

C 12414

# Zahnärzteblatt



Schleswig-Holstein

9

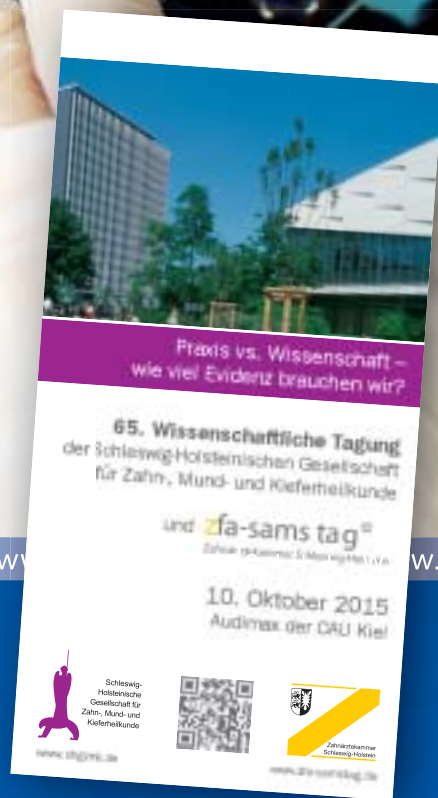
September 2015

der Kassenzahnärztlichen  
Vereinigung und  
der Zahnärztekammer



Fotos: Shutterstock/Yury Rudy, dtd pikto

+++ [www.zfa-samstag.de](http://www.zfa-samstag.de) +++ [www.zfa-samstag.de](http://www.zfa-samstag.de) +++ [www.zfa-samstag.de](http://www.zfa-samstag.de)



**65. Wissenschaftliche Tagung  
der Schleswig-Holsteinischen Gesellschaft  
für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde**

# Praxis vs. Wissenschaft

## Wie viel Evidenz brauchen wir?

## INHALT

Editorial	3
<i>Bundesdatenschutzbericht:</i>	
Krankenkassen im Visier	4
<i>Eurobarometer:</i>	
Skepsis gegenüber Medizintourismus	7
<i>Vorratsdatenspeicherung:</i>	
Heilberufe im Gesetzentwurf nicht ausreichend geschützt	8
„Nur“ Metadaten?	10
Wie sicher ist die IT-Infrastruktur im Gesundheitswesen?	12
Digitale Angriffe treffen jedes zweite Unternehmen	14
Mehr als 1,3 Millionen selbstständige Freiberufler	15
„Keine GOZ-Honorare unter Kassensätzen“	16
<i>AS Akademie:</i>	
Zukunft der Selbstverwaltung <i>Begehungen des LAsD:</i>	21
Verfahren zur Meldung von Vorkommnissen	22
Curriculum Senioren Zahnmedizin in Schleswig-Holstein	24
<i>Erfolgreiche Abschlüsse:</i>	
ZMP-Kurs 2014/15	26
ZMV-Fortbildung	27
Zweifel am Nutzen des Patientenrechtegesetzes	28
<b>Rundschreiben der KZV SH</b>	30
<b>Mitteilungsblatt der ZÄK SH</b> Meldungen	32 34

Herausgeber: Kassenzahnärztliche Vereinigung und Zahnärztekammer Schleswig-Holstein  
Redaktion: Zahnärztekammer:  
Dr. Joachim Hüttmann (verantwort.), Dr. Thomas Ruff  
Kassenzahnärztliche Vereinigung:  
Dr. Peter Kriett (verantwort.), www.kzv-sh.de  
verantwortlich für diese Ausgabe:  
Dr. Peter Kriett  
Verlag: Zahnärztekammer Schleswig-Holstein  
Westring 496 · 24106 Kiel  
Tel. 0431/260926-30, Fax 0431/260926-15  
E-Mail: central@zaek-sh.de  
www.zaek-sh.de  
Layout, Herstellung:  
form + text | herbert kämpfer · Kiel  
Titel: ComLog Werbung + PR, Schinkel  
Druck: Schmidt & Klauinig · Kiel  
Namentlich gezeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Herausgeber oder der Redaktion wieder. Das Zahnärzteblatt Schleswig-Holstein erscheint 12-mal jährlich; darunter eine Doppelausgabe; Auflage 3.650; Preis des Einzelhefts: 4 EUR; der Bezugspreis ist in den Körperschaftsbeiträgen enthalten.  
Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier.

## AKTUELL

### Bundesbank rechnet mit höheren Zusatzbeiträgen

Die Deutsche Bundesbank rechnet für die kommenden Jahre „tendenziell“ mit steigenden Zusatzbeiträgen bei den gesetzlichen Krankenkassen. Das geht aus ihrem Monatsbericht Juli 2015 hervor. Grund sei ein „trendmäßiger Ausgabenanstieg“ oberhalb des Zuwachses der beitragspflichtigen Einkommen. Die Finanzlage der Krankenkassen werde dabei durch die aktuelle Gesetzgebung belastet, die zusätzliche Ausgaben insbesondere in den Bereichen Krankenhausbehandlung, Palliativmedizin und Prävention vorsehe.

Zwar könnten die absehbaren Defizite noch durch die hohen Rücklagen der Kassen gedeckt werden, gesteht die Bundesbank zu. Allerdings seien diese Rücklagen ungleich verteilt. Einige Kassen werden ihren Zusatzbeitrag daher nach Ansicht der Bank wohl zügiger anheben müssen, während andere dagegen derzeit sogar in der Lage wären, ihn zu senken. Letzteres schein aber zumeist „nicht auf der Agenda zu stehen, wohl auch weil die damit verbundenen Wettbewerbsvorteile eher gering veranschlagt werden“, kommentiert die Bundesbank.

Be

### Facebook kann Menschen an Frisur und Kleidung erkennen

Forscher des sozialen Netzwerks Facebook haben eine Methode entwickelt, die es ermöglicht, Menschen auf Fotos zu identifizieren, auch wenn ihr Gesicht verdeckt oder nur ungenau zu sehen ist.

Der Algorithmus verwendet einem Bericht des Fachblattes *New Scientist* zufolge charakteristische Eigenschaften wie Frisur, Kleidung, Körperform und -haltung – Erkennungsmerkmale, die auch Menschen bei der Identifikation von Personen benutzen. Die Facebook-Forscher erstellten das Programm anhand von 40.000 öffentlich hochgeladenen Fotos des Dienstleistungsportals Flickr. Die Trefferquote des Algorithmus betrug 83 Prozent.

Im Einsatz ist die neue Technik noch nicht. *New Scientist* gab im Übrigen zu bedenken, dass die Möglichkeit, Menschen zu erkennen, auch wenn sie nicht in die Kamera sehen, durchaus einige datenschutzrechtliche Fragen aufwerfe ...

Be

### Vorsicht bei privaten Mails auf dem Praxiscomputer

Ärzte und (Zahnärzte) sollten vorsichtig mit dem Versenden von privaten Mails vom Praxiscomputer aus sein. Denn Finanzämter haben seit dem 1. Januar 2015 mehr Befugnisse bei einer Betriebsprüfung. Dazu gehört unter anderem auch, dass auf dem Computer gespeicherte Privatkorrespondenz offengelegt werden muss, wenn die Prüfer glauben, sie sei relevant für die Beurteilung steuerlicher Sachverhalte. Das berichtet die *Ärzte Zeitung* unter Berufung auf die auf Heilberufe spezialisierte Steuerberaterin und Buchprüferin Karin Henze. Als Beispiel führt Henze Fortbildungsreisen mit einem vermuteten privaten Hintergrund an.

Grundlage für die erweiterten Befugnisse der Prüfer sind die neuen „Grundsätze zur ordnungsgemäßen Führung und Aufbewahrung von Büchern, Aufzeichnungen und Unterlagen in elektronischer Form sowie zum Datenzugriff“.

Be

# Selbstoptimierung

Krankenkassen sind gut organisiert. Die Wechselfälle des Lebens gehen an ihnen vorbei. Da will man kein Risiko tragen, warum auch? Um dieses Ziel dauerhaft zu sichern, werden gesetzliche Regularien und Inhalte geschlossener Verträge entweder umdefiniert oder nicht mehr konstruktiv erfüllt. Dieser Vertrauensverlust in die Zuverlässigkeit der meisten Krankenkassen zwingt uns zum Umdenken und zu Verhaltensweisen, die bisher in einer Körperschaft des öffentlichen Rechts nicht üblich waren.

Früher gab es einen Grundkonsens mit den Krankenkassen, die gemeinsame Selbstverwaltung eher konfliktvermeidend und streitschlichtend zu gestalten. Heute beherrschen die Krankenkassen alle Spielarten der Selbstoptimierung wie ein gewinnorientiertes Wirtschaftsunternehmen.

Die KZV Schleswig-Holstein erfüllt ihre gesetzlichen und vertraglichen Pflichten noch unabhängig von finanziellen und strategischen Vorteilen, um dem Selbstverständnis einer Körperschaft des öffentlichen Rechts gerecht zu werden. Doch wie lange noch?

Nahezu unermüdlich haben wir versucht, mit dem BKK-Landesverband NORDWEST gesamtvertraglich eine Einzelleistungsvergütung zu vereinbaren – eine „detaillierte“ versicherten- und zahnarztbezogene Leistungsprüfung wäre dann selbstverständlich. Stattdessen werden wir bei der Rechtsaufsicht angezeigt wegen angeblich fehlender Vertragsinhalte bei einer Vertragskonstruktion, die dieser Verband selbst gewollt und unterschrieben hat. Offensichtlich stellt sich hier die Frage, warum der BKK-Verband zwar alles prüfen, aber dann das eben Geprüfte nicht alles bezahlen will.

Nach Beseitigung der strikten Budgetierung ist dieses vermutete Verhalten nur mit dem Verhalten eines Zechprellers vergleichbar. Eine gesetzliche Öffnungsklausel gibt es dafür nicht. Die AOK NordWest macht sich auch die Mühe, gesetzliche Regelungen spitzfindig zu ihren Gunsten umzudefinieren: Sie liefert einfach die Mitgliederzahlen der in Schleswig-Holstein tätigen Ortskrankenkassen nicht mehr, um uns daran zu hindern, die vertraglich vereinbarte Vergütung zu berechnen (nur die AOK Hessen schließt sich diesen vertragswidrigen Methoden nicht an).

Nach der Auflösung der AOK Schleswig-Holstein gibt es in der Landeshauptstadt Kiel keinen AOK-Vertreter mehr, der sich für vertragliche Regelungen mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein zuständig fühlt. Dabei hatte der Gesetzgeber die Regionalisierung verbindlich auch für die Zentralverwaltungskassen eingeführt. Das Gegenteil erleben wir tagtäglich.



Wir dürfen dieser rechtlichen und finanziellen Selbstoptimierung der Krankenkassen nicht tatenlos zusehen und auf ein Wunder warten. Wie heißt es schon heute bei den Ersatzkassen in der Sprache einer gönnerhaften Überheblichkeit: „Gleichwohl sehen sich die Ersatzkassen in ihrer Gemeinschaft weiterhin als verlässlicher Partner der Zahnärzteschaft“ – So geht Öffentlichkeitsarbeit!

Dr. Peter Kriett  
Vorstandsvorsitzender der  
Kassenzahnärztlichen  
Vereinigung Schleswig-Holstein

Bundesdatenschutzbericht:

## Krankenkassen im Visier

Mitte Juni legte die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI), Andrea Vosshoff, den 25. Tätigkeitsbericht ihrer Behörde vor. Auch im Berichtszeitraum 2013 – 2014 gab es „zahlreiche Datenschutzprobleme im Bereich des SGB V“, bemerkt Vosshoff dazu. Zudem begannen sich „neue Problemfelder“ beim Umgang mit Versicherten-daten durch die gesetzlichen Krankenkassen abzuzeichnen.

Die Frage, wie weit Krankenkassen bei der Erhebung von Daten ihrer Versicherten gehen dürfen, stellt sich bereits seit einigen Jahren und hatte auch Vosshoffs Vorgänger Peter Schaar bereits beschäftigt.

### „Gesundheits-Apps“ der Krankenkassen

Bei den gesetzlichen Krankenkassen sei ein „wachsendes Interesse“ an Gesundheits- und Fitnessdaten ihrer Versicherten zu beobachten, heißt es im Tätigkeitsbericht. Vosshoff untersuchte in diesem Zusammenhang zwei Fitness-Apps „großer gesetzlicher Krankenkassen“, die mit einem Bonusprogramm gekoppelt sind (das *Zahnärzteblatt* berichtete, vgl. Ausgabe Juni/2015, S. 15). Dabei erhöhen die Krankenkassen über die Apps zwar noch keine Gesundheitsdaten der Versicherten – die Kasse erhält lediglich die Meldung, dass eine bestimmte Anzahl von Bonuspunkten erreicht wurde, ohne Kenntnis darüber, durch welche Aktivitäten oder Maßnahmen die Bonusberechtigung ausgelöst wurde. Dennoch: Ein „gewisses gesundheitsförderliches Verhalten“ werde bei der Bonusberechnung zumindest teilweise transparent, kommentiert die Bundesdatenschutzbeauftragte.

In einer nach deutschen Datenschutzstandards „derart unsicheren Umgebung“, wie sie Apps nun einmal darstellen, sollten die Krankenkassen als Sozialversicherungsträger und Körperschaften des öffent-

lichen Rechts ihrer gesetzlichen Verantwortung für die Sozialdaten ihrer Versicherten gerecht werden, mahnt Vosshoff – umso mehr, als sich die Nutzer „der Konsequenzen ihrer Aktivitäten und deren Adressaten vielfach nicht bewusst sind.“ Das Argument, der Versicherte handele schließlich freiwillig, entkräftet sie mit dem Hinweis, dass gesetzliche Krankenkassen für jegliche Form der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung eine gesetzliche Grundlage benötigen. „Zwar sieht das SGB V in vielen Bereichen vor, dem Versicherten freiwillig Leistungen einzuräumen, wenn dieser hierfür seine Daten bereitstellt. Wo es eine solche Regelung aber nicht gibt, bleibt im Bereich des SGB V für eine gesetzliche Krankenkasse keine Möglichkeit, (sensible) personenbezogene Daten auf freiwilliger Basis vom Versicherten zu erhalten.“

### „Fallmanagement“ durch die gesetzlichen Krankenkassen

Auch das Fallmanagement durch die gesetzlichen Krankenkassen ist ins Visier der Bundesdatenschutzbeauftragten geraten. Nach Beobachtungen Vosshoffs hat bei den gesetzlichen Krankenkassen in den letzten Jahren der Trend zugenommen, „sich über ihren gesetzlichen Auftrag hinaus um ihre Versicherten zu kümmern“. Mit dem „Fallmanagement“ verfolgten die Krankenkassen letztlich das Ziel, „die Qualität der Versorgung zu sichern

und dadurch auch langfristig entstehende Kosten zu senken“, bemerkt sie. Dieses „Aufgabenverständnis“ der Krankenkassen unterlaufe das in der GKV „grundsätzlich geltende Sachleistungsprinzip“, nach dem die Krankenkassen ihren Versicherten Sachleistungen zur Verfügung stellen, die sie „aber nicht selbst erbringen und über deren Notwendigkeit sie auch nicht selbst entscheiden“.

Die „umfangreiche Erhebung“ personenbezogener Daten in diesem Bereich bedeute einen „weiteren

## Starker Anstieg von Petitionen zu Gesundheitsthemen

Einen starken Anstieg von Petitionen zu Gesundheits- und Pflgethemen verzeichnete der Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages im letzten Jahr. Das geht aus dem aktuellen Jahresbericht des Petitionsausschusses hervor.

Insgesamt 15.325 Petitionen gingen im Jahr 2014 ein. Davon bezogen sich 1.531 auf das Thema Gesundheit. Die Anzahl der den Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit betreffenden Petitionen erhöhte sich im Vergleich zum Vorjahr um 28 Prozent: 2013 gab es hier erst 1.192 Eingaben. „Gesundheit“ nimmt damit in der Rangliste der Ressorts den vierten Platz ein und hat „Finanzen“ auf den fünften Platz verdrängt: Die meisten Beschwerden und Anregungen betrafen wie auch bereits 2013 die Ressorts für

Schritt in Richtung „gläserner Patient/Versicherter“, warnt Vosshoff. Wenig hilfreich ist es da ihrer Auffassung nach, dass die Bundesregierung mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz zwei Bereiche eines Fallmanagements nun tatsächlich gesetzlich regelt: das Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorübergreifenden Versorgung der Versicherten und das Krankengeldmanagement.

Das passt in den Kontext „Beauftragterweiterung“ für gesetzliche Krankenkassen: Mit der im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz verankerten „Beauftragung“ zum Fallmanagement zumindest in bestimmten Fällen befördert die Große Koalition explizit eine „ganzheitliche“ Betreuung der GKV-Versicherten, was einen beträchtlichen Machzuwachs für die Krankenkassen nach sich zieht – eine Tendenz, vor der auch der ehemalige-

schleswig-holsteinische Datenschutzbeauftragte Dr. Thilo Weichert in seinem Tätigkeitsbericht gewarnt hat (vgl. Zahnärzteblatt Mai 2015, S. 26).

**Das Krankengeldmanagement** ist Vosshoff wie auch ihren Datenschutz-Kollegen auf Landesebene ebenfalls ein Dorn im Auge: Die Praxis verschiedener Krankenkassen, Sozialdaten ihrer arbeitsunfähigen Versicherten zu erheben, die Krankengeld beziehen oder bei denen ein Krankengeldbezug „droht“, wurde schon mehrfach als datenschutzrechtlich unzulässig bewertet. Nun schaffe der Gesetzgeber mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eine „gesetzliche Grundlage für die datenschutzrechtlich kritische Vorgehensweise der Krankenkassen“, moniert die Bundesdatenschutzbeauftragte. Die vorgesehene Einwilligungslösung ändert an ihren grundsätzlichen Bedenken nichts, „da die erforderliche Freiwilligkeit innerhalb eines nicht gleichberechtigten Rechtsverhältnisses wie es zwischen Krankenkasse und Versichertem besteht, stets in Frage zu stellen ist.“

**Außerdem:** Auch wenn es für einige Gepflogenheiten inzwischen gesetzliche Regelungen gibt, „betreiben die Krankenkassen weiterhin eine Reihe von Fallmanagement-Anwendungen, denen die gesetzliche Grundlage fehlt“, unterstreicht Vosshoff in ihrem Tätigkeitsbericht. Als Beispiel mag eine „große bundesunmittelbare Krankenkasse“ dienen, die ihren Versicherten bei bestimmten Erkrankungen spezielle Betreuungsprogramme anbietet. Zur Datenselektion findet dabei monatlich eine Auswertung von pseudonymisierten Abrechnungs- und Krankenhausdaten nach Diagnosen statt. Die für ein Programm in Frage kommenden Fälle werden repseu-

donymisiert; die ausgewählten Versicherten erhalten Informationsmaterial und eine Teilnahme-/Einwilligungserklärung zum Datenschutz. Nach der Unterzeichnung übermittelt die Krankenkasse diverse Versichertenanfragen an einen privaten Dienstleister, der die telefonische Betreuung der Versicherten durchführt. Die erforderliche gesetzliche Grundlage für die mit der Durchführung der Programme einhergehende Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung sei nicht vorhanden, stellt Vosshoff fest – und damit sei auch die Betrauung eines privaten Dritten unzulässig.

#### Krankenkassen und der MDK

**Ein weiterer Missstand:** Nach Maßgabe des SGB V sind Krankenkassen verpflichtet, bei Arbeitsunfähigkeit in bestimmten Fällen eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) einzuholen. Das impliziere, so Vosshoff, dass die Krankenkassen keine über die „üblichen“, im SGB V festgelegten Sozialdaten hinausgehenden Informationen über den Gesundheitszustand ihrer Versicherten erheben sollen. Die weitere Datenerhebungsbefugnis sei dem MDK vorbehalten, der den Krankenkassen lediglich das Ergebnis seiner Begutachtung mitteilen dürfe. Die strikte Aufgabenteilung und Datentrennung zwischen Krankenkasse und MDK schütze den Versicherten vor der „Schaffung eines Pools sensibler Gesundheitsdaten und der sich hieraus ergebenden Option, umfassende und dem Versicherten möglicherweise zum Nachteil gereichende Gesundheitsprofile zu erstellen.“

## ionen

Arbeit und Soziales, für Justiz und Verbraucherschutz sowie für Inneres.

