

INHALT

Editorial	3
<i>Telematikinfrastruktur:</i>	
Evaluation in der Testregion Schleswig-Holstein	4
<i>Apps und Wearables in der GKV:</i>	
Bundesregierung hat „keine systematischen Erkenntnisse“	6
„Daten fließen in Strömen“	8
<i>Cybercrime:</i>	
Gesundheitsdaten sind wertvoller als Kreditkarten	9
<i>Internet:</i>	
Haftung für Hyperlinks	10
<i>Jahresbericht der Wettbewerbszentrale:</i>	
Die Marketing-Tricks der Krankenkassen	12
<i>IGeL-Leistungen:</i>	
SPD will „Marktwächter Gesundheit“ einführen	14
<i>Gesundheitsstudie:</i>	
„Kohorte“ – wie bei Asterix?	15
<i>Studie der Bertelsmann-Stiftung:</i>	
Selbstständige sollten GKV-Mitglieder werden	16
Gröhe will Kommunikation zwischen Arzt und Patient verbessern	17
Datenschutz als Qualitätszeichen	18
<i>Prävention:</i>	
Vorsorge mit dem ersten Zahn beginnen	20
<i>GOZ 2012:</i>	
Erstattungsprobleme	22
<i>ZFA-Ausbildung:</i>	
Ergänzung zum Berichtsheft	25
Ehrung der Jahrgangsbesten bei der Ausbildung zur ZFA	26
Erfolgreicher Abschluss der ZMV-Fortbildung	27
Aufklärungspflicht und Sprachbarrieren	28
Rundschreiben der KZV SH	29
Mitteilungsblatt der ZÄK SH	30

Herausgeber: Kassenzahnärztliche Vereinigung und Zahnärztekammer Schleswig-Holstein
Redaktion: Zahnärztekammer:
Dr. Michael Brandt (verantw.), Dr. Thomas Ruff
Kassenzahnärztliche Vereinigung:
Dr. Peter Kriett (verantw.), www.kzv-sh.de
verantwortlich für diese Ausgabe:
Dr. Michael Brandt
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 & Klaunig · 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

Techniker Krankenkasse:

Gesundheits-Apps können Rolle in Bonusprogramm spielen

Die Techniker Krankenkasse (TK) kann sich vorstellen, dass in Zukunft auch Fitnesstracker in ihrem Bonusprogramm eine Rolle spielen.

„Unsere aktuelle Bewegungsstudie zeigt, dass jeder siebte Erwachsene in Deutschland einen Fitnesstracker nutzt. Die Hälfte von ihnen ist überzeugt, sich damit mehr zu bewegen“, sagte TK-Chef Jens Baas der *Deutschen Presse-Agentur*. Ein Teil der TK-Kunden sehe einen positiven Effekt für die persönliche Gesundheit.

Baas stellte klar, dass die Teilnahme der Versicherten an einem derartigen Programm auf jeden Fall freiwillig sei. „Mit Risikobewertung hat das nichts zu tun“, erklärte er. Die Integration solcher Fitnesstracker in das Bonussystem sei auch keine Aufweichung des Solidargedankens in der gesetzlichen Krankenversicherung.

dpa/Red.

Morbi RSA:

Sprudelnde Geldquelle

Einem Bericht der *Welt am Sonntag* zufolge geben Gesetzliche Krankenkassen mehr als eine Milliarde Euro aus, um bei möglichst vielen ihrer Versicherten eine der sogenannten Volkskrankheiten wie Adipositas, Diabetes oder Osteoporose diagnostizieren zu lassen. Allein mehr als 840 Millionen Euro sollen die Kassen für entsprechende Diagnosen als Prämien ausschütten.

Der Hintergrund: Dank des Morbi RSA erhalten die Kassen für jeden Versicherten mit einer „ausgleichsrelevanten“ Volkskrankheit etwa tausend Euro – pro Diagnose. Einige Gesetzliche Krankenkassen sollen sogar Dienstleister beauftragen, die potentiell geeignete Patienten zu lotsen versuchen, um bei diesen die „nötige“ Diagnose stellen zu lassen.

Melanie Huml (CSU), bayerische Gesundheitsministerin, plädiert für einen dezentral organisierten Ausgleich zwischen den Kassen, der RSA in der aktuellen Form sei als „zentralistische Geldsammelstelle eine unnötige Black Box“. Zumal sie die in „Hochpreis- und -lohngebieten“ wie Bayern tätigen Kassen ohnehin durch den aktuellen Morbi RSA benachteiligt sieht.

ärztezeitung/focus/äm

Zahnärztin weist ungeduschte Patienten mit schmutzigen Zähnen ab

„Patienten werden gebeten, zum Termin sauber, gebadet, mit angenehmem (Körper-)Geruch und mit gesäuberten Zähnen zu erscheinen“, steht nach Medienberichten auf einem Aushang im Wartezimmer der kroatischen Zahnärztin Maja Susnjara im Krankenhaus Retfala. Andernfalls würden sie weggeschickt und könnten sich einen neuen Termin geben lassen.

Sie habe zunehmend mit Patienten zu tun gehabt, „die keine persönliche Hygiene einhalten“, begründete die Zahnärztin ihren Schritt. Seit dem landesweit beachteten Aushang bessere sich die Lage: „Es scheint mir, dass die Patienten jetzt viel ordentlicher kommen als sonst.“

dpa/Red.

Warum lobt uns keiner?

Was die meisten von uns bei ihrer täglichen Arbeit schon erfahren haben, ist jetzt in der jüngst veröffentlichten DMS V-Studie des IDZ zu lesen: Die Mundgesundheit der deutschen Bevölkerung nimmt zu.

In der repräsentativen Erhebung unter rund 4.600 Bürgern aus allen Sozial- und Altersschichten wird eine erhebliche Verbesserung der Mundgesundheit in allen Schichten und Altersgruppen, wenn auch in unterschiedlichem Umfang festgestellt. Die Zahl der kariesfreien Gebisse hat sich bei den 12- Jährigen verdoppelt, die Karieserfahrung 35- bis 44-Jähriger sinkt um ca. 30 Prozent, nur noch 13 Prozent der Senioren sind zahnlos und die Zahl schwerer Parodontalerkrankungen hat sich deutlich verringert.

Die Anstrengungen vor allem im Bereich der Prophylaxe haben also Früchte getragen. Die Versorgung funktioniert, vorhandene Präventionsprogramme werden von den Zahnärzten angeboten und von Patienten genutzt. Das reicht von zahnärztlichen Leistungen zur Früherkennung und Individualprophylaxe über die professionelle Zahnreinigung, die sich, allen Kritikern zum Trotz, als Prophylaxeinstrument bewährt hat und in der Bevölkerung zu einem Bewusstsein für Mundgesundheit und Mundhygiene geführt hat, bis hin zur Umsetzung eines Konzeptes zur Betreuung alter und behinderter Menschen in der aufsuchenden Betreuung und in Pflegeheimen.

Auch für die noch offenen Flanken: Die Behandlung frühkindlicher Karies, die ambulante Betreuung von Menschen mit Pflegebedarf, die Entwicklung eines präventionsorientierten PAR-Konzeptes, gibt es bedarfsgerechte Lösungen bzw. werden diese gerade entwickelt.

Wo bleibt das Lob? Anstatt anzuerkennen, dass Selbstverwaltung funktioniert, und zwar in Eigenverantwortung und in Staatsferne, überzieht der Gesetzgeber die Zahnärzteschaft mit immer neuen gesetzlichen Regelungen.

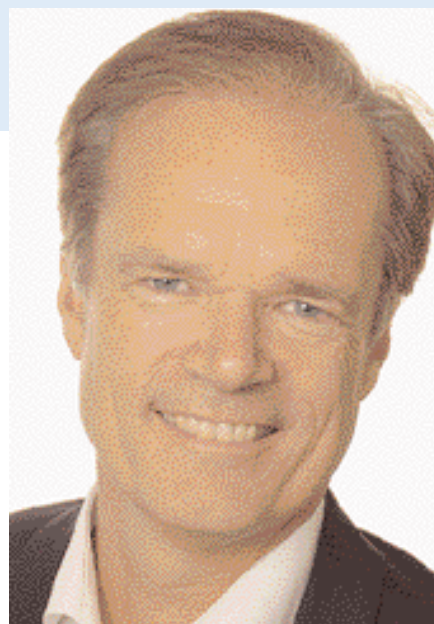
Das Gesetz zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen ist im Juni des Jahres in Kraft getreten. Die Änderungen des Strafgesetzbuches werden massive Auswirkungen auf die zahnärztliche Tätigkeit haben und zu großen Verunsicherungen des Berufsstandes führen.

Seit dem Versorgungsstärkungsgesetz aus dem Jahre 2015 werden jetzt auch fachgruppengleiche medizinische Versorgungszentren zugelassen und einseitig gegenüber den traditionellen Praxisformen bevorzugt, obwohl sie nachweislich keine Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung in strukturschwachen Regionen hervorbringen.

Und nun der Entwurf eines Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes, das ehrlicherweise besser „Selbstverwaltungsschwächungsgesetz“ heißen sollte. Dieser Gesetzesentwurf, so er denn Wirklichkeit werden sollte, wird zu einer massiven Entmündigung der Selbstverwaltung führen und einschneidende Kontrollmechanismen der Aufsichtsbehörden ermöglichen.

Auch wenn dieser Entwurf vorerst nur für die Bundesebene Anwendung finden soll, besteht doch die Gefahr, dass er auch auf die Landesebene durchschlägt und ein System aus Bürokratie und Kontrolle erwächst, dass Selbstverwaltung mittelfristig abschafft.

Warum also immer weitere gesetzliche Regelungen zur Domestizierung, wenn die deutsche Zahnärzteschaft auch im internationalen Vergleich vorn liegt und die Versorgung doch ihresgleichen sucht?



Zahnärztliche Selbstverwaltung funktioniert doch. Bedarfe werden erkannt, Erkenntnisse der Wissenschaft umgesetzt, gesundheitspolitische Forderungen gestellt und letztendlich ins vertragszahnärztliche System integriert. Die Zahnärzte haben nicht nur versprochen, sie haben das auch gehalten! Und sie haben dies unter hohen Kosten für Investitionen in moderne, hygienisch vorbildliche Arbeitsplätze, Zeitaufwand in die eigene als auch in die Fort- und Weiterbildung ihrer Mitarbeiterinnen erreicht. Alles finanziert von der Zahnärzteschaft selbst, ohne staatliche Unterstützung.

Freie Entscheidungsfindung in den Körperschaften der Selbstverwaltung und ein freiheitliches Versorgungssystem sorgen besser für eine gute Patientenversorgung als staatsnahe Systeme und eine an die Kette gelegte Selbstverwaltung. Auch dies beweist die DMS V-Studie.

Dr. Michael Diercks
Stellv. Vorstandsvorsitzender
der KZV Schleswig-Holstein

Telematikinfrastruktur:

Evaluation in der Testregion Schleswig-Holstein

Bekanntlich ist die Einführung der Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen durch erhebliche Verzögerungen gekennzeichnet. Die Erprobung des Versichertenstammdaten-Managements – der viel kritisierten Online-Prüfung und -Aktualisierung von Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte – wird in der Testregion Nordwest nach derzeitigem Erkenntnisstand wohl erst Mitte Dezember beginnen können, in der Region Südwest voraussichtlich dann im Mai 2017.

Das E-Health-Gesetz, das nach den Vorstellungen des Bundesgesundheitsministeriums die Einführung der Telematikinfrastruktur beschleunigen soll, sieht nun allerdings verbindliche Zeitfenster für die Online-Anbindung von (Zahn)Arztpraxen und Kliniken vor. Demnach hätten die Maßnahmen zur Einführung des Versichertenstammdaten-Managements durch die gematik zum 30. Juni bereits abgeschlossen sein müssen.

Die Überschreitung dieser Frist ist im E-Health-Gesetz sanktionsbewehrt. Festgelegt ist für diesen Fall die Kürzung der Haushalte von Kassenärztlicher und Kassenzahnärztlicher Vereinigung sowie des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen auf das Niveau von 2014 minus einem Prozent.

Dass der Termin nicht zu halten sein würde, war bereits offensichtlich, bevor das Gesetz zum 1. Januar dieses Jahres in Kraft trat. Anlässlich einer Expertenanhörung hatte Ale-

xander Bayer, Geschäftsführer der gematik, klargestellt, dass bis zum Stichtag 30. Juni 2016 „keine aussagefähigen Daten zur Funktionstauglichkeit des Stammdatenmanagements aus den Testregionen vorliegen“ werden. Dennoch beharrte das BMG auf den gesetzten Terminen.

Sowohl die gematik als auch die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung haben stets betont, dass die Verzögerungen nicht den Gesellschaftern, sondern der Industrie anzulasten seien, die die für den Aufbau der Telematikinfrastruktur notwendigen technischen Komponenten liefern muss und die Komplexität des Projekts offensichtlich unterschätzt hat.

Zu den technischen Komponenten zählen die Kartenterminals, die auch Anfang Juli noch keine vollständige Zertifizierung durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik besaßen, und der Konnektor, der die

Kommunikation der Praxen zur Telematikinfrastruktur ermöglichen und schützen soll. Wie Dr. Günther Buchholz, im Vorstand der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zuständig für Telematik, anlässlich der Vertreterversammlung der KZBV am 1.

und 2. Juli in Köln berichtete, wird die Zertifizierung des Konnektors derzeit für November erwartet. Welche Konsequenzen sich aufgrund der Verzögerungen für die Körperschaften ergeben, ist noch unklar.

Die KZBV-Vertreterversammlung warnte vorsorglich davor, erforderliche Sicherheitsstandards beim Aufbau der Telematikinfrastruktur außer Acht zu lassen. Hintergrund sind Überlegungen im BMG, Abstriche bei den Bedingungen zur Erprobung zu machen, um die Terminvorgaben doch noch einhalten zu können. Dabei könnte es sich beispielsweise um die Erprobung mit Komponenten handeln, für die nur vorläufige und beschränkte Zulassungen vorliegen. Auch eine Verkürzung des Erprobungszeitraums mit einer früheren Freigabe wäre denkbar. „Die Vertreterversammlung der KZBV spricht sich für einen qualitätsgesicherten Aufbau der Telematikinfrastruktur aus, der auf fundierten Testverfahren beruht“, hielt die KZBV-VV dagegen: „Eine mit Fristsetzungen und Sanktionen erzwungene Umsetzung der Vorgaben des E-Health-Gesetzes lehnt die Vertreterversammlung der KZBV hingegen klar ab.“

Erste Informationsveranstaltung zur Evaluation in Kiel

Lange vor Beginn der Erprobungsphase für das Versichertenstammdaten-Management liefen bereits die Vorbereitungen zur Evaluation auf Hoch-



touren. Das liegt vor allem daran, dass auch der Status quo ante, d.h. die Situation in den Praxen bzw. Krankenhäusern vor dem Einsatz der Telematikanwendungen, in die Untersuchung einbezogen werden soll.

Für den sogenannten Online-Rollout (Stufe 1) – die Aktualisierung der Versichertenstammdaten und die Basisfunktionen der „qualifizierten elektronischen Signatur“ – sind zwei große Testregionen vorgesehen: Nordwest und Südost. Zur Testregion Nordwest gehören Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz; die Testregion Südwest setzt sich aus Sachsen und Bayern zusammen. 500 Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten sowie fünf Krankenhäuser nehmen pro Region an der Testphase teil.

Den Zuschlag für eine Evaluation hatte im September 2014 die Friedrich-Alexander-Universität (FAU) Erlangen-Nürnberg erhalten. Der Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement wird nun zunächst die Erprobung des Versichertenstammdaten-Managements wissenschaftlich begleiten. Dabei soll nach Bekunden der FAU die „Akzeptanz und Praxistauglichkeit“ in den teilnehmenden Praxen und Institutionen analysiert werden. Dazu gehören zum Beispiel die Auswirkungen der Einführung des Stammdaten-Managements auf Prozesse und Strukturen in den Praxen, insbesondere bezogen auf Praktikabilität und damit verbundenen Zeitaufwand. Auch die Akzeptanz der neuen Anwendung bei Versicherten will die FAU untersuchen. Die Krankenkassen dagegen spielen bei der Evaluation keine Rolle. Auch eine Bewertung der eingesetzten Technik wird nicht erfolgen.

Zu einem späteren Zeitpunkt wird auch der Basisdienst „Qualifizierte Elektronische Signatur“ evaluiert.

Die erste Informationsveranstaltung zur Evaluation des Versichertenstammdaten-Managements fand Ende Juni in Kiel statt. Sie richtete sich vor allem an die Teilnehmer der Testphase und die in die Erprobung eingebundenen Körperschaften, die über das geplante Vorgehen bei der Evaluation unterrichtet wurden: Vorgesehen sind maximal fünf Online-Befragungen. Hinzu kommen gegebenenfalls zwei Extremwert-Befragungen, bei denen 200 Teilnehmer, die besonders positive oder besonders negative Antworten gegeben haben, noch einmal gesondert telefonisch kontaktiert werden. Patienten sollen direkt in ausgewählten Praxen interviewt werden.

