



STEUERN UND RECHT

Mehr Geld in der Pflege – Mindestlohn wird ausgeweitet

Der seit dem 1. Oktober 2015 geltende gesetzliche Mindestlohn in der Pflegebranche wird kontinuierlich weiterentwickelt. Ab dem 1. Januar 2016 bis zum 31. Dezember 2016 gilt der Mindestlohn von 9,75 EUR in den alten und 9,00 EUR in den neuen Bundesländern. Alle Pflegeeinrichtungen und Betreuungskräfte sollten sich darauf einstellen. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) informiert im Internet ausführlich über das Thema Pflegemindestlohn. Hier einige Auszüge:

Privathaushalte als Arbeitgeber sind nicht vom Pflegemindestlohn erfasst. Soweit also Pflegekräfte unmittelbar durch den Haushalt der pflegebedürftigen Person beschäftigt werden, findet der Pflegemindestlohn keine Anwendung. Gemeinschaftliche private Wohnformen, in denen Pflegekräfte zur Deckung des Pflegebedarfs von den zu pflegenden Bewohnern selbst beschäftigt werden, sind in der Regel auch keine (Pflege-)Betriebe im Sinne von § 10 ArbeitnehmerEntsendegesetz und damit auch nicht im Sinne der Verordnung.

Der Pflegemindestlohn gilt dagegen in allgemeinen Pflegeeinrichtungen für die in der Pflege eingesetzten Mitarbeiter. Ausgenommen davon sind aber die Mitarbeiter in der Verwaltung, der Haustechnik, in der Küche, in der Gebäudereinigung, im Bereich des Empfangs- und des Sicherheitsdienstes, in der Garten- und Geländepflege, in der Wäscherei und in der Logistik.

Weitere Informationen dazu finden Sie unter dem Stichwort „Pflegemindestlohn“ auf der Seite des Bundesarbeitsministeriums <http://www.bmas.de>.

Wissenschaftlich nicht anerkannte Behandlungsmethoden – keine außergewöhnlichen Belastungen

In einem aktuellen Urteil stellt der Bundesfinanzhof klar, dass wissenschaftlich nicht anerkannte Behandlungsmethoden steuerlich nicht zu außergewöhnlichen Belastungen führen.

Im vorliegenden Fall ging es um eine Patientin, die in ihrer Einkommensteuererklärung vergeblich Aufwendungen für die operative Beseitigung von Lipödemen in Höhe von 5.500 EUR als außergewöhnliche Belastung geltend gemacht hatte. Die Krankenkasse hatte der Klägerin mitgeteilt, dass sie sich nicht an den Kosten der Liposuktion beteiligen könne, weil die Therapie keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung sei. Ein amtsärztliches Zeugnis oder eine Bescheinigung des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse wurde weder vor den Operationen noch danach eingeholt. Die Klägerin reichte stattdessen die Berichte des Medizinischen Versorgungszentrums und der Radiologie, die Atteste der Ärzte und ein fachärztliches Gutachten ein. Danach sei die Diagnose „schmerzhafes Lipödem der Beine Stad. II (Mb. Derkum)“ bestätigt worden. Als operative Behandlungsmaßnahme sei die Liposuktion mit dem Wasserstrahl, dem Ultraschall oder die Vibrationsliposuktion angezeigt. Mit den neuen Möglichkeiten technisierter, lymphbahnschonender Fettabsaugungen (Lymphologische Liposuktion) bestehe eine definitive Heilungsoption. Die überwiegende Anzahl der Patientinnen werde durch eine mehrseitige lymphologische radikale Liposuktion von sämtlichen Symptomen langjährig befreit. Demgegenüber verfügten die konserva-

HSP STEUER® DE OSTBRANDENBURG

HSP STEUER Ziegenhagen Kietzer Berlik
PartGmbH Steuerberatungsgesellschaft

Schloss Diedersdorf
15306 Vierlinden OT Diedersdorf
Tel.: +49(0)3346-8555-0
Fax: +49(0)3346-8555-55
E-Mail: ostbrandenburg@hsp-steuer.de
Website: www.hsp-steuer.de/ostbrandenburg