Im Einzelnen befasste sich eine große Anzahl der Petitionen mit den Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung: 263 Eingaben (2013: 187) bezogen sich auf Beitragserhebung, -höhe oder -einzug. Dominierende Themen im Hinblick auf die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen waren Zuzahlungen (77 Eingaben), Heil- und Hilfsmittel (41 Eingaben), Krankengeld (25 Eingaben) und Vorsorge/Rehabilitation (19 Eingaben). Rund um das Thema Arzneimittel lagen 76 Petitionen (2013: 49) vor. 72 Eingaben betrafen die soziale Pflegeversicherung. Weitere Petitionen behandelten unter anderem die Qualitätskontrolle in Pflegeheimen und Fahrtkosten zur medizinischen Behandlung.

Be

Bundesdatenschutzbericht



Die „angemessene“ Reaktion auf den Versuch vieler Krankenkassen, sich die begehrten Versichertendaten unter Umgehung der Zuständigkeit des MDK und durch „häufig bedrängende Ansprache der Versicherten rechtswidrig zu beschaffen“, kann aus Voss-hoffs Sicht nicht sein, den derzeitigen Zustand zu legalisieren und damit verbunden das Datenschutzniveau zu senken: „Vielmehr sollte das gesetz-widrige Verhalten der Krankenkassen durch ein konsequentes Tätigwerden der Aufsichtsbehörden unterbunden werden“, fordert die Bundesdaten-schutzbeauftragte.

Dazu passt, dass Krankenkassen offen-bar ärztliche Unterlagen, die in einem gesonderten Umschlag an die Kasse zur Weiterleitung an den MDK ge-

schickt wurden, teilweise widerrecht-lich geöffnet haben. Vosshoff will da-her nun das Verfahren ändern: Eine Übermittlung von Sozialdaten zwi-schen Ärzten und MDK komme zu-künftig nur auf direktem (Post)Weg und ohne Einschaltung der Kranken-kassen in Betracht, schreibt sie in ih-rem Tätigkeitsbericht.

**Private Zusatzversicherungen: ein „grauer Markt“ im Bereich der GKV**

Gesetzliche Krankenkassen dürfen pri-vate Zusatzversicherungen vermit-teln: „Doch zwischen zulässiger Ver-mittlung und unzulässiger Daten-übermittlung liegt ein schmaler Grat“, meint Vosshoff in ihrem Bericht. Auch mit Einwilligung der Versiche-ten sei eine Datenübermittlung an private Krankenversicherungsunter-nehmen nicht erlaubt, erläutert sie. Nur der Versicherte selbst könne sei-ne Daten an einen Kooperationspart-ner übergeben. „Beide Unternehmen müssen eindeutig getrennt sein, was für die Versicherten auch klar erkenn-bar sein muss. Die gesetzliche Kran-kenkasse und das private Versiche-rungsunternehmen sind sowohl räumlich als auch technisch und orga-nisatorisch so voneinander abzugren-zen, dass eine Datenübermittlung aus-geschlossen ist“ – eine Voraussetzung, die Vosshoff bei ihren Kontrollen nicht immer konsequent durchgesetzt fand.

**Fehlende Löschkonzepte bei den Krankenkassen**

Laut SGB X sind Sozialdaten zu lö-schen, wenn ihre Kenntnis nicht mehr erforderlich ist. Aber: „Fast alle gesetzlichen Krankenkassen ignorie-ren diesen Grundsatz der Datenspar-samkeit“, moniert Vosshoff. So sähen die Programme zur elektronischen Er-

fassung und Verwaltung der Versi-chertendaten deren Löschung häufig überhaupt nicht vor. Vielfach bestehe lediglich die Möglichkeit, Daten auf unbestimmte Zeit zu sperren. Teil-weise existierten noch nicht einmal Konzepte, wann welche Daten zu lös-chen sind. Bei der Entwicklung und Einführung der Software hätten die Krankenkassen „aus Zeit- und Kosten-gründen“ oft auf Löschroutinen ver-zichtet. Die Einführung datenschutz-rechtlich angemessener Löschkonzepte rangiere bei vielen Krankenkassen „ganz unten auf der Skala der zu erle-digenden Aufgaben“, so Vosshoff.

Ohne gesetzlichen Auftrag dürfen Kran-kenkassen also keinerlei Daten von ihren Versicherten erheben. Das stellt Andrea Vosshoff in ihrem aktuellen Tätigkeitsbericht ganz klar. Auch eine eventuelle Einwilligung des Versi-cherten ändert daran nichts.

Eine scharfe Waffe zur Durch-setzung dieser Bestimmungen hat Vosshoff derzeit allerdings nicht. In-wieweit sich das ändert, wenn die Bundesdatenschutzbeauftragte ab Ja-nuar 2016 eine eigenständige oberste Bundesbehörde wird, bleibt abzuwar-ten.

Die neue Behörde wird nicht Teil der Bundesregierung sein. Bereits jetzt üben die Bundesdatenschutz-beauftragte und ihre Mitarbeiter ihr Amt unabhängig aus, organisatorisch sind sie jedoch beim Bundesinnenmi-nisterium angesiedelt. Künftig wird die Bundesdatenschutzbeauftragte ausschließlich parlamentarischer und gerichtlicher Kontrolle unterliegen.

■ KIRSTEN BEHRENDT



Eurobarometer:

## Skepsis gegenüber Medizintourismus

Die Bereitschaft der Deutschen, für eine medizinische Behandlung ins Ausland zu reisen, hält sich in Grenzen. Zu diesem Ergebnis kommt eine aktuelle Eurobarometer-Umfrage der Europäischen Kommission.

Demnach nahmen nur zwei Prozent der 1.500 Befragten in Deutschland in den letzten zwölf Monaten eine medizinische Behandlung in einem anderen EU-Land in Anspruch – und dabei handelte es sich vor allem um ungeplante Fälle. Mehr als die Hälfte der Befragten (55 Prozent) ist nicht bereit, für eine Behandlung extra in ein anderes Land der Europäischen Union zu reisen. 21 Prozent machen ihre Entscheidung von der Art der Behandlung abhängig, 11 Prozent vom EU-Land.

Ebenfalls 11 Prozent wären bereit, sich auf die Reise zu begeben. Dafür wurden unterschiedliche Gründe genannt. Ganz oben auf der Liste (67 Prozent): die Aussicht auf eine Behandlung, die in Deutschland nicht verfügbar ist. Um von einem renommierten Spezialisten behandelt zu werden, würden 52 Prozent der Befragten ins EU-Ausland reisen. Die Hoffnung, eine Behandlung von besserer Qualität zu erhalten oder kostengünstiger behandelt zu werden, spielt bei der Hälfte der Befragten eine Rolle (jeweils 50 Prozent).

Auch in Europa insgesamt ist Medizintourismus wenig populär. Lediglich eine kleine Minderheit der Europäer (fünf Prozent) wurde in den letzten zwölf Monaten in einem anderen EU-Land behandelt. Nur wenige Patienten (zwei Prozent) hatten das im Vorwege tatsächlich auch so geplant.

In acht EU-Mitgliedsstaaten lag der Anteil der Personen, die in einem anderen EU-Land behandelt wurden, über dem Durchschnitt von fünf Prozent: in Luxemburg betrug er

16 Prozent, in Italien 12 und in Ungarn zehn Prozent. Weitere Länder, in denen dieser Anteil überdurchschnittlich hoch ausfällt, sind Rumänien (acht Prozent), Portugal (sieben Prozent), die Tschechische Republik (sieben Prozent), Polen (sieben Prozent) und Irland (sechs Prozent).

49 Prozent der EU-Bürger gaben an, grundsätzlich zu einer Reise in ein anderes EU-Land zwecks medizinischer Behandlung bereit zu sein – wobei es bei 16 Prozent auf die Umstände ankäme: Drei Prozent machten ihre Entscheidung vom betreffenden Land und 13 Prozent von der fraglichen Behandlung abhängig. 46 Prozent der Befragten waren nicht bereit, für eine medizinische Behandlung in ein anderes EU-Land zu reisen.

Tendenziell am offensten für „grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung“ zeigten sich die Einwohner von Malta (78 Prozent), den Niederlanden (67 Prozent), Zypern (66 Prozent), Dänemark (62 Prozent) und Luxemburg (62 Prozent). Im Gegensatz dazu waren neben den Deutschen auch die Finnen (17 Prozent), Franzosen und Österreicher (beide 21 Prozent) sowie Belgier und Litauer (beide 22 Prozent) am seltensten bereit, sich im EU-Ausland behandeln zu lassen.

In erster Linie würden EU-Bürger aus medizinischen Gründen ins Ausland reisen, um eine Behandlung zu erhalten, die im eigenen Land nicht verfügbar ist (71 Prozent). Weitere Beweggründe sind der Erhalt einer Behandlung von besserer Qualität (53 Prozent), die Behandlung durch einen renommierten Spezialisten (38



Prozent), ein schnellerer Erhalt der Behandlung (34 Prozent) und eine kostengünstigere Behandlung (23 Prozent).

Eine länderspezifische Analyse zeigt, dass in 26 der 28 Mitgliedsstaaten der Erhalt einer Behandlung, die in ihrem eigenen Land nicht verfügbar ist, die Hauptmotivation für die Bereitschaft der Menschen ist, aus medizinischen Gründen ins Ausland zu reisen. Nur in Bulgarien und Litauen rangiert dieser Wunsch auf Platz zwei, hinter dem Erhalt einer Behandlung von besserer Qualität.

Bei Befragten, die bereit wären, sich für eine medizinische Behandlung in ein anderes EU-Land zu begeben, steht eine Krebsbehandlung auf Platz eins der Liste jener Maßnahmen, für die das in Frage käme (53 Prozent). Es folgen Herzoperationen (38 Prozent) und Zahnbehandlungen (28 Prozent).

Der Hauptgrund dafür, dass EU-Bürger nicht gewillt wären, sich im Ausland behandeln zu lassen, liegt darin, dass sie mit der medizinischen Versorgung im eigenen Land zufrieden sind (55 Prozent). 49 Prozent halten es auch für bequemer, in der Nähe ihres Wohnorts behandelt zu werden. Sprachliche Barrieren sind für 27 Prozent problematisch, 23 Prozent gaben als Grund Unkenntnis der eigenen Rechte an, falls etwas „schiefgehen“ sollte.

Be

# Heilberufe in Gesetzentwurf zur Vorratsdatenspeicherung

Die Vorratsdatenspeicherung soll nach dem Willen der Großen Koalition (wieder) kommen: Ende Mai beschloss das Bundeskabinett einen entsprechenden Gesetzentwurf; am 12. Juni fand eine erste Beratung über diesen Entwurf im Deutschen Bundestag statt.

**Unzufrieden sind viele:** Etwa Teile der SPD, die FDP sowieso, Datenschützer, weil zu viel gespeichert werden soll, der Bund Deutscher Kriminalbeamter, weil die Speicherfrist zu kurz sei, Anwälte, Journalisten und auch die Heilberufe, die sich als Berufsheimnissträger nicht ausreichend geschützt sehen.

**Bereits vor** der ersten Bundestagsberatung sorgten zudem nach einem Bericht der *Süddeutschen Zeitung* ausgerechnet zwei Gutachten des Wissenschaftlichen Diensts des Bundestages für Aufsehen. Demnach erfüllt der Gesetzentwurf die verfassungs- und europarechtlichen Vorgaben gleich in mehreren Punkten nicht. Dabei geht es nach Informationen der *SZ* unter anderem auch um den Schutz von Berufsheimnissträgern. – Der Europäische Gerichtshof hatte die EU-Richtlinie zur Vorratsdatenspeicherung im April 2014 gekippt und dabei unter anderem moniert, dass keine Ausnahmen für Berufsheimnissträger vorgesehen seien.

**Der Hintergrund:** Der Gesetzentwurf sieht vor, Verkehrsdaten für zehn Wochen und Standortdaten für vier Wochen zu speichern. „Verkehrsdaten“ geben an, wer mit wem wie lange und über welchen Telekommunikationsdienst in Verbindung gestanden hat. Gesprächsinhalte werden nicht gespeichert. „Standortdaten“ verweisen auf den Aufenthaltsort eines Mobilfunknutzers. Die kürzere Speicherfrist für Standortdaten soll das Erstel-

len von Bewegungsprofilen verhindern. Der Abruf der Daten darf nur bei einzeln aufgelisteten „schweren Straftaten“ und nur nach vorheriger Genehmigung durch einen Richter erfolgen.

Nicht gespeichert werden sollen Verkehrsdaten von Personen, Behörden und Organisationen in sozialen und kirchlichen Bereichen, die grundsätzlich anonym bleibenden Anrufern telefonische Beratung in seelischen oder sozialen Notlagen an-

bieten. Für andere Berufsheimnissträger – Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten oder Apotheker, aber auch Anwälte und Journalisten – ist diese Ausnahme von der Speicherpflicht nach dem derzeitigen Entwurf nicht vorgesehen. Für sie soll lediglich ein Verwertungsverbot durch die Strafverfolgungsbehörden zur Anwendung kommen.

**Die Präsidenten** der Bundesärztle- und der Bundeszahnärztekammer, der

Bundesjustizminister:

## Vom Gegner zum Befürworter

Heiko Maas war ein Gegner der Vorratsdatenspeicherung – bis er Bundesjustizminister wurde und nun den Koalitionsvertrag abarbeiten muss. Als das Bundesverfassungsgericht 2010 das erste Gesetz zur Vorratsdatenspeicherung kippte, lobte Maas – damals saarländischer SPD-Vorsitzender und Leiter der SPD-Zukunftswerkstatt „Demokratie und Freiheit“ – das als „klare Absage an die Ermittlungsmethode des Generalverdachts“.

Nach seinem Amtsantritt im Januar 2014 kündigte er an, die Vorratsdatenspeicherung erst einmal „auf Eis“ legen zu wollen, bis der Europäische Gerichtshof über die entsprechende EU-Richtlinie entschieden habe. Der EuGH befand im April 2014, die Richtlinie verstoße gegen europäisches Recht und sei daher ungültig. Die Vorratsdatenspeicherung soll in Deutschland nun trotzdem kommen.

Richtig ist allerdings, dass weder das Bundesverfassungsgericht noch der Euro-

päische Gerichtshof eine Vorratsdatenspeicherung grundsätzlich ausschlossen.

Wie die *taz* recherchierte, twitterte Maas im Dezember 2014 „#VDS lehne ich entschieden ab – verstößt gg Recht auf Privatheit u Datenschutz. Kein deutsches Gesetz und keine EU-RL!“ Mit dieser Aussage konfrontiert, wiegelte Maas in einem Interview mit der Zeitung ab: Damals sei es um eine Vorratsdatenspeicherung gegangen „wie sie sich die Sicherheitspolitiker stets gewünscht haben – also deutlich mehr Daten speichern und längere Speicherfristen“. Für eine solche habe er keine Grundlage gesehen – „und die ist auch so nicht geplant“.

Auch als nach dem Anschlag auf die Pariser Redaktion des Satiremagazins *Charlie Hebdo* Unions-Politiker die Vorratsdatenspeicherung forderten, hielt Maas dagegen: Er habe verhindern wollen, dass „überstürzt über ein Gesetz diskutiert wird“, sagte Maas der *taz* nun. In Frankreich gibt es die Vorratsdatenspeicherung – mit zwölfmonat-



## ng nicht ausreichend geschützt

Bundespsychotherapeutenkammer und der Bundesapothekerkammer warnten entsprechend im Juli in einem gemeinsamen Schreiben an die Mitglieder des Gesundheits- und des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages, der Gesetzentwurf zur Vorratsdatenspeicherung biete keinen ausreichenden Schutz für Berufsgeheimnisträger. Die „besondere Schutzbedürftigkeit“ von Gesprächen zwischen Heilberuflern und ihren Patienten machten es auch im Rahmen der Telekommunikation erforderlich, „den PatientInnen die Sicherheit zu geben, dass die Kontaktaufnahme zu Angehörigen unserer Profession keine negativen Konsequenzen nach sich ziehen kann“, schreiben die Präsidenten- ▶ ▶ ▶

Bundesdatenschutzbeauftragte:

### Vorliegender Gesetzentwurf ist verfassungswidrig

Genau anders herum verhält es sich mit der Bundesdatenschutzbeauftragten Andrea Vosshoff: Sie hielt die Vorratsdatenspeicherung ursprünglich durchaus für ein „wirksames Mittel der Kriminalitätsbekämpfung“ und stimmte 2007 als Bundestagsabgeordnete auch für deren Einführung. Vor allem deswegen hatte ihre Berufung zur Bundesdatenschutzbeauftragten heftige Kritik unter Datenschützern, aber auch in SPD-Kreisen ausgelöst. Mittlerweile allerdings hat Vosshoff ihre Meinung geändert: „Wenn ich den massiven Eingriff durch eine Vorratsdatenspeicherung in die Persönlichkeitsrechte aller Bürger abwäge gegen den zu erwartenden Nutzen für die Sicherheit, kann ich eine solche Maßnahme nicht mehr befürworten“, sagte sie dem *Spiegel* Anfang des Jahres.

Der vorliegende Gesetzentwurf sei verfassungswidrig, unverhältnismäßig und ungeeignet, um das erklärte Ziel zu erreichen – zumal die Bundesregierung explizit gleich auch Möglichkeiten benenne, die Speicherung zu umgehen, schreibt sie nun in einer Stellungnahme. Kritik äußert Vosshoff dabei auch daran, wie im Gesetzentwurf zur Vorratsdatenspeicherung der Schutz von Zeugnisverweigerungsberechtigten gehandhabt werden soll. Regelmäßig werde sich die Problematik stellen, die Kommunikation von und mit Berufsgeheimnisträgern richtig und rechtzeitig als solche zu identifizieren, gibt sie zu bedenken. Das werde etwa dann schwierig sein, wenn der Betroffene sich nicht ausdrücklich zu erkennen gibt. Als Beispiel führt Vosshoff einen „inkognito“ handelnden Journalisten an.

Wenn aufgrund einer nicht rechtzeitig erkannten Zuordnung eines „erfassten



Foto: Bundesregierung/Kogler

Metadatum“ die Kommunikation von oder mit einem Berufsgeheimnisträger erst einmal in das Verfahren oder „in die Akten“ eingeflossen sei, biete die Strafprozessordnung wenig Schutz: „Dies gilt beispielsweise, wenn ein Metadatum als Anlassstatsache für weitere Ermittlungen gedient hat oder als Verknüpfungsmerkmal in eine polizeiliche Datenbank eingeflossen ist“, führt Vosshoff weiter aus.

Demzufolge könne ein hinreichender Schutz von Berufsgeheimnisträgern nur dann erreicht werden, wenn ihre Telekommunikation erst gar nicht von der Vorratsdatenspeicherung erfasst wird, schließt sie. Es sei daher rechtlich geboten, die Telekommunikation von Berufsgeheimnisträgern bereits auf der Ebene der Telekommunikationsanbieter „explizit“ zu untersagen. Das Argument der Bundesregierung, die bereits jetzt bei der Bundesnetzagentur geführte zentrale Liste könne nicht entsprechend erweitert werden, hält die Bundesdatenschutzbeauftragte dabei nicht für schlüssig.



Foto: Frank Nürnberger

tigen Speicherfristen – übrigens seit 2006; die Täter waren den dortigen Behörden bekannt. Mit dem vorgelegten Gesetzentwurf habe man „klare und transparente Regeln zu Höchstspeicherzeiten von Verkehrsdaten beschlossen“, verkündete Maas. „Damit wahren wir die Balance zwischen Freiheit und Sicherheit in der Digitalen Welt“, zeigt er sich überzeugt. Rechtsstaatliche Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts und des Europäischen Gerichtshofs würden eingehalten.