Auch die KZV Schleswig-Holstein nahm mit den Vorstandsmitgliedern Dr. Michael Diercks und Helmut Steinmetz an der Veranstaltung teil und informierte sich vor Ort.

Man müsse, ließ Lehrstuhlinhaber Prof. Dr. Oliver Schöffski wissen, die technische und organisatorische Umsetzung der Erprobung von der Evaluation abgrenzen – und um letztere sollte es bei der Informationsveranstaltung ja gehen. Nicht zu übersehen war jedoch, dass es gerade technische Aspekte waren, die die Anwesenden besonders interessierten. Die Ausrichter der Informationsveranstaltung werden es vermutlich geahnt haben: Mit Dr. Tino Grossmann von der CompuGroup Medical stand ein Fachmann bereit, der auch zur technischen Umstellung bei der Erprobung Auskunft geben konnte. – Die CompuGroup Medical hat gemeinsam mit zwei weiteren Partnern von der gematik den Auftrag für den Online-



Foto: KZBV/Darçhinger

Dr. Günther Buchholz, im Vorstand der KZBV zuständig für Telematik

Rollout in der Testregion Nordwest erhalten.

Die Telematikinfrastruktur sei die „sicherste Infrastruktur, die weltweit verfügbar ist“, beteuerte Grossmann eingangs. Kein Grund zur Sorge also? Im Grunde ändere sich mit der Einführung der Telematik in den Praxen nicht viel, beruhigte er. Der Zeitaufwand zum Einlesen der eGK und zum Stammdatenabgleich bewege sich zwischen zwei und fünf Sekunden. „Was passiert, wenn das Internet ausfällt?“, wollte einer der Veranstaltungsteilnehmer wissen. Auch das ist laut Grossmann kein Problem: In diesem Fall erfolge kein Stammdatenabgleich, die eGK könne aber trotzdem eingelesen werden; die Praxis bleibe also arbeitsfähig.

Die berechtigte Frage allerdings, wann denn nun die Erprobungsphase tatsächlich beginne, wurde auch auf dieser Veranstaltung nicht genau beantwortet.

■ KIRSTEN BEHRENDT

Apps und Wearables in der GKV:

Bundesregierung hat „keine systematischen Erkenntnisse

Eine Aushöhlung des Solidarprinzips durch Bonusprogramme in der gesetzlichen Krankenversicherung findet nicht statt: Zu diesem Schluss kommt die Bundesregierung in ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen zum Thema „Verhaltensbasierte Versicherungstarife – Apps und Wearables in der gesetzlichen Krankenversicherung“.

Auch datenschutzrechtliche Probleme sieht die Regierungskoalition in diesem Zusammenhang eher nicht. Der Schutz „besonders sensibler Gesundheitsdaten“ habe einen hohen Stellenwert, beteuert sie. Die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben werde durch die sozial- und datenschutzrechtlichen Aufsichtsbehörden „überprüft und gewährleistet“.

Datenschutzrechtliche Bedenken beim Einsatz von Fitness- und Gesundheits-Apps im Rahmen von Bonusprogrammen, die das Bundesversicherungsamt in seinem Tätigkeitsbericht 2014 geäußert hatte, sind nach Angaben der Bundesregierung zwischenzeitlich nicht mehr relevant. Aus Sicht des BVA sind durch Smartphones oder Fitness-Tracker vom Versicherten selbst an die Krankenkasse übermittelte personenbezogene Daten nicht als valider Nachweis für eine Teilnahme an einer Präventionsmaßnahme anzusehen. Da damit die „datenschutzrechtliche Erforderlichkeit“ für die Übermittlung solcher Daten fehlte, hatte das BVA dies bei verschiedenen Krankenkassen beanstandet. Entsprechende Angebote wurden daraufhin eingestellt, so dass laut Bundesregierung „kein weiterer Handlungsbedarf“ bestehe.

Ansonsten gibt sich die Große Koalition überwiegend ahnungslos. Die Art und Ausgestaltung der Bonusprogramme bei den gesetzlichen Krankenkassen sei inhaltlich sehr unterschiedlich, antwortet sie auf eine ent-

sprechende Frage lapidar. Konkreter wird sie da nicht. Über Anzahl und Zusammensetzung der Teilnehmer an Bonusprogrammen lägen ihr „keine Erkenntnisse vor“: Eine Berichtspflicht der Kassen sei nur gegenüber den zuständigen Aufsichtsbehörden vorgesehen.

Auch über die Berücksichtigung von gesundheitsbezogenen Einzelwerten in Bonusprogrammen von Krankenkassen habe sie „keine systematischen Erkenntnisse“, erklärt die Bundesregierung weiter. Das Gleiche gilt für die Einbeziehung von Wearables, Fitness- und Gesundheits-Apps oder ähnlichen elektronischen Anwendungen im Bereich der Bonusprogramme. – Und dies, obwohl die Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenkassen die Satzungsregelungen über Boni genehmigen müssen und dabei darauf zu achten haben, dass die gesetzlichen Regelungen einschließlich datenschutzrechtlicher Bestimmungen eingehalten werden.

Die gesetzlichen Krankenkassen informierten ihre Versicherten auf ihren Internetseiten und in den Mitgliederzeitschriften über die Nutzung dieser Anwendungen – darüber zumindest ist sich die Bundesregierung offenbar sicher. Zu den Inhalten jedoch liegen ihr „keine systematischen Erkenntnisse“ vor. Ebenfalls keine „Erkenntnisse“ hat sie umgekehrt darüber, dass die Versicherten etwa nicht hinreichend über die Teilnahmebedingungen der Bonusprogramme informiert würden. Be-

züglich der Speicherdauer und der Löschung von personenbezogenen Daten, die im Rahmen von Bonusprogrammen erhoben wurden, zieht sich die Bundesregierung auf die gesetzlichen Vorgaben zurück. Über die sich aus diesen Vorschriften in der Praxis ergebende durchschnittliche Speicherdauer bei den gesetzlichen Krankenkassen lägen ihr wiederum „keine Erkenntnisse“ vor.

Private Krankenversicherungsunternehmen nutzen „nach Kenntnis der Bundesregierung“ derzeit keine mittels Wearables oder Apps erhobene Gesundheitsdaten für die Tarifikalkulation. Auch über etwaige diesbezügliche Planungen weiß die Bundesregierung angeblich nichts. Dabei hatte die Generali Versicherungsgruppe bereits im November 2014 ein Konzept vorgestellt, das Prämiennachlässe bei gesundheitsbewusstem Verhalten in Aussicht stellt. Das hatte eine intensive Diskussion über die Nutzung von Versichertendaten nach sich gezogen. Im Juli 2015 hatte das Unternehmen in einer Pressemitteilung erste Eckpunkte des Vorhabens publik gemacht. Seit Juli 2016 ist das Gesundheitsprogramm „Vitality“ in Deutschland auf dem Markt – zunächst mit Prämiennachlässen bei der Berufsunfähigkeits- und Risikolebensversicherung. Das Punktesammeln erfolgt mit Hilfe einer App. Nach eigenen Angaben plant Generali, „Vitality“ künftig auch in der privaten Krankenversicherung einzuführen.

se“

Die Nutzung von Gesundheitsdaten durch private Krankenversicherungsunternehmen sei nach den „allgemeinen datenschutzrechtlichen Regelungen“ nur nach vorheriger ausdrücklicher Einwilligung und einer „vollständigen und verständlichen Information des Versicherten“ zulässig, heißt es in der Antwort auf die Kleine Anfrage. Weitere gesetzgeberische Maßnahmen dazu seien derzeit nicht vorgesehen.

Grundsätzlich „erwartet“ die Bundesregierung allerdings, dass Versicherungsunternehmen, die Gesundheitsdaten von Versicherten nutzen, „selbstverständlich nicht nur die Vorgaben des Datenschutzrechts vollständig befolgen“, sondern darüber hinaus „mit der notwendigen Sorgfalt und Verantwortung als Unternehmen mit diesen zur Verfügung gestellten Informationen umgehen.“ Prinzip Hoffnung?

Die Verbraucherschutzminister der Länder wurden bei ihrer Konferenz im April da schon deutlicher: Um einer Ausbreitung von risikoorientierten Tarifen und der Diskriminierung von Verbrauchern vorzubeugen, sollte die Verarbeitung von Gesundheitsdaten aus Wearables, Gesundheits-Apps „und ähnlichen Technologien“ durch private und gesetzliche Krankenkassen „gesetzlich eingeschränkt werden“, vermerkten sie in ihrem Abschlussprotokoll und sahen „dringenden Handlungsbedarf für die Bundesregierung“.

Auch die Datenschutzkonferenz der unabhängigen Datenschutzbehörden des Bundes und der Länder hatte sich im Frühjahr mit diesem Thema befasst. Sie forderte den Gesetzgeber vorsorglich auf zu prüfen, ob und inwieweit im Zusammenhang mit Wearables und Gesundheits-Apps

die Möglichkeit beschränkt werden sollte, materielle Vorteile von der Einwilligung in die Verwendung von Gesundheitsdaten abhängig zu machen.

Versicherte müssten in die Lage versetzt werden, sich der „besonderen Bedeutung“ ihrer Daten zum persönlichen Lebenswandel und ihrem Gesundheitsverhalten bewusst zu werden „und daher sorgsam und zurückhaltend mit der Weitergabe entsprechender Informationen umzugehen“, schreibt die Bundesregierung. Das je-

doch sei eine Aufgabe, die weit über das Gesundheitswesen hinausreiche. Konkrete Angaben dazu, wie genau das „in-die-Lage-Versetzen“ aussehen könnte: Fehlanzeige. Immerhin kündigt die Bundesregierung an, die weitere Entwicklung in diesem Bereich „aufmerksam zu begleiten“ – was auch immer das heißt.

■ KIRSTEN BEHRENDT

DKV-Report:

Fitness-Armbänder liegen oft in der Ecke

Fast die Hälfte der Menschen, die sich ein Fitness-Armband angeschafft haben, benutzt es gar nicht – oder nicht mehr. Das geht aus den Zahlen des diesjährigen DKV-Reports „Wie gesund lebt Deutschland?“ hervor.

Das Interesse an Wearables ist demnach ohnehin nicht besonders groß. Nur gut sechs Prozent der für den DKV-Report befragten 2.830 Personen besitzen ein Fitness-Armband. Dabei handelt es sich eher um junge Menschen, die sich viel bewegen und überdurchschnittlich gesund sind. Fünf Prozent der Studienteilnehmer möchten sich in Zukunft ein solches Gerät zulegen; 89 Prozent planen das nicht.

Viele Fitness-Armbänder landen zudem der Untersuchung zufolge entweder sofort nach der Anschaffung oder spätestens nach einigen Monaten in der Ecke: Drei von zehn Wearable-Besitzern nutzen ihr Armband nicht mehr, 16 Prozent haben es bisher sogar noch nie verwendet. Die am häufigsten genannten Gründe dafür: 19 Prozent gaben an, die Nutzung sei ihnen zu anstrengend, 18 Prozent meinten, das Gerät gehe ihnen auf die Nerven. 15 Prozent fühlten sich von

dem Armband nicht motiviert, weitere 15 Prozent empfinden es als überflüssig; 12 Prozent langweilt es.

Männer erklärten vor allem, die Nutzung des Geräts sei ihnen zu anstrengend gewesen oder habe sie nicht motiviert. Frauen dagegen haben vor allem keine Zeit dafür oder ihr Fitness-Armband ist „verschwunden“.

„Für gesunde Menschen mit durchschnittlichem sportlichen Ehrgeiz sind die heutigen Wearables aus Sicht der DKV auf Dauer nicht sehr spannend“, folgert Clemens Muth, Vorsitzender der DKV. Anders sehe es aber bei Menschen aus, denen zum Beispiel der Arzt die Überwachung bestimmter Körperfunktionen empfohlen hat oder die an einer chronischen Erkrankung leiden. Voraussetzung sei jedoch, dass die Wearables medizinisch korrekte Messungen lieferten. Auch Personen, die etwa unter Übergewicht oder zu hohem Blutdruck leiden, könnten nach Muths Ansicht von einem Wearable im Rahmen einer Lebensumstellung profitieren. Eine geeignete Grundlage für Versicherungstarife bildeten Wearables dagegen eher nicht, zitiert ihn das *Deutsche Ärzteblatt*. Es fehlten Daten, die belegen könnten, dass die Nutzung vorteilhaft für den Patienten sei.

PM/Be

„Daten fließen in Strömen“

Bei der digitalen Selbstvermessung über Fitness-Armbänder und Gesundheits-Apps „fließen Daten in Strömen“, warnt das hessische Verbraucherschutzministerium in einer Antwort auf eine Kleine Anfrage der SPD-Fraktion.

Zwar sieht die hessische Landesregierung in Self-Tracking-Apps und Co. durchaus Potenzial für den „Präventionsgedanken“. Mobile Informations- und Kommunikationstechnologien könnten zudem auch die „hochwertige flächendeckende und patientennahe Gesundheitsversorgung“ unterstützen, zeigt sie auf. Dennoch warnt sie in diesem Zusammenhang vor erheblichen Risiken im Hinblick auf die Erhebung und weitere Verwendung von Gesundheitsdaten.

Bei den von Wearables und Gesundheits-Apps verarbeiteten Informationen handele es sich um „hochsensible personenbezogene Daten von erheblichem kommerziellen Wert für viele Branchen“. Daher bestehe grundsätzlich ein hohes Missbrauchspotenzial. Mit der zunehmenden Vernetzung von Geräten und der Weiterentwicklung der technischen Möglichkeiten werde sich der Trend zum Sammeln und Weiterverarbeiten von Gesundheitsdaten noch verstärken, vermutet das Ministerium.

Die erhobenen Daten seien nicht nur für den eigentlichen Dienstanbieter von Interesse, sondern weckten unter Umständen auch Begehrlichkeiten Dritter wie Krankenkassen, Versicherungen oder Werbeunternehmen. Außerdem bestehe immer ein gewisses Risiko durch Angriffe auf die technische Infrastruktur des Anbieters – geraubte Daten könnten so in falsche Hände geraten.

Probleme für den Datenschutz sieht die hessische Landesregierung

auch darin, dass „nur ein Bruchteil der Datentransfers“ über eine verschlüsselte Verbindung stattfindet und damit Sicherheitslücken bestünden. Die von Wearables und Apps erfassten Daten würden zudem in einer Cloud gespeichert, „womit der Nutzer eine weitere, von ihm nicht gewollte Verwendung nicht kontrollieren kann.“

Der Nutzer erkenne häufig gar nicht, dass bzw. in welchem Umfang er sich durch das Akzeptieren der Daten-

schutzerklärungen und Nutzungsbedingungen der Hoheit über seine Daten entledigt habe, da die entsprechenden Formulierungen „komplex und verklausuliert“ seien, heißt es in der Antwort auf die Kleine Anfrage weiter. Ebenso wenig seien die Profilbildungsprozesse im Rahmen der „Big Data-Anwendungen“ transparent und nachvollziehbar.

■ KIRSTEN BEHRENDT

Bundeslagebild Cybercrime 2015

Digitale Identität ist begehrtes Diebesgut

Über 45.000 Cyber-Crime-Fälle wurden im Jahr 2015 von der Polizei erfasst. Der daraus entstandene Schaden beläuft sich auf mehr als 40 Millionen Euro. Das geht aus dem Ende Juli vom Bundeskriminalamt veröffentlichten Bundeslagebild Cybercrime 2015 hervor.

Das Dunkelfeld ist laut des aktuellen Berichts sehr viel größer; polizeiliche Statistiken bilden daher nur einen kleinen Ausschnitt der tatsächlichen Dimension von Cybercrime ab.

Angeboten werden auf den digitalen Schwarzmärkten (Underground Economy) inzwischen verstärkt kriminelle Dienstleistungen. So können auf diese Weise auch Personen ohne technische Kenntnisse Cybercrimedelikte wie Da-

tendiebstähle oder Ransomware-Infektionen begehen – Kriminalität auf Bestellung. Neben Rauschgift und Falschgeld werden zudem auch gestohlene Kreditkartendaten oder Waffen gehandelt und verkauft. Aufgrund der Anonymisierungsmöglichkeiten und des Zugangs ausschließlich mit spezieller Software würden diese Online-Marktplätze bei Kriminellen immer beliebter, beobachtet das BKA.

Die gestohlene Identität ist ebenfalls immer noch ein begehrtes Diebesgut. An die entsprechenden Nutzerdaten gelangen die Täter über Trojaner oder Phishing-Attacken. Die gestohlenen Daten werden über illegale Plattformen verkauft oder für die eigenen kriminellen Zwecke genutzt.

PM/Be

Cybercrime:

Gesundheitsdaten sind wertvoller als Kreditkarten

Die fortschreitende Digitalisierung im Gesundheitswesen hat eine hierzulande noch wenig beachtete Schattenseite: Sicherheitslücken, aber auch die Sorglosigkeit der Nutzer ziehen Hacker und Cyberkriminelle an.

Identitätsdiebstahl und Betrug mit Gesundheitsdaten ist in den USA bereits so weit verbreitet, dass sich dagegen sogar bereits eine eigene Verbraucherschutzorganisation formiert hat, die Medical Identity Fraud Alliance.