Dipl.-Kfm. Elmar Ziegenhagen ist auch
Fachberater für den Heilberufbereich
(IFU/ISMg GmbH) und
Fachberater Gesundheitswesen
(IBG/HS Bremerhaven)

INHALTSVERZEICHNIS

STEUERN UND RECHT

Mehr Geld in der Pflege – Mindestlohn wird ausgeweitet | Seite 1

Wissenschaftlich nicht anerkannte Behandlungsmethoden – keine außergewöhnlichen Belastungen | Seite 1 - 2

Stellen die Kosten für die künstliche Befruchtung einer unfruchtbaren Frau außergewöhnliche Belastungen dar? | Seite 2

Aufhebung der Schwerbehinderteneigenschaft nach erfolgreicher Heilung auch noch nach vielen Jahren zulässig | Seite 2

HONORAR UND UMSATZ

Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung für 2016 bei 1,1 % | Seite 2 - 3

Geld für den schnellen Arzttermin | Seite 3

GESUNDHEITSPOLITIK UND RECHT

Qualität im Krankenhaus – was soll die Krankenhausstrukturreform bringen? | Seite 3

Die Vorratsdatenspeicherung kommt | Seite 3 - 4

PRAXISFÜHRUNG

Apotheker dürfen in Wartezimmern von Arztpraxen auf Bildschirmen für sich werben | Seite 3 - 4

FINANZEN

Bei Übernahme einer Arztpraxis auch den Bestand an Sprechstundenbedarf genau sichten | Seite 4

WICHTIGER HINWEIS

Gesetze und Rechtsprechung ändern sich fortlaufend. Nutzen Sie deshalb unsere Briefe zur Information. Bitte denken Sie aber daran, dass Sie vor Ihren Entscheidungen grundsätzlich unsere Beratung in Anspruch nehmen, weil wir sonst keine Verantwortung übernehmen können.

4. Quartal 2015

tiven Behandlungsmethoden nicht über diese Möglichkeiten. Trotz aller Atteste und Gutachten erkannte der BFH die Aufwendungen nicht als außergewöhnliche Belastungen an.

In der Begründung wird auf den nach dem Gesetz erforderlichen Nachweis der Zwangsläufigkeit hingewiesen. Dieser hätte durch ein vor Beginn der Heilmaßnahme oder dem Erwerb des medizinischen Hilfsmittels ausgestelltes amtsärztliches Gutachten oder eine vorherige ärztliche Bescheinigung eines medizinischen Dienstes der Krankenversicherung erbracht werden müssen. Dies gelte in allen Fällen, wie z. B. Frisch- und Trockenzellenbehandlungen, Sauerstoff-, Chelat- und Eigenbluttherapie und anderen, die nicht zum Leistungskatalog der Krankenversicherung gehörten und deren wissenschaftlicher Nachweis noch nicht zweifelsfrei erbracht sei.

Quelle: Urteil vom 18. Juni 2015, VI R 68/14

Stellen die Kosten für die künstliche Befruchtung einer unfruchtbaren Frau außergewöhnliche Belastungen dar?

Die Kosten für die künstliche Befruchtung einer unfruchtbaren Frau, die in einer gleichgeschlechtlichen Beziehung lebt, stellen keine außergewöhnlichen Belastungen i. S. d. § 33 Abs. 1 EStG dar. So lautet eine Entscheidung des Finanzgerichts Münster.

Die Klägerin, die mit einer anderen Frau in einer Partnerschaft lebte, konnte aufgrund einer Unfruchtbarkeit ohne medizinischen Eingriff nicht schwanger werden. Sie ließ daraufhin in Dänemark eine In-vitro-Fertilisation unter Verwendung von Samenzellen eines Spenders durchführen. Die hierfür entstandenen Kosten machte sie in ihrer Einkommensteuererklärung als außergewöhnliche Belastungen geltend, was das Finanzamt ablehnte. Nach der Urteilsbegründung des Gerichts ist die Kinderlosigkeit in einem solchen Fall nicht unmittelbare und ausschließliche Folge einer krankheitsbedingten Unfruchtbarkeit; vielmehr ist sie zugleich maßgeblich darin begründet, dass eine gleichgeschlechtliche Partnerschaft vorliegt, in der die Zeugung eines Kindes auf natürlichem Wege ausgeschlossen ist.