Vorratsdatenspeicherung



ten der Heilberufekammern. Dieses Vertrauen werde durch die Vorratsdatenspeicherung in ihrer jetzt vorgesehenen Form untergraben. „Alle PatientInnen benötigen die Möglichkeit, sich jederzeit auch telefonisch, vor allem in Krisensituationen, an den Arzt oder Psychotherapeuten wenden zu können und auf die uneingeschränkte Gewährleistung der absoluten Vertraulichkeit ihrer Gespräche vertrauen zu können. Schon das Gefühl einer Registrierung kann eine unter Umständen überlebenswichtige Kontaktaufnahme verhindern“.

Lediglich ein Verwertungsverbot stelle keinen ausreichenden Schutz der Berufsgeheimnisträger dar. Denn dass Daten eines Berufsgeheimnisträgers betroffen sind, müsse durch die Strafverfolgungsbehörden rechtzeitig erkannt werden, heißt es in dem Schreiben weiter. „Dies wird aber im Regelfall, wenn gegen Dritte ermittelt wird, nicht der Fall sein.“ Wenn die Daten erst einmal erhoben sind, biete die Strafprozessordnung keinen ausreichenden Schutz mehr. Dieser könne nur gewährleistet werden, wenn Verkehrsdaten dieser Personen nicht von der Vorratsdatenspeicherung erfasst würden.

Die Bundesregierung bezeichnet es als „nicht möglich“, die Berufsgeheimnisträger „in ihrer Gesamtheit“ von der Speicherung ihrer Verkehrsdaten auszunehmen: Dazu müsste sämtlichen Telekommunikationsanbietern – von denen es in Deutschland ca. 1.000 gebe – mitgeteilt werden, wer Berufsgeheimnisträger ist, und diese Liste müsste zudem „dauernd“ aktualisiert werden. „Der besser Schutz er-

gibt sich daher bei einer Regelung, die die Verwendung der gespeicherten Daten ausschließt“, heißt es im Gesetzentwurf.

Die Argumente der Bundesregierung überzeugen die Heilberufler indes nicht: Schließlich werde gemäß Telekommunikationsgesetz bereits eine Liste von Verkehrsdaten der Seelsorger bei der Bundesnetzagentur geführt. Diese Liste könne erweitert werden, da den Heilberufekammern die Rufnummern der Kammerangehörigen bekannt seien.

Die Heilberufeorganisationen appellierten an die Abgeordneten, dem Gesetz in seiner jetzigen Form nicht zuzustimmen.

Be

# „Nur“ Metadaten?

Bei der Speicherung von Verkehrs- und Gesprächsinhalte erfasst. Harmlos ist dies deswegen allerdings noch lange nicht. Verbindungsdaten, Metadaten – alle Be Sie verweisen nicht auf den tatsächlichen Daten über die Kommunikation. Und die den ersten Blick scheint.

„Viel interessanter als die Frage, was gesprochen wurde, ist für uns häufig die Information, wer wann mit wem gesprochen hat und wo er zu dem Zeitpunkt war“, zitiert der Spiegel einen Nachrichtendienstler. Metadaten sind also oftmals schon die Botschaft, auf die es den Ermittlern ankommt. Die Beziehungen verschiedener Personen untereinander, der soziale Kontext des Einzelnen – all das können allein die Metadaten enthüllen.

## Bundesdatenschutzbeauftragte warnt vor Einsatz von Fitness-Apps

Die Bundesdatenschutzbeauftragte Andrea Vosshoff rät bei der Nutzung von Fitness-Apps, die von einer wachsenden Zahl privater Krankenversicherungen angeboten würden, zur Vorsicht. Sie erfassen zum Teil sehr sensible Gesundheitsdaten wie die Herzfrequenz, den Trainingszustand, das Essverhalten oder sogar die komplette Krankengeschichte des Nutzers. „Allen Anwendern, die Fitness-Apps freiwillig herunterladen, rate ich, nicht unbedacht mit ihren sensiblen Gesundheitsdaten umzugehen und die kurzfristigen finanziellen Vorteile, welche die Datenoffenbarung vielleicht mit sich bringt, gegen die langfristigen Gefahren abzuwägen.“ Zwar klängen die angebotenen Vorteile vor allem für junge und gesunde Menschen verlockend. Prognosen über die zu-

künftige gesundheitliche Entwicklung der Versicherten könnten aber – unabhängig davon, ob sie zutreffen oder nicht – dazu genutzt werden, um „profilgenaue Angebote“ zu unterbreiten, das Leistungsspektrum entsprechend anzupassen oder künftige Risikozuschläge zu berechnen, warnte Vosshoff.

Auch bei den gesetzlichen Krankenkassen sei ein wachsendes Interesse an Gesundheits- und Fitnessdaten ihrer Versicherten zu beobachten, so die Bundesdatenschutzbeauftragte weiter. Hier gebe es allerdings enge gesetzliche Grenzen für die Erhebung personenbezogener Daten. Der Gesetzgeber sollte erwägen, diesen Schutz auch privat Krankenversicherten zu gewähren, forderte sie.

Be

Standortdaten werden keine  
e Vorratsdatenspeicherung  
Verkehrsdaten, Vorratsdaten,  
griffe bedeuten dasselbe:  
n Inhalt, sondern vielmehr auf  
verraten mehr, als es auf

Ein Forscherteam der Universität Stanford arbeitete in einer im Frühjahr 2014 veröffentlichten Studie heraus, wie relevant Metadaten für den Bruch der Privatsphäre sind. So gelang es den Wissenschaftlern mühelos, die Lebensgefährten der rund 550 Studienteilnehmer allein über die Metadaten zu identifizieren. Außerdem fanden die Forscher heraus, dass die meisten Teilnehmer, gleichgültig, ob sie sich gegenseitig kannten oder nicht, über höchstens vier Kontakte miteinander in Verbindung standen. Zumindest für die USA ist das keineswegs trivial, denn laut US-Gesetz darf die NSA bei der Überwachung „gefährlicher Personen“ deren Kontakte bis zum dritten Grad mit einbeziehen.

Mehr als ein Viertel der gewählten Anschlüsse konnte das Stanford-Team allein durch eine automatisierte Suche in öffentlich zugänglichen Datenbanken wie dem Online-B Branchenverzeichnis Yelp, Google Places oder Facebook mit dem dazugehörigen Namen versehen. Mit Hilfe „menschlicher Arbeitskraft“ waren es nach einer Stunde Internet-Recherche knapp drei Viertel aller Nummern. Nach der Nutzung der frei zugänglichen, kostenpflichtigen Personensuchmaschine Intelius kletterte die Zahl der eindeutig identifizierten Anschlüsse auf 91 Prozent. „Wenn ein paar Akademiker so schnell so weit kommen, ist es nur schwer vorstellbar, dass die NSA

irgendwelche Probleme haben könnte, die überwältigende Mehrheit der Nummern zu identifizieren“, schreiben die Forscher in ihrem Abschlussbericht.

**Doch damit nicht genug:** Die Wissenschaftler konnten auch auf weit intimere Dinge schließen: Gesundheitliche Probleme, Drogenkonsum, Waffenbesitz, außereheliche Affären und finanzielle Verhältnisse. Sie spürten Anrufe an Familienplanungsorganisationen, Scheidungsanwälte, die Anonymen Alkoholiker, Parteizentralen und Abtreibungskliniken auf. In manchen Fällen schienen den Forschern die Verbindungen und die ihnen zugrundeliegenden menschlichen Schicksale derart heikel zu sein, dass sie ihnen nicht weiter nachgingen und davon absahen, die Teilnehmer zwecks Bestätigung ihrer Vermutungen zu kontaktieren.

Der Beobachtungszeitraum umfasste im Fall der Stanford-Studie fünf Monate. Man kann wohl davon ausgehen, dass umso mehr zu erfahren ist, je länger der Beobachtungszeitraum dauert und je mehr Anschlüsse ausspioniert werden.

**Forscher der amerikanischen Eliteuniversität Massachusetts Institute of Technology (MIT) und der belgischen Universität von Louvain** fanden im März 2013 heraus, dass 95 Prozent der Mobilfunknutzer durch ihr Bewegungsmuster zuverlässig identifiziert werden können. Dazu untersuchten sie über 15 Monate die Mobilfunkdaten von 1,5 Millionen Nutzern in einem „kleinen europäischen Land“. Die Datenbasis enthielt Informationen über die angesprochenen Mobilfunkmasten beim Senden und Empfangen von SMS oder beim Telefonieren.

**Für Aufsehen sorgte** auch der grüne Politiker Malte Spitz, der 2011 auf *zeit on-*

*line* seine Vorratsdaten veröffentlichte, deren Herausgabe er gerichtlich erstritten hatte. *zeit online*-Leser konnten so all seine Bewegungen über einen Zeitraum von sechs Monaten nachverfolgen – ein anschauliches Beispiel dafür, was sich mit Hilfe von Daten alles erfahren lässt. Die Geodaten wurden zusätzlich mit im Internet frei verfügbaren Informationen aus dem Leben des Abgeordneten (Webseiten, Blogs, Twitter) verknüpft – ein Verfahren, das auch Ermittler nutzen würden. Jede Information für sich betrachtet mag vielleicht tatsächlich unbedeutend und „harmlos“ sein, in der Summe jedoch ergeben sie ein Profil, lassen Gewohnheiten und Vorlieben erkennen. Dabei wurde nur ein Teil des Datensatzes veröffentlicht, um die Privatsphäre des Politikers und seiner Kontakte zu schützen: die entsprechenden Telefonnummern fehlten.

**Ein ähnliches Experiment** machte der Schweizer Nationalrat Balthasar Glättli im Frühjahr 2014. Er gab ebenfalls die bei dem Netzbetreiber seines Handys über einen Zeitraum von sechs Monaten gespeicherten Daten im Internet zur Analyse frei um zu dokumentieren, was über jeden Einwohner der Schweiz erfasst und gespeichert wird. Die Datenrecherche-Agentur OpenDataCity wertete die Daten aus und bereitete sie auf. Dabei gingen die Programmierer so vor wie eine Strafverfolgungsbehörde: Sie kombinierten die Basisdaten mit öffentlich zugänglichen Informationen aus Facebook und Twitter. Zusätzlich stellte Glättli sämtliche Mails für den gleichen Zeitraum zur Verfügung. Auch das sind Daten, auf die die Behörden in der Schweiz zugreifen dürfen – in Deutschland soll das gemäß Gesetzentwurf zur Vorratsdatenspeicherung nicht erlaubt sein.

■ KIRSTEN BEHRENDT

# Wie sicher ist die IT-Infrastruktur im Gesundheitswesen?

Der US-Geheimdienst NSA schnüffelt – unter anderem – auch in Deutschland, und das IT-Netzwerk des Deutschen Bundestages wurde unlängst das Ziel einer beispiellosen Hackerattacke. Das ist zwar unangenehm, aber wenigstens die Infrastruktur um die elektronische Gesundheitskarte ist angeblich ja „sicher“.

Doch ist das tatsächlich so? Wenn ein vermutlich aufwändig gesichertes Netz wie das des Deutschen Bundestages gehackt werden kann und Eindringlinge sich dort Administratoren-Rechte verschaffen, wenn größere Datenmengen in unbekannte Kanäle fließen, es den Sicherheitsbehörden offenbar erst nach einem längeren Zeitraum gelang, den Angriff unter Kontrolle zu bringen und laut *Spiegel Online* in Parlamentskreisen ein „Totalschaden“ befürchtet wird – dann ist das eine informationstechnische Katastrophe. Die Bedenken gegen das IT-Projekt elektronische Gesundheitskarte werden angesichts dieses Cyberangriffs auf Bundestagsrechner nicht kleiner – zumal die möglichen Eintrittspforten für Trojaner und Co. in diesem Fall noch zahlreicher sind: Praxisrechner, Krankenhausrechner, Rechenzentren der Krankenkassen und möglicherweise zentrale Datenspeicher.

„Ein zentraler Server ist nicht geplant“, lautete zwar Ende November letzten Jahres die Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Bundestagsfraktion Die Linke. Nur wenige Monate zuvor hatte allerdings die gematik-Pressestelle in einem Schreiben an die Fraktion geäußert, dass auch Fachanwendungen in Planung seien, die eine „Speicherung an zentraler Stelle“ erforderlich machten. Und auf die Frage der Linken, ob die Bundesregierung Äußerungen von gematik-Gesellschaftern bestätigen könne, denen zufolge noch

nicht geklärt sei, ob die Speicherung von elektronischen Patienten- und Fallakten zentral oder dezentral erfolgen solle, gab es damals keine konkrete Antwort. Eine Stellungnahme sei nicht möglich, da die entsprechenden Konzepte noch nicht vorlägen, hieß es von Seiten der Bundesregierung.

**Sind Patientendaten** mit der elektronischen Gesundheitskarte also ausreichend geschützt? Das darf zumindest bezweifelt werden. Zu denken gibt auch ein Ende Juni bekannt gewordener Test eines Redakteurs des ZDF-*heute-journals*. Der beauftragte den Datenschutzexperten Dr. André Zilch, bei seiner Krankenkasse, der AOK, anzurufen. Zilch meldete sich dort unter dem Namen des Redakteurs und gab an, umgezogen zu sein. Die Nennung der ersten Ziffern der Versichertennummer reichte aus, um eine eGK an die „neue“ Adresse geschickt zu bekommen. Und nicht nur das: Mit Hilfe der darauf stehenden Daten erstellte Zilch ein AOK-Online-Konto und erhielt dadurch Einblick in die Arztbesuche, Operationen und Medikationen des Redakteurs.

Eine Identitätsprüfung der Versicherten führen die gesetzlichen Krankenkassen bei der Ausgabe der eGK nicht durch. Die AOK äußerte sich gegenüber dem *heute-journal* pragmatisch: Im Sinne kundenorientierter Prozesse müssten Krankenkassen im Rahmen einer vertrauensvollen Kundenbeziehung Postadressen

grundsätzlich als wahr annehmen können.

Laut Zilch ist die eGK technisch zwar durchaus geeignet, eine sichere Authentifizierung zu ermöglichen, jedoch fehlten zwingend notwendige organisatorische und datenschutzkonforme Maßnahmen, sagte er dem *heute-journal*. Er ging sogar noch weiter: Da in Deutschland rund 70 Millionen Menschen gesetzlich krankenversichert sind, spricht er vom „größten Datenschutzskandal“.

Institut für Weltwirtschaft:

## Defizit der GKV steigt bis

Das Defizit der Gesetzlichen Krankenversicherung wird bis Ende 2016 auf 4,3 Milliarden Euro anwachsen. Diese ernüchternde Prognose stammt vom Kieler Institut für Weltwirtschaft.

„Das Defizit der gesetzlichen Krankenversicherung belief sich im Jahr 2014 auf 2,3 Mrd. Euro. Im Jahr 2015 wird wohl ein Defizit in Höhe von 2,5 Mrd. Euro entstehen; es dürfte im Jahr 2016 auf 4,3 Mrd. Euro zunehmen. Sowohl der Gesundheitsfonds als auch die Krankenkassen werden in den Jahren 2015 und 2016 Defizite aufweisen“, prognostiziert Dr. Alfred Boss in seinem Beitrag „Sozialversicherung im Defizit?“. Die Rücklagen der GKV und des Gesundheitsfonds würden allerdings „beträchtlich“ bleiben. Für das kommende Jahr rechnet Boss aufgrund diverser gesetzlicher Regelungen mit Mehrausgaben für die Krankenkassen von „geschätzt“ einer Milliarde Euro. Geschuldet

den es weltweit jemals im Gesundheitswesen gegeben hat.“

Wie der Nachrichtendienst *änd* berichtet, wiegelte der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dagegen ab und reichte die Verantwortung an die einzelne Kasse weiter: Die vom ZDF „vermuteten Probleme“ bezögen sich seiner Einschätzung nach auf den unmittelbaren telefonischen Kontakt zwischen einer Kasse und ihrem Versicherten, hätten also nichts mit der eGK zu tun. Grundsätzlich gelte: „Wenn gezielt versucht wird, persönliche Daten eines Versicherten zu erschleichen, zu manipulieren oder sogar mit ihnen zu handeln, reden wir von strafrechtlich relevanten Tatbeständen, die ein Fall für den Staatsanwalt sind.“

Im Bericht werde zudem fälschlicherweise davon ausgegangen, dass sämtliche medizinische Daten auf der Karte gespeichert seien. „Die bereits heute bestehenden Online-Zugänge für die Versicherten sind Serviceangebote der Kassen, die diese unmittelbar verantworten. Mit ihnen kann man unseres Wissens bisher Informationen der Patientenquittung abrufen. Eine Informationspflicht an uns, was die einzelnen Krankenkassen in welcher technischen Lösung inkl. Sicherheitsarchitektur anbieten und wie viele Versicherte einen solchen Server nutzen, besteht nicht, zumal der GKV-Spitzenverband keine Aufsichtsfunktion gegenüber den Krankenkassen hat“, zitiert *änd* den Verband, der in diesem Zusammenhang auf das Bundesversicherungsamt (BVA) verwies.

Das BVA nun hält eine „sichere Authentifizierung bei Telefondienssten“ (z.B. Adressänderungen auf Zuruf, Ersatzbeschaffung einer elektronischen Gesundheitskarte) für „kritisch“: Hier müsse die jeweilige Kasse das Risiko und die Konsequenzen eines Missbrauchs gegen die zusätzlichen Hürden für eine Nutzung dieser Servicedienstleistungen abwägen, sagte das Amt gegenüber *änd*. Es betonte andererseits jedoch auch, dass ihm keine Fälle bekannt seien, in denen ein missbräuchlicher Zugriff auf Patientendaten stattgefunden habe.

Im Übrigen sei der Online-Zugriff auf besonders schützenswerte Sozialdaten ohne einen besonderen Zugriffsschutz nicht zulässig: Darauf habe das BVA die Kassen in einem Rundschreiben im September 2014 auch ausdrücklich hingewiesen. Darin heißt es unter anderem: „Wir raten den Kassen eindringlich, die möglichen Gefahren der online angebotenen Dienstleistungen und zur Verfügung gestellten Prozesse im Hinblick auf die Sensibilität der zu übermittelnden Daten differenziert im Einzelnen zu analysieren und entsprechende technische und organisatorische Schutzmaßnahmen zu formulieren.“

Als Reaktion auf die *heute-journal*-Recherchen will das Bundesgesundheitsministerium nach Angaben des ZDF nun das Bundesversicherungsamt und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen auffordern, die Sicherheitsstandards für die eGK zu verbessern.

Ob das allein reicht, um den Schutz der Patientendaten zu gewährleisten, ist allerdings fraglich.

■ KIRSTEN BEHRENDT

## Ende nächsten Jahres stark an

sei das vor allem dem Krankenhaus-Strukturgesetz, dem Versorgungsstärkungsgesetz und dem Präventionsgesetz.

Zudem würden die Ausgaben für ärztliche Leistungen in den Jahren 2015 und 2016 erhöht werden, fährt Bosse fort. Dafür aber werde sich der Anstieg der Ausgaben für „Sachleistungen“ „wohl abschwächen“. Der kräftige Anstieg beim Krankengeld im Jahr 2014 deute „angesichts der starken Inanspruchnahme Älterer darauf hin, dass diese Leistung zunehmend beim Übergang in die (Früh-)Verrentung genutzt wird“, zitiert Boss die Bundesbank. Daran wird sich seiner Ansicht nach auch wenig ändern. Boss prophezeit, dass die Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung bis Ende 2016 „vermutlich um 4,0 bzw. 4,7 Prozent“ zunehmen werden. Zwar sei im laufenden Jahr mit einem Anstieg des Beitragsaufkommens zu rechnen. Grund sei



die Zunahme der Lohnsumme. 2016 werde sich der Anstieg des Beitragsaufkommens aber „etwas“ abschwächen.

Für ein wenig Entlastung könnte der Zuschuss des Bundes zum Gesundheitsfonds sorgen, der nach Absenkungen 2013, 2014 und 2015 im nächsten Jahr wieder 14 Milliarden Euro betragen soll.