Internet-Kriminelle haben es dort längst nicht mehr nur auf Kreditkarteninformationen abgesehen. Inzwischen hat sich auch ein blühender Handel mit Gesundheitsdaten etabliert – denn die sind deutlich mehr wert. Das geht beispielsweise aus dem Threat Intelligence Report 2016 des X-Force Research Teams von IBM hervor. 9,2 Prozent der Opfer von Cyberangriffen waren demnach Firmen aus der US-Gesundheitsbranche. Noch stärker betroffen waren nur die traditionell am meisten gefährdeten Wirtschaftszweige Computer-Dienstleistungen (30,2 Prozent) und Einzelhandel (14,7 Prozent).

Bei fünf großen Angriffen im Jahr 2015 erbeuteten Internetkriminelle dem Report zufolge 100 Millionen Datensätze von Patienten. Die 2014 erschienene fünfte Studie über Medical Identity Theft der Medical Fraud Alliance in Zusammenarbeit mit dem Ponemon Institute zeigt, dass sich die Fälle von Identitätsdiebstahl im Gesundheitsbereich in den USA innerhalb von fünf Jahren nahezu verdoppelt haben: von 1,4 auf 2,3 Millionen. Im Jahr 2014 gab es fast 500.000 Betroffene mehr als 2013.

Bemerkt der betroffene Patient den Diebstahl, etwa wenn er die Quartalsmitteilung seines Versicherers erhält,

hat er oft Mühe, die korrekten und die fälschlicherweise unter seinem Namen abgerechneten Daten wieder zu trennen. Die Schäden für die Opfer sind zum Teil erheblich, manchmal sogar lebensgefährlich: Durch die Vermischung von echten und falschen Daten kann es zu Fehldiagnosen und falschen Behandlungen kommen; mancher Patient gilt aufgrund der abgerechneten Medikamente plötzlich als drogensüchtig. In zwei Drittel aller Fälle bleibt der Betroffene zudem auf einem Teil der durch den Diebstahl entstandenen Kosten sitzen. Laut Ponemon-Studie sind das durchschnittlich 13.500 Dollar. Auch auf die Reputation und den Versicherungsstatus kann der Diebstahl der medizinischen Identität Auswirkungen haben.

Patientendaten seien bei Kriminellen vor allem aufgrund ihrer „Haltbarkeit“ beliebt, vermutet IBM. Während Kreditkarten schnell gesperrt werden können, nachdem ihr Diebstahl entdeckt wurde, enthalten Patientendaten individuelle persönliche Informationen wie das Geburtsdatum, die Adresse, die Sozialversicherungsnummer oder gar ärztliche Diagnosen und Medikationen, die sich nicht so einfach austauschen lassen. Zudem fällt der Diebstahl einer medizinischen Identität oft monatelang gar nicht auf.

Mit Hilfe gestohlener Patientendaten können zum Beispiel kostspielige Behandlungen erschlichen, Verschreibungen manipuliert oder teure Schmerzmittel auf Rezept beschafft und – etwa an Drogensüchtige – weiter verhökert werden. Andere Datendiebe verkaufen die gestohle-

nen Identitäten an Kranke, die sich keine Versicherung leisten können. Sie rechnen Leistungen ab, die niemand erhalten hat oder erschwindeln staatliche Zuschüsse. Der Schwarzmarktwert solcher Datensätze ist entsprechend hoch.

Das FBI bezifferte im vergangenen Jahr den Wert eines gestohlenen Datensatzes im Gesundheitswesen auf etwa 50 Dollar. Kreditkarten sind dagegen gemäß des aktuellen Underground Hacker Markets Reports von Dell Secure Works schon ab sieben Dollar zu haben. Eine Sozialversicherungskarte kostet nach Recherchen der Dell-Analysten zwischen 140 und 250 Dollar.

Noch ist Identitätsdiebstahl im Gesundheitswesen in Deutschland nicht so ausgeprägt wie in den USA. Aber auch bei uns ist der Missbrauch von Patientendaten ein Risiko – das sich durch den weiteren Ausbau der Telemedizin-Infrastruktur verstärken könnte. Dass mit dem geplanten Stammdatenabgleich, digital verfügbaren Patientenakten und Medikationsplänen oder elektronischen Arztbriefen die Gefahr von Datenmissbrauch steigen wird, liegt auf der Hand. Und wenn man sich die jüngsten Schlagzeilen über Cyberangriffe auf deutsche Kliniken in Erinnerung ruft, hat die Frage, ob unser Gesundheitswesen auf diese Bedrohungen vorbereitet ist, durchaus ihre Berechtigung.

■ KIRSTEN BEHRENDT

Internet:

Haftung für Hyperlinks

Der Anbieter einer Internetseite haftet für einen von ihm gesetzten Link, wenn der Inhalt auf der verlinkten Seite eindeutig als rechtswidrig erkennbar ist oder er auf die Rechtswidrigkeit hingewiesen wurde. Das geht aus einer Entscheidung des Bundesgerichtshofs hervor.

Viele Arzt- und Zahnarztpraxen besitzen inzwischen eine Homepage. Verlinkungen auf andere Seiten werden dabei gerne genutzt, um auf weiterführende Informationen hinzuweisen. Im deutschen Recht ist allerdings die Frage, inwieweit der Betreiber einer Website für rechtswidrige Inhalte auf verlinkten Seiten haftet, nicht gesetzlich geregelt. Das Urteil des Bundesgerichtshofs ergänzt eine Reihe weiterer gerichtlicher Entscheidungen, die im Laufe der letzten Jahre zu diesem Thema ergangen sind.

In der fraglichen Auseinandersetzung hatte ein Orthopäde auf seiner Website über eine alternativmedizinische Behandlungsform informiert. Am Ende des Textes befand sich nach der Ankündigung „Weitere Informationen auch über die Studienlage finden Sie unter...“ ein Link zur Startseite eines Forschungsverbands. Auf den Unterseiten dieses Angebots waren Aussagen zum Anwendungsgebiet und zur Wirkung der speziellen The-

rapie abrufbar, die der Verein zur Wahrung gewerblicher Interessen für irreführend hielt und daher abmahnte. Auf diese Abmahnung hin entfernte der Orthopäde den Verweis von seiner Internetseite, weigerte sich jedoch, eine Unterlassungserklärung abzugeben und die Abmahnkosten in Höhe von 166,60 Euro zu übernehmen. Daraufhin klagte der Verein. Nachdem er in erster Instanz erfolgreich war, entschied die zweite Instanz – ebenso wie auch der Bundesgerichtshof – zugunsten des Arztes.

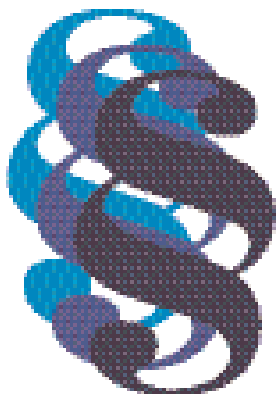
Zwar sei das Setzen eines Links eine „geschäftliche Handlung“, erklärt der Bundesgerichtshof. Daraus ergebe sich jedoch nicht grundsätzlich auch eine Haftung für die Inhalte der über diesen Link erreichbaren Internetseite. Eine Haftung sei vielmehr nur dann anzunehmen, wenn der Betreiber sich die Inhalte des fremden Internetauftritts „zu Eigen“ mache. Das jedoch hatte bereits das OLG „unter Würdigung aller Umstände des Streitfalls“ nicht feststellen können – eine Einschätzung, die der Bundesgerichtshof teilt. Daher seien dem Orthopäden die verlinkten Seiten auch nicht wie eigene Werbeaussagen zuzurechnen. Vielmehr wirke der Link nach der vorangestellten Ankündigung von „Informationen auch über die Studienlage“ eher wie der abschließende Hinweis auf weiterführende Literatur am Ende eines Zeitschriftenartikels, mit dem der Verfasser keine ungeteilte Zustimmung zu allen in den angegebenen Schriften vertretenen Auffassungen zum Ausdruck bringe.

Außerdem handele es sich in diesem Fall nicht um einen sogenannten Deep Link, der direkt zu den beanstandeten Aussagen führt, sondern lediglich um einen Link zur Startseite des Forschungsverbands. Die beanstandeten Inhalte erhält der Internetnutzer also nicht durch einfaches Klicken auf den bereitgestellten Link, sondern erst durch „unabhängiges“ und vom Arzt nicht „gelenktes“ Navigieren innerhalb des Internetauftritts. Aus der „objektiven Perspektive eines durchschnittlichen Internetnutzers“ liege die Annahme fern, der Arzt habe durch seinen Link die volle Verantwortung für den gesamten Inhalt der Webpräsenz des Forschungsverbands einschließlich aller auf Unterseiten oder in pdf-Dokumenten enthaltenen Aussagen übernommen.

Gesundheitliche Probleme häufig Auslöser für Überschuldung

Gesundheitliche Probleme wie Krankheit, Sucht oder Unfallfolgen stellten im Jahr 2015 für jeden siebten Klienten einer Schuldnerberatungsstelle den Hauptauslöser der Überschuldung dar. Das geht aus Daten des Statistischen Bundesamts (Destatis) hervor.

Besonders häufig traten bei Arbeitslosen gesundheitliche Gründe der Überschuldung auf (16,6 Prozent der Fälle). Wie hoch der Anteil der Arbeitslosen ist, die aufgrund einer Erkrankung ihren Arbeitsplatz verloren haben, lässt sich der Statistik jedoch nicht entnehmen. Für erwerbstätige Personen waren le-



Der Link diene außerdem weder einer Vervollständigung des eigenen Behandlungsangebots des Orthopäden, noch sei er so in einen redaktionellen Beitrag eingebettet, dass er Bedeutung für das weitergehende Verständnis dort geäußerter Ansichten habe – und damit Bestandteil der vom Arzt bereitgestellten Internetseite geworden wäre, so der BGH.

Grundsätzlich erhöhe ein Hyperlink allerdings die Gefahr der Verbreitung rechtswidriger Inhalte, die sich auf Internetseiten Dritter befinden, stellt der Bundesgerichtshof klar. Daraus ergebe sich die Verpflichtung desjenigen, der den Link setzt, diese Gefahr „im Rahmen des Möglichen und Zumutbaren“ zu begrenzen. Hinsichtlich rechtsverletzender fremder Inhalte bestehe eine Prüfungspflicht. Dabei komme es jedoch „entscheidend“ darauf an, ob und inwieweit „nach den Umständen“ eine solche Prüfung zumutbar ist.

Der Umfang der Prüfungspflichten richte sich insbesondere nach dem Gesamtzusammenhang, in dem der Hyperlink verwendet wird,

und seinem Zweck. Von Bedeutung sei auch, welche Kenntnis der den Link Setzende über rechtsverletzende Inhalte der betreffenden Website besitzt bzw. welche Möglichkeiten er hat, die Rechtswidrigkeit in zumutbarer Weise zu erkennen. Eine Haftung könne auch dann begründet sein, wenn ein Hyperlink aufrechterhalten wird, obwohl eine nunmehr „zumutbare Prüfung“, etwa nach einer Abmahnung oder Klageerhebung, ergeben hätte, dass mit dem Hyperlink „rechtswidriges Handeln“ unterstützt wird.

„Wenn Hyperlinks nur den Zugang zu ohnehin allgemein zugänglichen Quellen erleichtern, dürfen allerdings im Interesse der Meinungs- und Pressefreiheit an die nach den Umständen erforderliche Prüfung keine allzu strengen Anforderungen gestellt werden“, führt der BGH aus. Dabei sei auch zu berücksichtigen, dass die „sinnvolle Nutzung der unübersehbaren Informationsfülle im Internet ohne den Einsatz von Hyperlinks zur Verknüpfung der dort zugänglichen Dateien weitgehend eingeschränkt wäre.“ Eine „proaktive“ Überwachungspflicht des Websitebetreibers hinsichtlich der von ihm verlinkten Inhalte verneint der BGH daher. Fazit: Sofern ein rechtsverletzender Inhalt der verlinkten Internetseite nicht deutlich erkennbar sei, hafte derjenige, der den Link setzt, für solche Inhalte grundsätzlich erst, wenn er von der Rechtswidrigkeit der Inhalte Kenntnis erlange.

Sobald der den Hyperlink Setzende einen Hinweis auf Rechtsverletzung auf der verlinkten Internetseite erhält, ist er jedoch zur Prüfung verpflichtet – und zwar unabhängig davon, ob die Rechtsverletzung „klar erkennbar“ ist.

CETA:

Hunderttausende Arbeitsplätze in Gefahr

Eine Studie der Tufts University in Boston/Massachusetts kommt zu fatalen Ergebnissen: Trotz steigender Exporte sowohl von Kanada wie auch von Europa aus sanken nach dem europäisch-kanadischen CETA-Abkommen beiderseits des Atlantiks die Lohnquote und also die Arbeitnehmer-einkommen – sowie natürlich auch die Steuereinnahmen.

Die Studie basiert auf Modellen der Vereinten Nationen (United Nations Global Policy Model) und kommt zum Ergebnis, dass während des ersten Jahrzehnts nach CETA in Europa 200.000 und in Kanada 30.000 Arbeitsplätze verloren gehen würden. Bei steigenden Kapitalgewinnen sanken die Lohneinkommen in Kanada durchschnittlich um knapp 1.800 Euro p. a., in Europa um bis zu gut 1.300 Euro – je Arbeitnehmer. Handels- und Investitionsfragen stünden auf Kosten von Umwelt- und Sozialstandards im Vordergrund des Abkommens.

Nach CETA wären Gewinner „wettbewerbsfähige“, international tätige Großunternehmen, mittelständische, lokal operierende Unternehmen hätten danach eher das Nachsehen.

Ausschreibungen öffentlich-rechtlicher Auftraggeber müssten in bestimmten Größenordnungen regional noch weiter als bisher schon ausgeschrieben werden, was wiederum überregional tätige Anbieter erfahrungsgemäß begünstigt.

Streitfälle würden zudem vor „Schiedsgerichten“ und nicht mehr vor bislang zuständigen ordentlichen Gerichten ausgetragen. – Lokale Kontrolle und demokratisch legitimierte Einflussmöglichkeiten entfallen danach zunehmend.

fr/attac/äm

e chuldung

diglich in 7,6 Prozent der Fälle gesundheitliche Probleme die Hauptschuldenursache.

„Es besteht eine enge Wechselwirkung zwischen Krankheit und Schulden, die man aus eigener Kraft nicht mehr bewältigen kann“, sagt auch die Zentrale Schuldnerberatung Stuttgart. „Krankheiten können in eine Überschuldung führen, ebenso können aber auch Schulden krank machen“, berichtet sie. Viele Überschuldete ließen ärztliche Untersuchungen nicht durchführen oder lösten Rezepte nicht ein, wenn sie mit Zuzahlungen verbunden sind.

Be

■ KIRSTEN BEHRENDT

Jahresbericht 2015 der Wettbewerbszentrale

Die Marketing-Tricks der Krankenkassen

Rund 450 Anfragen und Beschwerden wegen unlauteren Wettbewerbs im Gesundheitswesen gingen im vergangenen Jahr bei der Wettbewerbszentrale in Bad Homburg ein. Betroffen sind Apotheker, Heilberufler, die Pharmaindustrie und Krankenkassen. Im ersten Halbjahr 2016 bearbeitete die Institution bereits mehr als 230 Fälle aus diesem Bereich.

Insbesondere die Zahl der Anfragen und Beschwerden zu Werbemaßnahmen von Krankenkassen nahm nach Angaben der Wettbewerbszentrale im Jahr 2015 zu. Etwa 50 Fälle betrafen diesen Komplex – offenbar mit weiter steigender Tendenz: Im ersten Halbjahr 2016 verzeichnete die Organisation bereits rund 40 Vorgänge. „Die Fälle zeigen, dass im Krankenkassenbereich mit zunehmend härteren Bandagen um Mitglieder gekämpft wird, seit der Beitragssatz Anfang 2015 auf 14,6 Prozent abgesenkt, dafür aber ein kassenindividueller Zusatzbeitrag eingeführt wurde“, erläutert Christiane Köber, Mitglied der Geschäftsführung der Wettbewerbszentrale, die Entwicklung.

Die Höhe des Zusatzbeitrags ist zweifellos ein gewichtiges Marketingargument der gesetzlichen Krankenkassen. Bereits Anfang 2015 warben daher einige Kassen mit einer „Beitragsgarantie“ über zwei Jahre, stellt die Wettbewerbszentrale in ihrem aktuellen Jahresbericht fest. Ob derartige Garantien jedoch eingehalten werden können, bezweifelte die Organisation – und berief sich dabei auf die Vorstandsvorsitzende des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen Dr. Doris Pfeiffer, die in Interviews in der *Berliner Zeitung* und der *Frankfurter Rundschau* vom 30. 12. 2014 in Folge der zu erwartenden Ausgabenentwicklung bereits für 2016 eine Steigerung der Zusatzbeiträge vorausgesagt hatte. Die von der Wettbewerbs-

zentrale dazu angeschriebenen Kassen hätten aber dargelegt, dass sie in der Lage seien, sich zur Stabilität ihrer eigenen Beitragssätze bis 2017 zu äußern, heißt es im Jahresbericht.

