüdemann
Wildfeuer & Partner**
Tel.: (089) 89 05 55 50
nadine.arbasowsky@etl.de

Der vorläufige Tod der GOÄ-Reform

Die Ablösung der 19 bzw. sogar 33 Jahre alten GOÄ (letzte Teilrevision 1996, letzte Gesamtrevision 1982) durch eine moderne, dem aktuellen Stand der medizinischen Versorgung entsprechende Gebührenordnung war das Ziel des Reformvorhabens. Seit Januar 1996 beträgt der GOÄ-Punktwert 5,82873 Cent (11,4 Pfennig). Der Verbraucherpreisindex ist aber seit 1996 um 34 Prozent gestiegen. Die Aufgabe bestand darin, einen fairen und angemessenen, inhaltlich, medizinisch und ökonomisch plausiblen Interessenausgleich zwischen den Betroffenen unter Erhaltung der in § 11 Satz 3 BÄO festgeschriebenen Doppelschutzfunktion für Patienten und Ärzte zu erzielen: Keine ökonomische Überforderung der

zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten und zugleich angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen. Jetzt stehen die Funktionäre vor dem Scherbenhaufen. Dr. Theodor Windhorst, Vorsitzender der Gebührenordnungskommission und als Kammerpräsident in Westfalen-Lippe Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer, ist als Verhandlungsführer der Ärzte in Sachen GOÄ-Reform zurückgetreten. Die Komplexität des Reformvorhabens wurde insgesamt unterschätzt. Außerdem krankt die Bundesärztekammer an einem Informationsdefizit. Im Unterschied zur Kassenärztlichen Bundesvereinigung für den GKV-Bereich hat die Bundesärztekammer keine Abrechnungsdaten im PKV-Bereich.

reich. Die Planung und Abschätzung der finanziellen Auswirkungen der Reform war damit höchst problematisch.

Während der Vorsitzende der Bundesärztekammer Montgomery sich für ein nahtloses Fortführen des Reformprojekts einsetzt, fordert der Berufsverband Deutscher Internisten einen völligen Neustart der Reform.



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

Partnerschaft mit beschränkter Berufshaftung (PartmbB) – bislang nur in Bayern!

Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten steht bislang nur in Bayern die Möglichkeit offen, in der Rechtsform der Partnerschaft mit beschränkter Berufshaftung (PartmbB) tätig zu sein. Durch Änderung des Heilberufekammergesetzes für Bayern vom 22. Mai 2015 ist es seit dem 1. Juni 2015 berufsrechtlich möglich, Berufsausübungsgemeinschaften in dieser Rechtsform zu führen (Art. 18 Heilberufekammergesetz Bayern). Bisher war nur die „normale“ Partner-

schaftsgesellschaft nach Partnerschaftsgesellschaftsgesetz (PartGG) berufsrechtlich gestattet. Die Berufshaftpflichtversicherung ist auch bei der PartmbB zwingend. Die Mindestversicherungssumme pro Versicherungsfall beträgt 5 Mio. Euro. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Versicherungsjahres verursachten Schäden können auf den Betrag der Mindestversicherungssumme, vervielfacht mit der Zahl der Partner, begrenzt

werden; die Jahreshöchstleistung muss sich jedoch mindestens auf den 4-fachen Betrag der Mindestversicherungssumme belaufen.



Dr. Lars Lindenau, RA
 ETL Rechtsanwälte
 Erlangen
 Tel.: (09131) 977 07 37
 lars.lindenau@etl.de

Neueste Zahlen für 2015

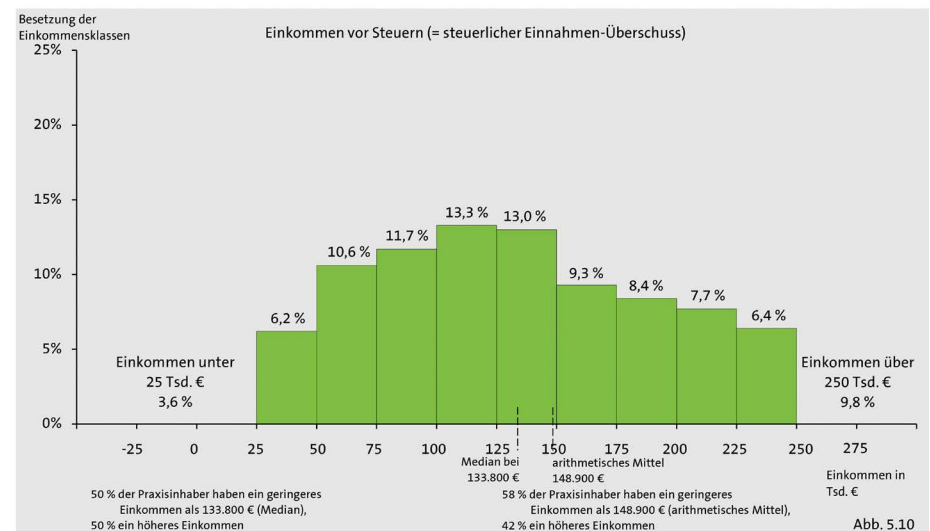
Zahnärzte erwirtschaften einen zunehmenden Anteil ihrer Gesamteinnahmen über Privatpatienten oder aus privaten Zusatzleistungen. Aus dem aktuellen Statistischen Jahrbuch der KZBV geht hervor, dass Leistungen, die über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) abgerechnet werden, nur noch rund 48 Prozent der Umsätze ausmachen. Im Jahr 2000 betrug dieser Anteil noch 61 Prozent. Bei den KZV-Einnahmen haben sich Zahnärzte in West (durchschnittlich 207.000 Euro) und Ost (194.000 Euro) weiter angenähert. Deutliche Unterschiede gibt es weiterhin bei den Privateinnahmen. Hier liegen Zahnärzte im Westen mit fast 238.000 Euro deutlich über ihren Kollegen im Osten (122.000 Euro). Der durchschnittliche Einnahmenüberschuss beträgt rund 139.000 Euro. Das Jahrbuch macht auch deutlich, wie wichtig die Arbeit der Zahnarztpraxen für die Volkswirtschaft ist. Insgesamt arbeiten über 53.000 Zahnärzte in Praxen; sie