Be

# Digitale Angriffe treffen jedes zweite Unternehmen

Gut die Hälfte (51 Prozent) aller Unternehmen in Deutschland wurde in den vergangenen zwei Jahren Opfer von digitaler Wirtschaftsspionage, Sabotage oder Datendiebstahl. Das hat eine Studie des Digitalverbands BITKOM ergeben. Besonders betroffen sind demnach die Automobilindustrie (68 Prozent), die Chemie- und Pharmabranche (66 Prozent) sowie Banken und Versicherungen (60 Prozent).

Den Schaden für die deutsche Wirtschaft beziffert BITKOM auf rund 51 Milliarden Euro pro Jahr. Umsatzeinbußen haben die Unternehmen durch Plagiate, Patentrechtsverletzungen und den Verlust von Wettbewerbsvorteilen. Zudem müssen nach digitalen Angriffen möglicherweise Geräte ersetzt und Störungen im Betriebsablauf aufgefangen werden. „Ein weicher Faktor mit großem Gewicht sind Imageschäden, die nach Sicherheitsvorfällen eintreten“, sagte BITKOM-Präsident Prof. Dieter Kempf. „Gelten ein Unternehmen oder seine Produkte bei Kunden und Geschäftspartnern erst einmal als unsicher, ist das nur schwer aus der Welt zu schaffen. Ein solcher Reputationsverlust kann ein Unternehmen in seiner Existenz gefährden.“

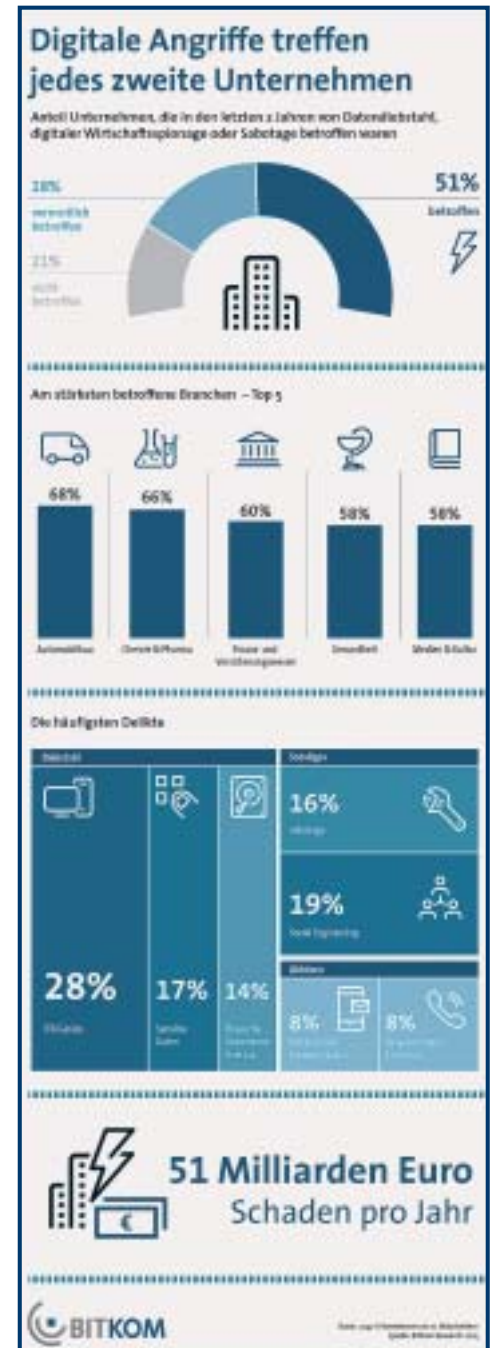
Das am häufigsten auftretende Delikt ist gemäß BITKOM-Studie der Diebstahl von IT- und Kommunikationsgeräten: In 28 Prozent der befragten Unternehmen wurden in den letzten zwei Jahren Computer, Smartphones oder Tablets gestohlen. Bei fast einem Fünftel (19 Prozent) wurden Mitarbeiter manipuliert, um an bestimmte Informationen zu gelangen. 17 Prozent der Unternehmen berichteten von Diebstahl sensibler elektronischer Dokumente bzw. Daten, 16 Prozent von Sabotage ihrer IT-Systeme oder Betriebsabläufe. In acht Prozent

aller Unternehmen wurden Besprechungen oder Telefonate abgehört.

Häufigstes Angriffsziel (34 Prozent) sind die IT-Systeme und die Kommunikationsinfrastruktur der Unternehmen. In 20 Prozent der Fälle hatten es die Angreifer auf die Bereiche Lager und Logistik abgesehen. 18 Prozent der Unternehmen meldeten Angriffe auf den Einkauf, 15 Prozent auf die Produktion und 14 Prozent auf die Geschäftsleitung. Bei neun Prozent wurden die Forschungs- und Entwicklungsabteilungen gehackt oder ausgespioniert.

Täter sind der Umfrage zufolge vor allem aktuelle oder ehemalige Mitarbeiter (52 Prozent), aber auch Personen aus dem unternehmerischen Umfeld wie Wettbewerber, Dienstleister, Lieferanten und Kunden spionieren (39 Prozent). 17 Prozent der Befragten nannten Hobby-Hacker als Täter, 11 Prozent wurden Opfer organisierter Bandenkriminalität und drei Prozent standen im Visier ausländischer Geheimdienste. Bei 18 Prozent ist der Täterkreis unbekannt.

„Digitale Angriffe sind eine reale Gefahr für Unternehmen“, resümierte Kempf. „Viele Unternehmen schützen ihre materiellen und immateriellen Werte nicht ausreichend. Gerade der Mittelstand muss beim Thema Sicher-



heit nachlegen.“ Laut Umfrage sind mittelständische Unternehmen mit 61 Prozent am stärksten von Spionage- und Sabotageakten betroffen.

PM/Be

Statistik:

## Mehr als 1,3 Millionen selbstständige Freiberufler

Die Zahl der Selbstständigen in den Freien Berufen ist zum Jahresbeginn 2015 auf 1.309.000 gestiegen – ein Plus von knapp 3,5 Prozent gegenüber dem Vorjahr (1.265.000). Das geht aus einer Statistik hervor, die das Institut für Freie Berufe für den Bundesverband der Freien Berufe (BFB) erhoben hat.

Die Heilberufe verzeichnen mit einem Plus von 3,9 Prozent (auf insgesamt 404.000 selbstständige Heilberufler zum 1. Januar 2015) den stärksten Anstieg, gefolgt von den Kulturberufen (plus 3,7 Prozent auf 310.000 selbstständige Freiberufler), den technisch-naturwissenschaftlichen Berufen (plus 3,4 Prozent auf 241.000) und den rechts-, wirtschafts- und steuerberatenden Berufen (plus 2,9 Prozent auf 354.000). „Die Freien Berufe sind ein solider Wachstumssektor. Mittlerweile ist beinahe jeder dritte Selbstständige Freiberufler. Seit Ende der 1990er-Jahre hat sich der Anteil der Selbstständigen in den Freien Berufen verdoppelt“, bewertet BFB-Präsident Dr. Horst Vinken diese Ergebnisse.

Tatsächlich unterscheidet sich der stetige Anstieg der Selbstständigkeit bei den Freien Berufen nach Recherchen der FAZ deutlich von der übrigen Entwicklung. Die Gesamtzahl der Selbstständigen in Deutschland lag 2005 bei 3,8 Millionen und bewegte sich auch heute noch in diesem Bereich, berichtete die Zeitung. Das belegten Daten des Statistischen Bundesamtes.



**Bundesverband  
der  
Freien Berufe**

Wie der jährliche Gründungsmonitor der Förderbank KfW dokumentiert, erfolgten 40 Prozent aller Firmengründungen im vergangenen Jahr durch Freiberufler. „Die Anzahl von Gründern in freiberuflichen Tätigkeitsfeldern ist stark angestiegen, während die Gründungstätigkeit in gewerblichen Tätigkeitsfeldern nachließ“, beschreibt die KfW.

Eine wichtige Ursache dafür liegt laut FAZ auf der Hand: Der Dienstleistungssektor gewinnt innerhalb der Volkswirtschaft allgemein an Bedeutung – und da ein wesentliches Merkmal der Freien Berufe das Erbringen „geistig-ideeller Leistungen“ sei, verlagere sich damit naturgemäß ein wachsender Anteil der Gründungen in diesen Bereich, mutmaßt die Zeitung.

Die aktuelle Statistik des Bundesverbandes der Freien Berufe wartet noch mit einer weiteren Rekordnachricht auf: Erstmals habe die Anzahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Mitarbeiter von Freiberuflern die Drei-Millionen-Marke durchbrochen (plus 3,4 Prozent auf 3.080.000 Personen zum 1. Januar 2015). Zusätzlich arbeiteten 260.000 nicht sozialversicherungspflichtige Familienangehörige mit (plus 3,2 Prozent). Die Zahl der Auszubildenden pendelte sich mit 122.000 um das Vorjahresniveau ein. „In der Summe sind also 4.771.000 Personen in den Freien Berufen tätig – auch dies ein neuer Höchststand“, heißt es in einer Pressemitteilung des BFB.

Die KfW meint allerdings, dass „Gründungen in gewerblichen Tätigkeitsfeldern“ eine bessere Bilanz direkter volkswirtschaftlicher Effekte hätten. So hätten 32 Prozent der gewerblichen Gründer angestellte Mitarbeiter, aber nur 13 Prozent der freiberuflichen.

„Die Freien Berufe tragen maßgeblich zur wirtschaftlichen Dynamik in Deutschland und im europäischen Binnenmarkt bei. Sie sind konstitutive Pfeiler in der sich wandelnden Wirtschafts-, Lebens- und Arbeitswelt“, kommentiert BFB-Präsident Vinken dennoch selbstbewusst. Gleichzeitig nutzt er die Gelegenheit, um sich gegen Deregulierungsbestrebungen der EU-Kommission zu wenden: „Wenn die EU-Kommission Deregulierungspotenziale bei den Freien Berufen ausmacht und dabei das Primat des Preises über das der Qualität stellt, ist das ökonomisch falsch“, unterstreicht er.

Die EU-Kommission in Brüssel prüft derzeit, ob etwa staatliche Gebührenordnungen oder das Verbot einer Beteiligung beruflerfremder Investoren an Anwaltskanzleien mit dem europäischen Binnenmarkt vereinbar sind. „Europa kann sich im globalen Wettbewerb nicht in einen Preiswettbewerb stellen, sondern sollte seine Chancen im Qualitätswettbewerb erkennen“, empfiehlt Vinken. Und das verbürge das System „Freier Beruf“ mit seinen Organisationsprinzipien und Qualifikationsanforderungen.

Be

## „Keine GOZ-Honorare unter Kassensätzen“

Ein Beschluss der Bundesversammlung (BV) der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) vom November 2014 lautet „Keine GOZ-Honorare unter Kassensätzen“.

In ihrem Antrag machten die Antragsteller, Dr. Wilfried Beckmann und Jost Rieckesmann, deutlich, dass „die durch den Ordnungsgeber unterlassene Punktwertanhebung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) dazu führt, dass jährlich weitere GOZ-Honorare unter die Sätze der Kassenbehandlung fallen.“

Schon im Jahr 2004 hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) in seiner Ablehnung der Verfassungsbeschwerde gegen die Nichtanpassung der GOZ an die wirtschaftliche Entwicklung unter anderem festgestellt, „für überdurchschnittliche Fälle steht nur der Rahmen zwischen 2,4 und 3,5 zur Verfügung, weil ein Absinken unter die Honorierung, die auch die gesetzliche Krankenversicherung zur Verfügung stellt (nämlich den 2,3-fachen Satz), wohl kaum noch als angemessen zu bezeichnen ist. Die im Regelfall nur schmale Marge schadet jedoch nicht, weil der Zahnarzt gemäß § 2 GOZ eine abweichende Vereinbarung treffen kann. Sie ist dem Gesetzeswortlaut nach materiell an keine weiteren Voraussetzungen geknüpft.“

Seitdem vergingen weitere acht Jahre, bis zum 01. Januar 2012 eine novellierte GOZ erlassen wurde. Diese Novellierung verdient ihren Namen nicht, orientierte sie sich doch mehr an den Erstattungsproblemen als an einer Anpassung an die Kostenentwicklung und den Stand der wissenschaftlichen Zahnmedizin. Die Nichtanpassung von 70 Prozent aller GOZ-Leistungen sowohl in der Beschreibung als auch in der Bewertung seit 1988 (GOZ 88 gebührenneutral zur Bugo-Z 1965) bei der Novellierung der GOZ 2012 hat die Situation weiter verschärft. „Die Gebührenord-

nung für Zahnärzte legt zwar die Vergütungen für die beruflichen Leistungen der Zahnärzte verbindlich fest. Gewährleisten die Bestimmungen der GOZ jedoch keine betriebswirtschaftlich stimmige Vergütung mehr, stellt die GOZ mit der abweichenden Vereinbarung gemäß § 2 Abs. 1 GOZ das erforderliche Mittel zur Verfügung“, heißt es in der Begründung des BV-Beschlusses von 2014 weiter.

Jeder Zahnarzt ist selbst für die Auslegung der GOZ verantwortlich. Nur er weiß, mit welchem Aufwand er welche Leistungen erbracht hat. Nur er kennt seine Kalkulation und seine wirtschaftlichen Kennzahlen.

Die Zahnärztekammer kann dazu keine Handlungsanweisungen vorgeben, sondern nur die rechtlichen Aspekte aufzeigen sowie die GOZ-Leistungen benennen, deren Honorar unterhalb des BEMA-Niveaus liegt. Privatversicherten ist in der Regel gar nicht bewusst, dass die für sie erbrachten Leistungen schlechter als im vertragszahnärztlichen Bereich honoriert werden. Sie müssen darüber informiert werden! Das kann auch durch eine Zahnmedizinische Fachangestellte erfolgen. Fakt ist: Eine hochwertige Zahnmedizin ist zu Honoraren unterhalb des Niveaus der Gesetzlichen Krankenkassen nicht möglich.

Mit dem eingangs zitierten Beschluss forderte die Bundesversammlung die BZÄK dazu auf, die Zahnärzte entsprechend zu beraten.

Welche Möglichkeiten hat der Zahnarzt, sein Honorar, dem oben genannten Rechnung tragend, mit möglichst kleinem Aufwand zu berechnen?

§ 5 Abs. 2 GOZ bestimmt zum 2,3-fachen Gebührensatz: Dieser „Gebührensatz bildet die nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung ab.“ Der BEMA beschreibt nach § 12 SGB V lediglich die Bewertung von Leistungen, die zweckmäßig, wirtschaftlich und ausreichend ist sowie das Maß des Notwendigen nicht überschreitet. Diese Einschränkungen des SGB V gelten für Mitglieder Privater Krankenversicherungen nicht. Hier kommen ausschließlich medizinische Aspekte zum Tragen. Es stellt sich die Frage, ob die GOZ 2012 zweckmäßig, wirtschaftlich und ausreichend ist. Einige Leistungsbewertungen sind sogar ungenügend.

Die Begründung nach § 5 Abs. 2 soll nach der Rechtsprechung in der Regel patientenbezogen sein. Andererseits stellt der Ausschuss Gebührenrecht der BZÄK fest, „enthält die GOZ nach ihrem Wortlaut keinen Anhaltspunkt dafür, dass nur perso-





nenbezogene Umstände als Bemessungskriterium in Betracht kommen“. Die Erhöhung des Steigerungsfaktors kann auch in der Beschaffenheit des Krankheitsfalls und/oder der technischen Ausführung oder der Methode bei der Leistungserbringung begründet sein. Die Zuordnung zu den einzelnen Kriterien ist im Einzelfall schwierig, insbesondere auch deshalb, weil es keine gesicherten Kenntnisse über den durchschnittlichen Zeitaufwand gibt. Dementsprechend hat der Zahnarzt einen Beurteilungsspielraum. Der Steigerungsfaktor wird nach „billigem Ermessen“ festgelegt. Wobei „billig“ ein unbestimmter, nicht nachprüfbarer Rechtsbegriff und nicht mit „wenig kostend“ zu übersetzen ist, sondern so viel bedeutet wie „den Umständen nach angemessen“.

Der gewählte Steigerungsfaktor muss also vertretbar und die Honorarforderung angemessen sein. Der Regelfall ist der 2,3-fache Steigerungsfaktor. Der Medizinrechtler Prof. Ratajczak sagt dazu: „Was nicht bedacht und beachtet wurde, ist der Umstand, dass der Sachverhalt der Entscheidung des BVerfG vom 25. Oktober 2004 bereits in den Jahren 1996 bis 1998 spielte und die Auseinanderentwicklung von BEMA und GOZ seitdem weiter fortgeschritten ist und der 2,3-fache Satz mittlerweile deutlich unter BEMA-Mittelwert liegt.“

Die GOZ legt die zahnärztlichen Vergütungen fest. Wenn der Gebührenrahmen nicht ausreichend ist, um eine betriebswirtschaftlich kalkulierte Vergütung zu erzielen, gibt der § 2 Abs. 1 (abweichende Vereinbarung) dem Zahnarzt die Möglichkeit, eine von der GOZ abweichende Gebührenhöhe festzulegen. Der genaue

**Abweichende Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ**

zwischen

(Patient/Zahlungspflichtiger)

(Anschrift)

und

(Zahnarzt)

Abweichend von der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) werden für folgende Leistungen die aufgeführten Gebührensätze vereinbart:

Zahn/Gebiet	Geb.-Nr.	Leistungsbezeichnung	Steigerungssatz	Betrag

Es wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.

Dem Zahlungspflichtigen wurde eine Ausfertigung dieser Vereinbarung ausgehändigt.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift des Zahlungspflichtigen)

.....  
(Unterschrift Zahnarzt)

Das Formular steht zum Download zur Verfügung:  
[www.zaek-sh.de](http://www.zaek-sh.de), Rubrik Praxisservice – Gebührenrecht – Vergütungsvereinbarung § 2 GOZ





## „Keine GOZ Honorare unter Kassensätzen“

Wortlaut der Bestimmung ist dabei zu beachten!

**§ 2 Abs. 1:** „Durch Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Zahlungspflichtigen kann eine von der Verordnung abweichende Höhe der Vergütung festgelegt werden. Die Vereinbarung einer abweichenden Punktzahl (§ 5 Abs. 1 Satz 2) oder eines abweichenden Punktwerts (§ 5 Abs. 1 Satz 3) ist nicht zulässig. Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer Vereinbarung ... abhängig gemacht werden.“

**§ 2 Abs. 2:** „Eine Vereinbarung ... ist nach persönlicher Absprache im Einzelfall zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem vor Erbringung der Leistung des Zahnarztes schriftlich zu treffen. Diese muss neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem vereinbarten Steigerungssatz und dem sich daraus ergebenden Betrag auch die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht im vollen Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf diese Vereinbarung nicht enthalten. Der Zahnarzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.“

In Abs. 1 wird klargestellt, dass nur die Höhe des Steigerungsfaktors vereinbart werden kann. Damit können weder Stundensätze, Pauschalhonorare, Punktzahlen oder der Punktwert vereinbart werden.

Entsprechend der Vorgaben der Rechtsprechung zu den Anforderungen an eine wirksame Vereinbarung wird in Abs. 2 gesagt, dass die Vereinbarung nur nach persönlicher Absprache, zu der sich der Zahnarzt auch vertreten lassen kann, im Einzelfall zu treffen ist. Im Klartext heißt das, der Abschluss einer abweichen-

den Vereinbarung ist in Teilen (Aufklärung) delegierbar. Abgeschlossen und rechtsverbindlich wird die Vereinbarung erst durch die Unterschrift des Patienten und des Zahnarztes vor Behandlungsbeginn. Das Aushandeln von Gebührensätzen für jede einzelne Leistung ist dabei nicht zwingend erforderlich, d. h. es muss nicht um die Höhe der einzelnen Steigerungsfaktoren gefeilscht werden (BVerfG, 25.10.2004-1 BvR 1437/02). Entsprechend § 126 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) ist diese Vereinbarung schriftlich zu treffen. Für die Vereinbarung dürfen vorgefertigte Gebührenvereinbarungen verwendet werden. Werden die Schriftform und die weiteren Vorgaben nicht eingehalten, ist die Vereinbarung insgesamt unwirksam.