Die Wettbewerbszentrale monierte allerdings die Werbung einer Betriebskrankenkasse mit einer Garantie, den Zusatzbeitrag bis zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht zu erhöhen, nachdem später entgegen der Werbeaussage doch eine Erhöhung erfolgte. Die Kasse verpflichtete sich daraufhin zur Unterlassung. Wie viele Versicherte bis dahin jedoch gerade aufgrund der Beitragssatzgarantie die Kasse bereits gewechselt hatten, wird sich wohl nicht mehr feststellen lassen.

Abgemahnt wurden auch jene Fälle, in denen die eigene Beitragssituation geschönt wurde. So behauptete eine Kasse zu Unrecht, sie sei die „günstigste Krankenkasse in Rheinland-Pfalz“.

Ein weiteres Beispiel: Eine Ersatzkasse erhob seit dem 1. Januar 2015 einen Zusatzbeitrag von 0,8 Prozent. Dieser wurde nach Recherchen der Wettbewerbszentrale jedoch im Internetauftritt nirgends erwähnt – im Gegenteil. Gab man in der Suchfunktion das Stichwort „Zusatzbeitrag“ ein, erschien an erster Stelle ein Ergebnis, in dem es hieß, diese Kasse erhebe keinen Zusatzbeitrag.

Bei einer weiteren Krankenkasse rügte die Wettbewerbszentrale, dass mit einer Geldprämie geworben wurde, die es in dieser Höhe seit dem

1. Januar 2015 gar nicht mehr gab. Zwei weitere Kassen warben mit angeblichen „Exklusiv-Leistungen“ – dabei handelte es sich entweder um gesetzliche Leistungen oder solche, die auch andere Krankenkassen anbieten.

Als irreführend bezeichnet die Wettbewerbszentrale Werbung mit Auszeichnungen oder Testergebnissen, wenn die entsprechenden Fundstellen fehlen oder gar Testergebnisse durch neuere Tests überholt sind. So beanstandete die Wettbewerbszentrale beispielsweise die Werbung einer BKK mit der Bezeichnung „TOP Kran-

Krankenkassen:

Werbung um jeder

Eine interessante Marketingmethode hatte eine Betriebskrankenkasse für sich entdeckt: Sie beauftragte ein Service-Unternehmen mit der Akquise von neuen Mitgliedern. Dieses Unternehmen warb im Rahmen von Telefongesprächen für eine Mitgliedschaft bei der betreffenden BKK und versandte im Anschluss an die Telefonate „Begrüßungsschreiben“, mit denen die Betroffenen als neue Mitglieder der BKK willkommen geheißen wurden.

Die bisherige Mitgliedschaft des jeweils Angerufenen kündigte das Service-Unternehmen, ohne dazu bevollmächtigt gewesen zu sein. Das hatte die Wettbewerbszentrale als irreführend beanstandet und Klage erhoben.

kenkasse" und einem Siegel aus dem Jahr 2013, obwohl die Kasse bei einem neuen Test erst an 47. Stelle auftauchte.

Sogenannte „aggressive geschäftliche Handlungen“ beobachtete die Wettbewerbszentrale bei Reaktionen einzelner Krankenkassen auf die Kündigung von Mitgliedern.

Gesetzlich vorgeschrieben ist, dass die Kasse dem kündigenden Mitglied unverzüglich eine Kündigungsbestätigung ausstellen muss. Diese benötigt der Versicherte, um bei einer anderen Krankenkasse Mitglied zu werden. Verschleppte Kündigungsbestätigungen oder Bestätigungen, die erst auf ausdrücklichen Wunsch ausgestellt werden, verzögern den Wechsel und sind nach Auffassung der Wettbewerbszentrale unzulässig.

So wollte zum Beispiel eine Kasse die Kündigungsbestätigung nur

im Rahmen eines Hausbesuchs aushändigen. Den in dem entsprechenden Schreiben genannten Termin sollte der Versicherte bestätigen. Dies stelle nach dem Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb (UWG) nicht nur eine „unzumutbare Belästigung“ dar, sondern sei auch geeignet, den Verbraucher an der Durchsetzung seiner Rechte zu hindern, stellte die Wettbewerbszentrale fest.

Die Wettbewerbszentrale ist die nach eigenen Angaben größte und einflussreichste Selbstkontrollinstitution für fairen Wettbewerb. Als gemeinnützige Organisation wird sie von mehr als 1.200 Unternehmen sowie über 800 Kammern und Verbänden der Wirtschaft getragen. Dazu gehört auch die Bundeszahnärztekammer. Die Wettbewerbszentrale finanziert sich allein aus der Wirtschaft heraus und erhält keine öffentlichen Mittel.

Als neutrale und unabhängige Institution der deutschen Wirtschaft setzt sie Wettbewerbs- und Verbraucherschutzvorschriften im Markt – notfalls per Gericht – durch. *PM/Be*

DAK:

85 Euro gegen Kassenflucht

Mindestens 180.000 Versicherte hat die DAK Gesundheit nach einem Bericht des Portals *apotheker adhoc* seit Beginn des Jahres verloren: Zum 1. Januar 2016 musste sie ihren Zusatzbeitragssatz um 0,6 Prozentpunkte auf 1,5 Prozent erhöhen. Mit einem Gesamtbeitragssatz von 16,1 Prozent gehört die Kasse zu den teuersten in Deutschland.

Stellenabbau ist eine der Reaktionen der DAK auf die schwierige Situation: 1.600 ihrer knapp 11.000 Stellen sollen in den nächsten Jahren entfallen. In mindestens zwei Fällen griffen Kundenbetreuer aber auch zu unorthodoxen Mitteln: Sie zahlten einen Bonus von 85 Euro, um DAK-Mitglieder von einem Wechsel zu einer anderen Kasse abzuhalten. Ein DAK-Sprecher räumte nach Angaben von *apotheker adhoc* ein, dass beide Fälle beim Bundesversicherungsamt anhängig sind. In vier weiteren Fällen seien ebenfalls Bleibepremien angeboten worden, die jedoch nicht zur Auszahlung gekommen seien. Laut DAK handelte es sich um „Einzelfälle“ ohne Wissen der Kasse. Vielmehr habe es zum Jahreswechsel im Zuge der Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes eine „klare Anweisung“ an die Kundenbetreuer gegeben, dass Bleibepremien „nicht zulässig und nicht gewünscht“ seien.

Tatsächlich dürfen Krankenkassen ihren Versicherten nur unter eng definierten Vorgaben Prämien zahlen. Dabei geht es jedoch nicht um Kassenflucht, sondern beispielsweise um Boni als Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten.

Apotheker adhoc/Be

n Preis?

Das Landgericht Konstanz untersagte der BKK nun, Verbrauchern die Mitgliedschaft bei ihr zu „bestätigen“, wenn tatsächlich gar keine Mitgliedschaft begründet wurde: Dies sei eine unzumutbare Belästigung des Verbrauchers, weil der Versicherte glauben müsse, er sei tatsächlich bereits Mitglied bei der beklagten BKK geworden.

Auch eine Kündigung gegenüber der bisherigen Krankenkasse des Versicherten, ohne über eine Vollmacht zur Kündigungserklärung zu verfügen, hielt das Gericht für unzulässig und irreführend. Die bisherige Krankenkasse werde durch die Kündigungserklärung veranlasst, eine Kündigungsbestätigung aus-

zustellen, obwohl das Mitglied tatsächlich nicht wirksam gekündigt habe. Nicht statthaft waren demnach außerdem bereits die dem „Begrüßungsschreiben“ vorangegangenen Anrufe bei den Versicherten ohne deren ausdrückliche Einwilligung.

Der Einwand, dass nicht die BKK selbst, sondern ein Serviceunternehmen die Wettbewerbsverstöße begangen hatte, überzeugte das Gericht nicht. Es wies vielmehr darauf hin, dass sich die Krankenkasse das Verhalten des von ihr eingeschalteten Dritten zurechnen lassen müsse.

PM/Be

IGeL-Leistungen:

SPD will „Marktwächter Gesundheit“ einführen

Ein „Marktwächter Gesundheit“ soll nach Plänen der SPD zukünftig das „IGeL“ in deutschen Vertragsarztpraxen in geordnete Bahnen lenken.

Das berichtet die *FAZ* unter Berufung auf einen internen Entwurf der SPD-Arbeitsgruppe Umwelt-, Klima- und Verbraucherschutz.

Als Teil ihres Wahlprogramms zur Bundestagswahl 2017 will die Partei laut *FAZ* die „Flut kostenpflichtiger, medizinisch aber oft überflüssiger IGeL-Leistungen“ eindämmen. Individuelle Gesundheitsleistungen unterlägen keinerlei Überwachung, sie stünden allein in der Verantwortung des Arztes, moniert die SPD der Zeitung zufolge. Um „systematische Wettbewerbsverstöße oder andere Benachteiligungen von Verbrauchern“ festzustellen, sei eine „systematische Marktbeobachtung mit Eingriffsmöglichkeiten“ notwendig.

Zwecks besserer Information der Patienten sollen demnach in den Praxen „vereinheitlichte Informationen ausgehängt werden“, aus denen ersichtlich ist, warum IGeL-Leistungen von den gesetzlichen Krankenkassen nicht bezahlt werden. Die Genossen wollen zudem den Abschluss eines schriftlichen Behandlungsvertrags sowie eine schriftliche Information über Nutzen und Risiken der jeweiligen IGeL-Leistung vorschreiben. Um das Arzt-Patientenverhältnis nicht zu belasten, seien außerdem Behandlungen nach dem Kassenkatalog und IGeL-Leistungen klar voneinander zu trennen.

Bereits im März 2015 wurden auf Betreiben der SPD Marktwächter für den Finanzmarkt und die „digitale Welt“ eingeführt. Die Marktwächter sammeln dabei die in den Verbraucherzentralen der Bundesländer eingehenden Beschwerden und werten sie aus. Im Juni feierte die verbraucher-

politische Sprecherin Elvira Drobinski-Weiß das Konzept als großen Erfolg: „Anderthalb Jahre nach der Einführung ist klar: Mit den beiden Marktwächtern Finanzen und Digitale Welt ist der Einstieg in das SPD-Marktwächtermodell gelungen.“ Es habe sich ein „Frühwarnsystem“ gebildet, das „strukturelle Missstände zum Beispiel bei der Anlageberatung oder bei Buchungs- und Vergleichsportalen im Internet“ sichtbar mache, führte sie aus. Die SPD-Bundestagsfraktion setze sich dafür ein, Marktwächter auch für Lebensmittel, Gesundheit und Energie aufzubauen. Die gleiche Forderung findet sich in der im Mai erschienenen SPD-Broschüre „Unsere Politik für Verbraucher“.

Neu ist die Idee, einen Marktwächter für den Gesundheitsbereich zu etablieren, indes nicht. Schon anlässlich einer Konferenz im November 2012 führte Kerstin Tack von der SPD-Arbeitsgruppe Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz aus: „Explizit soll der Marktwächter die individuellen Gesundheitsleistungen beobachten, über Nahrungsergänzungsmittel aufklären und beraten sowie z. B. Transparenz bei den privaten Zusatzversicherungen herstellen. Aber auch die Themenbereiche Apotheken und Pflege müssen einen Stellenwert bekommen.“

Marktwächter sollten den Markt aus der Perspektive der Verbraucher beobachten, um Missstände aufzu-

decken, so Tack damals weiter – wobei sie Marktwächter als „staatlich beauftragte, aber unabhängige zivilgesellschaftliche Verbraucherschutzorganisationen“ charakterisierte.

Schützenhilfe könnte die SPD von den Verbraucherzentralen erhalten: Der Markt der individuellen Gesundheitsleistungen habe sich „zu einem expandierenden und lukrativen Wirtschaftsfaktor für die ärztliche Praxis entwickelt“, stellte die Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen im Juni in einem „Forderungs- und Positionspapier“ fest. Sie verlangt darin die Einrichtung einer „unabhängigen, für Patienten leicht erreichbaren Schlichtungsstelle von Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen in jedem Versorgungsgebiet“ unter Beteiligung von Patientenvertretern. Diese „Schiedsstelle“ soll sich nach Vorstellung der Verbraucherzentrale um „Meinungsverschiedenheiten“ im Zusammenhang mit IGeL-Leistungen kümmern – und unter der Aufsicht des zuständigen Landesministeriums stehen.

Ähnlich wie die SPD will auch die Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen die Ärzte außerdem zu einer „unabhängigen, schriftlichen Information über Nutzen und Risiken von IGeL-Leistungen sowie über Alternativen der GKV“ verpflichten. Zusätzlich fordert sie die „Einführung von Wirksamkeitsprüfungen auf der Basis evidenzbasierter Medizin vor dem Inverkehrbringen von IGeL und ver-

Bundesweite Gesundheitsstudie:

„Kohorte“ – wie bei Asterix?

bindliche Qualitätsstandards bei der Leistungserbringung“. Diese Prüfung solle durch eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung vorgenommen werden.

Der Wirtschaftsrat der CDU dagegen kritisierte die Pläne der SPD: „Patienten können sich auch heute schon umfassend informieren und beraten lassen. Neben dem Arzt des Vertrauens stehen hierfür die Beratungsstellen der Krankenkassen und die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) bereit“, konterte Wolfgang Steiger, Generalsekretär des Wirtschaftsrats. „Eine Bewertung der individuellen Angebote durch einen ‚Marktwächter Gesundheit‘ läuft auf die Bevormundung und Entmündigung der Patienten hinaus“, unterstrich er. Zudem steige der Bürokratie-Aufwand der Arzt-Praxen – ohne ersichtlichen Mehrwert für die Patienten.

Den IGeL-Monitor des Medizinischen Diensts des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen gibt es schon, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat sich ebenfalls bereits mehrfach zu IGeL-Leistungen geäußert. Nun auch noch ein Marktwächter? Ob es Sinn macht, ein weiteres Bürokratiemonster zu etablieren, um Tatkraft zu suggerieren, sei dahingestellt. Dem mündigen Bürger läuft das SPD-Konzept auf jeden Fall zuwider.

■ KIRSTEN BEHRENDT

Deutschlands größte Gesundheitsstudie nimmt nach Startschwierigkeiten nun langsam Fahrt auf. Zwei Jahre nach dem Start des Projekts „Nationale Kohorte“ kommt die Studie bundesweit auf rund 65.000 Probanden.

Damit hinken die Organisatoren allerdings den anfänglich geplanten Teilnehmerzahlen hinterher. „Durch eine Verzögerung beim Start der Studie werden wir nicht, wie ursprünglich geplant, zum 30. April 2018 alle 200.000 Probanden untersucht haben“, gibt Björn Mergarten, zuständig für die Pressearbeit bei der „Nationalen Kohorte“, gegenüber der Nachrichtenagentur *dpa* zu. „Unseren aktualisierten Zeitplan halten wir jedoch ein und wir befinden uns mit der jetzigen Probandenzahl in der Prognose“, betont er gleichzeitig.

Untersucht werden sollen die 200.000 Probanden zwischen 20 und 69 Jahren in den nächsten Jahren bundesweit in 18 Studienzentren, von denen sich eins auch in Kiel befindet. Ziel der Studie ist es, neue Erkenntnisse darüber zu gewinnen, was Menschen krank macht und wie sie sich vor Krankheiten schützen können. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Vorbeugung, Früherkennung und Behandlung von Krebs, Demenz und Diabetes, aber auch auf Herz-Kreislauf-erkrankungen und Depressionen sowie der Infektforschung.

Um die Zusammenhänge zwischen Krankheiten und dem Lebensstil der Betroffenen besser zu verstehen, werden neben den medizinischen Untersuchungen auch umfangreiche Befragungen zu den Lebensgewohnheiten wie Ernährung, körperliche Fitness, Arbeitssituation und soziales Umfeld der Teilnehmer durchgeführt.

Die Studie wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung, der Helmholtz-Gemeinschaft und den beteiligten Ländern gefördert.

Teilnehmen kann nur, wer vom regionalen Einwohnermeldeamt per Zufall ausgewählt und vom Studienzentrum angeschrieben wurde. „Die größte Schwierigkeit liegt darin, die Probanden von einer Teilnahme zu überzeugen“, sagte Yvonne Kemmling der *dpa*.

Ob das auch am ursprünglichen Namen lag, bleibt offen. Inzwischen wurde die „Nationale Kohorte“ jedenfalls umbenannt in „NAKO-Gesundheitsstudie“. Die Wissenschaftler hatten offenbar nicht bedacht, dass man den Begriff „Nationale Kohorte“ gleich in zweifacher Hinsicht missverstehen könnte.

So führte das „National“ im Namen zu Spekulationen über den politischen Hintergrund der Studie. „Leider wurde der Name immer wieder mit rechtsextremen Parteien und militaristischen Absichten in Verbindung gebracht“, bestätigte Prof. Thomas Keil, wissenschaftlicher Leiter des Studienzentrums Berlin-Mitte.

Und „Kohorte“ ist Asterix-Lesern als militärische Einheit der Römer bekannt ...

PM/dpa/Be

Studie der Bertelsmann-Stiftung:

Selbstständige sollten GKV-Mitglieder werden

Mit dem Bundestagswahlkampf rückt auch das Thema Bürgerversicherung wieder verstärkt in den Vordergrund. Einen Vorstoß in diese Richtung unternimmt unter anderem die Bertelsmann-Stiftung: In ihrem Auftrag untersuchte das IGES-Institut, wie hauptberuflich Selbstständige stärker in die GKV einbezogen werden könnten und welche finanziellen Auswirkungen das hätte.