Quelle: FG Münster 23. Juli 2015, 6 K 93/13 E

Aufhebung der Schwerbehinderteneigenschaft nach erfolgreicher Heilung auch noch nach vielen Jahren zulässig

Das Bundessozialgericht hat entschieden, dass das Versorgungsamt dem Kläger dessen Schwerbehindertenstatus entziehen durfte, obwohl es das schon über 10 Jahre vorher hätte tun können und es ihm stattdessen einen unbefristeten Schwerbehindertenausweis ausgestellt hatte.

Beim Kläger wurde 1992 ein bösartiges Geschwulst diagnostiziert und dieses operativ entfernt. Obwohl diese Krebsbehandlung sich später als erfolgreich erwies, stellte das zuständige Versorgungsamt beim Kläger im Januar 1993 einen Grad der Behinderung mit 50 % seit dem 1. Juli 1992 fest. Dies entspricht den Vorschriften über die sogenannte Heilungsbewährung. Sie sehen bei bestimmten schweren Krebserkrankungen wie derjenigen des Klägers während eines Zeitraums von fünf Jahren pauschal die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft vor. Denn in dieser Zeit kommen häufig Rückfälle vor; die Angst davor verschlimmert für die Betroffenen die ohnehin erheblichen Auswirkungen der Krebstherapie. Nach Ablauf der Zeit der Heilungsbewährung richtet sich der Grad der Behinderung dann aber nach dem tatsächlichen Gesundheitszustand des Betroffenen. Diesen zu überprüfen hatte das Versorgungsamt aber im Fall des Klägers trotz Ablaufs der Heilungsbewährung, also ab 1997, versäumt. Stattdessen hatte es ihm sogar einen unbefristeten Schwerbehindertenausweis ausgestellt. Erst 2012 holte das Versorgungsamt die versäumte Überprüfung nach und entzog dem Kläger für die Zukunft seinen Schwerbehindertenenstatus.

Zu Recht, wie das Bundessozialgericht jetzt entschieden hat. Bereits 1997 rechtfertigte der Gesundheitszustand des Klägers seinen Schwerbehindertenstatus nicht mehr. Seine Krebserkrankung war nicht wieder aufgetreten, ansonsten war er weitgehend gesund. Die jahrzehntelange Untätigkeit des Versorgungsamtes macht die Aufhebung für die Zukunft nicht rechtswidrig. Der Kläger durfte nicht darauf vertrauen, für alle Zeiten seinen Status als Schwerbehinderter zu behalten zu können, obwohl sein Gesundheitszustand dies schon lange nicht mehr rechtfertigte. Das Versorgungsamt hatte sein Aufhebungsrecht auch nicht verwirkt. Es hatte dem Kläger niemals ausdrücklich zu verstehen gegeben, trotz der Besserung seines Zustands auf die Aufhebung verzichten zu wollen. Das lange Untätigbleiben des Versorgungsamtes allein führte nicht zur Verwirkung. Auch die unbefristete Ausstellung des Schwerbehindertenausweises begründete für sich genommen keine Rechte, sondern dokumentierte nur die zu Grunde liegende Feststellung. Sie aufzuheben hatte das Versorgungsamt lediglich aus Versehen unterlassen.

Quelle: PM BSG Az.: B 9 SB 2/15 R

HONORAR UND UMSATZ

Durchschnittlicher Zusatzbeitragsatz in der gesetzlichen Krankenversicherung für 2016 bei 1,1 %



Der durchschnittliche Zusatzbeitragsatz in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für das Jahr 2016 ist im Bundesanzeiger veröffentlicht. Aus der Differenz der prognostizierten Einnahmen und Ausgaben der GKV im kommenden Jahr (rund 14 Milliarden EUR ohne Berücksichtigung von Finanz-Reserven) ergibt sich ein durchschnittlicher Zusatzbeitragsatz in Höhe von 1,1 %, der um 0,2 Prozentpunkte moderat höher liegt als im laufenden Jahr.