Die abweichende Vereinbarung umfasst drei Aspekte: Sie ist ein Behandlungsplan, eine Gebührenvereinbarung und ein Behandlungsvertrag im Sinne des Patientenrechtegesetzes. Da es sich um einen Vertrag handelt, der dem Patienten eine maximale Kostentransparenz gibt, können die Steigerungsfaktoren im nachhinein nicht erhöht werden. Eine Steigerungsfaktorbegründung ist nur bis zum 3,5fachen Steigerungsfaktor notwendig, um dem Patienten die Erstattung zu sichern.

Wie der § 2 Abs. 1 und 2 praktisch umgesetzt wird, muss jeder Zahnarzt für sich selbst entscheiden.

Politisch besteht beim Heranziehen des BEMA als Referenz die Gefahr, dass Protagonisten einer wie auch immer gearteten Bürgerversicherung sich in ihrer Forderung nach „gleichem Honorar für gleiche Leistung“ bestätigt sehen. Dabei wird allerdings

unterschlagen, dass die Gebührenordnung für Zahnärzte die übergeordnete Regelung ist und ihr andere Prinzipien zugrunde liegen als die Honorarfestsetzung im SGB V. Im privatärztlichen Bereich kommt es nicht darauf an, ob auch kostengünstigere Behandlungsmethoden zur Verfügung stehen. Der Zahnarzt erbringt nach der Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit die auf wissenschaftliche Erkenntnisse gegründete, den „Regeln der ärztlichen Kunst“ (§ 1 Abs. 2 GOZ) entsprechende Therapie. Er muss also seine Behandlung unabhängig von den Kosten an den zahnmedizinisch anerkannten Qualitätsstandards ausrichten.

Unser duales Gesundheitssystem ist im internationalen Vergleich u. a. deshalb so effektiv, weil das Nebeneinander gesetzlicher und privater Krankenversicherung, also der Wettbewerb beider Systeme untereinander dafür sorgt, dass sich Kürzungen im Leistungskatalog schwer durchsetzen lassen. Studien haben zudem gezeigt, dass Länder mit einem Einheitsystem der Krankenversicherung viel stärker zu Rationierungen neigen.

Statt kurzer Wartezeiten, freier Arztwahl und Teilhabe am medizinischen Fortschritt sowie flächendeckendem Zugang zu Kliniken und Ärzten gibt es in diesen Ländern eine Grundversorgung auf niedrigem Niveau. Statt guter Versorgung möglichst Vieler, haben in diesen Ländern nur diejenigen Zugang zu bester Versorgung, die den Arzt vernünftig bezahlen können bzw. eine entsprechende Zusatzversicherung haben. Die Folge ist eine Zweiklassenmedizin.

Die Schuld an der jetzigen Misere ist die jahrzehntelang unterbliebene Nichtanpassung der GOZ an die

Notwendiger GOZ Steigerungsfaktor zum Erzielen einer BEMA Vergütung			
Nr.	Bezeichnung der Leistung	Faktor	EUR
0010	Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes	3,1	17,44
0040	Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans bei kieferorthopädischer Behandlung oder bei funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen nach Befundaufnahme	5,0	77,33
0090	Intraorale Infiltrationsanästhesie	2,4	8,10
0100	Intraorale Leitungsanästhesie	3,1	12,20
1020	Lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung und -behandlung, mit Lack oder Gel, je Sitzung	4,4	12,37
2000	Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen, auch Glattflächenversiegelung, je Zahn	3,3	16,70
2020	Temporärer speicheldichter Verschluss einer Kavität	3,6	19,84
2030	Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen von Kavitäten (z. B. Separieren, Beseitigen störenden Zahnfleisches, Stillung einer übermäßigen Papillenblutung), je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	2,8	10,24
2040	Anlegen von Spanngummi, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	2,8	10,24
2050	Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem Füllungsmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, einflächig	2,8	33,54
2070	Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem Füllungsmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, zweiflächig	3,0	40,83
2090	Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem Füllungsmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, dreiflächig	3,0	50,11
2110	Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem Füllungsmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, mehr als dreiflächig	3,3	59,21
2180	Vorbereitung eines zerstörten Zahnes mit plastischem Aufbaumaterial zur Aufnahme einer Krone Vergleich mit Bema 13a	3,9	32,96
	Vergleich mit Bema 13b	4,8	40,49
2190	Vorbereitung eines zerstörten Zahnes durch gegossenen Aufbau mit Stiftverankerung zur Aufnahme einer Krone	2,6	65,77
2195	Vorbereitung eines zerstörten Zahnes durch einen Schraubenaufbau oder Glasfaserstift o. Ä. zur Aufnahme einer Krone	2,5	42,18
2250	Eingliederung einer konfektionierten Krone in der pädiatrischen Zahnheilkunde	4,4	51,97
2260	Provisorium im direkten Verfahren ohne Abformung, je Zahn oder Implantat, einschließlich Entfernung	2,9	16,31
2310	Wiedereingliederung einer Einlagefüllung, einer Teilkrone, eines Veneers oder einer Krone oder Wiederherstellung einer Verblendschale an herausnehmbarem Zahnersatz Vergleich mit Bema 24a	2,6	21,20
	Vergleich mit Bema 24b	4,4	35,88
2360	Exstirpation der vitalen Pulpa einschließlich Exkavieren, je Kanal	3,0	18,56
2390	Trepanation eines Zahnes, als selbstständige Leistung	3,1	11,33
3000	Entfernung eines einwurzeligen Zahns oder eines enossalen Implantats	2,6	10,24
3010	Entfernung eines mehrwurzeligen Zahns	2,5	15,47
3020	Entfernung eines tief frakturierten oder tief zerstörten Zahnes	2,7	41,00
3030	Entfernung eines Zahnes oder eines enossalen Implantats durch Osteotomie	3,0	59,05
3040	Entfernung eines retinierten, impaktierten oder verlagerten Zahns durch Osteotomie	2,7	82,00
3050	Stillung einer übermäßigen Blutung im Mund und/oder Kieferbereich, als selbstständige Leistung	2,5	15,47
3060	Stillung einer Blutung durch Abbinden oder Umstechen des Gefäßes oder durch Knochenbolzung	3,8	29,92
3070	Exzision von Schleimhaut oder Granulationsgewebe, als selbstständige Leistung	4,1	10,38
3080	Exzision einer Schleimhautwucherung größeren Umfangs (z. B. lappiges Fibrom, Epulis)	4,5	37,96
3090	Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle	4,0	83,24
3110	Resektion einer Wurzelspitze an einem Frontzahn	2,9	75,03



Nr.	Bezeichnung der Leistung	Faktor	EUR
3120	Resektion einer Wurzelspitze an einem Seitenzahn	3,0	97,86
3130	Hemisektion und Teilresektion eines mehrwurzeligen Zahns	4,7	74,01
3190	Operation einer Zyste durch Zystektomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion	3,3	50,11
3200	Operation einer Zyste durch Zystektomie, als selbstständige Leistung	4,4	123,73
3210	Beseitigung störender Schleimhautbänder, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	6,3	49,61
3240	Vestibulumplastik oder Mundbodenplastik kleineren Umfangs auch Gingivaextensionsplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, für einen Bereich bis zu zwei nebeneinander liegenden Zähnen, gegebenenfalls auch am zahnlosen Kieferabschnitt	4,0	123,73
3250	Tuberplastik, einseitig	5,4	82,00
3260	Freilegen eines retinierten oder verlagerten Zahnes zur orthopädischen Einstellung	2,7	83,52
3280	Lösen, Verlegen und Fixieren des Lippenbändchens und Durchtrennen des Septums bei echtem Diastema	4,9	74,41
3300	Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff (z. B. Tamponieren), als selbstständige Leistung, je Operationsgebiet (Raum einer zusammenhängenden Schnittführung)	2,8	10,24
3310	Chirurgische Wundrevision (z. B. Glätten des Knochens, Auskratzen, Naht), je Operationsgebiet (Raum einer zusammenhängenden Schnittführung)	3,9	21,93
4000	Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus	4,5	40,49
4020	Lokalbehandlung von Mundschleimhautrekrankungen, ggf. einschließlich Taschenspülung, je Sitzung	3,3	8,35
4030	Beseitigung von scharfen Zahnkanten, störenden Prothesenrändern und Fremdreizen am Parodontium, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	5,2	10,24
4075	Parodontalchirurgische Therapie (insbesondere Entfernung subgingivaler Konkremente und Wurzelglättung) an einem mehrwurzeligen Zahn, geschlossenes Vorgehen	3,7	27,05
4080	Gingivektomie, Gingivoplastik, je Parodontium P200 Bema einwurzeliger Zahn P201 Bema mehrwurzeliger Zahn	5,7 10,6	14,43 26,83
5080	Versorgung eines Lückengebisses durch eine zusammengesetzte Brücke oder Prothese, je Verbindungselement. Matrize und Patrize gelten als ein Verbindungselement.	2,8	36,22
5100	Erneuern des Sekundärteils einer Teleskopkrone einschließlich Abformung	3,1	78,46
5150	Versorgung eines Lückengebisses mit Hilfe einer durch Adhäsivtechnik befestigten Brücke, für die erste zu überbrückende Spanne	6,8	279,19
5250	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese (ohne Abformung)	3,2	25,20
5260	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese (mit Abformung) einschließlich Halte- und Stützvorrichtungen	2,8	42,52
5270	Teilunterfütterung einer Prothese	3,6	36,44
5280	Vollständige Unterfütterung einer Prothese	3,1	47,07
5290	Vollständige Unterfütterung einer Prothese einschließlich funktioneller Randgestaltung, im Oberkiefer	2,7	68,33
6000	Profil- oder Enfacefotografie einschließlich kieferorthopädischer Auswertung	2,7	12,15
6010	Anwendung von Methoden zur Analyse von Kiefermodellen (dreidimensionale, graphische oder metrische Analysen, Diagramme), je Leistung nach der Nummer 0060	2,8	28,35
6120	Eingliederung eines Bandes zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel	2,7	34,93
6130	Entfernung eines Bandes einschließlich Polieren und gegebenenfalls Versiegelung des Zahnes	4,4	4,95
6160	Eingliederung einer intra-/extraoralen Verankerung (z. B. Headgear)	2,8	58,27
6210	Kontrolle des Behandlungsverlaufs oder Weiterführung der Retention einschließlich kleiner Änderungen der Behandlungs- oder Retentionsgeräte, Therapiekontrolle der gesteuerten Extraktion, je Sitzung	3,4	17,21
6220	Vorbereitende Maßnahmen zur Herstellung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln (z. B. Abformung, Bissnahme), je Kiefer	3,5	35,43
6250	Beseitigung des Diastemas, als selbstständige Leistung	2,8	70,86
7000	Eingliederung eines Aufbissbehelfs ohne adjustierte Oberfläche	3,1	47,07



Zahnärzte haben sie selbst in der Hand

## Zukunft der Selbstverwaltung

wissenschaftliche Entwicklung und die entsprechend notwendige Kostenanpassung. „Wenn eine Zahnärztin/ein Zahnarzt bei einem Privatpatienten schon eine Gebührenvereinbarung nach § 2 GOZ treffen muss, nur um das gleiche Honorarniveau zu erreichen, welches die gesetzliche Krankenversicherung für Leistungen bezahlt, die nach § 12 Abs. 1 SGB V ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen, dann ist aus der Gebührenordnung ein Zerrbild geworden.“ (Prof. Ratajczak)

Wir haben eine Blanko-Mustervereinbarung nach § 2 GOZ (siehe Seite 17) sowie eine Tabelle (siehe Seiten 19 und 20), die alle zahnärztlichen Leistungen unterhalb des Sozialhilfeniveaus umfasst, zusammengestellt.

Diese Zusammenstellung basiert auf einem Punktwert von 1,03 Euro für den konservierend-chirurgischen Bereich, 0,8172 Euro für den kieferorthopädischen und 0,8358 Euro für den Zahnersatzbereich.

Jeder Zahnarzt ist persönlich für seine Abrechnung verantwortlich und kann entscheiden, ob und welche Leistungen er nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ vereinbart. Es ist ferner zu berücksichtigen, dass der Leistungsinhalt der GOZ und des BEMA nicht immer identisch ist.

■ DR. ROLAND KADEN  
Vorstand Gebührenrecht

Anfang 2016 startet der neunte postgraduale Fortbildungsgang der Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement.

Seit vierzehn Jahren bietet die zahnärztliche Selbstverwaltung mit großem Erfolg ein besonderes berufsbegleitendes Fortbildungsangebot für junge Zahnärztinnen und Zahnärzte an, die Interesse an der Übernahme von Verantwortung in Gremien der zahnärztlichen Berufspolitik und Selbstverwaltung haben und sich das notwendige Know-how dafür zulegen wollen.

Derzeit fünfzehn zahnärztliche Körperschaften unter der Schirmherrschaft von BZÄK und KZBV tragen die Fortbildungsplattform mit dem Ziel einer umfassenden wissenschaftlich und systematisch ausgerichteten Selbstprofessionalisierung der Zahnärzteschaft für den Erhalt und die Stärkung der Freiheit im Heilberuf.

### Profundes Wissen – berufsbegleitend erlernt

Neben der politischen Fortbildung erhalten die Teilnehmer zudem auch Rüstzeug für das betriebswirtschaftliche Management einer Praxis. Zum Themenspektrum der Akademie gehören u. a. Recht und Ökonomie des Gesundheitswesens und der Zahnarztpraxis, Gesundheitssystemforschung, Rhetorik, Öffentlichkeitsarbeit.

Diskussionsforen zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen mit Entscheidungsträgern und Besuche bei Institutionen in Berlin und Brüssel runden ein vielseitiges interdisziplinäres Studienprogramm ab.

Im Februar 2016 beginnt der neue Fortbildungsgang. Er erstreckt sich über zwei Jahre bis Ende 2017. Die Veranstaltungen finden an insgesamt zehn Wochenenden in Form von Seminarblöcken sowohl in Berlin, aber auch



an wechselnden Orten im Bereich der Trägerkörperschaften in Form von Seminarblöcken statt.

### Vier Semester umfassender Stoff

Die Lehrveranstaltungen für die rund 20 Teilnehmer werden als Vorlesungen, Übungen und Seminare abgehalten. Die ersten beiden Semester bilden einen Grundkurs, in dem das Recht der Heilberufe, Grundlagen der Freiberuflichkeit, politische Entscheidungsverfahren sowie Grundzüge der Volkswirtschaftslehre angeboten werden. Des Weiteren stehen das Recht der GKV, Grundzüge der Gesundheits- und Sozialpolitik, zahnärztliche Selbstverwaltung, Meinungsbildung und Entscheidungsverfahren in der Berufspolitik sowie Grundzüge der Betriebswirtschaft auf dem Lehrplan. Das dritte und vierte Semester sind als Aufbaukurs konzipiert. Hier geht es um Praxis- und Qualitätsmanagement, Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystemforschung, Sozialmedizin, Epidemiologie, europäische Entwicklungen, Verbandsstrategien, Kommunikation sowie Öffentlichkeits- und Pressearbeit.

Die Studienvermittlung erfolgt unter wissenschaftlicher Leitung von Prof. Dr. Burkhard Tiemann sowie seinem Nachfolger, Prof. Dr. Christoph Benz, durch hochkarätige Dozenten aus Wissenschaft und Praxis. Das zweijährige Curriculum kostet 3.900 EUR und wird gemäß den Leitsätzen der BZÄK/DGZMK/KZBV zur zahnärztlichen Fortbildung mit Punkten bewertet. Eine Anmeldung ist bis zum Jahresende möglich.

Weitere Informationen und Anmeldung:  
[www.zahnaerzte-akademie-as.de](http://www.zahnaerzte-akademie-as.de)

## Verfahren zur Meldung von Vorkommnissen

Im Rahmen der Begehungen durch das Landesamt für soziale Dienste wird regelmäßig nach der Umsetzung des Verfahrens zur Meldung von Vorkommnissen an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gefragt und der Nachweis eines Maßnahmenplans gefordert.

### Allgemeines

Jeder praktizierende Zahnarzt ist nach § 3 der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung (MPSV) verpflichtet, Vorkommnisse in seiner Praxis, die unmittelbar oder mittelbar zum Tod oder zu einer schwerwiegenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes eines Patienten, eines Anwenders oder einer anderen Person geführt haben, geführt haben könnten oder führen könnten, an die zuständige Bundesoberbehörde, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu melden.

Ein „meldepflichtiges Vorkommnis“ ist definiert als eine Funktionsstörung, ein Ausfall, eine Änderung der Merkmale oder der Leistung, eine unsachgemäße Kennzeichnung oder Gebrauchsanweisung eines Medizinprodukts, die unmittelbar oder mittelbar zum Tod oder zu einer schwerwiegenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes eines Patienten, eines Anwenders oder einer anderen Person geführt hat, geführt haben könnte oder führen könnte.

Daneben sind auch unerwünschte Arzneimittelwirkungen meldepflichtig, selbst wenn nur der Verdacht auf einen Zusammenhang zwischen einer unerwünschten Reaktion und der Anwendung besteht.

### In der Praxis

In einer Zahnarztpraxis sind beispielhaft folgende Vorkommnisse vorstellbar:

- ▶ Funktionsstörungen, Ausfälle oder Änderungen der Merkmale oder der Leistung von Medizinprodukten, z. B. Röntgenarm verletzt Patienten infolge von Materialermüdung oder Patientensstuhl sackt infolge eines Lager Schadens ab.
- ▶ Unsachgemäße Kennzeichnungen oder Gebrauchsanweisungen von Medizinprodukten, auch unrechtmäßig angebrachtes CE-Kennzeichen, z. B. nicht normenkonforme Verpackung von sterilen Einmalinstrumenten, die zu einem Verlust der Sterilität der Instrumente führt.
- ▶ Bekannte und nicht bekannte Nebenwirkungen eingesetzter Arzneimittel und Medizinprodukte, z. B. schlechtere Aushärtungseigenschaften eines Füllungsmaterials.

Das Verfahren zur Meldung von Vorkommnissen muss in der Zahnarztpraxis festgelegt werden. Denkbar ist, dass der Praxisbetreiber als Verantwortlicher informiert wird und dieser die Meldung veranlasst. Es empfiehlt sich für das Verfahren, wie mit einem Vorkommnis umzugehen ist, eine Arbeitsanweisung zu erstellen.

### Service der Bundeszahnärztekammer

Die Bundeszahnärztekammer bietet einen besonderen Service an, wodurch der Zahnarzt von der gesetzlichen Meldeverpflichtung an das Bundesin-

stitut für Arzneimittel und Medizinprodukte befreit ist:

Die dort eingerichtete Arzneimittelkommission Zahnärzte nimmt die Meldungen von Vorkommnissen mit Medizinprodukten sowie Meldungen zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen gerne entgegen. Die beiden Meldeformulare stehen auf der Homepage [www.bzaek.de](http://www.bzaek.de) unter der Rubrik Zahnärzte – Arzneimittelkommission zum Download zur Verfügung.

Das ausgefüllte Formular – hier ist auf die Verwendung des „richtigen“ Meldebogens zu achten – kann als elektronische Nachricht an [m.rahn@bzaek.de](mailto:m.rahn@bzaek.de) oder als Telefax an 030-40005169 versandt werden.

### Auswertung der Meldungen

Die Arzneimittelkommission Zahnärzte (AKZ) erfasst die Meldungen im Auftrag des Berufsstandes, wertet sie aus und informiert einmal jährlich in den Zahnmedizinischen Mitteilungen (zm) über die Ergebnisse. Dabei bleibt der Datenschutz gewahrt, denn es sind keine Daten enthalten, die Rückschlüsse auf den Patienten erlauben.