Die Finanzierungsbasis der GKV werde durch die Segmentierung des Krankenversicherungsmarkts in ein gesetzliches und ein privates Segment „spürbar“ begrenzt“, erläutern die Studienautoren eingangs – die Zielrichtung der Untersuchung dürfte damit feststehen. Zu „verteilungspolitischen Inkonsistenzen“ trage zudem bei, dass eine private Krankenversicherung nur für einen bestimmten Personenkreis in Frage komme.

Seit zehn Jahren werde nun für die Krankenversicherung die Einbeziehung aller Bevölkerungsgruppen in ein „solidarisches Finanzierungssystem“ diskutiert; selbst von Befürwortern jedoch würden die rechtlichen und praktischen Hürden zur Errichtung eines einheitlichen Krankenversicherungssystems „teilweise als prohibitiv hoch“ eingeschätzt, heißt es weiter.

Wie dieses „Problem“ gelöst werden könnte, hatte die Bertelsmann Stiftung bereits im Jahr 2013 aufgezeigt. Damals hatte sie gemeinsam

mit dem Verbraucherzentrale Bundesverband einen Zehn-Punkte-Plan vorgelegt, der beschreibt, wie private und gesetzliche Krankenversicherung „schrittweise“ auf eine „integrierte“ Kran-

kenversicherung vorbereitet werden könnten. Der Plan umfasste auch die Einführung der Versicherungspflicht für Selbstständige und Beamte unter der Voraussetzung, dass sich diese Personengruppen – unter für sie tragbaren Bedingungen – in der GKV versichern könnten.

Den IGES-Autoren zufolge müssen Selbstständige im untersten Einkommensfünftel in der PKV mehr als 52 Prozent ihres persönlichen Einkommens für Krankenversicherungsbeiträge aufbringen; in der GKV sind es 44 Prozent. Im obersten Einkommensfünftel zahlten Selbstständige dagegen weniger als ein Zehntel ihres Einkommens für die Krankenversicherung (8,5 Prozent bzw. 5,0 Prozent).

57 Prozent der Selbstständigen sind laut Bertelsmann-Stiftung bereits jetzt gesetzlich krankenversichert. Der Mindestbeitrag für Selbstständige in der GKV beträgt 342 Euro; nur in Ausnahmefällen ist eine Reduzierung auf 228 Euro möglich. Dieser Mindestbeitrag führe viele Selbstständige an die Grenzen ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit, schildert die Studie. Die Folge seien stetig steigende Beitragsschulden in der GKV, die – wie beispielsweise die *Rheinische Post* im Juli berichtete – vor allem auch durch Soloselbstständige mit geringen Einkünften verursacht werden. 4,48 Millionen Euro an Beitragsrückständen haben sich nach Informationen der *RP* bei den gesetzlichen Kranken-

kassen insgesamt inzwischen angehäuft. Damit hätten die Beitragsschulden einen Stand erreicht, der die Solidargemeinschaft belastet: In der Sozialversicherung gelte die Faustformel, das zehn Milliarden Euro etwa einem Beitragssatzpunkt entsprechen.

Eine Ausweitung der derzeit für Arbeitnehmer geltenden Versicherungspflichtgrenze auf Selbstständige würde nach Berechnungen der IGES-Wissenschaftler dazu führen, dass rund eine Million bislang privat versicherte hauptberuflich Selbstständige versicherungspflichtig in der GKV würden. Weitere knapp 79.000 Selbstständige mit Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze würden sich infolge der erweiterten Möglichkeit einer freiwilligen Mitgliedschaft für einen Wechsel in die GKV entscheiden, da der Beitrag hier geringer wäre als ihre bisherige PKV-Prämie. Insgesamt hätte die GKV in diesem Szenario einen Mitgliederzuwachs von rund 1,04 Millionen Selbstständigen zuzüglich deren 318.000 Familienangehörigen. Der Anteil der gesetzlich versicherten Selbstständigen würde von 57 auf 88 Prozent steigen.

Knapp 5,5 Milliarden Euro an zusätzlichen Beiträgen würde die GKV so einnehmen, rechnen die Studienautoren vor. Dem stünden Mehrausgaben in Höhe von 3,6 Milliarden Euro gegenüber. Allerdings würden die Selbstständigenhaushalte insgesamt



Gröhe will Kommunikation zwischen Arzt und Patient verbessern

auch mit 1,7 Milliarden Euro zusätzlich belastet.

Eine Absenkung oder sogar Abschaffung der Mindestbeiträge, die heute für Selbstständige in der GKV gelten, würde gemäß Studie dagegen dazu führen, dass sich die GKV-Nettomehreinnahmen in Nettomindereinnahmen von 0,2 Milliarden Euro (Absenkung) bzw. 0,7 Milliarden Euro (Abschaffung) umkehren. Dafür jedoch würden die Selbstständigenhaushalte in dieser Variante insgesamt um 0,4 bis 0,8 Milliarden Euro entlastet.

In die Gesamtbetrachtung, das gestehen die Studienautoren zu, seien weitere finanzielle Wirkungen einzubeziehen, die im Rahmen des Simulationsmodells nicht abgebildet wurden. So führe ein Wechsel von über 70 Prozent der hauptberuflich Selbstständigen in die GKV zu „merklichen Umsatzausfällen bei den Leistungserbringern“, da für privat versicherte Patienten höhere Honorare abgerechnet werden könnten.

Die in der privaten Krankenversicherung gebildeten Alterungsrückstellungen wären zudem nach Angaben der IGES-Wissenschaftler an die GKV zu übertragen, wenn sie weiterhin ihre Funktion – Beitragsbelastungen für den betreffenden Personenkreis im Alter zu vermeiden – erfüllen sollen. Der Verlust von rund 1,4 Millionen Versicherten hätte außerdem „massive Auswirkungen“ auf die finanzielle Lage der PKV. – Dafür aber hätte man so einen Großteil der gegenwärtig privat versicherten Selbstständigen in die GKV überführt: Für Befürworter der Bürgerversicherung wäre das sicherlich zumindest ein Anfang.

■ KIRSTEN BEHRENDT

„Gröhe will die Kommunikation zwischen Arzt und Patient verbessern“, titelte die Nachrichtenagentur *dpa*, als der Bundesgesundheitsminister während seiner „Sommerreise“ Leipzig besuchte.

Das klingt zunächst einmal gut. Schließlich fordern beispielsweise die Zahnärzte bereits seit geraumer Zeit eine Aufwertung der „Sprechenden Medizin“. Dass das allerdings wohl nicht gemeint ist, wird bei näherer Betrachtung schnell deutlich.

Zwischen neun und 15 Milliarden Euro gingen schätzungsweise verloren, weil die Kommunikation zwischen Arzt und Patient nicht funktioniere, zitiert *dpa* Gröhe. Worauf sich diese doch etwas vage Schätzung begründet, wird nicht ausgeführt. Abhilfe jedenfalls soll nun das Gesundheits-Start-up *Was hab ich* aus Dresden schaffen: Mit der Förderung des Bundesgesundheitsministeriums werde es ein Projekt zur Erprobung eines „Patientenbriefs“ geben, heißt es in einer Pressemitteilung des BMG.

Die vielfach ausgezeichnete Initiative *Was hab ich* „übersetzt“ bereits seit 2011 medizinische Befunde und Entlassbriefe kostenlos in für Patienten leicht verständliche Sprache. Über 28.000 Befunde haben die ehrenamtlich tätigen Medizinstudenten und Ärzte schon bearbeitet. Inzwischen bietet die gemeinnützige GmbH zudem auch „Kommunikationskurse für die Ärzte von morgen“ an. Dass es sicherlich Bedarf für eine solche Initia-



Bundesgesundheitsminister Gröhe möchte die Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten verbessern.

Foto: BMG/Jochen Zick (action press)

tive gibt, zeigt beispielsweise eine Umfrage, die *Was hab ich* 2015 durchführte: 97 Prozent der Patienten, die den Dienst schon einmal in Anspruch genommen hatten, gaben an, dass die Übersetzung für sie eher oder sehr hilfreich war. Unstrittig ist auch, dass ein solches ehrenamtliches Engagement von Ärzten und Studenten lohnenswert ist.

Um die Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten zu verbessern, wäre es jedoch sinnvoll, nicht nur einen Übersetzungsdienst zu fördern, sondern Rahmenbedingungen zu schaffen, die ein ausführliches – und verständliches – Gespräch zwischen Arzt und Patient ermöglichen und honorieren.

Be

Schleswig-Holsteins Datenschutzbeauftragte Marit Hansen über Nachlässigkeiten beim Thema Datenschutz

Datenschutz als Qualitätszeichen

Im Unabhängigen Landeszentrum für den Datenschutz spielt auch der Medizin- und Sozialbereich eine wichtige Rolle. Regelmäßig werden Themen aus dem Gesundheitswesen im Jahresbericht aufgegriffen und jeden Monat wenden sich Menschen an die Mitarbeiter des Landeszentrums, etwa weil sie Fragen zum Umgang mit Patientendaten haben oder weil sie eine Verletzung ihrer Rechte vermuten. Das Landeszentrum beobachtet, dass die Heilberufe insgesamt verantwortungsvoll mit Patientendaten umgehen, sich aber dennoch immer wieder Nachlässigkeiten einschleichen.

Wie das vermieden werden kann, verrät Marit Hansen im Gespräch mit Dirk Schnack.

? *Frau Hansen, das Unabhängige Landeszentrum für den Datenschutz hat Checklisten für Arzt- und Zahnarztpraxen entwickelt, damit sie Datenschutzvorschriften nicht verletzen. Warum war das nötig?*

Marit Hansen: Ich weiß nicht, ob das nötig war, auf jeden Fall aber sind die Checklisten sinnvoll und können die Arbeit des Arztes erleichtern. Es ist ja nicht Aufgabe des Arztes, sich ständig Gedanken darüber zu machen, ob seine Praxis die Bestimmungen des Datenschutzes einhält. Er sollte vielmehr sicher sein, dass dies so ist – und das kann eine Praxis über unsere Checklisten abprüfen.

? *In den Praxen müssen jede Menge Bestimmungen berücksichtigt werden und immer mehr Zeit wird darauf verwendet, Richtlinien einzuhalten. Laufen Sie mit den Checklisten nicht Gefahr, dass sich die Praxisinhaber aus Furcht vor noch mehr Bürokratie abwenden?*

Marit Hansen: Wir wollen genau das Gegenteil erreichen. Die Checklisten sollen ja Fehler und die daraus resultierenden Folgen vermeiden. Die Praxisinhaber sollten die Checklisten nicht als zusätzliche Bürokratie verstehen, sondern als Instrument, das ihnen hilft, die gesetzlichen Bestimmungen einzuhalten.

? *Machen die Praxisinhaber das denn nicht ohnehin? Oder liegen Ihnen Beschwerden von Patienten über Verletzungen des Datenschutzes vor?*

Marit Hansen: Wir haben tatsächlich monatlich Hinweise von Patienten. Oft kommen diese in den Fällen, in denen die Patienten auch aus anderen Gründen nicht mit der Behandlung in der Arztpraxis zufrieden waren.

? *Was sind das für Hinweise, welche Verstöße liegen konkret vor?*

Marit Hansen: Das sind nicht immer die groben Verstöße wie etwa Patientendaten, die im Müll zu finden sind. Es fängt schon mit der Terminvergabe an. Wenn ein Patient einen Termin genannt bekommt, muss das nicht die ganze Praxis mitbekommen.

Es geht weiter über die EDV – Patientendaten sollten nie auf Bildschirmen zu sehen sein, wenn Dritte diese einsehen können. Wenn Patienten allein in einem Behandlungsraum warten, muss darauf geachtet werden, dass keine Daten Dritter auf dem Bildschirm sichtbar sind. Das alles passiert wahrscheinlich häufiger als wir es gemeldet bekommen und in aller Regel ist dies keine Absicht, sondern eine Nachlässigkeit.

Auch wenn daraus keine Beschwerde resultiert, kann dies unangenehme Folgen für den Arzt haben – etwa weil der Patient damit rechnet, dass mit seinen eigenen Daten genauso

Zur Person:

Die Diplom-Informatikerin Marit Hansen ist seit Juli 2015 Landesbeauftragte für den Datenschutz in Schleswig-Holstein. Zuvor war sie sieben Jahre lang Stellvertreterin ihres Vorgängers Thilo Weichert. Angefangen hat sie vor 21 Jahren als Referatsleiterin im Unabhängigen Landeszentrum für den Datenschutz Schleswig-Holstein, das seinen Sitz in der Kieler Holstenstraße hat. Hansen (Jahrgang 1969) hat ihr Abitur in Eckernförde und ihr Diplom in Informatik an der Kieler Christian Albrechts-Universität zum Thema „Entwicklung eines Informationssystems für die Ökosystemforschung“ gemacht. Im Nebenfach hat Hansen Medizin studiert. Schon während ihres Studiums war sie als

Foto: Jörg Wohlfromm



freiberufliche Dozentin an verschiedenen Akademien und Hochschulen. Schwerpunkte ihrer Arbeit sind u. a. die Vermeidung von Datenschutz-Fehlern und „Privacy by Design“, d. h. eingebauter Datenschutz. Hansen ist verheiratet und hat zwei Kinder. Sie lebt in Kronshagen.

und wie sie abgestellt werden können.

nachlässig umgegangen wird und er die Mängel in der Organisation der Praxis als negativ empfindet.

? *Sind Ärzte also insgesamt zu nachlässig mit dem Schutz der Daten ihrer Patienten?*

Marit Hansen: Das würde ich so nicht sagen. Häufig herrscht so viel Stress in den Praxen, dass andere Dinge einfach noch wichtiger erscheinen. Da kann es schon mal passieren, dass eine Akte auf dem Tisch liegen bleibt und für Dritte einsehbar ist – sollte es aber nicht. Deswegen haben wir ja die Checklisten entwickelt. Sie sollen dabei helfen, solche schnell eintretenden Fehler, die aber negative Folgen haben können, zu vermeiden.

? *Was sagen Sie Ärzten, die solche Verstöße als Kleinigkeit einstufen?*

Marit Hansen: Das ist eine falsche Sichtweise, die schwerwiegende Konsequenzen haben kann. Datenschutz ist ein wichtiger Baustein im Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient und damit ein Qualitätsmerkmal. Das sollte nicht durch Nachlässigkeit beeinträchtigt werden.

? *Wird den Praxisinhabern der Datenschutz zu schwer gemacht?*

Marit Hansen: Es ist eine zusätzliche Herausforderung, neben vielen anderen – aber eine wichtige. Das Spannungsfeld, in dem sich die Praxisinhaber bewegen, ist groß. Lassen Sie mich das an einem Beispiel verdeutlichen: Viele Patienten erwarten, dass sie persönlich angesprochen werden. Einen Verzicht darauf würden sie als unhöflich empfinden. Zugleich sollen Dritte aber nichts über ihre persönliche Situation oder Krankengeschichte erfahren. Das funktioniert insbesondere wegen der räumlichen Gestaltung in vielen Praxen leider nicht in jedem

Fall. Das Problem, vor das viele Praxisinhaber damit gestellt werden, entbindet sie aber nicht von der Verpflichtung, den Datenschutz zu wahren.

? *Sind die Patienten denn überhaupt genauso für das Thema sensibilisiert wie der Gesetzgeber? Schließlich geben sie ihre Daten doch über soziale Netzwerke oder über Fitness-Tracker oft bedenkenlos weiter.*

Marit Hansen: Das machen viele tatsächlich. Das sollte Ärzte aber nicht dazu verleiten, ebenfalls nachlässig mit den Daten ihrer Patienten umzugehen. Im Gegenteil: Die Patienten erwarten den hohen Standard nicht nur medizinisch, sondern auch beim Datenschutz von ihrer Arztpraxis. Der Patient liefert dem Arzt ganz bewusst viele Daten in der Erwartung, dass diese für die Heilung nützlich sind und der Arzt verantwortungsvoll mit ihnen umgeht. Das ist eine ganz andere Situation, als wenn der Patient im Internet persönliche Daten preisgibt. Da ist es tatsächlich so, dass viele Patienten entweder nicht wissen, was mit ihren Daten passiert oder in Kauf nehmen, dass ihre Daten weiter verkauft oder verarbeitet werden. Es kommt immer auf den Kontext an, in dem Menschen bereit sind, Daten preiszugeben.

? *Macht die zunehmende Technisierung der Praxen diese sicherer gegen oder anfälliger für Verstöße gegen den Datenschutz?*

Marit Hansen: Das hängt stark von den Abläufen in der jeweiligen Einrichtung ab. Ein technischer Fortschritt wie die Video-Überwachung in einem Aufwachraum führt bei Patienten zu der Frage, was mit den Aufzeichnungen geschieht. Wer sieht sich diese Bänder an, werden sie archiviert und wenn ja, wo und wer hat anschließend Zugriff? Um bei solchen Fragen auf der sicheren Seite zu sein, ist unser Gütesiegel

sinnvoll, das wir für IT-Produkte anbieten.