beschäftigen wiederum 317.000 Menschen aus verschiedenen Berufen. Dies ist ein Anstieg um fast 15 Prozent im Vergleich zum Jahr 2000. Bei der individuellen Situation des Zahnarztes zeigt sich ein uneinheitliches Bild mit erheblicher Einkommensspreizung.



Dr. Lars Lindenau, RA
ETL Rechtsanwälte
Erlangen
 Tel.: (09131) 977 07 37
 lars.lindenau@etl.de

Verteilung des Einkommens der Inhaber nach Größenklassen 2013 – Deutschland



Quelle: KZBV Jahrbuch 2015, Seite 117

Produktivitätssteigerung einer Apotheke durch Automatisierung

In den vergangenen Jahren hat die Anzahl an Apothekenautomatisierungen rasant zugenommen. Mittlerweile werden bei Neugründungen und/oder Apothekenkäufen mit nachgelagerten Umbauten auch immer mehr Kommissionierautomaten in den Apotheken installiert. Gründe hierfür sind u. a. ein deutlich effektiveres und schnelleres Arbeiten in den Prozessen der Warenlagerpflege, aber auch mehr gewonnene Zeit im Bereich des Verkaufes und bei der Beratung der Patienten, da für die HV-Kräfte das Laufen zu den Schüben wegfällt.

Arbeitserleichterung gibt es speziell in den Bereichen: Einräumen von Waren, Retourenbearbeitung, Inventur und natürlich auch bei der allgemeinen Lagerpflege. Unsere Analysen in Apotheken ERFA-Gruppen ergaben, dass man mit einer Automatisierung im BackOffice bis zu drei Stunden an täglicher Arbeitszeit einsparen kann, welche die jeweiligen Mitarbeiter dann für andere Bereiche verwenden können, wie z. B. Regalpflege in der Frei- und Sichtwahl, Schreiben von Rechnungen etc. Neben den zeitlichen

Effekten wurde durch die Automatisierung die Anzahl der Lagerdifferenzen deutlich reduziert. Das in Apotheken immer wieder vorkommende Phänomen, dass Ware eigentlich im Fach liegen sollte, das Fach aber leer ist, kann mit einem Kommissionierautomaten nicht mehr auftreten, denn dieser arbeitet mit einer permanenten automatischen Inventur.

Somit rechnen sich die Anschaffungskosten für einen Kommissionierautomaten auf verschiedenen Wegen: Zum einen in freigesetzten Mitarbeiterressourcen, zum anderen aber auch durch das momentane Niedrigzinsniveau. Finanzierungen für die Anschaffung solcher Automaten lassen sich in den Laufzeiten durch die niedrigen Zinsbelastungen und die steuermindernde AFA/Investitionsabzugsbetrag sehr gut rechnen. Automatenfirmen gibt es im Apothekenmarkt einige: dazu gehören Apostore, Rowa, Gollmann, KLS, Mach4 etc.

Welcher Anbieter für die jeweilige Apotheke und die zur Verfügung stehende Fläche der richtige ist,

lässt sich durch Angebotseinholung sehr schnell herausfinden. Jene Apotheken, die sich bereits für so eine Investition entschieden hatten, möchten den Automaten heute nicht mehr zurückgeben und wieder auf das klassische Warenlager in Schüben zurückkehren. In der Praxis hat sich auch nicht bestätigt, dass etwaige Ängste der Mitarbeiter hinsichtlich der Gefährdung des Arbeitsplatzes begründet sind. Die Entscheidung für eine Automatisierung sollte nicht das ausschlaggebende Moment sein für eine Personalreduktion.

Fragt man in den Apotheken direkt nach, ob und wie viele Mitarbeiter ein Apotheker mit der Umstellung entlassen hat, so sind diese Zahlen marginal.



Gastbeitrag

Heike Riepe

AMM Apotheken Management und Marketing GmbH

Tel.: (0231) 725 66 00

h.riepe@amm-beratung.de

Apotheken dürfen einen Prokuristen bestellen

OLG Karlsruhe, Beschluss vom 1. März 2016 – 11 W 5/16 (Wx)

Das berufsrechtliche Gebot der persönlichen Leitung der Apotheke (§ 7 ApoG) steht der Bestellung eines Prokuristen nicht entgegen, auch wenn dieser lediglich wirtschaftliche Expertise mitbringt (Abweichendes Urteil zum OLG Celle aus dem Jahr 1989).