Darüber hinaus werden die Meldungen an das BfArM weitergeleitet. Dort werden alle gemeldeten Vorkommnisse umfänglich weiter untersucht. Es wird unter anderem geprüft, ob von dem Medizinprodukt nicht vertretbare Risiken ausgehen und ob diese behoben werden kön-



**Formblatt für die Meldung von Vorkommnissen durch Zahnärzte und zahnmedizinische Einrichtungen nach § 3 Abs. 2 bis 4 der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung**

**Hinweise zu den Meldepflichten**

Arzneimittelkommission Zahnärzte  
BZÄKHZBV  
Chausseestra. 13  
10115 Berlin  
e-mail-Adresse: m.rahn@bzak.de  
Telefax 030 48065 169

Meldung erstellt von (Zahnärztl. Praxis, Anwender etc.):  
Klasse:  
PLZ/ST:  
Bundesland:  
Kontaktperson/Beauftragter:  
Tel.:  
Fax:  
E-Mail:  
Datum der Meldung: Unterschrift:

Hersteller (Adresse):  
Handelsname des Medizinproduktes: Art des Produktes (z.B. Professionsformuliert, Kollagenbasiert, Legierung):  
Mensch, Tierart- od. Artbestimmung: Substanz- oder Wirkstoffname:  
Datum des Vorkommnisses: Ort des Vorkommnisses:  
Patientenalter: Geburtsjahr: Geschlecht:  m.  w. *Bitte Zutreffendes ankreuzen!*  
Beschreibung des Vorkommnisses/Folgen für Patienten:  
Zahnbefund:  
Art und Datum der Behandlungsmaßnahme:  
Art des Vorkommnisses (Schädigungsart, z.B. Fehlfügung, Luxation, Gewebeschädigung, Gasaustritt, Gasdruckerhöhung):  
Ursache des Vorkommnisses:  
Beschreibung des Verlaufs:  
Behandlungsmaßnahmen:  
Folgen:  
Der Vorgang ist beendet:  Ja  Nein  Sonstige Angaben:

**Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)**

AG der Arzneimittelkommission Zahnärzte BZÄKHZBV  
Chausseestra. 13, 10115 Berlin  
www.bzak.de | m.rahn@bzak.de  
Telefax: 030 48065 169

Meldeperson: Zahnarzt/Praxis/Anwender  
Praxis/Institution des Meldepersons:  
Ort: Datum: Zeit:  
Beschreibung unerwünschter Wirkung(en), Symptome und Lokalisation: *Bitte vollständig angeben!*

Wahrgenommen am:  Augen  Nase  Mund  Kehlkopf  Hals  Brust  Rücken  Extremitäten  Genitalien  Haut  Blut  Urin  Stuhl  Schweiß  Schleim  Ausscheidungen  Sonstige:

Arzneimittel:  Name  Wirkstoff  Applikation  Dauer der Anwendung  Dosis  Indikation: *Bitte vollständig angeben!*

Unerwünschte Wirkung(en) mit Angabe:  Haut  Blut  Urin  Stuhl  Schweiß  Schleim  Ausscheidungen  Sonstige:  
Beschreibung des Vorkommnisses:  
Beschreibung des Verlaufs:  
Behandlungsmaßnahmen:  
Folgen:  
Der Vorgang ist beendet:  Ja  Nein  Sonstige Angaben:

nen. Der Produkthersteller kann eigenverantwortlich korrektive Maßnahmen einleiten, die wiederum vom BfArM überprüft werden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass das Verfahren zur Meldung von Vorkommnissen sowie von unerwünschten Arzneimittelwirkungen dazu beitragen soll, die Sicherheit von Patienten und Anwendern zu verbessern.

In der nächsten Folge werden wir das Thema Sachkenntnis des Personals darstellen.

■ DIPL.-BIOL. ROSEMARIE GRIEBEL

Zahnärztekammer

Seite 1 | Kontakt | Suche | Sprache DE | 14

WIR ÜBER UNS | FÜR ZAHNÄRZTE | FÜR PATIENTEN | FÜR WIRTSCHAFT

Zahnärztliche Berufsausübung  
 + Gesetzliche Verbände  
 + Teilkammern  
 + Junge Zahnärzte  
 + Beruf, Familie und Praxismanagement  
 + Ausländische Zahnärzte

Gebührenverordnung für Zahnärzte (GZZ)  
 + GZZ Kommentar  
 + Informationen zur GZZ  
 + Berechnung des Gebührensatzes  
 + Merkblätter für Patienten  
 + GZZ Analyse

Hygiene  
 + HIV/AIDS

Körpers  
 + Informationen Zahnärztliche Arzneimittel (ZAA)  
 + Nebenwirkungen, Meldungen und Verfallsdatums  
 + Dental Software

Praxisteam  
 + Praxis  
 + Ausbildung  
 + Aufbauprogramm

Prävention und Gesundheitsförderung  
 + Gesundheitsziele  
 + Kinder- und Jugendzahnmedizin  
 + Alters- und Behindertenzahnmedizin  
 + Diabetes und Mundgesundheit  
 + Rauchen und Mundgesundheit

Qualitätsförderung  
 + Agency Qualitätsförderung  
 + Evidenzbasierte Zahnmedizin  
 + Qualitätsmanagement

Fortschritt und Weiterbildung  
 + Fortbildungsangebote der Länder

Wissenschaft und Forschung  
 + Wissenschaftlicher Beirat  
 + Beschreibung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde  
 + Neues aus der Wissenschaft

Positionen und Statements  
 Patienteninformationen

Die Formulare können direkt am Bildschirm ausgefüllt, gespeichert und per E-Mail versendet werden. Auch das Ausdrucken und Senden per Fax ist möglich.

➔ Hinweis zum Formular (unerwünschte Arzneimittelwirkungen)

➔ Hinweis zum Formular (unerwünschte Wirkungen von Medizinprodukten)

Erstes Curriculum abgeschlossen:

## Seniorenzahnmedizin in Schleswig-Holstein

Von Oktober 2014 bis Juli 2015 fand an sieben Freitagen und Samstagen das erste Curriculum für Seniorenzahnmedizin im Heinrich-Hammer-Institut in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin e.V. (DGAZ) statt. DGAZ-Präsidentin, Prof. Dr. Ina Nitschke, Universitäten Zürich und Leipzig, leitete das Curriculum mit Unterstützung diverser Referenten aus dem ganzen Bundesgebiet.

Sechzehn Kolleginnen und Kollegen aus Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und der Schweiz nahmen erfolgreich an diesem Curriculum mit abschließender Prüfung und Fallvorstellung teil. Vereinzelt wurden einige Kursmodule noch einzeln besucht.

Der demografische Wandel spiegelt sich auch in unserem Praxisalltag zunehmend durch fitte, gebrechliche und hilfe- sowie pflegebedürftige Senioren wider. Vermutlich hat auch der eine oder andere Kollege schon Erfahrungen mit dementiell erkrankten Patienten machen müssen. Eine Herausforderung, der wir uns, wollen wir unserem Versorgungsauftrag gerecht werden, stellen müssen. Die Multimorbidität der Patienten und Multimedikation machen eine interdisziplinäre Kommunikation mit deren Hausärzten unumgänglich.

Die Therapieentscheidungen und die Patientenkommunikation werden schwieriger und damit auch zeitaufwändiger in der alltäglichen Praxis. Teilweise haben die Kurs-Teilnehmer im Verlauf des Curriculums feststellen müssen, dass die allgemeinen Konzepte der eigenen Praxis nicht ausreichen und weiter entwickelt werden sollten. Auch wurden seitens der Referenten Anregungen gegeben, über eine veränderte Befundaufnahme nachzudenken.

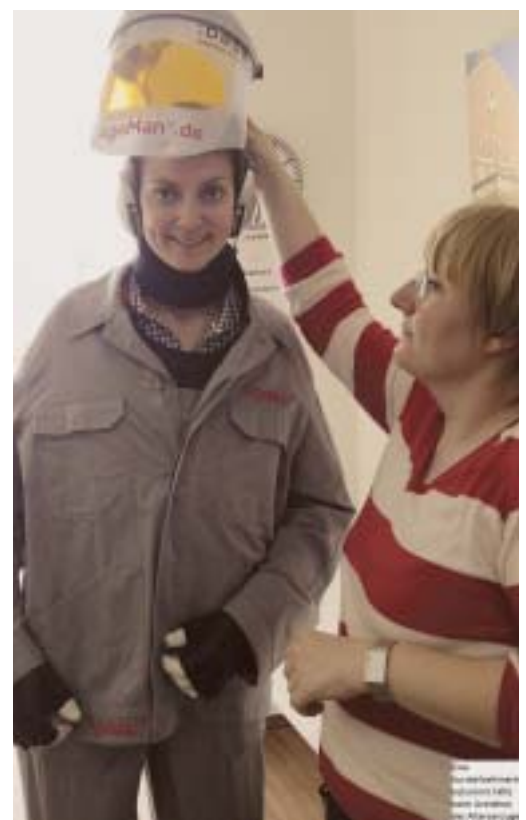
Die Möglichkeit, gemeinsam mit anderen Kolleginnen und Kollegen die Herausforderungen an die

Praxis zu ventilieren und gemeinsam zu lernen, wurde in dem Curriculum geboten. Eine intensive Vorbereitung auf die heterogene Patientengruppe mit hilfreichen Hintergrundwissen wurde in vielen Facetten dargestellt.

Die Inhalte der Module umfassten die Geriatrie, Gerontologie, Gerostomatologie (konservierende Behandlung, Endodontie, Parodontologie, Prothetik unter dem Aspekt des alternden Patienten), die Pharmakologie im Alter und bei Multimorbidität, die medizinische Notfalltherapie, die Ernährung und die Schluckstörungen, Ergotherapie, die Abrechnung bei Hochbetagten und in der aufsuchenden Betreuung, juristische Grundlagen des Betreuungs- und des Arzthaftungsrechtes und den Umgang mit gebrechlichen Patienten und Menschen mit Demenz sowie deren Angehörigen in der Zahnarztpraxis.

Zahlreiche Referentinnen und Referenten mit unterschiedlichen Fachdisziplinen gestalteten den Unterricht abwechslungsreich und informativ. Zusätzlich zum theoretischen wurden auch drei praktische Teile angeboten. So bestand ein Modul aus einer Hospitation in einem Krankenhaus mit einer Akut-Geriatrie und Tagesklinik sowie einer weiteren Hospitation in einem Alten- und Pflegeheim mit 95 Prozent dementiell erkrankten Bewohnern mit praktischen Übungen.

Besonders beeindruckend war für viele Teilnehmer sicher der dritte prakti-



*Wie fühlt es sich an, alt zu sein?  
Der Age-Explorer macht es möglich, dieses  
nachzuempfinden.*

sche Teil, der „Gero- Parcours“. Hier gab es die Gelegenheit, das „Älterwerden“ am eigenen Körper zu erfahren. Wie findet ein Patient mit einer Augenerkrankung (gut simuliert durch veränderte Brillen) einen Zahnarzt aus dem Telefonbuch oder wie kann er einen Anamnesebogen lesen und ausfüllen?

Beim Anziehen des Alterssimulationsanzuges („Age Explorer“



des Meyer-Hentschel Instituts aus Saarbrücken) lernten die Teilnehmer, wie es sich anfühlt, alt zu sein: die verschiedensten Einschränkungen in den Bereichen Motorik, Gehör und Tastsinn konnten am eigenen Leib erfahren werden. Viele Teilnehmer waren betroffen, die nachlassende Muskelkraft und schnellere Ermüdbarkeit an sich selbst zu erleben und sich einzugestehen, nichts von dem Gesagten verstanden zu haben bzw. nicht mehr alles realitätsgetreu zu sehen.

Hierbei wurden keine Spezial-situationen nachgestellt, sondern es handelte sich um alltägliche und oft nicht mehr veränderbare Einschrän-

kungen des älteren Patienten! Die Rückmeldungen der Teilnehmer waren sehr positiv: „Tolle Erfahrung!“ - „Ich muss dringend meinen Anamnesebogen in der Schriftgröße ändern!“ - „Das Putzen/Säubern der Prothese/eigenen Zähnen kann ja gar nicht mehr adäquat durchgeführt werden!“ sind nur einige der Reaktionen.

Viele Teilnehmer waren der abschließenden Meinung, dass in der Praxis mit den Mitarbeiterinnen zusammen ein „Gero-Team“ entstehen sollte und fragten nach Folgekursen bzw. Kursen für die Helferinnen.

Gute Kommunikation und gleicher Wissensstand im Praxisteam bringen

häufiger stressfreien Umgang mit dieser sehr heterogenen Patientengruppe, der zum Wohl des Patienten und des Teams beiträgt. Es wird zurzeit an einem Kursus für die Mitarbeiterinnen „Senioren - als Team in der Praxis sicher und gut versorgen“ in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin e.V. gearbeitet.

Ein letzter gemeinsamer Abend vor der Prüfung und viele strahlende Gesichter am Abschlusstag beendeten das erste Curriculum mit Erfolg.

■ CLAUDIA RAMM

## Thomas Jeß – 60 Jahre



Am 20. September 2015 wird unser Kollege Thomas Jeß seinen 60. Geburtstag feiern. Kollege Jeß hat sich unter den Kolleginnen und Kollegen im Kreis Dithmarschen Anerkennung und Respekt erworben.

Es gibt omnipräsente Kolleginnen und Kollegen, die zwar in der zweiten Reihe ste-

hen, aber stets bereit sind, anderen zu helfen. Zu diesen zählt Kollege Jeß.

Nach seinem Zahnmedizinstudium in Kiel trat Kollege Jeß zunächst in die Praxis seines Vaters in Brunsbüttel ein, die er später übernahm.

Kollege Jeß hat sich immer aktiv in die Kreisvereinstätigkeit eingebracht. Bereits seit dem Jahr 2001 ist er Arbeitgebermitglied im Prüfungsausschuss für Zahnmedizinische Fachangestellte des Prüfungsbezirks Dithmarschen. Bis 2010 fungierte er als Vorsitzender des Prüfungsausschusses, seither als stellvertretender Prüfungsausschussvorsitzender. Dabei zeichnet ihn Gewissenhaftigkeit und Fairness aus. Durch seine ausgleichende freundliche Art hat er sich Anerkennung und Sympathie sowohl bei den Prüflingen, den Berufsschullehrern und als auch bei den Kolleginnen und Kollegen erworben. Thomas Jeß ist aktives Mitglied im ersten Dithmarscher Qualitätszirkel.

Sein soziales Engagement stellte Kollege Jeß bei zahnärztlichen Hilfsprojekten in Entwicklungsländern unter Beweis. Tatkräftig unterstützt von seiner Tochter, die inzwischen als Zahnärztin in der Praxis tätig ist und damit den Fortbestand der Zahnarztpraxis Jeß in dritter Generation sichert.

Thomas Jeß ist ein Familienmensch. In seiner Freizeit ist er mit der Familie im Wohnmobil unterwegs, fährt Motorrad und ist aktiver Heimwerker. Nachdem seine nun erwachsenen Kinder erfolgreich eigene Wege gehen, haben Thomas und Helga Jeß hoffentlich mehr Zeit und Muße für Hobbys und kulturelle Interessen als bisher.

Lieber Thomas! Wir gratulieren Dir zu Deinem runden Geburtstag, wünschen Dir weiterhin Gesundheit, Glück und Erfolg und danken Dir für Dein Engagement.

■ DR. ROLAND KADEN

1. Vorsitzender, Kreisvereinigung der Zahnärzte Dithmarschens

Erfolgreicher Abschluss

## ZMP-Kurs 2014/15

Am 12. Juni fand die Abschlussprüfung des Kurses ZMP II mit dem Schwerpunkt Parodontalprophylaxe in der Klinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie der CAU Kiel statt.

Eine Praxisführung ohne qualifizierte Mitarbeiter/innen für den Bereich Prophylaxe und Pa-Nachbehandlung ist heute kaum noch denkbar. Die Zahnärztekammer trägt dem mit einem modularen Fortbildungsangebot über die Kurse Basisseminar, Fissurenversiegelung und ZMP I und ZMP II Rechnung. Am 12. Juni des Jahres war es wieder soweit: 25 Kandidatinnen waren nach absolvierter schriftlicher Prüfung angetreten, nun auch die praktische Prüfung in der ZMK Klinik abzulegen.

Nach neun Kurstagen für die Theorie und zehn Kurstagen für die prakti-

schen Übungen sowie einer einwöchigen Hospitation in einer Ausbildungspraxis hatten die Teilnehmerinnen alle Voraussetzungen erfüllt.

Die praktische Prüfung erfolgte durch Untersuchung, Behandlungsplanung und Behandlung mit Zahnsteinentfernen, Scalen und Politur im Rahmen einer Pa-Vor- oder Nachbehandlung.

Die praktischen Schritte wurden souverän und sicher abgearbeitet und die Fallbesprechung zeigte ein fundiertes Wissen zu dem Bereich der Parodontalerkrankungen.

Kursleiter Dr. Christian Graetz überreichte den Teilnehmerinnen das begehrte Zertifikat mit einem herzlichen Glückwunsch. Erneut hatte sich gezeigt, dass das besondere Engagement der Ausbilder/innen der ZMK-Klinik und der Hospitationspraxen zu diesem erfolgreichen Abschluss geführt haben.



Praktische Prüfung am Patienten

Fotos: Bernd Einfalt



Die erfolgreichen Seminar Teilnehmerinnen mit den Prüfern Dr. Christian Graetz und Sabine Harbeck, DH (1. Reihe links) und Dr. Maren Kahl, Dr. Claudia Springer (1. Reihe rechts)

Im Rahmen seiner Glückwünsche bedankte sich Bernd Einfalt, Mitglied des ZMP-Prüfungsausschusses, im Namen der Zahnärztekammer beim Team der Klinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie für die erfolgreiche Arbeit und wünschte den erfolgreichen Absolventinnen Freude und Erfolg für ihr zukünftiges Wirken bei der Umsetzung einer prophylaxeorientierten Zahnheilkunde.

■ BERND EINFALT

„Wir haben fertig“ – die 7.

## Erfolgreicher Abschluss der ZMV-Fortbildung

Als festen Bestandteil der beruflichen Aufstiegsfortbildung für ZFA in Schleswig-Holstein hat die ZMV Akademie Vera Lorenzen erneut einen Fortbildungskurs zur Zahnmedizinischen Verwaltungsassistentin erfolgreich abgeschlossen.

Der ZMV-Prüfungsausschuss in der Besetzung Dr. Gerald Hartmann (Arbeitgeber-Vertreter), Vera Lorenzen (Vertreterin Bildungseinrichtung) und Birgitt Nemitz (Arbeitnehmer-Vertreterin) konnte am 7. Juli 2015 dreizehn Teilnehmerinnen das Zeugnis der Kammer zur ZMV aushändigen, welches die Damen mit großer Freude und Erleichterung entgegennahmen (eine Teilnehmerin wird dieses mit Sicherheit bei ihrer Nachprüfung am 5. Oktober 2015 erleben dürfen). Sandra Frahm aus der Praxis Dr. Bernhard Maidusch in Schacht-Audorf wurde Seminarbeste.

Der neun Monate dauernde Lehrgang erfordert neben Engagement und großer Lernbereitschaft auch den Verzicht auf freie Wochenenden und damit Erholungszeiten nach einer anstrengenden Arbeitswoche.

Hier ist nicht nur die Unterstützung der Familie und der Freunde gefordert, sondern auch die der Zahnärztinnen und Zahnärzte, die es ihren Mitarbeiterinnen ermöglichen, an dieser anspruchsvollen Fortbildung teilzunehmen. Und damit ist nicht allein die finanzielle Seite gemeint!

Die Motivation war aber bei allen 14 Teilnehmerinnen von Anfang an gegeben, daher wurde die Seminarzeit erfolgreich bewältigt.