Wie hoch der individuelle Zusatzbeitragsatz einer Krankenkasse ab 2016 für ihre Mitglieder tatsächlich ausfällt, legt die jeweilige Krankenkasse selbst fest und richtet sich unter anderem danach, wie wirtschaftlich eine Krankenkasse arbeitet und inwieweit die Krankenkassen ihre zum Teil erheblichen Finanz-Reserven im Sinne der Versicherten einsetzen.

Die derzeit 123 Krankenkassen verfügen insgesamt über Finanz-Reserven von rund 15 Milliarden EUR, die sich unterschiedlich auf die einzelnen Versicherungsträger verteilen.

„Angesichts unserer älter werdenden Gesellschaft und des medizinischen Fortschritts müssen wir mit steigenden Gesundheitskosten rechnen und zugleich die Beitragsentwicklung in Schach halten. Deshalb werden wir die Zusatzbeiträge, die die Kassen jetzt festlegen, weiter im Auge behalten. Eine gute Versorgung gibt es aber nicht zum Nulltarif. Bei all unseren Gesetzesvorhaben geht es daher immer darum, Patientinnen und Patienten auch in Zukunft Spitzenmedizin und gute Pflege zur Verfügung zu stellen und unser Gesundheitswesen zugleich nachhaltig finanzierbar zu gestalten“, bekräftigte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe seine Ankündigung am 23. Oktober 2015.

Der durchschnittliche Zusatzbeitragsatz ist ein wichtiger Gradmesser für die Haushaltsplanungen und individuellen Beitragsatzentscheidungen der Krankenkassen, die in den nächsten Wochen anstehen. Zugleich trägt er zur Transparenz für die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung bei: Die Krankenkassen sind im Falle

GESUNDHEITSPOLITIK UND RECHT

Qualität im Krankenhaus – was soll die Krankenhausstrukturreform bringen?

„Wer schlechte Qualität liefert, muss mit Abschlägen rechnen“, sagt Annette Widmann-Mauz, Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, zur geplanten Krankenhausstrukturreform.

Da wird seitens der Politik mit großen Zahlen operiert: 6.350 neue Pflegestellen. Für den Zeitraum 2016-2018 sollen bis zu 660 Millionen EUR für eine Pflegeoffensive bereitgestellt werden. Da bleibt nur die Frage, wer soll das bezahlen? In der aktuellen Ausgabe des Ärzteblatts findet sich eine erste Antwort: Mit Hilfe eines Strukturfonds, der bis zu einer Milliarde EUR enthalten kann, sollen Bundesländer die Kliniklandschaft verändern. Für den Fonds liegt nun ein Verordnungsentwurf vor. Bundesländer müssen bis zum 31. Juli 2017 Fördermittel aus dem geplanten Strukturfonds des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) beantragen, um Gelder für Umstrukturierungsprojekte für Kliniken erhalten zu können. Projekte, deren Anträge später eingereicht werden, können möglicherweise nicht mehr finanziert werden. Das geht aus einem Referentenentwurf zur Krankenhausstrukturfonds-Verordnung (KHSFV) hervor, der dem Deutschen Ärzteblatt vorliegt. Der Strukturfonds, der vom Bundesversicherungsamt (BVA) verwaltet wird, soll mit rund einer Milliarde EUR gefüllt werden können und ist Teil des aktuell diskutierten KHSG. Mit dem Fonds können ausschließlich Projekte gefördert werden, die nach dem 1. Januar 2016 beginnen.

Die Schwerpunkte des neuen Gesetzes:

Qualität wird als Kriterium bei der Krankenhausplanung eingeführt. Die Mindestmengenregelung wird nach den Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung rechtsicher ausgestaltet. Bei der Krankenhausvergütung wird künftig auch an Qualitätsaspekten angeknüpft. Es werden Qualitätszu- und -abschläge für Leistungen eingeführt.