Der Apotheker ist nach § 7 Satz 1 ApoG „zur persönlichen Leitung ... in eigener Verantwortung verpflichtet“. Das umfasst nicht nur pharmazeutische, sondern auch wirtschaftliche Angelegenheiten. Dem Apotheker ist es deshalb berufsrechtlich nicht gestattet, sich lediglich die pharmazeutischen Entscheidungen – etwa über die Beratung der Kunden und die Abgabe bestimmter Arzneimittel – vorzubehalten und die Geschäfte im Übrigen – etwa Einkauf, Werbung, Personalgewinnung und Ähnliches – vollständig einem Dritten zur eigenverantwortlichen Entscheidung zu überlassen. Das Bundesverwaltungsgericht hat deshalb ein Geschäftsmodell für unzulässig erachtet, bei dem ein Apotheker einen Arzneimittelabgabeautomaten über einen Servicevertrag durch eine Kapitalgesellschaft hat betreiben lassen; es hat die in dem Vertrag eingeräumten Kontrollrechte für nicht hinreichend effektiv gehalten.

Hieraus lässt sich indes nicht folgern, dass es dem Apotheker grundsätzlich versagt wäre, eine Prokura zu erteilen

befindet nun das OLG Karlsruhe, Beschluss vom 1. März 2016 – 11 W 5/16 (Wx); insbesondere widerspricht dies nicht dem Leitbild des selbstständigen „Apothekers in seiner Apotheke“.

Durch die Prokuraerteilung beraubt sich der Apotheker für sich genommen nicht der rechtlichen und faktischen Möglichkeit der Leitung der Apotheke und überlässt sie dem Prokuristen; er vernachlässigt seine berufsrechtlichen Pflichten erst dann, wenn er dem Prokuristen im Innenverhältnis zu weite Entscheidungsbefugnisse einräumt oder dessen Tätigkeit nicht engmaschig und effektiv – insbesondere bez. der Einhaltung der spezifischen Anforderungen an den Betrieb einer Apotheke – kontrolliert. Die Bestellung eines Prokuristen entwertet nicht die Möglichkeit effektiver berufsrechtlicher Kontrolle, sondern sie ist im Gegenteil geeignet, sie zu erleichtern.

Für die Zulassung der Prokuraerteilung spricht zudem, dass der Apotheker – anders als bspw. der Arzt, der persönliche Dienstleistungen höherer Arbeit anbietet – einen gewerblichen freien Beruf des Gesundheitswesens ausübt. Legt man dem Beruf des Apothekers einen (auch) gewerblichen Charakter bei, kann es ihm grundsätzlich nicht verwehrt sein, die entsprechenden Bereiche seiner Berufsausübung zu professionalisieren, wozu auch die Bestellung eines nicht pharmazeu-

tisch, sondern wirtschaftlich erfahrenen Prokuristen gehören kann. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass Ärzte, die sich etwa in einem Medizinischen Versorgungszentrum nach § 95 Absatz 1a SGB V zusammengeschlossen und zu diesem Zweck eine Personen- oder Kapitalgesellschaft gegründet haben, nach der von der Ärzteschaft beschlossenen Musterberufsordnung (lediglich) verpflichtet sind zu gewährleisten, dass die Geschäftsführer „mehrheitlich“ Ärztinnen oder Ärzte sind (§ 23a Absatz 1 lit. a MBO). Lässt man damit im ärztlichen Bereich sogar nicht-ärztliche Geschäftsführer einer zur gemeinsamen Berufsausübung gegründeten GmbH zu, kann es dem – angesichts des auch gewerblichen Charakters seiner Tätigkeit weniger weitgehenden Beschränkungen unterliegenden – Apotheker nicht verwehrt werden, einen Prokuristen zu bestellen.

Diese Entscheidung steht im Gegensatz zur Beurteilung des OLG Celle. Es bleibt abzuwarten, wie die übergeordnete Instanz die Frage beurteilt.



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

Freier Mitarbeiter und Rentenversicherung: Rolle rückwärts und was nun?

Bei der Frage, ob ein Therapeut rentenversicherungspflichtig ist oder nicht, haben sich in der letzten Zeit viele Unsicherheiten durch divergierende Gerichtsurteile ergeben. Es gibt aber auch Kriterien, die unstreitig gelten.

Unstreitige allgemeine Kriterien

Nicht-Selbstständigkeit ist das rechtliche Merkmal, das die Arbeit zur rentenversicherungspflichtigen Beschäftigung macht. Dieses Merkmal selbst ist im § 7 SGB IV erläutert. Dort heißt es: Anhaltspunkte für eine Beschäftigung sind eine Tätigkeit nach Weisungen und eine Eingliederung in die Arbeitsorganisation des Weisungsgebers. Das bedeutet, der freie Mitarbeiter darf weder nach Weisung tätig werden, noch darf er in die Arbeitsorganisation eingebunden sein. Außerdem besteht eine Sonderregelung für den Therapeuten, der allein (bzw. ohne versicherungspflichtigen Arbeitnehmer) tätig ist. Selbstständig tätige Physiotherapeuten/Krankengymnasten, die überwiegend auf ärztliche Verordnung tätig werden, unterliegen nach § 2 S. 1 Nr. 2 SGB VI der Rentenversicherungspflicht, sofern sie im Zusammenhang mit ihrer selbständigen Tätigkeit keinen versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigen. Um aus diesem Rentenversicherungsgrund herauszukommen, ist die Anstellung eines Arbeitnehmers für mehr als 450 Euro im Monat erforderlich. Werden mehrere Minijobber beschäftigt, dann werden deren Gehälter zusammengerechnet. Die 450-Euro-Grenze wird also z. B. auch dann überstiegen, wenn zwei Mitarbeiter für jeweils 280 Euro im Monat beschäftigt werden.