Der wöchentlich stattfindende Unterricht (Freitagnachmittag und Samstag) in den Seminarräumen des innovativen und kompetenten IT Consulting Unternehmens Sureworks GmbH in Neu-



Foto: Susanne Wilhelms

*Erfolgreicher Abschluss: Die Seminarteilnehmerinnen mit den Mitgliedern des ZMV-Prüfungsausschusses und Dozenten*

münster, unterteilte sich in die Fächer Kommunikation und Rhetorik, Ausbildungswesen und Pädagogik, Zahnärztliche Abrechnung, Praxismanagement und -organisation sowie EDV und Rechts- und Wirtschaftskunde. Der intensive Austausch untereinander und der abwechslungsreich gestaltete Unterricht haben die neun Monate für alle Teilnehmerinnen nie langweilig werden lassen, auch wenn hier und dort mal Stress aufgekommen ist. Zum Schluss waren sich aber alle Teilnehmerinnen einig, dass das Ende der Fortbildung nun endlich nahen sollte. Die Doppelbelastung – Beruf und Fortbildung – und bei manchen sogar Dreifachbelastung durch die Familie, haben alle Kolleginnen mit Bravour gemeistert.

Im Namen des gesamten Dozententeams bedanke ich mich bei den Kursteilnehmerinnen für die schöne Zeit und wünsche nochmals alles Gute.

Ein großer Dank für die sehr gute Zusammenarbeit gilt auch dieses Jahr wieder der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein, hier sei namentlich Susanne Wilhelms genannt.

Die ZMV Akademie freut sich nun auf den am 9. Oktober dieses Jahres beginnenden 8. ZMV-Kurs in neu gestalteten Seminarräumen in Neumünster.

■ VERA LORENZEN  
ZMV Akademie

Umfrage:

## Ärzte zweifeln am Nutzen des Patientenrechtegesetzes

Auch zwei Jahre nach seiner Einführung zweifeln viele Ärzte am Nutzen des Patientenrechtegesetzes. Zu diesem Ergebnis kommt eine Studie des Gesundheitsmonitors der Barmer GEK und der Bertelsmann Stiftung, für die rund 800 Ärzte in Klinik und Praxis repräsentativ befragt wurden.

Grundsätzlich bescheinigen sich 80 Prozent der befragten Ärzte selbst eine gute oder sogar sehr gute Kenntnis von Patientenrechten. Das sei „sicherlich als Ausdruck seitens der Ärzteschaft zu interpretieren, sich auf diesem Gebiet mit dem Eingeständnis schlechter Kenntnis ‚keine Blöße‘ zu geben“, bewerten die Studienautoren dieses Resultat. Zudem komme damit „wohl auch das Selbstverständnis der Ärzteschaft zum Ausdruck, aufseiten der Patienten zu stehen und sich auf dem Gebiet der Patientenrechte sehr gut aus-

zukennen“ – eine Position, so kolportiert der *gesundheitsmonitor*, „die organisierten Interessenvertreter und berufsständischen Repräsentanten der Ärzteschaft für sich in Anspruch nehmen“. Da sich auch Krankenkassen immer wieder gerne als „Anwälte der Patienten“ gerieren, mag das der an der Studie beteiligten Barmer GEK womöglich als unliebsame Konkurrenz erscheinen...

Wenn es um konkrete Bestimmungen im Patientenrechtegesetz geht, sieht die Selbsteinschätzung der Ärzte etwas anders aus: Hier gaben 20 Prozent an, das Gesetz in allen oder zumindest den meisten Bestimmungen gut zu kennen. Über wenigstens einige der Bestimmungen wissen 48 Prozent Bescheid. Insgesamt 32 Prozent der Befragten allerdings kennen das Gesetz nicht beziehungsweise nur vom Hörensagen.

Die Befragung zeigt auch, dass Patientenrechte im Praxisalltag nur selten überhaupt thematisiert werden. 62 Prozent der Ärzte sind noch nie direkt darauf angesprochen worden, nur etwa jeder zehnte Arzt mehrfach. Wenn Patientenrechte zum Thema werden, geht es in der Mehrzahl der Fälle (77 Prozent) um Einsicht in die Krankenunterlagen. 40 Prozent der Patienten wollen nach Angaben der Ärzte über Behandlungsalternativen aufgeklärt werden. Lediglich fünf Prozent der niedergelassenen und zehn Prozent der Klinikärzte gaben an, das Patientenrechtegesetz verursache Mehrarbeit im Hinblick auf Patientenwünsche, etwa wegen des Verlangens auf Einsicht in die Krankenunterlagen.

26 Prozent der Ärzte sehen im Patientenrechtegesetz die Ursache für eine Einengung ihrer Therapiefreiheit, 47

### Ärzte im Norden verordnen Medikamente für 1,3 Milliarden Euro

Niedergelassene Ärzte verschrieben den 2,4 Millionen gesetzlich versicherten Schleswig-Holsteinern im vergangenen Jahr Medikamente für mehr als 1,3 Milliarden Euro.

Wie die Techniker Krankenkasse (TK) unter Berufung auf Statistiken des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen mitteilte, sind das 69,5 Millionen Euro mehr als im Jahr zuvor. Im Durchschnitt bekam demnach jeder gesetzlich Versicherte im Land Medikamente für rund 543 Euro verordnet. Damit liegt Schleswig-Holstein knapp 27 Euro unter dem bundesweiten Wert von 570 Euro. Am teuersten war die Arzneimittelversorgung laut TK in Hamburg: Dort erhielten Patienten Medikamente im Wert von durchschnittlich 722 Euro. Am sparsamsten waren die Bayern mit 514 Euro.

Insgesamt verordneten die niedergelassenen Ärzte 2014 nach Angaben der TK Medikamente im Wert von knapp 40 Milliarden Euro.

Das bedeute einen Anstieg um sechs Prozent gegenüber dem Vorjahr. Die Zahl der verordneten Packungen stieg dagegen nur um 0,5 Prozent auf 736 Millionen. Ursache für die höheren Kosten sei vor allem ein Rückgang bei den Rabatten der Arzneimittelindustrie von 3,6 auf 2,5 Milliarden Euro, so die Kasse. Die Senkung des Herstellerrabatts ist gesetzlich geregelt.

Der Pharmaverband Pro Generika wies indes darauf hin, dass Patienten 2014 für Arzneimittel zwei Milliarden Euro aus eigener Tasche zuzahlen mussten. Diese Tendenz halte seit Jahren an. Ein Grund sei die restriktive Festbetragspolitik der GKV. Herstellern bleibe so kein Spielraum für einen Preis unter der Zuzahlungsbefreiungsgrenze. Ein Festbetrag kennzeichnet die maximale Erstattungshöhe, die die GKV für ein Arzneimittel vergütet. Die Höhe der Festbeträge kommt jährlich auf den Prüfstand.

dpa/Red.

### 77.500 Menschen nicht krankenv

Ungeachtet der Krankenversicherungspflicht sind in Deutschland immer noch rund 77.500 Menschen nicht versichert. Das berichtete Ingrid Fischbach (CDU), Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, anlässlich einer Sitzung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages.

Ihren Angaben zufolge lag die Zahl der Nicht-versicherten im Jahr 2003 noch bei etwa 188.000 Fällen, 2011 waren es rund 137.000. Seit April 2007 gilt in der Gesetzlichen Krankenversicherung eine Versicherungspflicht, seit Anfang 2009 auch in der Privaten Krankenversicherung. Wer der Versicherungspflicht verspätet nachkam, musste zunächst zusätzlich zu den offenen Beiträgen einen Säumniszuschlag in Höhe von fünf Prozent pro Monat zahlen. Das führte vielfach zu einer Anhäufung von Beitragsschulden. In der Folge beschloss die Bundesregierung 2013 das

Prozent verneinen das, 27 Prozent bejahen zumindest teilweise.

51 Prozent der Mediziner glauben laut Umfrage nicht, dass das Gesetz für sie zu mehr Transparenz und Rechtssicherheit führt. Stattdessen sehen sich 71 Prozent der Ärzte durch das Gesetz stärker belastet, vor allem durch mehr Dokumentationspflichten.

In Bezug auf die Patienten wird das Gesetz dagegen genau umgekehrt beurteilt: 51 Prozent der Befragten meinen, es schaffe für Patienten mehr Rechtssicherheit und Transparenz, 18 Prozent verneinen das, 31 Prozent beurteilen das mit „teil/teils“.

Die Frage nach der erreichten Rechtssicherheit sollte für Patienten und Ärzte nicht unterschiedlich beantwortet werden, kommentieren die Studienauto-

ren: „Entweder bringt das Gesetz Sicherheit oder nicht – dass dies für unterschiedliche Gruppen von Gesetzesadressaten unterschiedlich sein soll, spricht eher dafür, dass die Ärzte das PatRG als ‚parteiisch‘ bewerten“, meinen sie. Ob allerdings dieser Kommentar nun wiederum nicht auch parteiisch ist, sei dahingestellt...

Die durch das Gesetz erreichte Rechtssicherheit werde für Patienten als hoch, für Ärzte dagegen als niedrig eingeschätzt, resümiert die Barmer GEK in einer Pressemitteilung. Abfinden mit diesem Ergebnis will man sich offenbar nicht: „Da das Gesetz lediglich den Status Quo der Rechtsprechung festhält und keine Neuerungen zugunsten von Patienten enthält, ist diese Bewertung kaum plausibel“, meint Prof. Dr. Dieter Hart von der Universität Bremen, einer der Autoren der Studie.

Bundesgesundheitsministerium und Patientenbeauftragter haben übrigens im Mai den Auftrag für eine „Studie zu den Wirkungen des Patientenrechtegesetzes“ öffentlich ausgeschrieben. Dabei soll untersucht werden, wie die „gegenwärtige Situation der Patientenrechte verglichen mit den Zielen des Patientenrechtegesetzes zu bewerten ist“. Geprüft werden soll auch, in welchem Umfang die Umsetzung „bestimmter Patientenrechte“ erfolgt und welchen Einfluss das Patientenrechtegesetz darauf hat. Zudem soll dargestellt werden, was die Durchsetzung von bestehenden Rechten hemmt.

Ob Barmer GEK und Bertelsmann Stiftung mit einer eigenen Umfrage im Vorwege schon einmal das Terrain sondieren wollten?

■ KIRSTEN BEHRENDT

## rsichert



Foto: Laurence Chaperon

Ingrid Fischbach berichtete im Gesundheitsausschuss über die Zahl der nicht Krankenversicherten in Deutschland.

„Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung“. Das Gesetz beinhaltete

eine Stichtagregelung, wonach Nichtversicherte, die bis Ende 2013 eine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse beantragten, von Altbeiträgen und Säumniszuschlägen befreit wurden. Wer sich erst 2014 versicherte, musste Säumniszuschläge in Höhe von einem Prozent zahlen. Zudem sollten die Kassen den Neuversicherten die nachzuzahlenden Beiträge „angemessen ermäßigen“.

Bis August 2014 kamen nach Informationen Fischbachs rund 55.000 bis dahin Nichtversicherte in die Gesetzliche Krankenversicherung. Etwa 4.500 Nichtversicherte wechselten bis Ende 2013 in die PKV.

Unter den bis heute nicht krankenversicherten Menschen sind laut Fischbach viele Ausländer: Das gelte zum Beispiel für

EU-Zuwanderer aus Rumänien und Bulgarien. Hinzu kämen Asylbewerber und Personen ohne Asylantrag, die sich illegal in Deutschland aufhalten. – Nach einer Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes im März 2015 sind die eingeschränkten Grundleistungen nun auf 15 Monate beschränkt. Zuvor waren es 48 Monate. In den ersten 15 Monaten erhalten Flüchtlinge lediglich eine Akut- und Schmerzversorgung. Anschließend haben sie Anspruch auf eine Versorgung auf GKV-Niveau.

Weitere Gruppen von Nichtversicherten sind Obdachlose und sogenannte „kleine Selbstständige“, die offenbar nicht in der Lage sind, ihre Beiträge zu zahlen.

PM/Be

## Über drei Millionen deutsche Auswanderer in OECD-Ländern

Deutschland ist nicht nur das größte Einwanderungsland innerhalb der 34 Mitgliedsstaaten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), etwa 3,4 Millionen Deutsche leben auch in einem anderen OECD-Land.

Das geht aus der aktuellen OECD-Publikation „Talente im Ausland: Ein Bericht über deutsche Auswanderer“ hervor. Damit stellt Deutschland nach Mexiko, Großbritannien und nur kurz hinter China und Indien die fünftgrößte Auswanderergruppe innerhalb der OECD.

Die meisten deutschen Auswanderer leben in den USA (1,1 Millionen), in Großbritannien und der Schweiz (jeweils 270.000). In jüngster Zeit hat sich die jährliche Auswanderung aus Deutschland auf 140.000 Personen eingependelt. Die

Schweiz, Österreich, Spanien und die Niederlande waren in den vergangenen Jahren Hauptziele deutscher Auswanderer.

Das Bildungsniveau der deutschen Auswanderer ist laut OECD hoch – und steigt weiter an. 1,4 Millionen haben Abitur und/oder eine Berufsausbildung, weitere 1,2 Millionen verfügen über ein abgeschlossenes Studium. 46.000 deutsche Auswanderer haben einen Dokortitel.

Den Grundstein für ein mögliches Leben im Ausland legen Deutsche häufig bereits nach der Schule: Aus keinem anderen OECD-Land gehen so viele Studenten ins Ausland wie aus Deutschland. Zwischen 2010 und 2014 stieg die Zahl der im OECD-Ausland studierenden Deutschen um 14 Prozent auf 140.000. Hier sind die Zielländer primär Österreich (31.000), die Niederlande (25.000), Großbritannien (16.000)

und die Schweiz (12.000). 30 Prozent der Studenten im Ausland studieren Mathematik, Naturwissenschaften, medizinische Fächer oder Ingenieurwissenschaften.

Fast zwei Millionen Deutsche arbeiten im Ausland, stellte die OECD außerdem fest. Dabei haben sie häufiger höherqualifizierte Jobs als Deutsche im Inland. Ein Drittel der Auswanderer in nicht-europäischen OECD-Ländern sind als hochqualifizierte Fachkräfte beschäftigt, weitere 13 Prozent üben Führungsfunktionen aus. Deutsche, die das Land verlassen, haben häufiger eine Hochschulausbildung als Deutsche, die wieder zurückkehren. Genauso wie für die Auswanderer sind auch für die Rückkehrer die Berufsaussichten von zentraler Bedeutung. Noch wichtiger für die Rückkehr sind allerdings Familie und Freunde. *OECD/Be*

### RUNDSCHREIBEN DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN

#### Mitgliederversammlung des Vereins Kranzspende

An die  
Mitglieder des Vereins Kranzspende für  
Schleswig-Holsteinische Zahnärzte

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,  
hierdurch laden wir Sie zur Mitgliederversammlung des Vereins Kranzspende ein, die am  
Sonnabend, den 7. November 2015  
im Steigenberger-Hotel Conti-Hansa in Kiel, Schlossgarten 7, 24103 Kiel  
im Rahmen der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein um die Mittagszeit herum stattfindet.

#### Tagesordnung

1. Bericht der Rechnungsprüfer für die Zeit vom 1. 9. 2013 bis 31. 8. 2015
2. Entlastung des Vorstandes und des Geschäftsführers
3. Verschiedenes

Den Bericht der Rechnungsprüfer können interessierte Mitglieder ab Mitte September bei uns anfordern.  
Ansonsten wird der Bericht anlässlich der Mitgliederversammlung vorgelegt.  
Das Protokoll über die Mitgliederversammlung kann ab Anfang Dezember ebenfalls bei uns angefordert werden.

Mit freundlichen Grüßen  
Der Vorstand des Vereins Kranzspende



### Vertreterversammlung der KZV Schleswig-Holstein

Der Vorsitzende der Vertreterversammlung beruft gem. § 8 Ziffer 6 der Satzung der KZV Schleswig-Holstein in Absprache mit dem Vorstand eine ordentliche Vertreterversammlung ein für

**Samstag, den 7. November 2015, 9.00 Uhr**

**im Steigenberger Conti Hansa Kiel, Schloßgarten 7, 24103 Kiel**

und gibt nachstehende Tagesordnung bekannt:

#### Tagesordnung

- |                                                                                                   |                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Eröffnung und Feststellung der Beschlussfähigkeit durch den Vorsitzenden der VV                | 7. Beschlussfassung über Anträge (soweit nicht unter TOP 4 behandelt)                     |
| 2. Bericht des VV-Vorsitzenden                                                                    | 8. Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten |
| 3. Beantwortung schriftlich gestellter Fragen (ohne Aussprache)                                   | 9. Satzungsänderungen der KZV Schleswig-Holstein                                          |
| 4. Bericht des Vorstandes                                                                         | 10. Genehmigung des Etats 2016 und Festsetzung von Verwaltungskostenbeiträgen             |
| 5. Bericht des Kassenprüfungsausschusses und Entlastung des Vorstandes für das Geschäftsjahr 2014 | 11. Wahlen                                                                                |
| 6. Bericht der Ausschüsse (soweit tätig gewesen)                                                  | 12. Verschiedenes                                                                         |

### Rechenschaftsbericht über die Verwendung der Mittel der KZV Schleswig-Holstein für das Jahr 2014 gem. § 305b SGB V

Aufwendungen	Ergebnis 2014		
I. Selbstverwaltungsorgan	63.038 EUR	V. Schiedsamt	5.850 EUR
II. Ausschüsse, Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation, Kreisvereinigungen	149.449 EUR	VI. Fortbildung, Abrechnungswesen	283.096 EUR
III. Prüfungsausschüsse etc.	213.267 EUR	VII. Allgemeine Verwaltungskosten	4.853.056 EUR
IV. Zulassung, Landesausschuss ZÄ/Krankenkassen, Disziplinarausschuss	5.280 EUR	VIII. Altersversorgung	240.746 EUR
		IX. Beiträge, Spenden	547.813 EUR
		X. Zinsaufwendungen	36.557 EUR
		XI. Abschreibungen, Zuweisungen	193.569 EUR

### Einreichung von Anträgen an den Zulassungsausschuss

Bitte beachten Sie zur Einreichung von Anträgen an den Zulassungsausschuss folgende Termine:

**Dezember-Sitzung 2015**

Anträge für die

Dezember-Sitzung 2015

müssen bis zum 25. 11. 2015 vollständig vorliegen.

Verzicht zum 31. 12. 2015

einreichen bis zum 30. 9. 2015

Verzicht zum 31. 3. 2016

einreichen bis zum 31. 12. 2015

**Veränderungen** in der wöchentlichen

Arbeitszeit von angestellten

Zahnärzten oder deren

Beschäftigungsende müssen dem

Zulassungsausschuss umgehend

mitgeteilt werden.



# Fortbildung im Heinrich-Hammer-Institut

## Kurs-Nr.: 15-02-020 Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz für ZFA

Dr. Kai Voss, Kirchbarkau  
Mittwoch, 18. 11. 2015  
14 – 18 h  
Heinrich-Hammer-Institut  
30 EUR für ZFA

Praxismitarbeiter, die im Bereich Röntgen tätig sind, müssen die Kenntnisse im Strahlenschutz erworben haben. Diese Kenntnisse müssen regelmäßig vor Ablauf von 5 Jahren aktualisiert werden.

**Zielgruppe:**

- Ausbildung abgeschlossen im Jahr 2010 oder
- Letzter Aktualisierungskurs im Jahr 2010.

**Themen:**

- Stand der Technik im Strahlenschutz
- Neue Entwicklungen der Gerätetechnik
- Aktuelle Entwicklungen auf dem Gebiet der Qualitätssicherung
- Erfahrungen der ärztlichen / zahnärztlichen Stellen
- Geänderte Rechtsvorschriften und Empfehlungen
- Abschlusstest

Zum Ende des Kurses ist eine Leistungskontrolle (Multiple-Choice-Test) vorgeschrieben, der sich auf die Inhalte der Vorträge bezieht.

## Kurs-Nr.: 15-02-031 Kompetente Assistenz in der Endodontie

Michael Bruder, Hamburg  
Freitag, 6. 11. 2015  
14 – 19 h  
Heinrich-Hammer-Institut  
295 EUR für ZFA

Bei Wurzelkanalbehandlungen zu assistieren, erscheint vielen als langweilig. Die ablehnende Haltung resultiert im Wesentlichen aus der eingeschränkten Sicht oder den Zwangspausen während der Aufbereitung. Moderne Endodontie erfordert von der Assistenz Eigenverantwortung in der Vorbereitung und vorausschauendes Handeln bei der Therapie, um einen effizienten Arbeitsablauf zu gewährleisten. Eigene Kompetenzbereiche der Assistenz fördern zudem die Motivation, und dann ist Endo nicht mehr nur „Chefsache“.