- Zur Stärkung der unmittelbaren pflegerischen Patientenversorgung wird ein **Pflegestellen-Förderprogramm** eingerichtet. Ab 2019 sollen dauerhaft 330 Millionen EUR pro Jahr zur Verfügung stehen. Die dadurch geschaffenen neuen Stellen sollen ausschließlich der Pflege am Bett zugutekommen.

- Zur **Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung** werden die Rahmenbedingungen für die Anwendung von Sicherstellungszuschlägen präzisiert. Krankenhäuser, die an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, erhalten ferner in Abhängigkeit der vorgehaltenen Notfallstrukturen Zuschläge. Zudem wird der Investitionskostenabschlag für Kliniken bei der ambulanten Vergütung von 10 auf 5 % halbiert.

- Die **Neuausrichtung der Mengensteuerung** erfolgt in zwei Stufen. In einer ersten Stufe werden mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ab dem Jahr 2016 Regelungen zur Einholung von Zweitmeinungen bei mengenanfälligen planbaren Eingriffen eingeführt. Zudem werden Vereinbarungen der Vertragsparteien auf Bundesebene dazu beitragen, die Bewertung bei Leistungen mit wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen abzusenken oder abzustufen. In einer zweiten Stufe erfolgt für das Jahr 2017 die Ebenenverlagerung der Mengensteuerung von der Landes- auf die Krankenhausebene.

- Zur Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen wird ein **Strukturfonds** eingerichtet. Dazu werden einmalig Mittel in Höhe von 500 Millionen EUR aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt.

- Es bleibt dabei, dass die Bundesländer die Planung von Krankenhäusern im Rahmen der Daseinsvorsorge auch weiterhin durchführen und die notwendigen Mittel zur Finanzierung der Investitionen für die Krankenhäuser bereitzustellen haben.

Quellen: Ärzteblatt, BMG

Die Vorratsdatenspeicherung kommt

Allen Protesten zum Trotz hat der Bundestag ein Gesetz zur Vorratsdatenspeicherung verabschiedet. Dabei wird es keine Ausnahmen für die Daten von Ärzten oder Apothekern geben. Einzige Ausnahme — Verkehrsdaten von Personen oder Organisationen, die anonyme telefonische Beratung in Notlagen anbieten. Strafverteidiger, Geistliche und Abgeordnete genießen ohnehin einen absoluten Schutz. Nach dem Gesetzentwurf erfolgt die Speicherung im Gegensatz zu vorhergehenden Entwürfen in engen Grenzen. Auch für den Zugriff auf die gespeicherten Daten bestehen hohe Hürden. Nach Aussagen vom Bundesjustizminister „darf eine Speicherung nur in äußerst engen Grenzen erfolgen. Inhalte werden nicht gespeichert. Das Recht auf unbeobachtete Kommunikation soll erhalten bleiben. Bewegungsprofile dürfen nicht erstellt werden. E-Mails werden nicht erfasst. Die Speicherfristen sind weit kürzer, der Zugriff auf

der erstmaligen Erhebung oder Erhöhung eines Zusatzbeitrags gesetzlich verpflichtet, ihre Mitglieder vorab in einem gesonderten Schreiben auf das bestehende Sonderkündigungsrecht hinzuweisen sowie auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes und die Übersicht des GKV-Spitzenverbands zu den Zusatzbeitragssätzen aller Krankenkassen.

Krankenkassen, deren kassenindividueller Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz übersteigt, müssen dabei ausdrücklich auf die Möglichkeit hinweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln.

Weitere Informationen finden Sie unter <http://www.bundesversicherungsamt.de>

Geld für den schnellen Arzttermin

Die Verbraucherzentrale von Nordrhein Westfalen – www.vz-nrw.de – hat eine extra Beschwerdeseite für Patienten zu Gesundheitsleistungen von Arzt und Krankenhaus eingerichtet. Auf's Korn genommen werden dabei Entwicklungen wie die Selbstzahler-Sprechstunde. So wirbt ein Augenarzt aus dem Raum Mannheim auf seiner Webseite mit dem Motto „Vorsorge ist jedoch besser als eine verschleppte Erkrankung“ für einen Soforttermin gegen entsprechende Gebühr. Neben der Verbraucherzentrale ist jetzt auch das Bundesgesundheitsministerium auf die Seite aufmerksam geworden.