Beide Kriterien – 1. weisungsfreie Tätigkeit ohne Einbindung in die

Arbeitsorganisation und 2. Anstellung eines versicherungspflichtigen Arbeitnehmers (bzw. mehrerer Arbeitnehmer für zusammen über 450 Euro) – lassen sich gestalten, also bewusst herbeiführen und vereinbaren.

Ein K.o.-Kriterium hat aber jüngst die Rechtsprechung den allgemeinen Kriterien hinzugefügt. So hat das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen im Urteil vom 24. September 2014 (Az: L 1 KR 351/12) befunden, dass Physiotherapeuten, die ihre Leistungen in einer fremden, zur Leistungserbringung nach § 124 SGB V zugelassenen Praxis erbringen, in der Regel abhängig beschäftigt sind. Dem zugelassenen Therapeuten sind die Verantwortung und Entscheidung für alle physiotherapeutischen Leistungen, die in der Praxis erbracht und die über sie abgerechnet werden, zuzurechnen. Die Beziehung zwischen zugelassenem Therapeuten und freiem Mitarbeiter ist durch die zwingenden Vorgaben des Leistungserbringerrechts definiert, das der Klägerin als dem zugelassenen Leistungserbringer die Verantwortung für die von ihr abgerechneten Leistungen zuweist. Dementsprechend kommt dem zugelassenen Therapeuten auch eine entscheidende Weisungs- und Entscheidungsbefugnis zu und der freie Mitarbeiter ist automatisch in die Arbeitsorganisation des zugelassenen Therapeuten eingegliedert. Diese Rechtsprechung bedeutet de facto, dass ein freier Mitarbeiter bei einem zugelassenen Therapeuten nicht mehr denkbar ist; lediglich in der reinen Privatpraxis wären noch rentenversicherungsfreie freie Mitarbeiter möglich.

Im vollständigen Gegensatz dazu steht die Rechtsprechung des Landessozial-

gerichts Baden-Württemberg im Beschluss vom 14. Oktober 2015 (Az: L 4 R 3874/14). Zur selbständigen Tätigkeit eines nicht zur Leistungserbringung im System der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Physiotherapeuten in der Praxis eines zur Leistungserbringung zugelassenen und die Abrechnung durchführenden Physiotherapeuten meint das Gericht: Kein Argument für eine abhängige Beschäftigung ist der – wiederum dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (§§ 124, 125 SGB V) geschuldete – Umstand, dass die Therapeutin ihre Behandlung von gesetzlich Krankenversicherten nicht mit den Kostenträgern direkt abrechnen durfte, sondern dass dies durch den Kläger geschah (so bereits in ähnlichen Konstellationen LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 11. Mai 2011 – L 11 R 1075/11 ER-B –; Urteil vom 14. Oktober 2008 – L 11 R 515/08). Eine sozialversicherungsrechtlich relevante Eingliederung in den Betrieb des zugelassenen Therapeuten ist hierdurch genauso wenig erfolgt, wie Ärzte zu Angestellten privatärztlicher Verrechnungsstellen werden, die sie mit der Eintreibung ihrer (ggf. an diese abgetretenen) Forderungen gegenüber Privatpatienten beauftragt haben.

Es bleibt zu hoffen, dass das Bundessozialgericht bald einen Fall dieser Art entscheiden kann, um der Rechtsunsicherheit ein Ende zu bereiten.



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

Osteopathie darf von Physiotherapeuten trotz ärztlicher Verordnung nicht ausgeübt werden

Die Berufsvereinigung für heilkundlich praktizierte Osteopathie (hpO) berichtet von einer Stellungnahme des Bayerischen Gesundheitsministeriums und zitiert ausführlich daraus. Mitte Dezember hatten hpO und der Verein Osteopathen in Hamburg gemeinsam die Gesundheitsminister der Länder angeschrieben und Argumente gegen die Ausübung der Osteopathie durch Physiotherapeuten zusammengetragen.

Nun liegt eine Stellungnahme des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege vor, das diese Position teilt und zusätzliche Argumente aufführt.

Demnach sei es „weder berufsrechtlich möglich noch praktisch angemessen, die Osteopathie in mehrere selbständige ‚Unterarten‘ – parietale, viszerale und kraniosakrale Osteopathie – aufzugliedern und danach zu differenzieren, ob bestimmte Methoden mit oder ohne Heilpraktikererlaubnis ausgeübt werden dürfen.“

Zudem umfasse „die staatlich geregelte Ausbildung in der Physiotherapie keine Methoden der Osteopathie, auch nicht der parietalen Osteopathie. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass verschiedene Verrichtungen der parietalen Osteopathie eine gewisse handwerkliche Nähe zu klassischen physiotherapeutischen Methoden aufweisen. Gerade angesichts dieser

teilweisen handwerklichen Vergleichbarkeit besteht aber schon kein Bedarf für die Anwendung osteopathischer Methoden ohne Heilpraktikererlaubnis, da der gewünschte Therapieerfolg in diesen Fällen auch mit Mitteln der klassischen Physiotherapie erzielt werden kann.“