Der Kurs beinhaltet theoretische Grundlagen der Endodontie. Dazu zählen die Erscheinungsbilder endodontischer Erkrankungen und aktuelle Therapiemöglichkeiten (Aufbereitung, Spülung, Wurzelkanalfüllung). Im praktischen Teil werden die Behandlungsvorbereitungen und Behandlungen simuliert, indem sich jeweils zwei Teilnehmerinnen gegenseitig assistieren und kontrollieren. Ziel ist es, die Notwendigkeit guter Vorbereitung und Assistenz zu verinnerlichen und nicht zuletzt Spaß an der Endo zu bekommen.

- Endodontische Grundlagen
- Erkrankungsformen, Diagnostik, Therapiemethoden
- Vorbereitung des Arbeitsplatzes
- Instrumente / Trays zusammenstellen für: unangemeldete Notfälle, geplante Wurzelkanalbehandlungen / Revisionen, Wurzelfüllungen
- Vorbereitung der Behandlung
- Lagerung des Patienten, Anlegen von Kofferdam, eigene Sitzposition, Umgang mit OP-Mikroskop
- Assistenz während der Behandlung
- Instrumentenwechsel, Vorbereitung des nächsten Arbeitsschrittes
- Dokumentation der Fälle
- Röntgen, Video, Foto
- Hygiene und QM in der Endodontie

## Kurs-Nr.: 15-02-041 GOZ-Seminar für Praxismitarbeiter:

Angela Storr, Kiel  
Mittwoch, 4. 11. 2015  
15 – 19 h  
Heinrich-Hammer-Institut  
55 EUR pro Kurs für ZFA, Praxismitarbeiter/innen

Parodontologische Leistungen, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen und GOÄ-Leistungen

- Parodontologie
- Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen
- Schienungen
- GOÄ (Besuche, Zuschläge, Notfallbehandlung etc.)
- Begleitleistungen

In diesen Seminaren werden die Themen gemeinsam erarbeitet

- in altbewährter Dialogform zwischen Referentin und Teilnehmern. Mitgebrachte Abrechnungsfälle / -fragen aus dem Praxisablauf werden gemeinsam gelöst
- ein starres Strickmuster in der Themenfolge gibt es nicht.

**Bitte vormerken!**

Das Programmheft des Heinrich-Hammer-Instituts für das 1. Halbjahr 2016 wird am 28. Oktober 2015 versandt. Das Programmheft als pdf-Datei sowie die Onlinebuchung der Kurse wird Ihnen auf unserer Internetseite [www.zaek-sh.de](http://www.zaek-sh.de) unter „Fortbildung“, „Heinrich-Hammer-Institut“ ab 30. Oktober 2015 zur Verfügung stehen.



**Information – Anmeldung:**

Zahnärztekammer Schleswig-Holstein · Heinrich-Hammer-Institut · Westring 496 · 24106 Kiel  
Tel. 0431/260926-80 · Fax 0431/260926-15 · E-Mail: [hhi@zaek-sh.de](mailto:hhi@zaek-sh.de) · [www.zaek-sh.de](http://www.zaek-sh.de) – Rubrik Fortbildung





### Aktuelle Prüfungstermine:

zentrale Abschlussprüfung 2015/2016:

schriftliche Prüfung: Mittwoch, 27. Januar 2016, 8 Uhr  
praktische Prüfung: ca. 3 Wochen nach der schriftlichen Prüfung –  
der Termin wird im Zulassungsschreiben bekanntgegeben  
Anmeldeschluss: 30. Oktober 2015

zentrale Zwischenprüfung:

Mittwoch, 24. Februar 2016, 9.00 Uhr  
Anmeldeschluss: 15. November 2015

### Fortbildung

*Thema:* Fehlbildungen der Kopf-/Halsregion

*am:* 14. Okt. 2015, 18 h

*Ort:* Universitätsklinikum Lübeck, Hörsaal Z 1 / 2,  
Ratzeburger Allee 160, Lübeck

Punktebewertung: 3

Die Teilnahme ist kostenlos.

*Info:* [www.uksh.de/kieferchirurgie-luebeck](http://www.uksh.de/kieferchirurgie-luebeck), Tel. 0451/500 2266

Anmeldung bitte mit vollständiger Anschrift an:

Fax 0451/500 4188 / E-Mail: [madeleine.borowska@uksh.de](mailto:madeleine.borowska@uksh.de)

### Anzeige

**Praxisabgabe Neumünster**

36 Jahre bestehende Praxis, barrierefrei, ca. 170 qm, Praxislabor,  
3 BHZ, sehr gepflegt, mit großem Patientenstamm, eingesp. Team,  
angest. ZÄ.

[info@dr-a-weidler.de](mailto:info@dr-a-weidler.de)

Bitte beachten Sie die „Praxisbörse“ unter [www.zaek-sh.de](http://www.zaek-sh.de).

## Kammerversammlung

der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

14. November 2015, 9.30 Uhr

Zahnärztekammer, Westring 496, Kiel

### Vorläufige Tagesordnung

1. Eröffnung, Regularien
2. Bericht des Vorstandes
3. Versorgungswerk
  - 3.1 Jahresabschluss 2014:
    - Bericht
    - Feststellung
    - Verwendung Überschuss
    - Entlastung Verwaltungsausschuss
    - Entlastung Aufsichtsausschuss
  - 3.2 Jahresrechnung 2016:
    - Wahl Prüfer
    - Wahl versicherungsmathematischer Sachverständiger
  - 3.3 Satzungsänderungen
4. Jahresabschluss 2014
  - 4.1 Bericht Rechnungsprüfungsausschuss
  - 4.2 Entlastung Vorstand
5. Haushalt 2016
  - 5.1 Bericht Haushaltsausschuss
  - 5.2 Gebührensatzungen Sprachprüfung, Röntgenprüfung
  - 5.3 Beitragssatzung 2016
  - 5.4 Haushaltssatzung 2016
6. Verschiedenes

Ratgeber

## Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen

Mit der Broschüre „Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen“ reagiert der Bundesverband der implanologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI) auf anstehende gesetzliche Neuregelungen zum Antikorruptionsgesetz.

Der 36-seitige Ratgeber zeigt die Fallstricke auf, die die beiden neuen Hauptstrafnormen in den §§ 299a und 299b StGB-E mit sich bringen. Der Schritt von der Strafflosigkeit zur Strafbarkeit soll denkbar kurz werden, rechtlich zulässiges und strafrechtlich verbotenes Verhalten lassen sich kaum noch sicher abgrenzen.

Mit ihrem am 27. Juli vom Bundeskabinett verabschiedeten Gesetzentwurf will die Bundesregierung die Strafbarkeit wegen Bestech-

lichkeit für alle Heilberufe einführen, die für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordern. Umfasst würde damit derselbe Personenkreis, für den nach § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB

auch eine besondere Schweigepflicht gilt. Dazu zählen Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Die Abgrenzung der beiden Tatbestände ist einfach: Wer besticht, macht sich wegen Bestechung strafbar (§ 299b StGB-E). Wer sich bestechen lässt, macht sich wegen Bestechlichkeit strafbar (§ 299a StGB-E). Strafbar kann sich künftig zudem fast jeder potenzielle Geschäftspartner machen, der Arznei-, Heil-, Hilfsmittel oder Medizinprodukte liefert/herstellt. Der Autor der Broschüre, BDIZ EDI-Justiziar Prof. Dr. Thomas Ratajczak, stellt klar: „Es wird nahezu unmöglich werden, sicher vorherzusagen, was im Bereich des Marketings zwischen Praxen und Herstellern rechtlich eindeutig akzeptabel ist.“

Aktuelle Fragen der Abrechnung (etwa von Materialkosten, Legierungen und Zahnpflegeprodukten), des Berufsrechts, des Steuerrechts und des Werberechts werden mit Erläuterungen zu aktueller Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs, des Bundesfinanzhofs und des Bundessozialgerichts erörtert. Der unterschiedlichen Rechtslage bei Kassen- und Privatpatienten wird dabei durch eine gesonderte Darstellung Rechnung getragen.

Die Broschüre „Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen“ ist angesichts dieser künftigen Entwicklungen ein wichtiger Ratgeber für den zahnärztlichen Praxisalltag. Mit zahlreichen Synopsen und Praxisbeispielen wird die besondere Bedeutung des geplanten Gesetzes erläutert. Sie enthält zudem eine Compliance-Erklärung des BDIZ EDI, die den darge-

stellten Korruptionsrisiken für Zahnärztinnen und Zahnärzte durch eine transparente Vertragsgestaltung entgegen wirken soll.

Mitglieder des BDIZ EDI erhalten die Broschüre und Kompaktversion kostenfrei mit dem nächsten Rundschreiben. Die Broschüre kostet 10 Euro zzgl. MwSt. und Versandkosten und ist im Online-Shop des BDIZ EDI oder direkt über die Geschäftsstelle des BDIZ EDI in Bonn zu bestellen.

BDIZ EDI

IDZ:

## Einzelpraxis immer n

Nach den Ergebnissen der aktuellen Analyse „Existenzgründung Zahnärzte 2014“ der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank) und des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) ist die Übernahme einer bestehenden Niederlassung als Einzelpraxis der beliebteste Weg in die Selbstständigkeit.

Im vergangenen Jahr erfolgten so 60 Prozent der Existenzgründungen. Für die Neugründung einer Einzelpraxis entschied sich elf Prozent der Niederlassungswilligen. Die verbleibenden 29 Prozent wählten die Form der Berufsausübungsgemeinschaft (BAG).

Bei einer Übernahme profitiere der Zahnarzt vom vorhandenen Patientenstamm und habe die Möglichkeit, Investitionen auf einen späteren Zeitpunkt zu verlagern, sagte Dr. David Klingenberg, stellvertretender wissenschaftlicher Leiter des IDZ.



### Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen

Broschüre, A4-Format, 36 Seiten, 2 Abbildungen, 6 Tabellen

Herausgeber und Copyright: BDIZ EDI

Autor: Prof. Dr. Thomas Ratajczak

Preis: 10 EUR zzgl. MwSt. und Versand

Bezug:

BDIZ EDI, An der Esche 2, 53111 Bonn

Tel. 0228-9359244, Fax 0228-9359246

office-bonn@bdizedi.org

oder im Online-Shop unter [www.bdizedi.org](http://www.bdizedi.org)

Normenkontrollrat:

## Weniger Bürokratie und mehr Zeit für Patienten

Für Zahnarzt- und Arztpraxen entstehen jährlich Bürokratiekosten von 4,33 Mrd. Euro. Das geht aus dem Abschlussbericht des Projekts „Mehr Zeit für Behandlung“ des Nationalen Normenkontrollrates (NKR) hervor.

In dem Bericht werden zugleich Vorschläge unterbreitet, den bürokratischen Aufwand von Praxen zu senken. Zahnärzte seien keine Verwaltungsfachangestellten und ihre Mitarbeiter auch nicht, sagte Dr. Günther E. Buchholz, Stv. KZBV-Vorstandsvorsitzender. In den 45.000 Zahnarztpraxen werde jährlich allein zur Hygiene-Dokumentation so viel Papier be-

schrieben, dass eine 14 Kilometer lange Reihe von Aktenordnern entstehen würde. Der Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer, Prof. Dr. Christoph Benz, erklärte, nun sei mit Zahlen belegt, dass rechnerisch in jeder Zahnarztpraxis eine Vollzeitkraft nahezu das ganze Jahr lang nur damit beschäftigt sei, Dokumentations- und Informationspflichten zu erfüllen.

An dem Projekt des NKR waren u. a. das Statistische Bundesamt (destatis) sowie die maßgeblichen Akteure der Selbstverwaltung auf Bundes- und Landesebene beteiligt. Außerdem hatten 555 Zahnärztinnen und Zahnärzte die systematische Bestandsaufnahme von bürokratischen Reglementierungen unterstützt.

Auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse hat der NKR eine Reihe von konkreten Handlungsempfehlungen formuliert, um unnötige Bürokratie in Zahnarzt- und Arztpraxen zu beseitigen. Dazu zählen bspw. die Vereinfachung der Dokumentation der Aufbereitung von Medizinprodukten und die so genannte „Negativdokumentation“ von Hygiene-Standards.

Der Abschlussbericht des Projekts „Mehr Zeit für Behandlung – Vereinfachung von Verfahren und Prozessen in Arzt- und Zahnarztpraxen“ kann auf der Website des NKR ([www.normenkontrollrat.bund.de](http://www.normenkontrollrat.bund.de)) heruntergeladen werden.

BZÄK, KZBV, JH

## och am beliebtesten

Die Neugründung biete hingegen mehr Freiräume, individuelle Vorstellungen zum Standort oder zur Praxisausstattung umzusetzen.

Die höchsten Investitionskosten fallen bei Neugründungen an. 2014 mussten im Schnitt 360.000 Euro investiert werden. Für die Übernahme als Einzelpraxis waren 265.000 Euro nötig. Wer in eine bereits bestehende Gemeinschaftspraxis eintrat, sei es als weiterer Inhaber oder durch den Kauf von Praxisanteilen eines ausscheidenden Mitglieds, habe im Schnitt 251.000 Euro investieren müssen. Bei der Neugründung einer BAG, seien pro Kopf im Schnitt 280.000 Euro angefallen.

Wer 2014 eine eigene zahnärztliche Praxis eröffnete, war im Schnitt 36,7 Jahre alt – 2012 waren die Gründer noch ein halbes Jahr jünger.

änd, jh

Regierung:

### GOZ bleibt vorerst, wie sie ist

Die Bundesregierung sieht nach Auswertung der in § 12 der GOZ vorgeschriebenen Evaluierung der finanziellen Auswirkungen der GOZ-Novellierung keinen Handlungsbedarf.

Im jetzt vorliegenden Bericht der Bundesregierung an den Vorsitzenden des Bundesrates heißt es unter anderem: „Anhand der dargestellten Auswirkungen der GOZ-Novelle 2012 ergibt sich derzeit kein dringender Handlungsbedarf für eine Änderung der GOZ. Die weitere Entwicklung ist jedoch sorgfältig über einen längeren Zeitraum zu erfassen und zu analysieren.“

Der festgestellte Honoraranstieg von rund 9,2 Prozent liege zwar deutlich über der seinerzeitigen Prognose von sechs Prozent, bei der Veränderung für das Jahr 2012 gegenüber 2011 aber sei zu berücksichtigen, dass der Anteil der

Material- und Laborkosten habe geschätzt werden müssen und die Entwicklung der Honorare nur anhand der im Jahr 2011 vorliegenden Daten von 2008 habe vorhergesagt werden können.

Außerdem trage allein der zahnmedizinische und technische Fortschritt zu einer Ausgabensteigerung von mehr als zwei Prozent bei, die in der Kalkulation nicht berücksichtigt worden seien. Hervorgehoben wird, dass es eine deutliche Verschiebung zugunsten prophylaktischer und konservierender Leistungen gegeben habe, das sei begründenswert.

Zudem habe es bei den in den Bewertungszahlen angehobenen Leistungen eine deutliche Reduzierung des durchschnittlich berechneten Steigerungssatzes gegeben, allerdings nicht im erwarteten Maße.

JH



# 65. Wissenschaftliche Tagung

der Schleswig-Holsteinischen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und

## zfa-samstag

der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

# Praxis vs. Wissenschaft – wie viel Evidenz brauchen wir?

Sonnabend,

10. Oktober 2015

Auditorium Maximum

der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel  
Olshausenstr. 40  
mit *Dentalausstellung*

## Programm

Stand: August/September 2015

### Zahnärztinnen und Zahnärzte

- 9.00 h **Begrüßung und Eröffnung der wissenschaftlichen Tagung**  
Prof. Dr. Matthias Kern,  
*Vorsitzender der Schleswig-Holsteinischen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde*  
Dr. Michael Brandt,  
*Präsident der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein*  
**Vortrag Preisträger/in**
- 9.30 h **Entscheidungsfindung und medizinisches Wissen – der Evidenzdiskurs**  
Prof. Dr. Winfried Walthers, *Karlsruhe*
- 10.30 h **Pause – Besuch der Dentalausstellung**
- 11.00 h **Parodontitistherapie – Bedeutet Innovation immer Verbesserung?**  
Prof. Dr. Peter Eickholz, *Frankfurt*  
**Parodontitis = oder ≠ Periimplantitis – welche Evidenz gibt es?**  
OA Michael Rohnen, *Kiel*  
**„Trial and Error“ in der Endodontie**  
PD Dr. David Sonntag, *Düsseldorf*
- 12.30 h **Mittagspause – Mensa; Dentalausstellung**
- 13.45 h **Karies: Aktuelle Evidenz und Konsequenzen für das klinische Vorgehen**  
Dr. Jonas Conrad, *Kiel*  
**Wissenschaft und Praxis beim Umgang mit Antibiotika und Antikoagulantien: Gibt es Diskrepanzen?**  
Prof. Dr. Emeka Nkenke, *Wien*  
**Evidenz – wie viele Implantate sind im zahnlosen Unterkiefer notwendig?**  
Dr. Nicole Passia, *Kiel*
- 15.00 h **Pause – Besuch der Dentalausstellung**
- 15.30 h **Verkürzte Zahnreihen: Therapieoptionen und verfügbare Evidenz**  
Prof. Dr. Michael Walter, *Dresden*  
**Kraniomandibuläre Dysfunktionen im Spiegel der externen Evidenz**  
Prof. Dr. Jens Türp, *Basel*
- 16.45 h **Schlussworte**  
Prof. Dr. Matthias Kern
- 17.00 h **Mitgliederversammlung der SHGZMK**

### Zahnmedizinische Fachangestellten



- 9.00 h **Eröffnung**  
Dr. Gunnar Schoepke  
*Vorstand Praxispersonal der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein*
- 9.15 h **Unspektakulär aber wirkungsvoll: Unterstützende Parodontitistherapie (UPT)**  
Prof. Dr. Peter Eickholz, *Frankfurt*
- 10.00 h **Pause – Besuch der Dentalausstellung**
- 10.30 h **Was jeder über Antibiotika und die neuen Gerinnungshemmer wissen sollte**  
Prof. Dr. Emeka Nkenke, *Wien*
- 11.15 h **Perfekt assistieren in der Implantatprothetik**  
Prof. Dr. Michael Walter, *Dresden*
- 12.00 h **Mittagspause – Mensa; Dentalausstellung**
- 13.00 h **Bruxismus: Ursachen, Diagnostik, Therapie**  
Prof. Dr. Jens Türp, *Basel*
- 13.45 h **Pause – Besuch der Dentalausstellung**
- 14.30 h **Die ZFA in der sprechenden Zahnarztpraxis – ihre Kommunikation, ihre Wirkung – auf Patienten und im Team**  
Hans Brüller, *Mönkeberg*
- 15.15 h **Spaß bei der endodontischen Assistenz**  
PD Dr. David Sonntag, *Düsseldorf*

Ab 8.00 h findet parallel eine **Dentalausstellung** statt.

### Tagungsgebühren

(Verpflegungspauschale[VP] für Mittags- und Pausenverpflegung -sowie Pausengetränke in Höhe von 25 € wird für alle Teilnehmer verpflichtend erhoben)

### Zahnärzte

Mitgl. SHGZMK:

Anm. bis 18. September 2015

*frei VP 25 € = 25 €*

danach

*20 € VP 25 € = 45 €*

### Nichtmitglieder:

Anm. bis 18. September 2015

*60 € VP 25 € = 85 €*

danach:

*80 € VP 25 € = 105 €*

bei Eintritt in die Gesellschaft während der Tagung:

*50 € VP 25 € = 75 €*

(davon 30 € Mitgliedsbeitrag)

### Studierende

*frei VP 25 € = 25 €*

### ZFA/ZMV

*50 € VP 25 € = 75 €*

## Anmeldung

congress & more Klaus Link GmbH · Festplatz 3 · 76137 Karlsruhe  
**TeL. 0721/62693911 | Fax 0721/62693928**  
oder online unter [www.shgzmk.de](http://www.shgzmk.de)