Vor dem Hintergrund, dass immer mehr Beschwerden von Patienten über unzumutbar lange Wartezeiten auf einen Facharzttermin laut werden, erzeugt das sehr viel Unmut. Zwar ist die Selbstzahler-Sprechstunde wie andere freiwillig gewählte Zusatzleistungsangebote des Arztes, die nicht durch die gesetzlichen Krankenkassen gedeckt werden, nicht berufswidrig oder ungesetzlich, es kann aber problematisch werden, wenn diese Zuschläge auch bei akuten Notfällen verlangt werden. Da ist der Grat unter Umständen sehr schmal.

Im Rahmen des neuen Versorgungsstärkungsgesetzes, das am 23. Juli 2015 in Kraft getreten ist, müssen Vertragsärzte aber jetzt mit Kontrollen seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen rechnen, die überprüfen sollen, ob der Arzt seinen Versorgungsauftrag tatsächlich erfüllt.

PRAXISFÜHRUNG

Apotheker dürfen in Wartezimmern von Arztpraxen auf Bildschirmen für sich werben

„Fernsehen bis der Arzt kommt“ – Unter diesem Motto ist das Unternehmen „TV Wartezimmer“ bekannt geworden, ein Dienst, der bundesweit bereits in zahlreichen Wartezimmern von Ärzten den wartenden Patienten die Wartezeit unterhalten gestaltet. „Mit unseren patientengerechten Informationsfilmen, eingebettet in

4. Quartal 2015

die Daten deutlich schwerer als zuvor.“

Im Einzelnen sieht der Gesetzentwurf vor, dass die Telekommunikationsverkehrsdaten sämtlicher Bürger verdachtsunabhängig gespeichert werden. Dazu gehören Rufnummern, Zeitpunkt und Dauer der Gespräche, GPS-Daten, IP-Adressen, nicht aber Inhalte – mit einer Ausnahme: Kurznachrichten (SMS/MMS) sollen ebenfalls erfasst werden. Telekommunikationsunternehmen, Internetprovider und andere Zugangsanbieter werden verpflichtet, die Verkehrsdaten zehn Wochen lang zu speichern. Es handelt sich hierbei um eine Höchstspeicherfrist: Die Daten müssen unmittelbar nach Ablauf der Speicherfrist gelöscht werden. Kommt der Provider der Löschverpflichtung nicht nach, wird dies mit einer Geldbuße belegt. Standortdaten dürfen nur vier Wochen gespeichert werden.

Die Provider müssen bei der Speicherung die höchstmögliche Sicherheit der Daten gewährleisten. Die Speicherung muss im Inland erfolgen. Die Anbieter müssen die Daten gegen unbefugte Kenntnisnahme und Verwendung schützen. Für den Zugriff auf die gespeicherten Daten bestehen hohe Hürden: Ein Abruf der Daten darf nur bei einzeln aufgelisteten schweren Straftaten und nur nach vorheriger Genehmigung durch einen Richter erfolgen. Der Abruf der Daten ist transparent. Wenn Daten abgerufen werden, müssen die Betroffenen grundsätzlich darüber informiert werden.

Auch der Missbrauch von Daten soll vermieden werden. Daher wird der Handel mit gestohlenen Daten unter Strafe gestellt: Es wird ein neuer Straftatbestand der „Datenhehlerei“ geschaffen; damit wird eine Strafbarkeitslücke geschlossen. Der Ankauf von steuerrelevanten Daten durch Finanzbehörden ist davon ausgenommen.