Hinsichtlich der Nichtteilbarkeit der Osteopathie verweist das Ministerium ausdrücklich auf den Verband der Osteopathen Deutschland. Dieser habe „in einem Schreiben vom 1.12.2015 dafür plädiert, nicht nach den verschiedenen Unterarten der Osteopathie zu differenzieren, da dies auch kein Osteopath in der Praxis tun würde.“

Das Ministerium weiter: „Eine Differenzierung würde nicht zuletzt auch zu erheblichen Vollzugsproblemen führen. Es ist den zuständigen Behörden faktisch gar nicht möglich, zu überwachen, ob ein Physiotherapeut/Osteopath tatsächlich nur Methoden der manuellen Therapie oder der parietalen Osteopathie und nicht auch noch weitere osteopathische Methoden anwendet, für die eigentlich eine Heilpraktikererlaubnis erforderlich wäre. Es ist lebensfremd anzunehmen, ein Behandler würde die Therapie an dieser Stelle abbrechen und dem Patienten mitteilen, er könne nun nicht weiter behandeln, da ihm für die folgenden Therapieschritte die Heilpraktikererlaubnis fehle.“

Sowohl aus rechtlichen Gründen, aber auch aus Gründen der Praktikabilität ist die Osteopathie daher einheitlich zu betrachten, mit der Folge, dass für die Ausübung der Osteopathie die allgemeine Heilpraktikererlaubnis zu fordern ist.“

Daran ändere laut Ministerium auch eine ärztliche Verordnung nichts, denn: „eine Aus- oder Weiterbildung in Osteopathie ist (in Bayern) nicht anerkannt und insgesamt auch nicht wissenschaftlich evaluiert. Ob ein Behandler osteopathisch weitergebildet ist, mag sein fachliches Können beeinflussen, hat aber keine Auswirkung auf sein rechtliches Dürfen, also seine berufsrechtlichen Befugnisse. Ein Physiotherapeut darf nicht schon deshalb (parietale) Osteopathie ausüben, weil er Physiotherapeut ist. Die Ausbildung und Prüfung nach dem MPhG (Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie – Masseur- und Physiotherapeutengesetz) umfasst die Osteopathie, wie bereits erwähnt, nicht. Eine (nicht anerkannte) osteopathische Aus- oder Weiterbildung ändert daran nichts.“



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

Unsicherheiten bei der Verhinderungspflege – welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein?

Die Ausgaben für die Verhinderungspflege steigen rasant. Das könnte eine Motivation für die Kassen sein, künftig etwas genauer hinzusehen, ob die Voraussetzungen der Verhinderungspflege wirklich erfüllt sind. Aber was sind eigentlich die Voraussetzungen genau?

Verhinderung einer Pflegeperson

Erforderlich ist, dass eine Pflegeperson an der Pflege verhindert ist. Ob der Pflegebedürftige wegen der von der Pflegeperson erbrachten Dienste Pflegegeld bezieht, ist nicht maßgebend. Grundsätzlich kommen alle als verhinderte Pflegepersonen in Betracht, die den Pflegebedürftigen nicht erwerbsmäßig in seiner häuslichen Umgebung pflegen. Ausgeschlossen sind daher Pflegekräfte einer zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtung und Pflegekräfte, mit denen die Pflegekasse einen Einzelvertrag nach § 77 SGB XI geschlossen hat sowie Betreiber und Pflegekräfte ambulant betreuter Wohngruppen. Beim Ausfall einer professionellen Pflegekraft muss die Pflegeeinrichtung Ersatz stellen – oder die Kasse muss eine andere Pflegeeinrichtung oder Pflegekraft nach § 77 SGB XI beauftragen.

Vorpflegezeit

Voraussetzung für die Leistung nach § 39 SGB XI ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Dies ist jedoch nicht so zu verstehen, dass bereits Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14, 15 SGB XI vorgelegen und dieselbe Pflegeperson den Pflegebedürftigen sechs Monate gepflegt haben muss. Die Wartezeit von sechs Monaten ist auch

dann erfüllt, wenn sich mehrere Personen die Pflege zeitlich geteilt haben. Die Pflege muss nicht ununterbrochen ausgeführt worden sein. Unterbrechungen, die nicht länger als vier Wochen dauern, sind für die Erfüllung der Wartezeit unschädlich. Hat die Unterbrechung länger als vier Wochen gedauert, so verlängert sich die Frist um den Zeitraum der Unterbrechung. Nicht erforderlich ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor jeder neuen Unterbrechung der Pflege Tätigkeit wiederum sechs Monate gepflegt haben muss. Anspruchsvoraussetzung ist ebenfalls nicht, dass die Leistung im Voraus beantragt wird.

Verhinderung

Das Gesetz schreibt vor, dass die Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert ist. Die Formulierung „oder aus anderen Gründen“ macht deutlich, dass die Aufzählung nicht abschließend ist, sondern neben Erholungsurlaub und Krankheit auch andere Verhinderungsgründe infrage kommen. Das Gemeinsame Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften geht nicht darauf ein, ob und welche Anforderungen an die „anderen Gründe“ zu stellen sind. Auch in der Gesetzesbegründung findet man dazu wenig Erhellendes – es heißt darin lediglich: „Erkrankt die Pflegeperson oder fährt sie in Erholungsurlaub, gerade auch um neue Kräfte für die Fortsetzung der Pflegetätigkeit zu sammeln, soll dies nicht dazu führen, dass der Pflegebedürftige in stationäre Pflege überwechseln muss. Gleiches gilt bei anderen wichtigen Gründen wie Erkrankung von nahen Angehörigen der Pflegeperson.“

Betrachtet man die Gründe Krankheit und Urlaub, so sieht man, dass es nicht darauf ankommt, ob die „Verhinderung“ freiwillig eingegangen wurde (wie bei Urlaub) oder aufgezwungen ist (wie bei Krankheit). In beiden Fällen handelt es sich aber um Umstände mit Ausnahmecharakter, sodass manche Juristen daraus folgern, die anderen Gründe müssen

1. zeitlich beschränkt sein und
2. dürfen nicht zum regelmäßigen Alltag der Pflegeperson gehören.