? *Ist eine Zertifizierung aus Ihrer Sicht für jede Praxis erforderlich?*

Marit Hansen: Eine Zertifizierung kann eine gute Sache sein, das muss auch nicht zwangsläufig die vom Unabhängigen Landeszentrum für Datenschutz sein. Wichtig ist immer, nach welchen Kriterien eine solche Zertifizierung erfolgt. Das sollten sich die Ärzte und Zahnärzte im Vorwege genau anschauen.

? *Im Gesundheitswesen wird derzeit viel über die personalisierte Medizin diskutiert. Ist der Datenschutz nicht ein großes Hindernis für die immensen Hoffnungen, die damit verbunden sind?*

Marit Hansen: Es gibt natürlich Fälle, in denen die Grundgesamtheit zu klein für eine effektive Anonymisierung ist. Der Fortschritt stellt auch den Datenschutz immer wieder vor neue Herausforderungen, für die wir nicht sofort die perfekte Antwort haben. Das darf uns aber nicht dazu verleiten, den Datenschutz insgesamt als Hindernis oder als überholt zu betrachten. Für mich ist das ein permanenter Prozess, in den wir uns immer wieder konstruktiv einbringen und die Ergebnisse aus der Datenschutzforschung nutzbar machen müssen. Diese Herangehensweise ist mir auch in der Zusammenarbeit mit den Ärzten und Zahnärzten wichtig.

■ DIRK SCHNACK

In der kommenden Ausgabe startet die Zahnärztekammer im Zahnärzteblatt Schleswig-Holstein eine zehnteilige Serie zum Datenschutz in der Zahnarztpraxis. In jeder Ausgabe wird ein Aspekt, der für die Praxis wichtig ist, beleuchtet. Am Schluss jeder Folge können Praxisinhaber über eine Checkliste prüfen, ob in ihrer Praxis Anpassungsbedarf besteht.

Prävention

Vorsorge mit dem ersten Zahn beginnen!

Kürzlich wurde die 5. Mundgesundheitsstudie des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) veröffentlicht, sie beweist eindrucksvoll, dass Individual- und Gruppenprophylaxe den 6- bis 18-jährigen Kindern zu 81 Prozent Kariesfreiheit beschert hat. Seit 1997 hat sich die Zahl der kariesfreien Gebisse praktisch verdoppelt!

Deutschland bewegt sich auch in anderen Bereichen der Zahn- und Mundgesundheitsversorgung nicht mehr im Mittelfeld, sondern spielt endlich in der europäischen Spitzenliga mit. Das ist das sensationelle Ergebnis der breit angelegten Studie über zwei Jahre.

Nichtsdestotrotz zeigen sich aber noch Schwächen in der Zahn- und Mundgesundheitsversorgung bei den Jüngsten und Ältesten unserer Gesellschaft.

Frühkindliche Karies vermeiden

Für die Kleinkinder haben Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztli-

che Bundesvereinigung schon 2014 ein Konzept gegen die frühkindliche Karies (ECC) entwickelt.

Im Sinne des Konzeptes „Frühkindliche Karies vermeiden“ wurde von den beiden Landesorganisationen ein „Praktischer Ratgeber für die zahnärztliche Praxis“ herausgegeben. Praktische Handlungsempfehlungen und Tipps – durch Fotos verdeutlicht – beschreiben, wie das Kind für die Untersuchung zum Beispiel aus dem Schoß der Erziehungsperson sanft in den Schoß des Zahnarztes gekippt werden kann. Dabei öffnet sich der Mund des Kindes oft reflektorisch.

Oder wie man einfühlsam, aber führend gemeinsam mit den Eltern eine passende Möglichkeit für die Inspektion bzw. das Zähneputzen findet.

Der Ratgeber steht auf der Homepage der Kammer (www.zaek-sh.de, Rubrik Praxis-service – Prävention) zum Download zu Verfügung, er kann ferner bei der Bundeszahnärztekammer bestellt werden.

Prävention: 6. bis 64. Lebensmonat

Unterstützung in Sachen Kariesvermeidung für die Kleinsten haben unsere Landesorganisationen endlich auch durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) erfahren. Dieser hat zum 1. Juli 2016 beschlossen, dem Kinderarzt im „Gelben Untersuchungsheft“ sechs Verweise zum Zahn-

arzt für die Kleinkinder vom 6. bis zum 64. Lebensmonat zur Verfügung zu stellen. Die Vergangenheit hat leider gezeigt, dass die durch Kinderärzte vorgenommenen Vorsorgeuntersuchungen allein nicht ausreichen, um die frühkindlichen Zahnschädigungen einzudämmen.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat den GBA-Beschluss inzwischen genehmigt, der Beschluss ist damit zum 1. September 2016 in Kraft getreten.

Früherkennungsuntersuchungen 6. bis 30. Lebensmonat

Bereits zum 1. Juli 2016 hat erfreulicherweise die AOK NordWest – als zweite gesetzliche Krankenkasse nach der Barmer GEK – zwei zusätzliche Früherkennungsuntersuchungen vom 6. – 30. Lebensmonat für ihre kleinsten Versicherten eingeführt.

Nicht nur die zahnärztliche Untersuchung, sondern auch die Beratung über Ernährung, Plaquerreduzierung, Lutschgewohnheiten und Risiken sowie lokale Fluoridierung werden ab dem ersten Zahn erstattet (BEMA 670 – 30 Pkt. und 680 – 12 Pkt.).

Das Tätigkeitsspektrum der zahnärztlichen Betreuung der unter Dreijährigen sollte dann vor allem gesundheitserzieherische, gesundheitsfördernde und präventive, wenn nötig aber auch kurative Maßnahmen beinhalten:

- Mundgesundheitscheck, insbesondere unter Beachtung



U5	6. – 7. Lebensmonat	und
U6	10. – 12. Lebensmonat	Abklärung von Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
U7	21. – 24. Lebensmonat	Abklärung von Auffälligkeiten im Kieferwachstum und an den Zähnen und Schleimhaut
U7a	34. – 36. Lebensmonat	und
U8	46. – 48. Lebensmonat	und
U9	60. – 64. Lebensmonat	je eine zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung

Für privat versicherte Kinder gelten die Einschränkungen hinsichtlich Alter und Frequenz nicht. Hier können Sie sich an den – mit der Wissenschaft abgestimmten – Frequenzen im Zahnärztlichen Kinderpass orientieren.

der Entstehungsmechanismen von frühkindlicher Karies – deutliche Plaqueakkumulation, Gingivitis oder kariöse Initialläsionen,

- Aufklärung der Eltern über Mundhygienemaßnahmen,
- Erlernen der Zahnpflichtechnik durch die Eltern,
- Ernährungsberatung der Eltern, insbesondere Hinweise zur Vermeidung der sog. Nuckelflaschenkaries und Lutschgewohnheiten
- Fluoridanamnese, allgemeine Fluoridempfehlungen,
- ggf. therapeutische Fluoridierung initialer Kariesläsionen lokal,
- Sanierung bei Bedarf.

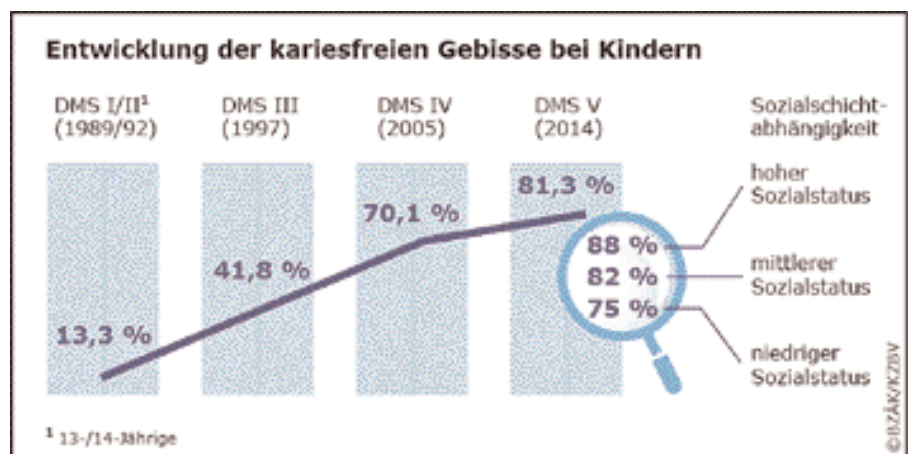
Hoffen wir, dass alle anderen gesetzlichen Krankenkassen den guten Beispielen bald folgen. Für diese gilt vorerst parallel zur kinderärztlichen Untersuchung: *siehe Tabelle oben*

Zahnärztlicher Kinderpass

Es wurde damit die Lücke der Prävention für die Kleinkinder geschlossen.

Im besten Fall

- ▶ beginnt die Prävention bei den werdenden Eltern mit Überreichung des Zahnärztlichen Kinderpasses durch die Frauenärzte.



Zunahme kariesfreier Gebisse bei Kindern (12-Jährige). Sozialschichtabhängigkeit der Karieserfahrung, aber alle Schichten haben von der Prävention profitiert.

- ▶ Die werdende Mutter sollte zu Beginn und zum Ende der Schwangerschaft Vorsorgeuntersuchungen mit Karies- und Parodontal- Prophylaxe in Anspruch nehmen.
- ▶ Nach der Geburt sorgen die Geburtskliniken, Hebammen und Kinderärzte dafür, dass der Zahnärztliche Kinderpass in das gelbe kinderärztliche Untersuchungsheft gesteckt wird und dort in der Seitentasche bereit liegt für die erste zahnärztliche Untersuchung ab dem 6. Monat, wenn der erste Zahn kommt.

Wenn die Ausgabe des Zahnärztlichen Kinderpasses regional noch nicht so klappt, sprechen Sie bitte die Hebammen und Kinderärzte in Ihrer Nähe an. Fordern Sie darüber hinaus für Ihre Praxis den Zahnärztlichen Kinderpass und die fremdsprachigen Einlegeblätter bei der Zahnhotline, Frau Kiencke, Tel. 0431 / 260926-26 oder info@zahnhotline.sh an.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung bei der Umsetzung der Präventionsmaßnahmen für die Kleinkinder!

■ DR. MARTINA WALTHER
Vorstand Prävention

Erstattungsprobleme

Verwirrung um einen Begriff

Der Begriff der „selbstständigen Leistung“ spielt im Gebührenrecht und daraus resultierend bei Erstattungsschwierigkeiten eine große Rolle. So wird seitens der Kostenerstatter dem Versicherten häufig eine Leistungserstattung mit der Begründung verweigert, dass es sich bei der berechneten Leistung nicht um eine selbstständige zahnärztliche Leistung handeln würde.

Das Beratungsforum des Verbands der Privaten Krankenversicherungen (PKV), der Beihilfestellen des Bundes und der Länder sowie der Ausschuss Gebührenrecht der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) konnten sich nicht auf eine einheitliche Definition des Begriffs der „selbstständigen Leistung“ einigen. Einig war man sich darin, dass die Grundlage für die Beurteilung nur die in § 4 Abs. 2 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) verankerte Definition des Begriffs der „selbstständigen Leistung“ sein kann. Der PKV-Verband bemängelt zu Recht, dass die unterschiedliche Interpretation bei (Nicht-)Erstattungsbescheiden zu Verwirrung und Unverständnis beim Patienten und auf der anderen Seite zu Schwierigkeiten bei den Rechnungsprüfungen und Abgrenzungen der vom Zahnarzt erbrachten Leistungsinhalte durch die Sachbearbeiter bei den Privaten Krankenversicherungen führen wird.

Andererseits zielen die Bestimmungen des § 4 Abs. 2 GOZ zur „selbstständigen Leistung“ ausschließlich darauf ab, eine Doppelvergütung zahnärztlicher Leistungen zu verhindern. Einem einheitlichen Behandlungsgeschehen können jedoch aufgrund eigenständiger, unterschiedlicher Zielsetzung auch mehrere selbstständige, berechnungsfähige Leistungen zugrunde liegen (BGH vom 05.06.2008, Az.: III ZR 239/07).

Dazu einige Beispiele aus dem GOZ-Referat der Zahnärztekammer:

- ▶ Bei Nichterstattung seitens der Kostenträger wird argumentiert, die Entfernung nekrotischen Pulpengewebes sei keine selbstständige Leistung.
- ▶ Der dritten Erhebung eines Parodontalstatus im Jahr wird die Selbstständigkeit der Leistung abgesprochen.
- ▶ Die Verwendung eines Kariesdetektors oder auch Schleimhautplastiken im Zusammenhang mit implantologischen Leistungen wären nach Meinung der Krankenversicherung keine selbstständigen Leistungen, sondern nur Teilleistungen der zu Grunde liegenden Hauptleistung.

Was ist eine selbstständige zahnärztliche Leistung?

- ▶ Als selbstständig gilt eine zahnärztliche Leistung, wenn der Leistungsinhalt der als selbstständig angesehenen Leistung vollständig erbracht wurde und das Ziel der Behandlungsmaßnahme erreicht wurde.
- ▶ Die Leistung muss in sich abgeschlossen sein und darf keine weiteren Maßnahmen zwingend nach sich ziehen.
- ▶ Sie darf nicht Bestandteil weiterer umfangreicher Maßnahmen sein.
- ▶ Einzelne selbstständige Leistungen können nacheinander bzw.

nebeneinander mit anderen selbstständigen Maßnahmen erbracht werden. Eine selbstständige Leistung muss keine alleinige Leistung sein.

- ▶ Eine Leistung, die Bestandteil einer anderen Leistung ist (Wortlaut der Leistungsbeschreibung), darf nicht zusätzlich berechnet werden, da sonst eine Doppelberechnung einzelner Teilleistungen erfolgen würde. Leistungen, die in der GOZ beschrieben sind, aber in neuer oder anderer technischer Ausführung erbracht werden, können nicht zusätzlich berechnet werden.

Zurück zu den genannten Beispielen:

- ▶ Die Entfernung nekrotischen Pulpengewebes aus dem Wurzelkanal ist eine selbstständige zahnärztliche Maßnahme, die allerdings in der GOZ nicht beschrieben wurde, deren Behandlungsziel andererseits klar definiert ist. Die mechanische Erweiterung und Reinigung des Wurzelkanals ist eine folgende weitere selbstständige endodontische Maßnahme. Entsprechend hat das Beratungsforum in seinem Beschluss Nr. 9 festgelegt, dass die Entfernung nekrotischen Pulpengewebes vor der Aufbereitung des Wurzelkanals eine selbstständige Leistung darstellt und gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog zu berechnen ist.



- ▶ Die GOZ-Nr. 4000 beschreibt das „Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus“. In der Abrechnungsbestimmung wird festgelegt, dass diese Position innerhalb eines Jahres höchstens zweimal berechnungsfähig ist. Es sind also aus der Sicht des Verordnungsgebers fachlich durchaus Indikationen zur erneuten Erhebung eines parodontologischen Befundes denkbar. Dementsprechend legt die GOZ-Kommentierung der BZÄK fest, dass „ggf. weitere indizierte parodontale Befundaufnahmen nach § 6 Abs. 1 analog berechnet werden können“, da es sich um eine selbstständige in der GOZ nicht beschriebene zahnärztliche Leistung handelt.
- ▶ Das gesonderte Überprüfen auf eventuell noch vorhandene Restkaries durch Anfärben mit speziellen Chemikalien (Kariesdetektor) zählt nicht zum Leistungsinhalt der Füllungspositionen. Diese Leistung ist nicht in der GOZ beschrieben und stellt eine selbstständige Leistung dar, die nach § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet werden kann.

In der GOZ wird der Begriff der selbstständigen Leistung im § 4 Abs. 2 wie folgt beschrieben:

§ 4 Abs. 2 Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

„Der Zahnarzt kann Gebühren nur für selbstständige zahnärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen). Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist,

kann der Zahnarzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet. Dies gilt auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendigen operativen Einzelschritte. Eine Leistung ist methodisch notwendiger Bestandteil einer anderen Leistung, wenn sie inhaltlich von der Leistungsbeschreibung der anderen Leistung (Zielleistung) umfasst und auch in deren Bewertung berücksichtigt worden ist.“

Nach § 4 Abs. 2 GOZ sind nur selbstständige zahnärztliche (eigene) Leistungen berechnungsfähig. Eigene Leistungen heißt: Nur für Leistungen, die der Zahnarzt persönlich erbringt und/oder Leistungen, die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht werden. Entsprechend des Delegationsrahmens nach § 1 Abs. 5 und 6 des Zahnheilkundengesetzes sind diese Tätigkeiten nur an entsprechend qualifiziertes Fachpersonal in der Zahnarztpraxis übertragbar. Der erste Satz begrenzt die berechnungsfähigen Leistungen auf selbstständige Leistungen, ohne diesen Begriff weiter zu definieren.

Im Weiteren wird der Selbstständigkeitsbegriff im § 4 Abs. 2 GOZ anhand weiterer Kriterien definiert.