Quelle: PM bmjv

FINANZEN

Bei Übernahme einer Arztpraxis auch den Bestand an Sprechstundenbedarf genau sichten



Neu niedergelassene Ärzte, die eine Praxis übernommen haben, sollten in jedem Fall bei der Übernahme den Sprechstundenbedarf überprüfen, denn nach den Vorschriften der Sprechstundenbedarfsvereinbarung der Kassenärztlichen Vereinigung (KVNO) gibt es dafür klare Regeln. Dazu hat die KVNO eine informative Broschüre zur Orientierung herausgegeben. Die zu Beginn der vertragsärztlichen Tätigkeit (Erstniederlassung) erforderliche Beschaffung der Grundausrüstung der Betriebsstätte darf danach nicht als Sprechstundenbedarf verordnet werden und muss auf eigene Kosten beschafft werden. Ausgenommen von dieser Regel sind Röntgenkontrastmittel und Impfstoffe.

Bei einer Praxisübernahme kann der Vorgänger die zuletzt verbrauchten Materialien noch einmal als Sprechstundenbedarf bestellen. Die erstmalige Verordnung von Sprechstundenbedarf darf deshalb frühestens zum Ende des ersten Abrechnungsquartals als Ersatzbeschaffung der in diesem ersten Quartal verbrauchten Mittel vorgenommen werden. Zulässig sind nur Artikel, die in der Anlage I der SSB-Vereinbarung aufgelistet sind.

Mehr dazu unter:

http://www.kvno.de/downloads/verordnungen/ssb_broschuere2014.pdf

ein aufmerksamkeitsstarkes Rahmenprogramm, bereiten wir das Arzt-Patienten-Gespräch in einer modernen Praxis optimal vor“, so der O-Ton des Unternehmens.

Anders als bei öffentlichen Fernsehprogrammen an Flughäfen bestimmt jeder Arzt selbst, wie die Programm-Warteschleife in seiner Praxis aussieht. Dass dabei Werbung im Spiel ist und dabei die Apotheke an der Ecke auch ihren Werbeplatz hat, ist bei den Berufskammern offenbar nicht unumstritten und beschäftigt auch zuletzt den Bundesgerichtshof.

Im vorliegenden Fall warb das TV-Unternehmen auf einem Flyer und in einem Internetauftritt dafür, dass Apotheker bei ihm einen Sendeplatz für Werbung bei einem bestimmten Arzt buchen könnten. Auf der Vorderseite des Prospekts hieß es blickfangmäßig: „Werden SIE beim Arzt empfohlen oder Ihr Wettbewerb?“ Das rief dann spätestens die Klägerin, die Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs, auf den Plan. Nach ihrer Ansicht stellen die Ausstrahlung von Werbespots für Apotheken und die Werbung für eine solche Ausstrahlung ein Verhalten dar, mit dem die Beklagte gegen das apothekenrechtliche Verbot der Zuweisung von Verschreibungen, gegen das nach dem Berufsrecht der Apotheker bestehende Verbot einer an Patienten in Arztpraxen gerichteten Werbung und gegen das nach dem Berufsrecht der Ärzte bestehende Verbot der Verweisung an bestimmte Leistungserbringer verstößt und damit zugleich wettbewerbswidrig handelt. Der Bundesgerichtshof wies jedoch die Klage ab.

Gründe: Nach Ansicht des BGH habe zwar das Berufungsgericht (OLG) zutreffend die Auffassung vertreten, dass die im Apothekengesetz geregelten Tatbestände, die Kooperationen zwischen Inhabern und dem Personal von Apotheken und Ärzten verbieten, nicht verletzt werden dürfen. Das OLG ließ aber unberücksichtigt, dass derjenige, der nicht selbst Adressat einer Verbotsnorm ist, nach den im allgemeinen Deliktsrecht und im Lauterkeitsrecht entsprechend geltenden strafrechtlichen Bestimmungen allenfalls als Teilnehmer (Anstifter oder Gehilfe) haften kann. Da das TV-Unternehmen die Flyerwerbung nach einer Abmahnung zurückgezogen hat und damit zu erkennen gegeben hatte, dass sie das dort vorgestellte Geschäftsmodell in Zukunft nicht betreiben werde, ist nach Ansicht des Bundesgerichtshofs eine zuvor in dieser Hinsicht etwa entstandene Erstbegehungsgefahr zumindest nachträglich wieder weggefallen. Die Klage wurde damit abgewiesen.

Quelle: BGH Urteil vom 12. März 2015, I ZR 84/14