Folgt man dieser Auslegung, kann allein eine gleichmäßig wiederkehrende Berufstätigkeit (z. B. aufgrund von Wechselschicht) oder ein regelmäßiger Freizeittermin (Sport, Stammtisch, Verein) nicht als anderer Grund bewertet werden. Dagegen wäre die Teilnahme an Prüfungen oder (auswärtigen) Seminaren wegen ihres Ausnahmecharakters als anderer Grund anzuerkennen. Darüber hinaus werden im juristischen Schrifttum als „andere Gründe“ anerkannt:

- Erkrankung von nahen Angehörigen der Pflegeperson, Beziehungskrise oder -störung,
- familiäre Mithilfe an anderer Stelle,
- Erledigung persönlicher Angelegenheiten ,
- Teilnahme an einem Familientreffen an einem anderen Ort, an den der Pflegebedürftige nicht mitgenommen werden kann.

Höchstdauer

Der Leistungsanspruch besteht (ab 1. Januar 2015) bis zu sechs Wochen und kann auch stundenweise abgerufen werden. Ist in diesen Fällen die Pflegeperson weniger als acht Stunden am

Tag verhindert, erfolgt nach dem Gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften ausschließlich eine Anrechnung auf den Höchstbetrag von 1.612,00 Euro, nicht aber auf die Höchstdauer von 42 Tagen. Entscheidend für die Anrechnung auf die Höchstdauer ist der tatsächliche Verhinderungszeitraum der Pflegeperson und nicht die Dauer der Inanspruchnahme der Ersatzpflegeperson (oder des Pflegedienstes, des Familienentlastenden Dienstes etc.). Ist die Pflegeperson beispielsweise an acht Stunden verhindert und wird die Ersatzpflege nur an zwei Stunden in Anspruch genommen, erfolgt sowohl eine Anrechnung auf den Höchstbetrag als auch eine Anrechnung auf die Höchstdauer von 42 Tagen.

Ist das Zeitkontingent für ein Jahr ausgeschöpft, besteht ein neuer Anspruch erst wieder ab dem Beginn (1. 1.) des folgenden Jahres. Unverbrauchte Zeiten können nicht in das Folgejahr übertragen werden. Sofern der Leistungsanspruch der Verhinderungspflege im laufenden Kalenderjahr zwar der Dauer, nicht aber auch der Höhe nach bereits ausgeschöpft wurde, kann der nicht verbrauchte Leistungsbetrag für die stundenweise Verhinderungspflege von weniger als acht Stunden täglich in Anspruch genommen werden.

Fazit

Speziell bei den Voraussetzungen der sonstigen Gründe ist noch manches unklar. Für die Pflegedienste dürften

aber diese teilweise „philosophischen“ Fragen haftungsmäßig nicht im Vordergrund stehen, solange die Kassen ebendiese Anforderungen noch nicht weiter konkretisiert haben. Ganz sicher problematisch ist aber, wenn Gründe in den Antrag geschrieben werden, die keinerlei Deckung in der Realität finden.



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

Einheitliche Vereinbarung für die Intensivpflege

Bereits Ende Januar 2016 hat der bpa in Berlin und Brandenburg die erste einheitliche Vereinbarung für ambulante Intensivversorgung abgeschlossen (Ergänzung zum Vertrag gemäß § 132a Abs. 2 SGB V für Leistungen mit hohem intensiven behandlungspflegerischem Aufwand). Jetzt hat auch Mecklenburg-Vorpommern nachgezogen. Die Vertragsparteien hoffen für das ganze Bundesgebiet auf eine Vorbildfunktion. Besonders interessant sind die Anforderungen an die Pflegefachkräfte sowie die Vergütung.

Organisatorische und personelle Voraussetzungen

Ein fachlich verantwortlicher Mitarbeiter des Pflegedienstes muss an allen Tagen der Woche 24 Stunden für die in der Versorgung befindlichen Versicherten und alle an der Versorgung beteiligten Personen erreichbar sein. Die behandlungspflegerische Versorgung wird, entsprechend des verordneten und bewilligten Versorgungsumfanges, durch die ständige Anwesenheit ausschließlich sozialversicherungspflichtig beschäftigter Pflegefachkräfte sichergestellt. Die Beschäftigung von Teilzeitkräften ist möglich. Der Anteil geringfügig Beschäftigter soll 15 Prozent nicht überschreiten. Bezugsgröße sind die wöchentlich geleisteten Arbeitsstunden im Bereich der häuslichen Intensivpflege. Hierbei ist zu beachten, dass grundsätzlich bei einer Rund-um-die-Uhr-Versorgung eines Versicherten Pflegefachkräfte im Umfang von mindestens fünf Vollzeitbeschäftigten für die Versorgung im Einzelhaushalt (1:1-Versorgung) einzusetzen sind.