1. Der zweite Satz enthält eine negative Abgrenzung des Begriffs der nicht näher definierten selbstständigen Leistung und verknüpft die Frage der selbstständigen Leistung mit der Frage der Berechenbarkeit. Die selbstständige Leistung darf nicht Bestandteil einer anderen berechneten Leistung sein (fachlicher

Teil), sofern für die andere Leistung eine Gebühr berechnet wird (gebührenrechtlicher Teil). Diese unscharfe Vermischung fachlicher und gebührenrechtlicher Teile hat bereits bei der GOZ 1988 zu vielen Prozessen geführt. Bis zu einem abschließenden Urteil des BVerwG (21.09.1995, 2C 37/94) gab es über 70 Urteile, die sich mit der Frage der Nebeneinanderberechnung der Vitalexstirpation und der Wurzelkanalaufbereitung (beides selbstständige Leistungen) befassten. Zugleich bestand im vertragszahnärztlichen Bereich bei fast identischen Leistungsbeschreibungen kein Zweifel an der Selbstständigkeit dieser Leistungen.

2. Satz 3 wurde fast textidentisch aus der Gebührenordnung für Ärzte 1996 (GOÄ) in den § 4 Abs. 2 der GOZ 2012 übernommen. Er sagt aus, dass die zur Erbringung der in der Gebührenordnung aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendige Einzelschritte nicht gesondert berechenbar sind. Dieser Satz ist lediglich eine auf operative Leistungen bezogene Erläuterung des Begriffs „selbstständige Leistung“. Seit Einführung dieses Satzes in die GOÄ beschäftigt das so genannte Zielleistungsprinzip die Gerichte. Dabei, so das Amtsgericht (AG Krefeld vom 30.11.1992, Az.: 7 C 449/92), wird nicht vom Ziel der Behandlung, sondern vom Bestandteil einer Behandlung geschrieben. Zahnärztliche Leistungen setzen sich fast immer aus mehreren Behandlungsschritten zusammen. Erst die Gesamtheit dieser Teil-

leistungen kann den Leistungsinhalt einer Hauptleistung ergeben. Nur die Erfüllung des gesamten Leistungsinhalts einer Leistungsbeschreibung ist die Voraussetzung für die Berechnungsfähigkeit der Gebühr. Das heißt, dass Teilleistungen bzw. Leistungsbestandteile als selbstständige Leistungen berechenbar sind, wenn die umfassendere Gesamtleistung nicht berechnet wird. Teilleistungen, also die unvollständige Erbringung einer Gesamtleistung, sind durch den Verordnungsgeber bei einigen Leistungen in die GOZ aufgenommen worden (z.B. GOZ 2230 als Teilleistung der GOZ 2200 bis GOZ 2220). In Fällen, in denen nicht der gesamte Leistungsinhalt einer selbstständigen Leistung erfüllt wurde, die Teilleistung aber nicht in der GOZ beschrieben wurde, erfolgt die Berechnung nach § 6 Abs. 1 GOZ analog. Für die Berechnung der Teilleistung müssen die Voraussetzungen nach § 1 Abs. 2 GOZ (zahnmedizinisch notwendig, den Regeln der zahnärztlichen Kunst entsprechend) für die Leistung vorliegen.

3. Eine Leistung ist nicht berechnungsfähig, wenn es sich bei der Leistung um eine besondere Ausführung einer anderen Leistung handelt. Die besondere Ausführung einer beschriebenen Leistung berechtigt zunächst nicht zu einer gesonderten Berechnung, sondern ist nach § 5 Abs. 2 GOZ im Steigerungsfaktor zu bemessen (Bundesratsdrucksache 276/87 vom 26.06.1987 zur GOZ 1988). Im Einzelfall ist eine Abgrenzung vorzunehmen. Verändert sich eine beschriebene Leis-

tung in ihrem Charakter derart, dass eine andere selbstständige Leistung entsteht, obwohl dasselbe Behandlungsziel angestrebt wird, ist eine analoge Bewertung vorzunehmen (BGH vom 13. Mai 2004, Az.: III ZR 344/03). Beispielfähig hierfür ist die GOZ 1988. Schmelz-Dentin adhäsive Rekonstruktionen wurden nicht mit den Füllungspositionen Geb.-Nrn. 205 ff. sondern analog berechnet.

4. Methodisch notwendige Einzelschritte einer operativen Leistung sind nicht berechnungsfähig, sofern der Einzelschritt in der Leistungsbeschreibung und Bewertung der Gesamtleistung berücksichtigt worden ist.

Der Begriff „methodisch notwendig“ zielt auf die jeweilige Leistung ab. Es ist nicht entscheidend für die Selbstständigkeit und damit Berechnungsfähigkeit einer Leistung, ob diese im individuellen Fall zur Erreichung des Behandlungsziels notwendig ist, sondern ob dies bei abstrakter Betrachtung der Leistung der Fall ist (BGH vom 13.05.2004, Az.: III ZR 344/03).

Die GOZ-Nr. 9090 beschreibt die „Knochengewinnung (z. B. Knochenkollektor oder Knochenschaber), Knochenaufbereitung und -implantation, auch zur Weichteilunterfütterung“. Der Wundverschluss ist in der Leistungsbeschreibung nicht explizit aufgeführt. Nach den allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts K. der GOZ ist der primäre Wundverschluss in der Leistung inkludiert. Das umfasst die einfache methodisch notwendige Readaption der Wundränder in ihrer ursprünglichen Lage. Sind jedoch andere weichteilchirurgische Maßnah-

men, die die Maßnahmen eines einfachen Wundverschlusses übersteigen, zur Deckung des Operationsgebietes notwendig, so sind diese nach der GOZ-Nr. 3100 oder den GOÄ-Nrn. 2381, 2382 als selbstständige Leistungen zusätzlich berechnungsfähig.

Der Gegensatz dazu ist beispielsweise die GOZ-Nr. 9100, die den „Aufbau des Alveolarfortsatzes durch Augmentation ohne zusätzliche Stabilisierungsmaßnahmen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich“ beschreibt. Mit der Leistung nach GOZ 9100 ist der „Wundverschluss mit vollständiger Schleimhautabdeckung“ abgegolten. Eine zusätzliche Berechnung von Schleimhautplastiken zur Abdeckung des Augmentationsgebietes ist nicht möglich.

Zusätzlich legt Satz 4 des § 4 Abs. 2 GOZ fest, dass auch punktzahlmäßig berücksichtigt worden sein muss, dass eine Leistung vermutlich Bestandteil einer anderen Leistung ist.

Es ist also nicht ausreichend, dass es sich bei der in Rede stehenden Leistung um einen methodisch-notwendigen Bestandteil der anderen Leistung handelt, sondern die Leistung, die vermeintlich Bestandteil der anderen Leistung ist, muss auch in deren punktzahlmäßiger Bewertung Berücksichtigung gefunden haben. Zwei Kriterien müssen also kumulativ erfüllt sein, um feststellen zu können, ob eine Leistung Bestandteil einer anderen Leistung ist. Die jeweilige Leistung muss inhaltlich von der Leistungsbeschreibung der anderen Leistung (Zielleistung) umfasst und auch in deren Bewertung berücksichtigt worden sein. Das heißt, dass zum Beispiel bei zwei annähernd gleich hoch bewerteten Leistungen keine der Leistungen jeweils Bestandteil der anderen Leistung sein kann.

ZFA-Ausbildung

Ergänzung zum Berichtsheft

Durch Satz 4 trägt der Text der GOZ 2012 auch der Entscheidung des BGH vom 21.01.2010, Az.: III ZR 147/09 Rechnung. Dort wird festgestellt, dass es nicht Aufgabe der Gerichte sein kann, sondern es die Aufgabe des Gesetzgebers ist, eine trennscharfe Abgrenzung selbstständiger Leistungen vorzunehmen. Diese inhaltliche Klarstellung ist bei einer Reihe von Gebührenziffern in der GOZ 2012 durch die Einfügung von Abrechnungsbestimmungen und – in geringem Umfang – auch durch Höherbewertungen geschehen. Nur wenn beides zusammenkommt, kann man davon ausgehen, dass keine selbstständige Leistung vorliegt. Dabei ist die Frage nach der Angemessenheit der Höherbewertung (§ 15 Zahnheilkundengesetz) aus rechtlichen Gründen gesondert zu stellen und zu prüfen. Gegebenenfalls muss das im Steigerungsfaktor nach § 5 Abs. 2 GOZ oder durch den Abschluss einer Vereinbarung nach § 2 GOZ berücksichtigt werden.

Die Bestimmungen des § 4 Abs. 2 GOZ zur selbstständigen Leistung zielen ausschließlich darauf ab, eine Doppelvergütung zahnärztlicher Leistungen zu verhindern. Einem einheitlichen Behandlungsgeschehen können jedoch aufgrund eigenständiger, unterschiedlicher Zielsetzung auch mehrere selbstständige, berechnungsfähige Leistungen zugrunde liegen (BGH vom 05.06.2008, Az.: III ZR 239/07).

Eine Abgrenzung ist in jedem Einzelfall vorzunehmen.

■ DR. ROLAND KADEN
Vorstand Gebührenrecht

Für Zahnarztpraxen sind die Anforderungen an die Praxishygiene in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Um dieser Entwicklung in der praktischen Ausbildung der Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZFA) Rechnung zu tragen und die Freigabeberechtigung für ZFA auch weiterhin sicherzustellen, gibt die Zahnärztekammer Schleswig-Holstein nun eine Ergänzung zum Berichtsheft heraus.

Darin sind die aktuellen Anforderungen an die Sachkenntnis des mit der Aufbereitung von Medizinprodukten betrauten Personals auf der Grundlage von Anlage 6 der KRINKO-Empfehlung „Anforderungen an die Aufbereitung von Medizinprodukten“ in vollem Umfang berücksichtigt.

Bereits im September 2014 hatte das Ministerium für Schule und Berufsbildung des Landes Schleswig-Holstein in Kooperation mit dem Landesseminar Berufliche Bildung am Institut für Qualitätsentwicklung an Schulen Schleswig-Holstein (IQSH) eine Handreichung für die beruflichen Schulen zur Erläuterung des Lernfeldes 3 (Praxishygiene organisieren) für Zahnmedizinische Fachangestellte herausgegeben. Den erhöhten Ansprüchen an die Hygiene wurde so im Fachunterricht der Berufsschulen Rechnung getragen. Die Handreichung entstand auf Initiative der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein und des Regionalen Bildungszentrums Soziales, Ernährung und Bau, Kiel.

Den Auszubildenden ist die notwendige Sachkenntnis gemäß dem betrieblichen Ausbildungsplan und der Berichtsheftergänzung im jeweils aktuellen Stand zu vermitteln.



Dies ist durch die Unterschriften von Auszubildenden und Auszubildenden zu bestätigen.

Die Zahnärztekammer fordert alle Ausbilder auf, die diesem Zahnärzteblatt beigefügte Ergänzung dem Berichtsheft beizulegen. Sie ist ab sofort fester Bestandteil der praktischen Ausbildung und wird mit der Anmeldung zur Abschlussprüfung bei der Durchsicht der Berichtshefte überprüft.

■ DR. GUNNAR SCHOEPKE
Vorstand Praxispersonal

Landesverband der Freien Berufe in Schleswig-Holstein e.V.

Ehrung der Jahrgangsbesten bei der Ausbildung zur ZFA

42 besonders qualifizierte Auszubildende aus neun Berufssparten mit ihren Eltern, Freunden und Ausbilderinnen und Ausbildern konnte der Landesverband der Freien Berufe in Schleswig-Holstein e. V. (LFB) im Kieler Schloss bei der diesjährigen Ehrung der jahrgangsbesten Auszubildenden in den Freien Berufen am 6. September begrüßen und mit einer Urkunde und einem Geschenk auszeichnen.

„Sie sind die Jahrgangsbesten“, beglückwünschte der scheidende LFB-Präsident Hans-Peter Küchenmeister die Auszubildenden, „bleiben Sie mobil und flexibel, ergreifen Sie jede Chance der Fort- und Weiterbildung. Ihre hervorragenden Leistungen zeigen auch, wie hoch die Qualität der betrieblichen Ausbildung in unseren Freien Berufen ist. Freiberufler nehmen ihre Verantwortung ernst, den dringend nötigen Fachkräftenachwuchs qualifiziert auszubilden.“

Als Vertreter der Landesregierung betonte Staatssekretär Dr. Frank Nägele aus dem Wirtschaftsministerium der Ausbildungsmarkt zeige, dass der Bedarf der Betriebe an Nachwuchskräften schon jetzt groß sei. Eine abgeschlossene Ausbildung sei somit ein guter Baustein für eine solide berufliche Perspektive. Er freue sich deshalb besonders, die jahrgangsbesten Auszubildenden in den Freien Berufen heute ehren zu dürfen. „Diese jungen Menschen,“ so Nägele, „stehen für die

enorme berufliche Bandbreite, die die Freien Berufe zu bieten haben, sie machen beste Werbung in eigener Sache durch ihre hervorragenden Leistungen und sie machen zugleich auch Werbung für das Erfolgsmodell der dualen Ausbildung, um das Deutschland von anderen Ländern fast schon beneidet wird.“ Nägele ließ es sich nicht nehmen, jedem ehemaligen Azubi persönlich zu gratulieren.



Auch die Zahnärztekammer konnte zur Ehrung sechs ehemalige Auszubildende benennen, die ihre Prüfung mit der Note 1 abgeschlossen hatten. Anne-Kathrin Walter konnte an der Veranstaltung leider nicht teilnehmen:

Mandy Tengler	Praxis Dres. Marcel und Carola Allihn, Lübeck
Elvira Kruttsch	Praxis Jukka Mäkitalo, Reinfeld
Anne-Kathrin Walter	Praxis Heiko Mierendorff, Lauenburg
Lisa-Marie Krambeck	Praxis Silke Beckmann, Bordesholm
Ann-Christin Micka	Praxis Uwe Lagenstein, Norderstedt
Katharina Schmidt	Praxis Dres. Jan und Beatrice Tühscher, Horst



Dr. Frank Nägele, Staatssekretär im Wirtschaftsministerium, überbrachte die Grüße der Landesregierung.

Für die Zahnärztekammer Schleswig-Holstein führte Dr. Gunnar Schoepke, Vorstand Praxispersonal der Kammer, die Ehrung der fünf erschienenen ZFA durch. Bei seinem Interview zeigte sich, dass drei der Damen studieren wollten und so leider dem Arbeitsmarkt demnächst nicht mehr als ZFA zur Verfügung stehen. Aber alle Damen waren von ihrer Ausbildung be-



Fotos: Volker Rebehm

Beglückwünschte die ehemaligen Auszubildenden zu ihrem Erfolg: Hans-Peter Küchenmeister, ehemaliger Präsident des LFB SH.

geistert und würden am dualen System nichts ändern.

Die Auszeichnung der Jahrgangsbesten verband Küchenmeister mit einem Dank an die ausbildenden Praxen, Kanzleien und Büros, an die Berufsschullehrerinnen und -lehrer ebenso wie an die ehrenamtlichen Prüferinnen und Prüfer. Herausragende Leistungen in den Prüfungen seien ohne erstklassige Ausbildungsqualität in Betrieb und Berufsschulen nicht möglich.

Der gerade neu gewählte Präsident des LFB, Lars-Michael Lanbin, schloss die Veranstaltung mit den Worten: „Ausbildung ist ein wichtiger Faktor für die Freien Berufe; unser Berufsnachwuchs sichert für die Bevölkerung auch für die Zukunft die Versorgung mit freiberuflichen Dienstleistungen. Umso mehr freuen wir uns, auch dieses Jahr wieder den Leistungsbesten in den Freien Berufen zu ihren herausragenden Leistungen gratulieren zu können. Dies ist ein Zeichen dafür, dass auch die heutige Jugend hochmotiviert in den Beruf startet.“

LFB PM/ZÄK

Erfolgreicher Abschluss der ZMV-Fortbildung 2016

„Wir haben fertig“ – die 8.

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 Kirsten Behrens (Arbeitnehmer-Vertreterin) konnte am 12. Juli 2016 sieben Teilnehmerinnen zum erfolgreichen Abschluss führen. Das Zeugnis der Kammer zur ZMV händigte Dr. Gunnar Schoepke, Vorstand Praxispersonal, den Damen zu ihrer großen Freude und Erleichterung aus. Seminarbeste wurde Charlene Lüneburg aus der Praxis Dr. Becker, Dr. Holtorf & Partner in Bad Segeberg.

Dieser Kurs hat einmal mehr gezeigt, dass der Wunsch zur Weiterbildung ungebrochen ist. Das zeigt auch der 9. Kurs zur Aufstiegsfortbildung, der mit 12 Teilnehmerinnen besetzt ist und am 7. Oktober gestartet ist.

Persönliches Engagement, eine große Lernbereitschaft und die Motivation zur Weiterbildung sind Grundvoraussetzungen für den neun Monate dauernden Lehrgang. Der Verzicht auf freie Wochenenden und damit Erholungszeiten nach einer anstrengenden Arbeitswoche benötigt nicht nur die Unterstützung der Familie und Freunde, sondern auch die der Zahnärztinnen und Zahnärzte, die es ihren Mitarbeiterinnen ermöglichen, an dieser anspruchsvollen Fortbildung teilzunehmen. Der wöchentliche Präsenzunterricht (Freitagnachmittag und Samstag) gliederte sich in die Fächer Kommunikation und Rhetorik, Ausbildungswesen und Pädagogik, Praxis-

management und -organisation, Zahnärztliche Abrechnung sowie Rechts- und Wirtschaftskunde und EDV. Durch die neue Prüfungsordnung wird sich die Verteilung der Stunden in den einzelnen Fächern leicht ändern – auch die Inhalte werden angepasst.