Der Pflegedienst muss für die Versorgung nach dieser Ergänzung eine sozialversicherungspflichtig beschäftigte Pflegedienstleitung oder stellver-

tretende Pflegedienstleitung (mindestens 30 Stunden wöchentliche Arbeitszeit) vorhalten, die intern die Verantwortung sowie die fachliche Aufsicht für die Leistungen übernimmt und – zusätzlich zu einer dreijährigen Ausbildung als examinierter Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger – eine der folgenden Qualifikationen nachweist:

1. Atmungstherapeut mit pflegerischer Ausbildung,
2. Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Anästhesie- und Intensivpflege,
3. Berufserfahrung im Beatmungsbereich auf Intensivstationen oder Intermediate-Care-Stationen über mindestens ein Jahr hauptberuflich (mindestens 19,5 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre oder
4. Berufserfahrung in der außerklinischen Beatmung über mindestens drei Jahre hauptberuflich (mindestens 19,5 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre.

Sind die Voraussetzungen gegeben, muss zusätzlich ein erfolgreicher Abschluss einer anerkannten Zusatzqualifikation über mindestens 200 Zeitstunden angelehnt an das Curriculum „Pflegeexperte für außerklinische Beatmung“ im Bereich der Beatmung und/oder Intensivversorgung nachgewiesen werden.

Soweit die Pflegedienstleitung bzw. stellvertretende Pflegedienstleitung die genannten Voraussetzungen nicht erfüllt, kann der Pflegedienst auch eine andere examinierte Pflegefachkraft (dreijährige Ausbildung als examinierter Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger) benennen, die intern die Verantwortung sowie die fachliche Aufsicht übernimmt.

Die fachliche Eignung der Pflegedienstleitung bzw. der stellvertretenden Pflegedienstleitung oder der speziellen, qualifizierten examinieren Pflegefachkraft ist der AOK Nordost in geeigneter Form vor Abschluss der Ergänzung nachzuweisen bzw. bei Wechsel der Position unverzüglich anzuzeigen. In Fällen der Verhinderung der fachlichen Leitung übernimmt eine Pflegefachkraft die Vertretung für längstens drei Monate.

Alle Pflegefachkräfte, die selbständig und eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung sicherstellen, müssen zusätzlich zu einer dreijährigen Ausbildung als examinierter Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpfleger (mit Ausbildung nach neuem Altenpflegegesetz vom 1. August 2003) in der jeweiligen gültigen Fassung, mindestens ein Jahr hauptberuflich (mindestens 19,5 Wochenstunden) Berufserfahrung im Beatmungsbereich innerhalb der letzten fünf Jahre nachweisen.

Alternativ zur Berufserfahrung kann eine anerkannte Zusatzqualifikation über mindestens 120 Zeitstunden inhaltlich angelehnt an das Curriculum „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung“ im Bereich der Beatmung und/oder Intensivversorgung erworben werden.

Die fachliche Eignung der Pflegefachkräfte ist der AOK Nordost in geeigneter Form (Urkunde des Exams, Urkunde der Zusatzqualifikation, Nachweis der Berufserfahrung durch Arbeitszeugnis) nachzuweisen.

Im Einzelfall kann nach Abstimmung mit der AOK Nordost bei Neueinstellung eines Mitarbeiters der Nachweis

über die Anmeldung zur Zusatzqualifikation bis spätestens sechs Monate nach Einstellung nachgereicht werden. Der Nachweis der erfolgreichen Teilnahme muss der AOK Nordost mit der Stichtagsmeldung unverzüglich nachgereicht werden.

Der Träger des Pflegedienstes ist verpflichtet, die fachliche Kompetenz aller Mitarbeiter des Pflegedienstes, die Leistungen nach dieser Ergänzung erbringen, durch berufsbezogene interne und/oder externe Fortbildung im Umfang von zehn Zeitstunden jährlich zusätzlich zum Vertrag gem. § 132a Abs. 2 SGB V zu dokumentieren. Die Dokumentation der durchgeführten Fortbildungen muss den Umfang und die namentliche Auflistung der teilnehmenden Mitarbeiter ausweisen und ist zum Stichtag 31. Dezember bis zum 31. Januar des Folgejahres der AOK Nordost zu übersenden. Die zehn zusätzlichen Fortbildungsstunden (Zeitstunden) müssen Themen der Beatmungs- und Intensivversorgung umfassen. Hierzu zählen z. B. spezielle Überwachung des Gesundheitszustandes, Pflege des Tracheostomas und Kanülenwechsel, Sekretmanagement, Beatmungsgeräte und Therapieformen, Umgang mit Inhalations- und Absauggeräten, Bewertung von Vitalparametern. Diese Fortbildungsverpflichtung entfällt für Mitarbeiter, die im laufenden Kalenderjahr die Zusatzqualifikation erwerben.

Ergänzend zu den Regelungen des gültigen Vertrages nach § 132a Abs. 2 SGB V gilt: Wenn Fortbildungen nicht nachgewiesen werden konnten, erfolgt ein Vergütungsabschlag ab dem 1. Februar des Jahres von 5 Prozent der geforderten monatlichen Vergütungssumme. Die Kürzung erfolgt bis zur Erfüllung der Voraussetzungen. Die Kürzung endet in dem Monat, in dem die Nachweise vollständig vorliegen.

Vergütung

Leistungserbringung im Haushalt des Versicherten

Die Vergütung der Behandlungspflege für die Versorgung im Haushalt des Versicherten oder an einem sonstigen geeigneten Ort, ausgenommen ambulant betreute Wohngemeinschaften oder vergleichbare ambulante Wohnformen, erfolgt für die Zeit vom xx.xx.2016 bis 31. Dezember 2016 mit einem Stundensatz in Höhe von 30,00 Euro. Für die Zeit vom 1. Januar 2017 bis 31. Dezember 2017 erfolgt die Stundensatzvergütung in Höhe 30,60 Euro.

Werden innerhalb eines Haushaltes mehrere Versicherte versorgt, erfolgt die Vergütung entsprechend der Anzahl der versorgten Versicherten anteilig. Bei der Versorgung von zwei Versicherten in der Häuslichkeit wird die Vergütung anteilig im hälftigen Verhältnis angesetzt. Das gilt auch bei Zuständigkeit verschiedener Krankenkassen. Abweichende Regelungen sind bei medizinischer Notwendigkeit mit der zuständigen Krankenkasse zu vereinbaren.

Leistungserbringung in Wohngemeinschaften

Die Vergütung der Behandlungspflege für die Versorgung des Versicherten in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft oder einer vergleichbaren ambulanten Wohnform erfolgt für die Zeit vom xx.xx.2016 bis 31. Dezember 2016 mit einem Stundensatz in Höhe von 16,10 Euro. Für die Zeit vom 1. Januar 2017 bis 31. Dezember 2017 erfolgt die Stundensatzvergütung in Höhe von 16,42 Euro. Die Vergütung basiert auf einem durchschnittlichen Betreuungsverhältnis von 1:3, das innerhalb der letzten drei Monate nicht unterschritten werden durfte. Die Verantwortung für den Personaleinsatz und die qualitätsgerechte Leistungserbringung obliegt dem Pflegedienst. Abweichende Regelungen sind bei medizinischer

Notwendigkeit mit der zuständigen Krankenkasse zu vereinbaren. Bei der Ermittlung der Anzahl der Versicherten ist es unerheblich, von welchem Kostenträger der Versicherte Leistungen bezieht. Die Vergütung erfolgt pro Versicherten unabhängig von der Anzahl der zu versorgenden Versicherten in der Wohngemeinschaft. Für den Fall, dass zeitweise nur ein Versicherter in der Wohngemeinschaft versorgt wird, ist ein Vergütungsanspruch ausgeschlossen.

Mit dieser Vergütung sind alle erforderlichen Leistungen einschließlich Vor- und Nachbereitungszeiten, Fahrzeiten sowie alle vertraglichen Haupt- und Nebenpflichten abgegolten.

Für nicht bewilligte und/oder nicht vertragskonform erbrachte und dokumentierte Leistungen besteht kein Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse bzw. dem Versicherten.

Die Vergütungsvereinbarung gilt nicht für Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 2 SGB XI.

Der Pflegedienst verpflichtet sich, mit der Vergütungserhöhung zum 1. Januar 2017 dauerhaft eine Erhöhung der Personalkosten für die nach dieser Ergänzung tätigen Mitarbeiter unter Berücksichtigung entsprechender tarifvertraglicher und arbeitsrechtlicher Regelungen von durchschnittlich 2 Prozent vorzunehmen. Die Krankenkassen sind berechtigt, die Umsetzung dieser Regelung durch Anforderung geeigneter Unterlagen (z. B. Testate des jeweiligen Steuerberaters) zu prüfen.



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

Wann: Termine unter www.etl-pflegefachtag.de

Wo: bundesweit

Kosten: keine

ExpertenFORUM für Pflegedienste in Andalusien

Einmal im Jahr laden ETL ADVISION und opta data zum Branchenevent ExpertenForum für Pflegedienste. Auch in diesem Jahr geht es wieder an einen Ort, an dem die Teilnehmer hervorragend „tagen und genießen“ können. Die diesjährige Veranstaltung findet vom 9. bis 12. Juni im ROBINSON Club Playa Granada statt.

Am 10. Juni erwarten die Teilnehmer zwei spannende Workshops zum Thema „Tagespflege“ und „Sprachkompetenz“. Für den 11. Juni konnten wir tolle Referenten gewinnen. Weiterhin ist eine Radtour bzw. ein Ausflug nach Almunecar geplant.

Weitere Infos finden Sie auf unserer Homepage www.etl-advision.de

Wann: 09.–12.06.2016

Wo: Andalusien

Kosten:

749 € zzgl. USt im DZ p. P.,
949 € zzgl. USt im EZ p. P.,
40 € zzgl. USt Radtour,
25 € zzgl. USt Transfer nach
Almunecar,
zzgl. Flug & Transferkosten

ExpertenFORUM Heilmittel

ETL ADVISION und opta data führen seit Jahren mit Erfolg die bundesweite Veranstaltungsreihe „ExpertenFORUM für Heilmittelerbringer“ durch. Auf den Veranstaltungen präsentieren unsere ETL ADVISION-Steuerberater die für die Heilmittelerbringer wichtigen steuerlichen Neuerungen oder wichtige Steuerthemen.

Informieren Sie sich über unsere aktuellen Themen auf unserer Homepage unter www.etl-advision.de

Wann: Termine unter www.etl-advision.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

Wann: Termine unter www.etl-advision.de

Wo: bundesweit

Kosten: keine