Im Namen des gesamten Dozententeams (Herr Plata: Kommunikation & Rhetorik u. EDV, Frau Farinaro-Peitzsch: Praxismanagement und -organisation, Frau Bahr: Zahnärztliche Abrechnung, Herr Rösner: Ausbildungswesen & Pädagogik u. EDV und Frau Harms: Rechts- und Wirtschaftskunde) bedanken wir uns an dieser Stelle nochmals für interessante neun Monate voll regem Austausch und wertvollen Erfahrungen und wünschen den Absolventinnen alles Gute.

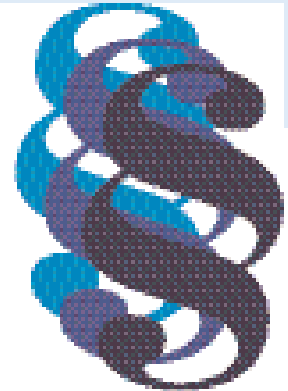
Auch an dieser Stelle ein großes Dankeschön an die Zahnärztekammer Schleswig-Holstein für die Unterstützung bei der Durchführung dieses Kurses.



Schoepke forderte die Absolventinnen auf, ihr neu erworbenes Wissen in die Praxis einzubringen und sich auch dementsprechend entlohnen zu lassen. „Bei der zunehmenden Bürokratie werden Sie immer eine wichtige Stütze jeder Praxis sein.“

ZMV Akademie/ZÄK

Aufklärungspflicht und Sprachbarriere



Die Aufklärungspflichten von Ärzten und Zahnärzten gegenüber ihren Patienten sind – nicht zuletzt durch das Patientenrechtegesetz – erheblich. Besondere Vorsicht ist geboten, wenn der Patient der deutschen Sprache nicht oder nur unzureichend mächtig ist. Das zeigt beispielsweise ein Urteil des Oberlandesgerichts Köln.

Der Fall: Bei einem aus der Türkei stammenden Mann wurde wegen langjähriger Beschwerden die Indikation zur Implantierung einer Hüft-Endoprothese gestellt. Da der Patient selbst kaum deutsch sprach, erfolgte das Aufklärungsgespräch in Anwesenheit seiner Ehefrau. Nachdem es infolge der Operation zu einer Ischiadicusparäse gekommen war, erhob der Patient Klage und behauptete, er sei nicht ordnungsgemäß aufgeklärt worden. Auch seine Ehefrau spreche nur bruchstückhaft Deutsch und habe medizinische Fachbegriffe nicht übersetzen können. Da es sich nicht um eine Notfallmaßnahme gehandelt habe, hätte das Gespräch mit einem Dolmetscher stattfinden müssen, um ihn adäquat über die Risiken des Eingriffs aufklären zu können. Wäre dies geschehen, hätte er sich dem Eingriff keinesfalls unterzogen.

Diesen **Entscheidungskonflikt** konnte der Kläger dem Oberlandesgericht letztlich nicht plausibel machen. Dennoch aber stand für den Senat „nicht mit der erforderlichen Sicherheit“ fest, dass eine ordnungsgemäße Aufklärung, d.h. eine Aufklärung, die der Patient auch verstehen konnte, erfolgt war. Die angeblich nur rudimentären Deutschkenntnisse der Ehefrau stimmten zwar nicht mit dem Eindruck des Gerichts überein: Demnach verfügte sie vielmehr durchaus über einen Wortschatz, der ihr eine Kommunikation im Alltag ermöglichte: Sie habe wohl ihre Sprachkenntnisse –

„offenbar aus prozesstaktischen Erwägungen“ – als deutlich geringer dargestellt, als sie in Wirklichkeit seien, folgerte das Gericht.

Den Schluss allerdings, sie habe den Ausführungen im Rahmen des medizinischen Aufklärungsgesprächs so folgen können, dass eine umfassende und zutreffende Übersetzung für ihren Mann möglich war, dürfe man nun wiederum auch nicht ziehen. Selbst bei unterstelltem Weglassen medizinischer Fachbegriffe bedürfe es dazu einer „gewissen Sprachfertigkeit“ des Übersetzers, die über das hinausgehe, was man im Alltag benötigt.

Das Fazit des Oberlandesgerichts Köln: Werde ein der deutschen Sprache nicht ausreichend mächtiger Patient in deutscher Sprache aufgeklärt und würden die Erläuterungen des Arztes durch einen Familienangehörigen übersetzt, müsse der Arzt „in geeigneter Weise“ überprüfen, ob der als Dolmetscher agierende Familienangehörige seine Ausführungen verstanden hat. Hierzu müsse sich der Arzt zumindest „einen ungefähren Eindruck“ von den sprachlichen Fähigkeiten des Übersetzers machen. Danach müsse er „durch eigene Beobachtung“ feststellen, dass dem Patienten übersetzt wird. Zudem müsse er aus der Länge des Übersetzungsvorgangs auf eine vollständige Übersetzung schließen können. Zu guter Letzt dann müsse sich der Arzt durch Rückfrage an den Patienten „einen

Eindruck davon verschaffen, ob dieser die Aufklärung auch verstanden hat. Habe der Arzt Zweifel, müsse er sich eines Dolmetschers bedienen, „von dessen ausreichenden Sprachfähigkeiten er hinreichend sicher ausgehen kann“.

„Der Senat übersieht nicht die Schwierigkeiten, im Falle einer medizinischen Aufklärung von sprachunkundigen Patienten einen Weg zu finden, der einerseits sicherstellt, dass der Patient die Aufklärung versteht und der andererseits aber auch im klinischen Alltag praktikabel ist“, gesteht das OLG zu. Zumindest im Fall einer umfangreichen und komplexen Aufklärung über eine nicht eilbedürftige Operation, wie sie hier anstand, müsse der aufklärende Arzt aber im Zweifelsfall durch Hinzuziehung eines professionellen Dolmetschers, eines gut sprachkundigen Angehörigen oder eines für eine Übersetzung geeigneten Mitglieds des Krankenhauspersonals sicherstellen, dass der Patient dem Aufklärungsgespräch inhaltlich folgen kann.

Über diese allgemeinen Hinweise hinaus gibt das OLG keine Tipps, wie genau das in der Praxis erfolgen soll – darüber muss sich dann wohl der behandelnde Arzt oder Zahnarzt Gedanken machen.

■ KIRSTEN BEHRENDT

Weniger Krankenkassen – höhere Personalkosten

Die Zahl der gesetzlichen Krankenkassen sinkt seit Jahren: Zurzeit sind es noch 118, 123 waren es 2015, 132 2014. Die Anzahl der Beschäftigten – und die Kosten dafür – dagegen steigen. Das zeigt eine aktuelle Statistik des Bundesgesundheitsministeriums.

Demnach beschäftigten die gesetzlichen Krankenkassen im letzten Jahr 136.493 Personen. 2014 waren es erst 135.950 gewesen, und auch das hatte bereits einen Anstieg im Vergleich zum Vorjahr (135.322) bedeutet.

Entsprechend entwickeln sich auch die Personalkosten: Sie betragen laut amtlicher Statistik im letzten Jahr gut 9,1 Milliarden Euro. Damit entfielen 2015 mehr als vier Prozent der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenkassen von rund 213 Milliarden Euro auf das Personal.

Zum Vergleich: 2014 beliefen sich die Personalkosten in der GKV noch auf 8,6 Milliarden Euro.

Das meiste Personal beschäftigen die Allgemeinen Ortskrankenkassen. In den elf AOKen arbeiteten 2015 der Statistik zufolge bundesweit 56.433 Personen – bei rund 24,5 Milliarden AOK-Versicherten. Und der Personalstand bei den AOKen wächst: 2014

hatten sie erst 55.120 Mitarbeiter, 2013 55.053.

Anders dagegen sieht es bei den Ersatzkassen aus: Sie bauen Personal ab. Im letzten Jahr beschäftigten sie 43.082 Mitarbeiter, um ihre knapp 27 Millionen Versicherten zu verwalten. 2014 waren es noch 44.106 gewesen, 2013 44.440.

Laut einem Bericht der FAZ weist die AOK in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die gesetzlichen Krankenkassen nicht nur die eigentlichen Aufgaben der Krankenversicherung übernehmen. Tatsächlich fungieren sie im deutschen Sozialversicherungssystem auch als Einzugsstellen für die anderen Sozialversicherungsträger und leiten die entsprechenden Beiträge an diese weiter. Allein damit seien mehr als 20.000 Personen befasst, zitiert die Zeitung die AOK.

Be

Gentechnik – was sonst?

In den Vereinigten Staaten läuft aktuell ein Verfahren zur Zulassung von Zuchtchampignons, die ungewöhnlich lange ungewöhnlich frisch bleiben. Die Pilze sind natürlich gentechnisch bearbeitet – jedoch nicht wie bislang üblich transgenetisch.

Sondern die pilzeigenen Gene wurden in Richtung langer Frische und Haltbarkeit „umgeschrieben“. Das Verfahren heißt „CRISPR/Cas“ – das steht für „Clustered Regularly Short Palindromic Repeats“, „Cas“ ist die Kennzeichnung der Endonuklease, die beim Editieren von Genomen der „CRISPR“-Methode verwendet wird.

Das Verfahren ist sicher, schnell und einfach. Zur Zeit wird daran gearbeitet, sogenannte Retro-Viren bei Schweinen zu eliminieren. Bekanntestes Retro-Virus übrigens ist HIV, der AIDS-Erreger. Interessant ist das Verfahren natürlich für die gesamte Agrarwirtschaft. Selbst Teile der Bio-Landwirtschaft in Europa zeigen Interesse.

Denn: Das Verfahren hinterlässt keine Spuren, es gibt keine Gen-Marker. Und da alle Spuren fehlen, die Gentechnik bisher immer hinterließ, fallen mit CRISPR/Cas bearbeitete Organismen juristisch nicht unter „gentechnisch verändert“.

Was sie natürlich bleiben. *dradio/äm*

RUNDSCHREIBEN DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN

Einreichung von Anträgen an den Zulassungsausschuss

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

Dezember-Sitzung 2016

Anträge für die

Dezember-Sitzung 2016

müssen bis zum 23. 11. 2016

vollständig vorliegen.

März-Sitzung 2017

Anträge für die

März-Sitzung 2017

müssen bis zum 1. 3. 2017

vollständig vorliegen.

Verzicht zum

31. 3. 2017

einreichen bis zum

31. 12. 2016

Verzicht zum

30. 6. 2017

einreichen bis zum

31. 3. 2017

Veränderungen in der wöchentlichen Arbeitszeit von angestellten Zahnärzten oder deren Beschäftigungsende müssen dem Zulassungsausschuss umgehend mitgeteilt werden.

Fortbildung im Heinrich-Hammer-Institut

Das aktuelle Programm für das 1. Halbjahr 2017 erscheint am 26. Oktober

*Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen
und liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter!*



Unser Programmheft für das 1. Halbjahr 2017 ist fast fertig und enthält wieder eine Vielzahl von unterschiedlichen Kursen. Verschiedet wird es am 26. Oktober 2016 an alle Praxen in Schleswig-Holstein und ab dem 28. Oktober 2016 ist das Online-Buchungssystem freigeschaltet.

Gehören Sie auch zu den Menschen, die sich am Ende des Jahres gute Vorsätze für das neue Jahr vornehmen? Dann starten Sie doch gleich zu Jahresbeginn mit dem Kurs von Anja Schmitt zum Thema „Widerstandskraft (Resi-

lienz) stärken – Mit täglichen Belastungen leichter umgehen“. Nutzen Sie diesen Kurs, um Ihre Widerstandskraft und damit Ihre Gesundheit im Berufsalltag zu stärken. Denn bereits Schopenhauer sagte: Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts.

Auch im Bereich der Endodontie bieten wir Ihnen gleich im Januar einen neuen Team-Kurs zum Thema: „Zusammenarbeit Zahnarzt/ärztin und ZFA in der Endodontie“ an. Wurzelbehandlungen sind hochkomplexe Behandlungsabläufe auf engstem Raum, die meistens nicht unter direkter Sicht durchgeführt werden können. Eigentlich bräuchte ein(e) Zahnarzt/ärztin vier Hände: Eine für das Winkelstück oder Wurzelkanalinstrument, die Zweite für den Spiegel, die Dritte für den (Mikro)sauger und die Vierte zum Spülen. Da Zahnärzte mit vier Händen nicht verfügbar sind, braucht es ein eingespieltes Team zur Bewältigung dieser Aufgaben.

Dr. Winfried Zeppenfeld und Tanja Otte aus Flensburg stellen im theoretischen Teil die Grundlagen ergonomischer Zusammenarbeit (am Mikroskop) vor und im praktischen Teil wird die Zusammenarbeit am Phantomkopf geübt.

2017 steht dann wieder für viele Kolleginnen und Kollegen die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz gemäß RöV für Mitglieder mit Fachkundenachweis / Examen 2012 und für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz an. Zahlreiche Termine finden Sie im Programmheft auf den Seiten 21 sowie 68 und 69.

Des Weiteren sind auch wieder unsere Klassiker wie:

- ▶ „Gelebtes QM – Lust statt Last – Grundlagenseminar“ mit Bernd Sandock,
- ▶ „Zu Risiken und Nebenwirkungen ... Medikamente in der Zahnarztpraxis – vom Patienten – für den Patienten!“ mit Dr. Catherine Kempf,
- ▶ „Die 10 schönsten Fehler im Umgang mit dem Patienten“ mit Dr. Christian Bittner

und selbstverständlich auch:

- ▶ Die Module 1 – 4 „Qualifizierung zur Praxismanagerin“ mit Jochen Frantzen

sowie viele weitere interessante Kurse im Programmheft vertreten.

Schauen Sie doch gleich Ende Oktober in das neue Programmheft für das 1. Halbjahr 2017!

Wir wünschen Ihnen dabei viel Spaß!



*Dr. Andreas Sporbeck
Vorstand Fortbildung
der Zahnärztekammer
Schleswig-Holstein*



Weitere Informationen und 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 · www.zaek-sh.de – Rubrik Fortbildung



Aktuelle Prüfungstermine:

zentrale Abschlussprüfung 2016/2017:

schriftliche Prüfung: Mittwoch, 25. Januar 2017, 8 Uhr

praktische Prüfung: ca. 3 bis 4 Wochen nach der schriftlichen Prüfung – der Termin wird im Zulassungsschreiben bekanntgegeben

Anmeldeschluss: 31. Oktober 2016

zentrale Zwischenprüfung:

Mittwoch, 22. Februar 2017, 9.00 Uhr

Anmeldeschluss: 15. November 2016

Fortbildung in Kreisvereinen

Vereinigung der Zahnärzte Husum-Eiderstedt

am: 7. 11. 2016 um 19.30 Uhr

Ort: Hotel Rosenberg, Schleswiger Chaussee, Husum

Referentin: Dr. Lubjuhn, Husum

Thema: Moderne Antikoagulantientherapie und die Bedeutung für den ambulant tätigen Zahnarzt

Zahnärztereverein Flensburg e.V.

am: 15. 11. 2016, 20.00 Uhr

Ort: Weinkontor Roberto Gavin, Walzenmühle Flensburg

Neustadt 16, 24939 Flensburg

Referent: Dr. Wieland Schinnenburg,

Zahnarzt und Rechtsanwalt aus Hamburg

Thema: Goldene Regeln zur Vermeidung forensischer Folgen

Kammerversammlung

der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

26. November 2016 | 9.30 Uhr

Zahnärztekammer | Westring 496, Kiel

Vorläufige Tagesordnung

1. Eröffnung, Regularien
2. Bericht des Vorstands
3. Versorgungswerk
 - 3.1 Jahresabschluss 2015:
 - Bericht
 - Feststellung
 - Verwendung Überschuss
 - Entlastung Verwaltungsausschuss
 - Entlastung Aufsichtsausschuss
 - 3.2 Jahresrechnung 2016:
 - Wahl Prüfer
 - Wahl versicherungsmathematischer Sachverständiger
 - 3.3 Satzungsänderungen
4. Jahresabschluss 2015
 - 4.1 Bericht Rechnungsprüfungsausschuss
 - 4.2 Entlastung Vorstand
5. Haushalt 2017
 - 5.1 Bericht Haushaltsausschuss
 - 5.2 Beitragssatzung 2017
 - 5.3 Haushaltssatzung 2017
6. Verschiedenes

Wahl zur Vertreterversammlung der KZV Schleswig-Holstein

Wahlperiode 2017 bis 2022



6. Oktober bis 2. November:
Geben Sie Ihre Stimme ab!

3. November:
Auszählung der Stimmen

7. November:
Versand eines Rundschreibens mit Bekanntgabe
des Wahlergebnisses

Ihre Stimme zählt!

14. JAN. 2017 Die neue Vertreterversammlung tritt erstmals
zusammen und wählt unter anderem den Vorstand
für die Legislaturperiode 2017 bis 2022